



13 ottobre 2014, *Aula Magna ROSMINI - Istituto Rosmini, Via Rosmini 6 - Torino*

CONVEGNO: “ORGANIZZAZIONE, COMPETENZE E CULTURA DELLA CONTINUITA”.

TAVOLA ROTONDA: *La rete di sostegno esiste?*

SCHEDA n.1

La categoria della “non autosufficienza” .

Una **definizione generale** di “persona non autosufficiente”, seppur non strettamente connessa all’età, si ritrova nell’art.2 della legge regionale del Piemonte 18 febbraio 2010, n.10 (Servizi domiciliari per persone non autosufficienti), laddove vengono definite “**non autosufficienti**” **“le persone in varie condizioni o età che soffrono di una perdita permanente, parziale o totale, dell’autonomia fisica, psichica o sensoriale con la conseguente incapacità di compiere atti essenziali della vita quotidiana senza l’aiuto rilevante di altre persone”.**

Nelle norme regolamentari regionali approvate con Delibera della Giunta regionale, generalmente vengono evidenziate quale **tipologie di “persone non autosufficienti”:**

- **gli anziani ultresessantacinquenni non autosufficienti,**
- **persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili a quelli dell’anziano non autosufficiente (vedasi a titolo esemplificativo la D.G.R. 20 dicembre 2004 n.72-1440 “Percorso di continuità assistenziale”).**

La categoria della “non autosufficienza” che trova nel bisogno di “continuità assistenziale”, non solo nel suo significato prettamente sanitario, un elemento unificante può pertanto, a titolo non esaustivo, verosimilmente ricomprendere persone :

anziane affette da patologie cronico degenerative invalidanti, ovvero da demenza senile,

con disabilità, in specie grave, riconosciuta,

pazienti affetti da malattie mentali croniche,

affetti da morbo di Alzheimer,

affetti dalla malattia di Parkinson,

persone affette da cecità,

tossicodipendenti,

pazienti portatori di malattie degenerative progressive (sclerosi multipla, SLA),

persone affette da **Disturbi Pervasivi dello Sviluppo**, sia nella minore che nella maggiore età, che in specie ricomprendono, oltre ai **Disturbi dello Spettro Autistico**,

la **Sindrome di Rett** e il **Disturbo Disintegrativo dell’Infanzia** e,

sotto taluni aspetti, nei casi più gravi, anche quei minori i quali manifestano **Bisogni Educativi Speciali**, o per motivi fisici, biologici, fisiologici o anche per motivi psicologici, sociali.

SCHEDA n.2

Il quadro normativo e la giurisprudenza sul “diritto alla salute”.

Il quadro normativo

Tenutosi conto del riconoscimento costituzionale del “**diritto alla salute**” di cui all’**art.32 Cost.**, il quadro normativo di riferimento per le questioni in oggetto, può essere, seppur non esaustivamente, individuato nelle norme contenute:

nella **Legge 23 dicembre 1978 n.833 “Istituzione del servizio sanitario nazionale”**,

nel **D.Lgs. 30 dicembre 1992 n.502 “Riordino della disciplina in materia sanitaria”**,

nel **D.P.C.M. 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”**,

nel **D.P.C.M. 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza”**,

nel **D.P.C.M. 16 aprile 2002 “Linee guida sui criteri di priorità per l’accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa”**,

nella **D.G.R. Piemonte n.72-14420 del 20 dicembre 2004 “Percorso di Continuità Assistenziale”**,

nella **Legge regionale del Piemonte 18 febbraio 2010 n.10 “Servizi domiciliari per persone non autosufficienti”**,

nella **D.G.R. n.27-3628 del 28 marzo 2012 “Attuazione Piano di rientro - D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i. - La rete territoriale:criteri e modalita' per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale”**

nella **D.G.R. n.45 – 4248 del 30 luglio 2012 “Il nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti”**,

nella **D.G.R. n.25-6992 del 30 dicembre 2013 “Approvazione Programmi Operativi” del Servizio Sanitario Regionale per il triennio 2013 –2015, in specie per quanto previsto nel “Programma 14 : Riequilibrio Ospedale – Territorio”**,

nella **D.G.R. 30 dicembre 2013, n.26-6993 “Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti”**,

nella **D.G.R. 27 gennaio 2014, n.5-7035 “Criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza”**,

nella D.G.R. n.22-7178 del 3 marzo 2014 **“Disturbi Pervasivi dello Sviluppo:recepimento dell’Accordo Stato regioni del 22.11.2012”**

La giurisprudenza sul “diritto alla salute”: presupposto degli interventi del Difensore civico.

Il **“diritto alla salute”** rappresenta presupposto e cardine degli interventi svolti dal Difensore civico riguardanti le problematiche socio-sanitarie.

In tale segno e in conformità della **giurisprudenza della Corte costituzionale e delle Supreme Corti di legittimità**, il Difensore civico ha necessariamente rilevato, attraverso i suoi interventi, che:

“il bene della salute è tutelato dall’art.32, primo comma della Costituzione, ‘non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell’individuo’ (sentenza n.356 del 1991 della Corte costituzionale), che impone piena ed esaustiva tutela (sentenze n.307 e 455 del 1990), in quanto ‘diritto primario e assoluto, pienamente operante anche nei rapporti tra privati’ (sentenze n.202 del 1991, n.559 del 1987, n.184 del 1986, n.88 del 1979)” e che “ il diritto ai trattamenti sanitari è dunque tutelato come diritto fondamentale nel suo ‘nucleo irrinunciabile del diritto alla salute, protetta dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l’attuazione di quel diritto (v., fra le altre, sentenze n.432 del 2005, n.233 del 2003, n.252 del 2001, n.509 del 2000, n.309 del 1999, n. 267 del 1998)”¹ ;

Tutto ciò, ha condotto il Difensore civico a realizzare, per i singoli casi problematici segnalati al suo Ufficio, interventi nei confronti delle Amministrazioni coinvolte, che, pur partendo necessariamente dalla disamina della normativa vigente, hanno inteso sollecitare concrete e non reticenti risposte da parte delle Amministrazioni per i singoli casi all’**“esigenza di un’interpretazione che tenga conto del nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana... alla luce del principio affermato,**

¹ Corte di Cassazione,Sezioni Unite penali, sentenza 21 gennaio 2009, n.2437

in linea generale, dalla legge di riforma sanitaria, che prevede la erogazione gratuita delle prestazioni a tutti i cittadini, da parte del servizio sanitario nazionale, entro i livelli di assistenza uniformi definiti con il piano sanitario nazionale².

