

INTERVENTO DEL DOTT. LANDRA
L'ORGANIZZAZIONE DELLE DIMISSIONI:
LA CONTINUITÀ DELLE CURE E LA VALUTAZIONE COSTI/BENEFICI

Pietro LANDRA
Geriatra, già Direttore SC Geriatria territoriale

E' corretto organizzare le dimissioni? E' opportuno impiegare risorse umane, il loro tempo e la loro professionalità, per compiti che non sono di cura in senso stretto quando è noto che queste risorse sono mai come oggi limitate?

Se intendiamo la sanità solo come elenco di prestazioni volte a far "guarire" o anche solo "migliorare" degli stati patologici forse no.

Ma una sanità moderna va intesa come "tutela della salute", in tutti i suoi aspetti.

Vi è una parte della tutela della salute di cui si parlava molto in passato ed ora non sembra più di moda: la prevenzione.

PREVENZIONE: insieme di azioni finalizzate ad impedire o ridurre il rischio, ossia la probabilità che si verifichino eventi non desiderati.

Distinguiamo:

Prevenzione primaria: Adozione di interventi o comportamenti in grado di evitare o ridurre l'insorgenza di una malattia o di un evento sfavorevole.

Prevenzione secondaria: Diagnosi precoce.

Prevenzione terziaria: Prevenzione delle complicanze delle malattie, delle probabilità di recidiva, della cronicizzazione, della disabilità.

Prevenzione quaternaria: prevenzione della medicalizzazione.

Soffermiamoci sulla prevenzione terziaria: prevenire non è solo vaccinare, suggerire stili di vita sani, prendere in tempo il tumore, è anche mettere in atto tutti gli accorgimenti per evitare ulteriori aggravamenti di una situazione di malattia.

Fornire aiuti domiciliari, ricoverare in RSA un paziente non più gestibile a casa, seguire un demente in un centro diurno Alzheimer, prescrivere in modo intelligente ausili, istruire correttamente i familiari sono prevenzione oltre che cura.

Purtroppo assistiamo al fenomeno per cui al malato, soprattutto se cronico, soprattutto se anziano, anziché facilitare l'accesso alle cure si tende a frapporre barriere: rimpalli tra servizi, aumento della burocrazia, liste d'attesa, carenza di informazione circa le cure appropriate ed i diritti a riceverle.

Davanti a queste barriere i pazienti e le loro famiglie come reagiscono? Possono insistere, aumentando le conflittualità nei luoghi di cura; oppure cercare altre vie, rivolgendosi al privato che spesso ingenera ulteriori costi; o desistendo, spesso con un conseguente aggravamento dello stato di salute. In altre parole la mancata appropriatezza genera non solo il danno clinico ma anche il danno economico.

Tutto nasce dal falso convincimento che il soggetto anziano non autosufficiente non sia un "vero" malato. Le occlusioni intestinali, le allucinazioni, la disidratazione sono sintomi di malattia anche se la persona ha più di 90 anni. Il luogo comune che dice "non è malato, è l'età" fa il paio con l'opposto (ed altrettanto idiota) per cui non si può più morire, si cerca sempre una mancanza nei servizi.

Si tratta quindi anche di appropriatezza, di cui si fa un gran parlare ma che in questo campo è quanto mai disattesa.

Secondo il glossario del Ministero della Salute:

L'appropriatezza definisce un intervento sanitario (preventivo, diagnostico, terapeutico, riabilitativo) correlato al bisogno del paziente (o della collettività), fornito nei modi e nei tempi adeguati, sulla base di standard riconosciuti, con un bilancio positivo tra benefici, rischi e costi.

Ora possiamo cercare di rispondere al quesito circa le dimissioni dall'ospedale.

1) Se si impostasse un serio programma di cure territoriali certamente tantissimi ricoveri sarebbero evitati o abbreviati.

2)E' innegabile che il setting ospedaliero è raramente adatto a soddisfare i bisogni di malati cronici non autosufficienti una volta usciti dalla fase di riacutizzazione e nemmeno di coloro che prima del ricovero erano autosufficienti e l'autosufficienza l'hanno persa a seguito di un recente evento morboso ed hanno speranza di recuperarla.

