

- le richieste ai ricoverati in residenze socio-sanitarie convenzionate con il Servizio Sanitario, di corrispondere somme aggiuntive alla quota alberghiera della retta di ricovero, in relazione a: prestazione alberghiere aggiuntive (spesso non motivate e specificate), spese di carattere sanitario (farmaci, trasferimenti in autoambulanza per prestazioni diagnostiche e specialistiche)

- la compartecipazione ai costi delle prestazioni sociali agevolate, di natura socio-sanitaria, erogate in regime residenziale, 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 (problematiche riguardanti criteri di compartecipazione adottati e reddito di riferimento).

**Problematiche aperte e in via di soluzione:
le questioni sollevate dal Difensore civico**

Il Difensore civico interviene sulla realizzazione del “diritto alla continuità” delle prestazioni sanitarie ed assistenziali, previste a favore di persone in condizioni di non autosufficienza (interventi del 14 maggio 2012 e del 23 novembre 2012).

L'intervento del 14 maggio 2012: testo estratto della rivista “Prospettive assistenziali”, n.180, ottobre-dicembre 2012

AUTOREVOLE INTERVENTO DEL DIFENSORE CIVICO DELLA REGIONE PIEMONTE A SOSTEGNO DELLA CONTINUITÀ TERAPEUTICA DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI

In data 10 maggio 2012 la Fondazione promozione sociale ha inviato al Direttore generale dell'Asl To1 e al Difensore civico della Regione Piemonte la seguente lettera:

«In relazione ad una recente nota del Direttore sanitario della Casa di cura A. B., questa Fondazione segnala quanto segue:

1. in base alle leggi vigenti (cfr. in particolare il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 le cui norme sono cogenti in base

all'articolo 54 della legge 289/2002) compete al Servizio sanitario nazionale garantire senza limiti di durata le cure socio-sanitarie anche alle persone anziane colpite da patologie invalidanti e da non autosufficienza;

2. non sono mai state emanate leggi che obblighino i congiunti a svolgere i succitati compiti di cura;

3. mentre siamo pienamente d'accordo sulla priorità delle prestazioni domiciliari (la Giunta della Regione Piemonte però continua a non emanare le disposizioni attuative della legge regionale 10/2010) e sulla necessità di informare i congiunti

dei malati cronici non autosufficienti in merito ai vantaggi terapeutici delle cure domiciliari, siamo però nettamente contrari a qualsiasi imposizione;

4. nei casi di ricovero presso Rsa i congiunti, se accettano volontariamente di provvedere in merito, sono tenuti a versare al Comune di residenza del malato o, previa autorizzazione di detto ente, alla struttura di ricovero l'importo delle risorse economiche a carico del paziente.

Questa procedura è conforme alla sentenza del Consiglio di Stato, Sezione Terza, n. 5549/2011 del 15 luglio 2011, depositata in Cancelleria il 17 ottobre 2011. Tuttavia per semplificare gli adempimenti relativi alla quota alberghiera riteniamo accettabile che, anche senza la prevista autorizzazione del Comune, la persona, che assume l'incarico in materia, versi alla struttura la quota spettante al paziente, dedotto l'importo lasciato al paziente stesso per le sue piccole spese (attualmente euro 120 al mese).

«Ciò premesso, questa Fondazione ritiene che il personale degli ospedali e delle case di cura private convenzionate non possa imporre il pagamento della retta di degenza presso dette strutture nei casi in cui la permanenza dell'anziano cronico non autosufficiente si prolunghi dopo l'accertamento della sua dimissibilità a causa del rifiuto della persona, che ha assunto l'incarico di versare la quota alberghiera dovuta dal paziente in base alle sue personali

possibilità economiche, di integrare detto importo con le sue personali risorse per il ricovero in una Rsa o struttura analoga.

«Data l'importanza della questione restiamo in attesa di una risposta scritta e chiediamo l'intervento del Difensore civico della Regione Piemonte a tutela dei diritti e degli obblighi vigenti».

La risposta del Difensore civico

Particolarmente importante la risposta, che riproduciamo integralmente, del Difensore civico della Regione Piemonte del 14 maggio 2012 che, pur facendo anche riferimento alle disposizioni della Regione Piemonte, sono valide per tutte le Asl del nostro Paese:

È 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 e al Direttore sanitario della casa di cura A. B. 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 dimissione" 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 A. B. 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 assistenziali, per lo più ricomprese nell'"Area integrazione sociosanitaria" del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 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 (delibera della Giunta regionale 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 assistenziale", in un

lasso di tempo determinato ed a carico del Servizio sanitario regionale.

