

DIFENDERE I DIRITTI DI MALATI E FAMIGLIE

Tutti i cittadini malati, hanno diritto in base alle leggi vigenti alle prestazioni sanitarie in tutti i casi in cui l'infermità non può, per qualsiasi motivo essere curata a domicilio dai parenti che volontariamente si sostituiscono al Servizio sanitario nazionale queste patologie non possono essere derubricate ad attività di assistenza sociale, ma rientrano a tutti gli effetti nelle attività a rilievo sanitario, con una percentuale di costo coperta quindi dall'Asl.

La condizione di malattia e l'indifferibilità del bisogno e della conseguente prestazione sanitaria e socio-sanitaria nei confronti delle persone anziane malate croniche non autosufficienti viene riconosciuta dalla sentenza 339/2015 del Consiglio di Stato

Quando la patologia si stabilizza, le leggi vigenti prevedono che a favore del malato siano erogate prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semi-residenziali e residenziali, anch'esse indifferibili in considerazione del fatto che la non autosufficienza causata dalla malattia persiste.

Queste prestazioni non sono altro che prestazioni di natura sanitaria, e vengono definite cure socio-sanitarie solamente perché prevedono una compartecipazione alle spese da parte dell'utente definita dai Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria e come è stato precisato dalla sentenza 509/2000 della Corte Costituzionale.

UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA (U.V.G.)

L'Unità Valutativa Geriatrica (U.V.G.) rappresenta l'elemento centrale del coordinamento per accedere ai diversi servizi rivolti agli anziani ed è altresì uno degli strumenti finalizzati a realizzare l'integrazione tra i servizi Sociali e Sanitari.

L'U.V.G. è un'equipe multidisciplinare, strumento per la valutazione globale e la definizione del relativo programma preventivo, curativo e riabilitativo diretto a garantire la continuità sociosanitaria.

Il suo ambito di intervento coincide con l'ASL e la sua operatività è organizzata con riferimento agli ambiti distrettuali o multidistrettuale

Le funzioni dell'U.V.G. :

1. individuare, attraverso la valutazione multidimensionale, i bisogni sanitari e assistenziali delle persone anziane, identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento a domicilio;
2. predisporre il Progetto individuale e, qualora sia previsto l'inserimento in una struttura residenziale,
3. identificare la fascia d'intensità assistenziale ed il livello prestazionale adeguato;
4. predisporre la documentazione necessaria per l'eventuale integrazione della retta da parte del Comune o Ente gestore socio-assistenziale competente;

L'U.V.G. può intervenire anche per pazienti di età inferiore ai 65 anni, in presenza di patologie dementigene e/o esiti invalidanti di patologie cerebrali o di gravi traumi, in accordo con le altre Unità Valutative operanti nel territorio, con cui definisce allo scopo protocolli di intesa e collaborazione.

Il Medico di Medicina Generale che ha in carico l'assistito da valutare, su sua richiesta, può partecipare ai lavori; nel caso in cui sia presente in commissione, ne diventa membro effettivo per l'esame di quel singolo caso.

Il processo di valutazione:

1. indagine sociale e sanitaria finalizzata all'acquisizione di elementi relativi alle condizioni sanitarie e sociali dell'anziano, con particolare attenzione all'individuazione dei requisiti per la realizzazione di un Progetto individuale;
2. valutazione complessiva e la definizione del percorso assistenziale concordato con il beneficiario e/o con la sua famiglia.

Lo strumento adottato per la valutazione è la *Cartella Geriatrica*, di cui alla D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008 e alla D.G.R. 69-481 del 2 agosto 2010 contenente:

- a) le Scale sanitarie di Valutazione Multi Dimensionale (Indice di Barthel, IADL, A.Di.Co, DMI, SPMSQ) attraverso le quali si quantifica il grado di salute ed autosufficienza del soggetto, fino ad un punteggio massimo pari a 14;
- b) la Scheda di Valutazione Sociale attraverso la quale si analizza la situazione di bisogno connessa alla condizione socio-economica, ambientale e assistenziale dell'anziano anche in relazione alla sua famiglia, fino ad un punteggio massimo pari a 14.

La segreteria dell'U.V.G. provvede alla compilazione di graduatorie, distinte per tipologie di Progetti individuali, mediante l'attribuzione ad ogni richiedente del punteggio derivante dalla somma della valutazione sociale e sanitaria.

Il sistema di cui sopra, valido per la quasi totalità dei casi, non può non tenere conto di situazioni in cui si ravvisino caratteri di urgenza per aspetti sanitari e/o sociali, che andranno definiti nell'ambito dei lavori della U.V.G., dal momento che possono variare a seconda delle problematiche di ciascun territorio.

In queste situazioni il Presidente può assumere un provvedimento, dandone comunicazione nella prima seduta della medesima.

La valutazione:

Deliberazione della Giunta Regionale 25 giugno 2013, n. 14-5999: *Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all'ordinanza del TAR Piemonte n. 141/2013* (illegali le liste di attesa).

La persona viene riconosciuta “non autosufficiente” con una **valutazione sanitaria**, pari a 5 o superiore. individuare un progetto residenziale a seguito di valutazione dell'U.V.G. con punteggio pari o superiore a 19, che rappresenta il punteggio massimo complessivo raggiungibile con il punteggio minimo degli aspetti sanitari della valutazione dell'U.V.G. pari a 5 ed è da quest'ultimo punteggio che scaturisce l'individuazione dell'intensità assistenziale di cui alla D.G.R. 45-4248/2012

La valutazione sociale riguarda: Condizioni abitative, condizioni igieniche, servizi igienici, barriere architettoniche Riscaldamento, condizioni economiche.

i parametri da considerare per la valutazione delle condizioni economiche non comprendono l'ISEE, ma:

1. Proprietà/usufrutto/affitto dell'abitazione
2. Pensione/reddito
3. Altri beni
4. Spese sostenute negli ultimi 6 mesi per assistenza.

Condizioni familiari: Dati relativi al contesto familiare della persona oggetto di valutazione, se esistono parenti o persone di riferimento conviventi o no e rete familiare.

L'U.V.G. potrà, comunque, individuare un progetto residenziale anche per casi con punteggio inferiore a 19, dichiarando espressamente i motivi per i quali ritiene appropriato l'inserimento in struttura residenziale.

