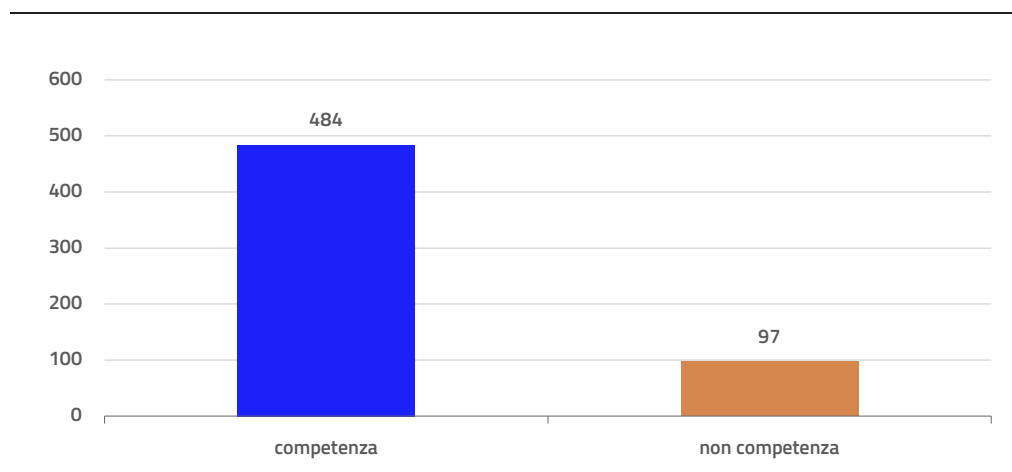


professionali e gli organi giudiziari, sono stati quindi ricompresi quegli enti nei cui confronti l'Ufficio ha dovuto declinare la competenza.

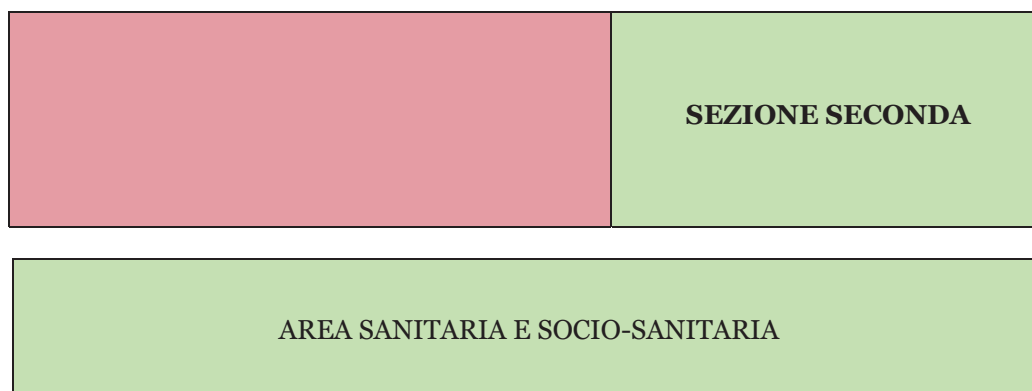
Grafico n. 5 – Riepilogo delle istanze trattate nell'anno 2021



Nel grafico n. 5, infine, si propone un riepilogo finale delle istanze pervenute all'Ufficio nell'anno 2021, in base all'esito dell'istruttoria svolta.

Al riguardo si osserva che nell'83,3% dei casi (484) gli interventi hanno riguardato istanze di competenza della Difesa civica, mentre nel 16,7% (97) le istanze si sono rivelate di non competenza. In tali casi comunque è stato garantito un corretto orientamento degli interessati in ordine ai mezzi di tutela dei propri diritti.

PAGINA BIANCA



2. Introduzione all'esercizio della funzione del Garante del diritto alla salute di cui all'art. 2 della Legge 8.03.2017, n. 24 e art. 2 comma 4 bis della l.r. 9.12.1981, n. 50

La Regione Piemonte con la legge n. 47 del 1985 ha incluso tra i soggetti destinatari degli interventi del Difensore civico gli enti operanti nel settore sanitario.

In particolare, il succitato provvedimento legislativo ha stabilito la facoltà del Difensore civico di *“intervenire anche per tutelare il cittadino nell'ottenere dagli organi amministrativi del Servizio sanitario e delle UUSLL operanti nella Regione quanto gli spetta di diritto”*, comunicando eventuali rilievi e conclusioni *“all'Assessorato regionale alla Sanità, all'Assemblea ed al Comitato di gestione della competente USL”*.

