

1.10.7.1/134

Consiglio  
Regionale del  
Piemonte



0001021/A01020DC 14/05/2012

Alla  
Direzione regionale Sanità  
Regione Piemonte  
Corso Regina Margherita, 153/bis  
10122 TORINO

Alla  
Direzione Politiche sociali e  
Politiche per la famiglia  
Regione Piemonte  
C.so Stati Uniti, 1  
10128 TORINO

Alla cortese attenzione del  
Direttore generale  
dell'A.S.L. TO1  
via San Secondo 29  
10128 TORINO

e p.c. Alla Fondazione promozione  
sociale onlus  
via Artisti, 36  
10124 TORINO

**OGGETTO: Intervento del Difensore civico a sostegno del principio di continuità assistenziale di cui alla D.G.R. n.72-14420 del 20 dicembre 2004.**

E' pervenuta a questo Ufficio allegata nota trasmessa in data 10 maggio 2012 dalla Fondazione promozione sociale onlus all'indirizzo del Direttore generale dell'ASL TO1 ed al Direttore sanitario della Casa di cura "Don Gnocchi" di Torino, riguardante l'"imposizione" da parte di case di cura convenzionate " di rette di degenza "nei casi in cui la presenza dell'anziano cronico non autosufficiente si prolunghi dopo l'accertamento della sua dimissibilità", presumibilmente a seguito di "opposizione alla dimissioni" formulata dal paziente o meglio dai suoi congiunti con



specifica nota, in ragione del perdurare o della progressione della malattia cronica, ovvero della situazione di non autosufficienza.

Impregiudicata restando ogni altra questione inerente la nota della Fondazione Promozione Sociale, in specie per quanto attiene alla vicenda che ha presumibilmente dato origine alla interlocuzione in atto con l'ASL TO1 e la Casa di cura "Don Gnocchi" e ogni relativo ulteriore approfondimento ovvero intervento in ipotesi richiesto a questo Ufficio nell'ambito dei compiti attribuiti alla Difesa civica istituzionale dalla vigente normativa, dalla lettura di quanto esposto dalla Fondazione nella ridetta nota emergono, in particolare, problematiche riguardanti l'effettiva realizzazione di quel "diritto alla continuità" delle prestazioni sanitarie ed assistenziali, per lo più ricomprese nell'"Area integrazione socio-sanitaria" del D.P.C.M. 29 novembre 2001 ("Definizione dei livelli essenziali di assistenza"), previste a favore di anziani ultra sessantacinquenni ovvero persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente.

Tutto ciò, in necessario coordinamento, in particolar modo, con quanto previsto dalla normativa regolamentare della Regione Piemonte (D.G.R. 20 dicembre 2004, n.72-14420) in ordine all'articolazione di "Percorso di Continuità Assistenziale", a cui il cittadino non autosufficiente in situazione di malattia acuta accede attraverso Pronto Soccorso e/o Reparto Ospedaliero e che si sviluppa sulla base di "progetto riabilitativo, clinico e assistenziale", in un lasso di tempo determinato ed a carico del Servizio Sanitario Regionale.

Al riguardo, la menzionata D.G.R. n.72-14420 del 20 dicembre 2004, nel prevedere espressamente che "Il Percorso deve essere monitorato nei tempi e secondo le modalità nello stesso predefiniti, affinché venga sempre garantito un **appropriato dimensionamento del servizio offerto rispetto all'evoluzione del bisogno della persona**", evidenzia testualmente che il Percorso "ove necessari, potrà trovare continuità attraverso l'utilizzo di altre risposte socio-sanitarie appropriate e disponibili quali:

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

Orbene, nell'ambito della effettiva realizzazione della continuità delle prestazioni, condividiamo (parimenti a quanto precisato dalla Fondazione Promozione Sociale nella nota pervenuta) l'intento dell'Amministrazione regionale del Piemonte, quale evidenziato dall'art.1 della legge regionale n.10 del 18 febbraio 2010 ( "Servizi domiciliari per persone non autosufficienti"), di operare, per quanto attiene ai cittadini non autosufficienti, "per evitare ricoveri impropri" e favorire "la loro permanenza presso il domicilio nel quadro del rispetto prioritario della cultura della domiciliarità richiesto dalla persone e dalle famiglia"; tutto ciò per evidenti vantaggi terapeutici, nonché per profili di sgravio economico per le Amministrazioni pubbliche coinvolte, a confronto con l'utilizzo di più dispendiose risposte socio-sanitarie di tipo residenziale, non sempre appropriate rispetto all'evoluzione dei bisogni della persona.