Al riguardo, la menzionata delibera della Giunta regionale 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 sociosanitarie 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’articolo della legge regionale n. 10 del 18 febbraio 2010 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 persona e dalla famiglia”; tutto ciò per evidenti vantaggi terapeutici, nonché per profili di sgravio economico per le Amministrazioni pubbliche coinvolte, 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 delibera della Giunta regionale 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 rilevano per lo più tardive, in particolare quando il trascorrere del tempo abbia compromesso la salute degli interessati (1).

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 sovra 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 delibera della Giunta regionale n. 72-14420 del 20 dicembre 2004, allorquando, dopo la valutazione dell’Unità valutativa geriatrica 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 (Rsa, Raf, Case di cura) (2), 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 postacuzie, 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 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 norma regionale, non solo nei limiti temporali del "Percorso di continuità assistenziale" (di carattere prettamente sanitario) di cui alla predetta delibera della Giunta regionale 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 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", prevedendo "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 delibera della Giunta regionale n. 72-14420 2004), realizzando un percorso continuativo di misure socio-sanitarie "appropriate e disponibili".

Effettivamente, in termini di responsabilità giuridicamente rilevante, conseguente alla dedotta e, secondo non sussistente, esigibilità del diritto soggettivo alla "continuità assistenziale", che altro non è che un'estrinsecazione del diritto alla salute costituzionalmente protetto dall'articolo 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, incombendo 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 sopraesposte e porgiamo distinti saluti.

similari.

(2) Rsa = Residenze sanitarie assistenziali; Raf = Residenze assistenziali flessibili. Con la delibera della Giunta della Regione Piemonte n.45/2012 le Raf devono essere riconvertire in Rsa."

(1) Da parte nostra ricordiamo che le liste di attesa per la frequenza dei centri diurni per soggetti con handicap intellettivo grave sono state valutate illegittime dalle sentenze n. 784 e 785/2011 del Tar della Lombardia e dall'ordinanza del Tar del Piemonte n. 381/2012.

Poiché detti provvedimenti sono fondati sulle norme dei Lea, Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria, le liste di attesa sono illegittime anche per quanto riguarda il ricovero presso Rsa e strutture

L'intervento del 23 novembre 2012 nel testo integrale della nota prot.n.2607

*Alla cortese attenzione
Assessore alla tutela della salute e alla
Sanità della Regione Piemonte
Dr. Paolo MONFERINO
Corso Regina Margherita 153 bis
10100 TORINO*

*Alla cortese attenzione
Direttore Politiche Sociali
e Politiche per la Famiglia
Regione Piemonte
Dr.ssa Raffaella VITALE
Corso Stati Uniti 1
10100 TORINO*

*Alla cortese attenzione
Direttore della Sanità
Regione Piemonte
Dr. Sergio MORGAGNI
Corso Regina Margherita 153 bis
10100 TORINO*

*E.p.c. Presidente del Consiglio della
Regione Piemonte
On. Valerio CATTANEO
Via Alfieri 15
10121 TORINO*

Oggetto: Principio di “continuità assistenziale”:

riserimento nostre note prot.n.1021 del 14 maggio 2012, prot.n.1888 del 21 agosto 2012, rispettivi riscontri Direzione regionale Sanità prot.n.21264 del 2 agosto 2012 e Direzione regionale Politiche Sociali prot.n.7874 del 30 ottobre 2012 .

Riferimento nostra nota prot.n. 1644 del 23 luglio 2012, identificata con oggetto “Situazione nei locali di Pronto Soccorso degli Ospedali torinesi e del Piemonte – intervento in favore degli utenti”.

Richiamiamo preliminarmente l'intervento svolto dallo scrivente Difensore civico, concernente la realizzazione del “diritto alla continuità” delle prestazioni sanitarie ed assistenziali, previste a favore di anziani ultra sessantacinquenni non autosufficienti ovvero di persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente ed in specie la nota prot.n. 1021 del 14 maggio 2012 che di seguito si espone, nonché la nota di riscontro della Direzione regionale Sanità prot.n.21264 del 2 agosto 2012.

Richiamiamo ancora preliminarmente la nostra nota prot.n.1888 del 21 agosto 2012, riguardante la D.G.R. n.45-4248 del 30 luglio 2012 ed il riscontro della Direzione regionale Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia di cui alla nota prot.n. 7874 del 30 ottobre 2012.

