

Gruppo per una Buona Sanità - PBS

“Necessità di strutture socio-assistenziali a valenza sanitaria”

La popolazione anziana è in progressiva crescita: oltre un italiano su 5 ha più di 65 anni, i “giovani anziani” (65-74 anni) sono il 11% della popolazione, gli “anziani” (75-84 anni) sono l'8%, i “grandi vecchi” (≥ 85 anni) il 3%. Il soggetto anziano spesso presenta comorbidità come scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, diabete, cirrosi, insufficienza renale, deficit cognitivo, disabilità e isolamento sociale configurando un quadro di fragilità. Anche i “sopravvissuti” sono in aumento per l'efficacia delle terapie della fase acuta di episodi cardio- o cerebrovascolari, politraumi e delle terapie antineoplastiche. A questi dobbiamo aggiungere i senza fissa dimora, i Rom e i clandestini. Questa tipologia di soggetti che, per i diversi motivi detti definiamo “fragili”, tende a rivolgersi all'Ospedale anche per patologie che in diverse condizioni socio-assistenziali potrebbero essere curate dal medico di Medicina Generale.

Il ricorso al ricovero in reparti ospedalieri per acuti, di pazienti in condizioni non acute, oppure acute ma gestibili dal medico di Medicina Generale è formalmente inappropriato, è rischioso per il paziente fragile per l'aumento di infezioni e di delirio e genera affollamento nei Pronto Soccorso e nei reparti di degenza con la necessità di posti letto aggiuntivi. Inoltre questi pazienti, superata la fase acuta, non possono venire facilmente dimessi per carenza di strutture di accoglienza extra-ospedaliera. Infatti, **la disponibilità di strutture extra-ospedaliere a bassa intensità di cure è inadeguata ed insufficiente ad ospitare i malati dimissibili e con problemi sociali**. Ne deriva un aumento dei tempi di degenza nei reparti per acuti con riduzione della disponibilità dei posti letto per accogliere nuovi malati, allungamento delle liste di attesa, conseguente riduzione dell'indice di gradimento degli assistiti verso il sistema Sanitario Nazionale e aumento ingiustificato dei costi.

L'assistenza domiciliare integrata (ADI), l'ospedalizzazione a domicilio e le strutture residenziali (RSA), costituiscono esempi organizzativi efficaci, ma risultano inadeguati per numero e distribuzione territoriale.

Le carenze dell'assistenza territoriale, la mancanza di un efficace sistema di dimissioni agevolate per pazienti con patologie prevalentemente croniche e con problemi sociali hanno determinato una condizione di sovraffollamento ospedaliero non più confinata ai periodi di epidemia influenzale ma estesa a tutti i periodi dell'anno. La sottrazione di letti ai reparti chirurgici o di specialità mediche operata per far fronte alla carenza di posti letto nei reparti di Medicina Interna e Geriatria non è accettabile per ragioni etiche, mediche e organizzative: il paziente riceve in questi reparti una qualità assistenziale di livello inferiore per la mancata presenza di medici e infermieri di area internistica; inoltre, l'occupazione di letti chirurgici o di specialità mediche ritarda il ricovero di pazienti programmati per interventi chirurgici (neoplasie) o procedure di alta specializzazione (trapianti di midollo, ablazione di fibrillazione atriale). A ciò si aggiunge che il paziente acuto può essere fonte di infezione per i pazienti in attesa di intervento o di altre procedure.

Per garantire una dignitosa ed efficiente offerta assistenziale ai cittadini rispettando le esigenze economiche del servizio sanitario pubblico è necessario ottimizzare i rapporti organizzativi tra ospedale e territorio.

1. Come migliorare ciò che già esiste

- a) potenziare il numero e la distribuzione dei servizi già esistenti (ADI, ospedalizzazione a domicilio, riabilitazione di I e II livello, Hospice per fine vita);
- b) potenziare, attivando convenzioni a tempi brevi, il numero e la distribuzione delle RSA pubbliche e private “di qualità” sorvegliate da controlli periodici.

2. Che cosa si propone di nuovo

a) Il fatto che nei reparti ospedalieri di Medicina Interna per acuti, il 30% dei pazienti abbia un ritardo medio delle dimissioni di circa 10 giorni per motivi sociali (vivono soli, non sono in grado di procurare/cucinare i cibi, hanno limitata autonomia) costituisce un motivo rilevante per stimolare una soluzione al problema del sovraffollamento ospedaliero e della sistemazione dei pazienti in condizioni clinicamente inappropriate oltretutto umanamente disagiate. **Si propone l'attivazione di strutture non sanitarie a “bassa intensità di cure”** (non dotate cioè di personale medico 24 ore su 24). **Il costo medio giornaliero della degenza in queste strutture è stimato circa un decimo rispetto al costo della degenza in ospedale per acuti (80 euro vs 750 euro).**

b) **Si chiede al Ministero della Salute di emanare una direttiva nazionale** per attivare nelle singole regioni un accordo di massima tra i responsabili dei servizi sanitari e quelli dei servizi sociali (Comune e Regione) per l'istituzione di strutture per malati cronici o anziani fragili in cui siano predisposti i seguenti servizi assistenziali:

- soggiorno in camere con letti
- locali per spazi comuni (sale da pranzo, TV)
- personale (badanti o care giver) in grado di provvedere alla distribuzione dei pasti e dei farmaci agli orari previsti, alla prenotazione di esami di controllo e di terapie, alla richiesta di visite mediche, infermieristiche o fisioterapiche programmate
- personale dei servizi domestici (cucina, pulizie)

L'assistenza sanitaria in queste strutture è resa possibile dal loro affiancamento a Case della Salute, RSA, Ospedali, nonché dall'intervento del Medico di Medicina Generale e degli Infermieri del territorio.

Per rendere economicamente sostenibile il funzionamento di tali strutture è necessario che sia regolamentato in modo vincolante il pagamento di rette da parte dei cittadini in rapporto alle loro possibilità economiche (ticket obbligatorio variabile in rapporto alla denuncia dei redditi).

c) Gli esperti raccomandano la permanenza a domicilio delle persone anziane, handicappate e malate, privilegiando la qualità della vita delle persone e delle loro famiglie. Come provvedimento incentivante, sarebbe utile **sostenere la proposta FIDAPA BPW Italy di riconoscere il ruolo di datore di lavoro per chi assume badanti e colf** e di permettere la deducibilità di stipendio, l'ammontare intero dei contributi, ferie, tredicesima, TFR versati a lavoratori della persona e della casa.