

Torino, 21 settembre 2012

Per i residenti nella Regione Piemonte

Aggiornamento dell'opuscolo:

TUTTI HANNO DIRITTO ALLE CURE SANITARIE - compresi: anziani malati cronici non autosufficienti, malati di Alzheimer, malati psichiatrici, handicappati con gravi patologie (Nuova edizione aggiornata del 31 marzo 2010)

INTEGRAZIONE A PAG.4 al capoverso relativo alla continuità terapeutica

Prevista la continuità terapeutica anche nell'ambito di strutture residenziali socio-sanitarie

Fermo restando quanto disposto dalla delibera della Giunta regionale del 20 dicembre 2004, n. 72-14420 "Percorso di continuità assistenziale per anziani ultra65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziani non autosufficienti", con la deliberazione n. 45-4248 del 30 luglio 2012 la Giunta della Regione Piemonte prevede che «*le strutture residenziali socio-sanitarie - di cui al suddetto provvedimento – possono concorrere alla realizzazione dei percorsi di continuità assistenziale esclusivamente per persone anziane previste dalla normativa regionale. tale percorso, la cui durata è stabilita nel limite massimo di gg. 60, può considerarsi articolato attraverso le seguenti fasi*

- ✓ fase intensiva: durata massima gg. 10. Tariffa giornaliera a totale carico del Servizio sanitario regionale;
- ✓ fase estensiva: durata massima gg. 20. Tariffa giornaliera a totale carico del Servizio sanitario regionale;
- ✓ fase di lungoassistenza: a decorrere dal 31° giorno per la durata di gg. 30. Quota di compartecipazione Utente/Comune pari al 50%;
- ✓ dal 61° giorno retta a carico totale della persona».

ATTENZIONE: la deliberazione 45-4248 è **oggetto di ricorso avanti al Tar**, Tribunale amministrativo regionale, in quanto in contrasto con quanto stabilito dalle norme vigenti. La continuità delle cure sanitarie e socio-sanitarie deve essere garantita senza interruzione a tutti i malati, in base alle loro esigenze, compresi gli anziani cronici e non autosufficienti (vedi in *allegato* il parere della Società di gerontologia e geriatria Sezione regionale Piemonte-Valle d'Aosta). Quanto sopra è stato confermato recentemente anche dalla Camera dei

Deputati. La Risoluzione n. 8-00191 **approvata all'unanimità** dalla XII Commissione Affari sociali della Camera *«impegna il Governo ad assumere le iniziative necessarie per assicurare la corretta attuazione e la concreta esigibilità delle prestazioni sanitarie e delle cure socio-sanitarie, previste dai Lea, alle persone con handicap invalidanti, agli anziani malati cronici non autosufficienti, ai soggetti colpiti dal morbo di Alzheimer o da altre forme neurodegenerative di demenza senile e ai pazienti psichiatrici, assicurando loro l'erogazione delle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali, ai sensi del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, concernente i livelli essenziali di assistenza; a portare avanti con sollecitudine il lavoro preparatorio volto all'adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza, che deve prevedere l'adeguata integrazione fra l'intervento sociale e quello sanitario, in una prospettiva di miglioramento della qualità della vita di anziani e disabili».*

IMPORTANTE: in caso di opposizioni dalle dimissioni da ospedali e/o case di cura convenzionata utilizzare sempre il fac-simile della lettera riportato a pag. 11. Tuttavia, prima dell'invio della lettera invitiamo a rivolgersi alla Fondazione promozione sociale onlus, tel. 011-812.44.69 e-mail info@fondazionepromozionesociale.it, che indicherà i possibili percorsi praticabili previsti dalle norme vigenti in attesa del pronunciamento del Tribunale.

MODIFICHE A PAG. 6 al capoverso "Cosa sono e come funzionano le strutture socio-sanitarie (Rsa, Raf)"

Con la deliberazione n. 45-4248 del 30 luglio 2012 la Giunta della Regione Piemonte prevede un'unica struttura di ricovero per gli anziani affetti da patologie croniche e non autosufficienti, denominata Rsa, Residenza socio-sanitaria assistenziale. Sono pertanto abolite le Raf, Residenze assistenziali flessibili (e la relativa Dgr 17/2005 e s.m.i.). Aumentano a sei le fasce assistenziali previste, più una per le demenze.

