



## 3. AREA SANITARIA E SOCIO SANITARIA

### **3.1 Nodi problematici in materia sanitaria e socio-sanitaria inerenti la “presa in carico” di persone in condizione di “non autosufficienza”.**

Per quanto concerne lo scorso anno 2018, occorre evidenziare, in continuità con quanto rappresentato nelle precedenti Relazioni annuali, la persistente rilevanza di specifiche questioni in materia sanitaria e socio-sanitaria, desumibili dalle segnalazioni pervenute al Difensore civico da cittadini, Associazioni e Comitati.

In specie, sono pervenute a questo Ufficio un numero considerevole di richieste di intervento relative a situazioni conflittuali nei rapporti tra cittadini ed Amministrazioni di strutture sanitarie e socio-sanitarie, in relazione a lettere di “opposizioni alle dimissioni” dalle predette strutture, formulate per lo più da familiari di pazienti anziani affetti da patologie croniche, in condizioni di “non autosufficienza”, ivi ricoverati a fini di assistenza sanitaria ospedaliera, di riabilitazione, lungodegenza o continuità assistenziale a valenza sanitaria.

A tali questioni, connesse ad “opposizioni alle dimissioni” presentate in ragione di persistenti o aggravate condizioni di “non autosufficienza” di pazienti anziani, ha fatto seguito un incremento di casi prospettati al Difensore civico, relativi a richieste di pagamento di rette di ricovero formulate da Amministrazioni di Case di cura private accreditate nei confronti di tali tipologie di pazienti. Richieste di pagamento motivate in relazione al decorso (a seguito della vicenda oppositiva) del valore soglia di durata previsto per ricoveri post acuzie a totale carico del Servizio Sanitario .

Tali problematiche, che, come sopra precisato, hanno formato oggetto della maggior quota delle richieste d'intervento pervenute a questo Ufficio nell'anno 2018, costituiscono peraltro solamente uno, seppur rilevante, dei nodi critici evidenziati dai cittadini e relativi alla “presa in carico” di persone in condizione di “non autosufficienza”, in specie anziane o affette da disabilità, da parte delle strutture pubbliche (sanitarie, socio-sanitarie e sociali).

Sono, infatti, altresì pervenute specifiche segnalazioni e reclami che hanno, tra l'altro, evidenziato:

la carente informazione in ordine a compiti, modi e tempi di attivazione delle previste Commissioni multidisciplinari (U.V.G., U.V.A., U.M.V.D.) per quanto attiene alla valutazione, ovvero rivalutazione delle condizioni di “non autosufficienza” di anziani e disabili (peraltro

indirettamente confermata da riscontri pervenuti dalle competenti AA.SS.LL. in ordine a lettere di “opposizione alle dimissioni”);

la progressiva dilatazione dei tempi necessari per l’attivazione di prestazioni domiciliari o semi-residenziali, residenziali a favore di anziani non autosufficienti ovvero disabili, con conseguenti liste di attesa;

le richieste formulate da gestori di strutture residenziali nei confronti di parenti, congiunti, tutori, amministratori di sostegno di anziani “non autosufficienti” ivi ricoverati, di sottoscrivere “contratti di ospitalità”, comunque denominati.

### **3.1.1 La relazione straordinaria del Difensore civico del 19 dicembre 2018 in funzione di Garante della salute**

Il Consiglio regionale del Piemonte con la recente l.r. 17 dicembre 2018 n.19 (articolo 153, comma 1) ha affidato al Difensore civico “la funzione di Garante per il diritto alla salute”.

Con tale disposizione, specificando testualmente che, nell’esercizio di tale funzione, il Difensore civico “è *chiamato a verificare che venga soddisfatto dall’Amministrazione l’interesse alla qualità, all’efficienza e al buon funzionamento dei servizi apprestati dal sistema sanitario regionale, ivi compresi quelli erogati da privati in regime di convenzione. Il Difensore civico può altresì intervenire, con le modalità e i poteri disciplinati dalla legge, a tutela dei diritti, di aspettative o di interessi legittimi in materia sanitaria o socio-sanitaria qualora un atto o un provvedimento dell’Amministrazione neghi o limiti la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria o socio sanitaria*”.

