

COMUNICAZIONE DEL DIFENSORE CIVICO REGIONALE DEL PIEMONTE: RILIEVI CRITICI SULLA NORMATIVA REGIONALE

Con l'occasione della «relazione straordinaria» del 19 dicembre 2018 il Difensore Civico ha esposto una dettagliata critica alla discriminante normativa della Regione Piemonte che nei fatti vieta l'accesso alle cure ai malati non autosufficienti, in violazione della Costituzione e della legge 833/1978, legge fondativa del Servizio sanitario nazionale. Merita riportare per intero l'argomentazione del Difensore civico e le sue conclusioni (1).

ESTRATTO DELLA RELAZIONE STRAORDINARIA

Occorre ora esaminare in dettaglio la normativa, di rango secondario, vigente nella nostra Regione, per verificarne la coerenza con le leggi statali di diritto sanitario che si sono fin qui esaminate ed anche la congruità con il principio di buon andamento della Pubblica amministrazione, la Regione Piemonte aveva delineato, con la delibera della Giunta regionale del 20 dicembre 2004 n. 72-14420, un "Percorso di Continuità per anziani ultrasessantacinquenni o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente" che prevedeva, al termine di un periodo di ricovero della durata prefissata di 60 giorni (con spese a totale carico del Servizio sanitario regionale), «ove necessari» una possibile continuità dello stesso, «attraverso l'utilizzo di altre risposte socio-sanitarie appropriate e disponibili quali: cure

(1) Una rilevante criticità dell'impianto della argomentazioni del Difensore Civico è il riferimento ai Lea - Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie così come sono definiti dal decreto del Presidente del Consiglio del 12 gennaio 2017. Si tratta del decreto (nemmeno una legge!) impugnato al Tar del Lazio – e ora al Consiglio di Stato (cfr. l'editoriale di questo numero della rivista) – da alcune associazioni italiane, compresa l'Associazione promozione sociale, editore di Prospettive assistenziali e del notiziario ControCittà. La pesantissima discriminazione introdotta dai nuovi Lea per tutti i malati non autosufficienti (non esplicitamente esclusi nemmeno i minori) è stata denunciata su questa rivista nell'articolo "Nuovi Lea, sanità di serie B e a pagamento: per tutte le persone malate croniche e non autosufficienti discriminazioni e vincoli all'accesso" n. 197/2017, così come l'assurda pretesa del decreto di modificare i precedenti Livelli essenziali delle prestazioni, stabiliti per legge (articolo 54 della legge 289/2002).

domiciliari in lungo assistenza, interventi economici a sostegno della domiciliarità, semiresidenzialità, residenzialità». Quanto sopra, espressamente affermando che «il percorso deve essere appropriato rispetto ai bisogni identificati, prevedendo il ricorso ad uno o più tipi di intervento nel tempo, fra loro articolati, nell'ottica di ottenere il massimo del recupero possibile dopo la perdita funzionale derivante da malattia acuta, rallentare il peggioramento della disabilità e della progressione della malattia cronica, mantenere significative relazioni interpersonali per evitare isolamento ed emarginazione». Le ragioni della scelta di assicurare un percorso di continuità per anziani ultrasessantacinquenni apparivano pacificamente ascrivibili alla volontà di ottemperare alle previsioni del diritto sanitario nazionale che si sono prima sinteticamente esposte, realizzando dunque un primo, pur se ancora incompleto, approccio ai principi della "long term care" [cure di lunga durata, ndr], ispirata ad interventi di presa in carico parametrati non soltanto sulla malattia acuta ma altresì sulla progressione della malattia cronica e della disabilità. L'evoluzione della normativa regionale in funzione dei principi della "long term care" [cure di lunga/definitiva durata, ndr] modulati sugli effettivi bisogni di cura dei non autosufficienti e sulla loro progressione temporale, aveva poi trovato piena conferma con l'approvazione della legge regionale 10 del 2010, intitolata "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti". Promuovere il benessere, la qualità della vita e l'autonomia dei non autosufficienti, prevenire l'aggravamento delle patologie, operare per evitare ricoveri impropri e privilegiare le cure domiciliari: queste le promesse e gli impegni assunti con quel valoroso provvedimento normativo, purtroppo disapplicato.

