

- il C omettendo più volte di soccorrere la I in data 08.01.2016 nel corso e dopo le aggressioni della Z;
- la A lasciando l'ospite I completamente nuda al freddo sul balcone in data 09.01.2016 e 11.01.2016;
- la C lasciando sola, in data 10.1.2016, la paziente I ed omettendo di intervenire mentre veniva percossa da P e da B;
- omettendo la M di aiutare l'ospite V che si trovava a terra con difficoltà di deambulazione in data 16.1.2016;
- lasciando la C vagare per la struttura, in data 17.1.2016, la I completamente nuda;
- lasciando la A in data 24.01.2016 la I al freddo senza vestiti;
- la S collocando la paziente I vicino ad una finestra al freddo;
- il S lasciando giacere a terra l'ospite V nella stessa data;
- omettendo la S e la A di vigilare sugli ospiti I E D.C in data 26.1.2016 ore 11:34;
- omettendo la G di vigilare sul paziente B che aggrediva l'ospite O, cagionandogli lesioni personali, in data 27.1.2016 ore 23.26;
- omettendo la S di intervenire in data 1.2.2016 mentre i pazienti D e P si percuotevano in sua presenza;
- omettendo la S. e la Z di vigilare sugli ospiti P e B, che si percuotevano in sua presenza, in data 1.2.2016
- omettendo di intervenire la C e la B in data 4.2.2016, essendo in servizio, mentre gli ospiti P e I si percuotevano tra loro;
- omettendo la R di prestare assistenza al degente P, in data 5.2.2016 che era caduto a terra e redarguendolo con le parole " *adesso stai li così impari*"
- omettendo di intervenire la C e la G in data 6.2.2016, essendo in servizio, mentre gli ospiti B, C e V si percuotevano tra loro;
- nella medesima data, la S collocando di forza la I sull'uscio al freddo, completamente nuda;
- la S e la G omettendo di intervenire in data 14.2.2016, pur essendo in servizio, mentre gli ospiti P e I si percuotevano tra di loro;
- omettendo la C di dare assistenza in data 17.2.2016 all'ospite I che si trovava costretta, non potendo andare ai servizi ad espletare le proprie deiezioni a terra;

abbandonando, in più occasioni, i pazienti A.F, B. P, C.M, C.S, D.C..R.F.,D.D., I. L.M, L.G.C.,O.D., P.I, P.G, Q.F..A, T.E. E V.F, dei quali dovevano avere cura in ragione della loro incapacità, per malattia di mente o di corpo o per vecchiaia, di provvedere a sé stessi. Fatti commessi a Borgo d'Ale (VC) a partire dall'ottobre 2015 e sino al febbraio 2016

Quelle descritte nei capi di imputazione fin qui riportati sono condotte di tale crudeltà da lasciare sbigottito il lettore (e certo ancor più lo spettatore dei filmati raccolti dai Carabinieri in sede di indagine)

A questa vicenda si è ritenuto, come già si è detto prima, di dare adeguata sottolineatura essendosi essa verificata nel territorio della nostra Regione e perché può suscitare, conseguentemente, interrogativi per le Istituzioni regionali su quali debbano essere le azioni da adottare sia sul terreno della repressione che su quello della prevenzione.

Le cronache giudiziarie nazionali purtroppo riferiscono di molti altri fatti di abuso realizzati, in ipotesi di accusa, ai danni di anziani e/o disabili ricoverati.

Riferiscono i NAS, con relazione sintetica resa pubblica su Internet, di avere effettuato nell'anno 2016, nel periodo gennaio luglio, 1208 controlli in strutture ricettive per anziani in esito ai quali ben 288 sono state le persone segnalate all'Autorità Giudiziaria, 7 gli arresti eseguiti, 550 le sanzioni penali irrogate, 37 le strutture sottoposte a sequestro o a chiusura.

Tra i casi più significativi oggetto di intervento nell'anno 2016, la relazione individua i seguenti:

- 1) Militari della Compagnia di Parma e locale NAS hanno eseguito ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari per 7 persone, tra operatori socio- assistenziali ed il direttore di casa di riposo responsabili di maltrattamenti, ingiurie ed abbandono di incapaci nei confronti degli anziani ospiti nonché la notifica di 3 avvisi di garanzia a carico di ulteriori soggetti, indagati per gli stessi reati.
- 2) Militari del NAS di Bologna hanno eseguito ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari a carico di una operatrice socio sanitaria di una struttura assistenziale per anziani, responsabile di reiterati maltrattamenti nei confronti di anziani ivi ricoverati, affetti da gravi patologie invalidanti.
- 3) Militari del NAS di Roma e Gruppo CC di Frascati (RM) hanno eseguito ordinanza di custodia cautelare a carico di 10 operatori ed assistenti socio-sanitari (di cui 9 agli arresti domiciliari) in servizio presso un centro di riabilitazione neuropsichiatrico responsabili di maltrattamenti e sequestro di persona nei confronti di giovani di età compresa tra gli 8 ed i 20 anni, tutti affetti da gravi patologie.
- 4) La Compagnia CC di Vasto (CH) ha eseguito ordinanza di custodia cautelare a carico di 2 soggetti titolari di una casa di riposo per anziani, ritenuti responsabili di maltrattamenti, abbandono di incapaci e lesioni personali nei confronti degli anziani ospiti affetti da gravi patologie, anche neurodegenerative.
- 5) Militari del NAS di Perugia e Comando C.C. PG hanno eseguito ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari a carico di 6 persone (il legale rappresentante e 5 operatori socio- sanitari) in servizio presso struttura riabilitativa, responsabili di maltrattamenti e lesioni personali nei confronti dei pazienti affetti da patologie psichiche.
- 6) I Carabinieri della Sezione P.G. di Cagliari e del NAS di Cagliari hanno notificato un provvedimento di sospensione dell'esercizio del pubblico servizio per sei mesi – a carico di 14 persone, tra infermieri, amministratori ed operatori socio- sanitari in servizio presso

