

**LA VALUTAZIONE DI UN GERIATRA SUGLI EFFETTI PERVERSI
DELLA DELIBERA N.14-5999 DEL 25/06/2013
DELLA GIUNTA REGIONALE DEL PIEMONTE**

Al fine di offrire maggiori elementi di comprensione dell'impatto della delibera della Giunta Regionale 25 giugno 2013, n°14-5999, in particolare per quanto attiene la valutazione "a punti" delle persone malate croniche non autosufficienti e il ruolo dell'U.V.G., si evidenzia quanto segue.

1) I soggetti a cui si rivolge la delibera

Sono soggetti ultrasessantacinquenni affetti da una compromissione dell'autosufficienza dovuta a malattie e loro esiti (ad es. vasculopatie, ictus cerebrali con emiplegia, demenza, sovente associata a gravi disturbi comportamentali, grave scompenso cardiaco, esiti di fratture in osteoporosi...). Si tratta di patologie che non possono che essere trattate dalla medicina e non da altri settori. Questi pazienti, sovente, sono affetti da pluripatologie e soggetti a frequenti riacutizzazioni e complicanze: come ad esempio: sindrome da immobilizzazione (tra cui piaghe da decubito, trombosi venose profonde, grave ipotrofia muscolare), gravi infezioni, episodi di delirium (stato confusionale acuto, dovuto a patologie o traumi fisici e/o mentali).

Agli ultrasessantacinquenni sono assimilabili soggetti di età inferiore in analoghe situazioni morbose.

2) Ruolo dell'U.V.G.

L'U.V.G. è una commissione interdisciplinare, che ha il compito di accertare lo stato di salute del soggetto richiedente, identificando le malattie da cui è affetto e il loro impatto sulla sua autonomia e quali interventi sono da considerare appropriati per garantire il massimo livello possibile della sua qualità della vita.

3) Come opera l'U.V.G. (Modalità della valutazione).

Al fine di predisporre un corretto progetto individuale, l'U.V.G., oltre a raccogliere informazioni dal medico curante (è inutile, fra l'altro, richiedere un'impegnativa per ottenere l'accesso alle pratiche di valutazione: l'unico effetto garantito è un ulteriore aggravio burocratico per gli utenti e per i Medici di Medicina Generale), a visitare il paziente e ad ascoltare l'interessato e/o chi lo rappresenta, utilizza scale di valutazione che in Piemonte sono: ADL (attività della vita quotidiana), IADL (Attività strumentali della vita quotidiana – es. prendere le medicine), A.DI.CO (disturbi comportamentali –es. allucinazioni, aggressività..), DMI (indice medico di non autosufficienza –rileva le presenze, ad es., di gravi deficit sensoriali, tendenza alle cadute, piaghe da decubito, ecc...), SPSMQ (scala dei disturbi cognitivi). Ne risulta un punteggio che viene usato dalla commissione per individuare l'intensità ottimale delle prestazioni. E'altresì prevista una scheda sociale che rileva i bisogni di aiuto, la presenza o meno di una rete sociale, le condizioni abitative, le condizioni economiche. Questo procedimento ha natura medica, infermieristica e sociale a tutela della persona malata cronica e non autosufficiente per identificare le prestazioni più appropriate, tramite un approccio olistico e non natura burocratica per porre limiti all'accesso alle prestazioni di chi è colpito da patologie invalidanti. Invece, l'utilizzo di queste scale e relativi punteggi sanitari e sociali, così come viene richiesto, anche da precedenti delibere, si configura come strumento per bloccare l'accesso alle prestazioni, creando una lista d'attesa. Mentre, come per tutte le altre evenienze mediche, anche l'accesso alle prestazioni residenziali, semiresidenziali, domiciliari dei malati cronici

deve essere garantito e tempestivo, tanto più che, nella situazione attuale, vi è un'ampia disponibilità di posti in R.S.A. La recente delibera 14-5999 del 25/6/2013 non solo legittima le liste d'attesa, strumentalizzando i punteggi dell'U.V.G., ma esclude da ogni prestazione malati non autosufficienti, tramite l'indicazione di cervellotiche soglie. Sotto il punteggio 5 il malato viene escluso da prestazioni e, per la definizione del punteggio, si rileva l'incongruenza nel testo della delibera tra il discorsivo, che identifica la valutazione con le 5 scale precedentemente richiamate, e la tabella dell'allegato modulo C, in cui manca la valutazione dell'IADL, che potrebbe comportare una grossa variazione del bisogno. La soglia 19, sotto la quale si esclude la prestazione residenziale non ha senso, innanzitutto, perché non hanno senso le soglie, ma anche perché a un punteggio inferiore a 19 può corrispondere un soggetto gravemente disorientato, gravemente dipendente, oltre che in precarie condizioni economiche. In questi casi la non attuazione del progetto residenziale (oltretutto, in assenza di interventi domiciliari, attualmente assai raramente praticati) potrebbe comportare seri rischi per la sua salute.

Inoltre, se i 19 punti corrispondono per la Regione alla somma tra i 5 punti sanitari (il minimo considerato dalla Regione stessa) e i 14 punti sociali (il massimo punteggio per la condizione sociale), occorre sapere che i 14 punti sociali corrispondono alla compresenza di situazioni di assoluta inadeguatezza dell'abitazione o sfratto, pensione minima o sociale, assenza di rete familiare e amicale, incapacità a provvedere ai bisogni fondamentali.....

Comunque non siamo in campo matematico, stiamo valutando persone nella loro complessità e i punteggi sono molto aleatori e non è neppure opportuno obbligare la commissione U.V.G. ad utilizzare continue deroghe, perché così dovrebbe fare, a fronte della necessità di indicare la residenzialità per soggetti valutati con punteggio inferiore a quello fissato dalla delibera.

Inoltre, la soglia 24 punti, individuata per definire l'urgenza, che è l'unica che garantisce l'intervento, anche se non immediato (entro 3 mesi, dopo aver atteso altri 3 mesi per ottenere la visita U.V.G.), corrisponde a una condizione praticamente di totale dipendenza, ad esempio, ad un soggetto in situazione terminale, povero e senza famiglia; una persona che avrebbe bisogno di un ricovero immediato.

Nella mia lunga esperienza di geriatra prima ospedaliero e, quindi, territoriale, anche come Presidente di una U.V.G. di Torino, posso affermare oltretutto che i pazienti con questo punteggio, per i motivi sovraesposti, sono una minoranza esigua ed irrilevante.

Un'ultima considerazione: porre pesanti ostacoli all'ottenimento di prestazioni domiciliari e residenziali, oltre a ledere un diritto dei malati cronici non autosufficienti, pregiudicando la possibilità di essere curati nelle sedi opportune, favorisce anche il possibile permanere degli stessi in ambienti terapeutici non appropriati e più costosi per la nostra sanità (ospedali e case di cura).

Distinti saluti.

Pietro Landra
Geriatra

Per contatti:
email pietro.land@libero.it
cell. 338/6066511