

### LA SALUTE È UN DIRITTO PER TUTTI. LE CURE SOCIO-SANITARIE PER GLI ANZIANI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI E LE PERSONE CON DEMENZA SENILE

*Che cosa serve per costruire una proposta credibile e poi sostenerla perché diventi concreta? Un buon punto di partenza, una rotta ben indicata e dei compagni di viaggio fidati. È quello che si è cercato di costruire negli ultimi mesi in un gruppo di lavoro via via più ampio organizzato dalla Fondazione promozione sociale onlus e dal Reparto di geriatria dell'ospedale Molinette di Torino. Un primo risultato di quest'azione è il documento "La salute è un diritto per tutti. Le cure socio-sanitarie per gli anziani malati non autosufficienti e le persone con demenza senile" che riportiamo di seguito. Si tratta di una piattaforma unitaria sulle cure per i malati acuti e cronici, autosufficienti e non, che era già stata oggetto, almeno come proiezione, delle proposte pubblicate sul numero 182/2013 di Prospettive assistenziali, insieme con i contributi dei geriatri Mario Bo e Gianfranco Fonte, e poi del documento "Fare salute. Curare per diritto gli anziani malati cronici non autosufficienti", riportato integralmente nello scorso numero di questa rivista.*

*Agli incontri, che hanno portato alla redazione della versione definitiva del documento, sono stati invitati e hanno partecipato medici, infermieri ed operatori dei servizi sociali che lavorano o hanno lavorato in ambito ospedaliero, nelle Residenze sanitarie assistenziali (Rsa) e sul territorio, sia nelle Unità di valutazione geriatrica (Uvg), sia per gli interventi di cure domiciliari.*

*Un approccio intellettualmente onesto al problema e la volontà di ricercare nuovi percorsi di cura, in grado di coniugare i bisogni e i diritti dei malati anziani non autosufficienti e/o con demenze senili, sono state le caratteristiche basilari di un confronto serrato, ma proficuo.*

*Il documento parte quindi dal richiamo delle leggi in vigore, che assicurano a tutte le persone malate, nessuna esclusa, il diritto pienamente e immediatamente esigibile (cioè reso concreto, tradotto in prestazioni) alle cure sanitarie e, per gli anziani malati cronici non autosufficienti, anche a quelle socio-sanitarie.*

*Consapevoli dell'importanza di un uso corretto delle risorse del Servizio sanitario nazionale, non si accetta però la riduzione della tutela della salute per chi, pur malato inguaribile, è sempre curabile, e si indicano soluzioni economicamente più sostenibili di un ricovero ospedaliero. Le proposte individuate sono: rendere effettivamente esigibile il diritto alle prestazioni domiciliari e alla frequenza dei centri diurni per i malati di Alzheimer o da altre forme di demenza senile, sviluppare le strutture di deospedalizzazione protetta in alternativa alle lungodegenze nelle case di cura private convenzionate e prevedere una valutazione tempestiva ed appropriata dell'anziano malato cronico non autosufficiente ricoverato in ospedale, sviluppando e migliorando l'attività dei nuclei centralizzati e territoriali per garantire concretamente la continuità terapeutica e, nel contempo un utilizzo più appropriato dei posti letto ospedalieri.*

*La piattaforma riportata per intero qui di seguito, è il documento cardine del convegno "La salute è un diritto di tutti. Le cure socio-sanitarie per gli anziani malati non autosufficienti e le persone con demenza senile" tenutosi il 27 giugno 2014 nell'aula magna dell'ospedale Molinette di Torino.*

#### TESTO DEL DOCUMENTO (1)

Questa proposta che avanziamo nasce dall'esigenza di porre le basi per un futuro in cui sia possibile fare salute e garantire concretamente e senza interruzioni il diritto alle cure sanitarie e

