



Alla Consigliera regionale

On. Roberta Gaeta

1° novembre 2023

OGGETTO: I nostri figli non possono essere abbandonati in una RSA

Il trasferimento dal setting assistenziale ex art.26 in RSA che il distretto 60 della ASL Salerno vuole imporre a 40 pazienti si fonda su tre assunti assolutamente non corrispondenti al vero. Ciò in quanto:

- non è vero che le commissioni UVBR che hanno valutato i pazienti siano state valide e regolari;
- non è vero che tali commissioni abbiano *prescritto* un setting diverso da quello ex art. 26;
- non è vero che le commissioni UVI si siano espletate senza esito *“per carenza di documentazione”*.

In particolare

Le commissioni UVBR che hanno valutato i pazienti sono del tutto illegittime.

Si sono tenute violando tutte le norme del caso. La DGRC 482/04, che riprende le linee guida nazionali sulla riabilitazione, all'art. 4 punto 1 indica il *“nucleo di base”* per la composizione della commissione UVBR e così recita *“Nelle AA.SS.LL., l'U.V.B.R. è costituita da un team di professionisti, costituito dai Medici Prescrittori in carico alle UU.OO. della Riabilitazione distrettuale (fisiatra e/o neuropsichiatra infantile e/o audiologo-foniatra e/o oculista e/o neurologo e/o pneumologo e/o cardiologo), psicologo, professionista della riabilitazione, coordinatore, assistente sociale, professionisti della riabilitazione e/o dell'assistenza (fisioterapista e/o logopedista e/o infermiere e/o ortottista/assistente in oftalmologia e/o terapeuta occupazionale e/o terapeuta della*



*neuropsicomotricità dell'età evolutiva e/o educatore professionale), **sociologo, animatore di comunità**. Nel caso in cui i Presidi ospedalieri dell'A.S.L. siano dotati di U.O.C. di riabilitazione, l'U.V.B.R. integrerà queste professionalità con le altre già citate all'interno delle Unità di valutazione". Questo è il nucleo di base al quale, dice la norma "si possono aggiungere" altre figure professionali.*

Pertanto, la norma è assolutamente chiara: i componenti devono essere da sette a otto, con l'eventuale aggiunta di altri specialisti.

Le commissioni invece erano formate al massimo da 3 persone: un fisiatra, un terapeuta, un infermiere. Solo in quattro casi si è aggiunto un neurologo. Erano quindi commissioni completamente irregolari. Basterebbe questo, ma in più le commissioni erano illegittime anche in termini di competenza: patologie neurologiche complesse sono state valutate da un fisiatra, ovvero da chi non aveva affatto gli strumenti per valutarle. Per di più con una media risibile di 15 minuti a visita.

Ma il distretto afferma, senza spiegarlo, che le commissioni erano regolari. Bene, allora il **distretto ha il dovere di mettere per iscritto sulla base di quali norme sarebbero regolari commissioni formate da sole 3 persone senza competenze necessarie. E deve mettere per iscritto perché si rifiuta di convocare nuove commissioni UVBR a norma di legge dopo 2 anni dalla visita e dopo 200 solleciti ai quali non ha mai risposto.**

Per rendere l'idea dell'assurdità della situazione riportiamo due tra i tanti esempi di malati che secondo la ASL possono andare in RSA.

M. S: Cerebropatia con grave deficit delle funzioni mentali; cecità; dismetria arti inf.; cardiopatia ipertensiva; disfunzione diastolica; ventricolo sn con ipertrofia congenita parietale; Epilessia. Gravi disturbi psichici e comportamentali con auto ed eteroaggressività e discontrollo degli impulsi



C. B.: Esiti di encefalite virale realizzante grave deficit delle funzioni mentali con tetraparesi, afasia, agitazione psicomotoria, incontinenza, gravi disturbi psichici e comportamentali, coprofagia e picacismo.

Ci si chiede non solo con quale competenza, ma con quale coscienza ciò sia possibile. E anche per quali ragioni.

A questo proposito registriamo che c'è una dichiarazione nell'ambito di una commissione UVBR dalla quale sembrerebbe emergere una sorta di indicazione fornita ad un componente della stessa UVBR da parte della dott.ssa Gentile. Resta il fatto che dopo decenni in cui le commissioni UVBR hanno sempre applicato la DGRC 482/04 anche nella parte con le eccezioni ivi previste all'art. 2, c.2, improvvisamente pretendono di disapplicare quella parte a favore dell'interruzione delle prestazioni in ex art. 26.

