PROSEGUE IL LAVORO PER UNA PIATTAFORMA UNITARIA SULLE CURE PER I MALATI ACUTI E CRONICI, AUTOSUFFICIENTI E NON

Mentre auspichiamo che la questione venga affrontata anche da altri gruppi di lavoro, pubblichiamo la traccia utilizzata per il seminario organizzato dalla Fondazione promozione sociale onlus con la collaborazione del reparto di Geriatria dell'ospedale Molinette di Torino che si è svolto a Torino il 31 gennaio 2014.

All'incontro sono stati invitati e hanno partecipato medici, infermieri ed operatori dei servizi sociali che operano o hanno operato in ambito ospedaliero, nelle Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) e sul territorio, sia nelle Uvg (Unità di valutazione geriatriche), sia per gli interventi di cure domiciliari.

Si è affrontato un nuovo tassello del lavoro – ancora in discussione e suscettibile quindi di variazioni – che sta portando alla definizione di una piattaforma sulle cure sanitarie e socio-sanitarie riguardanti i malati acuti o cronici, autosufficienti e non.

Il tema era già stato sviluppato con le proposte pubblicate sul numero 182/2013 di Prospettive assistenziali, insieme ai contributi dei geriatrici Mario Bo e Gianfranco Fonte sui temi della tutela della salute dei malati non autosufficienti acuti e cronici e sul ruolo e le finalità delle strutture di deospedalizzazione protetta.

TESTO DEL DOCUMENTO

Fare salute. Curare per diritto gli anziani malati cronici non autosufficienti

Assumere un approccio intellettualmente onesto

Un anziano malato cronico non autosufficiente è un malato, che alterna fasi di acuzie a periodi di moderata stabilità, ma è pur sempre un malato e, come tale, ha diritto alla tutela del Servizio sanitario nazionale.

Agire nel rispetto del quadro normativo vigente

È interesse di tutti adoperarsi perché le istitu-

zioni preposte diano piena attuazione all'articolo 32 della Costituzione («*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*») che è chiarissimo: tutte le persone malate (che hanno carenza di salute), nessuna esclusa, hanno il diritto pienamente e immediatamente esigibile alle cure sanitarie.

La legge 833/1978 obbliga il Servizio sanitario nazionale a fornire «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» ed a tutelare la «*salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*».

In particolare, per gli anziani malati cronici e le persone colpite da patologie gravi e non autosufficienti, i Lea, Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, confermano il diritto alle cure sancito dalla legge di riforma sanitaria 833/1978, pur mettendo a carico del malato (o del Comune quando egli non disponga di risorse sufficienti) la cosiddetta “quota alberghiera” del ricovero residenziale, semi-residenziale e relativo alle prestazioni domiciliari.

Superare la separazione tra malati acuti, cronici, autosufficienti e non

Le condizioni per rispondere in modo corretto alle esigenze di cura dei malati adulti o anziani, acuti o cronici, autonomi o non autosufficienti, sono da un lato il superamento delle negative carenze della super-medicalizzazione e, dall'altro, dell'assistenzialismo/badanza nei riguardi di tutte le persone malate, comprese quelle colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza.

Per raggiungere questi obiettivi è necessario che il settore sanitario sia l'unico responsabile delle cure sanitarie e socio-sanitarie, in modo da evitare interruzioni o frammentazione dell'intervento terapeutico.

Assicurare la continuità delle cure

La persona malata ha l'imprescindibile esigenza – e il diritto – di essere curata senza alcuna interruzione (attraverso Adi - Assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione a domicilio, ricoveri in ospedale, in strutture sanitarie di riabilitazione e/o lungodegenza).

Dovrebbe essere altrettanto scontata l'esigenza della continuità delle cure nei casi in cui le condizioni patologiche dei pazienti (giovani, adulti o anziani) si stabilizzano e subentra la fase della cronicità e della non autosufficienza.

Attualmente – purtroppo assai di frequente – la cura delle persone anziane e dei soggetti con demenza senile subisce una ingiustificata interruzione a seguito delle dimissioni da ospedali e da case di cura private che in questi casi sono illegali se non viene garantita la prosecuzione delle cure a domicilio o presso residenze, fatta in ogni caso salva l'autonoma decisione dell'interessato e dei suoi congiunti.

Sviluppare le strutture di deospedalizzazione protetta

Una proposta che coniuga i bisogni di cura dei pazienti non autosufficienti con problemi complessi e le esigenze di utilizzo appropriato delle risorse è la deospedalizzazione protetta. Occorre che le strutture realizzate per questo scopo crescano e si sviluppino in favore dei pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri che presentano condizioni più complesse sia sotto il profilo clinico, sia dal punto di vista sociale, economico e relazionale e che, pur non richiedendo livelli terapeutici intensi, comunque non possono essere dimessi senza la garanzia di continuità delle cure.

La deospedalizzazione protetta dovrebbe costituire un "ponte" di collegamento con il territorio, che consente di costruire con i familiari di riferimento il progetto di cura e assistenza più sostenibile per il malato e lo accompagna al rientro a domicilio oppure in un ricovero definitivo in una Rsa.

Le strutture di deospedalizzazione protetta dovrebbero essere istituite preferibilmente negli stessi ospedali o in strutture strettamente collegate ad essi, o nelle Rsa gestite direttamente

dalle Asl, con tutto il personale sanitario dipendente dal settore pubblico, in modo da rendere possibile il continuo scambio di informazioni e di indicazioni terapeutiche fra i medici e gli infermieri degli ospedali di riferimento.