Ora, alla luce di tali rinnovati compiti attribuiti a questo Ufficio e tenuto conto della ingravescente rilevanza di specifiche questioni in materia sanitaria e socio-sanitaria riguardanti pazienti anziani affetti da patologie croniche, in condizione di accertata o affermata “non autosufficienza”, quali sopra evidenziate, lo scrivente Difensore civico in data 19 dicembre 2018 ha inviato una Relazione straordinaria (ex art.8, comma 3 della l.r.50/1981) ai Presidenti del Consiglio e della Giunta regionale del Piemonte, all’Assessore regionale alla Sanità ed ai Direttori generali delle AA.SS.LL. piemontesi.

In tal modo, intendendo dare nuovo impulso all’attività da lungo tempo svolta dalla Difesa civica regionale in ordine a tale ambito di problematicità, allo scopo di ottenere concrete e significative risposte da tutti gli attori del sistema sanitario regionale, nel segno di un fattivo approccio volto alla risoluzione delle predette annose questioni.

Concretamente, la Relazione ha riguardato i seguenti punti, dei quali si riporta lo sviluppo dei relativi approfondimenti:

- le criticità nella presa in carico degli anziani non autosufficienti connesse ai profili problematici riguardanti la coerenza delle vigenti normative regionali con la normativa nazionale sui LEA;
- le omesse decisioni da parte dei Direttori generali delle AA.SS.LL. sulla dimissibilità dei pazienti, a fronte dei ricorsi gerarchici formulati mediante lettere di “opposizioni alle dimissioni” riferite a pazienti anziani affetti da patologie croniche, in condizioni di “non autosufficienza”, ricoverati in strutture sanitarie e socio-sanitarie;

le conseguenze del superamento del valore soglia di durata per il ricovero in Case di cura private convenzionate ai fini di continuità assistenziale post acuzie conseguente ad “opposizioni alle dimissioni”.

### **3.1.1.1 Criticità nella presa in carico degli anziani non autosufficienti e connessi profili problematici riguardanti la coerenza delle vigenti normative regionali con la normativa nazionale sui LEA e la congruità con il principio di buon andamento della P.A.**

La presa in carico degli anziani in condizioni di non autosufficienza è strettamente connessa alla definizione e regolamentazione dei processi di cura e assistenza di pazienti in condizioni di *“inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative”*, che alla luce delle previsioni della legge nazionale necessitano delle *“prestazioni sociosanitarie”*, in particolare definite dall’articolo 3-septies del D.Lgs 502/1992, come *“ad elevata integrazione sanitaria”*.

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

I Livelli Essenziali di Assistenza prevedono la garanzia da parte del Servizio sanitario nazionale dell’accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona ed una valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.

Ciò nel contesto di un’area specifica dei Livelli Essenziali di Assistenza riferita all’assistenza sociosanitaria, quale in ultimo definita, in continuità con la precedente normativa, dal D.P.C.M 12 gennaio 2017 recante *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 50”*. In tale area vengono delineati *“percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semi-residenziali e residenziali”* con *“erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all’area sanitaria e all’area dei servizi sociali”*.

A ciò consegue l'impegno del Servizio sanitario nazionale (articolo 22, D.P.C.M 12 gennaio 2017, avente ad oggetto "Cure domiciliari") a garantire "alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita", prevedendo anche che compete all'Azienda sanitaria locale assicurare la continuità tra le fasi di assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale a domicilio.

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

- a) *trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. La durata del trattamento estensivo, di norma non superiore a sessanta giorni, è fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalla regioni e dalle province autonome;*
- b) *trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti.*

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

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

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

Tutto ciò in sintonia con quanto previsto dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001 (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) che, con riferimento alle sopra menzionate "prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria", attinenti all'area "anziani", stabiliva (all'articolo 3, comma 3) che "tali prestazioni sono quelle, erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in

*regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza”.*

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

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

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

Le ragioni della scelta di assicurare un *Percorso di Continuità per anziani ultrassessantacinquenni* apparivano pacificamente ascrivibili alla volontà di ottemperare alle previsioni del diritto sanitario nazionale, realizzando dunque un primo, pur se ancora incompleto, approccio ai principi della *“long term care”*, ispirata ad interventi di presa in carico parametrati non soltanto sulla malattia acuta ma altresì sulla progressione della malattia cronica e della disabilità.