In tale contesto, assumendo particolare rilievo quanto affermato dal **Consiglio di Stato, Sez.V, Sentenza 31 luglio 2006 n.4695**, ovvero che **“a norma dell’art.30 della legge 27 dicembre 1983 n.730”** (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 1984) **“sono posti a carico del servizio sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali, e che il successivo D.P.C.M. 8 agosto 1985** (Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell’art.5 della legge 23 dicembre 1978, n.833), **all’art.1”,** ha definito **attività di rilievo sanitario quelle “che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purchè siano diretti immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell’attività sanitaria di cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo”**.

“In termini non sostanzialmente diversi si esprime il D.P.C.M. 14 febbraio 2001” (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) **“allorché, all’art. 3, propone una classificazione che pone a carico del servizio sanitario nazionale le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, definendole come "prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite”**.

Il **Consiglio di Stato**, nella suddetta sentenza **4695/2006**, ha rammentato che: **“la ricordata normativa ministeriale, sia nella formulazione del 1985 che in quella del 2001, attribuisce rilievo sanitario agli interventi con carattere di "cura" delle patologie in atto, ma non dispone che debbano definirsi tali solo i trattamenti che lascino prevedere la guarigione o la riabilitazione del paziente. A tale riguardo pare dirimente proprio il d.P.C.M. del 2001, nella parte che considera di**

² Cassazione civile, Sez.I, Sentenza 22 marzo 2012 n.4558

carattere sanitario i trattamenti volti al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite”,

ritenendo l’assorbenza nonché la rilevanza delle cure sanitarie “rispetto al più semplice e contenuto concetto di assistenza; nel senso che la prevalenza delle prime rende logico, necessario e, per così dire, conseguente il diretto coinvolgimento del Servizio Sanitario Nazionale e delle sue strutture (anche sotto il profilo della corresponsione dei relativi oneri economici)”,

e che, in specie per quanto attiene a situazioni di non autosufficienza e di connessa malattia cronica la normativa attribuisce “rilievo sanitario agli interventi con carattere di “cura” delle patologie in atto, ma non dispone che debbano intendersi per tali solo i trattamenti che lasciano prevedere la guarigione o la riabilitazione del malato”; apparendo “del tutto assorbente proprio il contenuto del d.P.C.M. del 14 febbraio 2001, nella parte in cui considera di prevalente carattere sanitario tutti i trattamenti finalizzati al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie conferite o acquisite”.

Va, pertanto, ritenuta, la **prevalenza del rilievo sanitario in interventi finalizzati alla cura di persone non autosufficienti affette da determinate patologie espressamente individuate, ovvero individuabili in base alle loro caratteristiche, pur affiancandosi nella cura delle patologie stesse a prestazioni sanitarie prestazioni socio-assistenziali**, con conseguente imputazione dei relativi oneri al Servizio Sanitario Nazionale.

In tale senso, come ha autorevolmente affermato la giurisprudenza di legittimità in molteplici pronunce, potendosi evidenziare una prevalente natura sanitaria di prestazioni erogate in favore di:

persone affette da morbo di Alzheimer ³,

persone affette malattie mentali croniche ⁴,

³ vedasi Cassazione civile, Sez.I, sentenza 22 marzo 2012 n.4558

⁴Cassazione civile, Sez.I, sentenze 20 novembre 1996 n.10150 , 25 agosto 1998 n.8436; Consiglio di Stato, Sez.IV, sentenza 29 novembre 2004 n.7766, Consiglio di Stato, Sez.V, sentenze 31 luglio 2006 n.4695 e n.4697

così come, verosimilmente, a titolo non esaustivo, pazienti affetti dalla malattia (neuro-psichiatrica cronica e degenerativa) di Parkinson, da demenza senile, persone affette da cecità, da malattie degenerative progressive (sclerosi multipla, SLA).

Tutto ciò, in quanto, non solo per tali patologie, ma anche per altre situazioni di non autosufficienza e/o disabilità grave, è evidente l'esigenza di erogare senz'altro e in via continuativa prestazioni eminentemente sanitarie e comunque socio-sanitarie, che, a titolo esemplificativo, comportano il dovere di *“un monitoraggio quasi giornaliero per l'accertamento delle condizioni del paziente e per la definizione della terapia, avuto riguardo anche della perdita della capacità di deglutizione e alla necessità di nutrizione attraverso un sondino naso-gastrico; alla costante necessità di prevenzione di piaghe da decubito, ad episodi di fibrillazione atriale e alle compromesse condizioni polmonari”*⁵ (così testualmente la Cassazione del 2012).

Quanto sopra, tenutosi altresì conto di quanto affermato *ex multis* dalla Corte di Cassazione nella predetta sentenza 22 marzo 2012 n.4558, per cui l'esigenza di tenere conto del diritto alla salute, protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, porta, nel diritto vivente a ritenere che *“nel caso in cui oltre alle prestazioni socio assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del Servizio Sanitario Nazionale”*.

Il “bilanciamento delle esigenze”

Quanto sopra, tuttavia, non può essere disgiunto dalla considerazione delle *“particolarità del Servizio Sanitario, che richiede al legislatore ordinario di bilanciare le esigenze, da un lato, di garantire egualmente a tutti i cittadini e salvaguardare .. il diritto fondamentale alla salute, nella misura più ampia possibile; dall'altro, di rendere compatibile la spesa sanitaria con la limitatezza*

⁵ vedasi Cassazione civile, Sez.I, 22 marzo 2012 n.4558

delle disponibilità finanziarie che è possibile ad essa destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi da realizzare in questo campo⁶ .