un centro di riabilitazione neuro-psichiatrica poiché responsabili di maltrattamenti, percosse, lesioni personali, omissioni di referto ed atti d'ufficio nei confronti di malati psichiatrici alloggiati.

7) Militari del NAS di Firenze e della Compagnia CC di Firenze hanno eseguito ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari a carico di 7 persone (6 operatori socio-sanitari ed un infermiere) in servizio presso una residenza per anziani ritenuti responsabili di maltrattamenti, percosse, ingiurie nei confronti di ospite invalido.

8) Militari del Gruppo CC Tutela Salute di Napoli e del Comando Provinciale CC di Potenza hanno eseguito ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari a carico di 7 operatori socio-sanitari, in servizio presso una residenza sanitaria, responsabili di maltrattamenti, percosse e lesioni personali, nei confronti di pazienti affetti da ritardo mentale. Sono stati inoltre notificati 8 divieti di dimora a carico di 3 medici, 2 infermieri e 3 operatori socio-sanitari per gli stessi reati..

9) Militari del NAS di Campobasso hanno eseguito ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari nei confronti di 7 operatori socio-sanitari e di 6 infermieri, dipendenti di una residenza assistenziale per anziani e malati psichiatrici, responsabili, a vario titolo, di maltrattamento, abbandono e sequestro di persone incapaci ai danni dei pazienti ricoverati.

10) Militari del Reparto territoriale CC di Nocera Inferiore (SA) e della Compagnia CC di Mercato San Severino (SA) hanno eseguito ordinanza di custodia cautelare agli arresti domiciliari a carico di 7 dipendenti di una casa di cura, responsabili di maltrattamenti, violenze fisiche e psicologiche nei confronti di alcuni ospiti disabili.

11) Militari del NAS di Catania hanno tratto in arresto la titolare di una struttura recettiva per anziani, priva di autorizzazione responsabile di maltrattamenti e abbandono di persone incapaci nei confronti di 8 anziani ospiti malnutriti e in cattive condizioni igieniche.

12) Militari della Compagnia CC di Licata (AG) ha eseguito ordinanza agli arresti domiciliari a carico del gestore di una comunità per disabili, responsabile di maltrattamenti, lesioni e sequestro di persona nei confronti degli ospiti della struttura. Indagati anche 4 collaboratori ai quali sono state applicate le misure di obbligo di dimora e divieto temporaneo di esercitare attività professionale.

Esaminando questi dati viene anzitutto in evidenza come il fenomeno degli abusi su anziani e disabili appaia esteso a macchia d'olio in tutto il territorio nazionale, manifestandosi in termini rilevanti sotto il profilo dell'entità; dovendosene inoltre sospettare una maggiore estensione o per la mancanza di familiari che provvedano a

denunciarlo o, nei casi in cui familiari vi siano, perché possano essere stati indotti a tacere dal rischio che il loro caro sia esposto a ritorsioni.

A fronte dell'incremento degli episodi di abuso, dell'allarme che essi suscitano, e dell'urgenza di un intervento di prevenzione, la Camera dei Deputati ha approvato lo scorso ottobre il testo di un disegno di legge, intitolato *"Misure per prevenire e contrastare condotte di maltrattamento o di abuso, anche di natura psicologica, in danno dei minori degli asili nido e nelle scuole dell'infanzia e delle persone ospitate nelle strutture socio sanitarie e socio assistenziali per anziani e persone con disabilità e delega al governo"*, che è ora al vaglio del Senato.

Il testo approvato alla Camera (che ha accorpato dodici diverse proposte), differentemente da quanto inizialmente era in esso previsto, stabilisce che l'accesso alle immagini raccolte da sistemi di videosorveglianza a circuito chiuso (installabili facoltativamente dalle strutture) possa essere fruibile solo in funzione probatoria per l'accertamento dei fatti in ipotesi di apertura di un procedimento penale.

