quotidianosanità.it

Mercoledì 18 DICEMBRE 2019

Anziani non autosufficienti in Piemonte. Tutto bene?

Gentile Direttore,

negli ultimi anni la salute del SSN e del SSR piemontese sta progressivamente deteriorandosi. Nonostante la posizione del nostro Sistema Sanitario sia ancora tra i primi al mondo, sta progressivamente perdendo punti rispetto ad altri paesi. Da tempo denunciavamo, senza essere ascoltati, i fenomeni della gobba pensionistica, dell'imbuto formativo. Questi fenomeni stanno depauperando gli ospedali di specialisti mettendo a dura prova la tenuta del sistema in concomitanza della vera emergenza dei DEA e Pronto Soccorsi.

La risposta della politica è stata debole o assente, facendo pensare che vi sia una non tanto velata strategia per distruggere il Sistema Sanitario pubblico a favore del privato che spinge per potersi aggiudicare una bella fetta del Fondo Sanitario Nazionale (più o meno legittimamente). La Regione Piemonte ha una popolazione calcolata al 2018 di 4.375.865 persone. Nel 2015 la popolazione era di 4.424.467 persone. Dal 2015 vi è un saldo negativo tra i nati vivi e i morti di 88.170 unità (dati ISTAT). Il 70,3 della popolazione ha un'età tra 0 e 64 anni il 29,7% ha un'età oltre i 65 anni.

La DGR 1-600 del 2014 che recepiva: "l'art. 15, comma 13, lett. c del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 agosto 2012, n. 135, ha disposto la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, a un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, prevedendo il coerente adeguamento delle dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici e assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25% riferito a ricoveri diurni...".

La DGR asseriva che: "in Piemonte esiste, da tempo, un eccesso di ricoveri di post-acuzie ospedalieri, che esprime una domanda che dovrebbe trovare una risposta più appropriata sul territorio.... omissis." La continuità di cura tra ospedale e territorio richiede una presa in carico da parte del Distretto e la disponibilità di Assistenza domiciliare, RSA, strutture intermedie sanitarie a valenza territoriale.

In sintesi la DGR 1-600 fissava la quota di 2,6 posti letto per acuti e 0,9 posti letto di post-acuzie, insistendo per il 63% sul pubblico e per il 37% sul privato. Questo impianto normativo, scaricava genericamente sul "territorio" gli oneri dell'assistenza del paziente fragile, geriatrico, cronico e pluripatologico, senza tuttavia definire un'adeguata rete territoriale che potesse assorbire l'impatto di quei pazienti dimessi dagli ospedali.

La normativa relativa al Distretto si presenta con una buona premessa teorica, ma fumosa quando si deve stabilire che tipo di intervento clinico e socio-sanitario bisogna effettuare sul paziente, soprattutto dopo che la riforma del titolo V della Costituzione demanda alle singole ASL l'erogazione delle prestazioni in applicazione dei LEA: in questo ultimo passaggio che si creano le difformità maggiori tra regioni. Dal 2014, con colpevole ritardo, si aspetta un "Piano Cronicità" da parte della Regione.

Si corre comunque il rischio che tale piano sia l'enunciazione formale di buoni principi in assenza di risvolti pratici: chi deve fare cosa, investimenti tecnologici massivi e personale medico e infermieristico adeguato sia in termini organici che di preparazione. In tale ottica va affiancata alla leadership del medico di medicina generale, una figura di tipo clinico distrettuale che abbia competenze sul paziente geriatrico, cronico e fragile, e un sistema che favorisca sicuramente la dimissione dall'ospedale verso forme di assistenza più idonee e il processo inverso in caso di riacutizzazione con percorsi preferenziali.

Dall'istituzione dei Distretti nel 1978 le varie leggi e Piani Sanitari Nazionali, questi dovrebbero beneficiare del 51% delle risorse ripartite alla singola Azienda Sanitaria (il 44% è destinato all'ospedale e il 5% alla prevenzione), questi non sono in grado di dare risposte organizzate e riproducibili in tutte le varie realtà lasciando spesso al volontarismo degli operatori la decisionalità sul tipo di intervento.

E' su questa base che si crea il grosso equivoco delle dimissioni dei pazienti anziani cronici e fragili. La degenza ospedaliera è per norma limitata al periodo di acuzie, successivamente il paziente dovrebbe essere preso in carico da un apparato distrettuale che non esiste, o esiste solo sulla carta, o è decisamente sottodimensionato rispetto alle reali necessità. L'atteggiamento della classe dirigente, rispetto al problema specifico, risulta assimilabile al titolo del paragrafo. La "vision" della sanità continua a essere "acutocentrica" e "ospedalocentrica", scotomizzando totalmente il reale andamento demografico e nazionale.

Dott. Dario Amati

*Dirigente medico Geriatria territoriale e Lungodegenza ASL BI
Componente Segreteria Regionale Anaa Assomed Piemonte
Segretario Aziendale Anaa Assomed ASL BI*