Trattandosi, pertanto, di operare un corretto “bilanciamento”, che, tuttavia, mai deve omettere o trascurare o ritardare la doverosa tutela dei diritti fondamentali, **richiedendosi a carico dell’Amministrazione una sorta di onere di dimostrazione : nel senso di dimostrare di aver fatto tutto il possibile, senza ritardi, omissioni e in ossequio a principi di equità, oltre che di legalità e di trasparenza⁷, da ultimo rafforzati dalla normativa su trasparenza e anticorruzione, in fase di attuazione .**

Dalla mancata corretta dimostrazione e predisposizione di conseguenti atti potendo in ipotesi derivare per le Amministrazioni coinvolte molteplici profili di responsabilità, a vario titolo specificati dalla legge a carico di Amministratori e operatori .

Dovendosi sottolineare, anche quale ulteriore elemento di riflessione, diretto a stimolare buone pratiche, **il principio recentemente affermato dalla Corte costituzionale con sentenza 8 marzo 2013, n.36.**

Afferma la Corte, infatti, per quanto riguarda la spesa relativa all’**attività sanitaria e socio e sociosanitaria a favore di anziani non autosufficienti ...elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria dal D.P.C.M. 29 novembre 2001**”, che **“non v’è un rapporto automatico tra ammontare del fondo sanitario.. e rispetto dei livelli essenziali di assistenza : il soddisfacimento di tali livelli non dipende solo dallo stanziamento di risorse, ma anche dalla loro allocazione e utilizzazione”**.

Il soddisfacimento di tali livelli è, pertanto, obiettivo primario e non negoziabile dell’azione amministrativa, a fronte di diritti fondamentali dei cittadini che si pongono in termini di assolutezza e irrinunciabilità.

⁶ Corte costituzionale, sentenza 2 aprile 2009, n.94

⁷ arg. ex Corte costituzionale, sentenza 2 aprile 2009, n.94

SCHEDA n.3

La “presa in carico” del “non autosufficiente” .

La “presa in carico” socio-sanitaria del “non autosufficiente”, nell’ambito dell’assistenza sanitaria territoriale, **in attesa dell’effettiva attivazione del “Nucleo distrettuale di continuità delle cure”** in tutti i distretti delle AA.SS.LL. (prevista entro il 31.12.2015 dalla D.G.R. 30/12/2013 n.25-6992 “Approvazione Programmi Operativi 2013 – 2015”), **avviene oggi, per lo più a seguito di dimissioni da struttura ospedaliera**, ancorché fossero previsti automatismi nell’ambito di “percorsi di continuità”, **su diretto impulso e sollecito degli interessati, o meglio dei loro familiari** (anche tramite Medico curante, Assistente sociale e spesso a seguito di informazioni fornite da Associazioni che si occupano del fenomeno della non autosufficienza), mediante valutazione “multidimensionale” del caso da parte delle competenti Unità di Valutazione territoriali delle diverse AA.SS.LL. (UVG, UVMD, Unità Valutazione Geriatrica/Unità Valutativa Multidimensionale).

Al riguardo, **dai principi enunciati in diversi modelli di intervento**, delineati da Amministrazioni ed Enti, mediante normative anche regolamentari, provvedimenti, linee guida, circolari, **riguardanti gran parte delle tipologie di non autosufficienza**, emerge quale dato omogeneo, l’esigenza di una “presa in carico” dei soggetti interessati, che, in relazione ai vari bisogni dei medesimi, accertati tramite valutazione “multidimensionale”, **dovrebbe tradursi in “progetti assistenziali o piani” individuali, ovvero personalizzati, da realizzarsi mediante percorsi di “continuità assistenziale” secondo “modelli di rete” e di “approccio multiprofessionale, interdisciplinare e specifici per l’età dell’assistito”**, oltreché condivisi fra le diverse figure coinvolte (a titolo esemplificativo: professionalità sanitarie, operatori sociali, famiglie, insegnanti, educatori, e così anche strutture per l’avvio al lavoro o del volontariato sociale, Enti e Amministrazioni coinvolte, ecc.) .

Quanto sopra, in un **ideale sistema che**, tuttavia, anche sulla base delle segnalazioni che pervengono a questo Ufficio **non trova, per lo più, rispondenza nella realtà, ovvero, trova realizzazione con discontinuità, solo attraverso defatiganti sollecitazioni da parte dei famigliari delle persone interessate.**

Considerandosi, oltretutto, che, anche in forza di asimmetrie informative e di limiti propri, **molteplici sono i casi in cui o manca un qualche familiare di riferimento, latitando qualunque altra forma di soccorso che è assente, ovvero si è in presenza di persone anche appartenenti alla cerchia dei familiari, inconsapevoli e, anche per tale ragione, incapaci di venire in soccorso in qualunque forma del non autosufficiente** (ciò che concreta ipotesi di vero e proprio abbandono, come nella fattispecie che riguarda, a titolo esemplificativo, i molti senza casa affetti da patologie).

Per tutte queste persone **si impone una riflessione sui modi per garantire concretamente percorsi di effettiva presa in carico in regime di continuità, capace di realizzare anche economie in termini di assistenza e di produrre possibile inclusione.**

***La “presa in carico” dei non autosufficienti affetti da patologie psichiatriche :
un caso emblematico***

Si è rivolto al mio Ufficio un cittadino, richiedendo l'intervento della Difesa civica regionale in ordine alla situazione dei due figli, rispettivamente di 37 e 38 anni, entrambi affetti da patologie psichiatriche, che risultavano già “presi in carico” dalle competenti strutture della competente Azienda Sanitaria.