Il disegno di legge prevede inoltre una delega al Governo in materia di formazione del personale delle strutture socio sanitarie e socio assistenziali (oltre che degli asili e delle scuole per l'infanzia) nel rispetto dei seguenti criteri: *"previsione che gli operatori . . . siano in possesso di adeguati requisiti che integrino l'idoneità professionale con una valutazione attitudinale, da verificare in sede di accreditamento o di convenzione o nell'ambito delle procedure concorsuali"* e che *"la sussistenza dei requisiti . . . sia verificata. . . con carenza periodica"* ed anche che, *"nel rispetto delle competenze regionali"* siano attivati *"percorsi di formazione professionale continua . . . che valorizzino le migliori pratiche sviluppate nelle diverse realtà operanti nel territorio nazionale"*.

Ed è proprio questo impegno sul fronte della formazione il profilo di maggior rilevanza della proposta, apparendo in grado, più di ogni altra iniziativa, di far crescere negli operatori della sanità il valore del rispetto della dignità umana, trasformandolo in patrimonio culturale imprescindibile.

Così pure appare positivo il richiamo alle esperienze virtuose già maturate che, nel caso della formazione di infermieri ed operatori socio sanitari, possono essere rintracciate nell'esperienza triestina, di cui si è dato conto, con rilievo, in questa parte della relazione. Prima di passare al tema della vigilanza -che, insieme alla formazione, e costituisce un baluardo della prevenzione- occorre fermarsi ancora un momento a riflettere sulle caratteristiche comuni ai meccanismi di istituzionalizzazione, il cui studio è indispensabile per comprendere quale debba essere il contenuto della formazione permanente rivolta agli

operatori delle rsa. Ci vengono in aiuto le considerazioni, ancora attualissime²⁵, svolte da Erving Goffman in *Asylums. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, alla cui lettura (o rilettura) doverosamente si rimanda. Non senza rammentare, in estrema sintesi, come il cuore del pensiero di Goffman sia individuabile nella osservazione dell'importanza, in tutte le istituzioni totali, della distinzione²⁶ di status rinvenibile fra il grande gruppo di persone controllate (o, nel nostro caso, assistite), che il noto sociologo definisce gli "internati" e un piccolo staff che le controlla. Gli internati vivono generalmente nell'istituzione con limitati contatti con il mondo da cui sono separati, mentre lo staff presta un servizio giornaliero di otto ore ed è socialmente integrato nel mondo esterno.

E' dunque consueto che nell'immaginario di chi è chiamato a compiti di sorveglianza, od anche di assistenza come è nel caso degli anziani o dei disabili, si produca una visione spersonalizzata e degradante dei soggetti istituzionalizzati. Il fenomeno si manifesta, ovviamente, in termini più drammatici nelle istituzioni in cui gli internati appartengono ad una categoria umana considerata socialmente meno meritevole (ad esempio quelle dei carcerati o dei "matti") ma può verificarsi ovunque, anche nei luoghi in cui gli "internati" sono presenti perché bisognosi di assistenza, istruzione, cura.

Se chi è chiamato a compiti di sorveglianza o di assistenza è selezionato sulla scorta di una marcata attitudine vocazionale, è adeguatamente formato ed istruito alla comprensione della imprescindibile necessità di rispetto della dignità umana altrui, il rischio di condotte abusive sarà però assai meno rilevante.

Ecco perché occorre insistere sul tema del divieto alla contenzione: ammettere la contenzione, sia pure a fin di bene, significa infatti accettare una visione spersonalizzata e degradante della persona che ad essa assoggettiamo. Ed il passo dalla contenzione a condotte ancora più umilianti ed inumane è davvero breve, come dimostrano i fatti accaduti a Borgo d'Ale: fatti che forse non si sarebbero verificati in un contesto in cui fosse acclarata ed indiscussa la percezione dell'illiceità della contenzione, in cui gli operatori fossero stati istruiti e formati nella considerazione della **inviolabilità del corpo delle persone affidate alle loro cure**.

La contenzione meccanica infatti comporta, come si è già sottolineato, la degradazione del corpo umano a mera materia e dunque la perdita, agli occhi dell'operatore che la pone in essere, della connotazione di dignità che la nostra cultura ad esso attribuisce.

²⁵ Il lavoro di Goffman fu pubblicato, per la prima volta nel 1961. L'edizione italiana, ristampata da ultimo nel 2010, è accompagnato da una postfazione di Franco e Franca Basaglia

²⁶ Ervin Goffman, cit., pag 37

Oltre che sulla formazione degli operatori, un'azione di prevenzione dei fenomeni di abuso e di maltrattamento di persone anziane e disabili istituzionalizzate deve dunque poter contare su di una vigilanza specificamente destinata al rispetto della dignità umana e della inviolabilità del corpo.

Scartata, ad oggi, l'ipotesi di una (peraltro irrealistica) generalizzata sorveglianza con telecamere da utilizzare in chiave di prevenzione, rimane da riflettere sull'adeguatezza del sistema di controlli che le attuali previsioni della nostra normativa regionale affidano alle ASL: si tratta, per quanto riguarda gli aspetti generali, delle Leggi regionali 1/04 e, da ultimo, 16/16 e, per quanto attiene al concreto esercizio delle funzioni di vigilanza, della DGR 14 aprile 1997 e successive integrazioni.