Le commissioni non hanno prescritto nulla, anche perché non lo potevano fare. Hanno solo scritto "alla scadenza eventuale valutazione per necessità di passaggio ad altro setting assistenziale".

Se la commissione avesse voluto trasferire i malati in RSA avrebbe seguito la procedura prevista dalla legge. Infatti, la norma individua il metodo e la forma con cui la commissione UVBR può procedere al passaggio da UVBR (commissione sanitaria per l'ex art. 26) in UVI (commissione socio sanitaria) cioè: La DGRC 482/14 (dalle linee guida Nazionali) all'art. 7 ("*passaggio all'intervento sociale*") così recita: "*...l'UVBR della ASL trasmette il progetto ed indica gli obiettivi previsti all'UVI per eventuali modificazioni del progetto e dei programmi*". Ma non c'è stato alcun progetto. Nessuna prescrizione quindi ma solo mere proposte che la ASL ha ignorato per un anno e mezzo per poi tentare di dargli seguito solo da luglio 2023 con quella che è stata definita una sorta di "deportazione" in RSA. Il tutto con l'opposizione ferma dei pazienti e delle loro famiglie, dei MMG, degli specialisti che quei pazienti avevano in cura.



Qui compare un'altra incongruenza sia formale che sostanziale: la valutazione UVI (peraltro proposta come solo eventuale) non comporta in alcun modo che il paziente debba andare necessariamente in RSA. La nuova valutazione potrebbe anche stabilire che il paziente debba andare in altri setting come SUAP, psichiatria, R1 etc. Il distretto non può in nessun modo procedere con una sorta di **anticipazione del giudizio che compete esclusivamente alla commissione**. Farlo è illegittimo, arbitrario e indebito, oltre che inaccettabile perché privo di qualsiasi supporto tecnico-medico-scientifico.

Per altro in questo modo il distretto stabilisce *arbitrariamente* anche la retta a carico del SSR. Retta che potrebbe essere anche superiore a quella che avrebbe stabilito la commissione UVI, la quale infatti potrebbe perfino decidere che il paziente non ha bisogno di assistenza. In tal caso ciò prefigurerebbe un potenziale danno erariale in quanto il S.S.R. sarebbe potenzialmente coinvolto in pagamenti non dovuti.

In definitiva il distretto non può legalmente appropriarsi di valutazioni che sono di competenza eventualmente della sola UVI. Un'appropriazione che può apparire come finalizzata sempre all'obiettivo della Asl di forzare il trasferimento in RSA dei pazienti assistiti in ex art. 26

Inoltre, va detto che il distretto di Nocera, anche in questa vicenda, ha agito in modo diverso e opposto rispetto a tutti gli altri distretti negando ai malati quanto riconosciuto altrove nel rispetto delle norme. Ad esempio, risulta che il DS 64 dispone il rinnovo del PRI per 180 giorni in ex art. 26 in attesa della conclusione dell'iter della DGRC n.164/22 e del Decreto dirigenziale n. 385/22. Testualmente nei verbali delle commissioni del Ds 64 si legge: *“Si rinnova PRI per 180 giorni ex articolo n. 26 legge 833/78 in attesa della conclusione dell'iter ai sensi della D.G.R.C. n. 164 del 06.04.2022 (aggiornamento della disciplina per le attività residenziali di riabilitazione extra-ospedaliere, in attuazione del piano triennale di sviluppo e riqualificazione del servizio sanitario campano) e del decreto dirigenziale n. 385 del 19.10.2022 (procedure per la programmazione ed implementazione dell'assistenza riabilitativa territoriale)”*.



Non è vero che le UVI sono state senza esito per carenza di documentazione.

La verità incontrovertibile è che le UVI sono state del tutto illegittime: sono state convocate in modo irregolare dal direttore ff del distretto; si sono svolte in modo irregolare senza alcun componente ma con il solo direttore ff del distretto - infettivologo specialista in malattie tropicali - e con un solo specialista fisiatra, il dr. Sepe, che ha firmato per sola presa visione; la documentazione necessaria non era stata richiesta né al MMG né al Comune.

La procedura seguita per mandare i pazienti in RSA ha violato leggi, delibere e regolamenti. In particolare, la L.8/2003 e il Decreto 97/18. Per punti.

La richiesta di UVI non può essere avviata senza il consenso del diretto interessato o di chi lo rappresenta. In tutti questi casi non solo non c'era il consenso ma c'era l'esplicito e fermo dissenso sia dei malati (o dei loro tutori) sia del MMG. Invece il direttore del distretto ha scritto *"non essendo pervenuta da parte dell'utente in oggetto/MMG/parte sociale richiesta di bisogno socio sanitario, le SSLL sono convocate....."*. Il direttore ff del distretto si è arrogato il diritto che non può avere di procedere a prescindere dal malato, e addirittura contro di lui, rendendo illegittima la convocazione.