Ringraziamo per i riscontri forniti i Direttori regionali, Dr. Sergio Morgagni e Dr.ssa Raffaella Vitale e riteniamo di dover formulare alcune considerazioni ulteriori a tutela dei numerosi cittadini che si rivolgono al nostro Ufficio, nell'adempimento della funzione istituzionale propria della Difesa civica.

Di seguito riassumiamo i contenuti del carteggio.

La nota del Difensore civico prot.n.1021 del 14 maggio 2012, avente ad 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”.

Mediante la predetta nota prot.1021 del 14 maggio 2012, indirizzata alle Direzioni regionali Sanità e Politiche Sociali ed al Direttore generale dell'ASL TO1, avente ad 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”, lo scrivente Difensore civico aveva fatto in particolare riferimento a tale norma regolamentare della Regione Piemonte (D.G.R. 20 dicembre 2004, n.72-14420), in specie per quanto concerne l'articolazione del “Percorso di Continuità Assistenziale”, così come individuato nella D.G.R. stessa, a cui il cittadino non autosufficiente in situazione di

malattia acuta ha accesso 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 (60 giorni) ed a carico del Servizio Sanitario Regionale.

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”, evidenziava 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”.

Nella ridetta nota del 14 maggio 2012, si evidenziò il problema delle “liste d’attesa”, siano esse relative a prestazioni a carattere domiciliare o residenziale, quale momento di riferimento di auspicati interventi diretti ad annullarne e, quantomeno, ridurne i tempi, per evitare la compromissione del diritto alla salute, riconosciuto espressamente come “fondamentale” dalla Carta Costituzionale.

Ciò premesso, erano stati evidenziati profili problematici, emergenti dalla casistica oggetto delle segnalazioni pervenute a questo Ufficio della Difesa civica regionale, inerenti vicende per lo più riguardanti cittadini non autosufficienti facenti parte di categorie disagiate :

- 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 .

In tal senso, era stata evidenziata la doverosità di garantire concreto riscontro da parte delle Amministrazioni coinvolte, assicurando ai 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 tal senso, richiedendosi alle Amministrazioni interessate di farsi effettivo carico di situazioni che possano in ipotesi configurare fattispecie di inadempimento, ovvero di tardivo adempimento, in ipotesi, “colpevole” se non adeguatamente giustificato in termini di “impossibilità” giuridicamente opponibile, da parte delle Amministrazioni.

Il riscontro della Direzione regionale Sanità - nota prot.n.21264 del 2 agosto 2012, avente ad oggetto "Risposta alla nota del 14/05/2012 inerente "Intervento del Difensore civico a sostegno del principio di continuità assistenziale di cui alla D.G.R. n.72-14420 del 20 dicembre 2004"

A tale nota faceva seguito quale riscontro la lettera prot.n.21264 del 2 agosto 2012 del Direttore regionale Sanità, Dr.Sergio Morgagni, che precisava come viene attuato il "Percorso di Continuità Assistenziale" e l'inserimento in strutture residenziali socio-sanitarie.

Ancora il Dr. Morgagni, espressamente riconoscendo la valenza del principio di "continuità assistenziale", evidenziava che "la D.G.R. n.72-14420/2004 è stata predisposta con il fine di evitare inserimenti definitivi, spesso inappropriati, bypassando la lista d'attesa e, quindi, creando diseguaglianze di trattamento, fermo restando che i casi gravi ed urgenti sono stati e sono tutelati sempre e comunque" ed infine che " la Regione Piemonte ha espresso la necessità di migliorare la continuità assistenziale, definendo delle relazioni funzionali sia tra le diverse realtà organizzative sia all'interno delle stesse, al fine di coniugare esigenze di qualità e di efficienza di ciascuna struttura operativa con le ragioni dell'efficienza allocativa".

La nota del Difensore civico prot.n.1888 del 21 agosto 2012, avente ad oggetto "Deliberazione della Giunta regionale del Piemonte n.45-4248 del 30 luglio 2012 - Reclamo del CSA - Coordinamento Sanità e Assistenza fra i Movimenti di base"