L'aspirazione, sottesa a tali previsioni, era quella di consolidare la tutela amministrativa del cittadino, già attribuita con la legge regionale 9 dicembre 1981 n.50 (*“Istituzione dell'Ufficio del Difensore civico”*) estendendo esplicitamente la competenza del Difensore civico anche alla protezione di diritti soggettivi od interessi legittimi nel settore della sanità pubblica.

Successivamente, l'art. 2 della legge 8 marzo 2017 n. 24 (*“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*), meglio conosciuta come Legge Gelli, ha previsto, al primo comma, che le Regioni possono affidare ai Difensori civici, presso di esse istituiti, la funzione di Garante per il diritto alla salute.

Il Difensore civico, quindi, secondo quanto disposto dal secondo comma del succitato art. 2, può essere adito *“per la segnalazione di disfunzioni del sistema dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria”*, ovvero anomalie, inefficienze e squilibri che attengono al funzionamento di enti e strutture del servizio sanitario regionale. E,

in tale ambito, prosegue il terzo comma, *“il Difensore civico interviene a tutela del diritto lesa, con i poteri e le modalità stabiliti dalla legislazione regionale”*.

Il dettato normativo consente perciò di evidenziare che l'attività esercitata dal Difensore civico, a fronte della segnalazione del singolo diritto lesa, si svolge in funzione di un'azione di contrasto alle disfunzioni riscontrate e, più in generale, della garanzia di buona amministrazione del complesso di risorse umane, scientifiche e strutturali che compongono l'apparato pubblico destinato a realizzare concretamente la tutela della salute.

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

In particolare il legislatore regionale, novellando l'art. 2 della legge 50/1981 ha specificato 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”*.

Inoltre, con la legge 19/2018 (art. 154) è stato riconosciuto che *“In materia sanitaria il Difensore civico ha facoltà di visita nelle strutture sanitarie afferenti al sistema sanitario nazionale e in quelle private in regime di convenzione inserite nel territorio regionale con lo scopo di vigilare su eventuali violazioni della dignità della persona con riferimento a soggetti ivi ricoverati”*.

In special modo, il riferimento alla *“dignità della persona”*, che promana dal principio di *“pari dignità sociale”* affermato dall'articolo 3 della Costituzione, stabilisce una precisa correlazione con il *“rispetto della persona umana”* contenuto nell'articolo 32 per cui il trattamento sanitario obbligatorio non può *“in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”*. Riconoscimento questo che colloca, quindi, il Difensore civico, a cui è affidata la funzione di Garante per il diritto alla salute, sul fronte della protezione dei diritti fondamentali, oltre quello della garanzia della buona amministrazione, già attribuito con le leggi regionali 50/1981 e 47/1985.

Gli interventi del Difensore civico in materia sanitaria spaziano quindi dalla presa in carico socio-sanitaria di persone con disabilità, di anziani malati cronici non autosufficienti (opposizioni alle dimissioni e assistenza socio sanitaria domiciliare e residenziale) all'assistenza ospedaliera, sanitaria di base, farmaceutica, protesica e territoriale, alla malasanita e alla richiesta di documentazione sanitaria.

2.1 Rassegna dei casi più significativi affrontati nel 2021

I casi di seguito riportati fanno riferimento a segnalazioni concernenti disfunzioni e/o disservizi in riferimento alle quali si è reso necessario verificare, ai sensi della legge regionale istitutiva del Garante della salute, *“che venga soddisfatto dall'Amministrazione l'interesse alla qualità, all'efficienza e al buon funzionamento dei servizi apprestati dal sistema sanitario regionale”*.

Come si potrà osservare nel prosieguo della sezione, il numero delle istanze e la platea dei soggetti interessati, da un lato e, l'assenza di strumenti amministrativi adeguati a raccogliere e/o risolvere i problemi segnalati, dall'altro, hanno indotto l'Ufficio ad avviare interlocuzioni con gli Uffici della Direzione regionale della Sanità per una disamina di carattere generale delle problematiche segnalate e la ricerca di soluzioni efficaci a tutela del diritto alla salute.

