

# 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. Guido Giustetto**

### **Medico di medicina generale e Presidente Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino**

Buongiorno a tutti.

Grazie dell'invito ad intervenire a questo convegno. Mi è stato chiesto di presentare la posizione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Torino sul diritto alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per i malati anziani non autosufficienti.

Dividerò il mio intervento in tre parti.

La prima riguarda le proposte che ha formulato l'Ordine dei Medici sulla continuità delle cure per questi malati e di cui abbiamo già parlato nel convegno dell'anno scorso; ci sono alcuni aggiornamenti sui quali riferirò sinteticamente.

Il secondo punto su cui intendo soffermarmi è una valutazione dello standard di 1,7 posti letto per 100 anziani non autosufficienti da ospitare in RSA che è il discrimine da cui discendono le decisioni contenute nella delibera regionale dell'aprile di quest'anno sull'assistenza alle persone anziane non autosufficienti.

Infine vorrei fare qualche osservazione sulla revisione dell'articolo 117 della Costituzione, attualmente in discussione in parlamento: alcune modificazioni intervenute recentemente possono scombinare seriamente il rapporto tra interventi sanitari e interventi socio-sanitari.

L'Ordine dei Medici è stato invitato l'anno scorso dal Difensore Civico regionale a pronunciarsi sul problema delle dimissioni dalle strutture sanitarie per i pazienti anziani malati cronici non autosufficienti quando vi era opposizione da parte dei familiari. Il Difensore ci chiese di formulare delle proposte dal punto di vista della professione medica con particolare riguardo agli aspetti deontologici e alla continuità delle cure. Una nostra commissione, appositamente istituita, presentò alcuni suggerimenti poi inviati, attraverso l'ufficio del Difensore Civico, all'Amministrazione Regionale.

Le nostre raccomandazioni sottolineavano la necessità di:

una rivalutazione da parte dell'amministrazione regionale del bisogno di assistenza e della necessità di posti letto; si riteneva comunque ineludibile un aumento di disponibilità di risorse soprattutto nell'ambito della continuità assistenziale nelle sue varie declinazioni;

un sostegno più forte alla diffusione della domiciliarità; dalla diapositiva che il dottor Fornero ha presentato prima, si vedeva il vantaggio anche in termini di costi, una differenza notevole, quasi da 10 a 1, tra ricovero in struttura ospedaliera intensiva e assistenza domiciliare;

creare modelli di integrazione efficienti tra ospedale e territorio; a questo proposito è stato accennato stamattina dal dottor Falco all'istituzione dei nuclei ospedalieri e dei nuclei distrettuali;

motivare i medici a garantire una accurata, precisa, completa informazione al paziente e ai congiunti che precocemente spieghi quello che può essere l'iter assistenziale in maniera tale che l'interessato e la famiglia siano in grado di prendere le decisioni che ritengono migliori; talora ci può essere disattenzione su questo aspetto, ma ricordo che alcuni articoli del nostro Codice Deontologico ci vincolano in questo senso; è evidente che i medici stessi devono essere aggiornati anche su questo tema che non va considerato di serie B.

Con l'ultima raccomandazione proponevamo quindi alla regione di redigere insieme un opuscolo di facile consultazione, condiviso tra i

professionisti, le diverse strutture sanitarie, l'amministrazione regionale, che mettesse nero su bianco i percorsi e tutte le varie possibilità assistenziali che ci sono per i malati cronici non autosufficienti in maniera tale da avere una informazione trasparente e uguale per tutti e che permettesse già al momento del ricovero del malato in ospedale, di iniziare a delineare il percorso più verosimile prevenendo o riducendo le incomprensioni tra professionisti e famiglie.

I medici spesso si trovano nel centro di un conflitto tra le richieste, i desideri, i bisogni oggettivi del malato, le aspettative della famiglia e le esigenze della struttura sanitaria, sentendosi schiacciati e tirati da tutte queste parti. In tali condizioni il medico non sempre può assumere una posizione certa e netta: avere a disposizione un documento ufficiale sugli iter possibili dell'assistenza avrebbe potuto essere molto utile.

Su queste proposte, vi devo dire, l'Ordine non ha ricevuto alcun riscontro dall'Amministrazione Regionale.

