

## **Ufficio Pubblica Tutela**

### **Presso ASST Nord Milano**

Sede: Presidio Ospedaliero Sesto San Giovanni

Viale Matteotti 13, 20099 Sesto San Giovanni (MI)

Al Direttore Generale ASST Nord Milano  
Al Presidente della Conferenza dei Sindaci dell'ATS di Milano  
Al Tavolo del Terzo Settore presso ATS di Milano  
Al Difensore Civico della Regione Lombardia  
Alla Direzione Sanità della Regione Lombardia  
Agli Uffici di Piano  
Al Network regionale per l'ascolto del cittadino e la qualità percepita  
Al Coordinatore regionale UPT  
Al Responsabile URP ASST Nord Milano

## **Relazione dell'attività dell'Ufficio di Pubblica Tutela nell'anno 2017**

### **Premessa**

La presente relazione annuale è predisposta e trasmessa, nel rispetto della riservatezza dei dati personali, in ossequio a quanto previsto dalla Delibera di Giunta Regionale della Lombardia n. 8/10884 del 23 dicembre 2009, recante *“Determinazioni in ordine alle linee guida relative all'organizzazione ed al funzionamento degli Uffici di Pubblica Tutela (UPT) delle aziende sanitarie”*.

In base alle predette linee guida, tale relazione è un consuntivo redatto a cura del Responsabile dell'UPT, relativo all'anno 2017, sullo stato dei diritti del cittadino e degli operatori dei presidi ospedalieri, ei poliambulatori e dei servizi dell'ASST Nord Milano.

Nell'anno 2017 le pratiche trattate sono state complessivamente 15. Il numero è minore rispetto agli anni precedenti, ma complessivamente maggiore è stato l'impegno richiesto, data la delicatezza e complessità di alcuni degli argomenti coinvolti dalle segnalazioni; fra questi evidenzio in particolare i seguenti, che approfondirò nell'ambito della presente relazione: dimissioni protette, liste d'attesa, responsabilità medica.

Questo dato qualitativo dimostra un progressivo consolidamento dell'Ufficio, malgrado vi siano ancora dei margini di miglioramento, legati soprattutto alla necessità di una maggiore conoscenza,

presso la cittadinanza e presso gli operatori dell'Azienda, dei compiti e delle prerogative di questo ruolo.

### **Funzioni dell'Ufficio di Pubblica Tutela**

L'UPT è un ufficio autonomo ed indipendente, istituito in tutte le Aziende ed Agenzie Sanitarie a tutela dei diritti delle persone che accedono ai servizi ed alle prestazioni sociali, sanitarie e sociosanitarie.

Tra i compiti e le funzioni si ricordano:

- verifica lo stato di implementazione, attuazione e diffusione delle Carte dei Servizi e si occupa dei problemi legati al mancato rispetto delle carte dei servizi da parte degli Enti gestori nei confronti del cittadino/utente,
- effettua controlli sui servizi e sulle prestazioni erogate e sul processo di “presa in carico”,
- tutela i diritti della persona e della famiglia, per l'accesso alla rete dei servizi,
- interviene affinché si realizzi un accesso informato ai servizi,
- fornisce indirizzi in ordine alla possibilità di ottenere assistenza legale,
- accoglie reclami per segnalazioni di disservizi ed aree di disagio e di insoddisfazione ed esegue le procedure previste,
- rappresenta i cittadini verso le strutture sanitarie e sociosanitarie.

Esso agisce al di fuori di ogni rapporto gerarchico con le strutture sanitarie e con l'unico obiettivo di fornire agli utenti un supporto nella tutela dei loro diritti.

Opera per affermare trasparenza e partecipazione, il miglioramento della qualità del servizio e dei rapporti tra cittadini e servizio sanitario con il primato della persona.

Per utente non si intende la sola persona assistita, ma anche la sua famiglia e, nei casi previsti, può attivarsi anche di propria iniziativa, sulla base di qualsiasi elemento informativo.

Le informazioni ed i dati acquisiti dall'UPT, in forma anonima e/o aggregata, garantiti il rispetto della privacy, il segreto d'ufficio e la libera scelta del cittadino, costituiscono un osservatorio utile a supporto della programmazione e dell'integrazione dei servizi.

### **Aspetti organizzativi**

La ASST Nord Milano si è costituita il 1 gennaio 2016 in attuazione della Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23 “*Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo*” e comprende l'Ospedale Edoardo Bassini di Cinisello Balsamo, l'Ospedale Città di Sesto San Giovanni, la rete dei Poliambulatori di Milano e del Nord Milano-

Dal 1 gennaio 2017, tutti i servizi territoriali, erogati dalla ASL prima e dalla ATS Milano dopo, appartenenti agli ex Distretti 6 e 7, ed operanti negli ambiti dei Comuni di Bresso, Cinisello, Cologno, Cormano, Cusano e Sesto San Giovanni, sono parte della ASST Nord Milano.

Questo passaggio di attribuzione declinato nella Legge Regionale 23 del 2015, e nei successivi atti attuativi, sancisce una radicale modifica nell'approccio con cui le aziende Socio Sanitarie affrontano, organizzativamente il tema della cronicità e della presa in carico.

Un primo significativo passo per integrare le prestazioni erogate in ospedale con quelle erogate sul territorio, poiché l'appartenenza ad un'unica organizzazione, facilita i processi di comunicazione interni e consente di mettere al centro i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie.

Il criterio prevalente è la presa in carico del paziente evitando il più possibile la frammentazione dei processi, supportando la continuità delle cure in particolare nei confronti della cronicità/fragilità e l'integrazione con l'assistenza primaria.

Nello specifico si tratta di una rete di servizi territoriali che si snodano in un territorio di 300 mila abitanti e che include i comuni di Bresso, Cinisello, Cologno, Cormano, Cusano e Sesto San Giovanni.

Tali servizi forniscono prestazioni nelle seguenti aree: Prevenzione Primaria - Consultori – Fragilità e Cure Domiciliari – Assistenza protesica e integrativa - Medicina Legale e Certificazioni - Scelta e Revoca del Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta, Assistenza Estero.

I sopra indicati Presidi Ospedalieri, Poliambulatori, e servizi territoriali fanno parte dell'ambito di competenza dell'Ufficio di Pubblica Tutela dell'ASST Nord Milano.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 402 del 25 luglio 2016, avente ad oggetto *“Nomina del Responsabile dell'Ufficio di Pubblica Tutela dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Nord di Milano”*, l'ASST Nord Milano, prendendo atto della prosecuzione dell'attività dell'UPT, nella persona del sottoscritto Responsabile, senza soluzione di continuità, mi confermava nell'incarico con decorrenza dal primo gennaio 2016, alle medesime condizioni già previste dalla deliberazione del Direttore Generale (dell'ex AO ICP) n. 481 del 27 agosto 2012, e conferiva all'Ufficio la nuova denominazione formale di *“Ufficio di Pubblica Tutela dell'ASST Nord Milano”*.

A seguito del riassetto organizzativo dell'ASST Nord Milano, l'Ufficio è stato trasferito, a far tempo dal mese di febbraio 2017, presso il Presidio Ospedaliero di Sesto San Giovanni (padiglione 4, primo piano), dove ha sede tuttora.

Il nuovo indirizzo di posta elettronica dell'Ufficio di Pubblica Tutela è il seguente:

[luigi.lia@asst-nordmilano.it](mailto:luigi.lia@asst-nordmilano.it)

Allo stato attuale la sede dell'Ufficio è sprovvista di una linea telefonica.