2.2 Lettere di “opposizione alle dimissioni da struttura ospedaliera, sanitaria o socio-sanitaria”

Permane negli anni la rilevanza quantitativa delle *“Opposizioni alle dimissioni da struttura ospedaliera, sanitaria o socio-sanitaria”* pervenute all'Ufficio.

Da tali lettere emerge, in particolare, la persistente criticità nella predisposizione da parte delle competenti Amministrazioni di appropriati percorsi di continuità assistenziale a favore degli anziani non autosufficienti.

Si è già sottolineato come tali opposizioni conseguano, in rapporto di causalità, alle carenze della presa in carico socio sanitaria di questa tipologia di pazienti: carenze evidenziate dalle c.d. liste di attesa ma che riguardano l'intero percorso valutativo delle patologie e delle situazioni familiari di ciascun malato.

Il principio della continuità assistenziale dovrebbe imporre l'attivazione di una rete, formale e informale, volta ad affrontare i bisogni complessivi della persona malata, cominciando da quello di essere accudita anche nella fase di approccio ai servizi del sistema socio sanitario.

La vicenda delle lettere di opposizione deve essere esaminata anche sulla scorta di un ulteriore profilo, di carattere squisitamente giuridico, che va individuato con riferimento all'omissione di quei provvedimenti istruttori e deliberativi che dovrebbero conseguire al ricevimento della "opposizione" e riguardare il tema, concreto e tangibile, della dimissibilità o meno di ciascun paziente che abbia utilizzato questa tipologia di reclamo.

Le lettere di "opposizione" (che risultano per lo più sottoscritte e inviate da parenti, congiunti, tutori e amministratori di sostegno dei pazienti) sono infatti espressamente formulate ai sensi e per gli effetti dell'articolo 14, comma. 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, che consente ai cittadini di presentare osservazioni e opposizioni in materia di sanità. Infatti, l'opposizione alle dimissioni, unitamente alla Carta dei Servizi e all'Ufficio relazioni con il pubblico, rappresenta uno degli strumenti di informazione e di garanzia che il sistema sanitario ha messo a disposizione degli utenti a seguito dell'approvazione della legge di riforma del 1992 e del successivo Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del maggio 1995 intitolato "Schema generale di riferimento della Carta dei servizi sanitari", attuativo della stessa.

Sia l'iniziativa "oppositiva" dell'utente che il "reclamo" si iscrivono nel novero degli strumenti di tutela diretta riconosciuti dall'Ordinamento: in entrambi i casi il legislatore ha infatti ritenuto opportuno concedere al cittadino utente la facoltà di rivolgersi all'Amministrazione, prima di, eventualmente, affidarsi alla tutela giurisdizionale, invocando un atto in proprio favore assunto dall'Amministrazione in autotutela.

Si coglie il significato della distinzione se si ha riguardo al contenuto degli articoli 6 e 7 del DPCM del maggio 1995 che distinguono tra i casi in cui, a fronte di una iniziativa dell'utente, vi è necessità di un'attività istruttoria semplificata e quelli in cui l'indagine diviene più complessa: in questi ultimi la decisione sulla doglianza del cittadino è affidata al Legale rappresentante dell'ente e dovrà necessariamente essere preceduta da un'articolata attività istruttoria che può estrinsecarsi in "relazioni o pareri" dei "responsabili dei Servizi, delle Unità operative, ovvero degli uffici della USL".

Sempre e comunque all'attivazione dell'utente deve corrispondere una risposta dell'Amministrazione, come si deduce dal disposto del comma 5, dell'articolo 14, della riforma del 1992, secondo cui *"Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle 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 e opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale"*.

In riferimento alle istanze pervenute, l'Ufficio ha avuto cura di inviare specifica informativa ai segnalanti riguardante l'ambito e le modalità dell'intervento dell'Ufficio evidenziando che nell'Allegato 6, "Unità di Valutazione Geriatrica - U.V.G.", della D.G.R. 45 - 4248 del 30 luglio 2012, è prevista, tra l'altro, la facoltà in capo al cittadino, in occasione delle visite che vengono effettuate da parte dell'Unità di Valutazione Geriatrica, di farsi assistere dal proprio Medico di Medicina Generale, che diventa membro effettivo della Commissione per l'esame del caso riguardante il proprio assistito, o anche da altro medico di propria fiducia. I professionisti così scelti potranno interloquire con la Commissione in riferimento alla concreta rilevanza e al conseguente inquadramento normativo delle patologie dedotte, nonché delle conseguenti esigenze terapeutiche.