Per le persone, già valutate alla data di approvazione del presente provvedimento, con punteggio inferiore a 19, l'U.V.G. di competenza è tenuta a provvedere a una nuova valutazione in base alle attuali disposizioni.

Casi urgenti: Valutazione complessiva dell'U.V.G. con punteggio pari o superiore a 24.

L'U.V.G. potrà comunque assegnare un grado di priorità “urgente” anche a casi con punteggio inferiore a 24 qualora sussistano:

- Alta complessità assistenziale sanitaria e sociale;
- Alta complessità sanitaria;
- Gravissimo disagio sociale e/o socio-economico, ivi compresi gli anziani non autosufficienti già valutati dall'U.V.G. e inseriti in struttura autonomamente.

I Progetti ai quali è stato riconosciuto un grado di priorità “Urgente” dovranno trovare risposta attuativa entro 90 giorni dalla valutazione.

Per i progetti per i quali è stato riconosciuto un grado di priorità “Non urgente”, viene individuato il tempo standard di risposta di un anno dalla valutazione.

Limiti alla UVG

Nella recente delibera 18-1326 del 20 aprile 2015, l'Unità di valutazione geriatrica assume il compito di approvare o di negare l'accesso alle prestazioni sanitarie per le persone malate non autosufficienti.

La prerogativa di limitare l'accesso alle cure è illegittimamente assegnata alle U.V.G., in violazione del diritto alla tutela della salute e alla cura della malattia previste dall'art. 32 della Costituzione, dalla l.833/1978 e dai LEA (art. 54 della l. 289/2002).

Il diritto all'accesso alle prestazioni del SSN discende quindi non dalle valutazioni dell'U.V.G., ma dalle condizioni di malattia e di esigenza indifferibile di cure delle persone malate croniche non autosufficienti.

In effetti, gli interventi del Pronto Soccorso sono assicurati su semplice richiesta del malato o di chi lo rappresenta, senza che sia necessaria l'intermediazione dell'U.V.G., applicando la (vigente) DGR n. 72/2004 che consente al Pronto soccorso di provvedere direttamente al trasferimento dei pazienti in RSA, segnalando all'U.V.G. il ricovero, dopo che esso è avvenuto, per la valutazione delle esigenze del malato e la redazione del piano individualizzato delle prestazioni (PAI). Dunque, in questo caso, la presa in carico degli anziani e delle persone con demenza da parte del Servizio sanitario regionale viene attuata senza il preventivo accertamento dell'U.V.G.

DISPOSIZIONI REGIONALI CHE PRENDONO IN CONSIDERAZIONE L'ISEE

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159 art. 2: *“l'ISEE è lo strumento di valutazione, attraverso criteri unificati, della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni sociali agevolate”*.

La determinazione e l'applicazione dell'indicatore ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate, nonché della definizione del livello di compartecipazione al costo delle medesime.

La D.G.R. 23 luglio 2007, n. 37-6500: *Criteri per la compartecipazione degli anziani non autosufficienti al costo della retta*, delibera di individuare i criteri di compartecipazione degli utenti anziani non autosufficienti al costo della retta praticata nelle strutture residenziali - valutando il solo reddito e patrimonio individuale

6) SOSTEGNO AL CONIUGE O AL FAMILIARE PRIVO DI REDDITI CONVIVENTE, PRECEDENTEMENTE AL RICOVERO, CON L'ASSISTITO.

In base alle disposizioni della citata d.g.r. 17-15226 "... deve essere altresì garantito il sostegno alle famiglie monoreddito qualora, a seguito dell'ingresso di uno dei componenti in struttura residenziale, insorgano difficoltà economiche tali da non consentire al coniuge o al familiare convivente privo di redditi di vivere autonomamente. Tale sostegno, tendo conto delle disposizioni di cui agli artt. 143, 147, 433 del codice civile, viene garantito dagli enti gestori delle attività socio-assistenziali, con il concorso delle risorse regionali di cui al Fondo Regionale per le Politiche Sociali"

Se il coniuge o gli altri familiari conviventi non dispongono di beni patrimoniali e/o di un reddito autonomo sufficiente al proprio sostentamento e/o al pagamento del canone di locazione e delle altre spese necessarie gli enti gestori e/o i comuni devono prevedere, al momento del ricovero, un apposito piano di intervento, che consenta al ricoverato di far fronte ai propri obblighi assistenziali.

Il reddito (e/o patrimonio) dell'utente che viene inserito in struttura deve, pertanto, essere lasciato a disposizione dei soggetti indicati nella citata d.g.r. 17-15226, fino alla copertura delle spese previste dall'apposito piano formulato dagli enti gestori e/o dai Comuni.

In ogni caso il ricoverato concorre alla copertura della retta almeno con le indennità concesse a titolo di minorazione dall'INPS.

D.G.R. 21 Maggio 2014, n. 38-7629: Criteri di utilizzo e di riparto delle risorse afferenti il capitolo 157098 "*Interventi e servizi destinati a soggetti in condizione di specifiche fragilità sociali*" per l'anno 2014.

le ASL, a decorrere dal mese di gennaio 2014, non possano più iscrivere nei loro bilanci risorse per prestazioni aggiuntive oltre i LEA previsti a livello nazionale.

Tra queste prestazioni aggiuntive particolare rilievo assumono quelle relative alla copertura della quota sociale per la residenzialità per persone disabili.

Delibera di individuare quali beneficiari della copertura finanziaria a carico della Regione gli utenti con un ISEE inferiore ad Euro 38.000,00, calcolato ai sensi della normativa vigente;

D.G.R. 12 Gennaio 2015, n. 10-881: *Linee guida per la gestione transitoria dell'applicazione della normativa ISEE*

Delibera: utilizzare il nuovo ISEE solo per le richieste di nuove prestazioni dal 2 gennaio 2015.

valore soglia di ISEE non inferiori ai seguenti valori: contributi economici a sostegno del reddito familiare: € 6.000, altre prestazioni sociali e sociosanitarie: € 38.000

D.G.R. 5 ottobre 2015, n. 16-2186 *Proroga linee guida per la gestione transitoria*

delibera di prorogare in parziale sanatoria il periodo transitorio previsto dalla D.G.R. n. 10-881 del 12.01.2015 fino all'adozione di un proprio provvedimento sull'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (I.S.E.E.) e comunque non oltre il 31 dicembre 2015.