A contraddirle in radice, ponendosi, a parere di chi scrive, in contrasto con le indicazioni della normativa nazionale sui Lea fu, per prima, la delibera della Giunta regionale 45-4248 del 30 luglio 2012 formulata allo scopo di

disegnare un nuovo modello di assistenza residenziale e semi residenziale per gli anziani non autosufficienti. In essa, infatti, si legittimava espressamente il ricorso alle liste di attesa nell'ipotesi in cui le risorse richieste dal progetto individualizzato del paziente non fossero immediatamente disponibili. Come è noto, la delibera di Giunta regionale 45-4248 fu oggetto di plurime censure avanti il Giudice amministrativo e, con ordinanza del 22 novembre 2012 il Tar Piemonte ne sospese, in sede cautelare, l'efficacia. Con la delibera di Giunta regionale 25 giugno 2013, n. 14-5999, intitolata "Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente" e formulata allo scopo di ottemperare all'ordinanza del Tar, fu però realizzato un rimedio peggiore del male. Nell'allegato A di questa delibera, denominato "Modalità di presa in carico della persona anziana non autosufficiente da parte della rete regionale dei servizi socio-sanitari", si prescrivevano infatti alle Aziende Sanitarie regionali «specifiche indicazioni di carattere organizzativo», dichiaratamente volte a «migliorare le modalità di presa in carico dell'anziano non autosufficiente» ma nei fatti destinate ad incisivamente peggiorarle. L'individuazione di «una griglia temporale per l'accesso appropriato alle prestazioni di assistenza residenziale, da fornire al cittadino a seguito della presa in carico nel rispetto di precise classi di priorità, elaborate attraverso indicatori di valutazione clinica e sociale» realizzava infatti un artificio espressivo volto a velare l'effettivo obiettivo perseguito dal provvedimento che era quello di confermare l'adozione del sistema delle liste di attesa nell'accesso alla residenzialità. Non solo: il criterio di commisurazione delle priorità sulla scorta dell'attribuzione di una pari dignità valutativa agli indicatori clinici ed a quelli sociali ha, nei fatti, subordinato la fruizione della quota sanitaria riferita al ricovero dell'anziano non autosufficiente ad una situazione di «bisogno sociale» anziché ad una situazione di «bisogno sanitario» che è, invece, quella presa in considerazione dal legislatore statale all'articolo 30 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017. Volendo comprendere le ragioni per cui ciò sia accaduto, occorre soffermarsi sui criteri individuati dalla

delibera – alternativamente rintracciabili nella urgenza, nella non urgenza o, infine, nella differibilità – che sono finalizzati ad assegnare i diversi gradi di priorità. Sottolineando, da subito, che essi appaiono incompatibili con i principi della presa in carico. Rientrano infatti nel novero dei «casi urgenti» quelli in cui il punteggio assegnato dalla Unità di valutazione geriatrica, con riferimento ai bisogni sanitari ed assistenziali della persona, certifica una situazione che la delibera definisce come di «alta complessità assistenziale sanitaria e sociale», cui, in linea di principio, verrebbe accostata la «alta complessità sanitaria» isolatamente considerata. L'assimilazione tra «alta complessità assistenziale sanitaria e sociale» ed «alta complessità sanitaria» è però smentita nel prosieguo della delibera, laddove i «casi non urgenti» sono individuati facendo ricorso per un verso al concetto di «significativi problemi sanitari» (espressione che appare sostanzialmente sovrapponibile a quella di alta complessità sanitaria) e, per altro verso, al concetto di «moderati bisogni assistenziali». Ciò vuol dire che, nei fatti, la differenza tra urgenza e non urgenza definita nella disposizione in esame è determinata non dai bisogni sanitari – che nelle due ipotesi sono sovrapponibili quanto a rilevanza – ma dalla situazione economica e familiare del paziente. Eppure ai due diversi gradi di priorità (urgenza/non urgenza) consegue la previsione di un drasticamente diverso «tempo di risposta della rete di servizi socio-sanitari» che, per i progetti per i quali sia stata riconosciuta l'urgenza, è di «90 giorni dalla valutazione» mentre, per i progetti valutati «non urgenti», è «di un anno dalla valutazione» [in realtà dopo un anno è prevista una nuova valutazione, non l'erogazione della prestazione, ndr]. Che a risultare decisiva sia situazione economica e familiare del paziente è ancor più evidente se ci si riferisce all'ipotesi della **differibilità, espressione che, deprivata di ogni velo di ipocrisia, equivale a rifiuto della presa in carico**. La situazione di differibilità è infatti normalmente connotata da un modesto grado di gravità ma anche, alternativamente e non congiuntamente, dal «buon grado di supporto della rete parentale o del reddito disponibile» e, secondo la delibera, non necessita di alcun tempo di risposta. Sul punto vanno segnalate

