

TECNICI CHE NEGANO LE CURE. UNITÀ DI VALUTAZIONE SOTTO ACCUSA: ECCO PERCHÉ NON POSSONO RIFIUTARE LE CURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

Le Unità di valutazione (geriatriche, multidisciplinari...) sono diventate strumenti dall'obiettivo palese: anziché impostare un piano di cura, limitare, spesso impedire, l'accesso alle cure degli utenti. Addio alla seria e complessiva valutazione dei casi, che era alla loro genesi. Gli amministratori delle Regioni e delle Asl non hanno alcuna base giuridica per negare o ritardare le indifferibili esigenze sanitarie e socio-sanitarie dei malati non autosufficienti, così usano le commissioni tecniche per «sdoganare» la negazione del diritto alla cura. Sono migliaia i professionisti inseriti in questa dinamica, che contrasta non solo con le leggi in vigore, ma anche con i loro codici deontologici. Come difendersi con efficacia e rendere inoffensive le «forche caudine» delle commissioni?

Già con il Progetto obiettivo «Tutela della salute degli anziani» (1), approvato il 30 gennaio 1992, il Senato e la Camera dei Deputati avevano definito le competenze fondamentali delle Unità di valutazione geriatriche. Il documento prevedeva fra l'altro la definizione «per la popolazione accolta nelle residenze sanitarie assistenziali (...) con particolare urgenza» delle «garanzie di tutela dal punto di vista civilistico» e «l'organizzazione dell'Uvg (Unità valutativa geriatrica) come sede per l'analisi dei bisogni e la definizione delle più corrette risposte da indi-

viduarsi nella rete integrata dei servizi a favore degli anziani in collegamento con i rimanenti servizi socio-sanitari del territorio (...). Il metodo di lavoro deve essere quello della collegialità e i compiti saranno quelli della selezione dei bisogni per definire la risposta più idonea, del follow-up, della programmazione e del controllo della qualità dell'assistenza nella rete integrata dei servizi». Non ultima, la «programmazione e controllo di qualità dell'assistenza geriatrica nella rete integrata dei servizi» con «la previsione di una sospensione delle convenzioni con istituzioni private di assistenza per anziani non autosufficienti che non abbiano le caratteristiche strutturali e gestionali e non siano in possesso dei requisiti» previsti dalle leggi vigenti.

(1) Molte parti del Progetto obiettivo «Tutela della salute degli anziani» prevedevano interventi analoghi a quelli della proposta di legge regionale «Riordino degli interventi sanitari a favore degli anziani cronici non autosufficienti e realizzazione delle residenze sanitarie assistenziali» in particolare per quanto concerne la competenza sanitaria, l'ospedalizzazione a domicilio e l'Unità valutativa geriatrica. La proposta di legge di iniziativa popolare è stata presentata ai Consigli regionali dell'Emilia Romagna, della Lombardia e del Piemonte. Nelle norme del Progetto obiettivo non vi sono riferimenti alle dimissioni ospedaliere degli anziani malati cronici non autosufficienti, problema che era stato affrontato dalle sopra citate proposte di leggi regionali il cui articolo 8 era così redatto: «I responsabili dei reparti ospedalieri e le direzioni sanitarie ospedaliere non possono dimettere anziani cronici non autosufficienti senza preventiva intesa con il degente, la famiglia, il medico di base e i servizi territoriali che devono garantire le prestazioni necessarie o a livello domiciliare o distrettuale. Deve essere garantita parità di diritto agli anziani cronici non autosufficienti nell'accesso alla struttura ospedaliera ed extra-ospedaliera attraverso sistemi di prenotazione e liste d'attesa controllabili dal diritto interessato e dal medico di fiducia. La Regione emana, entro quattro mesi dall'approvazione della presente legge, apposite norme per regolamentare questa materia». Cfr. «Approvato dal Parlamento il progetto obiettivo. Tutela della salute degli anziani» di *Prospettive assistenziali*, n. 97, 1992. Un significativo sostegno all'attribuzione al Servizio sanitario nazionale delle competenze relative agli anziani non autosufficienti era stato fornito da padre Giacomo Perico nell'articolo «Tutela degli anziani malati: il Progetto-obiettivo 1992», pubblicato sul n. 5, 1993 di «Aggiornamenti sociali».

