

Oggetto: Relazione straordinaria del Difensore civico regionale in funzione di Garante della salute avente ad oggetto osservazioni riguardanti il parere formulato dal Settore regionale Attività Legislativa e consulenza giuridica in merito alla liceità/legittimità di richiedere l'addebito della quota alberghiera per un ricovero improprio da parte di strutture sanitarie accreditate; osservazioni riguardanti le criticità nella presa in carico degli anziani non autosufficienti e raccomandazioni per l'adeguamento della normativa regionale alle disposizioni contenute nel D.P.C.M. 12 gennaio 2017

L'esigenza di provvedere alla presente relazione straordinaria consegue alla disamina del parere legale formulato dal Settore regionale Attività Legislativa e consulenza giuridica¹ ed alla contestuale constatazione di una situazione di ingravescente conflittualità generatasi in non pochi casi nei rapporti tra pazienti, o loro familiari, che abbiano formulato opposizione alle dimissioni, ed Amministrazioni sanitarie di Case di Cura

Va anzitutto osservato che né l'iter argomentativo, né le conclusioni del parere esaminato appaiono condivisibili.

Esso ha ad oggetto l'eventualità del superamento del valore soglia di durata previsti per il ricovero in Case di cura private convenzionate a fini di continuità assistenziale post acuzie conseguente ad "opposizioni alle dimissioni" dalle predette strutture formulate da un ricoverato o da un suo familiare e dunque involge la complessa tematica della continuità assistenziale

¹ *Parere in merito alla liceità/legittimità di richiedere l'addebito della quota alberghiera per un ricovero improprio da parte di strutture sanitarie accreditate, risposta alla richiesta prot.n.20020/A14000 del 2017*

e della capacità di risposta della Sanità della nostra Regione ai bisogni di cura ed assistenza di pazienti anziani in condizioni di “non autosufficienza”. Una tematica assai tormentata, oggetto di altalenanti decisioni giurisdizionali², ed

² In un articolo del costituzionalista Francesco Pallante, in corso di pubblicazione sulla Rivista *Democrazia e diritto*, così efficacemente si sintetizza la vicenda giudiziaria che ha avuto ad oggetto la DGR 14-5999 del 25 giugno 2013: “*Impugnata innanzi al Tar Piemonte, per iniziativa di un variegato insieme di ricorrenti (associazioni, consorzi socio-assistenziali, amministrazioni comunali), la delibera veniva annullata con sentenza n. 199 del 2014, avendo i giudici amministrativi riscontrato ‘un quadro complessivo denotato, a tutta evidenza, da carenze non accettabili, e quindi illegittime, a fronte del diritto degli anziani non autosufficienti – diritto sancito dall’ordinamento e in particolare dalla normativa sui livelli essenziali di assistenza (Lea) – di vedersi garantite cure ed assistenza socio-sanitarie almeno nella misura imposta per legge e direttamente derivante dal ‘nucleo irriducibile’ del diritto alla salute protetto dall’art. 32 Cost’.* Un ragionamento lineare, quello dei giudici amministrativi piemontesi, basato sulla registrazione di un’oggettiva difformità tra il contenuto del diritto costituzionale alla salute, così come definito dalla legislazione di attuazione, e il contenuto della delibera adottata dalla Giunta regionale del Piemonte (una fonte di rango secondario).