LEA – Livelli Essenziali di Assistenza

PREVEDONO IL DIRITTO PIENAMENTE ESIGIBILE:

DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI: AL RICOVERO IN RSA Residenza Sanitaria Assistenziale

DELLE PERSONE CON HANDICAP INTELLETTIVO GRAVE: AL CENTRO DIURNO E ALLA STRUTTURA RESIDENZIALE

Questi diritti devono essere garantiti dal Servizio Sanitario Nazionale, mentre ai Comuni sono stati attribuiti compiti di natura meramente economica.

Dpcm 29/11/2001 Allegato 1.C *AREA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA: tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative:*

ASSISTENZA TERRITORIALE AMBULATORIALE E DOMICILIARE (ADI e ADP): 50% costi a carico dell'utente o del Comune, L. n. 833/78 art. 25 P.O. Anziani.

Assistenza territoriale semi-residenziale, Attività sanitaria e sociosanitaria a favore di anziani: a) Prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime semiresidenziale, ivi compresi interventi di sollievo, Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi a ciclo diurno, compresi interventi e servizi di sollievo 50% costi a carico dell'utente o del Comune.

Prima dei Lea, il diritto all'accoglienza residenziale era stabilito dai vigenti artt. 154 e 155 del regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, : "Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza".

L'art. 154 stabilisce: «Le persone riconosciute dalle autorità locali di pubblica sicurezza inabili a qualsiasi proficuo lavoro e che non abbiano mezzi di sussistenza né parenti tenuti per legge agli alimenti e in condizioni di poterli prestare sono proposte (...) per il ricovero in un istituto di assistenza o beneficenza del luogo o di altro Comune (...)».

"Gli articoli 154 e 155 del Testo unico di pubblica sicurezza non sono mai stati abrogati, né lo potevano essere da una legge quadro sull'assistenza, stante la diversità dei fini perseguiti" (M. Dogliotti).

I succitati compiti sono stati trasferiti dal decreto del Presidente della Repubblica n. 616 del 1977 alle Regioni e ai Comuni

PROVVEDIMENTI DELLA MAGISTRATURA

I diritti previsti con i LEA sono confermati da numerose sentenze:

Sentenza 36/2013 Corte cost.

la Corte costituzionale ha definito non autosufficienti le «*persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri*».

TAR PIEMONTE:

Sentenza 381/2013: "Le prestazioni relative ai centri diurni [handicap grave] «rientrano pacificamente nei Livelli essenziali di assistenza» e che «gli Enti locali coinvolti sono (...) immediatamente tenuti a far fronte ai suddetti oneri (...) essendo stati vincolati ad applicare una disposizione immediatamente precettiva introdotta a tutela di una fascia di popolazione particolarmente debole».

Sentenza 189/2014: Sono illegittime le liste di attesa per la fruizione delle prestazioni dei centri diurni per handicap intellettuale grave.

Ordinanze 609/2012 e 141/2013, Sentenza 199/2014: Liste di attesa illegali per l'accesso degli anziani malati cronici non autosufficienti nelle Rsa

Sentenza 326/2012: Sono illegittime «le liste di attesa per la fruizione dei servizi di "educativa territoriale" per i disabili e di "assistenza domiciliare" per i disabili» poiché si tratta «di servizi che rientrano, a tutta evidenza, nelle definizioni di cui all'allegato I.C., punti 8 e 9».

Sentenze recenti consiglio di stato

Sentenza n. 3806 del 03.08.2015

<http://www.mtdonlus.org/home/pdf/altri/CDS%20SEN%2015-03806.pdf>

Obbligo per le ASL di garantire la continuità terapeutica degli anziani non autosufficienti.

Lo conferma la sentenza n. 3806 del Consiglio di Stato, depositata in data 03 agosto 2015, la quale stabilisce in modo inequivocabile che le Asl hanno l'obbligo di garantire la continuità terapeutica di tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti ricoverati nelle RSA, salvo volontaria decisione contraria dell'infermo o della persona che lo rappresenta.

La sentenza fa specifico riferimento alla legge regionale della Puglia, ma i principi richiamati sono comunque garantiti dalle disposizioni nazionali in vigore che impongono detta continuità e non prevedono la possibilità di ricoveri con scadenza stabilita preventivamente, in virtù della legge 833/1978 e dei Lea, Livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie.

sentenza n. 339 depositata il 26 gennaio 2015.

<http://www.mtdonlus.org/home/pdf/altri/CDS%20SEN%2015%20-%2000339.pdf>

Il Consiglio di Stato, ribaltando completamente l'esito del giudizio di primo grado, riconosce la prevalenza delle prestazioni sanitarie rispetto a quelle assistenziali, rese in favore di malato in condizione disabile, caratterizzata da gravità e cronicità con conseguente esclusivo impegno economico del servizio sanitario regionale negli oneri di spesa.

Cinque sono i punti importanti della sentenza:

1. al fine della giurisdizione del Giudice Amministrativo, la situazione soggettiva azionata si qualifica come interesse legittimo in quanto si collega a norme di azione e di indirizzo nella materia dell'erogazione delle prestazioni di assistenza o di cura, espressione di potestà discrezionale al cui esito resta condizionato l'ammissione al trattamento sanitario o assistenziale e il riparto degli oneri di spesa.

2. la nutrizione e idratazione artificiale integrano una procedura medica complessa (nella specie effettuata tramite PEG, con intervento invasivo sul malato) da calibrarsi secondo la massa corporea del paziente, le patologie in atto, con continuità di verifica della situazione nutrizionale e metabolica. Il presidio terapeutico è frutto di una specifica strategia medica e permane sotto il controllo di personale specializzato in costante monitoraggio sanitario dell'assistito (cfr. Cons. St., Sez. III, n. 4460 del 17 luglio 2014). Ugual concorso di personale medico e infermieristico qualificato richiedono le ulteriori prestazioni sulla funzionalità respiratoria, del catetere, di prevenzione e cura di piaghe da decubito e di verifica delle generali condizioni vitali del paziente. Vi sono pertanto stabili e concorrenti presidi medici a salvaguardia delle condizioni vitali del paziente e non meri interventi di sostegno diretti a lenire il disagio e la condizione di bisogno.
3. L'inscindibilità e prevalenza dell'apporto professionale sanitario rispetto a quello assistenziale comporta, ai sensi degli artt. 3 septies, del d.lgs. n. 502 del 1992 e 3, comma 3 del D.P.C.M. 14 febbraio 2001, la qualificazione degli interventi di cura e assistenza come prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e, quindi, la riconduzione dei relativi oneri economici nei livelli essenziali di assistenza sanitaria a carico della U.L.S.S. e per essa del Servizio sanitario nazionale
4. Nessun rilievo può avere la tipologia dei servizi cui la struttura è abilitata secondo gli standard organizzativi, dovendosi avere riguardo al carattere oggettivo delle prestazioni socio/assistenziali rese (erogabili anche in regime ambulatoriale domiciliare,)
5. La qualifica di anziano non autosufficiente non esclude che a detta condizione possa associarsi quella più grave di disabile, con effetto sull'emersione di un maggior impegno dei presidi sanitari apprestati.
6. Per l'effetto il Consiglio di Stato ha annullato non solo la determinazione della U.L.S.S. sui limiti di concorso del S.S.N. nel pagamento della quota di degenza ma, altresì, in parte qua i provvedimenti della Regione Veneto a ciò ostativi.

