

**INTERVENTO DI GUIDO GIUSTETTO**  
**TRA ETICA E DEONTOLOGIA: LINEE DI INDIRIZZO SULLA CONTINUITÀ DELLE CURE**

*Guido Giustetto*

*Medico di medicina generale, Vicepresidente dell'Ordine dei Medici di Torino*

Grazie alla Fondazione promozione sociale per l'invito a partecipare a questo convegno.

Credo che uno dei motivi per cui sono stato invitato a partecipare a questo convegno in rappresentanza dell'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri di Torino sia la collaborazione che si è instaurata tra Fondazione promozione sociale onlus, il Difensore civico della Regione Piemonte e l'Ordine dei Medici appunto.

L'anno scorso infatti il Difensore civico e la Fondazione promozione sociale avevano ritenuto utile sentire cosa questo Ordine pensava e che cosa esso proponeva su un tema particolare all'interno della discussione che stiamo facendo oggi: il tema delle dimissioni dei pazienti malati cronici non autosufficienti dalle strutture di ricovero.

Quando le strutture ritenevano che questi pazienti avessero terminato l'iter terapeutico, ancorché ci fosse una situazione di incapacità di accoglienza da parte della famiglia e nel contempo incapacità di trovare una soluzione in una struttura residenziale, questi pazienti venivano dimessi, in alcuni casi, questa non è la norma, in modo giudicato un po' selvaggio.

Eravamo stati allora interpellati per ricevere un parere e ci era stato richiesto di proporre una linea di indirizzo specifico su questo tema particolare. E noi su questo abbiamo operato. Abbiamo costruito un piccolo gruppo di lavoro al nostro interno di cui facevano parte professionalità mediche, direttori sanitari, esperti del problema delle lungodegenze, medici che si occupavano di geriatria.

Una domanda che ci si può porre è: perché coinvolgere l'Ordine dei medici? Perché esso è un'istituzione ausiliaria dello Stato, cui esso delega un compito sostanziale articolato in diversi modi: tutelare la qualità delle cure nell'interesse dei cittadini e anche tutelare alcuni aspetti della professione medica come la libertà, l'indipendenza, l'autonomia e la responsabilità. Gli ordini professionali hanno dei codici e lavorano attenendosi ad essi. Nel caso del nostro Ordine, il codice deontologico è stato recentemente rinnovato proprio a Torino lo scorso mese di maggio ed ha alcuni articoli davvero molto legati al tema di cui stiamo trattando. Una novità che non era presente nel codice precedente, che era solo di qualche anno fa, è un inserimento importante nell'articolo 5 laddove si dice che il medico ha il compito di «*collaborare all'attuazione di idonee politiche [...] di prevenzione e di contrasto alle disegualianze alla salute*». Questo tema non era presente nei passati codici. L'articolo successivo, l'articolo 6, che è uno degli articoli cardine del codice e tratta di qualità professionale e gestionale, può pone il medico in una specie di conflitto interno, perché recita così: «*Il medico, in ogni ambito operativo, persegue l'uso ottimale delle risorse pubbliche e private salvaguardando l'efficacia, la sicurezza e l'umanizzazione dei servizi sanitari, contrastando ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure*».

Torno, allora, alla situazione descritta all'inizio, a quelle dimissioni che avevano creato problemi. I medici e le strutture che avevano provveduto a quelle dimissioni si erano trovati in questa situazione di dover bilanciare i due aspetti: l'uso ottimale delle risorse pubbliche e il contrasto ad ogni forma di discriminazione nell'accesso alle cure. Questo era il punto difficile in cui si trovavano.

Come gruppo di lavoro dell'Ordine dei Medici abbiamo ragionato con i colleghi su quali potevano essere dei punti di indirizzo, dei riferimenti di comportamento per questo ed altri casi in cui si affrontasse il problema della continuità delle cure e abbiamo individuato cinque punti pratici ai quali potersi attenere, messi per iscritto in un "Documento di indirizzo sulla continuità delle cure riguardante i malati cronici non autosufficienti". Il contenuto di questo documento, che è dell'autunno del 2013, era ed è rivolto ai colleghi medici, ma anche agli amministratori.