D'altro canto, l'Ufficio ha proceduto ad una disamina generale della presa in carico da parte del Servizio sanitario e del diritto alla continuità delle cure, con particolare riferimento al bisogno sanitario delle persone anziane non autosufficienti, nell'ottica di avviare specifica interlocuzione con gli Uffici della Direzione regionale della sanità.

2.3. Istanze di intervento riguardanti restrizioni o divieti opposti all'accesso e visita ad anziani ricoverati presso RSA o strutture ospedaliere

Le criticità derivanti dalle restrizioni e dai divieti delle visite ad anziani ricoverati in strutture socio-sanitarie e sanitarie hanno costituito oggetto, in particolare nel 2021 di numerose richieste di intervento rivolte a questo Ufficio da familiari e congiunti.

Tali restrizioni, modulate in diverse fasi, hanno coinciso con la perdurante situazione di crisi pandemica che ha colpito il nostro Paese nel susseguirsi delle diverse “ondate” dell'epidemia da Covid-19.

In ogni caso, la disamina delle richieste di intervento ha fatto riferimento alla regolamentazione degli accessi di familiari e visitatori contenuta nell'ordinanza 8 maggio 2021 del Ministro della Salute e così anche, per quanto attiene alle visite ospedaliere, all'aggiornamento delle Linee guida da parte dell'Unità di crisi della Regione Piemonte e del D.I.R.M.E.I. (documento del 14 luglio 2021).

In riferimento alle istanze pervenute l'Ufficio ha effettuato disamina della normativa inerente alle restrizioni applicate nell'ottica di verificare la sussistenza dei presupposti di fatto per l'applicazione delle restrizioni e il rispetto della dignità dei pazienti ricoverati.

2.4 Istanze di intervento riguardanti criticità connesse ai processi di informatizzazione relativi a prestazioni erogate dal Servizio Sanitario

a) Rimborso ticket

Si ritiene di descrivere qui di seguito, istanza d'intervento pervenuta negli ultimi mesi dell'anno 2020 la cui istruttoria è stata compiutamente svolta nel successivo 2021, in quanto emblematica delle possibili criticità che possono insorgere da un utilizzo aprioristico delle modalità informatiche di gestione dei processi, non collegato alle diverse specifiche situazioni.

Nel caso in questione l'istante si era rivolto a questo Ufficio rappresentando una questione riguardante il diniego opposto dal Dirigente della S.S. Gestione Amministrativa Ospedaliera del Presidio Ospedaliero "Oftalmico" ad istanza di rimborso ticket, precedentemente presentata all'Ufficio Rimborsi del suddetto Presidio.

Il caso riguardava la prenotazione di prestazioni (previste per il 13 dicembre 2019), che era stata predisposta direttamente da "specialista" della struttura Ambulatorio – Day Service di Endocrinologia del Presidio Ospedaliero "Oftalmico", senza necessità di prescrizione del Medico di Medicina Generale.

Solo al momento della consegna dell'elenco dei ticket da pagare per le prestazioni prenotate, come riferito dall'istante, emergeva che la densitometria ossea per la quale aveva diritto all'esenzione (codice 045), "a causa di non correlazione sul sistema informativo tra prestazione ed esenzione, non è stata registrata e non si riusciva a modificare".

Verificata l'anomalia, la richiedente riferiva di avere provveduto a pagare tutti gli esami prenotati avendo ricevuto dal medico indicazione che avrebbe potuto in seguito richiedere il regolare rimborso

Alternativamente l'istante avrebbe potuto richiedere al Medico di Medicina Generale specifica prescrizione per la prestazione con indicazione corretta del codice di esenzione, nonché la prenotazione di nuova visita. Soluzione, tuttavia, non percorribile in quanto la richiedente non era in grado di annullare nei termini previsti l'appuntamento già fissato ed evitare oneri dovuti per la mancata disdetta.