Sentenza 03640/2015.

http://www.mtdonlus.org/home/pdf/altri/CDS%20SEN%2015-03640_an.pdf

commento dell'Avv. Maria Luisa Tezza

Con la dettagliata decisione n. 3640 depositata in data 23 luglio 2015, il Consiglio di Stato enuclea i criteri fondamentali da applicare per determinare la quota di compartecipazione dell'invalide al 100%, disabile grave, al costo dei servizi sociosanitari erogati all'interno di una struttura residenziale.

La fattispecie riguarda in particolare la Regione Veneto ma, più in generale, rispecchia quanto accade ormai a livello nazionale: ASL e Comune pretendono di "prelevare" tutte le risorse del disabile, lasciandogli il c.d. "borsellino" per le spese personali pari ad un importo mensile di euro 120,00 (25% del trattamento minimo di pensione INPS per i lavoratori dipendenti). Ciò sulla base di un preteso regolamento comunale la cui applicazione di fatto impedisce al disabile un tenore di vita dignitoso privandolo, addirittura, della possibilità di fare fronte ai costi per il mantenimento dell'abitazione (nella quale rientra il fine settimana e durante le festività).

Il Consiglio di Stato esordisce ricordando che la disciplina normativa delle prestazioni sociosanitarie integrate trova le sue linee fondamentali nel DPCM 14.2.2001- Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie integrate - recepito dal DPCM 29.11.2001, che, a partire dal 1.1.2001, ha stabilito e finanziato la misura dei LEA da garantirsi su tutto il territorio nazionale in conformità al principio del "nucleo incompressibile del diritto alla salute", affermato dalla Corte Costituzionale nella sentenza n.309/1999.

All'interno di questa imprescindibile cornice normativa, la sentenza enuclea i principi fondamentali a cui devono attenersi i servizi socio-sanitari territoriali:

- A. a norma del DPCM 14.2.2001 e del DPCM 29.11.2001, allegato 1C (pag.39), nonché della legge n.289/2002, art.54, le spese di assistenza dei disabili gravi in strutture residenziali vanno poste per il 70% a carico del SSN e per il 30% a carico del Comune, fatta salva la compartecipazione dell'utente.
- B. Nel Veneto resta applicabile solo detta disciplina nazionale; non può trovare applicazione la legge Regione Veneto n. 30/2009, art.6, comma 4, (che prevede la conservazione al disabile di una somma corrispondente al 25% del trattamento minimo di pensione INPS per i lavoratori dipendenti); infatti la Regione non ha adottato l'atto di indirizzo ivi previsto.
- C. in applicazione della normativa nazionale (L. 328/2000 art 25, comma 8, art. 8, comma 3, lett. l ed art 18, comma 3, lett g), la Regione Veneto con la legge reg.1/2004 ha recepito il parametro ISEE quale criterio di accesso agli interventi rivolti alle persone non autosufficienti; nel Veneto pertanto non residua alcuna potestà regolamentare né in capo alle ULSS né in capo ai Comuni. Del resto (come già affermato nella sentenza n. 5355/2013) il potere regolamentare attribuito ai Comuni ed agli enti gestori non può essere inteso come attribuzione di un autonomo e concorrente potere in materia.
- D. l'indennità di accompagnamento può essere computata ai fini della compartecipazione dell'invalide totale alla retta della struttura residenziale solo nel caso in cui la stessa assicuri tutti i servizi necessari ai bisogni quotidiani.

- E. nel determinare la quota di compartecipazione vanno considerate le spese personali che in concreto il disabile sostiene. Le quantificazioni astratte e generalizzate del c.d. “borsellino” violano infatti la Convenzione di New York sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dal nostro Paese con legge n.18/2008, nella misura in cui non consentono al disabile una vita dignitosa, sia il principio di proporzionalità, che impone di realizzare l’interesse generale gravando il singolo del minor sacrificio possibile.
- F. non può essere chiesta una compartecipazione automatica alla retta per giorni 365 all’anno in attuazione di un progetto di ospitalità che prevede lo stabile rientro a casa per i fine settimana. Pertanto vanno conteggiati solo i giorni di effettiva permanenza in struttura per al massimo 255 giorni per anno.

Si tratta di criteri assolutamente chiari che, d’ora in poi, dovranno essere applicati e rispettati in primis in tutto il Veneto, da parte di Comuni e Ulss, ma più in generale anche nelle altre Regioni.

DIRITTO ALLA CONTINUITA’ TERAPEUTICA

La continuità assistenziale non sempre può essere limitata a 30 o 60 giorni. Se permangono la condizione di non autosufficienza e la necessità di cure, il malato ha diritto alla prosecuzione delle prestazioni fino a quando la ASL di residenza del paziente non avrà provveduto all’inserimento definitivo in RSA o alle cure domiciliari.

Per la presa in carico da parte della ASL per cure domiciliari o residenziali il paziente deve avere richiesto o effettuato la visita UVG ed in caso di ricovero ospedaliero o in pronto soccorso, il medico di riferimento deve richiedere la visita UVG presso l’Asl di residenza dell’interessato. E’ opportuno che i familiari richiedano la documentazione.

La DGR 72 del 2004 del Piemonte, tutt’ora in vigore, definisce il *“Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente”*, per esempio persone colpite da demenza o da disabilità invalidanti e limitata o nulla autonomia o casi psichiatrici con analoga compromissione dell’autosufficienza.