La sentenza di primo grado veniva, a sua volta, impugnata dalla Regione Piemonte innanzi al Consiglio di Stato, che ne sanciva, dapprima, la sospensione dell’esecutività in via cautelare con l’ordinanza n. 1894 del 2014 e, poi, l’annullamento con la sentenza n. 604 del 2015. A sostegno della propria decisione, i giudici di Palazzo Spada ponevano, essenzialmente, due considerazioni. La prima è che nella Costituzione sono rinvenibili due esigenze potenzialmente contrapposte: il rispetto dei vincoli di bilancio, rivolti al contenimento del debito e del disavanzo annuale, e l’attuazione del nucleo essenziale dei diritti fondamentali della persona. Tali esigenze – entrambe ‘inderogabili e coessenziali’ – necessitano, a detta dei giudici, di venire tra loro bilanciate, non essendo immaginabile la prevalenza piena dell’una sull’altra, con la conseguenza che non si può escludere che risulti necessario ridurre il livello dei servizi erogati dalla pubblica amministrazione. La seconda è che la normativa sui Lea (all’epoca del giudizio, il d.P.C.M. 29 novembre 2001) ‘non definisce i tempi e le modalità di erogazione per ciascuna delle prestazioni correlate a detti livelli e quindi non contiene riferimenti espliciti ai tempi d’attesa’ né sono ricavabili ‘elementi integrativi’ in argomento dai ‘processi attuativi e negoziali che caratterizzano l’evolversi di questa materia’. Stando così le cose, concludono i supremi giudici amministrativi, non si può ritenere che la delibera regionale piemontese sia stata adottata in violazione della legge, dal momento che nella legge nessun parametro temporale è riscontrabile’ La valutazione dell’Autore sugli argomenti utilizzati dal Consiglio di Stato, pienamente condivisa dallo scrivente, è che “*In entrambi i casi, quelle formulate dal Consiglio di Stato appaiono considerazioni discutibili. La prima, perché l’idea stessa di poter mettere sulla bilancia Lea e vincoli di bilancio è di per sé incompatibile con la Costituzione, dal momento che implica necessariamente la fissazione del punto di equilibrio al di sotto del livello minimo di attuazione del diritto costituzionalmente consentito. Se si vuole trovare un elemento da bilanciare con i vincoli finanziari, è infatti al diritto costituzionale pienamente inteso che occorre guardare, non al suo livello minimo. La seconda, perché, pur non essendo stata stabilita a livello legislativo la tempistica entro cui le strutture del Ssr devono rendere la prestazione richiesta, la fissazione in via amministrativa di un termine irragionevole non può non essere comunque oggetto di valutazione giurisprudenziale, assumendo a parametro di riferimento di ultima istanza direttamente l’art. 32 Cost. (pena il ritorno alla distinzione delle disposizioni costituzionali in immediatamente precettive e meramente programmatiche, una*

anche di un non sottaciuto contrasto tra Consiglio e Giunta regionale: di essa questo Ufficio ha l'onere di occuparsi da svariati anni.

L'elaborato in esame affronta la questione delle conseguenze del superamento dei valori soglia di durata del ricovero osservando che:

- 1) *“una volta compiuta la prestazione di cura prevista dall'impianto della disciplina vigente, la persona non ha il diritto soggettivo ad avere ulteriori prestazioni da parte del sistema pubblico”*
- 2) se essa *“si trattiene nelle strutture sanitarie al di là di quanto contemplato dalla disciplina predetta, sarà tenuta a corrispondere direttamente il pagamento delle prestazioni di cui beneficia – sia alberghiere che sanitarie – secondo le norme del diritto civile. Si configura in tal caso un ricovero improprio”,* da cui conseguirebbe una sorta di mutamento genetico della natura del rapporto paziente/struttura di cura, così trasformatosi in *“rapporto privato tra struttura ed ospitato”,* con conseguenti *“obblighi restitutori di natura civilistica”* in capo al paziente

Entrambi gli asserti non sono condivisi dallo scrivente ma, per ragioni di ordine logico, occorre esaminarli muovendo il ragionamento dal secondo.

Osservando anzitutto che gli estensori del parere non si sono preoccupati di meglio esplicitare come possa verificarsi che l'ospite *“si trattenga nella struttura”* (con ciò determinando *“l'occupazione di un posto letto, al di là di quanto previsto a titolo di servizio pubblico”*) senza che a un tale trattenimento abbia a concorrere, in termini decisivi, una condotta omissiva del Responsabile di quella struttura, titolare, in ipotesi di *“ricovero improprio”,* di un diritto-dovere di impedire la permanenza del paziente.

tesi sostenuta dalla Corte di Cassazione negli anni Cinquanta ma sconfessata dalla Corte costituzionale fin dalla sua prima sentenza).”

Omissione, questa, verosimilmente condizionata dal timore che eventuali esiti negativi per il paziente, verificatisi in un momento successivo alle dimissioni, possano essere addebitati al venir meno del ricovero.