All'intervento del Difensore civico seguiva riscontro, pervenuto tramite la Direzione generale della competente ASL Città di Torino, che evidenziava: "il promemoria cartaceo delle ricette dematerializzate costituisce esclusivamente la copia del dato informatico, ovvero non può essere modificato dopo la trasmissione della prescrizione nel SAR" (Sistema di Accoglienza Regionale). "In caso di eventuali difformità tra il promemoria cartaceo ed il dato informatico le strutture erogatrici pubbliche e private devono erogare esclusivamente le prestazioni ambulatoriali prescritte e trasmesse correttamente nel SAR".

Ciò per cui, "in considerazione del carattere immodificabile della prescrizione dematerializzata [...] ad una prescrizione dematerializzata priva di codice di esenzione deve corrispondere il pagamento del relativo ticket".

La risposta fornita dagli Uffici ha quindi fatto luce su una situazione, difficilmente comprensibile, in forza della quale il processo di informatizzazione prevale sull'accesso al diritto, nel caso di specie l'esenzione dal pagamento del ticket.

Inoltre, si rilevava da parte delle Amministrazioni deputate alla gestione delle piattaforme, la mancata predisposizione di strumenti in grado di superare tali asimmetrie e ristabilire equilibrio nell'erogazione delle prestazioni e nel rapporto con l'utenza.

b) Diniego di somministrazione della terza dose del vaccino SARS-CoV-2 da parte di ASL

La richiesta d'intervento riguardava il diniego di somministrazione della terza dose di vaccino anti SARS-CoV-2, opposto all'istante da parte di Azienda Sanitaria, a seguito di avvenuta somministrazione delle prime due dosi del vaccino da parte del "Servizio Canario de la Salud", nell'isola di Gran Canaria (Spagna).

A seguito della richiesta di informazioni, formulata da questo Ufficio nei confronti del Direttore generale e del Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL competente, emergeva quanto segue.

Innanzitutto, nel riscontro pervenuto si evidenziava che l'operatore del Call center dell'ASL "aveva correttamente richiesto all'utente [...] di inviare il certificato vaccinale, in cui fossero evidenti i dati relativi a data, luogo, tipo di vaccino, lotto, timbro dell'autorità sanitaria, rilasciato a lui e alla consorte a seguito delle vaccinazioni ricevute all'estero, al fine di procedere alla registrazione delle stesse sul Sistema Informativo regionale per la gestione delle Vaccinazioni – SIRVA".

Veniva quindi sottolineato che "l'invio del certificato vaccinale e l'indicazione dei dati che esso deve contenere sono espressamente previsti dalla Circolare del Ministero della Salute del 4 agosto 2021 n. 35209, avente per oggetto 'Modalità per il rilascio EU Digital Covid Certificate (certificazione verde Covid19) ai cittadini italiani vaccinati o guariti all'estero'".

Nel riscontro pervenuto si poneva, quindi, l'accento in ordine alla distinzione tra la certificazione verde (Green Pass) e il "certificato vaccinale rilasciato dall'Autorità sanitaria estera", rilevando che la certificazione verde "risulta carente di tutte le informazioni necessarie alla registrazione a sistema delle vaccinazioni ricevute".

Conseguentemente, si affermava che *“solo a seguito di presentazione di certificato vaccinale è infatti possibile la registrazione delle dosi di vaccino ricevute all'estero e, conseguentemente, l'inserimento degli utenti nel sistema di convocazione/appuntamento relativo alla dose booster di vaccino. Se non in possesso del certificato vaccinale, è possibile richiederlo all'Autorità sanitaria che ha somministrato la /le dosi”*.

Alla luce delle informazioni fornite dall'ASL, questo Ufficio provvedeva ad esperire un'ulteriore disamina dei vari profili della problematica in questione, in particolare, soffermandosi sulle previsioni contenute nella citata Circolare del Ministero della Salute del 4 agosto 2021 n. 35209, nell'ambito della normativa dell'Unione Europea e, segnatamente, della regolamentazione europea delle vaccinazioni.

Al fine di meglio comprendere la distinzione, sottolineata nel riscontro dell'ASL, tra *“EU Digital Covid Certificate”* (la Certificazione verde Covid19) e il *“certificato vaccinale rilasciato dall'Autorità sanitaria estera”*, di cui alla Circolare del Ministero della Salute del 4 agosto 2021 n.35209, emergeva la rilevanza della disciplina contenuta nel Regolamento (UE) 2021/953 del Parlamento e del Consiglio europeo del 14 giugno 2021.