Quanto sopra, tuttavia, ritenendosi di dover rammentare che per **"continuità"** si definisce **"la caratteristica di ciò che si svolge o si ripete senza interruzione, nel tempo e nello spazio"** ( vedasi Vocabolario della lingua italiana di Nicola Zingarelli); "caratteristica" che dovrebbe necessariamente sostanziare l'intero procedere delle prestazioni socio-sanitarie erogate a favore dei cittadini non autosufficienti (non solo nell'ambito del "Percorso di Continuità Assistenziale" di cui alla ridetta D.G.R. n.72-14420 del 20 dicembre 2004) e in difetto della quale, in presenza di "liste di attesa", le misure infine attuate, siano esse a carattere domiciliare o residenziale si rivelano per lo più tardive, in particolare quando il trascorrere del tempo abbia compromesso la salute degli interessati.

Ciò premesso, dalla lettera e prima ancora dalla casistica delle segnalazioni che giornalmente pervengono a questo Ufficio da una generalità di utenti, fatto salvo la vicenda specifica delineata dalla nota della Fondazione Promozione Sociale, che ci riserviamo di valutare, paiono emergere, in particolare, i seguenti profili problematici:

- 1) il venir meno della sopra evidenziata caratteristica di "continuità assistenziale" delle prestazioni socio-sanitarie previste a favore di cittadini non autosufficienti, in specie, alla conclusione della fase del "Percorso di Continuità Assistenziale" di cui alla menzionata D.G.R. n.72-14420 del 20

settembre 2004, allorquando, dopo la valutazione dell'U.V.G. competente, il cittadino si vede troppo spesso collocato in "liste di attesa" per accedere a prestazioni di carattere non solo residenziale, ma anche domiciliare, ricevendo dalle strutture pubbliche interessate unicamente comunicazioni meramente descrittive e riassuntive della condizione in cui lo stesso cittadino versa quanto alla graduatoria, con indicazione numerica e al più, con indicazione del tempo di attesa dell'effettiva presa in carico, sia pure non in termini rigidi e assoluti ;

- 2) in tale ambito, la sempre più diffusa situazione nella quale il cittadino non autosufficiente, al termine dell'attuazione del ridetto "Percorso di Continuità", in presenza di mancata "continuità", ancorché necessaria, nell'"utilizzo di altre risposte socio-sanitarie appropriate e disponibili" disposte dalle strutture pubbliche all'uopo deputate (siano esse di tipo residenziale ma anche domiciliare), si vede **costretto a rivolgersi a strutture residenziali private** (R.S.A., R.A.F., Case di cura) , **con rette di degenza, oltremodo onerose, a totale proprio carico e/o con il concorso dei propri congiunti.**

Su tali problematiche il nostro Ufficio è già intervenuto con nota prot.n. 2319 del 27 settembre 2011, che si allega per opportuna memoria, anche con riguardo al problema della compartecipazione alle spese di degenza post- acuzie, mentre con l'odierno intervento intendiamo evidenziare e richiamare l'attenzione degli Enti in indirizzo sulla specifica questione di cui in appresso.