L'Ufficio continua a non disporre di alcun Collaboratore fisso, ed è integrato unicamente dalla figura del Responsabile, per il quale la delibera di nomina del Direttore Generale del 27 agosto 2012 numero 481 prevede un obbligo di presenza di mezza giornata alla settimana.

Dal 2017 il giorno di presenza e ricevimento del pubblico è il martedì pomeriggio.

In ogni caso, anche nel corso del 2017 ho cercato di consolidare una prassi di buon senso, messa in atto fin dall'inizio della mia attività, ossia: nella gestione dell'orario ho cercato di essere il più possibile elastico, per venire incontro soprattutto alle esigenze dei cittadini.

Occorre infatti considerare che, in alcuni casi, la fase iniziale della trattazione della segnalazione, richiede, secondo buon senso, la necessità e/o l'opportunità di stabilire un colloquio non semplicemente via mail o telefonico, col cittadino, ma anche un incontro personale presso la sede dell'UPT. Questa modalità relazionale consente, infatti, in alcune circostanze, di individuare meglio gli aspetti in cui si articola la criticità esposta dall'utente, di capire meglio di quali informazioni il cittadino ha bisogno, o di quale tipo di intervento; consente di esaminare alcuni documenti, di comprendere i risvolti umani della questione (ossia aspetti che non sempre la comunicazione scritta via mail consente di cogliere); non va nemmeno sottovalutata la possibilità di spiegare direttamente all'interessato le funzioni dell'UPT, ossia cosa può fare e cosa non può fare l'Ufficio, onde non creare attese sbagliate.

Anche in questo anno di attività è stata utile la cooperazione istituzionale che si è venuta a stabilire, ferma restando la diversità dei rispettivi ruoli e funzioni e la terzietà ed indipendenza dell'UPT, con il Dott. Lazzarin, Responsabile generale dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) dell'ex AO ICP di Milano (ora ASST Nord Milano), e con i Responsabili degli URP dei singoli Presidi Ospedalieri e dei Poliambulatori, sempre puntuali e tempestivi nel fornire i chiarimenti richiesti.

Colgo l'occasione anche per ringraziare la Dott.ssa Celli dell'Ufficio del Difensore regionale, che, nel corso del 2017, mi ha fornito, con la sua preziosa e competente collaborazione istituzionale, utili spunti di riflessione in ordine agli approfondimenti giuridici in tema di funzioni degli Uffici di Pubblica Tutela, e di dimissioni protette.

### **Attività svolta nell'ambito del Coordinamento regionale degli Uffici di Pubblica Tutela della Lombardia**

A far tempo dai primi mesi del 2017 sono entrato stabilmente a far parte del Coordinamento regionale dei Responsabili degli Uffici di Pubblica Tutela della Lombardia, diretto con impegno, competenza e passione dal Dott. Piero Aresi dell'ATS di Bergamo.

Nell'ambito di questo coordinamento mi sono in particolare impegnato ad approfondire alcune criticità anche di tipo giuridico e legale relative alla figura dell'Ufficio di Pubblica Tutela.

Questi approfondimenti sono stati condivisi con i Colleghi, in occasione di una mia relazione all'Assemblea regionale dei Responsabili degli Uffici di Pubblica Tutela della Lombardia, tenutasi a Bergamo il 30 ottobre 2017, intitolata *“Passione e diritto Riflessioni giuridiche sugli Uffici di Pubblica Tutela”*

Riporto di seguito il contenuto di questo intervento, in modo tale da portarlo anche all'attenzione dei destinatari istituzionali della presente relazione, poiché ritengo meritevoli di adeguata considerazione gli argomenti trattati.

L'istituzione degli Uffici di Pubblica Tutela presso ogni USSL fu originariamente prevista dalla LR 1/1986, che stabilì, come iniziale perimetro di competenza di questo nuovo organo di tutela, l'ambito dei servizi socio-assistenziali di zona. Successivamente, la LR 48/1988, ne estese la competenza anche all'ambito dei servizi sanitari.

Con una circolare del 1992, l'Amministrazione regionale della Lombardia chiarì che la funzione dell'Ufficio di Pubblica Tutela doveva principalmente essere quella di tutela del singolo utente nei confronti di un disservizio o di un diritto leso.

L'UPT, in generale, veniva in questo modo a qualificarsi come organismo di autocorrezione, interno ai servizi sanitari.

A garanzia dell'autonomia/indipendenza dell'Ufficio, fu previsto fin dall'origine che il suo Responsabile, dovesse essere eletto dall'assemblea dell'USSL di riferimento tra i cittadini di provata capacità ed esperienza.

Tuttavia, al di là delle buone intenzioni normative, soltanto poche USSL hanno, in quegli anni, provveduto all'istituzione degli UPT.

Le difficoltà maggiori erano probabilmente da imputare al clima di confusione normativa determinato dall'entrata in vigore di un atto legislativo nazionale, ossia il D. Lgs. n. 29/1993, che ha previsto l'istituzione dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico presso tutte le Pubbliche Amministrazioni (anche sanitarie).

Si è verificato, pertanto, che molte USSL, in quegli anni, rinunciassero ad istituire gli UPT, attribuendo agli URP anche funzioni di tutela.

I limiti giuridici di tale soluzione, però, erano evidenti e derivavano principalmente dal fatto che il responsabile dell'URP, contrariamente al responsabile dell'UPT, doveva essere scelto tra i dirigenti dell'amministrazione di competenza, con conseguente ed inevitabile pregiudizio del ruolo di terzietà ed imparzialità, che è fondamentale per l'esercizio della funzione di tutela.

Inoltre, nelle USSL, in cui erano stati istituiti entrambi gli uffici di URP e UPT, gli interventi spesso si sovrapponevano, in mancanza di indicazioni chiare circa le modalità di collaborazione e armonizzazione tra i due differenti Organi.

La Legge Regionale della Lombardia, di riforma sanitaria 31/1997, all'art. 11, provò a fare chiarezza in ordine all'indipendenza, che doveva caratterizzare il Responsabile dell'Ufficio di Pubblica Tutela, rispetto al diverso ruolo degli Uffici di relazione con il Pubblico, stabilendo l'obbligo per le aziende sanitarie (ASL, Aziende Ospedaliere e soggetti accreditati) di istituire sia l'UPT, retto da persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario regionale, sia l'URP, affidato a personale dipendente.

Tale disposizione, tuttavia, aveva un carattere meramente generale: sarebbe stato perciò opportuno, se non necessario, già da allora, da parte del legislatore regionale, predisporre una normativa di maggior dettaglio, che specificasse meglio ed in concreto in che cosa dovessero consistere le funzioni di tutela riconosciute agli UPT.

Circa 11 anni dopo, la Legge Regionale della Lombardia n. 3/2008, approvata con la finalità di adeguare la normativa regionale alle nuove competenze attribuite alla Regione nel settore dei servizi sociali, ribadì il principio già, previsto dalla LR 31/1997, in ordine alla obbligatoria costituzione in tutte le aziende sanitarie dell'UPT, aggiungendo la previsione della possibilità per il cittadino di ricorrere al difensore civico comunale contro atti o comportamenti che avessero negato o limitato la fruibilità delle prestazioni.

La auspicata normativa di dettaglio delle funzioni degli Uffici di Pubblica Tutela fu varata dalla Regione Lombardia l'anno successivo, sia grazie ad un provvedimento legislativo, ossia la Legge Regionale n. 33/2009, sia grazie ad un Atto amministrativo di indirizzo, ossia le Linee Guida, previste dalla Delibera di Giunta Regionale (DGR) n. 10884 del 23 dicembre 2009.