Infatti, all'articolo 8 del Regolamento si legge che *“qualora un certificato di vaccinazione sia stato rilasciato in un paese terzo per un vaccino anti COVID-19 [...], e le autorità di uno Stato membro abbiano ricevuto tutte le informazioni necessarie, compresa una prova affidabile della vaccinazione, tali autorità possono rilasciare all'interessato, su richiesta, il certificato di vaccinazione di cui all'articolo 3, paragrafo 1, lettera a) “*. Si precisa che il predetto articolo 3 si riferisce al *“Certificato COVID digitale dell'UE/EU Digital Covid Certificate”*.

Tenuto conto del predetto articolo del Regolamento (UE) 2021/953, risultava pertanto più agevole la comprensione delle *“modalità per il rilascio EU Digital Covid Certificate (certificazione verde COVID-19) ai cittadini italiani vaccinati o guariti all'estero”*, previste dalla predetta Circolare del Ministero della Salute del 4 agosto 2021 n.35209.

Ciò, in particolar modo, per quanto attiene ai contenuti di *minima* desumibili dal certificato vaccinale rilasciato dall'Autorità Sanitaria estera per l'emissione, da parte del Ministero italiano della salute, della Certificazione verde COVID-19, così indicati:

- “- dati identificativi del titolare (nome, cognome, data di nascita);
- dati relativi al/ai vaccino/i (denominazione e lotto);
- data/e di somministrazione del/dei vaccino/i;
- dati identificativi di chi ha rilasciato il certificato (Stato, Autorità sanitaria)”.

Si appurava, altresì, che l’acquisizione di tali informazioni risponde alla necessità, prevista dall’art. 8 del predetto Regolamento UE, per “un’*autorità di uno Stato membro*” (nel caso in questione l’ASL Città di Torino) di ricevere “*tutte le informazioni necessarie, compresa una prova affidabile della vaccinazione*”, al fine di rilasciare validamente la Certificazione verde COVID-19.

D’altro canto, le “*modalità per il rilascio EU Digital Covid Certificate (certificazione verde COVID-19) ai cittadini italiani vaccinati o guariti all’estero*”, di cui alla Circolare del Ministero della Salute del 4 agosto 2021 n. 35209, sono verosimilmente connesse all’applicazione concreta del principio di precauzione all’ambito della tutela del diritto alla salute, mediante il concreto rafforzamento del dovere di diligenza della autorità sanitarie attraverso l’introduzione di apposite regole.

In tale contesto, la richiesta di specifici dati relativi alla somministrazione del vaccino per il rilascio del *Green Pass* trova, tra l’altro, conferma nella documentazione pubblicata dall’EMA (Agenzia Europea per i Medicinali), riguardante le “*Caratteristiche del prodotto*”, in riferimento al vaccino Comirnaty.

Dalla lettura delle “*Caratteristiche*” del vaccino Comirnaty, emerge, infatti che trattasi di “*medicinale sottoposto a monitoraggio addizionale*” e che “*ciò permetterà la rapida identificazione di nuove informazioni sulla sicurezza*”.

Ciò si traduce, in tale documento dell’EMA, nell’indicazione di “*Avvertenze speciali e precauzioni d’impiego*”, che si concretizzano, tra l’altro nella “*Tracciabilità*” del vaccino in questione.

E in tale contesto, si legge ulteriormente che “*al fine di migliorare la tracciabilità dei medicinali biologici, il nome e il numero di lotto del medicinale somministrato devono essere chiaramente registrati*”.

Dalle predette informazioni, debitamente rappresentate al cittadino istante, si evince, peraltro, la difficoltà di rendere comprensibili ai cittadini la modalità di gestione dei processi di erogazione delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario; difficoltà talvolta accresciuta dall'informatizzazione dei procedimenti che in molti casi (es. fasce deboli), non è in grado di prescindere dall'intervento del fattore umano.

Gli aspetti enucleati nei paragrafi a) e b) hanno quindi portato l'Ufficio del Difensore civico ad analizzare le possibili criticità connesse in termini di accesso ai diritti nella gestione dei procedimenti amministrativi che utilizzano “*le tecnologie dell'informazione e della comunicazione*” come statuito dall'art. 41 del Codice dell'Amministrazione digitale, avviando in sede di Coordinamento nazionale dei Difensori civici tavolo tematico di lavoro finalizzato ad avviare interlocuzioni con il Ministero per l'Innovazione tecnologica.