Il cittadino, nel sottolineare i profili di gravità che caratterizzano la situazione dei figli (anche tenuto conto, in un caso, di ripetuti gesti anticonservativi), ha, in particolare, evidenziato l'esigenza dell'attivazione da parte del Servizio Sanitario di misure capaci di garantire la continuità delle cure a loro favore, garantendo loro, in tal modo, una maggiore “attenzione terapeutica”, strettamente connessa alle varie fasi e necessità relative al progredire delle patologie che li affliggono .

A tale proposito, il cittadino ha, altresì, precisato di avere più volte segnalato, con esito non soddisfacente, a Responsabili e medici delle strutture interessate di codesta A.S.L., problematiche riguardanti le modalità secondo cui è stata ed è attuata la presa in carico della situazione dei figli: modalità che, di fatto, non concorrerebbero a favorire nei medesimi una, seppur possibile, gestione autonoma della loro esistenza, adeguata alle condizioni di salute.

Nella nota di precisazioni trasmessa all'Ufficio del Difensore civico da medico psichiatra del Centro Salute Mentale che, in particolare ha in cura uno dei due casi, emerge **l'effettiva discontinuità degli interventi mediante i quali dovrebbe realizzarsi la "presa in carico" del paziente.** Tutto ciò evidenziandosi, tra l'altro, il rifiuto del cittadino a sottoporsi a cure domiciliari, "*proposte in più occasioni*" e in specie "*gli ostacoli*" che "*potrebbero sorgere rispetto a possibili percorsi dalla non adesione del paziente, non interdetto*" .

SCHEDA n.4

Gli interventi socio-sanitari attivati a favore del “non autosufficiente” a seguito della valutazione multidimensionale:

- l’ambito dell’integrazione socio-sanitaria: definizioni ,***
- il caso delle “cure domiciliari”.***

Le competenti Unità di Valutazione eseguono la valutazione globale del caso loro sottoposto, definiscono la condizione clinico-assistenziale ed individuano i bisogni socio-sanitari delle persone non autosufficienti, attribuendo un grado di intensità assistenziale e definendo un Progetto assistenziale.

Così come, recentemente precisato nella menzionata D.G.R. 30/12/2013 n.25-6992, ***“gli interventi di assistenza territoriali attivati a seguito di valutazione da parte dell’Unità di Valutazione Multidimensionale sono di carattere SOCIO-sanitario e si articolano in :***

- cure domiciliari in lungoassistenza nella fase di cronicità” (e non già Assistenza programmata a domicilio - ADI e ADP-, LEA di cui al D.P.C.M. 29/11/2001), volte a mantenere e rafforzare l’autonomia funzionale o a rallentarne il deterioramento, che si esplicano in un insieme di servizi, quali prestazioni professionali, prestazioni di assistenza familiare, servizi di tregua, affidamento diurno, telesoccorso, fornitura di pasti***
- interventi economici a sostegno della domiciliarità, quali assegno di cura, buono famiglia, buono servizio***
- semiresidenzialità (centri diurni)***
- residenzialità***
- educativa territoriale per minori e disabili,***
- mix interventi (domiciliarità + semiresidenzialità)”.***

L'ambito dell'integrazione socio-sanitaria: definizioni.

L'area dell'"integrazione socio-sanitaria", trova la propria **definizione** nell'art. 3 – septies, comma 1, del D.Lgs. n.502 del 1992, che testualmente prevede :"***Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione***".

Le prestazioni sociosanitarie sopra menzionate, ai sensi del comma 2 del predetto art.3-septies del D.Lgs. n.502 del 1992, comprendono:

a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute".

Peraltro, al **comma 4 del predetto articolo**, nell'ambito delle prestazioni socio-sanitarie rientranti nell'area dell'"integrazione socio-sanitaria" sono altresì individuate le "***prestazioni socio sanitarie a elevata integrazione sanitaria***", quali prestazioni "***caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria***" che "***attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative***", espressamente affermando, nel successivo comma 5, che "***le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali***".

Conseguentemente, il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 (“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”), in specie per quanto attiene alle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazioni sanitaria, nell’art.3, comma 3, dispone che **“Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all’art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall’inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell’ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell’impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell’assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell’assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono 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 lungoassistenza”**.

Quanto sopra, in particolare, sottolineando che **“Le prestazioni socio-sanitarie di cui all’art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni sono definite tenendo conto dei seguenti**

criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata"(art.2, comma 2).

Alla luce di quanto previsto dal legislatore in ordine all'area dell'”**integrazione socio-sanitaria**”, il D.P.C.M. 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza) nell'Allegato 1.C ha individuato **specifici Livelli Essenziali di Assistenza, che, in conformità dell'art.1, comma 2 del sopra menzionato D.Lgs.502/1992, sostanziano prestazioni che debbono essere garantire dal Servizio Sanitario, in modo uniforme, su tutto il territorio nazionale, e che sono erogate o a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa.**

Tali Livelli, per l'”**area integrazione socio-sanitaria**”, testualmente attengono all'”**Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare**”, all'”**Assistenza territoriale semi-residenziale**” e all'”**Assistenza territoriale residenziale**”.

- ***il caso delle “cure domiciliari”.***

Tenutosi conto delle predetta normativa che ha introdotto e definito l'area dell'”**integrazione socio-sanitaria**”, in specie, per quanto riguarda le **prestazioni socio-sanitarie erogate in regime domiciliare**, si evidenzia come nella **Tabella**, prevista dall'art.4, comma 1 del **D.P.C.M. 14 febbraio 2001**, sopra citato, riguardante **“Prestazioni e criteri di finanziamento**”, per l'”**Area Anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative**”, venga prevista, al punto 2, l'”**Assistenza domiciliare integrata**”, con i seguenti criteri di finanziamento:

“100% a carico del SSN le prestazioni a domicilio di medicina generale e specialistica, di assistenza infermieristica e di riabilitazione.