Con particolare riferimento alla Deliberazione della Giunta regionale del Piemonte n. 45-4248 del 30 luglio 2012, lo scrivente Difensore civico ha quindi indirizzato, in data 21 agosto 2012, la nota di cui sopra rispettivamente al Presidente della Giunta Regionale, all'Assessore regionale alla Tutela della Salute e Sanità, Edilizia Sanitaria e A.r.e.s.s, Politiche sociali e Politiche per la famiglia, nonché al Direttore regionale Sanità. La sopra citata nota faceva seguito a richiesta d'intervento "urgente" pervenuta al Difensore civico, a seguito delle nuove disposizioni della D.G.R. n.45-4248 del 30 luglio 2012 riguardanti il percorso di continuità assistenziale nell'ambito di strutture residenziali socio-sanitarie, da Ente che svolge attività di tutela degli anziani non autosufficienti e dei disabili, che nell'esposto/reclamo all'uopo inviato a questo Ufficio, sottolineava, in particolare che, "pur permanendo le loro esigenza curative" gli anziani malati cronici non autosufficienti, dopo il decorso di 60 giorni dall'attivazione del percorso sanitario e socio -sanitario, sarebbero costretti a farsi carico totalmente della retta, viceversa a carico del Servizio sanitario regionale per i primi 30 giorni e con una quota di compartecipazione pari al 50% nei successivi 30, a carico dell'utente e del Comune.

Orbene, il Difensore civico sottolineando il proprio dovere istituzionale di tutelare i diritti fondamentali di quelle persone in confronto con le Amministrazioni pubbliche e, nella specie, con quella regionale che si occupa di Sanità (tenutosi conto della legge regionale 28.02.1985, n. 47); diritti che, nella specie, sono di rango costituzionale, attenendo alla tutela del bene primario della vita e alla salute, nel proprio intervento ha inteso, in particolar modo, sottolineare, nell'interesse dell'utenza, che la normativa vigente impone il dovere di garantire i Livelli Essenziali di Assistenza delle persone anziane non autosufficienti nel rispetto del principio di continuità che, se violato o limitato o comunque compromesso, può determinare concretamente lesioni e pregiudizi anche irreversibili in soggetti anziani malati cronici non autosufficienti che versano in condizioni di estrema debolezza

personale ed economica e che richiedono la presa in carico degli Enti preposti, a doverosa tutela della loro condizione di fragilità.

In tale contesto e nei confronti di quest'ultimi, che sono i destinatari dell'azione amministrativa in ambito sanitario e socio-sanitario, il Difensore civico ha evidenziato anche la necessità di una comunicazione, da parte dell'Amministrazione, capace effettivamente di determinare modi e termini della presa in carico dei soggetti interessati, nel rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza e senza discontinuità di sorta, con riguardo al concatenarsi delle diverse fasi del "percorso" e dunque anche alla fase successiva al trascorrere del sessantesimo giorno previsto dalla menzionata Deliberazione.

Il riscontro della Direzione regionale Politiche Sociali - nota prot.n.7874 del 30 ottobre 2012, avente ad oggetto "D.G.R. n.45-4248 del 30 luglio 2012 - Reclamo del CSA - Coordinamento Sanità e Assistenza fra i Movimenti di base"

Con la nota di riscontro sopra citata, prot.n.7874 del 30 ottobre 2012, il Direttore regionale Politiche Sociali, in primo luogo, evidenziava che "oggi la continuità assistenziale alle persone che affrontano episodi acuti è assicurata dalla presenza di una disponibilità di prestazioni ospedaliere dell'area della post-acuzie (lungodegenza e RRF - Recupero e Riabilitazione Funzionale -), a totale carico del servizio sanitario regionale, che garantisce al termine del ricovero ospedaliero interventi di riabilitazione di primo e secondo livello, nonché interventi di lungodegenza, necessari alla stabilizzazione delle condizioni cliniche del paziente prima del suo rientro al domicilio" e che "il ventaglio delle risposte disponibili" è stato ampliato "con la possibilità, prevista da tempo, di assicurare risposte di continuità assistenziale nelle RSA."

Il Direttore Politiche Sociali, in tale dimensione, riferiva che "La Regione Piemonte con l'approvazione del nuovo piano socio-sanitario ed i provvedimenti attuativi adottati ha inteso affrontare, tra l'altro, le criticità delle continuità delle cure", precisando che mediante l'adozione del nuovo piano socio-sanitario "si è inteso affrontare un primo nodo costituito dalla necessità di rendere più tempestivo il passaggio attraverso i diversi setting assistenziali attraverso un nuovo modello organizzativo di presa in carico assistenziale" che attua la "presa in carico" dei casi "proponendo all'assistito e alla sua famiglia prestazioni di:

- Cure domiciliari ad alta intensità (ADI);*
- Ricoveri in nuclei di continuità assistenziali in RSA;*
- Prestazioni ambulatoriali.*

Il Direttore regionale Politiche Sociali aveva, infine, precisato che "qualora poi le condizioni di disabilità si consolidino in una vera e propria condizione di non autosufficienza, così come viene definita a seguito di una valutazione multidimensionale effettuata a livello distrettuale, la persona anziana e la sua famiglia possono usufruire dei servizi dell'area socio-sanitaria, ovvero delle prestazioni di lungo assistenza, ove servizi sanitari e servizi socio-assistenziali predispongono e offrono percorsi di lungo periodo a domicilio o in RSA".