Pur non volendosi certo sminuire la rilevanza di una siffatta preoccupazione in relazione alle patologie dei soggetti anziani non autosufficienti, ciò non consente in alcun modo di escludere l'attribuibilità della omissione alla responsabilità del Direttore della Struttura che avrebbe dovuto invece provvedere a dare esecuzione al provvedimento di dimissioni, materialmente accomiando il paziente: davvero paradossale, dunque che, con riferimento al paziente che non si è provveduto ad accomiare, si utilizzi l'espressione "*occupazione di un posto letto*", quasi si tratti dell'ospite di un albergo anziché di un utente del Servizio Sanitario.

* * *

Le considerazioni sopra svolte consentono di escludere, in radice, che in ipotesi di permanenza del paziente conseguente ad una siffatta omissione possa verificarsi il dedotto mutamento genetico della natura del rapporto paziente/struttura di cura

Occorre, ciò nonostante, procedere alla disamina della natura giuridica delle omesse decisioni in ordine alla dimissibilità dei pazienti da parte dei Direttori Generali delle ASL ai quali, ai sensi dall'art. 14, comma 5, del D.Lgs. 502/1992, spetta l'onere di pronunciarsi.

Premettendo, così come già sottolineato in precedente relazione straordinaria trasmessa il 16 maggio 2017 dallo scrivente Difensore civico ai Presidenti del Consiglio e della Giunta regionale, che la scelta di attribuire al Direttore generale ASL uno specifico dovere di decidere sull'opposizione suggerisce che, alla stregua dell'obbligo giuridico di adottare un provvedimento espresso stabilito dall'articolo 2 della legge sul procedimento amministrativo, il dovere di pronunciarsi esplicitato dalla riforma del 1992 debba considerarsi espressivo delle scelte di trasparenza dell'esercizio



dell'attività pubblica cui il nostro ordinamento è sempre più orientato nello sforzo di garantire al privato risposte certe da parte dell'apparato pubblico.

La decisione, seguendo la ratio legis che si è illustrata, dovrebbe avere ad oggetto il venir meno delle ragioni di carattere sanitario che avevano provocato la degenza del paziente e dovrebbe, sul piano logico, necessariamente presupporre la rivalutazione delle condizioni del paziente da parte dell'organo chiamato a pronunciarsi.

Ciò, purtroppo, non avveniva e non avviene.

A seguito delle osservazioni formulate da questo Ufficio, che si sono ora rammentate, i Direttori Generali delle ASL volta a volta destinatarie di lettere di opposizione hanno infatti provveduto a rispondere agli opposenti, informandoli in ordine alle valutazioni effettuate dalle UVG nei loro confronti, con ciò realizzando un importante passo avanti nella tutela delle esigenze di trasparenza dell'attività amministrativa.

Va però evidenziato che tali risposte seguitano ad omettere di pronunciarsi sul tema, concreto e bisognoso di una pronuncia affermativa o negativa, della dimissibilità dell'opponente.

Occorre peraltro, prima di riflettere sull'inquadramento giuridico di un tale silenzio, domandarsi perché esso costituisca, come testimonia la concreta esperienza di questo Ufficio, una regola anziché una eccezione.

La risposta al quesito non può che essere rintracciata nella natura complessa delle molteplici patologie croniche che affliggono gli anziani non autosufficienti: una complessità che, nella maggioranza dei casi, suggerisce (o almeno non esclude) l'opportunità di un ricovero anche allorquando le criticità del paziente rilevino più dal punto di vista assistenziale che non da quello sanitario. Da tale circostanza deriva, verosimilmente, un atteggiamento di maggior prudenza del Direttore Generale chiamato a pronunciarsi sulla dimissibilità, anch'egli forse condizionato dal timore che eventuali esiti negativi

per il paziente, verificatisi in un momento successivo alle dimissioni, possano essere addebitati al venir meno del ricovero.

Ritornando al profilo più squisitamente giuridico, va osservato che l'atto di opposizione alle dimissioni deve essere assimilato ad un ricorso gerarchico improprio, con conseguente applicabilità della disciplina contenuta nel DPR 1199/1971.

Da ciò discende che, in assenza di un atto sospensivo esplicitamente assunto dall'Amministrazione, il provvedimento di dimissioni sia immediatamente esecutivo ed il paziente, come si è prima rilevato, debba essere accomiatato senza indugio.