50% a carico del SSN e 50% a carico dei Comuni, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale, l'assistenza tutelare” (a titolo esemplificativo, assistenza offerta al non autosufficiente nelle principali attività della vita quotidiana)

“100% a carico dei Comuni l'aiuto domestico e familiare”.

Il D.P.C.M. 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza), individua, pertanto, quale Livello di Assistenza, nell'Area dell'integrazione socio-sanitaria" l'"Assistenza programmata a domicilio (ADI e ADP)", concernente .” a) **prestazioni a domicilio di medicina generale..;**

b) prestazioni a domicilio di medicina specialistica;

c) prestazioni infermieristiche a domicilio;

d) prestazioni riabilitative a domicilio;

e) prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza

tutelare alla persona “ (solo in questo caso con 50% del costo a carico utente o Comune);

f) prestazioni di assistenza farmaceutica, protesica e integrativa”.

Per quanto riguarda il Piemonte, la legge regionale n.10 del 18 febbraio 2010 (Servizi domiciliari per persone non autosufficienti) all'art. 2 (“Definizioni”), introduce una distinzione tra :

“a) le **prestazioni di cura domiciliare ad alta complessità assistenziale nella fase intensiva o estensiva, ovvero acuzie e post acuzie, quali le dimissioni protette, l'ospedalizzazione domiciliare, le cure domiciliari nell'ambito di percorsi gestiti dal medico di medicina generale;**

b) le prestazioni di lungoassistenza nella fase di cronicità, volte a mantenere e rafforzare l'autonomia funzionale o a rallentarne il deterioramento, che esplicano un insieme di servizi, applicabili anche alle prestazioni di cui alla lettera a), quali:

1) *prestazioni professionali;*

2) *prestazioni di assistenza familiare;*

3) *servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;*

4) *affidamento diurno;*

5) *telesoccorso;*

6) *fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia, igiene, piccole manutenzioni e adattamenti dell'abitazione”.*

Le prestazioni domiciliari di cui al predetto articolo 2, comma 3, così come indicato dall'art 5 della legge regionale 10/2010, sono assicurate attraverso:

a) servizi congiuntamente resi dalle aziende sanitarie ed dagli enti gestori dei servizi socio-assistenziali con gestione diretta o attraverso soggetti accreditati;

b) contributi economici o titoli per l'acquisto, riconosciuti alla persona non autosufficiente, finalizzati all'acquisto di servizi da soggetti accreditati, da persone abilitate all'esercizio di professioni sanitarie infermieristiche e sanitarie riabilitative, da operatori socio-sanitari, da persone in possesso dell'attestato di assistente familiare;

c) contributi economici destinati ai familiari, finalizzati a rendere economicamente sostenibile l'impegno di cura del proprio congiunto;

d) contributi economici ad affidatari e rimborsi spese a volontari.

Per quanto riguarda i "Criteri di compartecipazione al costo da parte dei cittadini", nell'art.9 della predetta legge, si precisa che :

“ 1. La quota sanitaria è a carico del servizio sanitario regionale.

2.La quota assistenziale è definita in conformità con le normative nazionali e con gli accordi applicativi dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) siglati a livello regionale.”

In tale contesto si pongono i profili problematici (che hanno formato oggetto di specifico intervento del Difensore civico fin dal febbraio del corrente anno 2014, rimasto ad oggi senza esito), conseguenti all'adozione da parte della Giunta Regionale del Piemonte, in particolare, della **D.G.R. 30 dicembre 2013, n.26-6993** e **27 gennaio 2014, n.5-7035** (aventi rispettivamente ad oggetto le **“Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti”** e i **“Criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza”**), evidenziati non solo dalle persone interessate e dalle Associazioni del volontariato sociale che assistono le persone in situazione di non autosufficienza (ed i loro congiunti), ma anche dagli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali.

Tali profili problematici attengono in specie :

a) all' **indeterminatezza nell'individuazione delle prestazioni socio-sanitarie oggetto delle deliberazioni, definite genericamente quali *"prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti"*, tenutosi conto della sopra indicata disciplina di cui al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 ed alla conseguente regolamentazione di cui ai D.P.C.M. 14 febbraio 2001("Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie") e 22 novembre 2001 (Definizioni dei Livelli Essenziali di Assistenza) ;**

b) **al riferimento** operato per le suddette prestazioni domiciliari a ***"prestazioni aggiuntive oltre il LEA previsti a livello nazionale"*** e la conseguente maggiore **evidenziazione della *"rilevanza sociale"*, assistenziale di tali prestazioni, realizzata mediante individuazione degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali quali *"Enti capofila"* nella gestione dell'erogazione delle suddette prestazioni domiciliari, con possibilità di delega alle Aziende Sanitarie Locali, stabilita da accordi stipulati in sede locale con gli Enti gestori stessi;**

c) la **mancata considerazione, nell'individuazione concreta delle prestazioni socio-sanitarie delle quali si tratta nelle D.G.R. in questione, della dovuta correlazione con le condizioni di salute e gli specifici bisogni delle persone non autosufficienti, così come previsto dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001 nel già citato art.2, comma 2 (ai sensi del quale le *"prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata"*), con la conseguenza di vedere il diritto alle cure in ipotesi condizionato da tipologie di prestazioni socio-sanitaria astrattamente previste da atti o provvedimenti dell'Amministrazione;**

d) ed ancora, nel contesto di preminente imputazione all'ambito socio-assistenziale delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti, derivante dall'applicazione delle deliberazioni di che trattasi, **le possibili difficoltà di applicazione della previsione per cui la gestione dell'erogazione delle prestazioni domiciliari di che trattasi avrebbe potuto**

costituire oggetto di accordi stipulati in sede locale tra gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e le Aziende Sanitarie Locali entro il 31 gennaio 2014, “al fine di garantire la continuità delle prestazioni domiciliari in lungo assistenza in essere”(D.G.R. 30 dicembre 2013, n.26-6993).

e) l'indeterminatezza, di cui alla D.G.R. 27 gennaio 2014 n.5-7035, dei tempi di assegnazione delle somme previste per l'anno 2014 “a favore degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali o dei Soggetti individuati dagli accordi previsti dalla DGR 26-6993/2013”.

