

Consulta del Volontariato – Legnano

Seduta del 17 dicembre 2018

“LE DIMISSIONI DELLE PERSONE FRAGILI DALL’OSPEDALE”

Sintesi della comunicazione di Walter Fossati

La comunicazione viene suddivisa in due parti.

La prima parte è di carattere concettuale, nella quale ci soffermiamo sul perché si devono dimettere le persone fragili con un regime di protezione, accennando alle condizioni organizzative dell’ ospedale necessarie alla dimissione protetta.

Nella seconda parte viene descritto e commentato il protocollo di dimissione protetta, che è in atto nei quattro ospedali facenti capo all’A.S.S.T. Ovest Milanese (Legnano, Cuggiono, Magenta ed Abbiategrasso).

Prima parte

Quando parliamo di “persone fragili”, collegandole ad una corretta prassi di dimissione protetta dall’ospedale (dove sono ricoverate le persone con affezioni acute), ci riferiamo particolarmente alle persone anziane, malate croniche, non autosufficienti, nonché alle persone con disabilità grave.

Si tratta di persone particolarmente vulnerabili, che presentano un’ esigenza di cura e di assistenza complessa, tanto nel territorio, quanto in ospedale, **senza soluzione di continuità**.

Infatti, le persone con disabilità o malate croniche, una volta rientrate a domicilio, dopo una esperienza di ricovero in ospedale, non hanno risolto tutti i loro problemi di salute.

La loro non autosufficienza è determinata da una pluralità di patologie a carico dei sistemi, degli apparati e degli organi vitali. Possono essere le patologie sensoriali (visus e udito), la demenza senile, le malattie del cuore, della distribuzione del sangue, della funzionalità delle ghiandole, del sistema nervoso...

Oggi, sta di fatto che la prassi delle dimissioni protette non è praticata puntualmente negli ospedali dove si interviene per curare le affezioni acute, o, comunque, tale prassi non è attuata in modo soddisfacente.

Assai di frequente la persona ricoverata e il suo parente vengono avvisati qualche giorno prima della dimissione, nel senso che viene loro fatto presente che è necessario lasciare libero il posto letto, a beneficio di altre persone.

Per la verità, questa discutibile e diffusa prassi presenta qualche eccellente eccezione, con l’attenzione che viene riservata ai malati oncologici e ai malati terminali.

A proposito di eccellenti eccezioni, anche nell’area delle persone con disabilità sono praticate, da anni, esemplarmente, delle esperienze positive di dimissione protetta.

Mi riferisco a quanto viene attuato in un “reparto” dell’ospedale di Niguarda a Milano, denominato **Unità Spinale Unipolare**, dove vengono ricoverate le persone con lesione midollare.

In questo reparto ospedaliero, la persona, dal momento del ricovero, viene posta al centro di una serie di interventi plurispecialistici.

La persona non viene spostata; trova in reparto, in forma ben coordinata, tutto quanto le necessita per porre rimedio alle sue gravissime condizioni, con gli interventi di neurochirurgia, di fisioterapia, di urologia, di neurologia, di riabilitazione, di terapia occupazionale....

Le esigenze della persona, con lesione vertebro-midollare, vengono affrontate, nella loro complessità, dall'equipe clinica e riabilitativa, in costanza di ricovero e per l'attuazione di un **progetto di vita, da** attuarsi nel territorio.

Si tratta di persone che usciranno dall'ospedale destinate a vivere in carrozzina, per le quali si porranno problemi di abitazione, di ri-qualificazione professionale, di lavoro, di trasporto...

Ebbene, l'equipe dell'Unità Spinale esprime tutta la sua potenzialità non solo nella cura clinica della persona, ma anche nell'implementare il progetto di vita, in stretto raccordo con la persona stessa, con i suoi familiari e con i servizi territoriali.

Quindi, la condizione organizzativa per una corretta prassi delle dimissioni protette è che i numerosi attori agiscano in **stretta connessione**, sia dentro che fuori dall'ospedale.