In particolare, l'art. 16, della LR 33/2009, significativamente intitolato "*Diritti di partecipazione dei cittadini*", stabiliva importanti principi caratterizzanti l'Ufficio di Pubblica Tutela, ossia: l'obbligatorietà della sua istituzione presso ogni ASL e AO, l'indipendenza della funzione, il suo carattere onorario, il suo compito di "*verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità di offerta avvenga nel rispetto dei diritti degli utenti e alle condizioni previste nella carta dei servizi*".

Le successive Linee Guida, approvate con la D.G.R. 23.12.2009, n. 10884, furono emanate proprio per dare attuazione e maggior dettaglio normativo alle previsioni più generali contemplate dall'art. 16 della LR 33/2009. Scopo principale di queste Linee Guida era (ed è tuttora) quello di individuare, nell'interesse dei cittadini, strategie orientate "*all'armonizzazione dei servizi offerti alla persona dai diversi istituti di tutela che operano sul territorio regionale*".

Tale provvedimento di indirizzo costituisce ad oggi il vero e proprio punto di riferimento per la definizione dettagliata delle funzioni degli UPT.

Il primo punto delle Linee guida del dicembre 2009 riguarda l'istituzione degli UPT e la nomina dei responsabili.

A tale riguardo la DGR ribadisce che:

- a) l'UPT deve essere obbligatoriamente istituito presso le ASL e le Aziende Ospedaliere pubbliche;
- b) il Responsabile dell'Ufficio deve essere nominato dal Direttore Generale dell'ASL o dell'AO, su proposta del Consiglio di rappresentanza dei sindaci, che deve a sua volta tenere conto delle indicazioni provenienti dal Terzo Settore;
- c) il servizio prestato dai Responsabili è onorario, salva la possibilità del riconoscimento di un rimborso delle spese sostenute, e della corresponsione di una indennità forfettaria connessa allo svolgimento dell'attività in base alla disponibilità di bilancio della singola azienda;
- d) i Responsabili devono poter contare sulla collaborazione di personale dipendente della ASL o dell'AO, che dovrà avere adeguate competenze, acquisite anche mediante una formazione dedicata.

Nel secondo punto delle Linee Guida regionali del dicembre 2009, sono definiti i compiti dell'UPT, essenzialmente riassumibili nelle seguenti funzioni di tutela dei diritti della persona, nonché degli interessi collettivi, di cui possono essere enti esponenziali le Associazioni di volontariato:

- a) informazione;
- b) controllo sui servizi e sulle prestazioni erogate;
- c) raccolta di reclami per segnalazioni di disservizi e aree di disagio;
- d) attivazione di ulteriore istruttoria qualora il cittadino non si ritenga soddisfatto della risposta fornita dall'URP;
- e) verifica che l'accesso alle prestazioni avvenga nel rispetto dei diritti alla persona e alle condizioni previste dalla carta dei servizi.

Al punto 3 delle Linee Guida sono previste indicazioni in ordine al profilo del personale operante presso l'UPT, in termini di conoscenze e requisiti.

Nel punto 4 sono disciplinati i rapporti tra UPT e URP e viene ribadita la distinzione di ruoli:

- l'URP è un'articolazione organizzativa dell'azienda sanitaria, è inserita in un rapporto di gerarchia e opera sempre nell'interesse dell'azienda;
- l'UPT è un organismo indipendente, che opera al di fuori di ogni rapporto di gerarchia, la cui azione è motivata dal solo obiettivo di fornire al cittadino un supporto nella tutela dei suoi diritti.

Da ciò consegue che una segnalazione viene trattata diversamente dai due Uffici, proprio per la diversità della loro funzione, e non vi è alcun obbligo di trasmissione delle doglianze, ma solo di reciproca informazione sull'attività svolta. L'UPT, però, ha anche la possibilità di promuovere iniziative per verificare la corretta attività dell'URP, in quanto struttura dell'azienda sanitaria.

Al punto 5 sono definiti i rapporti tra UPT e Difesa Civica comunale e regionale.

Infatti la vera novità introdotta dall'art. 9, comma 2, della L.R. n. 3/2008, al fine di rafforzare gli strumenti di tutela a favore delle persone che accedono alla rete dei servizi sanitari e sociali regionali, consiste nella facoltà per gli utenti di chiedere l'intervento del Difensore civico comunale, a fronte di atti o comportamenti che neghino o limitino la fruibilità delle prestazioni.

Nelle Linee Guida del dicembre 2009, viene opportunamente specificato, al fine di evitare sovrapposizioni tra UPT e Difesa Civica, che il Difensore civico comunale opera prevalentemente nei casi in cui la segnalazione investa l'attività di unità d'offerta sociali.

Nel caso in cui la situazione oggetto del reclamo non sia stata risolta in seguito all'intervento dell'UPT, è prevista la possibilità per l'utente di rivolgersi al Difensore civico comunale anche per quanto concerne le prestazioni sociosanitarie.

Nei Comuni, nei quali non sia stato istituito il Difensore civico, il cittadino potrà rivolgersi al Difensore civico regionale.

Nel punto 6 viene infine specificato il ruolo del Difensore civico regionale, le cui competenze e funzioni risultano già disciplinate dalla L.R. n. 7/1980 e successive modificazioni. L'intervento del Difensore civico regionale può riguardare:

- le prestazioni sociali, quando non è istituito il Difensore civico comunale;
- le prestazioni sanitarie e sociosanitarie se la segnalazione viene inviata direttamente al Difensore civico regionale (che può avvalersi degli UPT per l'istruttoria delle pratiche di competenza);
- se la segnalazione riguarda l'attività della Regione Lombardia, l'UPT può chiedere l'intervento del Difensore civico regionale, qualora non ritenga di trattare direttamente la questione; fermo restando che in questi casi il cittadino interessato potrà sempre rivolgersi al Difensore civico regionale, qualora l'UPT non fornisca una risposta adeguata e/o nei termini.

Il Difensore civico regionale, infine, attua forme di collaborazione con gli UPT, principalmente per il tramite del Coordinamento, mediante incontri e riunioni.

Il cittadino, naturalmente, deve avere la possibilità di conoscere in modo adeguato tutte le possibili forme di tutela mediante la carta dei servizi dell'azienda a cui accede.

Con deliberazione 16.12.2009, n. 10804 "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2010*", l'Amministrazione regionale ha stabilito che le ASL e le AO sono tenute all'istituzione e organizzazione degli UPT entro il 31 marzo 2010.

A questo punto della riflessione può essere opportuno fare una breve considerazione sulle Commissioni miste conciliative.



Si tratta di uno strumento di tutela, previsto da un atto normativo nazionale, ancorché di natura non legislativa, bensì regolamentare, ossia dal D.P.C.M. 19.5.1995, che può essere attivato dal responsabile dell'URP *“per l'esame delle segnalazioni di cui viene a conoscenza per il tramite delle Associazioni di Volontariato e degli organismi di tutela”*.

L'art. 8 dello schema del Regolamento di pubblica tutela del citato decreto stabilisce, più nello specifico, che *“nei casi in cui l'istanza abbia per oggetto la violazione dei principi, fatti propri dalla Carte dei Diritti, sottoscritte dalle USSL e dalle associazioni di volontariato e di tutela, l'esame viene deferito a una Commissione Mista Conciliativa che è composta da un rappresentante USSL, da un rappresentante della Regione e da un rappresentante delle Associazioni di Volontariato”*. Presiede la commissione il Difensore civico regionale ovvero altra figura esterna all'amministrazione USSL, individuata di concerto con le associazioni interessate.