La degenerazione delle Unità valutative

Tale quadro, che com'è evidente non modificava il diritto esigibile alle cure sanitarie per i malati, compresi quelli non autosufficienti, venne via via sconvolto nella pratica, caricando le Unità di valutazione del ruolo di intermediari tra l'utente che esprime un bisogno sanitario (e che, in tutti i casi di malati non autosufficienti, non è in grado di accedere direttamente ed autonomamente ai servizi) e le prestazioni, o meglio il budget messo a disposizione dalle Aziende sanitarie per quelle prestazioni. Il rovesciamento della gerarchia è evidente: nell'impianto originario il diritto alla cura viene declinato, attraverso l'esito dell'Unità valutativa, in un percorso adeguato alle esigenze del malato; nelle sue degenerazioni, le commissioni valuta-

tive sono assurte al ruolo di «concessori del diritto». Un ruolo palesemente illegittimo, mai assegnato loro da alcuna legge del Parlamento e in ogni caso in contrasto con i principi cardine del Sistema sanitario nazionale, attraverso cui lo Stato garantisce «il fondamentale diritto alla tutela della salute» dell'articolo 32 della Costituzione.

Concretamente, quindi vi sono state e vi sono Unità valutative geriatriche che non hanno operato e non agiscono a tutela degli anziani malati cronici non autosufficienti (2), ma – al contrario – per la loro espulsione dalle competenze del Servizio sanitario nazionale. Fra le decine di migliaia di casi, un esempio significativo è quello dell'Uvg dell'Ospedale geriatrico Malpighi di Bologna che aveva certificato che la signora P.F. di anni 78, pur essendo «*totalmente dipendente per gli esiti di un processo icale cerebrale che compromettono sia la deambulazione che l'attività motoria dell'arto superiore sinistro*» poteva essere dimessa a domicilio o ricoverata presso una struttura socio assistenziale (senza l'intervento del Servizio sanitario, ma solo, se del caso in base alle risorse economiche dell'interessata, con una quota di compartecipazione da parte del Comune) (3).

Altra situazione allucinante, disgraziatamente ancora in atto, è costituita dalla legge della Regione Toscana n. 66, 2008 "Istituzione del Fondo regionale per la non autosufficienza", il cui articolo 8 stabilisce che «*sono destinatari delle prestazioni a carico del Fondo coloro che:*

(2) Ricordiamo che nella lettera inviata il 7 agosto 1992 ai Presidenti delle Giunte regionali e delle Province autonome, agli amministratori straordinari delle Asl, ai Commissari di Governo presso le Regioni e le Province autonome, nonché ai Sindacati nazionali dei Pensionati Spi-Cgil, Fnp-Cisl e Uilp-Uil, il Ministro della sanità aveva evidenziato che «*l'Organizzazione mondiale della sanità ha indicato la valutazione multidimensionale come lo strumento indispensabile per stabilire il fabbisogno assistenziale dell'anziano non autosufficiente o a rischio, per individuare la sua corretta allocazione e, infine, per controllare a distanza di tempo i risultati raggiunti*». Cfr. "Linee guida per l'attuazione del progetto obiettivo «Tutela della salute degli anziani»", n. 100, 1992.

(3) Su iniziativa del Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base), che aveva assunto a proprio carico le spese legali, e al Tribunale della salute di Bologna, la signora P.F. si era rivolta alla magistratura e, con sentenza del 21 dicembre 1992, il Pretore Bruno Ciccone aveva stabilito che «*sulla base delle argomentazioni che precedono, legittima appare pertanto la pretesa della P.F. di poter continuare a beneficiare di adeguata assistenza sanitaria usufruendo delle prestazioni gratuite del Servizio sanitario nazionale presso una struttura ospedaliera e non di generica assistenza presso istituti di riposo o strutture equivalenti*». Cfr. "Causa vinta sul diritto degli anziani cronici non autosufficienti alle cure ospedaliere", n. 101, 1993.