Valga qui, in estrema sintesi, osservare come alle ASL sia affidato l'onere di realizzare commissioni di vigilanza cui è devoluta l'effettuazione di visite ispettive aventi ad oggetto sia gli aspetti strutturali, che quelli economico amministrativi ed anche organizzativi dei presidi socio assistenziali e delle rsa. Nel novero degli aspetti organizzativi è indicato anche, pur se buon ultimo, il tema del "*rispetto dei diritti degli ospiti*" ma, vuoi per la genericità dell'enunciazione, vuoi per le caratteristiche formalistiche dei controlli effettuati dalle commissioni, non risulta che essi, si siano mai estesi ai temi del divieto della contenzione e del rispetto della dignità della persona.

Va peraltro segnalato, da ultimo, l'impegno assunto dall' ASL TO3 in occasione di un comunicato stampa pubblicato il 27 settembre 2016 nel quale si riferisce che le future verifiche ispettive non riguarderanno solamente obiettivi di mero rispetto delle norme ma anche di rispetto del paziente e, tra gli altri, "il rispetto di valori improntati all'etica e all'umanità dell'assistenza"

Tutto ciò che si è fin qui detto consente a questo Difensore civico, sulla scorta di quanto previsto nell'articolo 8 della Legge regionale 50/81, di suggerire al Consiglio l'assunzione di un provvedimento normativo che coinvolga questo Ufficio in un'attività di vigilanza volta alla vigilanza, in funzione di prevenzione, rispetto alla possibile realizzazione di condotte criminose od anche di cattive pratiche assistenziali. Un attività di controllo, quella da affidare al Difensore civico, che, per quanto attiene al rispetto delle normative riguardanti requisiti strutturali e di funzionamento delle strutture sanitarie e socio sanitarie certo non potrebbe sostituirsi a quella delle Commissioni di vigilanza ma potrebbe ad essa essere affiancata, venendo esclusivamente dedicata al tema della dignità dei ricoverati, sia con riferimento alla inviolabilità del corpo che all'adozione di pratiche di cura ed assistenza rispettose della personalità morale del ricoverato.

Un'attività che l'Ufficio del Difensore civico potrebbe svolgere del tutto autonomamente od anche in collaborazione con le commissioni di vigilanza. E che parrebbe in sintonia con il nuovo ruolo di garante della salute per esso disegnato dalla. . . e con le funzioni di tutela dei soggetti disabili affidatigli dalla Legge 104/92.

Si propone pertanto la seguente formulazione:

“Il Difensore Civico ha facoltà di visita senza preavviso nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie afferenti al Servizio Sanitario Nazionale insistenti nel territorio regionale con lo scopo di vigilare su di eventuali violazioni della dignità della persona con riferimento a soggetti ivi ricoverati.

Nell'ipotesi di riscontro di violazioni il Difensore Civico esercita le facoltà di intervento e segnalazione previste dall'articolo 4 della presente Legge”.

3.2.7 La costituzione di parte civile del Difensore Civico regionale nei procedimenti penali in cui siano offese persone affette da disabilità: approfondimenti.

La centralità dell'istituto della Difesa civica nella garanzia dei diritti dei cittadini è certamente riconosciuta a livello europeo, come dimostra la circostanza che tra i requisiti fissati per l'adesione di uno stato all'Unione Europea vi è anche quello della presenza di un Ombudsman nazionale nel suo ordinamento.

Tra le funzioni che la Risoluzione 63/169 adottata dall'Assemblea Generale dell'Onu il 20 marzo 2009 vorrebbe siano riconosciute alle Difese Civiche dei singoli Stati, assume, inoltre, primario rilievo quella di tutela dei diritti umani. Si tratta di un'aspirazione realizzata più esplicitamente in alcuni ordinamenti europei e certamente più in ombra in quello italiano ma vi è però almeno una ipotesi normativa in cui non è revocabile in dubbio che il nostro legislatore abbia inteso affidare ai Difensori civici, in rappresentanza della collettività, compiti di tutela di diritti umani

Si tratta dell'articolo 36 della Legge 104/1992 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone disabili) che riconosce ai Difensori Civici la facoltà di costituirsi parte civile nei processi riguardanti reati commessi ai danni di persone portatrici di minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali: dunque un'attività di affiancamento all'accusa da parte di un soggetto la cui funzione istituzionale, almeno nella nostra regione, risulta ormai connotata da una ben esplicitata vocazione antidiscriminatoria²⁷.

²⁷ Si vedano le previsioni della Legge 5/16 approvata dal Consiglio regionale del Piemonte in data 23 marzo 2016

La previsione contenuta nel citato articolo 36 è rimasta fino ad oggi disapplicata nell'intero territorio nazionale soprattutto per una carenza della disposizione normativa, non essendo in essa preveduto che le Procure della Repubblica provvedano a dare avviso ai Difensori civici dell'esercizio dell'azione penale per i reati in cui persone offese siano soggetti disabili.