Nonostante la specifica previsione nel citato D.P.C.M. nazionale, in Lombardia, contrariamente a quanto avvenuto in altre Regioni, quali la Toscana e l'Emilia Romagna, la Commissione Mista Conciliativa, ad esclusione di una iniziativa assunta dalla ASL di Pavia, non risulta essere stata in concreto istituita presso le aziende sanitarie lombarde.

È probabile che tale ritardo possa spiegarsi con la circostanza, per la quale la legislazione regionale lombarda aveva già previsto, prima dell'entrata in vigore del suddetto decreto, l'istituzione degli UPT, quali strumenti di tutela del cittadino in ambito sanitario e socio sanitario.

Occorre infatti sottolineare che, nelle Regioni dove sono state istituite le Commissioni miste conciliative, molti regolamenti per la gestione dei reclami adottati dalle aziende sanitarie dispongono che tali Commissioni operino come sede di riesame dei fatti denunciati, nel caso in cui il cittadino non ritenga soddisfacente la risposta ricevuta dall'URP (funzione questa, a ben vedere, molto simile a quella attribuita all'UPT dalla richiamata DGR della Lombardia del dicembre 2009). Dunque, per l'Amministrazione regionale della Lombardia non era e non è necessario istituire le Commissioni miste conciliative, pur previste da un regolamento nazionale, ed istituite in altre Regioni, proprio perché dal 1986 esistono gli Uffici di Pubblica Tutela.

Dopo questo excursus, riferito in particolare alla Regione Lombardia, sulla storia normativa degli Uffici di Pubblica Tutela, è opportuno svolgere una riflessione sullo stato attuale di questo istituto, alla luce del quadro normativo vigente, anche in considerazione della necessità di adeguare la figura al nuovo contesto organizzativo del Servizio sanitario regionale lombardo previsto dalla recente Legge Regionale n. 23 del 2015.

A tale riguardo è interessante rilevare come, in sede di lavori preparatori alla suddetta legge regionale di riforma, ed in particolare nelle previsioni originariamente contenute nell'articolo 23 della Proposta Di Legge 228 esaminata e discussa in ambito consiliare, fosse opportunamente

contemplato un testo normativo che riprendeva nella sostanza gli stessi contenuti dell'art. 16 della LR 33/2009 adeguandone solo la forma (l'Ente di riferimento degli UPT non sarebbero state più ovviamente le AO e le ASL, bensì le nuove ASST e ATS).

Riporto di seguito il testo della bozza legislativa in questione.

1. *Le unità d'offerta si dotano di strutture e strumenti finalizzati alla costante verifica della qualità delle prestazioni, al potenziamento delle iniziative volte alla umanizzazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, al mantenimento di corrette relazioni con il pubblico e con le rappresentanze dei soggetti del terzo settore.*
2. *Nella carta dei servizi sono definite le modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini, nonché i criteri per l'accesso alle prestazioni, le modalità di erogazione delle stesse e le modalità di valutazione da parte degli utenti o delle associazioni che li rappresentano.*
3. *L'ATS e le aziende sono tenute a istituire un ufficio di pubblica tutela (UPT) retto da persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario, e un ufficio per le relazioni con il pubblico (URP) affidato a personale dipendente. La funzione del responsabile dell'UPT ha natura di servizio onorario. Il direttore generale delle aziende pubbliche provvede a regolare l'attività dell'URP e garantisce le condizioni per l'esercizio indipendente dell'UPT.*
4. *L'UPT verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità di offerta avvenga nel rispetto dei diritti degli utenti e alle condizioni previste nella carta dei servizi.*
5. *È costituita, nell'ambito delle direzioni generali competenti, una struttura organizzativa di pubblica tutela aperta al pubblico con il compito di verificare che le aziende assicurino il libero accesso alle prestazioni da parte dei cittadini.*
6. *L'ATS, nell'ambito della propria organizzazione, in accordo con la conferenza dei sindaci, individua una struttura finalizzata a promuovere e favorire gli strumenti di tutela delle persone incapaci e l'amministrazione di sostegno.*
7. *La Giunta Regionale approva le linee guida relative alla organizzazione e al funzionamento degli UPT, prevedendo forme di coordinamento tra questi e gli uffici dei difensori civici degli enti locali e della Regione.*

Tuttavia questo testo non è stato poi approvato nel testo definitivo della Legge Regionale 23 del 2015, che purtroppo non prevede alcun articolo sui diritti di partecipazione dei cittadini.

Si può allora fare ancora riferimento al testo dell'art. 16 della LR 33/2009 (per quanto non adeguato formalmente alle nuove denominazioni delle istituzioni di riferimento del servizio sanitario regionale lombardo, ossia ASST e ATS)?

A quanto pare no. Perché questo testo allo stato attuale non esiste più (a seguito delle modifiche apportate dalla LR 23/2015). Infatti il nuovo testo dell'art. 16 della LR 33/2009 parla di tutt'altro.

Ciò significa quindi che gli UPT sono stati aboliti? Fortunatamente no: gli UPT non sono stati aboliti. E questo perché, nell'ambito delle norme transitorie, contemplate dal nuovo testo della LR 33/2009, in particolare nell'art. 134, comma 1, è previsto testualmente che "*restano in vigore, per quanto compatibili con la presente legge, le seguenti disposizioni: [...] j) la legge regionale 16 settembre 1988 n. 48 (norme per la salvaguardia dei diritti dell'utente del servizio sanitario nazionale e istituzione dell'Ufficio di Pubblica Tutela degli utenti dei servizi sanitari e socio-assistenziali)*".

Il problema perciò, che dobbiamo affrontare, non è tanto quello della sopravvivenza giuridica degli Uffici di Pubblica Tutela. Infatti, malgrado la confusione legislativa testé descritta, possiamo tranquillamente ritenere che gli UPT siano tuttora in vigore, grazie al richiamo contenuto nella norma transitoria sopra menzionata e all'attuale vigenza delle Linee Guida risalenti alla DGR del 23 dicembre 2009.

I problemi di carattere giuridico, tuttavia, restano. Infatti il richiamo a quanto previsto dalla LR n. 48/1988 con specifico riguardo agli UPT, ed in particolare dall'art. 20 di questa legge, fornisce alle funzioni dell'Ufficio di Pubblica Tutela una base di principi generali di riferimento complessivamente più debole e generica, rispetto a quella più forte e puntuale contemplata dal previgente testo dell'art. 16 della LR 33/2009.

Infatti l'art. 20 della legge 48/1988 (intitolato "*Ufficio di pubblica tutela degli utenti dei servizi sanitari e socio-assistenziali*"), ossia la norma, che, per le ragioni sopra illustrate, costituisce allo stato attuale l'unica fonte legislativa di riferimento degli UPT, prevede testualmente quanto segue:

- 1. I compiti dell'Ufficio di pubblica tutela istituito presso gli ERSZ ai sensi dell'art. 65 della LR 7 gennaio 1986 n. 1, sono estesi ai servizi sanitari.*
- 2. I competenti organi degli ERSZ provvedono alla organizzazione dell'Ufficio, che si articola in due sezioni con competenza, rispettivamente in materia sanitaria e socio assistenziale.*
- 3. In relazione a quanto previsto dai commi precedenti l'Ufficio si avvale di personale dell'ERSZ o di personale comandato da altri Enti pubblici secondo i rispettivi ordinamenti.*
- 4. L'Ufficio ha libero accesso agli atti necessari allo svolgimento dei compiti d'istituto e per essi non può essere opposto il segreto d'ufficio.*
- 5. Agli oneri relativi al funzionamento dell'Ufficio provvedono gli ERSZ, ferma restando l'osservanza delle norme vigenti in materia di spesa a carico del fondo sanitario nazionale.*

Come si può notare manca, in primo luogo, una esplicita previsione circa la obbligatoria istituzione degli Uffici di Pubblica Tutela, quale invece era contemplata dal previgente testo del comma 3 dell'art. 16 della LR 33/2009, che così recitava: "*Le aziende sanitarie sono tenute ad istituire un ufficio di pubblica tutela*". Inutile sottolineare quanto sia fondamentale una chiara previsione

legislativa sull'obbligatoria istituzione dell'Ufficio, considerate le sue delicate e fondamentali funzioni di tutela dei diritti delle persone, e la conseguente necessità di garantire la effettiva diffusione capillare sul territorio di questa figura.