le argomentazioni di una recente decisione della Sezione Lavoro del Tribunale di Torino (2) secondo cui la normativa regionale risulta congegnata in modo tale da svilire oltre modo la rilevanza della componente sanitaria in favore di quella sociale, perché non consente mai al paziente che gode di un basso punteggio sociale di fruire della prestazione a spese della Asl. Aggiungendo come l'attribuzione di un basso punteggio sociale possa dipendere anche soltanto dalla constatazione che il paziente si trovi già inserito in una struttura residenziale, ma a proprie spese. Lo studioso che si è prima citato, nel condividere siffatto snodo argomentativo, osserva ulteriormente come in tal modo il sistema finisca per alimentare un vero e proprio circolo vizioso: giacché il Servizio sanitario regionale non garantisce il ricovero agli anziani non autosufficienti che non versino in una situazione di criticità sociale, costoro sono indotti a provvedere privatamente ai propri bisogni; e, tuttavia, proprio la circostanza che essi possano provvedere privatamente ai propri bisogni comporta che sia loro attribuito un basso punteggio sociale, cosa che impedirà loro di raggiungere i posti più alti della lista d'attesa, condannandoli a rimanere indefinitamente privi di ricovero in regime pubblicistico (3). Che tutto ciò sia in palese contrasto con principi costituzionali è evidenziato con incisività nel contesto della medesima riflessione (4), laddove viene fortemente valorizzato

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

(3) Cfr. Francesco Pallante, L'illegittimità della normativa della Regione Piemonte sulla non autosufficienza tra diritto alla salute, discrezionalità politica e limitatezza delle risorse economiche, in via di pubblicazione sulla Rivista Democrazia e diritto

(4) Osserva il professor Pallante che «è indubbio che, in tutto ciò, un ruolo rilevante sia attribuibile alle difficoltà finanziarie (peraltro mai del tutto chiarite nella completezza dei loro profili) incontrate 7 negli ultimi tempi dai bilanci regionali, difficoltà che, tra il 2010 e il 2016, hanno fatto del Piemonte l'unica regione settentrionale sottoposta ai vincoli del c.d. piano di rientro. Ciononostante, nemmeno questa situazione di fatto è, di per sé, sufficiente a giustificare giuridicamente l'inattuazione del diritto costituzionale alla salute (così come di qualsivoglia altro diritto costituzionale). Come correttamente affermato dal Tar Piemonte nella sentenza n. 156 del 2015, 'se davvero l'esecuzione del programma di solidarietà sancito in Costituzione (e ormai avviato anche dalla legge che ha previsto i Lea) incontra ostacoli di natura economico-finanziaria per l'obiettivo carenza di risorse stanziabili (vieppiù nello scenario di una Regione sottoposta a piano di rientro dai disavanzi della spesa sanitaria, come il Piemonte), il rimedio più immediato non è la violazione dei Lea ma una diversa allocazione delle risorse disponibili, che spetta alle singole

quel passaggio della sentenza 169/2017 in cui la Corte costituzionale ha enunciato il principio secondo cui «ferma restando la discrezionalità politica del legislatore nella determinazione – secondo canoni di ragionevolezza – dei livelli essenziali, una volta che questi siano stati correttamente individuati, non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica». Principio, questo, che impone di rimeditare sull'impianto argomentativo della sentenza 604 del 2015 del Consiglio di Stato, evidenziando vieppiù la fragilità.