In altri termini, possiamo affermare che la causa dell'insolvenza delle dimissioni protette sia da ricercarsi nella mancanza di un **modello unitario fra i diversi attori istituzionali**.

Seconda parte

Nell'A.S.S.T. Ovest Milanese è stato elaborato, nell'anno 2016, un **Protocollo Dimissioni Protette**.

Esso è stato applicato a partire dal mese di Gennaio 2017.

Successivamente, il Protocollo è stato revisionato nei mesi di Luglio/Settembre 2018.

Per l'attuazione del Protocollo, sono state costituite due **Equipe di Dimissioni Protette**: una per l'area facente capo agli ospedali di Magenta ed Abbiategrasso; l'altra per l'area degli ospedali di Legnano e Cuggiono.

L'equipe è composta da: infermieri, dall'assistente sociale (dell'A.S.S.T.), nonché dai professionisti sanitari (al bisogno).

L'equipe, nei due ospedali di riferimento (Magenta e Legnano), ha il proprio presidio, con presenza quotidiana, nei reparti di Medicina, Ortopedia e Neurologia, nonché in altri reparti (con accesso settimanale).

Nel Protocollo si dichiara di perseguire un **percorso assistenziale integrato** tra l'ospedale ed il territorio, partendo dall'analisi dei bisogni della persona.

La prima operazione dell'equipe è la **valutazione infermieristica iniziale**, attuata all'ingresso della persona fragile in ospedale, utilizzando la **scala di Brass** e valutando il **rischio sociale** della persona.

Da tale valutazione, l'equipe individua il possibile percorso appropriato di dimissione, attuando il colloquio con la persona assistita e con i familiari, per l'individuazione del care giver (persona che accudisce il malato a domicilio).

Da tale valutazione viene **progettato un percorso** alla dimissione dell'ospedale, nell'ambito di diversi sbocchi, a seconda delle necessità della persona.

a) Rientro a Domicilio.

E' il percorso basato sulla valutazione multidimensionale della persona, da cui emerge la necessità di continuare la cura mediante l'Assistenza Domiciliare Integrata, (a cura dell'A.S.S.T., che si esplica attraverso gli "enti erogatori") e/o il Servizio di Assistenza Domiciliare (a cura del Comune di residenza).

Tutto ciò viene attuato, dopo che l'equipe di dimissione protetta abbia verificato che l'ambiente domiciliare sia compatibile con le esigenze di cura della persona (ausili di protesi, nutrizione, ossigenoterapia, ventilazione...) e che la persona malata possa contare sul sostegno di un familiare care giver.

b) Centri Riabilitativi Accreditati.

E' il percorso che viene ritenuto necessario quando la persona, al momento della dimissione dall'ospedale, abbia bisogno, per un determinato periodo di tempo, di **riabilitazione intensiva** (specialistica), che viene erogata in un Istituto di Riabilitazione, in regime di ricovero.

c) Strutture per cure sub acuti.

E' il percorso che viene scelto dall'equipe di dimissione protetta quando la persona non richiede le cure di un ospedale per acuti, ma necessita ancora di assistenza qualificata e di terapie di media complessità, per una durata non superiore a 30-40 giorni.

d) Strutture per cure intermedie residenziali.

E' il percorso che viene ritenuto necessario dalla equipe di dimissioni protette allorchè la persona richieda degli interventi specifici nella sfera sanitaria e/o assistenziale, per una durata orientativamente non superiore a 40-60 giorni, interventi che non possono essere erogati a domicilio o in un ospedale.

e) Residenza sanitaria per disabili gravi e gravissimi – R.S.D.

E' il percorso che viene intrapreso a beneficio di persone con disabilità, con un'età inferiore a 65 anni, che pur avendo il sostegno familiare, attuano un progetto di vita in una residenza protetta, mirato al progressivo distacco da tale sostegno.

f) Residenza Sanitaria Assistenziale – R.S.A.

E' il percorso riservato alle persone anziane, con età non inferiore a 65 anni, non autosufficienti, che hanno delle patologie la cui gravità e complessità è tale da non poter essere curate a domicilio.

g) Persone malate in fase terminale.