Sulla scorta di questa considerazione mi sono dunque rivolto ai Procuratori della Repubblica della nostra Regione, chiedendo di ricevere l'avviso di cui sopra pur in assenza di una espressa norma di legge ed ho raccolto una disponibilità di massima del Procuratore della Repubblica di Torino, Dottor Armando Spataro..

Ne è seguita una interlocuzione con il Procuratore Aggiunto titolare del settore "fasce deboli", Dott. sa Anna Maria Loreto e con il Pubblico Ministero Dottor Dionigi Tibone, volta a stabilire le modalità operative delle notifiche: l'intesa raggiunta è nel senso che gli avvisi al Difensore Civico saranno effettuati via mail e già lo scorso primo giugno, è pervenuta all'Ufficio per la prima volta una notifica riguardante l'esercizio dell'azione penale in un procedimento relativo a reati presi in considerazione dalla Legge 104/92²⁸.

Si è profilata però, a questo punto, una ulteriore problematica avente ad oggetto le modalità del patrocinio di questo Ufficio nei processi in cui, per rilevanza della questione trattata, possa essere opportuna la costituzione di parte civile.

Il quesito, più specificamente, è il seguente: può il Difensore Civico essere assistito nel giudizio penale dall'Avvocatura dell'Ente, come già avviene per il Presidente della Giunta regionale ?

Milita a favore di una risposta positiva la circostanza che il Difensore Civico, pur essendo le sue funzioni connotate da assoluta autonomia ed indipendenza, si colloca nel novero degli organi istituzionali di garanzia della nostra Regione, come da previsione dello Statuto, ed è dunque incardinato nella struttura organizzativa dell'Ente.

Per altro verso va rammentato che l'articolo 23 della Legge di Ordinamento Professionale dell'Avvocatura (legge 31.12.2012 n. 247) prevede che il patrocinio svolto da parte degli avvocati di enti pubblici iscritti nell'albo speciale ad essi dedicato sia preceduto da una deliberazione dell'ente dalla quale risulti "la stabile costituzione dell'ufficio legale con specifica attribuzione della trattazione degli affari legali dell'ente" e che l'avvocato iscritto all'albo speciale deve appartenere a tale ufficio e svolgere in via esclusiva tali funzioni.

Per consentire all'Avvocatura regionale il patrocinio del Difensore Civico si è dunque suggerita all'Ufficio di Presidenza del Consiglio regionale una iniziativa legislativa volta all'adozione di una disposizione che prevedesse espressamente la facoltà di costituzione di parte civile del Difensore Civico regionale nelle ipotesi previste dalla legge 104/1992 e l'affidamento del patrocinio in giudizio all'Avvocatura regionale. Tale richiesta ha trovato uno sbocco tempestivo nell'approvazione in aula, nel contesto della legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19 (Disposizioni di riordino e razionalizzazione dell'ordinamento regionale), di una disposizione integrativa della Legge regionale 50/81 che così recita *"Dopo l'articolo 6 bis della Legge regionale 9 dicembre 1981, n 50 (istituzione dell'Ufficio del Difensore civico) è inserito il seguente: art. 6 ter (Assistenza e tutela a favore dei soggetti in condizione di particolare disagio)*

1. *La costituzione di parte civile nei giudizi penali relativi reati di cui all'articolo 36 della legge 5 febbraio 1992, n.104 (Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate), compete al Difensore civico regionale.*
2. *L'avvocatura regionale assiste il Difensore civico in giudizio"*

Ringrazio dunque sentitamente il Consiglio regionale del Piemonte per la tempestività nell'accoglimento della richiesta.

Segnalo infine che, con l'ausilio dell'Avvocatura regionale -che parimenti ringrazio- è ora in corso la scelta del procedimento penale in cui potrà essere data attuazione, per la prima volta, alla previsione contenuta nell'articolo 36 delle legge quadro in tema di disabilità, augurandomi di poter dar conto, nella relazione del prossimo anno, di un esito positivo dell'impegno assunto.

3.2.8 Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza: un primo approfondimento.

Al momento della stesura di questa Relazione è in via di completamento l'iter previsto per l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza, ora individuati nel DPCM 29 novembre 2001.

Il nuovo DPCM sottoscritto in ultimo dal Presidente del Consiglio dei Ministri nel corrente mese di gennaio 2017, così come puntualizzato in nota di precisazioni del Ministero della Salute, dopo la registrazione di rito della Corte dei Conti, verrà pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale .

Quanto sopra, tenutosi anche conto che in attuazione di quanto previsto dall'*"Intesa sullo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento*

dei livelli essenziali di assistenza (LEA)”, adottata in data 7 settembre 2016, ai sensi dell’articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, dalla Conferenza Stato – Regioni, entro il prossimo 28 febbraio, la Commissione nazionale per l’aggiornamento dei LEA e la promozione dell’appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale dovrà formulare la proposta di aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza per l’anno 2017. Proposta di aggiornamento che dovrà tradursi in apposito provvedimento da adottare entro il prossimo 15 marzo 2017.

A tale iter faranno seguito appositi accordi sanciti in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, ovvero, in taluni casi, in sede di Conferenza Stato - Città ed autonomie locali unificata con la Conferenza Stato-Regioni, riguardanti i vari profili derivanti dall’aggiornamento dei LEA.