La delibera norma altresì i centri diurni per le persone dementi e/o malati di Alzheimer, per i quali restano sostanzialmente le disposizioni precedenti (ex Dgr 38/2009).

Per gli utenti in convenzione, ovvero che hanno diritto al versamento della quota sanitaria da parte dell'Asl (almeno il 50% del costo totale della retta di ricovero), sono mantenuti i diritti previsti nelle precedenti deliberazioni. In particolare si evidenzia che:

- gli utenti non devono sottoscrivere contratti di ospitalità, ma semplicemente prendere visione del regolamento della struttura;
- il suddetto regolamento deve essere redatto secondo le indicazioni regionali, così come riportate nel capitolo "Rapporti utenti/struttura di ricovero" dell'opuscolo.

Allegato: osservazioni in merito alla Dgr 45/2012 a cura della Società di gerontologia e geriatria Sezione regionale Piemonte-Valle d'Aosta



**AZIENDA OSPEDALIERO - UNIVERSITARIA SAN GIOVANNI BATTISTA DI TORINO
S.C. GERIATRIA E MALATTIE METABOLICHE DELL'OSSO**

Direttore Prof. G.C. ISAIA
Corso Bramante, 88/90 – 10126 TORINO
Tel. 011/6336734 – 011/6637140
Fax 011/6961045

Torino, 17/9/2012

In relazione alla delibera della Giunta della Regione Piemonte n 45/2012, riferita alla inderogabile durata delle prestazioni sanitarie, in qualità di Presidente della Sezione Piemonte-Valle d'Aosta della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria, ritengo opportuno presentare le seguenti osservazioni

- 1) L'evoluzione demografica degli ultimi decenni ha portato, nella nostra Regione e nel nostro Paese, ad un aumento percentuale ed assoluto dei soggetti anziani ultrasessantacinquenni. All'interno di questa fascia di popolazione l'incremento più consistente in termini assoluti ha riguardato i grandi anziani, e cioè i soggetti ultraottantenni. Sebbene una rilevante percentuale di questi soggetti goda di condizioni di discreto benessere ed autonomia funzionale, quasi la metà dei soggetti ultrasettantacinquenni presenta una o più delle seguenti condizioni: polipatologia, parziale o totale perdita di autonomia funzionale, moderato-severo deterioramento cognitivo. In particolare, nel corso degli ultimi anni, è aumentata in modo drammatico, nella nostra Regione così come nella maggior parte dei paesi occidentali, la prevalenza di pazienti anziani complessi, con rilevanti polimorbilità ad alta intensività clinica, necessitanti talora di interventi e procedure complesse, nel contesto di una fragilità clinica che li pone ad alto rischio di complicanze. Studi recenti hanno infatti chiaramente dimostrato che il maggior ricorso alle cure ospedaliere da parte di questi pazienti è principalmente dovuto a problematiche di salute ed a condizioni di non autonomia funzionale per causa di malattie (*Eur. J. Pub. Health 2012; 22: 76-80*)
- 2) I pazienti anziani sono quindi, per i suddetti motivi, i principali fruitori di risorse sanitarie a vari livelli: medicina di base, servizi ospedalieri a varia intensità, cure intermedie e lungodegenze. In questo scenario demografico e clinico, la disponibilità di posti letto ospedalieri nel pubblico nell'ultimo trentennio è diminuita del 70%, con una riduzione del 55% circa dei posti nelle strutture internistiche (Medicine e Geriatrie) che sono tradizionalmente i maggiori prestatori d'opera ospedalieri per questi pazienti (Figura 1). A fronte di questo drammatico decremento, la disponibilità di letti pubblici in strutture a minor intensività rimane fortemente inadeguata per le esigenze di una popolazione con plurime severe comorbilità, non autonoma per problemi di salute e che quindi necessita di cure sanitarie croniche e spesso di lunga durata. Allo stesso tempo, all'interno degli ospedali si è tentato di fronteggiare questa crescente richiesta di ricoveri con una progressiva contrazione dei tempi di degenza, ma questo atteggiamento non può essere proseguito indefinitamente e già nel corso degli ultimi anni la durata delle degenze ha ripreso ad aumentare nei pazienti in questa fascia di età (*British Medical Journal 2012; 345:e6137*)