Pertanto, anche a prescindere da profili specifici, in ipotesi presi in esame nella lettera della Fondazione Promozione Sociale, attenendoci alla casistica oggetto delle segnalazioni pervenute a questo Ufficio della Difesa civica regionale inerenti vicende che per lo più riguardano cittadini non autosufficienti facenti parte di categorie disagiate, si impone un doveroso riscontro da parte delle Amministrazioni in indirizzo in ordine :

- a) a come le Amministrazioni coinvolte intendano ovviare alle problematiche sopra esposte, in specie **garantendo a favore dei cittadini non autosufficienti, ove ne sia accertata la necessità, la "continuità assistenziale"**, così come, in

particolare, specificata nella normativa regionale, **non solo nei limiti temporali del “Percorso di Continuità Assistenziale”** (di carattere prettamente sanitario) di cui alla predetta D.G.R. n.72-14420 del 20 dicembre 2004, all'uopo provvedendo a mettere a regime meccanismi che garantiscano nell'effettività ai cittadini che ne abbiano bisogno “l'utilizzo di risposte socio-sanitarie appropriate e disponibili” in regime di “continuità”, attuando una concreta tutela dei diritti dei medesimi, attraverso un razionale ed equo “bilanciamento” delle pur limitate risorse disponibili;

- b) ai **profili di responsabilità che in ipotesi fanno capo all'Amministrazione** che, non conducendo a realizzazione, in termini di “continuità”, un progetto sanitario e assistenziale previsto a favore di cittadino non autosufficiente oltre alla fase del “Percorso di Continuità Assistenziale”, di fatto può indurre, così come nella fattispecie evidenziata dalla Fondazione promozione sociale, ma anche in altri numerosi casi venuti all'attenzione del Difensore civico, il cittadino medesimo a farsi carico in proprio, o con il concorso dei congiunti, delle spese necessarie per fruire di risposte socio-sanitarie appropriate, non senza evidenziare la condizione, sempre più rilevante in termini quantitativi, di quanti non dispongono dei mezzi necessari per poter fare fronte economicamente all'emergenza.

In tal senso, richiedendosi alle Amministrazioni interessate di **farsi effettivo carico di situazioni** quali quelle sopra delineate, **che possono sostanzialmente configurare fattispecie di inadempimento da parte di Amministrazioni** che, in base al dettato della vigente normativa, debbono garantire “ la “promozione del benessere, la qualità della vita e l'autonomia, dei cittadini non autosufficienti”, prevenendo “l'aggravamento delle loro patologie”, ovvero “rallentando il peggioramento della disabilità o della progressione della malattia cronica” (vedasi all'uopo legge regionale 18 febbraio 2010 n.10 e menzionata

D.G.R. 72-14420 del 2004), realizzando un percorso continuativo di misure socio-sanitarie "appropriate e disponibili" .

Effettivamente, in termini di responsabilità giuridicamente rilevante, conseguente alla dedotta e, secondo noi sussistente, esigibilità del diritto soggettivo alla "continuità assistenziale", che altro non è che un'estrinsecazione del diritto alla salute costituzionalmente protetto dall'art.32 della Costituzione, potrà ritenersi che l'inadempimento, obiettivo dal punto di vista temporale, ma anche nella sua espressione contenutistica, dell'Amministrazione, quale sembra emergere nella fattispecie, possa concretare per un verso fattispecie di "cattiva amministrazione", mentre per altro verso, incumbendo sull'Amministrazione l'onere di dimostrare di aver fatto tutto il possibile per evitare discontinuità, come è interesse della stessa Amministrazione, potrà affermarsi che su quest'ultima gravi in definitiva l'onere di farsi in qualche modo carico di ogni conseguenza sfavorevole in termini economici a carico del cittadino incolpevole e, viceversa, bisognoso di assistenza in regime di continuità, riconosciuto dallo stesso Ente.

Come farsene carico è responsabilità dell'Ente specificare, comunque non sottraendosi al confronto con le istanze provenienti da cittadini particolarmente svantaggiati, che non meritano di subire pregiudizi o, talora, di rimanere in attesa di "continuità assistenziale" ai medesimi negata, ritardata talora anche fino alla morte.

Nel rimanere in attesa di riscontro, doveroso *ex lege*, in ordine alle problematiche sopra esposte, confidiamo che vogliate dare corso ad ogni azione conseguente alle indicazioni sopra esposte e porgiamo distinti saluti.