SCHEDA n.5

Le problematiche segnalate al Difensore civico dai cittadini .

Per quanto attiene al riconoscimento ed alla concreta realizzazione del “diritto alla salute” a favore di persone non autosufficienti, mediante realizzazione del “diritto alla continuità assistenziale”, **sempre più numerosi cittadini hanno richiesto al Difensore civico di intervenire, in specie, con riguardo a:**

- criticità nell’accesso alle varie tipologie di “Percorso di Continuità Assistenziale” e nella concordanza dello stesso con l’evoluzione in concreto dei bisogni socio-sanitari della persona,

- “opposizione alle dimissioni“ da strutture ospedaliere o da strutture socio-sanitarie, per lo più nel contesto di “Percorso di Continuità Assistenziale” già avviato, formulate dai ricoverati o dai loro congiunti nei confronti della Direzione sanitaria della struttura, dell’ASL competente e del Comune di residenza, e connesso incremento dei tempi di attesa per il ricovero in convenzione con A.S.L. di riferimento in strutture residenziali, ovvero per l’attivazione di interventi di assistenza domiciliare, con conseguenti liste di attesa,

- problematiche connesse, nello specifico all’articolazione del “Percorso di continuità assistenziale” nell’ambito di strutture residenziali socio-sanitarie, in specie riguardanti quota di compartecipazione ai costi del ricovero posta a carico dell’utente in fase di lungodegenza.

Liste di attesa : Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n.33 e obblighi connessi con riguardo alle prestazioni erogate in favore dei cittadini e ai tempi d’attesa.

In specie, per quanto attiene alle liste di attesa con riguardo a prestazioni erogate in favore di persone anziane non autosufficienti, il Difensore civico è intervenuto nei confronti delle Aziende Sanitarie Locali, rammentando quanto

disposto dal **Decreto legislativo n.33/2013**, che rafforza i doveri a carico delle Amministrazioni sanitarie, prescrivendo **nell'art.32, tra l'altro, che siano resi pubblici “i tempi medi di erogazione dei servizi, con riferimento all'esercizio finanziario precedente”**, ciò che riguarda tutte le prestazioni erogate, oltre ai servizi, in favore degli anziani.

Al riguardo, il Difensore civico ha altresì evidenziato che, nell'art.41 comma 6, è sancito, sotto pena di sanzione, a carico delle Aziende Sanitarie Locali, così come di ciascun altro Ente o struttura pubblica o privata che eroghi prestazioni per conto del Servizio Sanitario, **l'obbligo di “indicare nel proprio sito, in un'apposita sezione denominata “Liste di attesa”, i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata”**.

La normativa in oggetto introduce il nuovo **istituto dell'accesso civico**, per cui chiunque può sollecitare le Amministrazioni a provvedere, derivandone, una potestà attribuita ai cittadini intesa a rafforzare la trasparenza, ma anche l'efficienza nell'erogazione dei servizi, in difetto di che, realizzandosi l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione, possono derivarne conseguenze in termini di responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'Amministrazione, conseguenze sfavorevoli ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili, con ogni ulteriore responsabilità di altro tipo, in ogni altra sede.

SCHEDA n.6

Le sollecitazioni e gli interventi del Difensore civico a realizzare il principio di “continuità assistenziale”.

Il Difensore civico , con una comunicazione di valenza generale, ha più volte rammentato alle Amministrazioni interessate (Amministrazione regionale, Aziende Sanitarie Locali, Enti gestori dei Servizi socio-assistenziali, Enti Locali), per il rispetto del diritto ad una effettiva “continuità delle cure” l’opportunità, se non anche la necessità :

- a) **“di predisporre modelli organizzativi che conducano, in automatico, alla Valutazione Geriatrica dell’anziano che accede alle strutture socio-sanitarie o ospedaliere a motivo della propria situazione di presumibile non autosufficienza, garantendo che ciò accada senza eccezioni per tutti i casi;**
- b) **che, a fronte dell’avvenuta valutazione di non autosufficienza, vengano garantiti ai cittadini la presa in carico, in termini certi, da parte delle Aziende sanitarie e degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, con la conseguente attivazione di percorsi di assistenza sanitaria e sociale non interrotti da dimissioni da strutture ospedaliere, riabilitative o socio-sanitarie;**
- c) **di garantire modalità di assistenza ai cittadini anziani non autosufficienti e ai loro congiunti nell’espletamento di adempimenti burocratici e nell’accesso ad informazioni riguardanti i servizi socio-sanitari previsti per fare fronte alle problematiche connesse allo stato di non autosufficienza (ad es. compilazione ISEE ai fini di ottenere integrazioni della retta di ricovero, informazioni in ordine alla disponibilità, ai tempi di attesa per l’inserimento in strutture residenziali e alle spese a carico del ricoverato, ecc.).**
- d) **la creazione di strutture integrate fra le diverse Aziende sanitarie presenti sul territorio piemontese, al fine di realizzare positive interconnessioni fra i diversi servizi socio-sanitari**

attivati per fare fronte ai bisogni dei cittadini anziani non autosufficienti, con conseguenti economie di scala, e per implementare canali informativi e di confronto tra le diverse Aziende”.

L'intervento nei confronti dell'Ordine provinciale dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Torino

Stante la pluralità di situazioni che vedono anziani non autosufficienti e, comunque, persone non autosufficienti in rapporto con esercenti l'attività medica, **il Difensore civico ha suggerito un'indicazione prescrittiva da parte dell'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Torino**, anche in concerto con le Strutture sanitarie pubbliche e i relativi Responsabili, mediante **individuazione di linee di condotta condivise**, che possano costituire parametro di riferimento e che potranno avere effetti più in generale, tali da generare modalità comportamentali positive nell'interesse dell'utenza e dell'immagine dell'Ordine medico nel suo complesso.