Ecco, in sintesi, i punti del documento:

1) È necessaria un'analisi dei bisogni molto precisa in materia di continuità assistenziale in maniera che ci sia chiarezza sulla necessità di posti letto dedicati a quest'ambito, dando anche particolare sostegno e diffusione alla domiciliarità e alla creazione di modelli di integrazione efficienti tra ospedali e territorio che evitino l'interruzione della continuità delle cure. Insomma, capire di quanti posti letto c'è bisogno per la continuità assistenziale e parallelamente valutare quanti casi possano essere ricondotti alle prestazioni domiciliari.

2) Negli ambiti di ricovero si garantisca completa accurata e precisa informazione al paziente su quali potranno essere le soluzioni assistenziali post ricovero. Questo non al giorno delle dimissioni, ma siccome molte situazioni possono già essere evidenti fin dall'inizio della degenza, occorre intraprendere subito contatti con le strutture della post acuzie e attivare l'insieme dei processi amministrativi da attuare quando si arriverà alla fine del ricovero ospedaliero e di tutto ciò informare il paziente e i familiari.

3) Prendere in carico il paziente non solo sulle questioni cliniche, ma anche per le questioni assistenziali e di percorso di cura. Questo è compito del medico, che però può coinvolgere le altre figure professionali, che possono avere maggiore competenza su aspetti particolari.

4) Garantire l'aggiornamento dei medici sull'aspetto gestionale e amministrativo. Su questi problemi e sui temi del diritto alle cure delle persone malate non autosufficienti dobbiamo avere conoscenze più aggiornate: la conoscenza diventa uno strumento importante per gestire le informazioni e garantire un migliore servizio ai pazienti.

5) Predisporre un documento di facile consultazione – un libretto, un opuscolo – per sanitari, ma leggibile anche dai pazienti, in modo che chi ha responsabilità in materia trovi riassunti i percorsi attivabili, le procedure da seguire, le regole cui attenersi, gli strumenti che possono essere di supporto alle famiglie. Nella mia esperienza parlando con i colleghi mi rendo conto che su questo tema siamo abbastanza poco informati. Per esempio un'inefficienza che veniva sottolineata nei precedenti interventi è la frequenza con cui i pazienti durante il ricovero non ricevono la formale valutazione geriatrica necessaria poi per

l'inserimento in RSA. Se la necessità della valutazione geriatrica fosse sottolineata in un opuscolo in cui si stabiliscono i percorsi organizzativi, ciò eviterebbe diversi disagi per i pazienti e ripetizione di visite per i medici.

Le proposte sono rimaste finora lettera morta, pur essendo state inviate dal Difensore civico regionale all'Amministrazione regionale.

Da ultimo l'Ordine è ritornato nel mese di marzo su questi temi quando ha scritto un documento insieme con altri nove Ordini e Collegi: Farmacisti, Infermieri, Ostetriche, Tecnici sanitari di radiologia, Assistenti sociali, Veterinari, Psicologi, Biologi, Chimici. Il documento congiunto è stato presentato in una conferenza stampa all'attenzione delle forze politiche nel periodo elettorale e di presentazione dei programmi. Tra i temi trattati c'è anche quello della continuità delle cure in Piemonte: *«Il taglio di migliaia di posti letto ospedalieri, non accompagnato dal sufficiente potenziamento dei servizi domiciliari o residenziali di continuità assistenziale con gli ospedali ha portato in Piemonte alla crescita illimitata delle liste di attesa soprattutto per anziani non autosufficienti, ma ora anche per altri pazienti, al sovraffollamento dei pronto soccorso e al ricovero ospedaliero in posti di fortuna non attrezzati».*