



Delibera n. 85 del 4/07/2017

Menzione - "geriatria" - da parte del medico non specialista

Premessa

Con l'invecchiamento della popolazione la figura professionale del *geriatra* è divenuta alquanto importante e richiesta, da qui il consistente numero di Medici, non specializzati nella disciplina, interessati ad aggiungere la menzione ex art. 1 co. IV L. 175/1992.

Si profila pertanto necessario a carico degli Ordini territoriali esercitare in modo alquanto scrupoloso i ruoli di **verifica** a questi imposti da leggi, regolamenti e discipline: in particolare dal D.L. CPS 233/1946, dalla L. 175/1992, dalla L. 248/2006, dal Codice di Deontologia Medica, dalle disposizioni della FNOMCeO.

Tale obbligo/dovere in capo agli Ordini risulta necessario anche al fine di offrire al cittadino, fruitore della prestazione:

- veridicità e correttezza nell'adozione di menzione relativa alla branca in questione attraverso espressioni che non inducano in errore o in equivoco sul possesso del titolo di specializzazione (art. 1 co. IV L. 175/1992, L. 248/2006, art. 55 CDM 2014, Linee-Guida inerenti l'applicazione degli artt. 55, 57 CDM 2006);
- qualità della consulenza, dell'attività di diagnosi e di assistenza;
- valore economico della prestazione rapportato alla competenza (art. 54 CDM 2014).

Tale obbligo/dovere in capo agli Ordini si è profilato, nel tempo, sempre più necessario in quanto si è constatato che i Medici, peraltro non tutti ottemperanti alla disposizione di cui all'art. 1 co. IV L. 175/1992, si limitano a depositare presso l'Ordine provinciale attestati alquanto scarni e sommari afferenti l'attività professionale svolta (per il periodo almeno pari al relativo corso universitario di specializzazione), attività peraltro, spesso, svolta presso istituti o strutture a carattere per lo più assistenziale ove l'attività medica curativa in campo geriatrico risulta alquanto marginale e limitata.

Tale obbligo/dovere in capo agli Ordini impone quindi di verificare se l'interessato ha prodotto idonea documentazione atta ad illustrare il tipo di struttura ove risulta essere stata svolta l'attività al fine di appurare se, ivi, gli obiettivi formativi e le attività professionalizzanti, propri della disciplina geriatrica, possono essere stati effettivamente perseguiti e praticati.

Tale obbligo/dovere in capo agli Ordini si impone anche nel rispetto dei professionisti che hanno invece conseguito il titolo accademico di specializzazione.

*

CAPO I[^]

Provenienza attestato

Come sopra detto per lo più i medici che chiedono la precisazione della qualifica di *geriatra* offrono una generica ed alquanto sintetica dichiarazione di aver esercitato presso RSA per periodo pari alla durata legale del corso universitario di specializzazione in geriatria senza fornire alcun dettaglio, ad esempio, riguardo la struttura, il numero e la tipologia di ospiti, le prestazioni più ricorrenti e i trattamenti più specifici, senza nulla dire se avvenuti a seguito di chiamata di reperibilità in ore notturne o meno.

La necessità di avere riscontro riguardo tali dettagli è dettata dal fatto che la RSA consiste comunque in una residenza extra-ospedaliera caratterizzata da una minore intensità delle cure sanitarie a fronte di tempi prolungati di permanenza degli assistiti per lo più a carattere di ospitalità continuativa e, ciò, anche a seguito dei cambiamenti delle strutture familiari che hanno portato ad una drastica diminuzione del ruolo tutelare della famiglia.

Il problema della non autosufficienza è quindi innanzitutto di carattere assistenziale.

Quanto all'assistenza specificamente sanitaria questa può essere variabile da un alto grado di intensità rivolta al supporto delle funzioni vitali (ventilazione meccanica, nutrizione artificiale, trattamenti specialistici) ad un basso grado di tutela sanitaria con cure estensive e di mantenimento.