In secondo luogo nell'art. 20 della LR 48/88 vi è solo un vago riferimento al potere dell'UPT di libero accesso agli atti (al comma 4), ma manca tuttavia una previsione puntuale sulla funzione di tutela dei diritti delle persone come quella che era invece contemplata dal previgente testo del comma 4 dell'art. 16 della LR 33/2009, che così recitava: *“L'UPT verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità di offerta avvenga nel rispetto dei diritti degli utenti e alle condizioni previste nella carta dei servizi”*

In terzo luogo, manca ovviamente nella LR 48 del 1988 la contestualizzazione degli UPT al nuovo ordinamento sanitario e socio sanitario. Infatti l'art. 20, comma 1, si limita a stabilire che i compiti degli UPT, istituiti due anni prima con la LR 1/86 in riferimento agli allora vigenti enti responsabili dei servizi di zona (ERSZ), sono estesi "ai servizi sanitari".

Certamente a queste lacune legislative possono sopperire le più puntuali indicazioni contenute nelle tuttora vigenti Linee Guida previste dalla DGR del 23 dicembre 2009. Tuttavia occorre altresì prudentemente considerare che le suddette Linee:

- a) declinano in modo dettagliato non le previsioni di principio generale contemplate dall'art. 20 della LR 48/1988, ma le previsioni contemplate dal previgente testo dell'art. 16 della LR 33/2009, di cui costituiscono l'attuazione; sicché questo importante atto di indirizzo oggi non gode più della copertura legislativa, in forza ed in ragione della quale era stato adottato;
- b) declinano le funzioni degli UPT con riferimento al previgente contesto organizzativo sanitario delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, ed in rapporto ad organi di tutela che oggi non esistono più (i difensori civici comunali nel frattempo aboliti a livello legislativo nazionale); sicché anche questo importante atto di indirizzo andrebbe opportunamente aggiornato.

Alla luce di quanto sinora considerato, ritengo che i problemi, sopra esaminati, non siano solo di carattere formale, ma anche sostanziale, in considerazione delle delicate funzioni attribuite agli UPT, sotto il profilo della tutela di diritti di rilevanza costituzionale, quali sono sicuramente quelli attinenti all'accesso delle persone ai servizi sanitari e socio sanitari. Non solo: la funzione di indipendenza dell'Ufficio, combinata con la funzione di tutela dei diritti, rende conseguentemente l'Ufficio titolare altresì di un delicato ruolo di garanzia dell'interesse generale e pubblico di imparzialità e buona efficienza dei servizi socio sanitari, il cui riflesso è proprio la tutela del diritto della persona interessata.

Per questa ragione sarebbe opportuna ed auspicabile un'iniziativa del nostro Coordinamento nei confronti delle Istituzioni regionali competenti, per segnalare i problemi appena descritti, e per proporre una possibile e, a ben vedere, ragionevole e non difficile soluzione.

Basterebbe, infatti, modificare di nuovo la L.R. 33/2009, o trovare comunque in alternativa un contesto legislativo idoneo, previo opportuno confronto con gli Uffici regionali tecnicamente competenti, in modo tale da definire, nell'ambito dell'ordinamento legislativo regionale, le prerogative e le funzioni degli UPT negli stessi termini previsti dal prima citato art. 23 del PDL 228 (ed in buona sostanza dal previgente testo dell'art. 16 della LR 33/2009).

In pratica si tratterebbe di formulare una proposta legislativa, che riprenda la bozza dell'art. 23 del PDL 228 con qualche lieve modifica: ad esempio si potrebbe non riprendere il comma 5 sulla struttura organizzativa regionale, ed il successivo comma 6, visto che sono stati già istituiti gli uffici di protezione giuridica.

La bozza di testo legislativo da proporre (sulla quale ragionare congiuntamente nell'ambito del nostro Coordinamento e della nostra Assemblea) potrebbe quindi essere la seguente:

#### *Diritti di partecipazione dei cittadini*

1. *Le unità d'offerta si dotano di strutture e strumenti finalizzati alla costante verifica della qualità delle prestazioni, al potenziamento delle iniziative volte alla umanizzazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, al mantenimento di corrette relazioni con il pubblico e con le rappresentanze dei soggetti del terzo settore.*
2. *Nella carta dei servizi sono definite le modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini, nonché i criteri per l'accesso alle prestazioni, le modalità di erogazione delle stesse e le modalità di valutazione da parte degli utenti o delle associazioni che li rappresentano.*
3. *L'ATS e le aziende sono tenute a istituire un ufficio di pubblica tutela (UPT) retto da persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario, e un ufficio per le relazioni con il pubblico (URP) affidato a personale dipendente. La funzione del responsabile dell'UPT ha natura di servizio onorario. Il direttore generale delle aziende pubbliche provvede a regolare l'attività dell'URP e garantisce le condizioni per l'esercizio indipendente dell'UPT.*
4. *L'UPT verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità di offerta avvenga nel rispetto dei diritti degli utenti e alle condizioni previste nella carta dei servizi.*
5. *La Giunta Regionale approva le linee guida relative alla organizzazione e al funzionamento degli UPT, prevedendo forme di coordinamento tra questi e gli uffici dei difensori civici degli enti locali e della Regione.*

Sulla base della proposta di un testo legislativo così strutturato, sarebbe altresì opportuno, da parte del nostro Coordinamento, proporre poi alla Giunta regionale anche un aggiornamento delle Linee

Guida in materia di Uffici di Pubblica Tutela, adeguato al nuovo contesto organizzativo dei servizi sanitari e socio sanitari della Regione Lombardia.

### **Le modalità di trattazione dei casi e loro tipologia**

I casi segnalati e trattati dall'UPT nel corso del 2017 sono stati complessivamente 15, ed hanno riguardato diversi aspetti del servizio sanitario dell'ASST Nord di Milano, alcuni particolarmente delicati, come ad esempio le dimissioni protette dai Presidi Ospedalieri. I casi sono stati segnalati non soltanto da cittadini direttamente interessati, ma anche da associazioni di tutela dei diritti delle persone malate croniche e non autosufficienti.

Le richieste da parte degli utenti pervengono oramai nella stragrande maggioranza dei casi via mail (qualche volta anche telefonicamente o per posta): segno della visibilità dell'UPT quanto meno a livello on line, grazie alla pubblicazione dell'indirizzo di posta elettronica, nonché delle altre informazioni peculiari del servizio sul sito web dell'ASST Nord Milano.

Questo è un dato positivo perché facilita l'accesso dell'utente all'Ufficio e snellisce le procedure di comunicazione sia tra il sottoscritto e l'utente, sia tra il sottoscritto ed i responsabili degli Uffici competenti in ordine alla segnalazione ricevuta.

L'elemento di criticità, consistente nella difficoltà di accesso da parte della popolazione, soprattutto anziana e sola, che non ha dimestichezza con internet.

Talvolta il caso può essere trattato tramite chiarimenti, informazioni, via mail, e qualche volta telefoniche, con l'interessato.