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

amministrazioni (nel caso, alla Regione) predisporre in modo tale da contemperare i vari interessi costituzionalmente protetti che domandano realizzazione'. Il riconoscimento costituzionale di un diritto – in altre parole – non è un atto meramente formale, la cui sostanziale attuazione è rimessa alla buona volontà del legislatore. Introdurre un diritto in una Carta costituzionale significa porre un vincolo alla discrezionalità politica, che da quel momento deve preoccuparsi di predisporre (secondo le modalità ritenute più opportune) gli apparati necessari a far fronte alle esigenze a quel diritto riconducibili, sia pure inserendole nel quadro più ampio delle altre esigenze riconducibili a norme costituzionalmente pari ordinate. Equilibrio finanziario e protezione sociale sono due compiti affidati dalla Costituzione alla Repubblica, nelle sue articolazioni: vanno tra loro bilanciati avendo ben chiaro che l'economia non ha un primato sui diritti fondamentali, con la conseguenza che le esigenze economiche non possono trasformare i diritti in pretese condizionate dalla disponibilità delle risorse', ma, al contrario, è l'attuazione di tali diritti che deve conformare e indirizzare l'obbligo di distribuire le risorse disponibili'. Sulla scia della crescente attenzione dedicata dalla dottrina a queste tematiche, da ultimo la stessa Corte costituzionale è intervenuta in argomento, sancendo, con parole particolarmente incisive, che 'è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione' (sentenza n. 275 del 2016). È, questo, un passaggio argomentativo particolarmente rilevante e giustamente enfatizzato dalla dottrina, in quanto contenente un'affermazione di portata generale potenzialmente idonea a operare come regola 'di sistema' in tutti i casi in cui esigenze di attuazione dei diritti costituzionali ed esigenze finanziarie dovessero trovarsi in contrapposizione».

strutture residenziali per anziani e quelli dei percorsi di post acuzie, di durata limitata nel tempo, determina, in una rilevante percentuale di casi, la vanificazione della garanzia di continuità della presa in carico degli anziani malati cronici non autosufficienti da parte del sistema sanitario regionale, quale stabilita invece dai Lea. Tutto ciò realizza un esito configgente non solo con le previsioni dei Lea ma anche con le esigenze di efficacia ed efficienza dell'azione amministrativa. La situazione determinata dalla vigente normazione regionale contribuisce infatti per un verso a cagionare un significativo impoverimento di molte famiglie di anziani non autosufficienti – in troppi casi costrette a far fronte al pagamento dell'intera spesa per il posto letto in Rsa – e dall'altro provoca, non infrequentemente, un assai poco appropriato ricovero di anziani non autosufficienti affetti da rilevanti patologie croniche, seppur non in situazione di acuzie, nei dipartimenti ospedalieri, in particolare in quelli di emergenza-urgenza. Il che produce irragionevoli sprechi delle risorse della sanità, complessivamente considerate, visto che la spesa per un giorno di degenza ospedaliera è di circa tre volte superiore a quella di una degenza in Rsa.

Sulla scorta della disamina che si è fin qui operata lo scrivente Difensore civico, tenuto conto dei compiti assegnati all'Ufficio dalla

norma approvata in data 4 dicembre scorso (in attesa di pubblicazione sul Bur) che gli assegna la funzione di Garante della salute:

1) Raccomanda alla Giunta regionale la revisione della delibera della Giunta della Regione Piemonte del 25 giugno 2013, n.14-5999 per adeguarla alle previsioni dei Lea, in un contesto di revisione sistemica della normativa regolamentare regionale in materia, attuativa della novellata disciplina delle prestazioni e dei servizi essenziali che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire a tutti i cittadini (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017).

2) Raccomanda ai Direttori generali delle Asl regionali che ricevano da pazienti ricoverati o da loro familiari ricorsi finalizzati ad opporsi alle dimissioni da luoghi di cura di provvedere alla rivalutazione delle situazioni cliniche di costoro ed alla decisione in ordine alla dimissibilità.

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

www.tutori.it

Tutto su: tutela, amministrazione di sostegno, strumenti per la rappresentanza e la difesa dei diritti delle persone non autosufficienti