La DGR stabilisce che per il percorso di continuità terapeutica *“la presa in carico del cittadino non può essere interrotta da un sistema di rinvio alla valutazione di altri servizi”* e precisa anche che tra le modalità di accesso al percorso vi è quella che passa per il Pronto soccorso dove il medico che si trova di fronte ad un paziente anziano malato cronico non autosufficiente o persona colpita da demenza *“verifica la disponibilità di un posto letto in pronta accoglienza per l’erogazione delle prestazioni necessarie presso Residenze sanitarie assistenziali (...) e attiva l’immediato trasferimento”*.

Pertanto, il diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie indifferibili non può essere per nessun motivo condizionato o ritardato con l’illegittimo pretesto degli accertamenti assegnati alle Unità valutative geriatriche che hanno il compito (allegato n. 6 della DGR della Regione Piemonte n. 45/2012) di *“individuare attraverso la valutazione multidimensionale, i bisogni sanitari e assistenziali delle persone anziane, identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento”*

CURE DOMICILIARI

DIRITTO PRIORITARIO ALLE PRESTAZIONI DOMICILIARI SANCITO DAI LEA, A FAVORE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI

In Piemonte le DGR 39/2009 (ultra65enni) e 56/2010 (infra65enni) legano le prestazioni ai finanziamenti e i finanziamenti non sono stanziati a sufficienza

La legge regionale n. 10/2010 è rimasta inattuata

Le ultime delibere regionali Dgr 26/2013 e Dgr 5/2014 ne trasferiscono le competenze dalla sanità all’assistenza

La recente sentenza del Tar del Piemonte – 29 gennaio – ha confermato la piena appartenenza delle prestazioni svolte a casa da familiari e badanti per i malati e disabili non autosufficienti ai livelli essenziali di assistenza, cioè le prestazioni sanitarie obbligatorie, non differibili e non negabili legittimamente dalle Asl. Il 50% del costo di questi interventi dev’essere coperto dalle Aziende sanitarie, qualsiasi sia il reddito dell’utente.

Nemmeno il percorso di rientro dal deficit sanitario può negarle: i risparmi vanno fatti altrove.

Tuttavia l’opinione del Direttore generale dell’Assessorato alla sanità della Regione Piemonte, Fulvio Moirano (nota del 20 febbraio 2015), è del tutto opposta: nel dichiarare l’intenzione della giunta di ricorrere contro le sentenze, egli afferma che le prestazioni socio-sanitarie domiciliari sono extra-Lea, in contraddizione con le sentenze del Tar del Piemonte che riconoscono tali interventi come diritti e prestazioni che vanno finanziate dal servizio sanitario nazionale.

Per ulteriore chiarezza, il 29 gennaio 2015 il Capo dell’Ufficio legislativo del Ministero della salute, Avv. Maurizio Borgo, ha precisato con la nota n. 705 che *“l’assistenza domiciliare integrata è un servizio compreso nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e, dunque, gestito e coordinato direttamente dal Distretto socio-sanitario delle Aziende sanitarie locali in collaborazione con i Comuni”*.

Le prestazioni LEA di assistenza domiciliare integrata comprendono quelle di “aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona” anche prestate volontariamente da familiari della persona non autosufficiente, o dalla cosiddetta “badante”, per le quali è previsto dai Lea che l’Asl con fondi del Servizio sanitario copra il 50% del costo.

Occorre inoltrare all’Asl domanda scritta per ricevere la prestazione di cura e le procedure di richiesta non tengono conto delle liste d’attesa e delle valutazioni in punteggio delle unità valutative, poiché esse non possono in ogni caso negare l’accesso alle cure alle persone (si tratta di tutti coloro che sono in condizione di malattia e/o disabilità che li ha portati alla non autosufficienza) che hanno bisogni sanitari e socio-sanitari indifferibili e innegabili.

SALVAGUARDIA DEI DIRITTI

Rifiuto della dimissione

Le strutture ospedaliere hanno la funzione di affrontare e gestire le patologie acute.

Risolta la fase acuta, i sanitari procedono alle dimissioni del paziente, tuttavia, può verificarsi che il paziente necessiti di ulteriori terapie che non possono essere effettuate a casa, o che, comunque, le sue condizioni non possano essere gestite dai familiari.

Sotto il profilo giuridico, accettare le dimissioni da ospedali e da case di cura private convenzionate quando permane lo stato di malattia di una persona cronica non autosufficiente incapace di programmare il proprio futuro, significa sottrarre il paziente dalle competenze del SSN e assumersene tutte le relative responsabilità. Se non è stata garantita per iscritto dalla ASL la continuità delle cure si incorrerà nei seguenti rischi:

- la famiglia si assume le responsabilità civili e penali derivanti dalle esigenze di cura e assistenza del malato e dagli eventuali danni a terzi da lui provocati;
- la famiglia si fa carico in proprio degli oneri economici e psicofisici per le cure e l’assistenza al malato.
- la famiglia accetta che il proprio congiunto sia inserito in una lista di attesa, che può essere di oltre due anni, per il ricovero convenzionato (quota sanitaria a carico della Asl) in una struttura residenziale;
- la famiglia si fa carico di tutti i costi per l’assunzione di personale privato per l’assistenza a domicilio o per un posto letto privato in una struttura residenziale pagando una retta totale che può arrivare a (3.000 euro mensili).

In caso di dimissioni non contestate, al rientro al domicilio, si deve chiamare il medico di famiglia per richiedere l’attivazione delle cure domiciliari, ADI, ADP, ma il progetto può risultare inadeguato alle esigenze assistenziali del malato e le cure assistenziali sono a carico della famiglia.

Per evitare le dimissioni che si ritengono improprie, occorre:

- prendere contatto con il Direttore del reparto e con i medici che hanno in cura il paziente;
- chiedere al medico di base di accedere alla struttura ospedaliera per collaborare a risolvere la situazione;
- richiedere alla Direzione sanitaria l’individuazione di una soluzione adeguata, anche mediante l’attivazione, a seconda dei casi, dell’UVG o dei servizi sociali.

Se tutto ciò non porta ad alcun risultato, è possibile opporsi alle dimissioni con un ricorso a mezzo raccomandata a.r., ai sensi dell’art. 4 L. 595/85, indirizzato: al Direttore Generale della ASL (o del’Azienda Ospedaliera), al Direttore Sanitario dell’Ospedale e al Direttore del Reparto.