3) E' altrettanto vero, anche se a volte strumentalmente enfatizzato, il rischio di contrarre infezioni da germi multiresistenti, di incorrere in deprivazione sensoriale, in sindrome da immobilizzazione.

4) Dal punto di vista dell'istituzione ospedaliera è comprensibile l'obiettivo di evitare ricoveri "oltre soglia" e in ogni caso (almeno per la sanità pubblica) di ridurre il più possibile la durata della degenza.

5) Spesso la dimissione del malato è problematica, porta non raramente a conflitti fra l'ospedale (con consumo di tempo ed energie da parte del personale sanitario) e la famiglia del malato (che riceve umiliazioni e a volte pressioni inappropriate quando chiede continuità delle cure a cui ha diritto il malato non autosufficiente in base ai Lea).

Organizzare le dimissioni in modo corretto diventa quindi determinante se non si vuole pregiudicare tutti gli interventi effettuati durante il ricovero e si vuole appropriatamente contenere la spesa.

Questo fenomeno era già presente e difficile da affrontare negli anni '70; dopo il "Progetto Obiettivo Tutela della Salute degli Anziani" del 1992 sono comparse, lentamente ma progressivamente, tutte le risposte che noi conosciamo e che si sono rivelate utili a migliorare la

qualità della vita dei malati cronici non autosufficienti: ADI, ospedale a domicilio, RSA, UVG , centri diurni Alzheimer, lungo assistenza domiciliare ecc.

Purtroppo, circa dal 2010, il territorio ha arrestato la sua crescita, soprattutto per quanto riguarda le cure domiciliari.

Le conseguenti ricadute hanno interessato anche gli ospedali, che, con il venir meno delle alternative hanno aumentato l'invio dei malati non autosufficienti nelle case di cura convenzionate.

Criticità circa le case di cura:

- Per quanto riguarda la realtà torinese è rilevante che sono quasi tutte ubicate lontano dal capoluogo, anche fuori provincia. Le uniche "torinesi", S. Paolo e Bernini, sono state opportunamente chiuse da anni.
- La durata del ricovero non è modulata sull'effettivo bisogno del paziente, a volte troppo breve, altre sproporzionatamente lungo, con costi di gran lunga maggiori ad una RSA convenzionata o a un assegno di cura domiciliare.
- Non sono appropriate per situazioni in cui domina la deprivazione sociale.
- I servizi territoriali dell'Asl non sono coinvolti in questi percorsi col risultato che, alla fine della degenza in casa di cura convenzionata, i problemi di gestione dell'anziano non autosufficiente non sono stati affrontati.

Le case di cura hanno ragione di esistere, ma andrebbero valorizzate inviando i pazienti più impegnativi e coinvolgendo nel contempo i servizi territoriali nel reclutamento e nella gestione successiva affinché quel tempo di ricovero sia utilizzato per definire la continuità delle cure successive.

Esaminiamo ora la cornice legislativa che dovrebbe favorire una effettiva continuità delle cure dopo la dimissione.

Già nella DGR 41 del '94 le RSA erano individuate come possibile sede di dimissione protetta.

Le ASL più virtuose iniziavano già allora a creare ponti con gli ospedali di riferimento.

La vera rivoluzione avviene tuttavia con la DGR 72 del 2004 "Percorso di continuità assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente" tuttora in vigore, che affida alle ASL il compito di organizzare una centrale dedicata alla deospedalizzazione.

Mentre prima era il personale ospedaliero che, davanti alla dimissione problematica, doveva cercare una soluzione contattando il MMG, i servizi sociali territoriali, le case di cura, ora questa responsabilità è posta in capo alle strutture territoriali delle ASL ed ai distretti; aspetto rilevante: la responsabilità della continuità terapeutica è posta in capo all'Asl, sia per quelli ricoverati in ospedale che per quelli che sono a casa e per tutti i cittadini di quell'ASL, anche se ricoverati in un ospedale sito in altro territorio, anche se molto lontano. Da un lato viene riconosciuto il diritto al malato, dall'altro si individua la titolarità dell'ente che è tenuto a provvedervi.