In ipotesi di silenzio, spirato il termine di sessanta giorni, si verificherà inoltre il rigetto tacito dell'opposizione, con facoltà di impugnativa da parte dell'opponente.

Il nodo della questione riguarda però non tanto l'inquadramento giuridico del silenzio ma il tema del buon andamento dell'attività amministrativa sotto i profili dell'economicità e della legalità.

Il silenzio dei Direttori Generali competenti a pronunciarsi determina infatti per un verso una lesione del diritto dell'opponente ad ottenere una decisione (sia essa positiva o negativa) sul ricorso proposto e, per altro verso, la mancata rivalutazione -da parte dell'organo gerarchicamente superiore- dei suoi bisogni sanitari, con ciò tradendo lettera e spirito della norma introdotta nel 1992.

Esso contribuisce inoltre ad accentuare una complessiva situazione di incertezza, potenzialmente suscettibile di produrre una pluralità di liti, in sede giurisdizionale, tra cittadini, Strutture ospitanti ed ASL.

Tutto ciò comporta una violazione del principio di legalità, affermato dall'articolo 1 della Legge 241 del 1990 secondo cui l'azione della Pubblica Amministrazione deve essere assoggettata alla legge, che rappresenta per essa un vincolo di scopo oltre che un parametro di valutazione. Ed anche una

violazione del principio di economicità dell'azione amministrativa in relazione alla possibilità, tutt'altro che remota, di una bocciatura in sede giurisdizionale delle ragioni addotte dalle Amministrazioni interessate.

* * *

Il parere oggetto di esame si mostra ancor meno condivisibile laddove, riferendosi allo scadere del termine astrattamente fissato per la permanenza nei CAVS o nelle Case di Cura, opina che, una volta compiuta la prestazione di cura prevista dall'impianto della disciplina vigente, la persona non abbia diritto soggettivo ad ottenere ulteriori prestazioni da parte del sistema pubblico.

Gli estensori dell'elaborato, volendo ancorare il proprio ragionamento a parametri di carattere generale, hanno per il vero trascurato le specifiche caratteristiche della fattispecie considerata, omettendo di considerare le concrete esigenze sanitarie ed assistenziali degli anziani portatori di molteplici patologie croniche.

Essi hanno inoltre errato sul piano metodologico, fondando l'iter argomentativo del parere su di un'analisi del solo "*apparato normativo regionale*": dunque disinteressandosi alle disposizioni di diritto sanitario nazionale che, disciplinando i diritti di cura ed assistenza degli anziani affetti da patologie croniche, troverebbero invece, in ipotesi di contenzioso, immediata applicazione in sede giurisdizionale.

Occorreva ed occorre invece muovere il ragionamento proprio dalle norme statali, osservando che ciò di cui si discute sono le condizioni di "*inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative*", dunque necessitanti delle "*prestazioni sociosanitarie*", definite dall'articolo 3-septies del Decreto Legislativo. 502/1992 come "*ad elevata integrazione sanitaria*".

Prestazioni che "*sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria*" e che, a norma dell'articolo 3-septies del citato testo normativo, "*sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria*".



I Livelli Essenziali di Assistenza, come da ultimo disciplinati col Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, prevedono la garanzia da parte del Servizio sanitario nazionale dell'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona ed una valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.

Ciò nel contesto di un'area dell'assistenza sociosanitaria in cui vengono delineati *“percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semi-residenziali e residenziali”* con *“erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali”*.

Con il conseguente impegno del Servizio sanitario nazionale (articolo 22, avente ad oggetto *“Cure domiciliari”*) a garantire *“alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita”*, prevedendo anche che competa all'Azienda sanitaria locale assicurare la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

All'articolo 30 si stabilisce poi, più specificamente, che *“nell'ambito dell'assistenza residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico:*

a) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. La durata del trattamento estensivo, di norma non superiore a sessanta giorni, è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione

multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalla regioni e dalle province autonome;

b) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti.

Precisandosi poi che “i trattamenti estensivi sono a carico del Servizio sanitario nazionale. I trattamenti di lungoassistenza sono a carico del Servizio sanitario nazionale per una quota pari al 50 per cento della tariffa giornaliera”.