Prevedere una nuova funzione per l'Uvg e per i medici di medicina generale

Per garantire la continuità terapeutica, così come prevista dalla delibera della Giunta regionale (Dgr) 72/2004, l'Unità valutativa geriatrica (Uvg) non può essere lo strumento che interrompe le cure come accade oggi (vedi lista d'attesa) e come è previsto dalla Dgr 14/2013 (*). Anche la valutazione sociale, intesa come punteggio che può assicurare o meno il diritto all'accesso della prestazione, è insensata di fronte ai bisogni sanitari del malato non autosufficiente. Un malato non autosufficiente, ricco o povero, circondato dal sostegno familiare o meno, è sempre un malato.

Se la finalità è quella di definire un piano terapeutico in regime di continuità delle cure, il reparto ospedaliero ha le figure professionali necessarie e sufficienti per una valutazione multidisciplinare e, soprattutto, per dare un quadro clinico completo e aggiornato del malato. Sarebbe sufficiente prevedere questa funzione nei ruoli sanitari già presenti, che comprendono tutte le professionalità adatte al caso: dai geriatri agli assistenti sociali. I curanti conoscono le condizioni di salute e le esigenze terapeutiche dei degenti e possono definire in modo efficace il piano assistenziale, coinvolgendo direttamente il medico di base del paziente.

Le Uvg territoriali dovrebbero quindi operare esclusivamente nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile che sono a casa.

I medici di medicina generale della persona malata, che già possono disporre il ricovero in pronto soccorso in situazioni di emergenza, dovrebbero con una semplice certificazione poter accelerare il ricovero in Rsa dell'anziano malato cronico non autosufficiente tramite segnalazione della sua situazione socio-sanita-

(*) Con sentenza n. 199/2014 del 31 gennaio 2014 il Tar del Piemonte ha annullato la Dgr 14/2013 nella quasi totalità (si veda l'Editoriale di questo numero).

ria d'urgenza; i medici di base dovrebbero altresì poter accelerare la presa in carico del paziente da parte del Servizio sanitario nazionale, qualora la famiglia sia riconosciuta disponibile e idonea a prendersi cura del malato, non solo per le prestazioni Adi strettamente sanitarie, ma anche per le cure domiciliari di lunga durata, compreso il contributo per garantire l'aiuto infermieristico e l'assistenza personale al malato non autosufficiente (direttamente dal congiunto oppure attraverso terzi).

Rendere esigibile il diritto alle prestazioni domiciliari e alla frequenza dei centri diurni

Nei casi in cui non debbano essere praticati interventi di alta specializzazione dovrebbero essere prioritariamente promosse le cure domiciliari, che comportano benefici terapeutici anche notevoli per i pazienti, compresi i malati non autosufficienti e/o affetti da patologie croniche invalidanti e oneri inferiori a carico della sanità. L'ospedalizzazione a domicilio continua ad essere una valida alternativa al ricovero ospedaliero anche per i casi di acuzie che interessano adulti e anziani cronici non autosufficienti.

Per quanto riguarda l'Assistenza domiciliare integrata (Adi) è ormai riconosciuto che essa non è sufficiente a far fronte ai bisogni terapeutici degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite da demenza senile, che necessitano di prestazioni socio-sanitarie e assistenziali 24 ore su 24.

In questi casi è necessario assicurare le cure domiciliari di lunga durata previste dai Lea. Si tratta di un diritto esigibile, ma ancora difficilmente ottenibile, a causa delle difficoltà frapposte dalle Regioni e dalle Asl che non vogliono riconoscere ai familiari (che volontariamente si rendono disponibili) la certezza del diritto con supporti tecnici del personale sanitario delle Asl e ad un contributo economico, quale rimborso forfettario delle maggiori spese sostenute per la cura a domicilio.

Per l'efficacia delle cure domiciliari e nell'interesse delle persone non autosufficienti è indispensabile che sia resa obbligatoria la stipula di un protocollo d'intesa fra l'Asl, il Comune e chi accudisce il malato, perché siano precisati i compiti spettanti a tutte le parti in causa.

Vanno infine predisposti i centri diurni, specie per le persone con demenza senile e/o malate di Alzheimer.

Si tratta di luoghi e servizi che rappresentano un supporto indispensabile per la permanenza a domicilio dei malati non autosufficienti e consentono alle persone che li accudiscono di poter contare su momenti di "tregua" e di riposo.

Attribuire al Servizio sanitario nazionale la competenza su tutto il personale sanitario e socio-sanitario

Nell'interesse preminente e oggettivo dei malati acuti e cronici, autosufficienti e non, tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dovrebbero essere attribuite alla competenza del Servizio sanitario nazionale, ferme restando le differenze che riguardano le sedi degli interventi, l'organizzazione dei servizi e le relative modalità operative.

I benefici che deriverebbero dall'avere un unico ente titolare e responsabile delle cure sanitarie e socio-sanitarie sarebbero non solo significativi per gli utenti, ma anche per il personale (medico, infermieristico e in generale per gli operatori socio-sanitari).

Assegnare alla Sanità le funzioni sociali che riguardano i Lea

Anche l'attività degli assistenti sociali e degli educatori, ritenuta necessaria nella valutazione dei casi e per la definizione dei piani assistenziali individuali dei percorsi di cura, dovrebbe essere assunta direttamente dalle aziende sanitarie, in modo che tutto il settore socio-sanitario venga inserito in modo organico nel comparto sanitario.

Infine andrebbero attribuite al personale amministrativo della sanità tutte le incombenze di carattere amministrativo impropriamente assegnate oggi al personale socio-assistenziale.

In tal modo si realizzerebbe finalmente la piena responsabilità del sistema sanitario in merito alle cure, indipendentemente dall'età dei malati e delle loro situazioni terapeutiche (acuti, cronici, autosufficienti, non autosufficienti).