Talaltra faccio presente all'interessato che la sua segnalazione necessita di essere destinata, per il tramite dell'UPT, all'organo o ufficio competente dell'ASST Nord di Milano, per una istruttoria e un approfondimento del caso, anche nello spirito, al tempo stesso di garanzia e di trasparenza, di consentire ai responsabili dei servizi di fornire le loro spiegazioni dell'accaduto, di modo che l'UPT possa avere una visione in contraddittorio e complessiva della vicenda.

Ritengo, infatti, che una corretta interpretazione delle linee guida regionali, di cui alla DGR 23 dicembre 2009, n. 8/10884, ed in particolare del principio che assegna all'UPT un ruolo di concreta realizzazione dei diritti dei cittadini, e dei loro bisogni di salute per quanto attiene alle problematiche socio sanitarie, porti a considerare questo Ufficio come titolare di un ruolo di garanzia dell'interesse generale e pubblico di imparzialità e buona efficienza dei servizi socio sanitari: la cura di questo interesse comporta di riflesso la tutela del cittadino richiedente.

Il ruolo di imparzialità è altresì evidenziato dalla differente funzione dell'UPT rispetto all'URP: il primo è organo indipendente rispetto all'Azienda ospedaliera o sanitaria presso la quale opera, e

quindi è titolato a chiedere un supplemento istruttorio, qualora l'interessato non sia ad esempio soddisfatto della risposta ricevuta dall'URP.

Nell'indirizzare la richiesta del cittadino agli organi ed uffici interessati dell'ASST Nord Milano, l'obiettivo dell'UPT deve essere quello di conseguire una prima verifica di quanto segnalato, affinché vengano attivati i necessari e/o opportuni approfondimenti di fatto, e, se del caso di diritto.

### **Segnalazioni che riguardano modalità di condotta nell'erogazione di una prestazione o di un servizio**

Tali segnalazioni costituiscono la generalità dei casi posti all'attenzione diretta, o per conoscenza, o unitamente all'URP, dell'Ufficio di Pubblica Tutela.

In questi casi la segnalazione, veicolata dall'Ufficio di Pubblica Tutela agli organi ed uffici responsabili, o istruita dall'URP, e verificata ex post dall'UPT, genera la buona prassi di:

- a) fornire comunque un riscontro alla persona interessata;
- b) determinare controlli, verifiche interne, ecc.

L'auspicio è che questa buona prassi possa portare, nel tempo ad un miglioramento complessivo nell'erogazione di prestazioni e servizi.

A tale riguardo occorre infatti sottolineare che spesso la segnalazione dell'utente riguarda aspetti che attengono in generale a modalità di condotta, (cortesia, chiarezza, trasparenza, ecc.), o ad aspetti amministrativi o burocratici (prenotazioni di visite, tempi di attesa), che possono determinare, o essere percepiti, come disservizi.

Ritengo che in questi casi sia necessario garantire il più possibile, attraverso la mediazione *super partes* dell'UPT, se del caso anche con i dovuti supplementi istruttori richiesti eventualmente dalla persona interessata, tutti gli approfondimenti ed i chiarimenti necessari, che spesso e volentieri rappresentano già la risposta o la soluzione del problema sollevato.

Spesso in questi casi è stato coinvolto anche l'URP, poiché sovente la segnalazione perviene contestualmente ai due uffici (UPT e URP).

In alcuni casi, ho ritenuto utile coinvolgere l'URP, al di là della segnalazione iniziale del cittadino. E questo perché ho verificato, anche nel corso di quest'anno, che, generalmente, l'intervento coordinato dei due Uffici, nel rispetto dei rispettivi ruoli e prerogative, unitamente al coinvolgimento del Responsabile del plesso sanitario o amministrativo interessato, produce risposte puntuali di spiegazione (che perciò non richiedono ulteriori interventi di approfondimento richiesti dal cittadino segnalante) e talvolta anche la risoluzione del problema pratico sotteso alla segnalazione del disservizio.

## **Dimissioni protette**

In considerazione del fatto che sono state segnalati all'Ufficio di Pubblica Tutela, anche da associazioni preposte alla tutela dei diritti delle persone malate, casi di contenzioso tra l'ASST Nord Milano e familiari di pazienti ricoverati presso il PO di Sesto San Giovanni, in occasione delle prospettate dimissioni ospedaliere di soggetti anziani malati cronici non autosufficienti, ritengo utile dedicare all'argomento delle dimissioni protette, un apposito capitolo di approfondimento nella presente relazione, nell'auspicio che se ne possano trarre riflessioni utili a prevenire o risolvere detti contenziosi anche in futuro. Ciò in considerazione altresì del fatto che la presa in carico di soggetti fragili, e la integrazione fra servizi sanitari e sociali, e tra ospedale e territorio, costituisce ad oggi uno degli aspetti di maggiore criticità del Servizio sanitario, anche nell'ambito della Regione Lombardia.

Occorre peraltro considerare in positivo che l'ASST Nord, nella persona del proprio Direttore Socio Sanitario, Dott.ssa Moser, ha sottoscritto, in data 10 febbraio 2017, con l'Assessore alle Politiche Sociali del Comune di Sesto San Giovanni e con il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito di Cinisello Balsamo, apposito Protocollo sulle dimissioni protette, che inizia con le seguenti significative parole: *“La dimissione protetta rappresenta da anni un modello di percorso integrato tra ospedale e territorio che garantisce la presa in carico e la continuità assistenziale per un paziente temporaneamente o stabilmente in condizioni di fragilità”*.

Nell'ambito di questa riflessione occorre rammentare che, anche nei principi della Legge Regionale n. 23 del 2015 *“Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo”* è indicata l'importanza *“della continuità terapeutica e assistenziale, attraverso l'implementazione della rete sanitaria e sociosanitaria ospedaliera e territoriale e l'integrazione con le politiche sociali di competenza delle autonomie locali”*.

Secondo il Protocollo sulle dimissioni protette adottato dall'ASST Nord Milano *“La valutazione del bisogno e la presa in carico del paziente avverrà in modo congiunto fra i seguenti attori, secondo le diverse situazioni e necessità: ASST Nord Milano Polo Ospedaliero, ASST Nord Milano Presidio Territoriale, con le sue articolazioni (Fragilità, Poliambulatori, Protesica); Comuni di riferimento nelle loro articolazioni di intervento sociale; Medici di Medicina Generale e Pediatri di famiglia; Erogatori accreditati Terzo/Quarto Settore”*

Il procedimento delle dimissioni protette, così come previsto all'interno del richiamato protocollo, deve essere correttamente applicato, anche ed in primo luogo, alla luce delle fonti normative nazionali di riferimento e di alcuni principi fondamentali in materia di diritto sanitario.

A tale riguardo bisogna innanzitutto considerare che il Servizio sanitario nazionale è obbligato, in base all'art 32 della Costituzione italiana e all'art. 2 della legge 833 del 1978, a curare tutte le



persone malate, senza limiti di durata, siano esse colpite da patologie acute o croniche, guaribili o inguaribili, autosufficienti o non autosufficienti.

Per fare in modo che i pazienti non autosufficienti continuino a beneficiare di prestazioni sanitarie adeguate anche a seguito delle dimissioni ospedaliere, è importante attivare in molti casi l'istituto dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), previsto in particolare dall'art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017, sui LEA, recante in particolare *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*.

Si tratta di uno strumento indispensabile, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati, finalizzato a garantire la presa in carico globale delle persone, con particolare riguardo ai casi di fragilità, come quelli delle persone non autosufficienti con gravi patologie croniche invalidanti, ossia casi particolarmente complessi che richiedono una valutazione su più piani.