2.5 Istanze di intervento riguardanti protrarsi dei tempi di attesa per l'effettuazione di prestazioni sanitarie

Con il decrescere dell'impatto della pandemia da Covid-19, questo Ufficio ha visto un relativo aumento delle richieste di intervento riguardanti criticità nei tempi di attesa previsti per accedere a prestazioni sanitarie, solo parzialmente mitigati dalla sopravvenuta disponibilità di potersi riferire a strutture aventi sede in altre località del territorio piemontese, talora difficilmente raggiungibili dagli interessati.

A titolo esemplificativo, si segnala una richiesta di iniziativa pervenuta a questo Ufficio in ordine a questione riguardante inserimento di utente del Servizio Sanitario in lista di attesa, risalente al 21/09/2020, per l'effettuazione di intervento chirurgico di cataratta presso Unità operativa di oculistica di struttura ospedaliera.

Al riguardo, l'istante riferiva di essersi sottoposto, nel frattempo, a due visite oculistiche presso la predetta struttura ospedaliera poiché, come riferito dall'epo-
nente, “*dato che la mia vista dopo un anno è peggiorata e non avendo avuto nessuna notizia per quanto riguarda un intervento*”.

All' intervento di questo Ufficio, ha fatto seguito la comunicazione del Direttore generale dell'ASL competente che riferiva: *"a causa degli effetti della pandemia da COVID 19, i tempi di attesa per la prestazione richiesta dal Sig. G. si sono protratti"*.

Conseguentemente il Direttore generale ha comunicato che *"il Direttore della SC Oculistica di questa Azienda è a completa disposizione del paziente per una valutazione delle sue condizioni e per la riprogrammazione dell'intervento"*.

Alla luce di tale segnalazione, l'Ufficio ha effettuato una disamina generale dei provvedimenti assunti per superare il problema dei tempi di attesa nell'ottica di avviare specifica interlocuzione con gli Uffici della Direzione regionale della sanità.

2.6. Compartecipazione utenti ai costi per prestazioni socio-sanitarie

Sono pervenute all'Ufficio, per il tramite di Associazioni, segnalazioni con cui è stato lamentato che gli Enti gestori applicano, al fine di determinare il livello di capacità economica dell'assistito, criteri differenti rispetto a quelli specificamente indicati nel DPCM n. 159 del 2013.

Tutto ciò, secondo l'associazione esponente, si pone in contrasto con l'art. 2 del DPCM 159/2013 che indica espressamente:

"L'ISEE è lo strumento di valutazione, attraverso criteri unificati, della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni sociali agevolate. La determinazione e l'applicazione dell'indicatore ai fini dell'accesso delle prestazioni sociali agevolate, nonché della definizione del livello di compartecipazione al costo delle medesime, costituisce livello essenziale delle prestazioni, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione, fatte salve le competenze regionali in materia di normazione, programmazione e gestione delle politiche sociali e sociosanitarie e ferme restando le prerogative dei comuni. Aggiunge poi la medesima norma che:

"In relazione a tipologie di prestazioni che per la loro natura lo rendano necessario e ove non diversamente disciplinato in sede di definizione dei livelli essenziali relativi alle medesime tipologie di prestazioni, gli enti erogatori possono prevedere, accanto all'ISEE, criteri ulteriori di selezione volti ad identificare specifiche

platee di beneficiari, tenuto conto delle disposizioni regionali in materia e delle attribuzioni regionali specificamente dettate in tema di servizi sociali e socio-sanitari”.

La Regione Piemonte a partire dall'anno 2015 ha emanato Deliberazioni ¹ concernenti la proroga delle “Linee guida per la gestione transitoria della normativa ISEE di cui al DPCM 5 dicembre 2013, n. 159”. Proroghe reiterate in attesa della “redazione di linee guida aggiornate al recente quadro normativo e atte, ai sensi dell'articolo 40 della legge regionale 1/2004, ad assicurare una omogenea applicazione nel territorio regionale degli Indicatori della Situazione Economica Equivalente”.

Tale situazione, come sottolineato dalle Associazioni esponenti, crea trattamenti disomogenei sul territorio e costituisce fonte di disuguaglianza e iniquità nell'accesso alle prestazioni socio-sanitarie.