Ora, in base ad una prima disamina dello schema di decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di aggiornamento dei LEA, in particolare per quanto attiene all’area dell’assistenza socio-sanitaria, già oggetto delle previsioni dell’Allegato 1 C del DPCM 29 novembre 2001, così come evidenziato dalla Relazione illustrativa del Ministero della Salute, è emerso in particolare quanto segue.

Nella predetta Relazione illustrativa viene evidenziato che *“lo schema di provvedimento non introduce nessun ampliamento sostanziale dei Lea ma si limita a descrivere con maggior dettaglio e precisione prestazioni ed attività già oggi incluse nei livelli”*.

L’area socio-sanitaria ha visto pertanto l’espressa individuazione e descrizione delle diverse tipologie di assistenza caratterizzate da diversi livelli di complessità ed impegno assistenziale.

In particolare l’assistenza domiciliare integrata ai malati cronici non autosufficienti è stata declinata in 4 livelli di progressiva intensità : dalle cure domiciliari di livello base alle cure domiciliari ad elevata intensità *“a favore di persone con patologie che, presentando elevato livello di complessità, instabilità clinica e sintomi di difficile controllo, richiedano continuità assistenziale ed interventi programmati caratterizzati da un CIA “ (Coefficiente di intensità assistenziale)²⁹ elevato, “anche per la necessità di fornire supporto alla famiglia e/o al care-giver”*.

²⁹ CIA :coefficiente intensità assistenziale = GEA/GdC - GEA: giornate di effettiva assistenza nelle quali è stato effettuato almeno un accesso domiciliare; GdC: giornate di cura dalla data della presa in carico alla cessazione del programma.

Analogamente, l'assistenza residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti si articola in tipologie differenziate non solo in base alla tipologia dell'utenza ma anche alle caratteristiche delle strutture e della disponibilità del personale, necessarie per fornire:

assistenza extraospedaliera ad elevato impegno sanitario, ovvero *“trattamenti residenziali di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità, richiedono continuità assistenziale con pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore”*;

assistenza sociosanitaria, ovvero *“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”* con *“durata..fissata in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale”*;

“trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti”.

Quanto sopra, anche per quanto attiene all'assistenza sociosanitaria residenziale garantita dal Servizio sanitario nazionale a favore delle *“persone di ogni età con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali”*, mediante *“trattamenti riabilitativi a carattere intensivo, estensivo e di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue”*.

Tutto ciò, affermandosi espressamente che *“i percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali”* connessi all'area dell'assistenza sociosanitaria *“prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e dei servizi sociali”*, rinviando ad *“apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata”* (Conferenza Stato - Città ed autonomie locali unificata con la Conferenza Stato-Regioni), mediante il quale dovranno essere definite *“linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze”*.

3.3 Ruolo e funzioni della Difesa civica in materia sanitaria e socio-sanitaria.

Anche sulla scorta delle risultanze e degli sviluppi dell'attività dell'Ufficio del Difensore civico svolta, fin dalla sua istituzione, in riferimento a reclami e segnalazioni pervenuti da cittadini, Associazioni e Comitati in materia sanitaria e socio-sanitaria, emerge l'opportunità di un approfondimento su ruolo e funzioni del Difensore civico in tale ambito.

Approfondimento oltremodo richiesto non solo tenutosi conto dei vari profili evolutivi dell'attività demandata al sistema sanitario nazionale, in ambito sanitario e socio-sanitario, ma anche in relazione alla diversificazione delle tipologie di utenti di tale servizio e pertanto degli aspetti di possibile disservizio, non solo individuale ma anche sistemico, progressivamente sottoposti all'attenzione della Difesa civica.

Al riguardo, si fa preliminarmente riferimento a norme (anche regolamentari) sopravvenute alla legge regionale istitutiva dell'Ufficio Difensore civico regionale del Piemonte (l.r. 50/1981) ed alla legge regionale di estensione delle competenze all'ambito del Servizio Sanitario (l.r.47/1985), ed in seguito a progetti che verosimilmente potranno tradursi in atti normativi; confrontandosi, infine, con diversificate esperienze in tema di principi caratterizzanti l'attività di Difesa civica, talora specifici alla materia della sanità.

3.3.1 La Difesa civica e la tutela dei diritti degli utenti dei servizi pubblici sanitari: il diritto dei cittadini–utenti al reclamo contro atti o comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria - Il D.P.C.M. 19 maggio 1995.

Con il D.P.C.M. 19 maggio 1995 è stato emanato lo "**schema generale di riferimento della "Carta dei servizi pubblici sanitari"**".

La "Carta", come evidenziato dallo stesso D.P.C.M., "**è essenzialmente volta alla tutela dei diritti degli utenti: non si tratta di una tutela intesa come mero riconoscimento formale di garanzie al cittadino, ma di attribuzione allo stesso di un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati**".

...