L'approvazione del “Documento di indirizzo sulla continuità delle cure riguardanti i malati cronici non autosufficienti” .

L'Ordine provinciale dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri di Torino ha, quindi, approvato nella seduta del 16 settembre 2013, **“Documento di indirizzo sul tema della continuità delle cure riguardo i malati cronici non autosufficienti**

Trattasi di un documento di alta valenza, anche etica, capace di orientare al meglio i Soggetti responsabili, posto che la rilevanza sanitaria delle attività in favore di quella categoria di utenti, ha portata centrale ai fini dell'adempimento dell'obbligo di garanzia del principio di “continuità assistenziale”.

Nel corpo di tale “documento di indirizzo” sulla continuità delle cure si evidenziano testualmente alcuni passaggi.

“DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA CONTINUITA' DELLE CURE RIGUARDANTI I MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI

Il mutamento, in continua evoluzione, dello scenario demografico ed epidemiologico produce conseguenze che il Sistema Sanitario fatica a fronteggiare; il tema è noto, e ormai sottoposto a ricche e approfondite analisi, ma i tempi e i modi con cui le articolazioni del sistema sanitario procedono a una loro ristrutturazione per affrontare il cambiamento risultano vistosamente inadeguati.

L'aspettativa di vita media è ancora cresciuta (circa due anni negli ultimi dieci) e gli italiani rientrano nel gruppo di testa delle popolazioni più longeve (OECD 2013), anche se un po' meno soddisfacente è la qualità della salute negli ultimi anni di vita.

Lo spostamento progressivo della piramide demografica fa sì che, oltre a essere tra i più longevi, gli italiani hanno anche un indice di vecchiaia (rapporto tra gli over 65 e gli under 15) tra i più elevati al mondo.

Questo comporta, anche per il concomitante effetto dei mutamenti sociologici (in particolare la crescita delle famiglie monopersonali, che hanno superato la soglia del 20%, con oltre 3,3 milioni di anziani oltre i 65 anni che vivono da soli — dati Istat/Censis 2011), che sia crescente il numero di anziani (e talora non necessariamente anziani ma portatori di multiple patologie invalidanti) che deve fronteggiare, senza adeguato sostegno da parte dei familiari o di altri caregiver, difficoltà assistenziali che con crescente frequenza, anche per il sovrapporsi della crisi economica, non risultano circoscritte all'ambito clinico ma sconfinano sempre più frequentemente in quello sociale.

Di regola, quando il problema clinico si fa prevalente il Servizio Sanitario interviene nelle sue diverse articolazioni sia territoriali sia di ricovero (Ospedale, lungodegenze, hospice, riabilitazione, assistenza domiciliare). E' in quest'ultimo ambito in particolare che si generano o si possono generare conflitti tra diritti dei cittadini e pur comprensibili esigenze organizzative o gestionali dei Luoghi di Cura, sia pubblici che accreditati. Più di ogni altra figura professionale è spesso il Medico che, nelle diverse organizzazioni, si trova compresso tra tali interessi contrapposti.

Va quindi sottolineato come l'Ordine, che coglie il disagio dei cittadini e degli operatori per l'attuale inadeguatezza del sistema, consideri indispensabile che le politiche sanitarie transitino rapidamente dalla enunciazione di principi

all'attivazione di modelli organizzativi che siano in grado di intercettare questa esigenza.

In questo senso si invitano le Autorità competenti a completare rapidamente l'analisi dei bisogni e conseguentemente a mettere in atto riorganizzazioni del sistema orientate all'aumento di disponibilità di posti letto nell'ambito della continuità assistenziale (variamente declinabile alla luce dei dati epidemiologici), al sostegno e alla diffusione della domiciliarità (laddove la nostra Regione è vistosamente al di sotto dei dati nazionali) e alla creazione di modelli di integrazione efficienti tra ospedale e territorio che evitino l'interruzione della continuità assistenziale (anche ai sensi della normativa nazionale sui LEA) e l'assenza di responsabilità nella presa in carico.

In relazione al ruolo del medico, nei diversi contesti organizzativi, e alle sollecitazioni pervenute dal Difensore Civico regionale (ev. vedi note...), questo Ordine ritiene che, fatte salva la necessità sopraccitata di intervenire con tempestività ed efficacia sulla organizzazione, possano essere date indicazioni ai propri iscritti in merito a linee di comportamento che, rifacendosi ai dettami del Codice deontologico, attenuino le difficoltà che spesso ricadono sui cittadini più fragili.

In primo luogo si ritiene che i Medici, quando opportuno anche attraverso la delega ad altre figure professionali competenti nella problematica, garantiscano una completa, accurata e precisa informazione al paziente e ai suoi congiunti, di modo da facilitare le scelte che questi dovranno operare.

Inoltre è indiscutibilmente compito del Medico, in qualunque organizzazione egli operi, garantire la continuità assistenziale, come richiamato dal Codice Deontologico (Art. 23 -Continuità delle cure – Il medico deve garantire al cittadino la continuità delle cure.) e che questo dettame debba realizzarsi attraverso una precoce presa in carico che non si limiti agli aspetti clinici ma prenda in considerazione anche le questioni assistenziali e il percorso di cura, che sempre più spesso, in specie per i pazienti anziani e fragili, si snoda lungo diverse tappe che necessitano di un forte coordinamento. Si ritiene che la responsabilità di questa precoce presa in carico coinvolga il Medico, che in questo ruolo potrà essere coadiuvato da quelle figure

professionali che, nelle diverse strutture, in relazione alle loro caratteristiche, siano in possesso delle adeguate competenze.

Per svolgere adeguatamente questo ruolo il medico, del tutto analogamente a quanto avviene negli ambiti più strettamente clinici, deve garantire il proprio aggiornamento sugli aspetti gestionali e amministrativi, onde poter indirizzare adeguatamente il paziente lungo il percorso di cura più appropriato. Questo aspetto appare richiamato dall'articolo 19 -Aggiornamento e formazione professionale permanente -, laddove si sottolinea come il medico abbia l'obbligo di mantenersi aggiornato, oltre che sugli aspetti tecnico-scientifici ed etico-deontologici, anche in materia gestionale-organizzativa.

