

Superare l'attuale modello delle RSA

*Dr.ssa Ivana Garione MMG
Consigliera Ordine Medici di Torino e Provincia*

Posti Letto

- In media nei paesi Ocse nel 2017 c'erano 47,2 posti letto long term care per 100 persone di età superiore ai 65 anni mentre in Italia vi erano 19,7 posti letto. Nel 2019 OCSE mandò un allarme all'Italia: «Long term care for elderly should be more routinely available»

Tipologia degli ospiti

- Da anziani pauciproblematici necessitanti di assistenza alberghiera e tutelare più che sanitaria a ospiti sempre più gravi con pluripatologie croniche ma anche subacute necessitanti di assistenza complessa (es. gestione peg, urostomie, ossigenoterapia, etc)

Modificare o abolire la legge 45/2012

Il modello organizzativo e gli standard assistenziali della DGR 45 parametrati alla situazione dell'epoca (max 180min/die di assistenza complessiva infermieristica, riabilitativa e tutelare per ospite in fascia alta) oggi sono insufficienti vista la modifica della tipologia degli ospiti e si sono mostrati inadeguati a gestire l'emergenza sanitaria

Modificare il contratto dei MMG nelle RSA

- La DGR 47 del 1998 disciplina l'attività di assistenza dei MMG agli ospiti nelle RSA dei MMG ovvero 1 ora al giorno per 5 giorni settimanali ogni 20 posti letto con presenza in struttura dei vari medici coordinata dal direttore sanitario in rapporto alle esigenze della struttura

Criticità

- Riduzione negli anni di risposte ai bandi di assunzione delle Asl da parte dei MMG e dei medici di CA (pensionamenti, scarsi incentivi economici a fronte di impegno clinico aumentato)
- Disuguaglianza fra ospiti convenzionati e privati
- Strutture non RSA

Valutazione della Commissione UVG (DGR 25 giugno 2013)

- Il criterio di commisurazione delle priorità sulla scorta dell'attribuzione di pari dignità agli indicatori clinici e a quelli sociali ha, nei fatti, subordinato la fruizione della quota sanitaria riferita al ricovero dell'anziano non autosufficiente ad una situazione di bisogno sociale anziché sanitario perché non consente al paziente che ha un basso punteggio sociale di fruire delle prestazioni a spese delle Asl.

- L'attribuzione di un basso livello sociale può dipendere anche solo dalla constatazione che il paziente si trovi già inserito in una struttura residenziale, ma a proprie spese

Proposte dell'Ordine dei medici di Torino approvate nel consiglio direttivo del 23/11/2020

- Standard assistenziali aumentati anche a livello strutturale e impiantistico (ossigeno centralizzato, impianto di condizionamento senza ricircolo interno, obbligo di disporre di camere singole o per nuclei familiari, etc)
- Percorsi interni distinti sporco-pulito non solo per covid- nocovid ma anche per altre patologie infettive (scabbia, clostridium, etc) nella prospettiva di fronteggiare rapidamente eventuali scenari di future nuove pandemie.

- Garanzia dell'erogazione, nelle RSA, delle prestazioni riabilitative, di terapia del dolore, di cure palliative a tutti gli ospiti che ne abbiano necessità
- Riconoscimento inequivocabile che le attività sanitarie accreditate / convenzionate (e quindi anche le Rsa convenzionate), nei doveri e 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 con conseguente revisione dell'attuale contratto dei MMG

- Predisposizione di protocolli con il Distretto o l'Ospedale per l'assistenza specialistica anche attraverso l'adozione di tecnologie innovative per la diagnosi, il monitoraggio, e il trattamento a distanza delle patologie onde evitare, se possibile, il trasporto degli ospiti fuori della struttura e limitare l'accesso al PS

- Adozione di cartella clinica informatizzata in tutte le RSA, possibilmente omogenea sul territorio e collegata con gli altri servizi territoriali

- Aumento della quota sanitaria giornaliera riconosciuta dal SSN, ferma da molti anni e inadeguata alle attuali esigenze e alle innovazioni sopraproposte e revisione delle modalità di ripartizione della retta fra sanitaria ed alberghiera: 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 in breve 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)

GRAZIE DELL'ATTENZIONE