La L. R. 8/03 stabilisce con chiarezza che la commissione UVI *"deve essere composta da 3 figure fisse: Medico della ASL, assistente sociale individuato dai comuni dell'ambito territoriale entrambi delegati alla autorizzazione ed alla spesa, e MMG / PLS dell'assistito in esame"*. Come da verbale nelle commissioni in oggetto c'erano solo il direttore ff del distretto (specialista in malattie tropicali) e un fisiatra, dr. Sepe, che ha firmato solo per presa visione. Lo svolgimento delle commissioni è dunque stato dell'illegittimo.

Il direttore del distretto ha dichiarato a verbale *"che in seconda convocazione nella commissione U.V.I. i rappresentanti del Comune e della ASL possono non essere presenti"*. Non corrisponde al vero, non è previsto in nessuna norma.



Da normativa (L. 8/03) l'UVI *"elabora il progetto socio sanitario personalizzato che deve essere condiviso e sottoscritto dall'assistito nel rispetto delle norme in materia di privacy e tutela; verifica e aggiorna l'andamento del progetto personalizzato"*. Ma come già detto non esisteva nessun progetto perché la UVBR non lo aveva redatto in quanto non c'era nessuna prescrizione.

È stato messo a verbale delle commissioni che l'utente non aveva prodotto la documentazione, nello specifico: *"non è stata prodotta né la richiesta di valutazione, né ha presentato la documentazione necessaria per la suddetta valutazione in U.V.I"*. Come stabilito dalle norme (Decreto 97/18) era compito del distretto e non certo del paziente chiedere al MMG la scheda SVAM-D A e al Comune la scheda SVAM-D C.

Quindi **non è stata rispettata nessuna delle procedure previste e necessarie**, dalla convocazione allo svolgimento fino all'esito. Era compito del direttore del distretto garantire questo rispetto: *"il rispetto dell'applicazione delle procedure qui richiamate fa capo al direttore del Distretto di residenza dell'utente; egli ne è responsabile e ne cura e monitora l'applicazione"* (decreto 97/18).

A tutto ciò si aggiunge che il distretto ha disapplicato la DGRC 705 approvata dalla Giunta regionale il 20.12.2022 che stabilisce che non essendoci attualmente strutture idonee per pazienti dimessi da ex art. 26 nelle more dell'adeguamento tali pazienti devono restare nelle strutture che li curano a parità di regime di assistenza e di tariffe.

Infatti la Delibera, a pag. 3, recita: *"è emersa la difficoltà di individuare nell'immediato strutture idonee per accogliere pazienti dimessi dalle strutture di riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 dopo i 180 giorni previsti dalla normativa,... Nelle more dell'adeguamento ai requisiti generali, minimi e ulteriori specifici previsti dalla normativa vigente ed in attesa dell'attivazione delle procedure di cui al DCA n. 55 del 5/07/2018, le strutture continueranno a svolgere le attività di cui al regime di accreditamento già in essere, fermo restando il mantenimento dei requisiti e delle tariffe ex DGRC n. 531/2021".*



Nel merito anche il Direttore Generale della ASL ha affermato almeno due volte (il 15/3/23 e il 17/5/23) che la Regione “*sta lavorando per individuare il setting appropriato per questi pazienti*” ed ha anche precisato che, in ottemperanza a questo approfondimento (che per ora è sfociato nell’individuazione del setting assistenziale R1), va applicata la DGRC 482/04 che prevede le eccezioni, in particolare per i pazienti stabilizzati che devono rimanere per altri 180 giorni nelle strutture che li ospitano.

Questo il quadro che rende palesemente illegittimo il comportamento adottato dalla ASL Salerno e dal Distretto 60 per il trasferimento di questi pazienti da ex art. 26 a RSA.

I nostri familiari sono ricoverati a Villa dei Fiori, che non è una RSA ma un centro per riabilitazione estensiva ex art. 26. Non ha autorizzazioni, servizi, personale, strutture di una RSA, bensì solo ed esclusivamente quelle, ben più articolate, complesse, impegnative ed onerose, previste per le necessità dei nostri congiunti.

CHIEDIAMO SOLO UNA RIVALUTAZIONE IMMEDIATA DA PARTE DELLA COMMISSIONE UVBR

Il rappresentante delle famiglie
Biagio Angrisani

La portavoce del Comitato Diritto alla Cura
Annarita Ruggiero