L'UVM è richiamata altresì dal Protocollo sulle dimissioni protette sottoscritto dall'ASST Nord Milano come *“elemento centrale nella rete dei servizi”*, il cui scopo principale è quello di garantire l'integrazione tra servizi sanitari, socio sanitari e socio assistenziali presenti sul territorio, al fine di assicurare ai pazienti e ai loro familiari il trattamento assistenziale più adeguato ai bisogni della persona.

L'articolo 21, comma 2, del DPCM sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) del gennaio 2017 prevede espressamente che: *“Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale”*

Obiettivo dell'UVM è quello di migliorare, o comunque garantire il più possibile, lo stato di salute e la qualità della vita del paziente e dei suoi familiari (in particolare dei congiunti che se ne fanno carico), attraverso la predisposizione di un progetto personalizzato, condiviso da tutti i componenti dell'equipe multidisciplinare di professionisti socio sanitari di diversa provenienza, che, previa valutazione dei diversi aspetti sanitari, familiari, sociali ed economici, definisca i bisogni globali della persona e le risposte e gli interventi più adeguati, anche sotto il profilo dell'individuazione delle strutture più adeguate, nell'ambito della rete dei servizi territoriali.

Il comma 3 dell'articolo 21 del DPCM sui LEA del gennaio 2017 stabilisce infatti che: *“Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia”*

Sulla base del PAI, i soggetti istituzionali competenti (ATS, ASST, Comune) dovranno supportare il paziente e i familiari nella ricerca di una struttura, accreditata presso il servizio sanitario regionale, idonea a garantire le prestazioni previste nel progetto di assistenza individuale.

In seguito a questo fondamentale passaggio sarà possibile definire un ulteriore aspetto: ossia l'entità della quota di copertura dei costi a carico del Servizio Sanitario nazionale e regionale, sulla base di quanto previsto dal citato DPCM sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Le Regioni possono aumentare la percentuale a carico del Servizio sanitario, ma non possono ridurla.

In caso ad esempio di ricovero di una persona non autosufficiente presso un Istituto di riabilitazione i costi sono a totale carico del Servizio Sanitario. In particolare l'assunzione del 100% della spesa a carico del Servizio sanitario è prevista esplicitamente dall'art. 34, comma 2, del DPCM sui LEA con riferimento alle seguenti tipologie:

*“a) trattamenti di riabilitazione intensiva rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità' importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 45 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo;*

*b) trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo”.*

In generale, anche al di fuori dei casi specifici relativi ai periodi di riabilitazione, il SSN dovrà intervenire a coprire il 100% dei costi delle prestazioni, ancorché erogate in strutture residenziali, ogni qual volta vi sia necessità di garantire al paziente *“prestazioni socio –sanitarie ad elevata integrazione sanitaria”*.

Infatti l'art. 3 del D.P.C.M. 14 febbraio 2001, recante *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*, che non è stato abrogato dal recente DPCM sui LEA del gennaio 2017, e che perciò va ad integrare l'atto di indirizzo nazionale sui livelli essenziali di assistenza, stabilisce 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 lungo assistenza”.*

Al di fuori dei casi di prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, il Fondo sanitario interviene a coprire una parte dei costi di ricovero.

Con riferimento ai casi di *“disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare”*, ricoverati in RSD, preposte all'assistenza sociosanitaria residenziale rivolta alle persone con disabilità, i costi a carico del SSN sono pari al 70% della tariffa giornaliera. Dal combinato disposto dei commi 1 e 2 dell'art. 34 del DPCM sui LEA si evince infatti chiaramente che *“sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera”* i *“trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate”*.

Con riferimento ai casi più frequenti di persone non autosufficienti ricoverate presso RSA per prestazioni sociosanitarie di lunga assistenza la quota a carico del SSN, stabilita dall'art. 30, comma 1, lettera b, del DPCM sui LEA deve essere *“pari al 50 per cento della tariffa giornaliera”*.

Pertanto, nell'ambito di una dimissione protetta da un Presidio Ospedaliero di una persona non autosufficiente non curabile a domicilio per la quale venga prospettato il ricovero presso una RSA è fondamentale garantire, da parte dei soggetti istituzionali coinvolti nel relativo procedimento, che:

- a) la RSA, indicata per la presa in carico del paziente, a seguito di apposita valutazione multidimensionale dei bisogni della persona, sia struttura accreditata presso il Servizio Sanitario;
- b) la RSA sia idonea, sotto il profilo dei requisiti organizzativi e di qualità delle prestazioni di cura erogate, a garantire l'erogazione delle prestazioni previste nel Progetto Assistenziale Individualizzato;
- c) l'ATS territorialmente competente corrisponda alla RSA una quota, a carico del Fondo sanitario nazionale e regionale pari al 50% del costo della retta.

Per completare il quadro, è necessario che il Comune territorialmente competente, di residenza della persona interessata, soggetto istituzionale coinvolto nel procedimento di dimissione protetta e nell'ambito dell'UVM, intervenga ad integrare la retta applicata dalla RSA sulla base dei parametri previsti dal DPCM 159/2013 recante *“Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)”*. In sostanza la quota a carico del Comune equivale alla differenza fra retta (al netto del 50% a carico del servizio sanitario) e quota a carico dell'assistito, che dovrà essere commisurata al suo ISEE socio sanitario. A tale riguardo i regolamenti comunali dovranno essere rispettosi di questi parametri normativi nazionali previsti dal DPCM 159/2013, senza alcuna facoltà di poter introdurre clausole peggiorative sotto il profilo economico a carico degli utenti.

Si rammenta che la modifica della normativa sull'ISEE era prevista dal 2011 nella legge *“Salva-Italia”*, n. 214 del 22 dicembre 2011, che all'art. 5 demandava ad un successivo DPCM la revisione delle modalità di determinazione e dei campi di applicazione dell'ISEE.

Da quanto sopra illustrato si possono perciò trarre le seguenti conclusioni, nell'auspicio che possano rappresentare delle utili indicazioni per prevenire/risolvere possibili controversie in materia di dimissioni protette.

In primo luogo, per garantire una dimissione appropriata da un presidio ospedaliero (o da altra struttura di ricovero) di una persona fragile, perché priva di autonomia nel compiere le funzioni più elementari della vita (disabili gravi, malati cronici non autosufficienti, ecc.) è fondamentale che la dimissione sia preceduta ed orientata da una valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente (cosiddetta UVM), con il conseguente coinvolgimento di équipe formate da operatori professionali e dei familiari della persona interessata.

Nel caso in cui venga prospettato il ritorno delle persone malate non autosufficienti presso le proprie abitazioni è necessario che il servizio sanitario garantisca un supporto domiciliare medico, clinico ed infermieristico adeguato, in termini di congrue ore giornaliere in relazione alle patologie diagnosticate, alla luce di quanto previsto dall'art. 22 del DPCM sui LEA del gennaio 2017.

Nel caso in cui venga prospettato il trasferimento della persona non autosufficiente non curabile a domicilio presso una struttura protetta permanente (RSA, RSD), deve essere garantita la continuità assistenziale, nel senso che la struttura accreditata di destinazione deve garantire la presenza di un personale adeguato sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo per fornire le prestazioni di cura adeguate, conformi a quanto previsto nel Progetto di Assistenza Individualizzato della persona.

Le rette a carico degli assistiti devono essere commisurate a quanto previsto dai richiamati DPCM in materia di LEA e di ISEE

Nel caso in cui le persone non autosufficienti siano affette da malattie gravissime che richiedono prestazioni ad alta integrazione sanitaria il costo delle stesse prestazioni deve essere a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

### **Liste e tempi d'attesa**

La gestione delle liste e dei tempi d'attesa rappresenta una delle principali criticità dei sistemi sanitari che assicurano ai cittadini la copertura universale delle prestazioni sanitarie.

