

ORDINE DEI MEDICI DI TORINO: ULTERIORI CONFERME SULLA INDIFFERIBILITÀ DELLE CURE SANITARIE PER GLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

Come avevamo segnalato sul n. 191, 2015 di questa rivista, nel documento del 6 luglio 2015 l'Ordine dei Medici di Torino e Provincia aveva precisato che *«gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici»*. Nel secondo documento del 21 marzo 2016 (n. 193, 2016) lo stesso Ordine sollecitava la Regione Piemonte ad assumere le occorrenti iniziative per garantire che *«nell'ambito dell'Adi (Assistenza domiciliare integrata) servizio assicurato dall'Asl, venga creato un unico servizio di cure domiciliari per i pazienti acuti o cronici, adulti o anziani, attivato dai medici di medicina generale»* evidenziando che *«gli interventi sanitari e socio-sanitari a domicilio nei confronti di tali malati, quando soddisfano le loro indifferibili esigenze, ne determinano in generale notevoli benefici, fra l'altro con rilevanti risparmi da parte delle Asl e dei Comuni»* e che *«il Servizio sanitario nazionale deve operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati, e quindi senza condizionamenti all'accesso alle prestazioni legate a valutazioni Uvg, Unità valutative geriatriche, il cui intervento può essere richiesto per accertamenti ed approfondimenti clinici, ma non può negare le cure»*.

Ciò premesso, riportiamo il documento approvato dal medesimo Ordine in data 21 novembre 2016 e la lettera del 5 ottobre 2017 sul concetto di "indifferibilità delle cure".

Osservazioni sulla delibera della Giunta regionale del Piemonte n. 34-3309 del 16 maggio 2016

L'aumento progressivo dell'aspettativa di vita è un dato ampiamente noto e discusso, così come l'incremento del numero delle persone

non autosufficienti a causa di patologie correlate all'età. È stato inoltre più volte evidenziato come i nuclei familiari siano sempre più spesso costituiti da 1 o 2 persone di età progressivamente più avanzata.

Nell'ambito di una programmazione degli interventi sanitari e socio-sanitari si deve tenere conto di questa realtà, che richiede risposte sempre più flessibili, complesse, multiprofessionali e, soprattutto, sollecite; evitando di lasciare prive di risposta situazioni in cui le necessità assistenziali, benché di bassa intensità, dipendano dalla presenza di una malattia cronica invalidante.

Inoltre come già puntualizzato da un documento del Consiglio dell'Ordine dei Medici del 21 marzo 2016, il Servizio sanitario nazionale deve operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati, e quindi senza condizionamenti all'accesso alle prestazioni legate a valutazione Uvg (Unità di valutazione geriatrica), il cui intervento può essere richiesto per accertamenti ed approfondimenti, ma non può negare le cure, come di fatto succede dopo la delibera della Giunta regionale n. 14/2013 che ha definito i criteri di priorità di accesso alle cure, creando una vera e propria disparità di trattamento nei confronti di questi malati (preventiva valutazione dell'Uvg per l'accesso alle prestazioni di infermi con esigenze sanitarie indifferibili, accertamento delle condizioni sociali ed economiche, ecc.) rispetto agli altri cittadini sofferenti a causa di patologie identiche o assimilabili in quanto si configurerebbe una discriminazione".

Si ricorda che:

- spetta al Servizio sanitario nazionale assicurare la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata (833/1978);
- l'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di anziani non autosufficienti è elencata fra i livelli essenziali di assistenza (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001);

- il medico deve garantire al cittadino la continuità delle cure (Articolo 23, Codice deontologico).

Il contesto

La delibera della Giunta regionale n. 18 del 2015 (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), proponeva un modello organizzativo articolato fra prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari. Introduceva inoltre la possibilità per il cittadino di usufruire di pacchetti di prestazioni fornite dalle Rsa (Residenze sanitarie assistenziali) al domicilio.

La delibera della Giunta regionale n. 34-3309 del 2016 (Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progettazione residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Uvg), nota anche come "progetto Rsa aperte", non è che la parziale attuazione della precedente delibera.

Secondo il Consiglio direttivo di questo Ordine, la delibera in oggetto risponde in maniera estremamente limitata alle necessità di cura delle persone anziane affette da malattie croniche invalidanti e solleva varie perplessità a partire dal titolo stesso della delibera: "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale". Da questa commissione domiciliare/residenziale nascono, a nostro parere, molte criticità e dubbi interpretativi.

Osservazioni

1. Le persone che possono usufruire del "progetto Rsa aperta" sono coloro per cui la Uvg competente ha valutato come adeguato un progetto residenziale. Il momento dell'inserimento in struttura, in genere avviene dopo diversi mesi dalla valutazione. Giunto comunque il momento dell'effettivo inserimento in strutture, la commissione Uvg potrebbe proporre un periodo, magari temporaneo, in cui la Rsa prescelta "esporta" alcune prestazioni (assistenza tutelare e infermieristica, interventi di riattivazione psicofisica, consulenze specialistiche) fornite da personale proprio, presso il domicilio dell'interessato.