L'evoluzione della normativa regionale in funzione dei principi della *“long term care”* modulati sugli effettivi bisogni di cura dei non autosufficienti e sulla loro progressione temporale, aveva poi trovato piena conferma con l'approvazione della Legge regionale 10/2010, 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 D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012 formulata allo scopo di disegnare un nuovo modello di assistenza residenziale e semi residenziale per gli anziani non autosufficienti. In essa, infatti, si legittimava espressamente il ricorso alle liste di attesa nell'ipotesi in cui le risorse richieste dal Progetto individualizzato del paziente non fossero immediatamente disponibili.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sul punto vanno segnalate le argomentazioni di una recente decisione della Sezione Lavoro del Tribunale di Torino<sup>2</sup> 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.

Tutto ciò in palese contrasto con principi costituzionali, che trovano, tra l’altro, riflesso in quel passaggio della sentenza 169/2017 laddove la Corte costituzionale ha evidenziato che *“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”*.

---

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

Conclusivamente.

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

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

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.

### **3.1.1.2 Le omesse decisioni da parte dei Direttori generali delle AA.SS.LL. sulla dimissibilità dei pazienti, a fronte dei ricorsi gerarchici formulati mediante lettere di “opposizioni alle dimissioni”**

Nella Relazione straordinaria del 19 dicembre 2018, lo scrivente Difensore civico ha ritenuto di sviluppare un'articolata disamina sulla natura giuridica delle omesse decisioni in ordine alla dimissibilità dei pazienti da parte dei Direttori Generali delle ASL ai quali, ai sensi dall'art. 14, comma 5, del D.Lgs. 502/1992<sup>3</sup>, spetta l'onere di pronunciarsi a fronte di lettere di “opposizione alle dimissioni”.

---

<sup>3</sup> D.Lgs.502/1992 art.14, comma 5 “Il direttore sanitario e il dirigente sanitario del servizio, a richiesta degli assistiti, adottano le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza. Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle

Quanto sopra sul presupposto che, così come già sottolineato in precedente relazione straordinaria trasmessa il 16 maggio 2017 dallo scrivente Difensore civico ai Presidenti del Consiglio e della Giunta regionale, la scelta di attribuire al Direttore generale ASL uno specifico dovere di decidere sull'opposizione suggerisce che, alla stregua dell'obbligo giuridico di adottare un provvedimento espresso stabilito dall'articolo 2 della legge sul procedimento amministrativo, il dovere di pronunciarsi esplicitato dalla riforma del 1992 debba considerarsi espressivo delle scelte di trasparenza dell'esercizio dell'attività pubblica cui il nostro ordinamento è sempre più orientato nello sforzo di garantire al privato risposte certe da parte dell'apparato pubblico.

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

Ciò, purtroppo, non avveniva e non avviene.

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

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

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

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

---

*prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni, dal momento in cui l'interessato abbia avuto conoscenza dell'atto o comportamento contro cui intende osservare od opporsi, da parte dell'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la regione competente, al direttore generale dell'unità sanitaria locale o dell'azienda che decide in via definitiva o comunque provvede entro quindici giorni, sentito il direttore sanitario. La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnativa in via giurisdizionale".*

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

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

In ipotesi di silenzio, spirato il termine previsto dall'art.6 del DPR 1199/1971, si verificherà inoltre il rigetto tacito dell'opposizione, con facoltà di impugnativa da parte dell'opponente.

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

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

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

Tutto ciò comporta una violazione del principio di legalità, affermato dall'articolo 1 della Legge 241 del 1990 secondo cui l'azione della Pubblica Amministrazione deve essere assoggettata alla legge, che rappresenta per essa un vincolo di scopo oltre che un parametro di valutazione. Ed anche una violazione del principio di economicità dell'azione amministrativa in relazione alla possibilità, tutt'altro che remota, di una bocciatura in sede giurisdizionale delle ragioni addotte dalle Amministrazioni interessate.