In caso di urgenza o di dimissioni dal pronto soccorso occorre inviare un telegramma al Direttore sanitario a cui fare seguire la lettera raccomandata: “*SEGNALO MIA ASSOLUTA IMPOSSIBILITÀ ACCETTARE DIMISSIONI DI (cognome e nome) GRAVEMENTE MALATO E NON AUTOSUFFICIENTE E (se del caso) NON SEMPRE CAPACE DI PROGRAMMARE IL PROPRIO FUTURO. SEGUE LETTERA*”.

Richiedere risposte scritte. l’accettazione di risposte verbali crea complicazioni e ritardi assolutamente da evitare e chiedere copia del regolamento della struttura (Rsa, casa protetta, ecc.) in cui verrà ricoverata la persona malata cronica non autosufficiente e, prima di firmare qualsiasi documento, telefonare alla Associazione di riferimento.

Minacce

Ponendosi in contrapposizione con il personale del Pronto Soccorso o con i dirigenti delle strutture, è probabile che si ricevono pressioni con minacce più o meno larvate. I familiari non devono sottostare a intimidazioni verbali che talvolta vengono fatte da parte del personale sanitario, infatti la legge penale vieta l’uso di minacce contro una persona al fine di costringerla a fare qualcosa: L’art. 610 del codice penale prevede che “*chiunque, con violenza o minaccia, costringe altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa commette il delitto di violenza privata*”. Questo delitto è previsto proprio allo scopo di tutelare la libertà psichica dell’individuo nella sua volontaria esplicazione.

In realtà le norme vigenti non impongono ai congiunti di svolgere funzioni assegnate dalla legge al Servizio sanitario nazionale ed, esclusivamente per interventi integrativi, agli Enti gestori delle attività socio-assistenziali. Inoltre ai sensi dell’articolo 23 della Costituzione “*nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*”. In particolare i riferimenti delle minacce sono relativi ai seguenti punti:

1 - Obbligo dei familiari alla cura dell'incapace

Gli obblighi che i familiari di persone incapaci sono tenuti ad assumere si distinguono tra doveri materiali e doveri morali. Le norme di riferimento sono:

Artt. 404 ss., 433, 441, 443 cod. civ. Artt. 570, 591 cod. Pen.

Gli obblighi dei familiari nei confronti di un parente incapace sono principalmente morali: rileva quindi il dovere di cura.

Nell'ambito della famiglia la cura dell'incapace è avvertita come dovere essenzialmente morale. Si tratta quindi di un'obbligazione naturale, non c'è un obbligo giuridico (salvo, ad esempio, nei confronti dei figli maggiorenni portatori di handicap grave)

L'OBBLIGO ALIMENTARE NULLA HA A CHE FARE CON LE PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI E SOCIO-SANITARIE.

Compete esclusivamente all'interessato richiedere gli alimenti.

Detta richiesta è vietata agli altri soggetti, Comuni compresi (art. 438 del Cod.civile, e dal 6° comma art. 2 del d.Lvo 109/1998).

Ai sensi art. 441 del Cod.civile compete esclusivamente al Giudice intervenire nei casi di disaccordo fra i soggetti interessati per la definizione dell'eventuale importo degli alimenti da corrispondere.

Gli "alimenti" sono materia di competenza dello Stato (lettera 1 del 2° comma dell'art 117 della Costituzione).

2 - Rilevanza penale della violazione degli obblighi dei familiari di persone con limitata capacità e autonomia

L'art. 570 cod. pen. punisce chi fa mancare ai discendenti di età minore, gli inabili al lavoro, gli ascendenti e il coniuge non legalmente separato i mezzi di sussistenza. I mezzi di sussistenza non sono gli alimenti (art. 433 c.c.): sono ciò che è strettamente necessario alla vita, a prescindere dalle condizioni sociali degli aventi diritto, come il vitto, l'abitazione, i medicinali.

Nella categoria di "alimenti" rientra, invece, anche ciò che è soltanto utile alla condizione di vita in proporzione alla disponibilità dell'obbligato.

Si ricorda che il Garante per la protezione dei dati personali ha precisato che i Comuni non possono chiedere informazioni (nominativi, indirizzi, dati economici, ecc.) sui parenti conviventi e non conviventi degli assistiti qualora si tratti di ultrasessantacinquenni non autosufficienti e di soggetti con handicap in situazione di gravità (cfr. Newsletter dello stesso Garante n. 276 del 12 maggio 2006; la lettera inviata dal Garante all'Inps in data 24 marzo 2006 prot. 6251, nonché le comunicazioni spedite dal Garante ai Comuni di Bologna, Cologno Monzese, Firenze, Milano, Pavia, Trento, ecc.).

3 - Reato di abbandono di persona incapace

E' previsto dall'articolo 591 del codice penale. Il reato di abbandono non sussiste ove i familiari, rifiutino la dimissione ospedaliera: essi non lasciano il congiunto in pericolo di vita, dato che lo stesso si trova in ospedale.

I familiari non si trovano neppure nella condizione richiesta dall'articolo 591 del codice come autori del reato di abbandono in quanto non hanno in custodia il congiunto, infatti solo i sanitari dell'ospedale, avendo in cura il paziente, si trovavano, eventualmente, nella condizione per potere commettere tale reato; si veda ad es. la sentenza del 1° giugno 1993 n. 259 del Tribunale di Venezia che assolve "*perché il fatto non sussiste*".

4 - Validità della certificazione medica attestante l'indifferibilità delle prestazioni sanitarie.

L'articolo 2 della legge 833/1978 stabilisce che il Servizio sanitario deve assicurare "*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*" e che deve altresì provvedere "*alla tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*", e deve (articolo 1) operare "*senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio sanitario*".

nei casi di indifferibile necessità, comprovata dalla dichiarazione scritta di un medico, le prestazioni residenziali non possono essere condizionate e comunque ritardate per qualsiasi motivo, compreso il preventivo parere dell'Unità valutativa geriatrica.

Quindi le norme vigenti non impongono ai congiunti di svolgere funzioni assegnate dalla legge al Servizio sanitario nazionale ed, esclusivamente per interventi integrativi, agli Enti gestori delle attività socio-assistenziali. Inoltre ai sensi dell'articolo 23 della Costituzione "*nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*".