I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali e residenziali (a carico totale o parziale del SSN a seconda di quale sia la situazione economica del fruitore dei servizi) sono quindi caratterizzati dall'esigenza di far fronte alla presa in carico del paziente e di assicurare la continuità di essa nelle diverse fasi di assistenza, partendo da quella ospedaliera fino a giungere a quelle del recupero o riabilitazione post acuzie ed infine alla lungo assistenza.

Nel disegno del legislatore statale non è dunque ammissibile una cesura, uno iato, tra queste diverse fasi che, unitamente e non disgiuntamente, compongono la presa in carico del non autosufficiente

Tutto ciò in sintonia con quanto previsto dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) che, con riferimento alle “prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria”, attinenti all'area “anziani”, stabiliva (all'articolo 3, comma 3) che “tali prestazioni sono quelle, erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza”.

* * *

Esaurita la disamina delle tesi sostenute nel parere formulato dal Settore regionale Attività Legislativa e consulenza giuridica di cui si è evidenziata l'incondivisibilità, occorre ora esaminare in dettaglio la normazione, di rango secondario, vigente nella nostra Regione, per verificarne la coerenza con le leggi statali di diritto sanitario che si sono fin qui esaminate ed anche la congruità con il principio di buon andamento della Pubblica Amministrazione

La Regione Piemonte aveva delineato, con la DGR. 20 dicembre 2004 n.72-14420, un *“Percorso di Continuità per anziani ultrassessantacinquenni o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente”* che prevedeva, al termine di un periodo di ricovero della durata prefissata di 60 giorni (con spese a totale carico del S.S.R.), *“ove necessiti”* una possibile continuità dello stesso, *“attraverso l'utilizzo di altre risposte socio-sanitarie appropriate e disponibili quali :*

- *Cure Domiciliari in Lungoassistenza*
- *Interventi economici a sostegno della domiciliarità*
- *Semiresidenzialità*
- *Residenzialità*

Quanto sopra, espressamente affermando che *“il percorso deve essere appropriato rispetto ai bisogni identificati, prevedendo il ricorso ad uno o più tipi di intervento nel tempo, fra loro articolati, nell'ottica di ottenere il massimo del recupero possibile dopo la perdita funzionale derivante da malattia acuta, rallentare il peggioramento della disabilità e della progressione della malattia cronica, mantenere significative relazioni interpersonali per evitare isolamento ed emarginazione”* .

Le ragioni della scelta di assicurare un *Percorso di Continuità per anziani ultrassessantacinquenni* apparivano pacificamente ascrivibili alla volontà di ottemperare alle previsioni del diritto sanitario nazionale che si sono

prima sinteticamente esposte, realizzando dunque un primo, pur se ancora incompleto, approccio ai principi della “*long term care*”, ispirata ad interventi di presa in carico parametrati non soltanto sulla malattia acuta ma altresì sulla progressione della malattia cronica e della disabilità

L’evoluzione della normativa regionale in funzione dei principi della “*long term care* modulati sugli effettivi bisogni di cura dei non autosufficienti e sulla loro progressione temporale, aveva poi trovato piena conferma con l’approvazione della Legge regionale 10, intitolata Servizi domiciliari per persone non autosufficienti.

Promuovere il benessere, la qualità della vita e l’autonomia dei non autosufficienti, prevenire l’aggravamento delle patologie, operare per evitare ricoveri impropri e privilegiare le cure domiciliari: queste le promesse e gli impegni assunti con quel valoroso provvedimento normativo, purtroppo disapplicato.

A contraddirle in radice, ponendosi, a parere di chi scrive, in contrasto con le indicazioni della normativa nazionale sui LEA fu, per prima, la D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012 formulata allo scopo di disegnare un nuovo modello di assistenza residenziale e semi residenziale per gli anziani non autosufficienti. In essa, infatti, si legittimava espressamente il ricorso alle liste di attesa nell’ipotesi in cui le risorse richieste dal Progetto individualizzato del paziente non fossero immediatamente disponibili.

Come è noto, la D.G.R. 45-4248 fu oggetto di plurime censure avanti il Giudice Amministrativo e, con ordinanza del 22 novembre 2012 il TAR Piemonte ne sospese, in sede cautelare, l’efficacia.