---

(1) Il presente documento è stato redatto da un gruppo di lavoro di cui hanno fatto parte: Laura Bert, Mario Bo, Gianfranco Fonte, Giancarlo e Gianluca Isaia, Pietro Landra, Renata Marinello, Dominga Salerno, Piero Secreto, Vittoria Tibaldi (geriatri ospedalieri, di territorio e delle Uvg); Massimo Mao (medico di medicina generale); Manuela Rebellato (responsabile *counseling* continuità assistenziale); Mauro Perino (Direttore Consorzio socio-assistenziale); Maria Grazia Breda, Andrea Ciattaglia (Fondazione promozione sociale onlus). Il documento è stato presentato e discusso in un seminario, che ha avuto luogo il 14 aprile 2014, a Torino, nell'aula "Fabrizio Fabris" presso il Reparto di geriatria del Prof. Giancarlo Isaia, ospedale Molinette di Torino. All'incontro sono intervenuti: responsabili di Nuclei ospedalieri e territoriali di continuità delle cure, medici di medicina generale, consiglieri dell'Ipasvi, presidenti Uvg, dirigenti di Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, assistenti sociali, rappresentanti di organizzazioni sociali e di volontariato (Acli, Cittadinanza attiva-Tribunale per i diritti del malato, Avvo).

socio-sanitarie anche agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle persone con demenza senile, circa 1 milione di nostri concittadini (il 2% della popolazione italiana).

In quanto consapevoli delle difficoltà determinate dalla gravità della crisi economica, proprio per questo **riteniamo necessario ricercare nuovi percorsi per non diventare succubi di una logica meramente economica, che sta, di fatto, proponendo l'abbandono terapeutico dei malati inguaribili: una "eutanasia" sociale che non possiamo far finta di non vedere.** Solo in Piemonte sono più di 30mila gli anziani malati non autosufficienti e/o affetti da demenze senili, collocati in illegittime liste d'attesa, anche da anni, che non ricevono le prestazioni rientranti nei Lea (Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria).

**Non possiamo accettare l'idea che si debba curare solo chi guarisce;** non possiamo accettare soglie di costo al di sopra delle quali non è più compito del Servizio sanitario nazionale curare un malato cronico non autosufficiente, per cui diventa scontato che debba subentrare la famiglia, che non ha alcun obbligo giuridico in materia (cfr. articolo 23 della Costituzione) e che non sempre è in grado di prendersi cura del malato, spesso senza alcun aiuto o ricorrendo a spese proprie, quando possibile, al sostegno di un assistente familiare o al ricovero privato. Le leggi tutelano i diritti di questi malati che, anche se inguaribili, sono sempre curabili. In base alla normativa vigente è il Servizio sanitario nazionale che ha la titolarità della cura di tutti i malati, compresi quelli cronici e non autosufficienti, perché la non autosufficienza – in questo caso – è conseguente alla perdita di salute, nonché un'aggravante.

La sfida odierna è impegnarsi perché le prestazioni sanitarie e quelle socio-sanitarie, che prevedono interventi specifici per una parte dei malati non autosufficienti, non solo continuino ad essere di competenza del Servizio sanitario nazionale, ma stabiliscano un *continuum* delle prestazioni occorrenti. È questo il solo modo per non creare discriminazioni o separazioni tra i malati acuti e cronici, autosufficienti e non, anche in un'ottica di prevenzione sanitaria nei confronti delle persone anziane.

*«I bisogni di tipo sanitario non sono mai disgiunti da quelli sociali, in qualsiasi condizione di infermità, sia essa acuta intensiva o cronica; ciò che varia è il peso rispettivo, il coeffi-*

*ciente sanitario. Non è negando questo tipo di realtà che ci si avvicina alla soluzione di un problema che, pur non avendo la altisonanza di interventi terapeutici di avanguardia incide in misura sostanziale sul benessere della popolazione»* (Prof. Fabrizio Fabris e altri, Istituto di gerontologia e geriatria, *Lettera aperta ai Consiglieri regionali del Piemonte*, 11 febbraio 1980).

### **Come fare?**

Innanzitutto si dovrebbero abbandonare due comportamenti estremi: da un lato l'ipermedicalizzazione nella fase acuta e, dall'altra, la riduzione dei bisogni di cura dei malati non autosufficienti ad un problema di assistenza sociale o, peggio, di sola badanza.

Nel primo caso si incorre nel rischio di forme di accanimento terapeutico, o anche nell'errore di ripetere indagini diagnostiche già condotte in altri recenti ricoveri e talvolta pleonastiche oltre che costose. A tal proposito sarebbe utile produrre protocolli per la gestione delle malattie riacutizzate e rendere fruibili *on line* a tutti gli ospedali gli esami laboratoristici e strumentali effettuati anche in altri centri sanitari diversi da quello in cui i pazienti si trovano ad essere ricoverati.