IL DIFENSORE CIVICO  
Avv. Antonio CAPUTO



AC/FM

Consiglio  
Regionale del  
Piemonte



0002319/580500 27/09/2011

Alla  
Direzione Sanità  
REGIONE PIEMONTE  
C.so Regina Margherita, 153/bis  
10122 TORINO

e p.c. Alla cortese attenzione  
dell'Egr. Dr. Paolo Monferino  
Assessore alla Tutela della  
Salute e Sanità  
REGIONE PIEMONTE  
C.so Regina Margherita, 153/bis  
10122 TORINO

Alla cortese attenzione  
dell'Ill.mo Sig.  
On. Valerio Cattaneo  
Presidente del Consiglio  
regionale del Piemonte  
SEDE

**OGGETTO: Problematiche relative a : liste di attesa e reddito di riferimento, con riguardo a prestazioni sociali agevolate di natura socio-sanitaria.**

Intervento del Difensore civico in materia di **compartecipazione ai costi delle prestazioni sociali agevolate, di natura socio-sanitaria**, erogate: **a domicilio** (Assistenza domiciliare), o **in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo** (RSA - Residenze Sanitarie Assistenziali, RAF – Residenze Assistenziali Flessibili, Centri diurni), a favore di persone con **handicap permanente grave accertato** e a favore di **anziani ultrasessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle Aziende Sanitarie Locali.**

Abbiamo ricevuto dal "CSA – Coordinamento sanità e Assistenza fra i movimenti di base" – esposto del 21 settembre 2011, che si allega in copia,



trasmesso peraltro anche ai Presidenti del Consiglio regionale e della Giunta della Regione Piemonte, nonché agli Assessori e Consiglieri regionali, laddove il Sig. Francesco Santanera, a nome del Coordinamento, afferma, in particolare, per quanto riguarda “spese di ricovero presso le Rsa e strutture analoghe”, che, “gli assistiti, se si tratta di soggetti con handicap in situazione di gravità o di ultrasessantacinquenni non autosufficienti, devono contribuire alle spese sulla base delle loro personali risorse economiche, senza alcun onere per i congiunti conviventi o non conviventi”.

Orbene, anche alla luce della discussione tenutasi presso il Consiglio regionale in data 20 settembre 2011, convocata per dibattere sull’attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in relazione, tra l’altro, all’incremento delle liste di attesa per l’accesso alle prestazioni domiciliari e residenziali da parte di anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti e di persone affette da handicap permanente grave, nonché tenutosi conto delle segnalazioni provenienti da singoli cittadini, dalle quali trova conferma il predetto incremento e aggravamento di problematiche riguardanti l’accesso alle prestazioni socio-sanitarie erogate a favore di tali categorie di cittadini (anche per quanto concerne la compartecipazione dei cittadini ai costi delle prestazioni), lo scrivente Difensore civico, con la presente, ritiene doveroso, in funzione dei propri compiti istituzionali, tipici della pubblica funzione di Difesa civica, intervenire in ordine alla specifica questione esposta dal “CSA”, nell’ambito delle problematiche socio-sanitarie sottoposte all’attenzione di questo Ufficio da cittadini singoli, Enti e Associazioni.

**Ora, il problema sollevato con la menzionata lettera dal CSA, attiene alla questione della possibile compartecipazione al costo delle prestazioni sociali agevolate di natura socio-sanitaria, erogate a favore di anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti e persone affette da disabilità permanente grave, da parte di loro congiunti conviventi o non conviventi e all’imputazione del loro reddito.**

Qualsiasi valutazione in ordine ai criteri di compartecipazione dei cittadini utenti dei servizi socio-sanitari deve necessariamente tenere conto della vigente disciplina sulla compartecipazione al costo delle prestazioni sociali agevolate di

natura socio-sanitaria, erogate a favore di anziani ultrasessantacinquenni non autosufficienti e persone affette da disabilità permanente grave, di cui all' **art.3 comma 2-ter del D.Lgs.31 marzo 1998, n.109, comma aggiunto dall'articolo 3, comma 4 del D.Lgs. 3 maggio 2000, n.130.**

Merita rammentare che detto comma 2-ter del D.Lgs. 31 marzo 1998, n.109 così dispone : ***"Limitatamente alle prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, rivolte a persone con handicap permanente grave, di cui all'articolo 3, comma 3, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, accertato ai sensi dell'articolo 4 della stessa legge, nonché a soggetti ultra sessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle aziende unità sanitarie locali, le disposizioni del presente decreto si applicano nei limiti stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta dei Ministri per la solidarietà sociale e della sanità. Il suddetto decreto è adottato, previa intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, al fine di favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza e di evidenziare la situazione economica del solo assistito, anche in relazione alle modalità di contribuzione al costo della prestazione, e sulla base delle indicazioni contenute nell'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 3-septies, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni"***.