Con la D.G.R. 25 giugno 2013, n.14-5999, intitolata “*Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente*” e formulata allo scopo di ottemperare all’ordinanza del TAR, fu però realizzato un rimedio peggiore del male

Nell'allegato A di questa Delibera, denominato "*Modalità di presa in carico della persona anziana non autosufficiente da parte della rete regionale dei servizi socio – sanitari*", si prescrivevano infatti alle Aziende Sanitarie regionali "*specifiche indicazioni di carattere organizzativo*", dichiaratamente volte a "*migliorare le modalità di presa in carico dell'anziano non autosufficiente*" ma nei fatti destinate ad incisivamente peggiorarle.

L'individuazione di "*una griglia temporale per l'accesso appropriato alle prestazioni di assistenza residenziale, da fornire al cittadino a seguito della presa in carico nel rispetto di precise classi di priorità, elaborate attraverso indicatori di valutazione clinica e sociale*" realizzava infatti un artificio espressivo volto a velare l'effettivo obiettivo perseguito dal provvedimento che era quello di confermare l'adozione del sistema delle liste di attesa nell'accesso alla residenzialità.

Non solo: il criterio di commisurazione delle priorità sulla scorta dell'attribuzione di una pari dignità valutativa agli indicatori clinici ed a quelli sociali ha, nei fatti, subordinato la fruizione della quota sanitaria riferita al ricovero dell'anziano non autosufficiente ad una situazione di "bisogno sociale" anziché ad una situazione di "bisogno sanitario" che è, invece, quella presa in considerazione dal Legislatore statale all'articolo 30 del D. P. C. M. del 12 gennaio 2017.

Volendo comprendere le ragioni per cui ciò sia accaduto, occorre soffermarsi sui criteri individuati dalla Delibera -alternativamente rintracciabili nella *urgenza*, nella *non urgenza* o, infine, nella *differibilità*- che sono finalizzati ad assegnare i diversi gradi di priorità.

Sottolineando, da subito, che essi appaiono incompatibili con i principi della presa in carico.

Rientrano infatti nel novero dei "*casi urgenti*" quelli in cui il punteggio assegnato dalla Unità di valutazione Geriatria, con riferimento ai bisogni sanitari ed assistenziali della persona, certifichi una situazione che la delibera

definisce come di “*alta complessità assistenziale sanitaria e sociale*”, cui, in linea di principio, verrebbe accostata la “*alta complessità sanitaria*” isolatamente considerata.”

L’assimilazione tra “*alta complessità assistenziale sanitaria e sociale*” ed “*alta complessità sanitaria*” è però smentita nel prosieguo della Delibera, laddove i “*casi non urgenti*” sono individuati facendo ricorso per un verso al concetto di “*significativi problemi sanitari*” (espressione che appare sostanzialmente sovrapponibile a quella di *alta complessità sanitaria*) e, per altro verso, al concetto di “*moderati bisogni assistenziali*”.

Ciò vuol dire che, nei fatti, la differenza tra urgenza e non urgenza definita nella disposizione in esame è determinata non dai bisogni sanitari -che nelle due ipotesi sono sovrapponibili quanto a rilevanza- ma dalla situazione economica e familiare del paziente. Eppure ai due diversi gradi di priorità (urgenza/non urgenza) consegue la previsione di un drasticamente diverso “*tempo di risposta della rete di servizi socio-sanitari*” che, per i progetti per i quali sia stata riconosciuta l’urgenza, è di “*90 giorni dalla valutazione*” mentre, per i progetti valutati “*non urgenti*”, è “*di un anno dalla valutazione*”.

Che a risultare decisiva sia situazione economica e familiare del paziente è ancor più evidente se ci si riferisce all’ipotesi della *differibilità*, espressione che, deprivata di ogni velo di ipocrisia, equivale a *rifiuto* della presa in carico.

La situazione di *differibilità* è infatti normativamente connotata da *un modesto grado di gravità* ma anche, alternativamente e non congiuntamente, dal “*buon grado di supporto della rete parentale o del reddito disponibile*” e, secondo la DGR., non necessita di alcun *tempo di risposta*.

