



## **ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI TORINO**

*C.so Francia 8 - 10143 Torino - Tel: 011.58.15.111 Fax: 011.50.53.23  
Web: [www.omceo.to.it](http://www.omceo.to.it)  
email: [segreteria.amministrativa@omceo.to.it](mailto:segreteria.amministrativa@omceo.to.it)*

---

Torino lì, Novembre 2016

### **Proposta di documento Gruppo di Lavoro RSA Aperte OSSERVAZIONI SULLA DGR 34-3309 DEL 16 MAGGIO 2016**

#### **PREMESSA**

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, benchè 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 21.3.2016, 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 DGR 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 (DPCM 29/11/2001).
- Il medico deve garantire al cittadino la continuità delle cure (Art.23 Codice Deontologico)

## IL CONTESTO

La DGR 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 DGR 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 parere dei componenti del Gruppo di Lavoro 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 commistione 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. Al momento dell'effettivo inserimento in struttura, in genere dopo alcuni mesi dalla valutazione, 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 DGR 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 emerge da successivi monitoraggi predisposti a discrezione della UVG.

- Considerando le modalità di attribuzione del punteggio sanitario, DGR 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 abitative 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 ritiene adeguato un progetto domiciliare, la persona verrà inserita in graduatoria per domiciliarità e non avrà la possibilità di usufruire di tale progetto.

Si ribadisce 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. Si ricorda inoltre che la lista di attesa per domiciliarità UVG è diversificata dall'elenco per residenzialità, e vige l'incompatibilità fra le due diverse progettualità. Non è pertanto 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 MMG precedente alla presa in carico, cosa auspicabile essendo ancora il cittadino al proprio domicilio, oppure se intervenga il MMG convenzionato con la RSA come da DGR 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 SSR, 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 DGR n° 34 /2016 si ritiene che il contributo di tale delibera alla riorganizzazione dei servizi offerti dal SSR al fine di “aumentare l'efficienza e la corretta gestione delle risorse umane ed economiche”, sia estremamente limitato. Si individua inoltre il rischio di una privatizzazione di alcuni servizi sanitari (Visite specialistiche) in assenza di benefici per il cittadino o per il SSR.

Si ribadisce invece l'assoluta necessità di una reale regolamentazione e attuazione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza, 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.