Certamente nel contesto delle RSA non mancherebbero occasioni di conoscenza delle più varie patologie dell'età senile ed il luogo idoneo in ragione della permanenza

protratta, per monitorare sviluppi, risoluzione o cronicizzazione di tali patologie; il luogo idoneo per sviluppare la ricerca clinica sull'invecchiamento e in particolare sulle relazioni esistenti tra fragilità, patologia, comorbilità, menomazioni e disabilità geriatriche. **Certamente di ciò però occorre dare relazione specifica suffragata da corrispondente documentazione.**

Pacifico e scontato deve essere innanzitutto il presupposto di **dover documentare** il carattere pubblico o privato ma debitamente autorizzato e vigilato ex art. 43 L. 833/1978, L. 67/1988 e quindi la rispondenza dell'Istituto alle normative regionali riguardo l'organizzazione delle RSA e riguardo gli standard assistenziali chiesti (per il nostro territorio da Regione Lombardia). Normative regionali che trovano indirizzo e coordinamento: nel DPCM 22.12.1989 diretto a orientare l'attività amministrativa delle Regioni per la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali; nel DPR 14.01.1997 che detta i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie pubbliche e private che erogano prestazioni di ricovero a ciclo continuo e/o diurno; nella DGR Lombardia 14.12.2001 n. 7/7435 e successivamente nella DGR Lombardia 07.04.2003 n. 7/12618 in cui risultano specificati sia i requisiti di autorizzazione al funzionamento sia i requisiti di accreditamento.

La DGR n. 7435/01 ha ricondotto l'assistenza residenziale socio-sanitaria agli anziani non autosufficienti ad una unica tipologia strutturale ed organizzativa definita "**Residenza Sanitaria Assistenziale per Anziani (R.S.A.)**".

L'allegato A della D.G.R. n.7/12618/2003 declina i requisiti prescritti per l'autorizzazione al funzionamento e i requisiti di accreditamento.

Per i **requisiti di accreditamento** lo standard minimo di personale, espresso come tempo di assistenza dedicato ad ogni ospite, è fissato in 901 minuti settimanali. Inoltre, per quanto riguarda l'aspetto assistenziale sanitario: l'assistenza medica generica dovrà essere garantita nell'arco dell'intera giornata, anche utilizzando lo strumento della reperibilità, sia diurna che notturna, senza possibilità di ricorso al servizio di continuità assistenziale del medico di medicina generale dell'A.S.L. a meno che questa possibilità sia esplicitamente prevista all'interno di una convenzione. In ogni caso dovrà essere stabilito ed opportunamente pubblicizzato, l'orario settimanale di effettiva presenza medica all'interno della struttura.

Per quanto riguarda la reperibilità si precisa che le ore di reperibilità non potranno essere conteggiate ai fini del raggiungimento dello standard minimo previsto. Vengono conteggiate, ai fini di tale raggiungimento, solo le ore di assistenza effettivamente rese nella struttura in caso di chiamata.

Le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare l'instabilità clinica.

*

CAPO II[^]

Percorso formativo

Si ricorda che ai sensi del D.M. 01.08.2005 del Ministero dell'Istruzione dell'Università e delle Ricerche: riassetto delle scuole di specializzazione di area sanitaria, per quanto riguarda la **GERIATRIA**(articolata in cinque anni di corso), sono definiti i seguenti obiettivi formativi:

obiettivi formativi di base: conoscenza delle basi biologiche e della fisiologia dell'invecchiamento; nozioni di demografia ed epidemiologia dell'invecchiamento; nozioni di statistica necessarie ed interpretare i dati epidemiologici e la letteratura scientifica in ambito clinico e sperimentale; conoscenza delle metodiche di valutazione di qualità della vita;

obiettivi della formazione generale: conoscenze di informatica adeguate alla creazione ed analisi di database, con la finalità particolare dell'informatizzazione della cartella geriatrica per la valutazione della qualità dell'assistenza: e per la valutazione multidimensionale del paziente;

obiettivi formativi della tipologia della Scuola: conoscenze approfondite dei rapporti tra invecchiamento, fragilità e malattie geriatriche, della fisiologia dell'invecchiamento e dei suoi effetti sulla funzione di organi e apparati, sull'omeostasi dell'organismo e sullo stato funzionale globale;