Non vi sono leggi che impongano ai familiari dei congiunti cronici non autosufficienti, oneri di assistenza e cura che spettano al Servizio sanitario, pertanto, le minacce sono un reato: la Sezione II della Corte di Cassazione nella sentenza 89/182005 ha stabilito che "*al fine del delitto di violenza privata non è richiesta una minaccia verbale o esplicita, essendo sufficiente un qualsiasi comportamento od atteggiamento sia verso il soggetto passivo sia verso altri, idoneo a*

incutere timore ed a suscitare la preoccupazione di subire un danno ingiusto, onde ottenere, mediante tale intimidazione, che il soggetto passivo sia indotto a fare, tollerare od omettere qualcosa». Attenzione: occorre avere le prove e in ogni caso è bene richiedere sempre che eventuali contestazioni vengano fatte per iscritto.

Articolo 28 della Costituzione: « *I funzionari e i dipendenti dello Stato e degli enti pubblici sono direttamente responsabili, secondo le leggi penali, civili e amministrative, degli atti compiuti in violazione di diritti (...)*».

Profili penalmente rilevanti

Art. 591 Cp -- Abbandono di persone minori o incapaci

Art. 571 Cp – Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina

Art. 572 Cp -- Maltrattamenti in famiglia o verso fanciulli

Art. 348 Cp – Abusivo esercizio di una professione

Art. 358 Cp – Nozione della persona incaricata di pubblico servizio

Art. 331 Cpc – Obbligo di comunicazione della notizia di reato

Art.640bis Cp – Truffa aggravata per il conseguimento di erogazioni pubbliche

Rette:

Ospedale / Casa di cura convenzionata: RETTA 100% a CARICO FONDO SANITARIO

Rsa (x Non autosuff. >65anni) RETTA = QUOTA SANITARIA (in genere 50%) + QUOTA ALBERGHIERA (utente/Comune,secondo ISEE)

La sentenza della Corte di Cassazione (4558 del 23/3/2012) che afferma che le rette in RSA sono a carico del SSN in quanto sono inscindibili le attività socio assistenziali da quelle sanitarie, inoltre, l'art. 23 della legge n. 328/2000, «*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*», è chiaro nell'escludere che ai parenti, figli o nipoti, possa essere richiesto alcunché .

Come si devono comportare, allora, i familiari cui viene richiesta l'integrazione della retta? «Dopo la sentenza della Cassazione, ci siamo attivati per trovare soluzioni in base alle esigenze delle famiglie e alla normativa applicabile. Innanzitutto, suggeriamo di chiedere aiuto ai servizi sociali del Comune di residenza, per verificare se l'ente può farsi carico dell'integrazione della retta. In alcuni casi è stato possibile raggiungere una soluzione bonaria tra le parti. Quando non ci sono alternative, consigliamo di mandare alla Rsa la lettera di recesso dall'impegno sottoscritto, in cui si comunica che nulla verrà più pagato». Qualche struttura che ha ricevuto la lettera di sospensione dei pagamenti ha minacciato le dimissioni del malato. «*Non possono farlo, perché commetterebbero il reato di abbandono di persone incapaci, perseguibile a livello penale*». Ci sono stati casi in cui le strutture hanno rimandato il malato a casa in ambulanza, per questo consigliamo di non farsi comunque trovare in casa, costringendo l'ambulanza al ritorno in struttura.

FONTI DEL DIRITTO

COSTITUZIONE,

Art. 32: «*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*».

Art. 38, 1°c.: «*Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale*».

Art. 23: «*Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*».

Art. 117, c.2: «*Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: ... (Lett.m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*»

Legge 833/1978 RIFORMA SANITARIA Art. 2:

Il Servizio sanitario nazionale deve assicurare « *la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» ... «*la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*»

DPCM 29/11/2001, LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SANITARIA E SOCIO-SANITARIA (LEA)

Art. 54.legge 289/2002 (Livelli essenziali di assistenza): 2. Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all'allegato 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002,

Osservazioni al “Patto per il sociale della Regione Piemonte 2015-2017”

proposto dall'Assessore alle politiche sociali Augusto Ferrari.

L'assessore millanta che la bozza presentata sia stata concordata con le Associazioni Piemontesi, ma almeno per quanto riguarda la nostra Associazione e penso anche le associazioni Alzheimer Piemontesi, non c'è mai stata alcuna convocazione per consultazione e pertanto nasce senza alcun nostro contributo.

Il contenuto tende ad attribuire a questo Assessore le competenze assegnate dalla legge alla Sanità nella bozza infatti non sono mai utilizzate le espressioni “anziano malato non autosufficiente” oppure “anziano malato cronico non autosufficiente”, ma sempre e solo quella di “anziano non autosufficiente”, come se si trattasse di persone in età avanzata che hanno bisogno di compagnia o di qualcuno che vada a fare la spesa ed eventualmente anche a preparare i pasti e riordinare l'appartamento.

Non ci sono riferimenti all'articolo 32 della Costituzione (è solamente citato l'articolo 3 che riguarda la pari dignità di tutti i cittadini), né alle leggi: 833/1978 (istituzione del Servizio sanitario nazionale), DPCM del 29 novembre 2001 (LEA) e 289/2002 (articolo 54), in base alle quali alle persone non autosufficienti è riconosciuto il diritto esigibile alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semi-residenziali e residenziali.

Il testo è strutturato per nascondere i diritti esigibili: per tutte le persone non autosufficienti il Servizio sanitario è la struttura preposta dalla legge per l'accesso a tutte le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie ed ai servizi di assistenza sociale dei Comuni le leggi attribuiscono solamente compiti integrativi, in particolare l'integrazione economica per le quote non corrisposte dagli utenti.

Nella bozza non ci sono riferimenti al morbo di Alzheimer o ad altre forme di demenza e comunque non dichiara che tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti, i soggetti con disabilità intellettiva o con autismo hanno diritto agli interventi sanitari riguardanti la prevenzione, nonché a quelle diagnostiche e terapeutiche, senza limiti di durata e gratuiti (salvo ticket) durante la fase acuta delle loro condizioni di salute e, in seguito, alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari e residenziali anch'esse senza limiti di durata (in questi casi con la compartecipazione economica dell'interessato).

