

IL DIRITTO ALLE CURE E L'ORGANIZZAZIONE DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

PIETRO LANDRA *

«Le persone ricoverate nelle Rsa non sono “vecchietti”, ma pazienti affetti da malattie devastanti: demenze ed altre malattie neurodegenerative, esiti di incidenti vascolari, patologie oncologiche». È la testimonianza di Pietro Landra, Direttore sanitario di Rsa a Torino. I ricoverati, persone non autosufficienti, hanno elevate esigenze sanitarie (fatto che rende esigibile ed indifferibile il loro diritto di essere curati), di fatto negatte dalle pessime delibere della Giunta regionale del Piemonte sulle illegittime liste di attesa, situazione che si verifica in tutte le Regioni italiane.

Tra i casi citati nell'articolo anche pazienti che necessitano di cure sanitarie di tipo intensivo e che, secondo i Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (Lea), hanno diritto a cure ospedaliere a totale carico del Servizio sanitario regionale.

Sono ormai sotto gli occhi di tutti, in Piemonte, i risultati della “triade del male”, le tre delibere 45/2012, 14 e 85/2013, che hanno messo in ginocchio le speranze dei malati cronici di ricevere cure legittime e dignitose (1). 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, governava (6° e 7° Circoscrizione di Torino), si era raggiunto l'obiettivo di azzerare la lista d'attesa per entrare in convenzione in Residenza sanitaria assistenziale (Rsa). 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 socio-sanitari domiciliari. Le tre suddette delibere hanno completato l'opera: i minuti di assistenza giornaliera per la minoranza che riusciva ad avere il posto in Rsa diminuivano; per avere accesso immediato al posto in convenzione occorreva un punteggio elevatissimo e di fatto assurdo di valutazione geriatrica (peraltro non solo sanitaria, ma anche in base a parametri cosiddetti “sociali”); veniva messa a rischio la sopravvivenza dei centri diurni Alzheimer.

* Geriatra, già Direttore di Unità valutativa geriatrica in Asl della Regione Piemonte, attualmente Direttore sanitario della Rsa “Il Trifoglio”.

(1) L'Autore si riferisce alle delibere approvate dalla Giunta della Regione Piemonte durante l'Amministrazione Cota e non revocate dalla Giunta di centro-sinistra guidata da Sergio Chiamparino.

A fronte di questa situazione, 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, come spesso si usa dire nel linguaggio comune, “vecchietti”, ma pazienti affetti da malattie spesso devastanti: demenze ed altre malattie neurodegenerative, esiti di incidenti vascolari, patologie oncologiche. Affermare che questi ricoverati hanno solo problemi assistenziali (e non sanitari, fatto che rende esigibile il loro diritto di essere curati) è assurdo. È 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 (2).

Una Rsa, oltre ad accogliere a tempo indefinito i malati cronici, può essere una risorsa preziosa nella continuità delle cure dopo la degenza in ospedale o il passaggio in Pronto soccorso, può essere l'alveo in cui praticare cure pal-

(2) Sentenza 6513/2015 del Consiglio di Stato.

liative, può anche accogliere pazienti che necessitano di riabilitazione sia estensiva che intensiva, tutto con costi enormemente ridotti e non lontano da casa.

Cito qui a titolo di esempio un caso recentemente affrontato che ben testimonia l'elevato grado di attività sanitarie che il personale delle Rsa si trova ad affrontare quotidianamente. Riguarda una paziente novantenne affetta da demenza senile, diabetica insulino-dipendente, che nell'ultimo anno ha registrato in struttura diversi episodi di insufficienza respiratoria, un infarto cardiaco, vari episodi di subocclusione intestinale e febbri recidivanti che hanno richiesto anche consulenze ed esami mirati all'ospedale di riferimento. Tutti gli interventi clinici sono stati realizzati in Rsa, il che ha chiamato medici, infermieri, operatori socio-sanitari ad un'intensa attività di tipo sanitario.

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 3-4 mila euro al mese). È già assurdo che una persona, solo perché possiede un appartamento, si veda negato il diritto alla convenzione... ma c'è di più: se entro da privato non avrò mai il diritto ai trasporti in ambulanza a carico del Servizio sanitario nazionale; 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 Assistenza domiciliare programmata (Adp) 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 Medici di medicina generale disponibili a lavorare nelle strutture; anche i bandi predisposti dalle Asl per Medici di medicina generale in Rsa non hanno mai molti partecipanti, anche a causa di una normativa praticamente ferma al 1999.

La delibera di giunta regionale n. 45/2012, modificando le fasce assistenziali, ha inevitabilmente ridotto i minuti di assistenza. Per esempio, un soggetto che con la precedente delibera (la delibera di Giunta regionale n. 17/2005, abolita da quelle citate in apertura) era in alta inten-

sità ora facilmente sarà collocato in medio-alta, passando da 120 a 105 minuti al giorno di operatore socio-sanitario e da 30 a 25 minuti di infermiere/fisioterapista. Faccio notare che i minutaggi della 17 erano tutt'altro che esuberanti.

Certe Unità di valutazione geriatrica (Uvg) sovente sono più realiste del re: mentre le delibere competenti permettono, 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.

È difficoltoso in Rsa praticare terapie con farmaci di tipo ospedaliero; così pure non sempre 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 infine presentare l'esperienza dell'Rsa *Il Trifoglio* a Torino di cui sono Direttore sanitario soffermandomi 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, operatori socio sanitari, 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. È 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 Medici di medicina generale che, oltre ai loro assistiti della zona (quartiere Vanchiglietta di Torino), 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 Medico di medicina generale 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

(segue alla pag. 31)

del Direttore sono messe al servizio degli altri medici e delle altre professionalità.

Un'ultima considerazione circa le motivazioni con cui il Consiglio di Stato ha ribaltato la sentenza 199/2015 del Tar del Piemonte, che annullava la delibera 14: «*La lista d'attesa è legittima perché 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 sé, 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 riaccoglie precocemente.