- conoscenza delle modificazioni della farmacocinetica e della farmacodinamica nel soggetto anziano e del problema della polifarmacoterapia; conoscenza delle metodiche di prevenzione e terapia non farmacologica delle principali malattie e sindromi dell'anziano: nutrizione clinica, esercizio fisico, abitudini di vita, tecniche comportamentali;
- acquisizione di competenze integrate per sviluppare capacità di approccio clinico al paziente geriatrico;

- conoscenza delle peculiari modalità di presentazione delle malattie nell'età avanzata;
- conoscenza delle grandi sindromi geriatriche: decadimento cognitivo, incontinenza, cadute, malnutrizione, sindrome da immobilizzazione, piaghe da decubito;
- padronanza della tecniche di valutazione multidimensionale: clinica, funzionale, cognitiva, psico-affettiva, socio-economica (inclusa la capacità di rilevare eventuali abusi sull'anziano), ambientale;
- capacità di coordinare l'intervento interdisciplinare ed il piano di trattamento integrato del paziente geriatrico;
- conoscenze dei principi di cura dell'anziano nelle diverse situazioni assistenziali;
- gestione dell'anziano con patologia acuta: obiettivi e rischi dell'ospedalizzazione; metodologie di cura dell'anziano ospedalizzato; dimissioni programmate;
- conoscenza della rete territoriale dei servizi;
- capacità di coordinamento dell'Unità Valutativa Geriatrica con l'obiettivo della cura globale del paziente anziano;
- conoscenza di criteri di selezione, obiettivi, principi metodologie di riabilitazione nell'anziano, con particolare riferimento ai settori ortopedico, cardiologico, neurologico e cognitivo;
- conoscenza di obiettivi, principi e metodiche delle cure palliative dell'anziano, delle basi metodologiche della ricerca sull'anziano, della pianificazione di ricerche controllate e della realizzazione, anche per il paziente geriatrico, della "evidence based medicine".

Sono definite inoltre, sempre nell'ambito del predetto corso, diverse **attività obbligatorie** necessarie al raggiungimento delle finalità didattiche previste per l'ottenimento del titolo di specializzazione.

*

CAPO III[^]

Prescrizione ex art. 1 co. 4 L. 175/1992

La prescrizione ex art. 1 co. 4 L. 175/1992 dispone **il deposito di attestato** comprovante la durata dell'attività professionale svolta nella disciplina in questione per un periodo almeno pari alla durata legale del relativo corso universitario di specializzazione, inoltre dovrà attestare che quanto effettivamente svolto dal medico

risponda ai principi e agli obiettivi formativi della disciplina in Geriatria (cfr. all. al D.M. 01.08.2005 del Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca).

Dalle analisi delle disposizioni sopra citate si rileva che l'**attestato** - rilasciato dal responsabile sanitario della struttura o istituzione (se pur non costituente titolo a fini concorsuali e di graduatoria) da depositare presso l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri da parte dei medici che intendono fregiarsi della competenza in **Geriatria** - debba precisare innanzitutto l'ambito di provenienza e cioè la **RSA accreditata** e, oltre alla durata delle attività svolte, l'avvenuta esecuzione delle stesse nella RSA frequentata, al fine di poter verificare se la pratica svolta risulta esser stata rispondente agli obiettivi formativi e didattici della disciplina geriatrica.

L'Ordine infatti attraverso i suoi organismi deve attendere ad **obblighi di verifica** imposti:

- dalla normativa istitutiva D.L. CPS 233/1946 art. 1 c. 2 che impone al Consiglio Direttivo di ciascun Ordine di procedere, entro il mese di dicembre di ogni anno, alla revisione generale dell'Albo degli Iscritti ed alle occorrente variazioni;
- dalla c.d. Legge Bersani L. 248/2006 che all'art. 2 lettera b) ha imposto agli Ordini obblighi di verifica riguardo la veridicità e trasparenza del messaggio pubblicitario informativo afferente titoli, specializzazioni professionali, caratteristiche del servizio offerto, prezzo e costi delle prestazioni;
- dal Codice di Deontologia Medica in quanto l'Ordine deve verificare che i propri Iscritti si siano attenuti ad un'*informazione sanitaria* ed abbiano svolto una *pubblicità informativa sanitaria* conforme ai dettati degli artt. 55 e 56 CDM.