Nel secondo caso si rischia di incentivare l'espulsione dei malati cronici non autosufficienti dal settore sanitario, negando il loro *status* di malati e, quindi, il loro diritto soggettivo alle cure, comprese quelle socio-sanitarie che prevedono oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, accanto alla compartecipazione degli utenti. In questo secondo caso, potrebbe verificarsi il trasferimento in modo forzoso e illegittimo dei malati cronici non autosufficienti al comparto socio-assistenziale, che non ha compiti istituzionali di cura e pertanto non dispone né di personale né delle attrezzature necessarie e può intervenire, limitatamente alle risorse disponibili, nei confronti delle persone prive di mezzi adeguati per vivere (circa il 5-6% della popolazione). La stragrande maggioranza dei malati non autosufficienti verrebbe di fatto esclusa dal diritto a ottenere la prestazione Lea, compresa la quota sanitaria a carico della sanità, con conseguente aumento del ricorso al ricovero ospedaliero in assenza di alternative valide erogate dalle Asl.

**Siamo convinti che sia possibile un utilizzo più appropriato delle risorse sanitarie e,**

nel contempo, garantire la continuità terapeutica, il solo antidoto all'abbandono degli anziani malati non autosufficienti.

In base all'esperienza sin qui maturata riteniamo che siano possibili nell'ambito del settore sanitario percorsi di cura con livelli di intensità differenti a seconda dei bisogni dei malati non autosufficienti e delle persone con demenze senili e luoghi di cura alternativi al ricovero ospedaliero e alle case di cura private convenzionate, ugualmente in grado di fare salute, pur con costi meno onerosi (strutture per la deospedalizzazione protetta, cure domiciliari, centri diurni, Rsa).

In un'ottica di ottimale gestione delle risorse economiche, la priorità (e la scommessa più forte) è **promuovere – laddove possibile – la diffusione delle cure domiciliari** di lunga durata (*long term care*). Al riguardo è indispensabile adoperarsi per ottenere che le relative prestazioni socio-sanitarie vengano concretamente erogate, in quanto rientrano tra i diritti esigibili sanciti dai Lea. In particolare va assicurato da parte delle Asl (e per i casi di competenza da parte degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali), un contributo economico ai familiari disponibili a svolgere, volontariamente, prestazioni di assistenza tutelare e aiuto infermieristico nei confronti di un congiunto non autosufficiente al proprio domicilio.

Quando è in gioco il diritto alla salute, la questione riguarda tutti. Ognuno di noi, infatti, può diventare non autosufficiente o malato di Alzheimer. È anche una importante forma di autotutela **promuovere insieme una nuova cultura della sanità che non “lasci fuori” nessuno**, proprio come dovrebbe fare uno Stato democratico che è tale se riconosce che il diritto è la difesa dei deboli, e il suo esercizio è una garanzia contro i soprusi; uno Stato capace di includere anche chi è più debole, perché non è in grado di difendersi.

### **Principi di riferimento**

Una corretta organizzazione delle cure sanitarie e socio-sanitarie, per la tutela della salute degli anziani malati cronici non autosufficienti e/o delle persone con demenza senile, presuppone il rispetto di alcuni principi di riferimento che sono:

- assumere un approccio intellettualmente onesto

L'anziano malato cronico non autosufficiente ha diritto alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale. La sua condizione di non autosufficienza è conseguente alla perdita di salute e pertanto egli ha diritto ad usufruire di livelli adeguati di cura in relazione alle sue esigenze e alle fasi alterne di acuzie o stabilità delle sue condizioni di malattia/salute;

- agire nel rispetto del quadro normativo vigente

Le istituzioni preposte devono operare perché a tutte le persone malate (che hanno carenza di salute), nessuna esclusa, sia assicurato il diritto pienamente e immediatamente esigibile alle cure sanitarie e socio-sanitarie secondo quanto stabilito dalle norme vigenti di cui rammentiamo le fondamentali:

- l'articolo 32 della Costituzione stabilisce che: «*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*»;

- 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*»;

- i Lea, Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria (definiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” le cui norme sono cogenti in base all'articolo 54 della legge 289/2002), nel ribadire il diritto alle cure sancito dalla legge di riforma sanitaria 833/1978, definiscono le prestazioni socio-sanitarie che il Servizio sanitario nazionale deve garantire agli anziani malati cronici non autosufficienti e/o alle persone con demenza senile, nonché alle persone con gravi disabilità e da perdita di autosufficienza: cure domiciliari, centri diurni, ricoveri in strutture residenziali. I Lea prevedono una percentuale del costo a carico del Servizio sanitario nazionale e una compartecipazione (la cosiddetta quota alberghiera) a carico del malato (o del Comune quando egli non disponga di risorse sufficienti). **La sentenza della Corte costituzionale n. 36/2013** ha precisato che «*l'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di anziani non autosufficienti è elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novem-*

bre 2001». Nella stessa sentenza la Corte costituzionale ha definito non autosufficienti le «*persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri*».