La nota del Difensore civico prot.n. 1644 del 23 luglio 2012, identificata con oggetto “Situazione nei locali di Pronto Soccorso degli Ospedali torinesi e del Piemonte - intervento in favore degli utenti”.

In tale quadro epistolare si innesta la nota in questione intesa a trasmettere agli Organismi regionali competenti i risultati dell'indagine e intervento del Difensore civico, riferito alle condizioni dei Pronto Soccorso negli Ospedali della Regione, dovendosi evidenziare, con riguardo all'oggetto di questa nota, la problematica dei ricoveri, talora inappropriati, di anziani non autosufficienti e disabili, in specie in condizioni di grave indigenza, che accedono al Servizio.

Tutto ciò premesso, alla luce delle interlocuzioni intercorse tra lo scrivente Difensore civico e le competenti Direzioni dell'Amministrazione regionale quali sopra esposte, nonché sulla base della normativa anche regolamentare vigente in materia, si evidenzia come non appaia, così come peraltro non potrebbe non essere, controverso il “diritto alla continuità” delle prestazioni sanitarie ed assistenziali, previsto a favore di anziani ultra sessantacinquenni ovvero persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente .

E, tuttavia, paiono in discussione i modi e i contenuti degli interventi diretti a garantire ed attuare in concreto il principio della “continuità”, in specie con riguardo alle “liste d'attesa”.

Tale “diritto alla continuità assistenziale” necessariamente attiene alla garanzia di prestazioni che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza, le quali in conformità delle disposizioni del D.P.C.M. 29 novembre 2001 (“Definizione dei livelli essenziali di assistenza”) e per quanto attiene a persone anziane la cui non autosufficienza sia stata accertata e, in particolar modo, a favore dei quali sia stata valutata l'appropriatezza di prestazioni socio-sanitarie in regime di assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale, debbono essere assicurate all'anziano non autosufficiente e verosimilmente articolarsi nelle seguenti fasi:

- *fasi intensiva ed estensiva che si sostanziano in “prestazioni di cura e recupero funzionale” a totale carico del Servizio Sanitario Regionale (vedasi D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1 C, punto 9), la prima “caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico, di elevata complessità”, la seconda da una “minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica”; fasi che, ambedue, si svolgono in periodi di durata definita (all'uopo vedasi D.P.C.M. 14 febbraio 2001 “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”);*
- *fase di lungoassistenza, che si realizza attraverso “prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità”, non riconducibili a periodo temporale definito, con compartecipazione ai costi da parte dell'utente ovvero del gestore dei servizi socio-assistenziali (vedasi D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1 C, punto 8 e 9, nonché la predetta D.P.C.M. 14 febbraio 2001).*

In tale contesto, è sopravvenuta notizia del deposito in Segreteria ovvero della pubblicazione dell'Ordinanza del TAR del Piemonte in data 22 novembre 2012, che ha sospeso parzialmente l'efficacia della D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012, “con riferimento all'istituzione di liste di attesa per la presa in carico dell'anziano (liste di attesa previste nell'ipotesi in cui le risorse richieste dal Progetto individualizzato non siano immediatamente disponibili: Allegato n.6 delle delibera impugnata, paragrafo “Selezione e

attivazione”); essendo “ravvisabili profili di fondatezza del gravame, trattandosi di una previsione che incide su prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza (D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1.C, punti 8 e 9), i quali devono essere garantiti, in modo uniforme, su tutto il territorio nazionale (cfr. il precedente cautelare della Sezione, n.381 del 2012)”; affermando che “con riferimento a quest’ultimo aspetto, sussiste anche il requisito del periculum in mora, attese le ricadute applicative di immediata rilevanza per gli interessi collettivi”.

Naturalmente il Difensore civico non intende, né potrebbe in alcun modo entrare nel merito di quanto oggetto del procedimento giurisdizionale in corso dinanzi al Giudice Amministrativo.