La Carta, inoltre, prevede le **modalità**, da pubblicizzare nei modi più opportuni, attraverso le quali gli stessi cittadini possano facilmente accedere alle procedure di

reclamo circa la violazione dei principi sanciti dalla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994.”¹

Al riguardo, il D.P.C.M. , rammenta, tra l'altro, che “l'art.14 del .. decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 sul riordino della disciplina in materia sanitaria fissa alcuni **principi in materia di partecipazione e tutela dei cittadini** che sono in assoluta coerenza con quelli della “Carta dei servizi” e “ **afferma il diritto al reclamo contro gli atti o i comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria** e fissa le procedure di presentazione del reclamo stesso”.

¹ . **“I principi fondamentali.**

1. Eguaglianza.

1. L'erogazione del servizio pubblico deve essere ispirata al principio di eguaglianza dei diritti degli utenti. Le regole riguardanti i rapporti tra utenti e servizi pubblici e l'accesso ai servizi pubblici devono essere uguali per tutti. Nessuna distinzione nell'erogazione del servizio può essere compiuta per motivi riguardanti sesso, razza, lingua, religione ed opinioni politiche. Va garantita la parità di trattamento, a parità di condizioni del servizio prestato, sia fra le diverse aree geografiche di utenza, anche quando le stesse non siano agevolmente raggiungibili, sia fra le diverse categorie o fasce di utenti.

2. L'eguaglianza va intesa come divieto di ogni ingiustificata discriminazione e non, invece, quale uniformità delle prestazioni sotto il profilo delle condizioni personali e sociali. In particolare, i soggetti erogatori dei servizi sono tenuti ad adottare le iniziative necessarie per adeguare le modalità di prestazione del servizio alle esigenze degli utenti portatori di handicap.

2. Imparzialità.

1. I soggetti erogatori hanno l'obbligo di ispirare i propri comportamenti, nei confronti degli utenti, a criteri di obiettività, giustizia ed imparzialità. In funzione di tale obbligo si interpretano le singole clausole delle condizioni generali e specifiche di erogazione del servizio e le norme regolatrici di settore.

3. Continuità.

1. L'erogazione dei servizi pubblici, nell'ambito delle modalità stabilite dalla normativa regolatrice di settore, deve essere continua, regolare e senza interruzioni. I casi di funzionamento irregolare o di interruzione del servizio devono essere espressamente regolati dalla normativa di settore. In tali casi, i soggetti erogatori devono adottare misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile.

4. Diritto di scelta.

1. Ove sia consentito dalla legislazione vigente, l'utente ha diritto di scegliere tra i soggetti che erogano il servizio. Il diritto di scelta riguarda, in particolare, i servizi distribuiti sul territorio.

5. Partecipazione.

1. La partecipazione del cittadino alla prestazione del servizio pubblico deve essere sempre garantita, sia per tutelare il diritto alla corretta erogazione del servizio, sia per favorire la collaborazione nei confronti dei soggetti erogatori.

2. L'utente ha diritto di accesso alle informazioni in possesso del soggetto erogatore che lo riguardano. Il diritto di accesso è esercitato secondo le modalità disciplinate dalla legge 7 agosto 1990, n. 241.

3. L'utente può produrre memorie e documenti; prospettare osservazioni; formulare suggerimenti per il miglioramento del servizio. I soggetti erogatori danno immediato riscontro all'utente circa le segnalazioni e le proposte da esso formulate.

4. I soggetti erogatori acquisiscono periodicamente la valutazione dell'utente circa la qualità del servizio reso, secondo le modalità indicate nel titolo successivo.

6. Efficienza ed efficacia.

1. Il servizio pubblico deve essere erogato in modo da garantire l'efficienza e l'efficacia. I soggetti erogatori adottano le misure idonee al raggiungimento di tali obiettivi. “

Lo stesso Decreto del 19 maggio 1995 afferma che *“in attuazione della Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994, che individua i principi fondamentali a cui devono ispirarsi i servizi pubblici, ogni Unità Sanitaria Locale, come sancito dall'art.14 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502, deve garantire agli utenti le seguenti funzioni:*

- 1) *Informazione,*
- 2) *Accoglienza,*
- 3) *Tutela,*
- 4) *Partecipazione “.*

Le funzioni sopra enumerate *“sono assicurate tramite l'istituzione dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)”* e, in specie, *“la funzione relativa alla tutela degli utenti del Servizio Sanitario Nazionale viene assolta attraverso i seguenti strumenti:*

- A) *Ufficio Relazioni con il Pubblico (ed eventuali sue articolazioni) che, nell'ambito del contatto diretto con il pubblico, attiva le iniziative dirette al superamento di eventuali disservizi e riceve i reclami e ne garantisce l'istruzione e la trasmissione alla Direzione delle USL per la decisione nel merito....*
- B) *Commissione Mista Conciliativa, per lo studio congiunto, con gli organismi di volontariato e tutela, delle problematiche sollevate dal reclamo.*
- C) *Regolamento per l'individuazione delle procedure di accoglimento e definizione del reclamo.*
- D) *Comitato permanente per l'attuazione della Carta dei servizi pubblici...”*