## **Proposte**

Con un uso più appropriato delle risorse economiche disponibili, oltre che di quelle sanitarie, è possibile a nostro avviso garantire il diritto alla salute e alla continuità terapeutica dei malati anziani cronici non autosufficienti e, nel contempo, alleviare la pressione sui posti letto ospedalieri e ridurre il ricorso alle case di cura convenzionate. Occorre pertanto creare alternative di cura valide per i malati, meno onerose per il sistema e rivedere alcuni percorsi organizzativi in modo da renderli più efficienti e tempestivi nel garantire l'accesso alle prestazioni.

In particolare siamo convinti che sia oramai ineludibile:

### **1. rendere esigibile il diritto alle prestazioni domiciliari e alla frequenza dei centri diurni**

L'ospedalizzazione a domicilio ha dimostrato che è possibile curare a casa pazienti in fase acuta. A maggior ragione, 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 da non autosufficienza, con oneri inferiori a carico della sanità.

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

In questi casi è indispensabile che le prestazioni dell'Adi siano riorganizzate in modo da assicurare le cure domiciliari di lunga durata (*long term care*) previste dai Lea, integrando fra loro interventi di tipologia e intensità variabile nelle diverse fasi della cura, intensificando, ad esempio, l'intervento infermieristico, o riabilitativo o tutelare in modo flessibile e sollecito in

base alle esigenze del paziente. Si tratta di un diritto esigibile, ma ancora difficilmente ottenibile, a causa delle difficoltà frapposte dalle Regioni e dalle Asl.

Per diffondere le cure domiciliari e trasformarle in una concreta alternativa al ricovero o, almeno, ad un suo rinvio nel tempo, il loro accesso deve essere assicurato a tutti, come diritto soggettivo dal Servizio sanitario nazionale.

È bene ricordare che non vi sono norme che obblighino i familiari a svolgere funzioni assegnate dalla legge al Servizio sanitario nazionale ed è per questo necessario incentivare e sostenere coloro che, volontariamente, si rendono disponibili ad accudire a casa un loro congiunto non autosufficiente.

L'esperienza dimostra che ciò è possibile in numerosi casi se vi è la certezza del supporto del personale sanitario delle Asl e di un contributo economico aggiuntivo all'indennità di accompagnamento, quale rimborso forfettario delle spese vive che i familiari devono sostenere per le cure a domicilio e/o finalizzato alla regolare assunzione di un assistente familiare.

Per diffondere le cure domiciliari e trasformarle in una concreta alternativa al ricovero o, almeno, ad un suo rinvio nel tempo, il loro accesso deve essere assicurato a tutti, come diritto soggettivo dal Servizio sanitario nazionale. Si tratta, quindi, di concretizzare quanto già stabilisce la normativa sui Lea e cioè che per le «*prestazioni di assistenza tutelare alla persona e di aiuto infermieristico*», il Servizio sanitario nazionale deve contribuire al costo della prestazione per il 50%, mentre la parte restante è coperta dall'interessato e/o dal Comune, se egli non ha risorse sufficienti. Altro elemento rilevante per il buon funzionamento delle cure domiciliari di lunga durata è la previsione di un protocollo obbligatorio sottoscritto fra l'Asl, il Comune e chi accudisce il malato, in cui siano precisati i compiti spettanti a tutte le parti coinvolte nel progetto, ivi compreso il medico di medicina generale che dovrebbe assumere il coordinamento delle cure.