E, tuttavia, dalla declaratoria d’inefficacia, “in parte qua”, della D.G.R. n.45-4248 del 30 luglio 2012, derivano conseguenze che in concreto, senz’altro, incidono, attualmente, sulle condizioni, sulle aspettative e sui diritti e comunque sui bisogni delle persone interessate.

Ciò per cui si impone il dovere istituzionale di questa nota intesa a consentire all’Amministrazione di specificare il quadro di riferimento di aspettative, bisogni, diritti, di cui i cittadini interessati sono titolari o portatori, nell’osservanza del principio di certezza nei rapporti giuridici e valorizzando la responsabilità di garantire la piena tutela del diritto alla salute degli interessati.

Orbene, il sopra citato paragrafo “Selezione e attivazione”, dell’Allegato 6 della Deliberazione della Giunta regionale del Piemonte n. 45-4248 del 30 luglio 2012, dispone che:

“Qualora le risorse previste dal Progetto Individualizzato non siano immediatamente disponibili, la presa in carico è messa in atto mediante la proposta di interventi alternativi, impiegando le risorse disponibili nell’ambito della rete complessiva dei servizi per anziani non autosufficienti.

La segreteria dell’U.V.G. provvede alla compilazione di graduatorie, distinte per tipologie di Progetti individuali, mediante l’attribuzione ad ogni richiedente di un punteggio derivante dalla somma della valutazione sociale e sanitaria, secondo le modalità indicate nell’apposito provvedimento regionale, D.G.R. 42-8390 del 10 marzo 2008 e s.m.i.:

- sanitaria (fino ad un massimo di 14 punti)
- sociale (fino ad un massimo di 14 punti)

In caso di pari punteggio si terrà conto dell’ordine cronologico della richiesta di valutazione.

Le graduatorie devono essere aggiornate sulla base dell’inserimento nelle liste d’attesa dei nuovi valutati, sulla base degli avvenuti inserimenti, dei decessi, delle dimissioni/trasferimenti e delle rivalutazioni effettuate in seguito alle variazioni delle condizioni sanitarie e/o sociali.

Il sistema di cui sopra, valido per la quasi totalità dei casi, non può non tenere conto di situazioni in cui si ravvisino caratteri di urgenza per aspetti sanitari e/o sociali, che andranno definiti nell’ambito dei lavori dell’U.V.G. dal momento che possono variare a seconda delle problematiche di ciascun territorio. In queste situazioni il Presidente può assumere un provvedimento, dandone comunicazione nella prima seduta della medesima.”

Il suddetto paragrafo “Selezione e attivazione”, di cui il TAR ha sospeso l’efficacia, avrebbe sostituito il paragrafo parimenti intitolato dell’Allegato 1.A della D.G.R. 17-15226 del 30 marzo 2005, in cui si legge che:

“Qualora le risorse previste dal progetto Individualizzato non siano immediatamente disponibili, la continuità assistenziale è messa in atto mediante la programmazione di interventi alternativi appropriati alla situazione da trattare, impiegando le risorse disponibili nell’ambito della rete complessiva dei servizi per anziani esistenti nell’A.S.L. a livello territoriale e/o ospedaliero e/o nell’Ente gestore socio-assistenziale.

Contemporaneamente la segreteria dell’U.V.G. provvede alla compilazione di graduatorie, distinte per tipologie di interventi, mediante l’attribuzione ad ogni richiedente di un punteggio derivante dalla valutazione:

- sanitaria (fino ad un massimo di 14 punti)
- sociale (fino ad un massimo di 14 punti)

In caso di pari punteggio si terrà conto dell’ordine cronologico della richiesta di valutazione.

Le graduatorie devono essere aggiornate sulla base dell'inserimento nelle liste d'attesa dei nuovi valutati, sulla base degli avvenuti inserimenti, dei decessi, delle dimissioni/trasferimenti e delle rivalutazioni effettuate in seguito alle variazioni delle condizioni sanitarie e/o sociali. Tali rivalutazioni possono essere richieste previa presentazione di certificazione medica o relazione sociale alla segreteria dell'UVG.

Al momento dell'attivazione del progetto, l'UVG dovrà individuare il/i servizio/i referenti del caso (servizi sanitari e/o socio-assistenziali del territorio in caso di intervento domiciliare o la struttura presso la quale avviene il ricovero), i quali attraverso un loro referente procedono alla stesura del piano assistenziale, lo trasmettono all'UVG, a cui riferiscono circa la necessità di una eventuale revisione della valutazione.

