

## Convegno

Venerdì 23 ottobre 2015, c/o Molinette Torino

### ***"ANZIANI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI E/O CON DEMENZA Il diritto alle cure e la riorganizzazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie intra ed extra ospedaliere"***

#### **Intervento del Dott. Pietro Landra**

#### **Geriatra, Direttore sanitario Rsa "Il Trifoglio"**

Sono ormai sotto gli occhi di tutti i risultati della "triade del male", le 3 delibere 45, 14, 85, che hanno messo in ginocchio le speranze dei malati cronici di ricevere cure legittime e dignitose.

Sulla scorta del Progetto Obiettivo Tutela della Salute dell'Anziano del 1991 si era tentato di costruire percorsi di cura che avevano avuto un rapido sviluppo, in termini di quantità e qualità. Nel 2009, nel territorio che, per i servizi geriatrici, governavo (6° e 7° circoscrizione di Torino), si era raggiunto l'obiettivo di azzerare la lista d'attesa per entrare in convenzione in Rsa (Residenza sanitaria assistenziale). Dopo, a causa della congiuntura economica e di scelte miopi, è iniziato il declino.

Ad essere colpiti, in modo quasi mortale, sono stati gli interventi domiciliari. Le 3 suddette delibere hanno completato l'opera: i minuti di assistenza per la minoranza che riusciva ad avere il posto in RSA diminuivano, per reclamare il diritto al posto occorreva un punteggio assurdo, veniva messa a rischio la sopravvivenza dei centri diurni Alzheimer. Non è mai stata tentata una strategia organica per gestire la continuità delle cure per i soggetti ospedalizzati.

Tuttavia la passione di tanti soggetti, pubblici e privati, ha saputo mantenere, nella nostra regione, una tradizione di buon livello nelle Residenze, con grosse disomogeneità ma mediamente soddisfacenti. Quasi tutte hanno fatto tesoro di una cultura geriatrica che deve avere come faro la prevenzione terziaria (delle complicanze) ed il mantenimento delle abilità residue.

Le persone accolte nelle RSA non sono "vecchietti" ma pazienti affetti da malattie spesso devastanti: demenze ed altre malattie neurodegenerative, esiti di incidenti vascolari, patologie oncologiche.

Affermare che i ricoverati hanno solo problemi assistenziali (e non sanitari, che rende esigibile il diritto di essere curati) è assurdo. E' difficile, se non impossibile separare le componenti sanitarie da quelle assistenziali. Una recente sentenza del TAR del Lazio afferma che la separazione di clinica e assistenza non è percorribile essendo foriera di disfunzioni.

Una RSA, oltre ad accogliere a tempo indefinito i malati cronici, può essere una risorsa preziosa nella continuità delle cure dopo il soggiorno in ospedale o il passaggio in pronto soccorso, può essere l'alveo in cui praticare cure palliative, può anche accogliere pazienti che necessitano di riabilitazione sia estensiva che intensiva, tutto con costi enormemente ridotti e non lontano da casa.

Vi sono tuttavia alcune criticità che non possiamo negare se vogliamo che queste strutture siano veramente efficaci .

- Nelle RSA vi sono malati in convenzione e malati che pagano privatamente l'intera quota (fino a 3000-4000 euro). E' già assurdo che una persona, solo perché possiede un appartamento , si veda negato il diritto alla convenzione ... ma non basta, se entro da privato non avrò mai il diritto ai trasporti in ambulanza; non avrò il diritto a che il medico che scelgo sia organizzato e pagato come per i soggetti in convenzione. Se il mio medico, per fornirmi un'assistenza continuativa, mi mette in ADP (Assistenza domiciliare programmata) viene indagato per abuso. Corro il rischio di non trovare un medico o che questo medico (lasciamo perdere la storia della missione) non sia motivato ad accorrere le tante volte che avrò bisogno di lui.

- In ogni caso tanti colleghi direttori sanitari mi segnalano difficoltà a trovare MMG disponibili a lavorare nelle strutture; anche i bandi predisposti dalle ASL per MMG in RSA non fanno mai molti proseliti, anche a causa di una normativa praticamente ferma al 1999.

- La DGR 45, modificando le fasce assistenziali, ha inevitabilmente ridotto i minuti di assistenza. Per esempio, un soggetto che con la DGR 17 (abolita dalla 45) era in alta intensità ora sarà collocato in medio-alta, passando da 120 a 105 minuti al giorno di OSS e da 30 a 25 minuti di infermiere/fisioterapista. Vi assicuro che i minutaggi della 17 erano tutt'altro che esuberanti. Certe UVG sovente sono più realiste del re: se le delibere competenti permetterebbero, in casi particolari, di derogare dai punteggi, le commissioni quasi sempre non lo fanno. Una persona che sente lo stimolo ad urinare e lo può fare in bagno se prontamente accompagnata da 1 o 2 operatori ha un carico assistenziale ben superiore ad una totalmente incontinente. Per le scale UVG in uso non è così.

-E' difficoltoso in RSA praticare terapie con farmaci di tipo ospedaliero; così pure non è possibile tenere farmaci di scorta (da usare in emergenza) in quanto il farmaco, a differenza di come avviene in ospedale, è sempre concepito come personale.

Vorrei ora presentare l'esperienza dell'"RSA" Il Trifoglio" di cui sono direttore sanitario. Considerati i tempi ristretti mi soffermo su due aspetti innovativi e significativi.

Il primo è la cartella sanitaria-assistenziale totalmente informatizzata; su di essa scrivono tutte le figure coinvolte; infermieri, fisioterapisti, psicologi, OSS, medici, agevolando la comunicazione e riducendo sensibilmente il rischio di errore. Ogni medico può seguire anche da lontano il decorso di un evento clinico.

Per quanto concerne il secondo non penso abbia precedenti, almeno in Piemonte. E' il frutto della lungimiranza dell'ASL TO 2, del comune di Torino, della Cooperativa Bios, che ha costruito e gestisce la struttura. Si tratta del fatto che la RSA ospita, in una sua ala, gli ambulatori di una équipe di MMG che, oltre ai loro assistiti della zona (Vanchiglietta), assicura le cure mediche a quasi tutti i residenti della struttura. Grazie a ciò nelle ore diurne è presente quasi sempre almeno un sanitario.

Il MMG è il responsabile diretto della salute del residente e l'interazione col direttore sanitario è continua. Non si tratta ovviamente del modello verticistico ospedaliero ma di un modo di lavorare in cui le competenze geriatriche e organizzative del direttore sono messe al servizio degli altri medici e delle altre professionalità.

Se mi è concesso vorrei fare un'ultima considerazione circa le motivazioni con cui il Consiglio di Stato ha ribaltato la sospensiva del Tar del Piemonte per la delibera 14: "*La lista d'attesa è legittima perchè contiene e razionalizza la spesa*" e perché, inoltre, "*i pronti soccorsi e gli ospedali sono sempre attivi e accessibili*". La prima parte della motivazione si commenta da se, per la seconda è bene ricordare che ormai la RSA ha assunto caratteristiche che la rendono ( per molti versi , non in assoluto ovviamente) superiore all'istituzione ospedaliera . In tema di malati cronici, anche riacutizzati, l'ospedale è spesso inappropriato, ad esempio nella prevenzione dei decubiti , del delirium e della sindrome da immobilizzazione in genere, senza contare il rischio di infezioni da germi multiresistenti. La residenza che ha a cuore i propri malati cerca di non ospedalizzarli e se lo fa li raccoglie precocemente.