(...), b) si trovano nella condizione di non autosufficienza e con un alto indice di gravità accertato sulla base della valutazione effettuata dall'Unità di valutazione multidisciplinare». A tutti gli infermi che non sono valutati «idonei», pur essendo malatissimi, viene quindi negata ogni prestazione, ad esempio il ricovero in una Rsa (4).

Le regole negate dalle Uvg

Occorre ribadire, per completare l'esame delle Unità valutative, le vigenti norme di legge che assicurano diritti pienamente e, se necessario, immediatamente esigibili agli anziani non autosufficienti e alle persone affette da malattia di Alzheimer e da altre forme di demenza senile (5).

In primis gli articoli 1 e 2 della legge 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, in base ai quali tale Servizio deve nazionale deve operare «*senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio*» (6) e assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*», garantendo «*la tutela della salute degli anziani anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*». Inoltre, l'articolo 54 della legge 289/2002 che ha sancito l'esigibilità dei Lea, Livelli essenziali delle attività sanitarie e socio-sanitarie, istituiti dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, esigibilità riconosciuta anche dalla Risoluzione n. 8/00191 approvata all'unanimità l'11 luglio 2012 dalla

(4) Cfr. l'articolo "Come può l'Ordine dei Medici di Firenze considerare 'sufficientemente idonei' i provvedimenti della Regione Toscana riguardanti gli anziani malati cronici non autosufficienti?", n. 194, 2016.

(5) Le sopracitate norme sono richiamate nel fac-simile della raccomandata A/R predisposto dalla Fondazione promozione sociale onlus e utilizzato per la "Opposizione alle dimissioni ospedaliere e richiesta della continuità diagnostica e terapeutica previste dalle leggi vigenti", finora utilizzato con esiti sempre positivi da oltre 10mila congiunti di anziani non autosufficienti e di persone con demenza senile che ospedali e case di cura private intendevano dimettere nonostante le loro inconfontabili e indifferibili esigenze sanitarie.

(6) Cfr. l'articolo 3 della Costituzione, la legge n. 67/2006 "Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazioni" e la legge regionale del Piemonte n. 5/2016 "Norme di attuazione del divieto di ogni forma di discriminazione e della parità di trattamento sulle materie di competenza regionale".

Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati, nonché dalla sentenza n. 36/2013 della Corte costituzionale.

Piemonte: Unità valutative per l'eugenetica sociale?

In Piemonte il controverso ruolo delle Unità valutative geriatriche e la conferma dell'assoluta non rinviabilità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per i malati non autosufficienti è stato persino oggetto delle conclusioni due documenti dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia (6 luglio 2015 e 21 marzo 2016) che, visti i provvedimenti della Regione Piemonte, hanno richiamato l'Amministrazione al rispetto delle regole. Nel primo viene precisato che *«gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenza sanitarie e socio-sanitarie indifferibili»* (7). Del tutto analoga è la situazione delle persone con disabilità e limitatissima o nulla autonomia (8). Nel secondo documento, la precisazione sul ruolo delle Unità valutative è stato ancora più forte: *«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*

(7) Il documento è integralmente riportato sul n. 191/2015 di "Prospettive assistenziali". Sul n. 193/2016 della stessa rivista è pubblicato il secondo documento approvato dall'Ordine dei Medici di Torino e Provincia il 21 marzo 2016 sulla priorità delle prestazioni domiciliari riguardanti le sopra citate persone non autosufficienti.