Vanno infine predisposti i centri diurni, specialmente per le persone malate di Alzheimer o con altre forme di demenza senile. Si tratta di luoghi e servizi che rappresentano un supporto prezioso per favorire la permanenza a domicilio di malati non autosufficienti e consentono alle persone che li accudiscono di poter contare su

scambi di informazioni socio-sanitarie sulle condizioni dei loro congiunti e di consulenza sulle iniziative da assumere, nonché su momenti di tregua e di riposo;

## **2. sviluppare le strutture di deospedalizzazione protetta in alternativa alle lungodegenze nelle case di cura private convenzionate**

Dopo un ricovero in ospedale dovrebbe essere garantita la 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. Purtroppo capita abbastanza di frequente che il percorso delle cure – soprattutto delle persone anziane malate croniche e dei soggetti con demenza senile – subisca una ingiustificata interruzione a seguito delle dimissioni da ospedali e da case di cura private, che sono illegittime, se non viene garantita dall'Asl di residenza la prosecuzione delle cure a domicilio o presso residenze socio-sanitarie (Rsa), fatta salva in ogni caso l'autonoma decisione dell'interessato e dei suoi congiunti di agire come meglio ritengono.

Una proposta che potrebbe coniugare i bisogni di cura dei malati anziani non autosufficienti con problemi complessi e le esigenze di utilizzo appropriato delle risorse è la de-ospedalizzazione protetta, che risponde in modo più appropriato a questi pazienti sia sotto il profilo clinico, sia dal punto di vista sociale, economico e relazionale. Essi, pur non richiedendo livelli terapeutici intensi, comunque non possono essere dimessi dall'ospedale senza la garanzia della continuità delle cure.

La deospedalizzazione protetta dovrebbe costituire un "ponte" di collegamento con il territorio e consentire di costruire con i familiari di riferimento il progetto di cura e assistenza più adeguato alle esigenze del malato: rientro a domicilio oppure trasferimento in un ricovero definitivo in una Rsa. La de-ospedalizzazione protetta dovrebbe sostituirsi alle lungodegenze delle case di cura private convenzionate, con l'obiettivo di ridurre anche i costi e la durata delle cure, fornendo le necessarie prestazioni ai malati e le opportune informazioni ai loro congiunti.

Pertanto le strutture di de-ospedalizzazione protetta dovrebbero essere istituite preferibilmente negli stessi ospedali 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, anche al fine della corretta attuazione delle rispettive competenze nei riguardi delle esigenze terapeutiche delle diverse tipologie di malati;

## **3. prevedere una valutazione dell'anziano non autosufficiente ricoverato in ospedale e sviluppare i nuclei centralizzati e territoriali per la continuità terapeutica**

Attualmente gli anziani cronici non autosufficienti e le persone con demenza senile devono rivolgersi all'Uvg (Unità di valutazione geriatria) per ottenere le prestazioni socio-sanitarie rientranti nei Lea. È necessario infatti ottenere la valutazione dell'Uvg dell'Asl di residenza, che definisce la prestazione (cure domiciliari, centro diurno, ricovero in Rsa) e il progetto assistenziale individuale. Inoltre la valutazione sanitaria deve essere accompagnata dalla valutazione sociale che concorre in modo rilevante nella definizione del diritto alla prestazione.

Tutto questo comporta tempi lunghi, per la necessità di raccordare operatori che dipendono da enti diversi (Asl/Enti gestori servizi socio-assistenziali) mentre vi è l'esigenza di intervenire con risposte tempestive e appropriate nei confronti dei malati anziani non autosufficienti, soprattutto nel caso di ricovero ospedaliero.

Inoltre il diritto soggettivo alle cure sanitarie e socio-sanitarie, previsto dalle leggi vigenti per tutti i malati cronici non autosufficienti, non può essere condizionato dal punteggio della valutazione sociale, il cui scopo deve invece essere finalizzato esclusivamente alla messa a punto del progetto di cura più idoneo, indipendentemente dal fatto che il malato sia ricco o povero, possa contare su una rete familiare oppure no. La valutazione sociale non è e non deve essere economica, ma è utile per verificare la fattibilità del progetto. Ad esempio una rete familiare inadeguata o una casa con barriere architettoniche non rimovibili possono compromettere un rientro al domicilio della persona malata non autosufficiente.

La proposta che segue punta invece ad evitare l'utilizzo improprio delle strutture ospedaliere e/o delle strutture sanitarie, compresi i frequenti rientri attraverso il pronto soccorso, proponendo una migliore organizzazione del per-

corso di continuità terapeutica e la certezza della prestazione Lea assicurata ai malati anziani non autosufficienti.