Purtroppo solo le solite ASL virtuose sono riuscite a creare delle vere centrali operative con personale dedicato e formato. Nel territorio della vecchia ASL 4 (poi confluita nella TO2), ad esempio, la centrale operativa della continuità delle cure era stata creata dai distretti coinvolgendo personale delle strutture complesse Cure domiciliari e Geriatria territoriale, quindi assistenti sociali, infermieri e medici con corposa esperienza in tema di territorio, ospedale e problematiche legate alla non autosufficienza. Inoltre, dato importante, era adiacente, fisicamente e organizzativamente, alla UVG. Nella nostra esperienza oltre a favorire le dimissioni dai reparti ospedalieri, si intercettava il paziente idoneo già al Pronto Soccorso. Il sanitario del P.S., in presenza di pazienti non così gravi da richiedere un ricovero ospedaliero ma in condizioni che non consigliavano il permanere a casa senza cure, allertava gli assistenti sociali ospedalieri che contattavano un geriatra il quale, entro 24 ore, valutava direttamente e indirettamente (parecchi casi erano conosciuti dall'UVG o dagli ambulatori) la situazione e predisponeva un progetto assistenziale adeguato.

Come ho detto all'inizio il problema è tuttora molto complesso per le seguenti criticità:

- è sempre possibile per l'ospedale l'invio in casa di cura (dove i servizi sanitari territoriali non hanno giurisdizione);

- il percorso non è legato alla effettiva disamina dei bisogni del malato ma alla prima porta che si apre;

- non sono previste sanzioni a chi si sottrae alle prescrizioni della delibera 72/2004 né tanto meno sono predisposti indicatori per misurare l'efficacia degli interventi dell'ASL.

Ad esempio, il fatto che l'ASL organizzi una dimissione rapida di un paziente ricoverato alle Molinette o se ne disinteressi lasciandolo lì per 4 o 5 mesi non è contabilizzato, benché il confronto in termini di costi sia notevole: un posto letto ospedaliero in media costa sui 350-400 euro al giorno, un posto letto in RSA 10 volte meno; un contributo versato dall'Asl per attivare le cure domiciliari 20 volte meno.

Non si deve dimenticare che, in assenza di risposte alternative al ricovero, i pazienti hanno sempre il diritto e la facoltà di opporsi alle dimissioni in base alla legge, situazione che riguarda quei pazienti che assolutamente non possono tornare a casa e, quindi, finiscono per restare in ospedale o in una casa di cura convenzionata fino a quando l'Asl non provvede all'inserimento in una RSA.

Nonostante ciò le centrali operative per la continuità delle cure, ove ben strutturate, sono pienamente in grado di svolgere un lavoro egregio, sia a favore dei pazienti che dell'appropriatezza.

Nel Marzo 2012 fu deliberata la DGR 27 " Attuazione del piano di rientro - La rete territoriale: criteri e modalità per miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale".

Gli obiettivi enunciati in tale delibera sono condivisibili: in estrema sintesi, mettere in rete tutti i soggetti coinvolti nella continuità assistenziale: MMG, ospedali, strutture territoriali, 118.

Sono previsti nuclei ospedalieri di continuità delle cure (NOCC) e nuclei distrettuali di continuità delle cure (NDCC): non mi dilungo su questo argomento e anche sull'istituzione dei posti letto di

continuità assistenziale a valenza sanitaria (DGR 13 del 2011 e DGR 6 del 2013) in quanto oggi altri interventi illustreranno come queste strutture dovrebbero operare.

Nonostante tutte le delibere, nonostante tutte le sigle di valutazione, ancora oggi pazienti anziani vengono dimessi dagli ospedali del capoluogo e della regione ed avviati a RSA di altre provincie a loro totale carico.