Sul punto vanno segnalate le argomentazioni di una recente decisione della Sezione Lavoro del Tribunale di Torino³ secondo cui la normativa regionale risulta congegnata in modo tale da svilire oltre modo la rilevanza

della componente sanitaria in favore di quella sociale, perché non consente mai al paziente che gode di un basso punteggio sociale di fruire della prestazione a spese della Asl. Aggiungendo come l'attribuzione di un basso punteggio sociale possa dipendere anche soltanto dalla constatazione che il paziente si trovi già inserito in una struttura residenziale, ma a proprie spese.

Lo studioso che si è prima citato, nel condividere siffatto snodo argomentativo, osserva ulteriormente come in tal modo il sistema finisca per alimentare un vero e proprio circolo vizioso: giacché il Servizio sanitario regionale non garantisce il ricovero agli anziani non autosufficienti che non versino in una situazione di criticità sociale, costoro sono indotti a provvedere privatamente ai propri bisogni; e, tuttavia, proprio la circostanza che essi possano provvedere privatamente ai propri bisogni comporta che sia loro attribuito un basso punteggio sociale, cosa che impedirà loro di raggiungere i posti più alti della lista d'attesa, condannandoli a rimanere indefinitamente privi di ricovero in regime pubblicistico.⁴

Che tutto ciò sia in palese contrasto con principi costituzionali è evidenziato con incisività nel contesto della medesima riflessione⁵, laddove

³ La sentenza, estensore il dottor Gian Luca Robaldo, porta il numero 1592/2018 ed è stata depositata il 25.9.2018

⁴ C.f.r. Francesco Pallante, *L'illegittimità della normativa della Regione Piemonte sulla non autosufficienza tra diritto alla salute, discrezionalità politica e limitatezza delle risorse economiche*, in via di pubblicazione sulla Rivista *Democrazia e diritto*

⁵ Osserva il professor Pallante che "È indubbio che, in tutto ciò, un ruolo rilevante sia attribuibile alle difficoltà finanziarie (peraltro mai del tutto chiarite nella completezza dei loro profili) incontrate negli ultimi tempi dai bilanci regionali, difficoltà che, tra il 2010 e il 2016, hanno fatto del Piemonte l'unica regione settentrionale sottoposta ai vincoli del c.d. piano di rientro. Ciononostante, nemmeno questa situazione di fatto è, di per sé, sufficiente a giustificare giuridicamente l'inattuazione del diritto costituzionale alla salute (così come di qualsivoglia altro diritto costituzionale). Come correttamente affermato dal Tar Piemonte nella sentenza n. 156 del 2015, 'se davvero l'esecuzione del programma di solidarietà sancito in Costituzione (e ormai avviato anche dalla legge che ha previsto i Lea) incontra ostacoli di natura economico-finanziaria per l'obiettivo carenza di risorse stanziabili (viepiù nello scenario di una Regione sottoposta a piano di rientro dai disavanzi della spesa sanitaria, come il Piemonte), il rimedio più immediato non è la violazione dei Lea ma una diversa allocazione delle risorse disponibili, che spetta alle singole amministrazioni (nel caso, alla Regione) predisporre in modo tale da contemperare i vari interessi costituzionalmente protetti che domandano realizzazione'. Il riconoscimento costituzionale di un diritto – in altre parole – non è un atto meramente formale, la cui sostanziale attuazione è rimessa alla buona volontà del legislatore. Introdurre un diritto in una Carta costituzionale significa porre un vincolo alla discrezionalità politica, che da quel momento deve preoccuparsi di predisporre (secondo le modalità ritenute più opportune) gli apparati necessari a far fronte alle esigenze a quel diritto riconducibili, sia pure inserendole nel quadro più ampio delle altre esigenze riconducibili a norme costituzionalmente pari ordinate.

Equilibrio finanziario e protezione sociale sono due compiti affidati dalla Costituzione alla Repubblica, nelle sue articolazioni: vanno tra loro bilanciati avendo ben chiaro che "l'economia non ha un primato sui diritti fondamentali", con la conseguenza che le esigenze economiche non possono trasformare i diritti in pretese condizionate dalla



viene fortemente valorizzato quel passaggio della sentenza 169/2017 in cui la Corte costituzionale ha enunciato il principio secondo cui *“ferma restando la discrezionalità politica del legislatore nella determinazione -secondo canoni di ragionevolezza- dei livelli essenziali, una volta che questi siano stati correttamente individuati, non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica”*.