Quanto sopra va correlato con quanto disposto dal precedente **art.2 comma 6 del medesimo D.Lgs. 31 marzo 1998, n.109**, in base al quale viene precisato che le disposizioni del Decreto, riguardante "Definizioni di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate", non comportano modificazioni nella disciplina civilistica degli alimenti, in particolare per quanto attiene alle persone obbligate a prestare gli alimenti (indicate nell'ordine dall'art.433 del Codice civile) e, in tal senso, **"non possono essere interpretate nel senso di attribuire agli enti erogatori della facoltà di cui all'articolo 438, primo comma, del codice civile nei confronti dei componenti il nucleo familiare del**

**richiedente la prestazione sociale agevolata**". Art. 438 che al primo comma prevede che "gli alimenti possono essere chiesti solo da chi versa in istato di bisogno e non è in grado di provvedere al proprio mantenimento".

E' esclusa, pertanto, una qualche possibilità di surroga dell'Amministrazione, trattandosi di *lex specialis* che, come avviene anche ad altri fini e in altri ambiti (si veda, a titolo esemplificativo, la legge 29 marzo 2001 n.134 e succ.mod., che, in tema di patrocinio a spese dello Stato, prevede il riferimento al solo reddito personale del richiedente, ai fini dell'ammissione al beneficio, quando siano oggetto della procedura giurisdizionale "diritti della personalità", ovvero nei procedimenti in cui gli interessi del richiedente siano in conflitto con quelli di altri componenti il nucleo familiare con lui conviventi), vuole tutelare l'autonomia individuale e l'indipendenza della persona (anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente e disabile in condizione di accertata gravità) richiedente prestazioni socio-sanitarie agevolate.

Il ché, non comporta affatto il venir meno dei vincoli di solidarietà e dei vincoli di natura civilistica tra parenti, restando fermo naturalmente ogni altro aspetto inerente ad ulteriori profili, doveri e obblighi giuridici.

**L'immediata applicabilità dell'articolo 3, comma 2-ter del D.Lgs. 31 marzo 1998, n.109**, in specie per quanto riguarda il **principio di "evidenziazione della situazione economica del solo assistito"**, indipendentemente dalla sua attuazione in parte demandata ad apposito decreto, non ancora adottato, del Presidente del Consiglio dei Ministri, ha trovato costante conferma nella giurisprudenza di legittimità (Consiglio di Stato, sentenza 16 settembre 2011, Sezione V, n.5185; conformi C.d.S. sentenza 16 marzo 2011, Sez.V, n.1607 , C.d.S. sentenza 26 gennaio 2011, Sez.V, n.551).

In particolare con la citata Sentenza 16 settembre 2011, n.5185, che si allega in copia, si afferma con nettezza "*come il d.lgs. n.109/98 abbia introdotto l'I.S.E.E. come criterio generale di valutazione della situazione economica delle persone che richiedono prestazioni sociali agevolate*" e che "*l'applicazione di tale parametro comporta che la condizione economica del richiedente sia definita in relazione ad elementi reddituali e patrimoniali del nucleo familiare cui egli appartiene*".