(8) Come abbiamo più volte precisato, tutti questi nostri concittadini, oltre un milione nel nostro Paese, sono destinati senza eccezione a morire nel giro di 5-6 giorni se non ricevono le indifferibili prestazioni diagnostiche (rese spesso complesse dall'impossibilità degli infermi di segnalare la durata, l'intensità e a volte anche la localizzazione delle loro sofferenze) e terapeutiche (da monitorare con attenzione e con continuità soprattutto nei casi in cui i pazienti non sono in grado di comunicare l'efficacia dei trattamenti effettuati). Inoltre questi malati hanno l'indifferibile esigenza di essere alimentati (sovente mediante imboccamento), curati nella loro igiene personale (spesso è presente la doppia incontinenza), movimentati (allo scopo di evitare l'insorgere delle piaghe da decubito), nonché di ricevere tutte le prestazioni necessarie in base alle loro personali esigenze. Se, come avviene per i malati posti in illegittime e crudeli liste di attesa, essi non muoiono, ciò è dovuto esclusivamente al fatto che intervengono i congiunti, che non hanno però alcun obbligo giuridico di svolgere le attività assegnate dalla legge al Servizio sanitario nazionale. Infatti l'articolo 23 della Costituzione stabilisce che *«nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge»* e mai il Parlamento ha approvato norme per assegnare ai congiunti degli infermi compiti attribuiti alla Sanità.

quindi senza condizionamenti all'accesso alle prestazioni legate a valutazione Uvg, il cui intervento può essere richiesto per accertamenti ed approfondimenti clinici, ma non può negare le cure; alla luce delle disposizioni della bozza di delibera "Modulazione dell'offerta di interventi sanitari domiciliari a favore degli anziani non autosufficienti con progetto residenziale e definizione del percorso di attivazione e valutazione dell'Unità di Valutazione Geriatrica" [purtroppo poi approvata dalla Giunta della Regione Piemonte senza modifiche] le disparità di trattamento dei malati non autosufficienti (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 risulta evidente e poiché tutte le persone non autosufficienti, nessuna esclusa, sono anche soggetti con disabilità, peraltro grave, le disparità di trattamento rientrano fra le situazioni previste dalla legge n. 67/2006 "Misure per la tutela giudiziaria delle persone con disabilità vittime di discriminazione"».

Noncuranti di ciò, le Unità di valutazione continuano a funzionare con criteri che escludono i malati dalle prestazioni. Lo strumento che consente tale esclusione è la considerazione di parametri economici (falsamente definiti «sociali») per condizionare l'accesso alle prestazioni. A dispetto di quanto potrebbe apparire, non si tratta di un criterio di equità (lo sarebbe se, una volta riconosciuta a tutti la quota sanitaria delle prestazioni, si valutasse la condizione economica sulla quota «sociale»), ma di un vero e proprio sbarramento all'accesso reso possibile da fatto di non considerare le regole fondamentali del sistema.

In concreto, il punteggio massimo assegnato ai casi dalle Unità valutative (punteggio sanitario e punteggio sociale) è 14 punti. Sono considerate urgenti (tempo di presa in carico stabilito dalla delibera regionale, fino a tre mesi!) (9) le prestazioni socio-sanitarie per gli anziani malati cronici non autosufficienti e per le persone con la malattia di Alzheimer o con altre forme di demenza senile che ottengono un punteggio complessivo uguale o superiore a 24. Risulta quindi evidente che la non presentazione del modello Isee determina sempre l'assoluta

(9) Delibera della Giunta regionale del Piemonte 14/2013.

impossibilità di accedere alle prestazioni a tutti i sopra indicati infermi, compresi quelli che si impegnano a versare l'intera quota alberghiera, per i quali le informazioni contenute nel modello Isee non sono di alcuna utilità per i Comuni in quanto non devono versare alcuna somma.

Questa assai deplorabile situazione è solamente una delle negative caratteristiche di quasi tutte le Unità valutative geriatriche del Piemonte: lo "strabismo" del loro operato consiste nell'acritica applicazione delle devastanti delibere regionali e nella dimenticanza assoluta delle norme prevalenti di legge e di quelle vincolanti della deontologia medica! (10).

Inoltre, com'è inconfutabile, le notizie raccolte dalle Unità valutative geriatriche del Piemonte per la compilazione della "Scheda di valutazione sociale", di cui alla determina dirigenziale del 30 giugno 2016 n. 381, contrastano nettamente con il principio della non discriminazione sancito dall'articolo 3 della Costituzione, dal già citato articolo 1 della legge 833/1978, dalla legge n. 67/2006 e della stessa legge della Regione Piemonte n. 5/2016.