Il sistema di cui sopra, valido per la quasi totalità dei casi, non può non tenere conto di situazioni in cui si ravvisino caratteri di urgenza per aspetti sanitari e/o sociali, che andranno definiti nell'ambito dei lavori della Commissione, dal momento che possono variare a seconda delle problematiche di ciascun territorio. In queste situazioni il Presidente può assumere un provvedimento, dandone comunicazione nella prima seduta della Commissione."

Senza pertanto entrare in nessun modo nel merito della vicenda giurisdizionale, lo scrivente Difensore civico ritiene di dover intervenire, anche con riguardo alle citate note delle Direzioni regionali Sanità e Politiche Sociali e sollecitando un riscontro ulteriore (auspicando la realizzazione di un compiuto dialogo proattivo con la popolazione interessata, a sostegno del principio di "continuità assistenziale"), richiedendo alle Amministrazioni regionali coinvolte, nel caso di istituzione di liste di attesa, ovvero graduatorie, resesi necessarie "qualora le risorse previste dal Progetto Individualizzato non siano immediatamente disponibili", di individuare modalità di formazione, gestione e utilizzazione delle stesse liste, accompagnate dalla programmazione di ogni possibile intervento anche alternativo, che paia appropriato alle specifiche situazioni di non autosufficienza da trattare. Assicurando, in tal modo, i Livelli Essenziali di Assistenza a tutela del diritto alla salute di pazienti malati cronici non autosufficienti e con grave disabilità ed in definitiva nell'interesse generale, tenutosi conto di ogni normativa applicabile.

Tutto ciò, ribadendo nuovamente che anche con l'odierna nota lo scrivente Difensore civico regionale non intende svolgere un'attività finalizzata al mero controllo o alla verifica dell'operato delle Amministrazioni e/o strutture sanitarie e assistenziali coinvolte, ma, prioritariamente, acquisire una compiuta e trasparente informazione in merito alla questione sottoposta alla nostra attenzione e, ove necessario, tutelare i cittadini utenti dei servizi socio-sanitari, sollecitando le Amministrazioni coinvolte a porre in essere ogni iniziativa doverosa per dare soluzione alle questioni segnalate.

Ancora, tenutosi conto della sospensione dell'efficacia della D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012 "in parte qua" "con riferimento all'istituzione di liste di attesa per la presa in carico dell'anziano", disposta dall'Ordinanza del TAR del Piemonte, riteniamo di dover sottolineare la necessità di una comunicazione tempestiva, efficace e compiuta da parte dell'Amministrazione a favore dei cittadini interessati, in ordine alle ricadute di tale provvedimento giurisdizionale ablativo, che in definitiva riguardano le modalità attraverso le quali sia concretamente garantito e attuato il principio di "continuità assistenziale".

Trattandosi di provvedimenti potenzialmente limitativi delle sfere giuridiche del cittadino, ma tenutosi conto del principio universalistico che assicura il diritto alle cure a tutti i soggetti interessati in attuazione del precetto costituzionale, sia pure tenendosi conto del limite costituito dalle risorse disponibili, riteniamo di dovere evidenziare, quale parametro di riferimento ineludibile dell'azione amministrativa conseguente, il principio, proprio del diritto pubblico, di "proporzionalità" che assume nell'ordinamento interno lo stesso significato che riveste nell'ordinamento comunitario, alla luce della clausola di formale recezione di cui all'art.1, comma 1, legge 241/90, novellato dalla legge 15/2005.

Tale principio si articola in tre distinti profili, affermati dalla costante giurisprudenza amministrativa e da ultimo sintetizzati dal T.A.R. della Lombardia con sentenza 11 ottobre 2010, n.6916, come segue:

- a) idoneità del mezzo impiegato rispetto all'obiettivo perseguito;*
- b) necessità, ovvero assenza di qualsiasi altro mezzo idoneo che comporti il minor sacrificio del privato;*
- c) adeguatezza dell'esercizio del potere rispetto agli interessi coinvolti".*

Per altro verso, possono assumere nella fattispecie "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 di operare un corretto "bilanciamento" degli interessi, dei diritti e dei principi che mai deve omettere o trascurare o ritardare la doverosa tutela dei diritti fondamentali e dei bisogni dei cittadini.