Tuttavia, *“rispetto a particolari situazioni, lo stesso d.lgs. n.109/98 prevede.. l'utilizzo di un diverso parametro, basato sulla situazione del solo interessato”.*

Come precisato dal Consiglio di Stato nella ridetta sentenza del 16 settembre 2011 : **“La deroga rispetto alla valutazione dell'intero nucleo familiare è limitata, sotto il profilo soggettivo, alle persone con handicap permanente grave e ai soggetti ultra sessantacinquenni non autosufficienti(con specifico accertamento in entrambi i casi) e, con riguardo all'ambito oggettivo, alle prestazioni inserite in percorsi integrati di natura sociosanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale, di tipo diurno oppure continuativo. Ricorrendo tali presupposti, deve essere presa in considerazione la situazione economica del solo assistito”.**

*“Deve ritenersi, quindi, che il citato art.3, comma 2 –ter, pur demandando in parte la sua attuazione al successivo decreto, abbia introdotto un principio, immediatamente applicabile, costituito dalla evidenziazione della situazione economica del solo assistito, rispetto alle persone con handicap permanente grave e ai soggetti ultra sessantacinquenni la cui non autosufficienza fisica o psichica sia stata accertata dalle aziende sanitarie locali” e che “Tale regola non incontra alcun ostacolo per la sua immediata applicabilità e il citato decreto, pur potendo introdurre innovative misure per favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza, non potrebbe stabilire un principio diverso dalla valutazione della situazione del solo assistito; di conseguenza, anche in attesa dell'adozione del decreto, sia il legislatore regionale sia i regolamenti comunali devono attenersi a tale principio, idoneo a costituire uno dei livelli essenziali delle prestazioni da garantire in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, mirando proprio ad una facilitazione all'accesso ai servizi sociali per le persone più bisognose di assistenza” (Consiglio di Stato, citata sentenza 16 settembre 2011, Sezione V, n.5185) .*

***I motivi della deroga secondo l'insegnamento del Consiglio di Stato, costituente ius receptum.***

***La deroga, così individuata, rispetto al criterio generale di valutazione della situazione economica dell'intero nucleo familiare delle persone che richiedono prestazioni sociali agevolate, e la sua immediata precettività, trova fondamento "oltre che sul dato letterale della legge, sul quadro costituzionale e sulle norme di derivazione internazionale, facendo particolare riferimento alla legge 3 marzo 2009 n.18 che ha ratificato la Convenzione di New York del 13 dicembre 2006, sui "diritti delle persone con disabilità". La Convenzione "si basa sulla valorizzazione della dignità intrinseca, dell'autonomia individuale e dell'indipendenza della persona disabile (v.l'art.3, che impone agli Stati aderenti un dovere di solidarietà nei confronti dei disabili, in linea con i principi costituzionali di uguaglianza e di tutela della dignità della persona, che nel settore specifico rendono doveroso valorizzare il disabile di per sé, come soggetto autonomo, a prescindere dal contesto familiare in cui è collocato, anche se ciò può comportare un aggravio economico per gli enti pubblici)" (Consiglio di Stato, citata sentenza 16 settembre 2011, Sezione V, n.5185) .***

\*\*\*\*\*

## **AMBITO DELL'INTERVENTO DEL DIFENSORE CIVICO**

***Sul diritto dei cittadini utenti in questione ad una corretta e trasparente informazione circa i diritti e i modi in cui farli valere, con riguardo al criterio del reddito.***

Precisato in tal modo il criterio reddituale di riferimento, che, alla luce dell'univoca giurisprudenza di legittimità e del dettato normativo, non pare possibile ignorare, il Difensore civico, che interviene al fine di tutelare diritti fondamentali della persona e, tra questi, anche il diritto ad una corretta e trasparente informazione, nel senso di contribuire a rimuovere asimmetrie informative che colpiscono prevalentemente le persone più deboli e svantaggiate, confida senz'altro che

l'Amministrazione si faccia carico di una trasparente informazione, in difetto della quale molte persone, che versano spesso in condizioni di concreta e anche fisica solitudine e abbandono, potrebbero trovare ulteriori ostacoli nell'accesso a prestazioni vitali e doverose, in attuazione dei principi di solidarietà ed equità.

Confidiamo senz'altro di essere informati, in tal senso, anche alla luce di segnalazioni molteplici di cittadini, spesso disinformati o non chiaramente informati, circa i modi della auspicata azione informativa, che ben potrebbe estrinsecarsi anche attraverso comunicazioni mirate, indirizzate agli interessati.