È da notare che le informazioni sociali riguardano non solo le condizioni abitative dell'infermo, le sue condizioni economiche (redditi e beni) e quelle assistenziali, ma addirittura anche i «dati relativi al contesto familiare» di riferimento, concernenti quindi, com'è esplicitato nella scheda, i congiunti e le persone non legate da vincolo di parentela conviventi e persino i soggetti non conviventi.

(10) Il testo del giuramento professionale dei Medici stabilisce, fra l'altro, quanto segue: «*Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro di esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione; di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza nel rispetto della dignità e libertà della persona cui con costante impegno scientifico, culturale e sociale ispirerò ogni mio atto professionale; di curare ogni paziente con scrupolo e impegno, senza discriminazione alcuna, promuovendo l'eliminazione di ogni forma di disuguaglianza nella tutela della salute*». A sua volta il Codice di deontologia medica dispone all'articolo 3 che «*doveri del medico sono la tutela della vita, della salute psico-fisica, il trattamento del dolore e il sollievo della sofferenza, nel rispetto della libertà e della dignità della persona, senza discriminazione alcuna, quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera*»; all'articolo 4 che «*il medico ispira la propria attività professionale ai principi della deontologia professionale senza sottostare a interessi, imposizioni o condizionamenti di qualsiasi natura*» e all'articolo 23 che «*il medico garantisce la continuità delle cure e, in caso di indisponibilità, di impedimento o del venir meno del rapporto di fiducia, assicura la propria sostituzione informando la persona assistita*».

Infine, alto aspetto di assoluta gravità, le Unità valutative geriatriche non forniscono alcuna indicazione sui tempi previsti per l'accesso alle prestazioni: tutti gli infermi non autosufficienti, pur avendo indiscutibili e indifferibili esigenze sanitarie e socio-sanitarie (11), vengono confinati in illegittime e crudeli liste di attesa, in realtà elenchi di abbandono terapeutico.

Giustificazioni instabili

Per cercare di giustificare in qualche modo il loro comportamento che determina l'esclusione dal godimento del fondamentale diritto alla tutela della salute decine di migliaia di malati non autosufficienti, i componenti delle Unità valutative geriatriche sostengono che l'omissione dei tempi previsti per l'accesso alle prestazioni è dovuto alla mancanza delle occorrenti risorse economiche. È una motivazione assolutamente non richiesta dal loro ruolo, che gli operatori sanitari e sociali assumono di per sé, anche in questo caso, omettendo il loro rispetto delle leggi fondamentali del sistema per il quale operano e le loro norme deontologiche. Se ci sono effettive carenze di risorse – che non è certo compito degli operatori appurare o certificare, anche per la loro posizione – ogni intervento in merito spetta agli Assessori regionali e ai Direttori generali delle Asl (12). Si è mai vista una maestra della scuola dell'obbligo chiudere le porte della scuola lasciando fuori gli alunni perché il Sistema scolastico patisce carenza di risorse? Migliaia di assistenti sociali, operatori sanitari (medici, infermieri, amministrativi...) ogni giorno in Piemonte – così come in tutte le altre Regioni d'Italia – svolgono invece questa funzione di stopper rispetto ad un diritto fondamentale.

(11) Cfr. il già citato documento dell'Ordine dei Medici di Torino e Provincia del 6 luglio 2015.

(12) Su questa rivista sono pubblicati numerosi articoli in merito a sprechi, ai patrimoni sottratti ai poveri, al recupero di risorse economiche. Al riguardo si veda la nota 2 dell'articolo "Facciamoci sentire", n. 198, 2017. Ricordiamo nuovamente che nell'articolo "Le bugie fanno male alla salute", pubblicato su "Nuova Società" del 15 dicembre 2016, Giorgio Cavallero ha segnalato che, mentre sono «*dodici anni che i conti della Sanità regionale sono in pareggio e questo è stato verificato dalla Corte dei Conti e da un'inchiesta del Senato*», oltre 7 miliardi di euro sono stati illegittimamente dirottati dalla Giunta della Regione Piemonte dalla Sanità ad altri settori. Di conseguenza migliaia di anziani malati cronici non autosufficienti sono stati abbandonati nelle disumane liste di attesa con il falso pretesto della mancanza di mezzi economici