La tematica in oggetto è stata attraversata negli ultimi anni da diversi interventi legislativi e giurisprudenziali concernenti l'applicazione dell'ISEE (DPCM 159/2013) ed i suoi sistemi di calcolo.

L'Ufficio, quindi, ha provveduto ad una disamina alla luce della giurisprudenza amministrativa e, in particolare delle sentenze n. 6708/2018, n. 1545/2019 e n. 316/2021 del Consiglio di Stato.

Le suddette decisioni, infatti, hanno precisato che “*l'ISEE resta dunque l'inflessibile strumento di calcolo della capacità contributiva dei privati in conformità alle prescrizioni delle indicate norme costituzionali e dei trattati internazionali sottoscritti dall'Italia per la tutela delle persone con disabilità gravi, e deve pertanto scandire le condizioni e la proporzione di accesso alle prestazioni agevolate al fine di garantire, in particolare, il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale e sanitaria ad ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto di mezzi necessari per vivere*

¹ Deliberazione della Giunta regionale n.18-1899 del 27/07/2015 (“Proroga linee guida per la gestione transitoria dell'applicazione della normativa I. S. E. E. di cui al D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 1599).
Deliberazione della Giunta regionale n.16-2186 del 5/10/2015 (“Proroga linee guida per la gestione transitoria dell'applicazione della normativa di cui al D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 1591).

Deliberazione della Giunta regionale n. 19-3087 del 29/03/2016 (“Proroga in parziale sanatoria delle linee guida per la gestione transitoria dell'applicazione della normativa I. S. E. E. di cui al D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159, contenute nella n. 10-881 del 12 gennaio 2015”).

Deliberazione della Giunta regionale n. 35-4509 del 29/12/2016 (“Proroga linee guida per la gestione transitoria dell'applicazione della normativa I.S.E.E. di cui al D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159, contenute nella n. 10-881 del 12 gennaio 2015”) successive ulteriori proroghe dei termini relativi al periodo transitorio dell'applicazione delle linee guida, di cui alla D.G.R. n. 10-881/2015, fino al 31 dicembre 2017.

Deliberazione della Giunta Regionale 26 gennaio 2018, n. 16-6411 “Proroga della D.G.R. n. 10-881 del 12/01/2015 in materia di linee guida per l'applicazione della normativa I.S.E.E di cui al D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159”.

*alla stregua degli artt. 32, 38 e 53 della Costituzione, non essendo consentita la pretesa di creare criteri avulsi dall'ISEE con valenza derogatoria o sostitutiva*².

Pertanto, afferma il Consiglio di Stato, anche se il DPCM fa “*salve le competenze regionali in materia di normazione, programmazione e gestione delle politiche sociali e socio-sanitarie*” e “*ferme restando le prerogative dei Comuni*”, non deve essere riconosciuta alcuna discrezionalità agli Enti gestori.

Invero, prosegue il giudice amministrativo, “*proprio perché l'intervento deve riguardare “criteri ulteriori”, esso non può andare a modificare quelli già previsti dal d.p.c.m. n. 159 del 2013, potendosi altrimenti pervenire ad uno stravolgimento dei criteri statali che invece – in quanto funzionali alla determinazione del livello essenziale delle prestazioni ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione – debbono trovare uniforme applicazione su tutto il territorio nazionale (cfr. Consiglio di Stato, sez. III, 13 ottobre 2015, n. 4742; T.A.R. Lombardia Milano, sez. III, 12 settembre 2013, n. 2139). La norma statale peraltro stabilisce che “criteri ulteriori” possono essere definiti solo quando lo richieda la natura particolare della prestazione*”.

Pertanto, una volta fissato il criterio nazionale dell'ISEE e la qualifica di livello essenziale, le Regioni e i Comuni possono solo concretamente disciplinare le soglie di esenzione per la partecipazione al costo e all'individuazione delle varie fasce di ISEE a cui ricollegare la percentuale della quota sociale su cui compartecipare.

L'Ufficio a seguito della disamina della questione, al fine di superare il ritardo nell'adeguamento della normativa regionale, ha avviato specifica interlocuzione con gli Uffici della Direzione regionale della Sanità.

2. Cons. Stato 1545/2019