Accanto allo sviluppo nel territorio delle cure domiciliari di lunga durata e del coinvolgimento del medico di medicina generale, assume pertanto un ruolo rilevante la gestione della dimissione del malato anziano non autosufficiente dal reparto ospedaliero e l'organizzazione del percorso di continuità terapeutica, sia per garantire tempestivamente le prestazioni sanitarie e/o socio-sanitarie, sia per un utilizzo appropriato delle risorse (ad esempio evitare l'invio in case di cura di lungodegenza perché non sono immediatamente disponibili le prestazioni a domicilio).

Appare quindi indispensabile la valutazione al momento della dimissione, da parte dell'equipe del reparto, della condizione di non autosufficienza, ovvero della impossibilità del malato anziano non autosufficiente di provvedere da solo al soddisfacimento delle attività quotidiane indispensabili per la sua sopravvivenza.

Inoltre, soprattutto nei casi in cui vi sia la necessità di un approfondimento, sia da parte dei sanitari che dei familiari, per definire il percorso di cura più appropriato, si potrà ricorrere all'intervento dei già previsti Nuclei ospedalieri di continuità delle cure (Nocc), per il necessario raccordo con i Nuclei territoriali di continuità delle cure (Ndcc), affinché siano garantite le prestazioni occorrenti: erogazione degli ausili, attivazione delle cure domiciliari di lunga durata, inserimento nei centri diurni o nelle Rsa. Ai Ndcc possono rivolgersi anche altre strutture di ricovero (case di cura lungodegenza e/o riabilitazione), qualora al termine del percorso di cura l'anziano continui ad essere in condizione di non autosufficienza e necessiti, pertanto, dell'attivazione di prestazioni socio-sanitarie per il rientro al domicilio o per un ricovero definitivo in Rsa.

Per quanto riguarda i Nocc è auspicabile che siano presenti in tutti gli ospedali e prevedano al loro interno la presenza di medici geriatri, infermieri, assistenti sociali e/o di personale con specifiche competenze geriatriche. La componente geriatrica nella valutazione del percorso di cura è un passaggio cruciale per definire le prestazioni più adeguate ai bisogni del malato non autosufficiente, ma altresì per individuare tra le prestazioni disponibili nel territorio, in accordo con i Nuclei territoriali di continuità

delle cure, quelle più idonee e meno onerose in termini di risparmio complessivo per il comparto sanitario. Al riguardo sarebbe utile introdurre indicatori che possano dimostrare i risultati ottenuti in termini di appropriatezza delle cure erogate e il vantaggio economico per l'Asl, ovvero la previsione di sanzioni in caso di scelte inappropriate.

La richiesta di intervento dei Nuclei ospedalieri può essere presentata dal primario del reparto ospedaliero o del pronto soccorso, dal medico di medicina generale del paziente, dal paziente stesso o da chi ne fa le veci.

Pertanto nei casi in cui l'anziano malato non autosufficiente e la persona con demenza senile non necessita più di interventi sanitari ospedalieri, la dimissione potrebbe essere organizzata, in accordo con l'interessato e i suoi familiari, come segue:

a) rientro al domicilio con il coinvolgimento del medico di medicina generale per attivare le cure domiciliari di lunga durata, eventuale richiesta ausili, attivazione dell'Adi per le cure sanitarie, erogazione di prestazioni tutelari, contributo economico a carico dell'Asl (quota sanitaria Lea);

b) trasferimento in de-ospedalizzazione protetta, come soluzione "ponte" in attesa di definire la prestazione più appropriata (a) o (c);

c) ricovero in Rsa;

d) qualora, l'interessato e/o chi lo rappresenta, ritenga di avere diritto, oltre alla quota sanitaria Lea anche a prestazioni socio-assistenziali (ad esempio contributi economici aggiuntivi per le cure domiciliari, integrazione alla retta di ricovero), presenterà la richiesta all'Ente gestore dei servizi socio-assistenziali che interviene sulla base della valutazione economica (Isee).

Per attivare i percorsi di cui sopra, il Nocc si rivolgerà al Nucleo territoriale di continuità delle cure, che provvederà ad erogare le prime prestazioni Lea, con quota sanitaria a carico dell'Asl. Inoltre il Nucleo territoriale segnalerà immediatamente la pratica all'Uvg per la messa a punto del progetto assistenziale individuale (Pai).

La segnalazione all'Uvg, che può essere attivata anche dall'interessato/familiari, può contenere già elementi di valutazione sociale raccolti dall'assistente sociale ospedaliera del Nocc e/o del Ndcc e/o della struttura di ricovero.