Da queste considerazioni, e dalle responsabilità che indubbiamente ricadono sui Medici nella gestione dei percorsi di cura, in una complessa situazione nella quale occorre fare riferimento a obblighi orientati sia alla continuità assistenziale, quanto all'uso appropriato delle risorse (richiamato dall'Articolo 6 del Codice deontologico), appare evidente come la scarsa chiarezza dello scenario organizzativo, il fraintendimento dei ruoli e delle responsabilità, certa rigidità burocratico-amministrativa che talora si palesa, il susseguirsi di provvedimenti restrittivi che discendono dalle difficoltà economiche nazionali e regionali, giochino un ruolo fortemente negativo e inducano nel Medico la percezione di trovarsi al centro di un conflitto di interessi nel quale non ha oggettivi margini di manovra.

*Ne deriva una ulteriore sollecitazione che questo Ordine ritiene di dover fare alle Autorità competenti: **si rende urgente e indispensabile la predisposizione di un documento agile e di facile consultazione condiviso con i professionisti, le strutture sanitarie, da diffondere tra tutti coloro che hanno ruolo o responsabilità in materia, che riassume quali sono i percorsi attivabili, le procedure da seguire e le regole cui attenersi, quali sono gli strumenti che possono essere di supporto alle famiglie che decidono, ed hanno la possibilità di farsene carico, di assistere al proprio domicilio le persone per vari motivi inabili. Un documento di questa natura appare tanto più imprescindibile quanto forte e diffusa la percezione di difformità di***

comportamento e di indirizzo tra le diverse Aziende Sanitarie Regionali, così come spesso nei diversi contesti, ad un medesimo termine si attribuisce una valenza differente.”

Considerata la valenza del sopra evidenziato intervento dispiegato dall'Ufficio della Difesa civica regionale in confronto interattivo con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino, inteso a coniugare scienza medica, coscienza etica e professionale, deontologia e burocrazia e attinente ad una migliore tutela dei diritti degli utenti dei servizi pubblici sanitari in ogni fase del percorso in cui deve esprimersi il principio di “continuità assistenziale”, il Difensore civico ha doverosamente trasmesso all'attenzione del Consiglio regionale e della Giunta della Regione Piemonte copia del carteggio intercorso con l'Ordine, invano sollecitando risposte dovute, innanzitutto ai cittadini e, quindi, all'Ordine professionale.

Le note hanno inteso sollecitare e tuttora sollecitano ogni attività di competenza dei predetti Organi regionali, nel segno della continuità e della valorizzazione del diritto alle cure.

SCHEDA n.7

Profili di responsabilità medica e connessi profili di responsabilità di Amministrazioni, strutture sanitarie, operatori e dipendenti delle strutture stesse.

Fattispecie di responsabilità e soggetti interessati.

Alla luce delle concrete situazioni a cui vanno incontro i cittadini interessati nel loro rapporto con l'Amministrazione sanitaria, i suoi dipendenti, medici, operatori sanitari e non, possono emergere condotte tali da poter cagionare danno per i cittadini utenti, riconducibili, in particolare, a:

**comportamenti materiali attivi o omissivi,
provvedimenti,
mancata o ritardata adozione di atti e/o provvedimenti.**

In tale dimensione potendosi, pertanto, prendere in considerazione situazioni in cui venga a trovarsi il cittadino anziano non autosufficiente, non solo nel rapporto con il **personale medico o paramedico** (Medico di medicina generale, medici e operatori sanitari che svolgono la loro attività in sede ospedaliera, ovvero in strutture di riabilitazione – case di cura – e in residenze socio-sanitarie, così come medici componenti delle Commissioni di valutazione geriatrica, Alzheimer, Handicap, ecc.), ma anche, più in generale, con **l'Amministrazione sanitaria (Amministrazione regionale, AA.SS.LL., A.S.O.) ovvero gestori di servizi socio-assistenziali (Enti Locali, Consorzi) e loro dipendenti**, in specie nel caso di accertata necessità per gli interessati di accedere a prestazioni costituenti Livelli Essenziali di Assistenza (prestazioni domiciliari, residenziali e semi-residenziali), in particolare nell'ambito di percorsi di "continuità assistenziale", allorquando l'accesso alle prestazioni sia dilazionato in presenza di "liste di attesa".

Costituendo, peraltro, possibili fattispecie di responsabilità situazioni in cui a provvedimenti adottati dalle competenti Amministrazioni, od anche alla ritardata adozione degli stessi, conseguano ipotetici pregiudizi alla concreta garanzia per il singolo del diritto alla salute ed alle cure .

Profili specifici di responsabilità:

Responsabilità medica nell'ambito di "percorsi di continuità assistenziale"

I diritti fondamentali, garantiti dalla Costituzione a tutti i cittadini, alla salute e all'assistenza sociale, all'integrazione e alla partecipazione, in particolare per quanto concerne la situazione di categorie di pazienti particolarmente svantaggiate, quali le persone anziane malate croniche non autosufficienti e affette da handicap grave accertato, trovano attuazione non soltanto attraverso l'erogazione di cure e servizi da parte di servizi sanitari e socio-assistenziali, bensì anche attraverso il **corretto esercizio della professione da parte di tutti gli operatori coinvolti dal sistema di cure sanitarie e aiuti alla persona.**

Al riguardo, si sono, in particolare, evidenziati i **casi connessi a dimissioni da strutture ospedaliere, ovvero case di cura convenzionate di pazienti anziani cronici non autosufficienti, assistiti nell'ambito di "percorsi di continuità assistenziale", con eventuali profili di responsabilità, in primo luogo etico-deontologica, oltre che giuridica, degli esercenti la professione medica.**