Per tempo di attesa si intende il periodo che intercorre tra la data di prenotazione e la data di effettuazione delle prestazioni.

La materia è stata oggetto di un paio di segnalazioni nel corso del 2017, in relazione alle quali ho provato a fornire alle persone interessate alcuni chiarimenti ed approfondimenti di carattere normativo, che ritengo utile condividere anche nella presente relazione, data la rilevanza dell'argomento.

Tengo a precisare che le segnalazioni trattate in questo ambito hanno visto anche l'intervento dell'URP, ed in ogni caso si sono risolte positivamente senza ulteriori contenziosi tra utenti ed ASST Nord Milano

In particolare può essere utile approfondire quanto previsto dall'art. 3, comma 10, del Decreto legislativo n. 124 del 1998: *“Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, le regioni disciplinano i criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere determinano, entro trenta giorni dall'efficacia della disciplina regionale, il tempo massimo che può intercorrere tra la data della richiesta delle prestazioni di cui ai commi 3 e 4 e l'erogazione della stessa. Di tale termine è data comunicazione all'assistito al momento della presentazione della domanda della prestazione, nonché idonea pubblicità' a cura delle aziende unità sanitarie locali ed ospedaliere”*.

In base a questa norma, le Regioni sono tenute a disciplinare i criteri secondo i quali i direttori generali delle aziende unità sanitarie locali e ospedaliere devono determinare i tempi massimi che possono intercorrere tra la data in cui una prestazione viene richiesta e quella in cui la stessa è erogata. Tale termine non solo dovrebbe soggiacere a un'adeguata pubblicità ma andrebbe anche comunicato all'assistito al momento in cui questi presenta la domanda della prestazione.

In pratica la legge stabilisce il diritto del cittadino a conoscere la data entro cui avverrà la visita medica o l'esame diagnostico nonché il tempo massimo di attesa.

In Regione Lombardia il principio legislativo sopra menzionato è stato declinato nei seguenti termini.

Il Medico prescrittore ha sempre l'obbligo di indicare sulla impegnativa la classe di priorità, attribuita sulla base dell'esigenza clinica, secondo le modalità individuate dalla normativa:

- U (urgenza differibile): entro 72 ore.; si tratta di prestazioni la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità. A tale prescrizioni dovrà inoltre essere apposto il "bollino verde". Devono essere prenotate entro le 48 ore dalla data di prescrizione.
- B (Breve): entro 10 giorni; per prestazioni situazioni passibili di aggravamento in tempi brevi;
- D = Differibile - entro 30 giorni per le visite ed entro 60 giorni per le prestazioni strumentali per prestazioni di prima diagnosi la cui tempestiva esecuzione non condiziona in un arco di tempo molto breve la prognosi a breve del paziente
- P = Programmata - da erogarsi in un arco temporale maggiore e comunque entro le tempistiche indicate dal medico prescrittore.; si tratta di prestazioni che possono essere programmate in un maggiore arco di tempo in quanto non influenzano la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità o in quanto rappresentano una visita di controllo. Alle prestazioni verrà assegnato il primo posto disponibile in agenda

Ciò premesso, se la prestazione non può essere garantita entro i tempi massimi garantiti per legge cosa può fare il paziente?

Vediamo cosa stabilisce il già citato decreto legislativo n. 124 del 1998, all'art. 3, comma 13:

*“Fino all'entrata in vigore delle discipline regionali di cui al comma 12, qualora l'attesa della prestazione richiesta si prolunghi oltre il termine fissato dal direttore generale ai sensi dei commi 10 e 11, l'assistito può chiedere che la prestazione venga resa nell'ambito dell'attività libero-professionale intramuraria, ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e dell'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione, in misura eguale, la differenza tra la somma versata a titolo di partecipazione al costo della prestazione e l'effettivo costo di quest'ultima, sulla scorta delle tariffe vigenti. Nel caso l'assistito sia esente dalla predetta partecipazione l'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e l'azienda unità sanitaria locale nel cui ambito è richiesta la prestazione corrispondono, in misura eguale, l'intero costo della prestazione. Agli eventuali maggiori oneri derivanti dal ricorso all'erogazione delle prestazioni in regime di attività libero-professionale intramuraria si fa fronte con le risorse di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, con conseguente esclusione di ogni intervento finanziario a carico dello Stato”*

In pratica la legge stabilisce che, se la prestazione non può essere garantita entro i tempi massimi garantiti per legge, il paziente può pretendere che la medesima prestazione sia fornita dal medico privatamente, in intramoenia, senza costi aggiuntivi rispetto al ticket già pagato.

- Il malato dovrà presentare al direttore Generale dell'Azienda Sanitaria di appartenenza una richiesta in carta semplice per «prestazione in regime di attività libero-professionale intramuraria», allegando possibilmente Copia richiesta di prestazione

- Copia comunicazione CUP

In essa dovrà fornire i propri dati e premettere che:

- gli è stato prescritto un particolare accertamento diagnostico o una visita specialistica (indicando quale);
- il Cup ha comunicato l'impossibilità di prenotare la prestazione richiesta prima della data del...;
- la prestazione ha carattere urgente, incompatibile con i tempi di attesa indicati;
- il decreto legislativo n. 124/1998, all'articolo 3 comma 10, prescrive che i Direttori Generali disciplinino i tempi massimi intercorrenti tra la richiesta e l'erogazione delle prestazioni.

Dopo aver premesso ciò bisognerà chiedere:

- che la prestazione richiesta (visita medica specialistica o esame diagnostico) venga resa in regime di attività libero-professionale intramuraria (o intramoenia, che dir si voglia), con onere a carico del Servizio Sanitario Nazionale ai sensi del citato decreto legislativo n. 124/1998 articolo 3, comma 13;
- che venga fornita immediata comunicazione in merito.

### **Segnalazioni che riguardano presunti casi di responsabilità medica**

Visto che questa materia è stata periodicamente toccata nel corso di questi anni da alcune segnalazioni, ritengo sia utile ribadire alcuni concetti già espressi nelle precedenti relazioni, al fine di comprendere quanto di utile può essere fatto dall'Ufficio di Pubblica Tutela, alla luce peraltro di una delle funzioni attribuitegli dalle linee guida regionali del 2009, ossia il compito di fornire indirizzi in ordine alla possibilità di ottenere assistenza legale.

Proprio in considerazione di tale prerogativa, fermo restando che non è compito dell'Ufficio di Pubblica Tutela risolvere direttamente controversie in tema di responsabilità medica, che trovano la loro definizione, in ossequio all'ordinamento vigente, o in ambito giurisdizionale o in ambito di preventiva conciliazione stragiudiziale, il ruolo del Responsabile dell'UPT, a mio sommo parere, può essere comunque utile, quanto meno ed in primis per fornire informazioni orientative generali alla persona interessata sugli aspetti legali e processuali sottesi alle suddette controversie.

Un corretto orientamento può condurre ai seguenti risultati:

- a) fungere da deterrente nei confronti di pretese velleitarie, con vantaggio, per il cittadino e per l'ASST, di evitare l'aggravio di inutili e costose spese processuali;
- b) favorire in altri casi soluzioni conciliative, ancora una volta con evidenti vantaggi per entrambe le parti coinvolte in termini di efficacia, economia, tempestività, soddisfazione.

Sesto San Giovanni (MI), lì 6 aprile 2018

Avv. Luigi Lia

Responsabile UPT ASST Nord Milano