Successivamente, quando è stata approvata la delibera regionale dell'aprile 2015, abbiamo sottolineato una criticità preoccupante inerente alla lentezza nei tempi, piuttosto lunghi, della valutazione da parte delle UVG di malati in condizioni tali da peggiorare e scompensarsi molto in fretta. Per cui avevamo chiesto con un documento ufficiale che la Regione assumesse dei provvedimenti per rivedere l'iter con cui i medici di

famiglia e i medici ospedalieri attivano le cure domiciliari e quindi ci potessero essere nei casi in cui vi sono degli scompensi urgenti la possibilità di un presa in carico più veloce di quanto previsto dalla delibera.

Vengo ora al tema dello standard per gli anziani non autosufficienti ospiti in RSA.

Nella delibera dell'aprile del 2015 l'amministrazione regionale pone come fabbisogno di posti letto in RSA per questo tipo di malati un valore di 1,7 ogni 100 anziani. E' questo valore adeguato ? Lo è il relativo finanziamento (280 milioni) ?

Sul tema degli standard in generale l'Ordine ha avuto un confronto con l'amministrazione regionale quando è stato presentata la riorganizzazione della rete ospedaliera.

Quando abbiamo discusso della rete ospedaliera, abbiamo contestato lo standard di 3,7 posti letto per 1000 abitanti deciso dalla Regione, in quanto sappiamo di reparti sovraffollati rispetto ai letti a disposizione e soprattutto siamo convinti che senza un investimento non trascurabile nell'assistenza territoriale sia difficile ridurre i ricoveri in ospedale. Sappiamo che lo standard di 3,7 deriva da normative nazionali. Ci chiediamo però se la Regione non possa assumere una sua posizione critica su questo anche a livello nazionale e porre in discussione questo valore, che non può essere considerato intoccabile tenuto conto che è calcolato in parte su dati epidemiologici e su valutazioni di

fabbisogno, ma principalmente tiene conto della disponibilità finanziaria: potremmo dire che lo standard dei posti letto è il punto di mediazione tra queste due parametri, e il suo numero ci permette di capire se lo stato ha la volontà di non comprimere eccessivamente quello che il Prof. Pallante ha definito prima il nucleo duro dei diritti.

Nel caso della rete ospedaliera questo numero varia molto da un paese all'altro: in Italia 3,7, la media dei paesi dell'Ocse è 4,8, in Germania è 8,3, in Austria 7,7, in altri paesi intorno ai 6 posti letto; come si vede lo standard italiano è il più basso.

Tornando agli 1,7 posti letto per 100 anziani, sul sito del Ministero della Salute vi è un documento di qualche anno fa della Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Lea  
[www.salute.gov.it/imgs/c\\_17\\_publicazioni\\_646\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_publicazioni_646_allegato.pdf) che pone alcuni riferimenti sul fabbisogno di cure per gli anziani malati cronici non autosufficienti. Il primo riferimento è che i posti letto per 100 anziani, nei paesi Ocse variano tra i 3 e 6. Ricordo che quello previsto dalla delibera della nostra Regione è 1,7. Attenzione però ad una differenza importante: 1,7 sono i posti letto per cui si prevede il finanziamento regionale, mentre i 3-6 posti letto dei paesi OCSE sono tutti i posti letto a disposizione, compresi i privati. Se ci riferiamo a questo parametro, la media in Italia è di 2,14 posti letto, in Piemonte la disponibilità è di 3,85 mentre la commissione citata sopra stima per il Piemonte un

fabbisogno di 4,33. Anche se mi sembra realistico e corretto che non tutti i 4,33 posti letto per 100 anziani debbano essere finanziati dal servizio sanitario regionale, rimane il fatto che la differenza tra 1,7 e 4,33 è abbastanza consistente.

Lo stesso documento stima la necessità di un finanziamento di circa 13 miliardi per dare una copertura completa al fabbisogno per tutta l'Italia. Questi 13 miliardi sono al lordo della compartecipazione della famiglia o dei comuni, calcolabile mediamente nel 50%, per cui la spesa a carico del fondo sanitario nazionale scenderebbe intorno ai 6-7 miliardi. Se noi a questa cifra applichiamo la percentuale della quota del fondo sanitario nazionale che spetta al Piemonte, circa il 7,5% nel 2015, otteniamo un fabbisogno di oltre 500 milioni, circa il doppio dei 280 milioni stanziati su questo capitolo del bilancio regionale.

La domanda che mi pongo, anche da un punto di vista etico, allora è: quanto deve essere vincolata, quanto deve essere dipendente la cura della salute dei cittadini dalle compatibilità finanziarie? E chi definisce le compatibilità finanziarie, le compatibilità all'interno del finanziamento sanitario tra le diverse voci di spesa ma soprattutto le compatibilità all'interno del bilancio dello Stato e cioè la concorrenza tra le altre voci di spesa, come la scuola, la difesa, la previdenza?