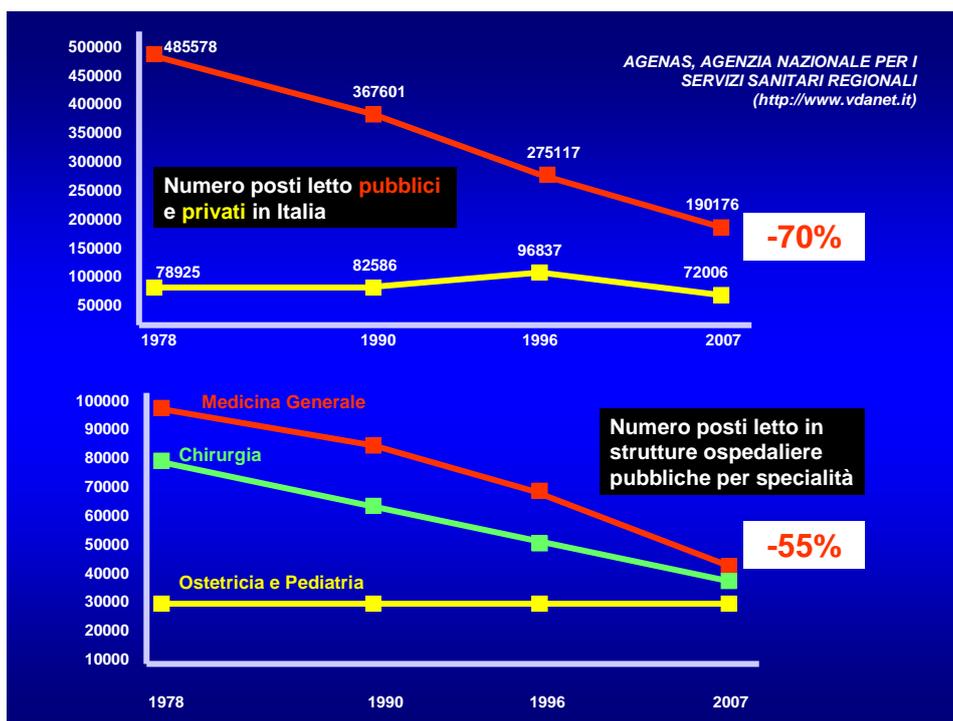


Figura 1

- 3) In questo contesto demografico e clinico, la delibera della Regione Piemonte suddetta, definendo limiti perentori di durata massima di cura rimborsabili per la fase intensiva (10 giorni), per la fase estensiva (20 giorni) e per la fase di lungo assistenza (trenta giorni a partire dal 31° giorno), pone dei limiti temporali del tutto inaccettabili per quei pazienti i cui problemi di salute (in questo ambito ricadono infatti, tra le altre, le perdite di autonomia definitive per gravi condizioni di salute, quali ad esempio demenze e i deterioramenti cognitivi in generale, le severe patologie di organi o apparati a carattere irreversibile, le malattie oncologiche avanzate ed i quadri di severe comorbilità) sono destinati inesorabilmente a non risolversi ed a perdurare per periodi di tempo largamente superiori a quelli previsti e sanciti dalla delibera stessa.

Nel ribadire che le perdite di autonomia e la necessità di cure croniche nei pazienti anziani rappresentano un problema sanitario e non sociale, sulla base di queste considerazioni, riteniamo quindi di esprimere, a nome dei Geriatri piemontesi, le nostre perplessità nei confronti della delibera in oggetto.

Mario Bo

Presidente Regione Piemonte-Valle d'Aosta Società Italiana di Geriatria e Gerontologia

SCDU Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso

AOU San Giovanni Battista-Molinette

Torino