L'Uvg, che prevede al suo interno la presenza di medici geriatri o di personale con specifiche

competenze geriatriche, può confermare il progetto di cura già in corso oppure assumere ulteriori elementi di valutazione, in collaborazione, se del caso, con gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali per una migliore definizione della progettualità a lungo termine e monitorando il percorso nel lungo periodo.

Riassumendo: nei casi complessi i Nuclei ospedalieri e i Nuclei territoriali di continuità delle cure dovrebbero accompagnare i pazienti non autosufficienti dal percorso sanitario a quello socio-sanitario, con una tempistica compatibile con quella richiesta dal percorso di cura, garantendo in ogni caso la continuità terapeutica senza alcuna interruzione. Al riguardo sarebbe preferibile che per il Nucleo territoriale si intendesse la specifica funzione assegnata al personale che già opera in un ufficio dell'Asl e svolge mansioni attinenti alla continuità terapeutica. Questo al fine di evitare la creazione (costosa) di nuovi servizi e relativa dirigenza.

Anche i medici di medicina generale dell'anziano malato e non autosufficiente, che già possono disporre il ricovero in pronto soccorso in situazioni di emergenza, d'intesa con i familiari di riferimento del malato non autosufficiente, dovrebbero – con una semplice certificazione – poter segnalare a loro volta al Nucleo territoriale per la continuità delle cure dell'Asl la richiesta di attivazione urgente di cure domiciliari di lunga durata o della necessità di un ricovero urgente in Rsa.

Inoltre per favorire il mantenimento al domicilio dell'anziano malato non autosufficiente sarebbe indispensabile supportare i familiari e/o le assistenti familiari nello svolgimento del loro ruolo per assicurare le prestazioni di volta in volta necessarie per mantenere il più a lungo possibile il malato a domicilio (dal bagno assistito all'erogazione di presidi e/o ausili, prelievi e/o esami erogabili a domicilio...).

Informazioni scritte, redatte in forma semplice e accessibile, dovrebbero essere fornite ai congiunti in merito alle prestazioni a cui hanno diritto sia sul piano sanitario, che previdenziale, che di tutela giuridica.

Infine sarebbero utili incontri di formazione/informazione con il coinvolgimento dei medici di medicina generale per fornire istruzioni e consulenza su alcune pratiche di assistenza tutelare e di aiuto infermieristico basilari come ad esempio: cambio dei pannoloni, corretta alimentazione, somministrazione delle terapie,

prevenzione delle piaghe da decubito, comportamenti con i malati affetti da demenza senile o malattia di Alzheimer.

## Conclusioni

In base ai principi di cui sopra e 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 specificità che riguardano le sedi degli interventi, l'organizzazione dei servizi e le relative modalità operative.

I benefici che derivano 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 e infermieristico nonché per gli operatori socio-sanitari.

Tenuto conto che, in base alla normativa sui Lea, l'area dell'integrazione socio-sanitaria afferisce al Settore sanitario, sarebbe auspicabile che in un prossimo futuro le Asl assumessero in proprio anche l'erogazione delle cosiddette prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, a partire dalla messa a disposizione delle competenze professionali di area sociale (assistenti sociali, educatori) per il funzionamento dell'Unità di valutazione. Inoltre le stesse Asl potrebbero assumere in proprio il sostegno economico nei confronti degli utenti con disponibilità economiche insufficienti, in tutto o in parte, a coprire gli oneri della loro compartecipazione al costo della prestazione Lea, attingendo le risorse dal Fondo per le non autosufficienze.

Eventualmente, in alternativa all'assunzione diretta da parte delle Asl del personale sociale necessario, si potrebbe prevedere il trasferimento nei ruoli sanitari – su base volontaria – del personale degli enti gestori dei servizi socio-assistenziali, valorizzandone le professionalità e l'esperienza, oggi utilizzata per l'erogazione di prestazioni di competenza dei ruoli sanitari.

In tal modo il settore socio-sanitario sarebbe finalmente organicamente inserito nel comparto sanitario e si realizzerebbe finalmente la piena responsabilità del sistema sanitario in merito alle cure, indipendentemente dall'età degli infermi e delle loro situazioni cliniche (malati acuti, cronici, autosufficienti, non autosufficienti) e si eviterebbero interruzioni o frammentazioni degli interventi terapeutici.