Il vero problema è che la sanità negli ultimi anni non è più stata considerata dai vari governi che si sono succeduti

un investimento, ma soltanto una spesa da comprimere. E questo è un grave errore.

Il Sistema sanitario, sufficientemente finanziato, può essere uno strumento potente di contrasto alle disuguaglianze e di perequazione nei confronti dei soggetti svantaggiati.

E' sicuramente vero che mediamente un paese ricco è in grado di dare più salute ai suoi cittadini, entro certi limiti peraltro, perché oltre un certo tetto di spesa sanitaria non si ha un aumento di salute corrispondente. Va anche ricordato però che è vero anche il contrario: gli studi di economia e di politica sanitaria che confrontano gli indicatori di salute e di reddito tra i vari paesi mostrano che un paese in salute ha più probabilità di diventare un paese ricco.

Il mio timore è che il disinvestimento, economico e culturale, che sta avvenendo sulla salute, porti, in alcune aree anche del nostro Paese a quella che nei paesi sub-sahariani viene definita la trappola della povertà. E' la spirale per cui, a causa dell'impoverimento delle famiglie che, per esempio, devono assistere da sole un anziano, le persona malate non hanno più tutti i mezzi per curarsi e possono perdere la capacità di generare reddito.

Infine voglio concludere con una osservazione a proposito del Disegno di Legge governativo di modifica dell'articolo 117 della Costituzione perché questo potrà avere delle implicazioni importanti sulla

integrazione degli interventi sanitari con quelli socio-sanitari. Il DL è stato approvato la scorsa settimana dal Senato e per diventare legge dovrà ancora superare tre passaggi parlamentari e poi per esplicitare i suoi effetti essere confermato dal referendum.

In sintesi il DL prevede, tra gli altri contenuti, che lo Stato si riprenda alcune delle funzioni in ambito sanitario che nel 2001 erano state demandate alle regioni. Vi ricorderete che nel 2001 ci fu la revisione costituzionale sull'onda di una serie di spinte che erano di politica contingente ma anche legate all'ipotesi che avvicinare la sede dove si assumono le decisioni politiche ai territori dove i cittadini vivono potesse avere un certo valore e si decise quella che fu definita la devoluzione della materia sanitaria alle regioni.

La regionalizzazione della sanità ha portato a una serie di problemi: tra quelli che vengono segnalati in maniera più rilevante vi sono l'aumento della spesa senza un corrispettivo miglioramento dei servizi e l'aumento delle differenze nei risultati di salute tra le varie regioni. A questo proposito sul sito dell'Agenas, l'agenzia nazionale per i servizi sanitari, si vede come le varie regioni adempiano ai livelli essenziali di assistenza (LEA) in maniera molto diversa. Va detto per inciso che la nostra regione è una regione largamente adempiente ai Lea. Se andate a guardare più in dettaglio, sulla mappa dell'Italia, come avviene l'adempimento ai Lea per le diverse

voci, vedreste proprio un'Italia-arlecchinese, nel senso che ogni regione emerge positivamente per qualche servizio e negativamente per qualcun altro.

Un altro problema nato con la regionalizzazione della sanità è il conflitto tra regioni e stato, di cui sono un esempio i tempi lunghi per il passaggio nella conferenza stato regioni delle varie decisioni, come per esempio il patto per la salute 2014-2016, tuttora in via di definizione.

L'obiettivo del DL è di eliminare dunque quella che è definita legislazione concorrente (cioè il potere delle regioni di normare autonomamente il servizio sanitario regionale) e definire in maniera più netta la potestà legislativa statale e delle regioni. Ora la scorsa settimana in Senato è successo che mentre da una parte si decide di riportare ad una maggior unità nazionale la gestione della sanità, nello stesso articolato di legge è stata inserita la possibilità di devolvere alle Regioni la potestà legislativa "sulle disposizioni generali e comuni per le politiche sociali". Rispetto al tema che stiamo discutendo oggi, credo che un valore importante sia proprio l'integrazione tra le politiche sanitarie e quelle sociali e che spesso sia difficile e forse neanche utile suddividere rigidamente la parte socio-sanitaria e quella sanitaria.

Ma se avremo due potestà legislative in concorrenza tra loro quale integrazione riusciremo a costruire?