Non tutti i medici ospedalieri apprezzano il modello che assicura la regia al territorio, hanno la sensazione che non si faccia abbastanza per aiutarli a gestire al meglio le dimissioni, i contenziosi con i familiari, le barelle, le richieste della direzione sanitaria

Facendosi portavoce di questo malessere l'ex direttore del policlinico Gemelli, Cesare Catananti, ha scritto un saggio sull'integrazione ospedale-territorio dal titolo evocativo: "Un incontro mancato" in cui afferma:

" l'incontro tra ospedale e territorio non ha dato i frutti sperati perché non è partito da scelte condivise ... è impossibile insistere in una integrazione affidata alle ASL ... occorre sperimentare invece una organizzazione basata su un insieme di micro-reti territoriali costituite da un ospedale azienda a cui afferiscono, direttamente o in convenzione, le funzioni proprie del post-acuzie. Per la quota che non ha, o non ha più bisogno di stare in ospedale non c'è un territorio in grado di garantire l'assistenza".

Vale il detto " Vi sono problemi molto complessi con soluzioni semplici ... e sbagliate".

La proposta dell'ex direttore del Gemelli rappresenterebbe un enorme passo indietro, cancellerebbe esperienze pluriennali di buone pratiche, il lavoro enorme di medici, infermieri, assistenti sociali che ha cercato di dare una risposta al bisogno di continuità assistenziale di questi malati.

In realtà qualunque tentativo di organizzazione è destinato a fallire se non si accetta questo assunto:

I bisogni (e i diritti) dei malati cronici non autosufficienti non sono ancora riconosciuti. Se ci sono liste d'attesa di anni per avere un posto in RSA o per il diritto ad avere reali aiuti domiciliari, questi pazienti, se vorranno essere curati, continueranno ad affollare i pronto soccorsi ed i reparti ospedalieri.

Proposte:

Una migliore organizzazione della dimissione con una efficace presa in carico dell'anziano malato cronico non autosufficiente, specie se con demenza, e del suo nucleo familiare, può ottimizzare l'utilizzo delle risorse del Servizio sanitario nazionale, ma allo scopo è indispensabile:

- Promuovere le cure domiciliari di lunga durata, che significa innanzitutto riconoscere che l'anziano non autosufficiente ha diritto ad un contributo della sanità tanto in RSA, quanto se è al proprio domicilio, anche se sarà di certo inferiore; con il costo sostenuto dall'Asl per 1 quota sanitaria in RSA si possono curare 2 pazienti a casa.
- Dare rilievo alla componente geriatrica dei vari nuclei valutativi.

- Cercare di integrare maggiormente i vari momenti valutativi, a partire dall'UVG che vorremmo più "d'assalto" e meno burocratizzata.

- Sviluppare La deospedalizzazione protetta, che va riservata alle situazioni veramente problematiche, da prevedere in RSA, preferibilmente pubbliche, con minutaggi delle figure di cura proporzionati ai bisogni assistenziali del malato. E' possibile valutare il pagamento, in base alle norme vigenti sull'Isee, di una quota alberghiera a carico dell'interessato. Le RSA potrebbero avere un ruolo importante anche nel campo della deospedalizzazione riabilitativa (fratture, incidenti vascolari ...) con ovviamente adeguati aumenti delle prestazioni fisioterapiche.

- Coinvolgere maggiormente i MMG nel percorso di dimissione,.

- Ricoverare celermente in RSA quel paziente che con certezza non potrà tornare a casa dall'ospedale.

- Favorire pratiche innovative come il Sostegno Domiciliare, ideato presso l'ASL TO2 per attivare aiuti domiciliari in brevissimo tempo.

- Assicurare con tempestività prescrizione e fornitura degli ausili, soprattutto nei casi in cui il ricovero ospedaliero è coinciso con un importante scadimento dell'autosufficienza

- La regione dovrebbe dotarsi di una banca dati che rilevi tutti i flussi da e verso l'ospedale, sanzionando i territori meno organizzati a soddisfare i bisogni dei malati e a sostenere l'ospedale.

Tutto mirato a perseguire senza cedimenti una costante appropriatezza.

Pietro Landra