E' il percorso dedicato alle persone che necessitano di cure palliative, per l'attuazione delle quali vengono trasferite in particolari strutture sociosanitarie di ricovero, denominate Hospice, oppure si interviene, nei casi in cui ciò sia praticabile, con l'ospedalizzazione domiciliare.

Problemi aperti

Possiamo ritenere degne di attenzione alcune situazioni problematiche che, ancora attualmente, sono vissute dalle persone dimesse dall'ospedale, sia pure con un regime di protezione.

1.- Le lunghe attese per la fruizione della R.S.D. o per il ricovero nelle R.S.A.

Le attese possono essere della durata di più mesi, o, addirittura, di qualche anno.

Nel periodo dell'attesa, ci chiediamo fino a che punto sia possibile il "rientro temporaneo" a domicilio, stante la gravità della persona, la carenza del care giver, l'inidoneità della struttura del domicilio stesso.

D'altro canto, in tale attesa, ci chiediamo fino a che punto sia concretamente praticabile l'attuazione della cosiddetta "**misura tampone**", che consiste nell'inviare temporaneamente (fin tanto che non si libera il posto nella R.S.D./R.S.A.) la persona alla **struttura per sub acuti o per le cure intermedie**, se non si provvede (nella situazione attuale) a creare uno standard di posti letto adeguati a tale esigenza.

2.- A chi compete la ricerca e la scelta della R.S.D. o della R.S.A.

A nostro avviso, queste competenze non sono ben circostanziate nel Protocollo di Dimissioni Protette.

Riteniamo che **la ricerca** del posto in R.S.D./R.S.A. non debba essere attribuita unilateralmente al care giver della persona assistibile, sulla base di una semplice indicazione delle unità d'offerta presenti nel territorio.

Riteniamo che **la ricerca** sia da svolgere dall'equipe di Dimissione Protetta o dal servizio di fragilità dell'A.S.S.T., di comune accordo e in collaborazione con il care giver della persona assistibile.

Mentre, è indiscutibile che **la scelta** del luogo di ricovero sia da riconoscere quale **competenza esclusiva del care giver** (parente stretto o amministratore di sostegno) della persona assistibile.

3.- Contratto di ingresso in R.S.D. o in R.S.A.

Il Protocollo di Dimissioni Protette, molto opportunamente, richiama la normativa I.S.E.E., quale misura per le persone assistibili di concorrere al costo del servizio.

Ci chiediamo se questa normativa debba essere applicata solo per le persone che usufruiscono di tali unità d'offerta sociosanitarie residenziali, in quanto provenienti dall'ospedale, a seguito del provvedimento di dimissione protetta.

E' indiscutibile che la normativa I.S.E.E. sia da applicare a **tutte le persone** che usufruiscono, o sono ricoverate a ciclo continuativo, nelle residenze sociosanitarie in questione.

Sta di fatto che, attualmente, una rilevantissima parte di Enti gestori di R.S.A./R.S.D. non applicano la normativa I.S.E.E. , quale misura di concorso al costo del servizio da parte delle persone beneficiarie.

Quindi, tale inosservanza è degna di essere rilevata nelle sedi istituzionali competenti (A.T.S., Assessorato Regionale...), affinché si ponga rimedio alla attuale illegittima prassi con la quale viene applicato il Contratto di Ingresso.

4.- Non esiste il protocollo per “l’Ammissione Protetta” delle persone fragili

La necessaria protezione delle persone fragili, che viene attuata nel momento delle dimissioni dall’ospedale, esige, a nostro avviso, che venga accompagnata con una altrettanta attenzione e protezione nel delicato momento della loro **ammissione protetta in ospedale**.

Proponiamo all’ A.S.S.T. la costituzione di un tavolo di lavoro per l’elaborazione di un protocollo a ciò finalizzato, tenendo conto delle pregresse esperienze, che, non essendo state formalizzate, non hanno retto alla prova della loro validazione e dello sviluppo sistematico nel tempo.

(W. Fossati, 17 dicembre 2018)