### **3.1.1.3 Le conseguenze del superamento del valore soglia di durata per il ricovero in Case di cura private convenzionate ai fini di continuità assistenziale post acuzie conseguente ad “opposizioni alle dimissioni”: osservazioni riguardanti parere formulato dal Settore regionale Attività Legislativa e Consulenza Giuridica.**

Alla complessa tematica della continuità assistenziale e della capacità di risposta della Sanità della nostra Regione ai bisogni di cura ed assistenza di pazienti anziani in condizioni di “non autosufficienza”, sono connessi i sempre più numerosi casi di superamento del valore soglia di durata previsti per il ricovero in Case di cura private convenzionate a fini di

continuità assistenziale post acuzie conseguente ad *“opposizioni alle dimissioni”* dalle predette strutture formulate da un ricoverato o da un suo familiare.

Vicende alle quali hanno fatto seguito richieste di pagamento di rette di ricovero formulate dalle Amministrazioni delle Case di cura nei confronti di tali tipologie di pazienti, in ragione del decorso del ridetto valore soglia di durata previsto per tali ricoveri .

Già nella precedente Relazione annuale del 2017, lo scrivente Difensore civico aveva compiuto una specifica disamina di tale tipologia di casi, oggetto di segnalazioni da parte dei cittadini, in particolare soffermandosi prioritariamente ed evidenziando una non chiara delimitazione e applicazione della regolamentazione regionale con riguardo alla possibilità o meno di prolungamento delle diverse tipologie di degenza post-acuzie, con previsioni di eventuale abbattimento in percentuale della remunerazione della degenza da parte del Servizio Sanitario, in riferimento alle diverse tipologie di percorsi di continuità assistenziale.

Al riguardo, la predisposizione della Relazione annuale sulle attività della Difesa civica regionale era parsa peraltro occasione propizia per rivolgere all'Assessore regionale alla Sanità ed alla Direzione regionale Sanità specifica richiesta di chiarimenti sui tali nodi critici, nonché su possibili percorsi risolutivi degli stessi da avviare da parte dell'Amministrazione regionale; richieste peraltro rimaste senza significativo esito.

Ora, constatando una situazione di ingravescente conflittualità generatasi in non pochi casi nei rapporti tra pazienti, o loro familiari e, che abbiano formulato opposizione alle dimissioni ed Amministrazioni di case di Cura, lo scrivente Difensore civico ha avviato, nello scorso anno 2018, ulteriori approfondimenti su tali questioni.

In tale contesto, mediante la Relazione del 19 dicembre 2018 lo scrivente Difensore civico ha esposto ulteriori rilievi su tale questione, in occasione di disamina del parere legale formulato quale *“risposta alla richiesta prot.n.20020/A1400 del 2017”* dal Settore regionale Attività Legislativa e Consulenza Giuridica *“in merito alla liceità/legittimità di richiedere l'addebito della quota alberghiera per un ricovero improprio da parte di strutture sanitarie accreditate”*, di cui né l'iter argomentativo né le conclusioni sono apparse condivisibili.

La questione oggetto del parere involge la complessa tematica della continuità assistenziale e della capacità di risposta della Sanità della nostra Regione ai bisogni di cura ed assistenza di pazienti anziani in condizioni di *“non autosufficienza”*; tematica assai tormentata, oggetto di altalenanti decisioni giurisdizionali.

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

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

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

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

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

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

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

Il parere oggetto di esame si mostra ancor meno condivisibile laddove, riferendosi allo scadere del termine astrattamente fissato per la permanenza nei CAVS o nelle Case di Cura, opina che, una volta compiuta la prestazione di cura prevista dall’impianto della disciplina

vigente, la persona non abbia diritto soggettivo ad ottenere ulteriori prestazioni da parte del sistema pubblico.

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

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

Mediante tali disposizioni, infatti, come già evidenziato e documentato nelle precedenti sezioni della Relazione straordinaria del 19 dicembre 2018, il legislatore statale ha inteso chiaramente indicare l'inammissibilità di qualsivoglia cesura tra le diverse fasi che, unitamente e non disgiuntamente, compongono la presa in carico del non autosufficiente.

#### **3.1.1.4 Le Raccomandazioni del Difensore civico.**

Sulla scorta della disamina fin qui esposta, il Difensore civico mediante la menzionata Relazione del 19 dicembre 2018 ha formulato le seguenti Raccomandazioni:

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