In merito ai soggetti con limitata o nulla autonomia, le azioni proposte nella bozza sono sostanzialmente dirette a trasferire le competenze assegnate dalle leggi vigenti dalla sanità (e quindi riguardanti diritti esigibili) all'assistenza (ancora fondata sulla discrezionalità delle prestazioni e su obblighi economici a carico dei congiunti conviventi o meno. Cfr. gli articoli 433 e seguenti del Codice civile sugli obblighi alimentari).

Sulla domiciliarità, la bozza non cita mai la legge della Regione Piemonte n. 10/2010 che, pur senza il regolamento che doveva essere predisposto dalla Giunta regionale, indica un percorso assolutamente prioritario rispetto alla residenzialità.

LE UNITÀ DI VALUTAZIONE GERIATRICA Riferimenti di legge

- **Legge finanziaria 11 marzo 1988 n. 67**, all'articolo 20: realizzazione di 140.000 posti in strutture residenziali per anziani che non possono essere assistiti a domicilio.
- **D.P.C.M. 22 dicembre 1989** indirizzi alle Regioni per la realizzazione delle RSA.
- **Il DPCM 8.8.1985**, possibilità di finanziare con il Fondo Sanitario interventi a favore di non autosufficienti presso strutture idonee a fornire assistenza sanitaria.
- **Piano sanitario 1994/1996** realizzazione di una rete di servizi residenziali per non autosufficienti.
- **Progetto obiettivo** "Tutela della salute degli anziani 91/95" (POA), approvato a stralcio del Piano Sanitario Nazionale 92/94, costituisce per le Regioni e gli Enti Locali, il primo riferimento d'indirizzo e programmazione degli interventi a favore degli anziani ultra sessantacinquenni, disegnando la rete dei servizi territoriali e residenziali agli stessi destinati (ADI - Ospedalizzazione a domicilio, R.S.A.) e attribuendo alle Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) un ruolo centrale nell'individuare bisogni e prospettive di risposta.
- **decreto legislativo 502/1992** Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza.
- **Dpcm 29 novembre 2001**: Dal 1° gennaio 2001 sono confermati i livelli essenziali di assistenza previsti dall'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

Leggi Regionali

- **1992** (DGR 113 - 16221 22 giugno)- Istituzione di una Commissione Tecnica per la valutazione degli interventi da attuare nei confronti delle persone anziane non autosufficienti, sia per quanto riguarda l'inserimento nei programmi di assistenza domiciliare integrata e di ospedalizzazione domiciliare sia per quanto riguarda l'accesso in strutture residenziali.
- **1993** (D.G.R. 188 24789 03 maggio) provvede a denominare Unità di Valutazione Geriatrica (U.V.G.) la Commissione Tecnica e adozione della scala di valutazione funzionale multidimensionale
- **1995** (DGR 41)- L'U.V.G. ai fini dell'individuazione del presidio presso il quale inserire la persona anziana non autosufficiente, dovrà tenere conto anche delle sue eventuali preferenze e dovrà verificare con il relativo responsabile che la struttura individuata sia in grado di soddisfare le necessità assistenziali della persona stessa
- **1997** (L.R. 61) per l'attuazione del P.O.A., fra gli obiettivi anche la costituzione di U.V.G. in tutte le Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende Sanitarie Ospedaliere, quest'ultime con sede di Unità Operativa Geriatrica.
- **1998** (D.G.R. n. 14 26366 28 dicembre) si forniscono alle Aziende Sanitarie Locali e Ospedaliere indicazioni sulla costituzione e sul funzionamento delle U.V.G. e U.V.G.O..
- **2003** (DGR 51)- Applicazione LEA che prevede "presa in carico globale della persona non autonoma da parte dei servizi socio-sanitari integrati"
- **2004** (DGR 72)- l'UVG deve valutare le condizioni socio sanitarie dei pazienti ricoverati in Reparti Ospedaliere al fine di individuare il percorso da attuare per garantire la Continuità Assistenziale predisponendo un Progetto Individuale. Inoltre consente ai Pronto soccorso di provvedere direttamente al trasferimento dei pazienti in RSA, segnalando all'U.V.G. il ricovero, dopo che esso è avvenuto, per la valutazione delle esigenze del malato e la redazione del piano individualizzato delle prestazioni (PAI)
- **2005** (DGR 17) Funzione principe dell'UVG "individuare, attraverso la valutazione multidimensionale e con assunzione della relativa responsabilità dal punto di vista clinico e socio-sanitario, i bisogni sanitari e assistenziali delle persone anziane, identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento a domicilio"
- **2008** (DGR 42): l'UVG non deve solamente attribuire punteggi, bensì "comprendere" attraverso un approccio globale, non solo le patologie e il contesto socio-familiare dell'anziano, ma anche e soprattutto la sua volontà di come vivere e affrontare la sua non autosufficienza. Risulta quindi indispensabile che il Progetto venga stilato dall'UVG, sempre in presenza dell'anziano e di chi si prende cura di lui, collegialmente e con la contemporanea presenza delle componenti sociale e sanitaria, così da stabilire una relazione significativa fra gli stessi. Effettuata la valutazione e stilato il Progetto deve garantire l'attuazione dello stesso in tempi idonei per evitare complicazioni e migliorare la qualità della vita. Si approvano inoltre le linee guida del Piano di Assistenza Individuale (PAI) domiciliare, semiresidenziale e residenziale.
- **2009** (DGR 39): il PAI domiciliare può contenere un mix di prestazioni erogabili (prestazioni di cura familiare e affidamento, assunzione di assistente familiare, acquisto di prestazioni di assistenza domiciliare del profilo ADEST/OSS, acquisto del servizio di telesoccorso, acquisto di pasti a domicilio), integrabili con interventi semiresidenziali e/o residenziali temporanei di sollievo.
- **2010** (DGR 69): Nuovo Sistema Informativo Sanitario Nazionale (NSIS) per il monitoraggio delle prestazioni residenziali, semiresidenziali e di assistenza domiciliare per anziani o soggetti non autosufficienti in

condizione di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche... L'invio dei dati al NSIS è responsabilità della Regione Piemonte, l'invio dei dati al sistema di monitoraggio regionale è responsabilità delle ASL .

- **2013** (DGR 25 giugno, n. 14-5999) Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all'ordinanza del TAR Piemonte n. 141/2013 (liste di attesa). Tabelle di valutazione
- **2015** (DGR18-1326 20 aprile), l'Unità di valutazione geriatrica assume il compito di approvare o di negare l'accesso alle prestazioni sanitarie per le persone malate non autosufficienti