

IL MEDICO DI FAMIGLIA E I PAZIENTI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI: DIRITTI ESIGIBILI E PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE INDIFFERIBILI

MASSIMO MAO *

Con l'intento di continuare a rendere solida ed efficace l'attività di tutela del diritto e il conseguente ottenimento delle cure socio-sanitarie per i malati non autosufficienti, ospitiamo il gradito intervento di Massimo Mao, Geriatra e Medico di medicina generale che riafferma in questo articolo le basi cliniche e giuridiche da cui partire per considerare le reali esigenze delle persone non autosufficienti: si tratta di malati che hanno necessità di indifferibili prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, come ha anche precisato l'Ordine dei Medici di Torino nel suo importante documento del 6 luglio 2015. Argomenti che invalidano i fondamenti pretestuosi delle liste d'attesa e delle Unità di valutazione geriatriche intese come strumenti per sbarrare l'accesso alle cure.

La Giunta della Regione Piemonte il 20 aprile 2015 ha approvato la delibera n.18 "Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall'esercizio 2015" (1).

In merito è stata significativa la presa di posizione del Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Torino (Omceo-To), pubblicata sul canale di informazione "Torinomedica.com" il 6 luglio 2015 (2).

In essa si ribadiscono dei concetti, che oggi non dovrebbero più essere messi in discussione, quali quelli che gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone colpite da demenza sono malati, portatori di gravi patologie, con esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili e che per legge devono essere loro

assicurate le cure opportune, senza limiti di durata (3).

Su alcune delle considerazioni negative nei confronti della delibera regionale che vengono riportate sul documento dell'Ordine, vorrei aggiungere il mio contributo in quanto Medico di famiglia, impegnato quotidianamente *in prima linea* al fianco dei familiari di questa tipologia di malati. Il Medico di famiglia ha la possibilità di attivare direttamente l'Assistenza domiciliare programmata (Adp) o integrata (Adi), qualora ne ravveda l'indicazione, e di richiedere l'intervento dell'Unità di valutazione Alzheimer (Uva), dell'Unità di valutazione geriatrica (Uvg) affinché venga riconosciuto il contributo economico (il 50% dei costi relativi alle prestazioni domiciliari di «aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona») ai familiari disponibili a svolgere, volontariamente, tali prestazioni o per la predisposizione con quota a carico dell'Asl di ricoveri di sollievo e l'attivazione di progetti di semiresidenzialità/residenzialità definitiva.

Spesso, però, il Medico di famiglia non può che condividere il senso di frustrazione dei familiari di questi malati quando vede che le risposte, pur a seguito di valutazioni dell'Uvg

* Medico di famiglia, Referente di equipe territoriale Asl To1 e Consigliere del Distretto dell'Asl To1 della Federazione italiana Medici di medicina generale (Fimmg).

(1) Cfr. l'editoriale "Sulle prossime importantissime decisioni giudiziarie: saranno rispettate le esigenze e i diritti delle persone non autosufficienti o prevarrà l'eugenetica sociale?", *Prospettive assistenziali*, n. 190, 2015.

(2) Cfr. "Documento dell'Ordine dei Medici di Torino per il riconoscimento dei prioritari interventi socio-sanitari a domicilio e contro le liste di attesa per le prestazioni agli anziani malati cronici non autosufficienti", *Ibidem*, n. 191, 2015.

(3) Riferimenti normativi essenziali sono l'articolo 32 della Costituzione, la legge 833 del 1978, l'articolo 54 della legge 289/2002, la legge 10/2010 della Regione Piemonte.

che confermano le motivazioni della richiesta, sono evasive per quanto riguarda il contributo economico o la convenzione in struttura e conducono alla famigerata lista d'attesa, che corrisponde alla negazione dell'esigibilità della prestazione, come invece previsto dai Livelli essenziali di assistenza (Lea). Non è ammissibile, come invece viene fatto nella delibera n. 18 di cui si diceva all'inizio, che venga espressamente dichiarato che le liste d'attesa governate dalle Asl costituiscono un «*elemento di garanzia*» per il governo della spesa e che le Uvg hanno il compito di collocare i malati valutati «*in apposite liste d'attesa*».

Non viene fatto un chiaro riferimento alla necessità di potenziare le cure domiciliari, mentre è chiaro che le cure socio-sanitarie domiciliari di lunga durata sono una concreta alternativa al ricovero, e fino a quando possibile (cioè fino a quando le condizioni esterne lo permettono), devono essere accessibili a tutti gli aventi diritto; non vi sono norme che obblighino i familiari a svolgere funzioni assegnate dalla legge al Servizio sanitario nazionale, perciò è 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 e semiresidenziali (ad es. i centri diurni, specialmente per le persone malate di demenza, sono un supporto prezioso alla permanenza a domicilio dei malati) che devono essere prioritarie e che devono essere il vero fulcro su cui organizzare l'assistenza a questa tipologia di malati.

Le malattie croniche devono essere contrastate potenziando in primo luogo i servizi territoriali, sul modello del *Chronic care model* (Ccm - Modello delle cure per malati cronici) (4), per coinvolgere e responsabilizzare maggiormente i malati stessi e le loro famiglie, pre-

venire le riacutizzazioni, che poi spesso richiedono l'ospedalizzazione d'urgenza. Il Ccm propone l'organizzazione di un Team assistenziale (Medico di famiglia, Infermiere professionale, Operatore socio-sanitario), la messa in rete dei Servizi socio-sanitari territoriali ricercando la massima integrazione con i Servizi ospedalieri, la valorizzazione delle risorse presenti in ambito sociale come le associazioni di volontariato, il supporto all'auto-cura, l'adozione di linee guida basate sull'evidenza, l'utilizzo di efficienti sistemi informativi computerizzati. Inoltre investire sui servizi territoriali comporta il poter organizzare meglio ed in modo più efficace i percorsi di continuità assistenziale (altro nodo centrale dell'attuale Sistema sanitario piemontese) e poter applicare pienamente quanto previsto dalla delibera di Giunta regionale n. 72-14420 del 20 dicembre 2004 "Percorso di continuità assistenziale per anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente". Si tratta di una delibera pienamente vigente, come anche la legge regionale 10/2010, che prevede un percorso di continuità terapeutica da ospedale a territorio – cure socio-sanitarie a domicilio – che invece, molto spesso, viene disatteso, negando ai malati prestazioni di rilievo sanitario indifferibili.

Per far sì che la sollecitazione dell'Omceo-To non rimanga solo un'affermazione di principio occorre una partecipazione attiva di tutta la cittadinanza, sostenuta dalle Associazioni di tutela dei malati, di promozione sociale e di volontariato e dalle varie professionalità socio-sanitarie coinvolte, che affermi con forza il diritto alle cure socio-sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali per i malati cronici non autosufficienti. Il Medico di famiglia deve continuare a essere punto di riferimento operativo (attivazione di servizi quali Adp, Adi, Uva, Uvg, richiesta dell'invalidità civile e dell'indennità di accompagnamento, richiesta di ausili) e informativo (molto importanti sono tutti gli aspetti relativi alla tutela legale), auspicando un maggiore coordinamento con l'Uvg per predisporre, in tempi più rapidi e consoni alle esigenze dei malati, le cure domiciliari di lunga durata ed i ricoveri in Residenze sanitarie assistenziali.

(4) Coleman K., Austin B.T., Brach C., Wagner E.H., «*Health Aff.*», Gen/Feb 2009, vol. 28 n. 1, 75-85.