Principio, questo, che impone di rimeditare sull'impianto argomentativo della sentenza 604 del 2015 del Consiglio di Stato, evidenziandone viepiù la fragilità.

Conclusivamente.

La disciplina adottata dalla Giunta della Regione Piemonte per individuare i requisiti necessari a consentire l'accesso nelle Residenze Assistenziali con quota sanitaria posta per il 50% a carico della Sanità pubblica si pone in contrasto con il carattere universalistico del nostro sistema sanitario che, con riferimento alla erogazione di cure in regime residenziale, non distingue in base al reddito né per i soggetti colpiti da acuzie né per i malati cronici bisognosi sia di cure che di assistenza, prevedendo soltanto, per i secondi, che la quota alberghiera sia a loro carico.

Il mancato coordinamento tra i tempi del percorso di accesso, in regime pubblicistico, nelle strutture residenziali per anziani e quelli dei percorsi di post acuzie, di durata limitata nel tempo, determina, in una rilevante percentuale di casi, la vanificazione della garanzia di continuità della presa in carico degli anziani malati cronici non autosufficienti da parte del sistema sanitario regionale, quale stabilita invece dai Lea.

disponibilità delle risorse', ma, al contrario, è l'attuazione di tali diritti che deve conformare e indirizzare l'obbligo di distribuire le risorse disponibili'. Sulla scia della crescente attenzione dedicata dalla dottrina a queste tematiche, da ultimo la stessa Corte costituzionale è intervenuta in argomento, sancendo, con parole particolarmente incisive, che 'è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione' (sentenza n. 275 del 2016). È, questo, un passaggio argomentativo particolarmente rilevante e giustamente enfatizzato dalla dottrina, in quanto contenente un'affermazione di portata generale potenzialmente idonea a operare come regola 'di sistema' in tutti i casi in cui esigenze di attuazione dei diritti costituzionali ed esigenze finanziarie dovessero trovarsi in contrapposizione.

Tutto ciò realizza un esito configgente non solo con le previsioni dei Lea ma anche con le esigenze di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa. La situazione determinata dalla vigente normazione regionale contribuisce infatti per un verso a cagionare un significativo impoverimento di molte famiglie di anziani non autosufficienti -in troppi casi costrette a far fronte al pagamento dell'intera spesa per il posto letto in RSA- e dall'altro provoca, non infrequentemente, un assai poco appropriato ricovero di anziani non autosufficienti affetti da rilevanti patologie croniche, seppur non in situazione di acuzie, nei dipartimenti ospedalieri, in particolare in quelli di emergenza-urgenza. Il che produce irragionevoli sprechi delle risorse della sanità, complessivamente considerate, visto che la spesa per un giorno di degenza ospedaliera è di circa tre volte superiore a quella di una degenza in RSA.

* * *

Sulla scorta della disamina che si è fin qui operata lo scrivente Difensore civico, tenuto conto dei compiti assegnati all'Ufficio dalla norma approvata in data 4 dicembre scorso (in attesa di pubblicazione sul Bur) che gli assegna la funzione di Garante della salute:

- 1) Raccomanda alla Giunta regionale la revisione della DGR 25 giugno 2013, n.14-5999 per adeguarla alle previsioni dei Lea, in un contesto di revisione sistemica della normativa regolamentare regionale in materia, attuativa della novellata disciplina delle prestazioni e dei servizi essenziali che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini (DPCM 12 gennaio 2017).
- 2) Raccomanda ai Direttori Generali della ASL regionali che ricevano da pazienti ricoverati o da loro familiari ricorsi finalizzati ad opporsi alle dimissioni da luoghi di cura di provvedere alla rivalutazione delle situazioni cliniche di costoro ed alla decisione in ordine alla dimissibilità.



3) Raccomanda infine alla Direzione Sanità della Regione Piemonte di predisporre, nel rispetto delle indicazioni che si sono fornite nel presente elaborato, una nota indirizzata ai Responsabili delle Strutture sanitarie del Piemonte che illustri come, allorquando si sia ommesso di eseguire il provvedimento di dimissioni, non sia configurabile alcun addebito a carico dei pazienti.

Con l'occasione si porgono i migliori saluti.

Il Difensore civico
della Regione Piemonte
Augusto Fierro

Il funzionario istruttore
Flavio Mazzucco