Uno degli strumenti preferiti per «legittimare» questo ruolo? La citazione mirata della sentenza n. 604/2015 con la quale il Consiglio di Stato, negando l'evidentissima condizione di malati agli anziani malati cronici non autosufficienti (nel provvedimento la locuzione «*non autosufficienti*» ricorre ben 38 volte, ma mai viene utilizzata insieme al vocabolo malata/o!), ha ritenuto idonee le delibere della Giunta regionale del Piemonte n. 45/2012 e 14/2013 in cui era ed è purtroppo ancora illogicamente previsto che nei casi definiti urgenti dalle Unità valutative geriatriche (che devono rilasciare la certificazione di persona non autosufficiente entro 90 giorni dalla presentazione dell'istanza) e cioè aventi un punteggio uguale o superiore a 24 (massimo 28) gli infermi – le cui esigenze, lo ripetiamo, sono indifferibili – devono essere presi in carico dai servizi socio-sanitari, ad esempio per il ricovero in Rsa, entro altri 90 giorni!

Le citazioni mirate escludono, ovviamente, la fondamentale precisazione contenuta nella sentenza n. 604/2015 secondo cui «*come risulta dalla letterale formulazione della delibera regionale 14-5999 consente a qualunque anziano non autosufficiente di accedere alla struttura residenziale ove questa soluzione venga giudicata nel caso concreto come la più appropriata fra quelle che possono essere offerte dalla rete dei servizi sanitari (...), tenendo comunque conto delle situazioni in cui si ravvisano caratteri di urgenza per aspetti sanitari e/o sociali che determinano una priorità di accesso*».

Ottenere subito la prestazione

In questo ginepraio di diritti negati, resiste però l'affermazione del diritto. E molto spesso è il percorso più lineare – senza dubbio il più economico per il cittadino, probabilmente anche in termini di utilizzo razionale delle risorse pubbliche. Nell'articolo «Che cosa si deve fare per richiedere e ottenere prestazioni socio-sanitarie adeguate alle esigenze delle persone colpite da patologie e/o da disabilità invalidanti e da non autosufficienza», pubblicato sul n. 198, 2017 di questa rivista abbiamo indicato come si ottiene l'immediato ingresso del malato non autosufficiente in convenzione socio-sanitaria in Rsa – Residenza sanitaria assistenziale (13) (50%

(13) Il Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base, le relative organizzazioni aderenti, la Fondazione promozione sociale onlus e Prospettive assistenziali hanno sempre

della retta pagato dall'Asl qualsiasi sia il patrimonio o il reddito dell'utente malato). L'iter nel rispetto delle leggi nazionali permette di superare l'ostacolo delle Unità valutative geriatriche che – come dovrebbe essere prassi corrente – dovrebbero non impedire i ricoveri delle persone aventi indifferibili esigenze sanitarie e/o socio-sanitarie.

Va segnalato inoltre, per favorire un approccio degli utenti il più informato possibile, che la domanda presentata per le certificazioni delle Unità valutative geriatriche, procedura indicata come vincolante per l'accesso agli interventi socio-sanitari, non viene considerata dalle Asl come richiesta di ammissione alle prestazioni, ma semplicemente come «*definizione (o ridefinizione) di un progetto socio sanitario*» (14). Di fatto è la richiesta di una visita, con il conseguente esito, non quello della prestazione in sé (15).

Il futuro ha un cuore antico?