***La questione delle liste d'attesa e le risorse: necessità di concreta tutela dei diritti attraverso un razionale ed equo "bilanciamento" delle risorse.***

Alatere di questo intervento, sta l'annoso problema delle liste di attesa, per quanto concerne le ridette prestazioni agevolate.

E' pur vero che:

*"La giurisprudenza costituzionale ha da tempo messo in luce la circostanza che il bene della salute è tutelato dall'art.32, primo comma della Costituzione, 'non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell'individuo' (sentenza n.356 del 1991), che impone piena ed esaustiva tutela (sentenze n.307 e 455 del 1990), in quanto 'diritto primario e assoluto, pienamente operante anche nei rapporti tra privati' (sentenze n.202 del 1991, n.559 del 1987, n.184 del 1986, n.88 del 1979)" e che " il diritto ai trattamenti sanitari è dunque tutelato come diritto fondamentale nel suo 'nucleo irrinunciabile del diritto alla salute, protetta dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto (v., fra le altre, sentenze n.432 del 2005, n.233 del 2003, n.252 del 2001, n.509 del 2000, n.309 del 1999, n. 267 del 1998)" ( Corte di Cassazione,Sezioni Unite penali, sentenza 21 gennaio 2009, n.2437);*

*"In relazione a detti profili, assumono rilievo le particolarità del Servizio Sanitario, che richiede al legislatore ordinario di bilanciare le esigenze, da un lato, di garantire egualmente a tutti i cittadini e salvaguardare .. il diritto fondamentale alla*

*salute, nella misura più ampia possibile; dall'altro, di rendere compatibile la spesa sanitaria con la limitatezza delle disponibilità finanziarie che è possibile ad essa destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi da realizzare in questo campo"* (Corte costituzionale, sentenza 2 aprile 2009, n.94).

Si tratta, pertanto, di operare un corretto "bilanciamento", che, tuttavia, mai deve omettere o trascurare o ritardare la doverosa tutela dei diritti fondamentali.

E, se è pur vero che il "bilanciamento" delle esigenze comporta l'insorgenza del diritto alla prestazione nel momento in cui il soggetto *"si collochi nella lista di attesa in posizione tale da essere ricompreso nel novero dei posti che vengono coperti in base alle disponibilità di bilancio"* (Corte di Cassazione, Sezione Lavoro, sentenza del 17 giugno 2010, n.14642), non è meno vero che il ridetto "bilanciamento" richiede a carico dell'Amministrazione una sorta di onere di dimostrazione : nel senso di dimostrare di aver fatto tutto il possibile, senza ritardi, omissioni e in ossequio a principi di equità, oltre che di legalità e trasparenza (arg. ex Corte costituzionale, sentenza 2 aprile 2009, n.94).

Relativamente, in particolare, al **caso di dimissioni ospedaliere delle persone in oggetto, allorché bisognose e in attesa di essere avviate al così detto "percorso di continuità socio-sanitaria e assistenziale"**, nemmeno può essere ignorato ogni ulteriore ipotetico profilo di responsabilità incombente sul personale medico, relativamente alla fattispecie di dimissioni ospedaliere intempestive, non corrette o affrettate e dunque errate.

Rammentiamo che in tale fattispecie, naturalmente ricorrendone le condizioni soggettive e oggettive, che vanno valutate in concreto e caso per caso, la Corte di Cassazione ha affermato l'esigenza, non priva di conseguente sanzione penale, che il medico, pur nel rispetto di ipotetiche "linee guida", valuti attentamente le esigenze di cura del malato e il suo diritto di ottenere le prestazioni mediche più appropriate.

*" Se le linee guida...addotte dall'imputato a giustificazione della decisione di dimettere ...dovessero rispondere solo a logiche mercantili, il rispetto delle stesse a scapito dell'ammalato non potrebbe costituire per il medico una sorta di salvacondotto, capace di metterlo al riparo da qualsiasi responsabilità, penale e civile, o anche solo*

*morale, poiché sul rispetto di quelle logiche non può non innestarsi un comportamento virtuoso del medico che, secondo scienza e coscienza, assuma le decisioni più opportune a tutela della salute del paziente”, nel nostro caso anziano ultrasessantacinquenne non autosufficiente ovvero affetto da accertata grave disabilità.*

Al riguardo del problema delle liste di attesa si pone parallelamente l'esigenza che l'Amministrazione, facendosene carico, “accompagni” opportunamente il percorso definito di “continuità socio-sanitaria e assistenziale”.

