

VALUTAZIONE GERIATRICA NEGATIVA, MA LA MALATA OTTIENE LO STESSO LE CURE: UN ALTRO (ENNESIMO) ESEMPIO DELL'ILLEGITTIMITÀ DELLA DELIBERA DELLA REGIONE PIEMONTE

Riportiamo qui il riassunto di un caso seguito dalla Fondazione promozione sociale onlus, relativo ad una opposizione alle dimissioni volta all'ottenimento di un ricovero definitivo disposto dall'Asl per una persona anziana malata cronica non autosufficiente.

L'antefatto

La Signora Barbara (nome di fantasia, ma la documentazione del caso è conservata presso la sede della Fondazione promozione sociale, via Artisti 36 a Torino) si rivolge a fine 2020 alla Fondazione promozione sociale onlus per chiedere aiuto in merito al caso della madre, anziana malata cronica non autosufficiente affetta da deliri persecutori, ricoverata in un posto letto Cavs (Continuità assistenziale a valenza sanitaria) presso una struttura residenziale socio-sanitaria della periferia di Torino.

Correttamente informata dalla Fondazione promozione sociale in merito ai diritti stabiliti dalle norme vigenti per gli infermi non autosufficienti, viene seguita per una consulenza gratuita e presenta formale opposizione alle dimissioni con contestuale richiesta di continuità terapeutica fino alla presa in carico dell'Asl di residenza, per un ricovero definitivo presso una struttura residenziale socio-sanitaria (Rsa) in convenzione con il Servizio sanitario.

Le norme vigenti

É sempre bene ricordare che, sulla base delle norme vigenti, il Servizio sanitario nazionale è tenuto ad assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» (articolo 2, legge n. 833/1978). Inoltre, l'articolo 23 della Costituzione stabilisce perentoriamente che «*nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*» e non avendo mai il Parlamento

approvato norme che trasferiscano a carico dei congiunti gli obblighi spettanti per legge al Servizio sanitario nazionale, i familiari degli infermi non hanno alcun obbligo a fornire prestazioni di assistenza sanitaria ai propri cari.

Pertanto, quando il ricovero viene disposto da parte del Servizio sanitario, è possibile opporsi alle dimissioni del paziente malato non autosufficiente dalla struttura sanitaria presso cui è ricoverato, richiedendo all'Asl competente per la residenza del malato, alternativamente, l'avvio di un progetto di cure domiciliari oppure il ricovero definitivo in Rsa – Residenza sanitaria assistenziale – in convenzione con l'Asl.

Le prestazioni sanitarie dovute per la fase acuta o per la riabilitazione sono gratuite, mentre, se la situazione è stabilizzata, la retta della degenza presso Rsa è a carico dell'Asl nella misura del 50%, sempre che il ricovero sia stato disposto dalla stessa. La quota rimanente è a carico del ricoverato, secondo le norme sull'Isee, nonché del Comune per la parte non coperta dal ricoverato sulla base di dette norme.

La valutazione Uvg

In ogni caso, per poter ottenere l'intervento definitivo dell'Asl (sia che si tratti di cure domiciliari, sia che si tratti di ricovero in Rsa) le norme vigenti nella Regione Piemonte richiedono la presentazione di una apposita domanda di valutazione da parte dell'Uvg – Unità valutativa geriatrica, denominata anche «multiprofessionale» o «multidimensionale» in altre Regioni – dell'Asl di competenza.

Tale valutazione, che si articola in due parti distinte, valutazione sanitaria e valutazione sociale, sebbene debba solamente certificare la non autosufficienza del paziente e l'intensità delle cure richieste, per giustificare le famigerate «liste d'attesa» dei malati cronici non autosufficienti, considera prevalente la condizione sociale ed economica, con il risultato che i criteri del possesso della casa, del

reddito percepito, della presenza di parenti determinano la negazione anche della parte sanitaria dell'intervento (la cosiddetta quota sanitaria per il ricovero in Rsa). Tale illegittima negazione di un intervento sanitario, motivata da ragioni socio-economiche, finisce per coloro che non sono informati dei loro diritti e non li sanno esercitare, di dilatare nel tempo, a volte anche per molti mesi o più, l'intervento dell'Asl.

Si tratta di un comportamento che può avere ricadute devastanti per la salute del malato che non riceve le cure sanitarie e socio-sanitarie a cui ha diritto e dalle quali dipende la sua stessa sopravvivenza.

L'illegittimità di una tale esclusione dalle cure è illegittima in quanto l'articolo 1 della legge 833/1978 dispone che il Servizio sanitario debba operare «*senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio*» sanitario, ed è anche stata più volte contestata dalla giurisprudenza.

Ricordiamo infatti che nella sentenza n. 604/2015 – pur pessima – il Consiglio di Stato ha precisato quanto segue: «*Chiarito che la disciplina della delibera regionale [del Piemonte] n. 14-5999 (...) consente a qualsiasi 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 di servizi socio-sanitari, occorre verificare se i tempi di risposta della struttura pubblica e, più, in generale, i tempi di presa in carico degli anziani non autosufficienti siano compatibili con il vigente quadro normativo o siano invece tali da compromettere sostanzialmente il diritto alla salute garantito dai livelli essenziali di assistenza, come ritenuto dal giudice di primo grado*».

Anche la più recente sentenza n. 1858/2019 del Consiglio di Stato ha precisato che non può essere «*condivisa la lettura (...) secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali [rectius, diagnostiche e terapeutiche] criteri di ordine economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità dei trattamenti clinici necessari*» e pertanto le strutture del Servizio sanitario non possono né

richiedere, né prendere in considerazione dati relativi alla situazione economica dell'infermo e/o del suo nucleo familiare, com'è stabilito dal già richiamato articolo 1 della legge n. 833/1978.

Contestazione dell'Uvg e conclusione

Riprendiamo il nostro caso. La madre della Signora Barbara ottiene una valutazione Uvg di 17 punti su 28, di cui 9 punti di valutazione sanitaria e 8 punti di valutazione sociale, con un grado di priorità definito dall'Asl «non urgente» e un tempo di attesa prospettato per l'ottenimento dell'autorizzazione al ricovero di almeno un anno (al termine del quale viene normalmente assicurata un'altra valutazione Uvg, ma non direttamente la presa in carico sanitaria).

Considerato che il punteggio sanitario ottenuto corrisponde a «*patologie cronico degenerative con compromissione dell'autonomia di grado medio*», la signora Barbara, con l'aiuto della Fondazione, invia una lettera di contestazione della valutazione Uvg ottenuta, utilizzando i riferimenti normativi sopra richiamati.

All'Asl di residenza (titolare delle competenze in materia di salute e responsabile dell'Uvg) viene sostanzialmente chiesto di applicare le norme e di non far prevalere la parte di valutazione socio-economica sul resto. Si chiede, insomma, che il diritto esigibile alla quota sanitaria (il 50% della retta di ricovero in Rsa) sia concretamente assicurato al di là di qualsiasi situazione socio-economica dell'utente o della sua famiglia.

Tre settimane dopo l'invio della lettera di contestazione, la signora Barbara riceve una comunicazione da parte dell'Asl con cui viene autorizzato il ricovero definitivo della paziente nella Rsa scelta dalla figlia, arrivando così alla conclusione del percorso avviato con la lettera di opposizione alle dimissioni, **il tutto in circa un mese e mezzo.**

Ancora una volta, viene quindi confermato che i diritti stabiliti dalle norme nazionali per gli anziani malati cronici non autosufficienti non possono essere limitati o frenati dalle norme adottate dalle Regioni.