Sul n. 70, 1985 di Prospettive assistenziali avevamo pubblicato «Una lettera sugli anziani cronici non autosufficienti», evidenziando che ai

(continua alla pag. 28)

ritenuto prioritarie le prestazioni domiciliari (deistituzionalizzazione dei 310 mila minori ricoverati negli istituti nel 1962, anno in cui è stata costituita l'Anfaa, Associazione nazionale famiglie adottive e affidatarie, mediante la promozione di adeguati sostegni ai nuclei familiari di origine, dell'adozione legittimante, dell'affidamento familiare a scopo educativo; alternative domiciliari ai ricoveri in istituto delle persone con disabilità e degli anziani poveri, ecc.) e ricordiamo che, considerate le negative iniziative delle nostre istituzioni, è stata presentata in data 19 luglio 2016 al Parlamento europeo una Petizione diretta ad ottenere azioni rivolte alle nostre Istituzioni per la «*tempestiva e idonea erogazione delle prestazioni domiciliari residenziali: a) agli anziani malati cronici non autosufficienti e alle persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre patologie assimilabili; b) ai soggetti con disabilità intellettiva o con autismo e limitata o nulla autonomia*». Nella Petizione viene rilevato, in particolare, che «*anche se nelle dichiarazioni verbali tutti i responsabili nazionali, regionali e locali delle istituzioni proclamano la priorità per le persone non autosufficienti delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari, nei fatti concreti detta priorità viene negata*».

(14) Cfr. 'Modulo dell'Asl Città di Torino "Unità di valutazione geriatrica. Circoscrizioni 4-5-6-7. Dirigente responsabile dott. Antonino Cotroneo".

(15) È prassi di molti operatori sanitari e sociali, a funzionari delle Asl e dei Comuni di comunicare esattamente l'opposto, ovvero che la richiesta della prestazione si esaurisce nella presentazione dell'Uvg. Illegittimità nell'illegittimità: alla domanda deve essere allegata anche la «Attestazione di richiesta del modello Isee» che contiene la non veritiera avvertenza secondo cui nel caso della «*eventuale dichiarazione scritta di rifiuto alla prestazione della richiesta del modello Isee e della copia della Dsu (...)* il punteggio della valutazione economica è pari a zero». La valutazione economica incide per quattro punti sui quattordici di valutazione sociale, quindi una sua mancata presentazione non azzerava in ogni caso la valutazione sociale.

sensi dell'articolo 41 della legge 132/1968 "Enti ospedalieri e assistenza ospedaliera" l'ammissione negli ospedali degli infermi deve ispirarsi «*al principio dell'obbligatorietà del ricovero nel caso in cui ne sia accertata la necessità*». L'allora innovativo concetto della necessità era stato chiarito dalla sentenza del Tribunale di Savona del 31 maggio 1958 nei seguenti termini: «*Il ricovero deve essere necessario soggettivamente e non oggettivamente (...) in quanto anche una malattia che normalmente può essere curata ambulatorialmente o in casa può rendere necessario, in un determinato stadio del suo decorso, il ricovero del malato in ospedale*».

Pertanto il concetto di "necessità" – come avevamo commentato nel 1985 – deve essere valutato in relazione alle condizioni reali esistenti in merito alla possibilità effettiva di poter praticare le cure a domicilio o in ambulatorio o, aggiungiamo ora, in una struttura residenziale.

Le condizioni del fabbisogno non sono cambiate. Se al termine di necessarie si è sostituito

quello di indifferibili, rimane che le cure sanitarie e socio-sanitarie per le persone non autosufficienti non sono in nessun caso rinviabili dal Servizio sanitario nazionale.

Continuiamo a ritenere valido – e determinante per la salute di centinaia di migliaia di cittadini – l'auspicio che i componenti delle Unità valutative geriatriche e dei servizi assimilabili agiscano «*con l'unica e precisa finalità di individuare le effettive condizioni di salute degli anziani malati cronici e delle persone con demenza senile*» e definiscano «*le loro esigenze terapeutiche e sociali indipendentemente dalle richieste esterne (direzioni amministrative, congiunti, ecc.), nonché dalle eventuali norme contenute in provvedimenti emanati dalle Regioni e/o dalle Asl*» (16) contrastanti con le leggi vigenti n. 833/1978 e 289/2002, articolo 54.

(16) Cfr. "Unità valutative geriatriche: strumento tecnico oggettivo o marchingegno per convalidare le illegittime liste d'attesa?", n. 192, 2015.