Dobbiamo, infatti, rilevare sul punto, che ha costituito oggetto di numerosi interventi del Difensore civico, anche alcuni problemi di comunicazione nei riguardi dei cittadini interessati.

Intendiamo riferirci al fatto che, a seguito della valutazione dell'U.V.G. competente, il cittadino si vede troppo spesso, e così come è stato evidenziato al Difensore civico nella totalità dei casi trattati dallo stesso, quale destinatario di “burocratiche” comunicazioni meramente descrittive e riassuntive della condizione in cui lo stesso cittadino versa quanto alla graduatoria, con indicazione numerica e null'altro (cfr., a titolo esemplificativo, nota pervenuta in data odierna dall'ASL TO3, che si allega in copia), senza alcuna ulteriore specificazione, tanto in ordine al tempo dell'effettiva presa in carico, sia pure non in termini rigidi e assoluti, quanto in ordine a possibili rimedi alternativi al ricovero e, ancora, a modi e contenuti di un progetto di assistenza che, sia pure non immediato, venga indicato.

Sempre più spesso, il cittadino è lasciato solo e, pur essendo riconosciuto, in astratto, il suo diritto, lo si mette nella condizione di dovere egli, nuovamente, rivolgersi agli uffici, che, a loro volta, spesso lamentano come il cittadino medesimo “non si sia più fatto vivo”. E necessariamente, in soggetti e persone fragili, la condizione di “sospensione” in cui sono lasciati, è generatrice, come ha potuto constatare più volte il Difensore civico, di disagio, frustrazione e incertezza sul che e come fare.

E, in un caso recentemente trattato da questo Ufficio, che ne ha investito l'A.S.L. competente e codesta Direzione, una cittadina anziana non autosufficiente

nelle more è deceduta, così come abbiamo già avuto modo di segnalare in altro contesto.

## **IPOTESI E SUGGERIMENTI**

Confidiamo, senz'altro, che l'Amministrazione si faccia concreto carico della problematica, che pare richiedere un approccio contraddistinto da una migliore e più efficace comunicazione, in una relazione con il cittadino interessato che lo faccia sentire **"ascoltato"** e, in concreto, **"osservato"** e, pertanto, correttamente **"protetto"**, attraverso un **"monitoraggio"** costante delle diverse posizioni.

In pratica, si tratterebbe, forse, di dare concretezza al motto che accompagna la comunicazione delle AA.SS.LL. del Piemonte : **"Non c'è cura senza cuore"**.

Tutto ciò inerisce, per un profilo generale, alla moderna concezione dell'azione amministrativa e ai principi di "buona amministrazione" che si traducono, secondo le carte dei principi, talora rimasti sulla carta, nella capacità della stessa Amministrazione di liberare il cittadino da incombenze, oneri e attività che la stessa Amministrazione è in grado di adempiere e assolvere.

Nel nostro caso l'Amministrazione potrebbe individuare, in concreto, lo spazio temporale dell'attesa, comunicarlo all'interessato, scadenze la propria attività, interpellare il soggetto e, infine, avviarlo al "percorso", senza attendere nuove domande, sollecitazioni e quant'altro, come pare emergere dai casi trattati dal Difensore civico.

Anche su tali punti è parso senz'altro doveroso l'intervento del Difensore civico, proprio della funzione istituzionale svolta dallo stesso, rivolto a sollecitare l'attuazione dei principi di "buona amministrazione", di cui il Difensore civico si onora di essere garante e tutore, nel segno della trasparenza, legalità ed equità.

Nel rimanere in attesa di riscontro, doveroso *ex lege*, in ordine alle problematiche sopra esposte, confidiamo che vogliate dare corso ad ogni azione conseguente e porgiamo distinti saluti.

IL DIFENSORE CIVICO  
Avv. Antonio CAPUTO



AC/FM