Questa è una prima criticità. Il Gruppo di lavoro concorda sulla indispensabilità e indifferibilità delle cure di cui necessita questa categoria di malati e che non sia accettabile che dopo la valutazione e predisposizione del progetto assistenziale da parte dell'Uvg vengano collocati in "liste di attesa".

È bene ricordare le discutibili modalità di attribuzione e la tempistica di attivazione dei progetti proposti dalle commissioni Uvg come sancito dalla delibera della Giunta regionale n. 14 del 2013:

- il progetto residenziale è attivabile con grado di priorità urgente (3 mesi dalla data della commissione e 6 mesi dalla data della domanda) se il punteggio conseguito è pari o superiore a 24/28 o in casi di alta complessità sanitaria e/o sociale o di gravissimo disagio sociale e/o socio economico;
- in tutti i restanti casi il progetto residenziale è attivabile entro 12 mesi o in base a quanto emerga da successivi monitoraggi predisposti a discrezione della Uvg;
- considerando le modalità di attribuzione del punteggio sanitario, delibera della Giunta regionale n. 69 del 2010, a un punteggio elevato corrisponde una grave perdita di autosufficienza causata da una patologia cronica invalidante. Se invece è il punteggio sociale a essere preponderante la situazione è presumibilmente caratterizzata da assenza di rete sociale e familiare e da condizioni abitativa e economiche disagiate.

2. Altro punto critico è rappresentato dal fatto che le prestazioni previste dal progetto "Rsa aperta" non sono per nulla assimilabili a quelle erogate nei confronti delle persone degenti in una Rsa e soprattutto non sono sufficienti a coprire il fabbisogno (gli interventi domiciliari previsti dalla delibera in oggetto possono arrivare a coprire 20-30 ore al mese di presenza di personale)

Dall'analisi di quanto espresso è evidente come il progetto "Rsa aperta" non possa rappresentare una risposta efficace per i casi che hanno un grado di priorità di urgenza, se non in situazioni estremamente selezionate. Per i restanti casi il progetto proposto dalla Uvg sarà attivabile a distanza di 12 mesi o richiederà monitoraggi successivi, e sarà estremamente

difficoltoso, considerando la tipologia della popolazione composta da persone affette da patologie croniche e invalidanti, ipotizzare se una Rsa aperta sarà un progetto proponibile.

Si ricorda che per potere usufruire del progetto "Rsa aperta" è necessario l'inserimento in elenco per progetto residenziale, quindi, se la commissione Uvg valutando una specifica situazione avesse ritenuto adeguato un progetto domiciliare, la persona sarebbe stata inserita in graduatoria per domiciliarietà e non avrà la possibilità di usufruire di tale progetto.

E' vero che gli interventi sanitari e socio-sanitari rivolti alla popolazione anziana malata e non autosufficiente devono essere caratterizzati da un certo grado di flessibilità. Nel progetto "Rsa aperta", tuttavia, la flessibilità è solo apparente in quanto costi e rendicontazione ricadono unicamente sulla residenzialità. Poiché la lista di attesa per domiciliarietà Uvg è diversificata dall'elenco per residenzialità, e vige l'incompatibilità fra le due diverse progettualità, non è possibile né per il cittadino né per le commissioni Uvg transitare in modo fluido e continuo dall'una all'altra.

3. Un altro problema che nasce dalla confusione fra Rsa e domicilio è rappresentato dal ruolo del Medico di medicina generale, che diviene secondario rispetto a quello dell'équipe che prende in carico la persona. Non viene inoltre esplicitamente chiarito se sia possibile il mantenimento del Medico di medicina generale precedente alla presa in carico, cosa auspicabile essendo ancora il cittadino al proprio domicilio, oppure se intervenga il medico di medicina generale convenzionato con la Rsa come da delibera della Giunta regionale n. 47 del 1998.

Il Medico di medicina generale (Mmg) è il responsabile unico in riferimento alla tutela della salute del cittadino in ambito extraospedaliero, ma nella delibera in oggetto il ruolo del Mmg è marginale e di fatto gli vengono sottratte competenze di fondamentale importanza nei confronti dell'assistito che lo ha liberamente scelto.

4. Estremamente discutibile ci sembra il ruolo del "Care manager" individuato fra i componenti dell'équipe fornita dalla Rsa (fisioterapista, logopedista, infermiere professionale, assistente sociale, psicologo o Oss) che "funge da punto

di riferimento per l'anziano non autosufficiente e per la sua famiglia, dalla valutazione alla presa in carico, agevolando, monitorando e coordinando il percorso assistenziale, assicurandone così la continuità, al fine di garantire la risposta sanitaria adeguata nell'ambito dei servizi della rete, coerente con il progetto definito dall'Uvg". Se ne deduce che il compito di garantire le risposte assistenziali e sanitarie è del Care manager, dichiaratamente non un medico, che valuterebbe anche l'eventuale necessità di intervento di un medico specialista, fornito dalla Rsa stessa, con conseguente incremento del valore del Progetto assistenziale individuale. Si ricorda che all'interno delle Rsa le consulenze specialistiche sono, di norma, fornite da medici specialisti convenzionati o dipendenti del Servizio sanitario regionale, su richiesta del medico di medicina generale. Questa apparentemente diversa modalità operativa, che porta alla privatizzazione di un servizio sanitario, ci sembra estremamente discutibile.

5. Una ulteriore perplessità nasce dalla dichiarata possibilità di attivare cure domiciliari sanitarie nell'ambito del progetto "Rsa aperta". Questa possibilità è preclusa, di norma, all'interno di una Rsa. In questo modo si contribuisce ulteriormente a mantenere la confusione fra tipologia di cura domiciliare o residenziale. Non è minimamente chiarito in quali situazioni siano da attivare le cure domiciliari sanitarie, e siano pertanto ritenute insufficienti o inadeguate le prestazioni infermieristiche, tutelari o riabilitative fornite dalla Rsa, e neppure è chiarito chi decida tale intervento o come avvenga il coordinamento fra figure professionali analoghe (es. infermieri professionali), di diversa provenienza.

A conclusione dell'analisi della delibera della Giunta regionale n. 34/2016 si ritiene che il contributo di tale delibera alla riorganizzazione dei servizi offerti dal Servizio sanitario regionale al fine di "aumentare l'efficienza e la corretta gestione delle risorse umane ed economiche", sia estremamente limitato. Si individua piuttosto il rischio di una privatizzazione di alcuni servizi sanitari (visite specialistiche) in assenza di benefici per il cittadino o per il Servizio sanitario regionale.

Si ribadisce invece l'assoluta necessità di una reale regolamentazione e attuazione delle pre-

stazioni domiciliari in lungo-assistenza, così come definite dalla legge regionale n. 10 del febbraio 2010, con adeguamento delle risorse alle reali necessità territoriali legate all'incremento costante della popolazione che necessita di tale tipologia di cura.

Lettera dell'Ordine dei Medici di Torino del 5 ottobre 2017 sul concetto di "indifferibilità delle cure"

In data 5 ottobre 2017 il Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino ha inviato alla Fondazione promozione sociale onlus la seguente lettera.

Si comunica che a seguito della richiesta di parere deontologico, il Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Torino, nella seduta del 26 luglio 2017 ha reso proprio parere in merito all'oggetto specificato, nei seguenti termini: «Il Consiglio richiama la definizione del termine "indifferibilità" (Treccani, Garzanti): è indifferibile una situazione che non ammette dilazioni di tempo, in quanto ogni rinvio potrebbe determinare un danno con rapporto

causale diretto ed esclusivo. Indifferibilità non è sinonimo di urgenza od emergenza: questi due ultimi termini richiamano concetti clinici, il primo ha invece una valenza sociale ed organizzativa, ed un collegamento molto stretto con il sostantivo risorse. Per quanto il termine indifferibile possa essere legato concettualmente alla presenza, o meglio, alla scarsità di risorse disponibili per rispondere alle esigenze assistenziali degli anziani malati cronici o non autosufficienti, si ritiene che, in molti casi, i pazienti anziani cronici non autosufficienti necessitano dell'immediato intervento sanitario per la diagnosi, la terapia e le altre necessità indispensabili per la sopravvivenza e in particolare per la massima riduzione possibile delle sofferenze. Il Consiglio ritiene pertanto che il documento di indirizzo sulla continuità delle cure approvato dall'Ordine nel novembre 2016 chiarisca già in modo determinante il ruolo e le responsabilità dei medici nella gestione dei percorsi di cura e dei conflitti che si generano tra i diritti del cittadino ed esigenze economico-gestionali delle aziende sanitarie, e che sia compito della Politica mettere in condizione i medici di svolgere in maniera efficace la propria attività».

ORDINE DEI MEDICI DI TORINO: NUOVO MANDATO PER GIUSTETTO

Guido Giustetto, Medico di medicina generale, sarà presidente dell'Ordine dei medici, chirurghi e odontoiatri di Torino e provincia per altri tre anni. Il Presidente uscente è stato infatti riconfermato alla guida dell'Ordine con una vittoria schiacciante (oltre 1.600 preferenze) contro Alfredo Monaco, medico ospedaliero dell'Asl To3 e consigliere regionale, che ha totalizzato 269 voti. I numeri del consenso sono stati salutati dal rinnovato Presidente come "uno stimolo per proseguire con rinnovato entusiasmo nel lavoro per la crescita della professione, nel servizio per i colleghi e nell'attenzione per tutti i cittadini". Ricordiamo che con i documenti del 6 luglio 2015 e del 21 marzo 2016 – spesso citati su questa rivista e riportati sui numeri 191, 2015 e 193, 2016 – il Consiglio dell'Ordine dei Medici di Torino ha preso posizione per confermare "l'indifferibilità" delle esigenze sanitarie e socio-sanitarie di tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti, invitando la Regione Piemonte a mettere in atto tutte le azioni volte a contrastare ed eliminare la discriminazione nei confronti di questi malati, che si esprime prima di tutto nella negazione da parte delle Asl delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie loro dovute per legge.