In tale contesto, *“l'Ufficio relazioni con il pubblico ...svolge le seguenti funzioni:*

- 1) *riceve le osservazioni, le opposizioni o i reclami in qualunque forma presentati dai soggetti individuati al comma quinto dell'art.14 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni ²;*

² *“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 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 impugnative in via giurisdizionale”.*

- 2) **provvede, su delega del Legale Rappresentante, a dare immediata risposta all'utente per le segnalazioni che si presentano di prevedibile, univoca e certa definizione;**
- 3) **predispone l'attività istruttoria, acquisendo tutti gli elementi necessari alla formazione di giudizio (relazioni o pareri) dai Responsabili delle Unità Operative e dagli uffici interessati e fornisce parere al Legale Rappresentante dell'ente per la definizione di quei reclami che non si prestano all'immediata e rapida definizione;**
- 4) **convoca la Commissione Mista Conciliativa per le segnalazioni di disservizio ad esso pervenute per il tramite delle Associazioni di Volontariato e degli Organismi di tutela;**
- 5) **attiva la procedura di riesame del reclamo innanzi al Difensore civico (regionale, comunale o consortile) o presso altra figura "super partes", qualora l'utente si dichiari insoddisfatto dagli esiti prodotti in prima istanza;**
- 6) **predispone la lettera di risposta all'utente, sottoscritta dal Legale Rappresentante dell'ente;**
- 7) **informa il Comitato Permanente di cui alla Direttiva del Presidente del Consiglio dei Ministri del 27 gennaio 1994."**

Orbene, la "Commissione Mista Conciliativa, in ottemperanza ai principi di trasparenza e partecipazione, assolve alla funzione, prevista dal comma 7 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 ³, di favorire la presenza e l'attività degli organismi di volontariato e di tutela all'interno delle strutture sanitarie nello specifico obiettivo della tutela dell'utente.

La Commissione Mista Conciliativa viene attivata dal Responsabile dell'U.R.P., qualora il disservizio venga segnalato alla USL per il tramite dell'organismo di volontariato o di tutela.

³ "7. È favorita la presenza e l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, degli organismi di volontariato e di tutela dei diritti. A tal fine le unità sanitarie locali e le aziende ospedaliere stipulano con tali organismi, senza oneri a carico del Fondo sanitario regionale, accordi o protocolli che stabiliscano gli ambiti e le modalità della collaborazione, fermo restando il diritto alla riservatezza comunque garantito al cittadino e la non interferenza nelle scelte professionali degli operatori sanitari; le aziende e gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti concordano programmi comuni per favorire l'adeguamento delle strutture e delle prestazioni sanitarie alle esigenze dei cittadini. I rapporti tra aziende ed organismi di volontariato che esplicano funzioni di servizio o di assistenza gratuita all'interno delle strutture sono regolati sulla base di quanto previsto dalla legge n. 266/91 e dalle leggi regionali attuative"

Nel caso di un esame deferito a questa commissione, per ulteriore garanzia di attuazione del principio di imparzialità, la presidenza viene attribuita ad un soggetto “super partes” (es. Difensore Civico...).

Nella Commissione Mista Conciliativa sono rappresentati la USL, la Regione e gli organismi di volontariato e di tutela”.

In diretta connessione con quanto sopra affermato il ridetto D.P.C.M. 19 maggio 1995, al Titolo II “Commissione mista conciliativa : disciplina di funzionamento”, art.8, dispone quanto segue:

“Nei casi in cui l'istanza abbia per oggetto la violazione dei principi, fatti propri dalle Carte dei Diritti, sottoscritte dalla USL e dalle associazioni di volontariato e di tutela, l'esame viene deferito ad una Commissione Mista Conciliativa che è composta da un rappresentante della USL, da un rappresentante della Regione e da un rappresentante delle Associazioni di Volontariato. La Commissione così formata viene presieduta dal Difensore Civico Regionale, istituito ai sensi delle disposizioni dello Statuto Regionale in attuazione della legge 8 giugno 1990, n. 142, ovvero da altra figura esterna all'amministrazione USL, individuata di concerto con le associazioni interessate e nominata dal Legale Rappresentante dell'ente pubblico.

Il Difensore Civico Regionale riceve le osservazioni, opposizioni, denunce o i reclami in via amministrativa o verbali, acquisisce quelle scritte presentate all'U.R.P. e dispone l'istruttoria e le segnalazioni necessarie.”

In tale contesto, non va dimenticato che i Difensori civici pro-tempore che si sono susseguiti nel corso degli anni presso l'Ufficio istituito presso la nostra Regione, tenuto conto della mancata o parziale attivazione delle Commissioni miste conciliative nelle AA.SS.LL. piemontesi, non hanno tralasciato di sensibilizzare l'Amministrazione regionale in ordine all'opportunità di dare concreto corso, in specie, alla strutturazione di tali Commissioni nelle AA.SS.LL. della Regione Piemonte, in un'ottica di facilitazione ed sistematizzazione delle modalità di accesso degli utenti del Servizio Sanitario alle procedure di reclamo contro atti o i comportamenti che negano o limitano la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria.