



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGH E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO

Corso Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23

Web: www.omceo-to.it

email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it

Proposte OMCeO Torino alla Regione Piemonte in materia di Assistenza a Lungo Termine (LTC): Revisione post- Covid

L'OMCeO Torino in più occasioni ha affrontato il tema degli anziani malati cronici polipatologici non autosufficienti, predisponendo documenti (in particolare quelli approvati il 6 luglio 2015 e il 21 marzo 2016), istituendo il gruppo di lavoro UVG – Opposizione alle dimissioni e approntando un recente documento “Proposte.OMCeO Torino in materia di Assistenza a Lungo Termine”, approvato dal Consiglio dell’Ordine il 25/11/2019 e trasmesso alla Regione Piemonte in data 18/02/2020. La drammatica situazione emersa durante l’epidemia COVID ha evidenziato le gravi difficoltà del nostro Sistema Sanitario a rispondere adeguatamente ad emergenze impreviste, in particolare nelle RSA dove si sono concentrate le situazioni più drammatiche. L’esperienza di quei terribili mesi, e quella che sta evidenziandosi in questo ultimo periodo con la seconda ondata, ha confermato la validità ed attualità dei principi contenuti nei documenti ordinistici sopra richiamati, in particolare dell’indifferibilità delle cure e dell’importanza dell’assistenza domiciliare, e rende necessario rivedere le proposte del nostro precedente documento di proposte, per aggiornarle ed integrarle.

Un recente articolo pubblicato da Quotidianosanità (8/6/2020, autori: Fornero G., Zerbi R., Cavallero G.) evidenzia i seguenti dati:

- La spesa pubblica o a seguito di assicurazione obbligatoria per Assistenza a lungo termine (comprese entrambe le componenti di assistenza sanitaria e sociale) è intorno a 1,7% del PIL nei paesi OCSE, mentre in Italia nel 2017 risulta essere 0,6% del PIL, quindi solo un terzo.
- Inoltre la nostra spesa sanitaria pro-capite è del 15% inferiore alla media dei paesi OCSE e il tasso medio annuale di crescita della spesa sanitaria negli anni 2009-2016 è stato negativo (-0,3%), mentre, nella media dei paesi sviluppati, è stato positivo (+1,4%). Stiamo spendendo sempre meno, ormai da anni il trend è in discesa:
 - In Italia nel 2017, il numero di posti-letto ospedalieri era del 32% inferiore alla media dei paesi sviluppati;
 - In media nei paesi OCSE, nel 2017, c'erano 47,2 posti-letto Long Term Care (LTC) per 1000 persone di età pari o superiore a 65 anni; in Italia, sempre nel 2017, vi erano 19,2 posti-letto LTC per 1 000 persone di età



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO

Corso Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23

Web: www.omceo-to.it

email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it

pari o superiore a 65 anni: meno della metà di quanto avviene negli altri paesi sviluppati;

Nel 2016, poco più del 20% delle famiglie UE con persone bisognose di aiuto per problemi di salute a lungo termine utilizzava servizi di assistenza domiciliare professionale. L'Italia si fermava al 12 per cento.

OCSE ha ritenuto di inviare all'Italia un allarme: "Long term care for elderly should be more routinely available". (Health at a Glance 2019, OECD Indicators, Published on November 07, 2019)

Tra le conseguenze più rilevanti in Italia delle carenze indicate, vi è il sovraccollimento dei Dipartimenti di emergenza, un fenomeno diffuso in molti Paesi sviluppati, soprattutto nelle aree metropolitane. La ragione principale non è tanto l'accesso inappropriato in Pronto Soccorso, quanto il "blocco dei trasferimenti" ai reparti per i pazienti da ricoverare in urgenza, blocco conseguente alla carenza recettività degli ospedali e dell'intero sistema sanitario. Il sovraccollimento dei servizi di Pronto Soccorso e il ricovero ospedaliero in posti-letto di fortuna, non attrezzati, è dovuto in Italia alla riduzione dei posti-letto ospedalieri, non accompagnata dal sufficiente potenziamento delle cure domiciliari e residenziali in continuità assistenziale sanitaria e sociosanitaria per i pazienti cronici poli-patologici non autosufficienti.

La riduzione dei PL ospedalieri e la concomitante carenza dei servizi sanitari domiciliari hanno provocato una situazione critica nella sanità pubblica, in particolare per l'assistenza degli anziani malati cronici polipatologici non autosufficienti: dimissioni dall'ospedale non "protette" da percorsi integrati ospedale-territorio, periodi di ricovero nelle Lungodegenze o Riabilitazioni pre-determinate nella durata con proseguimento delle cure esclusivamente a pagamento, inserimento nelle RSA di ospiti sempre più gravi e multiproblematici.

In particolare su quest'ultima situazione è necessario soffermarci. Da qualche anno a questa parte si è infatti modificata la tipologia degli ospiti inseriti nelle residenze sanitarie: da anziani pauciproblematici, necessitanti di assistenza alberghiera e tutelare più che sanitaria, oggi gli ospiti delle RSA sono sempre più gravi, portatori di numerose patologie croniche (ma anche acute e subacute) e richiedenti assistenza sanitaria complessa (es. gestione peg, urostomie, ossigenoterapia, etc). Il modello organizzativo e gli standard assistenziali della DGR 45/2012, parametrati alla situazione dell'epoca (max 180 min/die di assistenza complessiva infermieristica, riabilitativa e tutelare per ospite in fascia alta incrementata), oggi sono insufficienti vista la modifica della tipologia di ospiti, e si sono mostrati inadeguati a gestire l'emergenza sanitaria determinata dalla pandemia Covid.

Sarà necessario modificare sostanzialmente, o addirittura revocare, la DGR 45/2012 e ridisegnare dal punto di vista normativo le Residenze Sanitarie Assistenziali, adeguandole alla realtà odierna e ai nuovi bisogni socio-



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO

Corso Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23

Web: www.omceo-to.it

email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it

sanitari, prevedendo, in linea con le attuali tipologie di ospiti e le moderne esigenze:

- Standard assistenziali aumentati;
- Standard strutturali e impiantistici adeguati (ossigeno centralizzato, telecamere, impianto di condizionamento senza ricircolo interno, obbligo di camere singole o per nuclei familiari, etc.)
- Percorsi interni distinti sporco-pulito già predisposti, non solo per covid-19 ma anche per altre patologie infettive occasionalmente riscontrabili (scabbia, clostridium etc), nella prospettiva di fronteggiare rapidamente eventuali scenari di future nuove pandemie;
- La garanzia dell'erogazione nelle RSA delle prestazioni riabilitative, di terapia del dolore e palliativa a tutti gli infermi che ne abbiano necessità;
- Il riconoscimento inequivocabile che le attività sanitarie accreditate/convenzionate (e quindi anche le RSA convenzionate), nei doveri ma anche nei diritti, fanno parte a pieno titolo del SSN, in quanto remunerate con il fondo sanitario nazionale;
- Presenza giornaliera, anche nelle piccole strutture, a prescindere dalle fasce assistenziali degli ospiti, di almeno un medico, oltre al Direttore Sanitario, e conseguente revisione dell'attuale accordo dei MMG, con affidamento ai MMG operanti in RSA dei pazienti convenzionati e privati con modalità omogenee da stabilirsi;
- Predisposizione di protocolli con il Distretto o l'Ospedale per l'assistenza medica specialistica, anche attraverso l'adozione di tecnologie innovative per la rilevazione, il monitoraggio, la diagnosi e il trattamento a distanza delle patologie, onde evitare laddove possibile il trasporto degli ospiti fuori dalla struttura e limitare l'accesso ai PS;
- Adozione di cartella clinica informatizzata in tutte le RSA, possibilmente omogenea sul territorio e collegata con gli altri servizi sanitari regionali;
- Aumento della quota sanitaria giornaliera riconosciuta dal SSN, ferma da moltissimi anni e inadeguata alle attuali esigenze e alle innovazioni sopra proposte, e revisione delle modalità di ripartizione della retta fra sanitaria ed alberghiera (oggi 50% e 50%): quest'ultima dovrebbe essere modulabile, in base alle singole situazioni, garantendo a tutti gli anziani non autosufficienti che lo necessitano per motivi sanitari l'inserimento immediato in RSA, a prescindere dalla situazione sociale (la DGR 14/2013 prevede differente tempo di risposta alla domanda di inserimento in base alla somma dei punteggi sociale e sanitario);

La riduzione dei posti letto ospedalieri avrebbe dovuto essere accompagnata, anzi, preceduta, dal potenziamento del territorio e principalmente dallo sviluppo della presa in carico domiciliare per gli ammalati cronici polipatologici non autosufficienti. Purtroppo questo non è



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGH E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TORINO

Corso Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23

Web: www.omceo-to.it

email: segreteria.amministrativa@omceo.to.it

avvenuto, e le prestazioni domiciliari, nonostante sui documenti di programmazione nazionale e regionale vengano sempre considerate prioritarie, in realtà oggi sono marginali e trascurate. Molte famiglie, se messe in condizione di poterlo fare, sarebbero disponibili a mantenere a casa l'anziano non autosufficiente, potendo contare su un servizio sanitario e sociale integrato di tutela o, in mancanza, almeno su un contributo economico (ad es. l'assegno di cura, per assumere un aiuto per qualche ora al giorno) e su personale qualificato medico e infermieristico (es. ADI, ospedalizzazione a domicilio, OSS) che giornalmente (compreso nei festivi) o in emergenza intervenga a domicilio per controllare il paziente e tranquillizzare il caregiver. Lasciati da soli, invece, i familiari quando non riescono più a far fronte alle necessità dell'anziano cronico polipatologico non autosufficiente, trovano come unica soluzione quella di portarlo in PS, con grave nocumento dell'anziano stesso, che fuori dal suo ambiente domestico si disorienta e peggiora il suo stato psichico, e sovraffollamento dei DEA.

E' necessario sostenere un ruolo sempre più rilevante della medicina del territorio, con MMG orientati alla presa in carico proattiva delle persone con fragilità e cronicità tramite i servizi di prossimità e la partecipazione attiva delle persone assistite, delle famiglie, dei caregiver e delle loro Associazioni, per disegnare al meglio la organizzazione, la fruizione diretta dei servizi per la salute e la pianificazione delle politiche dei sistemi di erogazione dell'assistenza. Servizi ospedalieri, territoriali e domiciliari devono far parte del medesimo percorso integrato, facilmente accessibile da chi ne ha la necessità. In particolare è di importanza chiave formalizzare un adeguato progetto per l'innovazione e lo sviluppo integrato della residenzialità e delle cure domiciliari per le persone malate non autosufficienti, con soluzioni per l'e-health come applicazione di tecnologie ICT nella gestione dei processi sanitari, nella telemedicina e tele monitoraggio, allo scopo di supportare l'accessibilità delle informazioni e dei servizi sanitari, il decentramento della cura, la razionalizzazione delle risorse ed il miglioramento dei percorsi assistenziali, compresa la formazione dei caregiver.