A sostegno dell'odierno intervento, si ritiene anche utile rammentare al riguardo quanto "in un'ottica di concretezza" scrisse il Difensore civico con lettera del 08/06/2010, indirizzata ai Direttori generali ed ai Direttori sanitari delle Aziende Sanitarie Locali piemontesi, ovvero di valutare l'opportunità, se non anche la necessità:

- a) "di predisporre modelli organizzativi che conducano, in automatico, alla Valutazione Geriatrica dell'anziano che accede alle strutture socio-sanitarie o ospedaliere a motivo della propria situazione di presumibile non autosufficienza, garantendo che ciò accada senza eccezioni per tutti i casi;*
- b) che, a fronte dell'avvenuta valutazione di non autosufficienza, vengano garantiti ai cittadini la presa in carico, in termini certi, da parte delle Aziende sanitarie e degli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, con la conseguente attivazione di percorsi di assistenza sanitaria e sociale non interrotti da dimissioni da strutture ospedaliere, riabilitative o socio-sanitarie;*
- c) di garantire modalità di assistenza ai cittadini anziani non autosufficienti e ai loro congiunti nell'espletamento di adempimenti burocratici e nell'accesso ad informazioni riguardanti i servizi socio-sanitari previsti per fare fronte alle problematiche connesse allo stato di non autosufficienza (ad es. compilazione ISEE ai fini di ottenere integrazioni della retta di ricovero, informazioni in ordine alla disponibilità, ai tempi di attesa per l'inserimento in strutture residenziali e alle spese a carico del ricoverato, ecc.).*

d) *la creazione di strutture integrate fra le diverse Aziende sanitarie presenti sul territorio piemontese, al fine di realizzare positive interconnessioni fra i diversi servizi socio-sanitari attivati per fare fronte ai bisogni dei cittadini anziani non autosufficienti, con conseguenti economie di scala, e per implementare canali informativi e di confronto tra le diverse Aziende”.*

In conclusione di questa nota, rimaniamo in attesa del doveroso, ex lege, riscontro, al fine di poter orientare e indirizzare opportunamente i numerosi cittadini che si rivolgono al Difensore civico, desiderosi di risposte concrete che il mio Ufficio ha il dovere di fornire in ossequio al principio di trasparenza e valorizzandosi la funzione della Difesa civica di “mediazione” istituzionale intesa a rafforzare la fiducia dei cittadini nelle loro Istituzioni.

Restiamo a disposizione, confidando che vogliate, senz'altro, dar corso ad ogni azione più opportuna coerente con il principio di “continuità” e con il “diritto alle cure” delle persone, ovvero degli anziani non autosufficienti ovvero di persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente.

Con i più cordiali saluti.

IL DIFENSORE CIVICO
Avv. Antonio Caputo

Il Difensore civico interviene sulle questioni relative alle risorse finanziarie destinate ad Enti gestori dei servizi sociali e Aziende Sanitarie per garantire prestazioni sanitarie ed assistenziali a favore di persone non autosufficienti (lettera prot. 2804 del 12/02/2012)

In data 12 dicembre 2012 , il Difensore civico regionale ha inviato all'Assessore regionale alla Salute, Sanità e Politiche Sociali, alle competenti Direzioni regionali e del Comune di Torino, agli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, al Presidente del Consiglio regionale del Piemonte (ai sensi dell'art.8, comma 3 della legge regionale 9 dicembre 1981, n. 50) e per conoscenza al Ministro della Salute, la seguente lettera, di cui si riproduce il testo integrale e che riassume, tra l'altro precedenti interlocuzioni con le competenti Direzioni regionali ed Enti gestori di servizi socio-assistenziali:

*Alla cortese attenzione
Assessore alla tutela della salute e alla Sanità
della Regione Piemonte
Dr. Paolo MONFERINO
Corso Regina Margherita 153 bis
10100 TORINO*

*Alla cortese attenzione
Direttore Politiche Sociali
e Politiche per la Famiglia
Regione Piemonte
Dr.ssa Raffaella VITALE
Corso Stati Uniti 1
10100 TORINO*

*Alla cortese attenzione
Direttore della Sanità
Regione Piemonte
Dr. Sergio MORGAGNI
Corso Regina Margherita 153 bis*

10100 TORINO

*Alla Direzione Centrale
Politiche Sociali e Rapporti
con le Aziende Sanitarie
Città di Torino
via C.I. Giulio 22
10122 Torino*

*Agli Enti Gestori dei servizi
socio-assistenziali
LORO SEDI*

*p.c. Alla cortese attenzione
del Ill.mo Prof. Renato
BALDUZZI
Ministro della Salute
Lungotevere Ripa, 1
00153 – Roma*

*e p.c.c. Alla cortese attenzione
dell'Ill.mo Presidente del
Consiglio della
Regione Piemonte
On. Valerio CATTANEO
Via Alfieri 15
10121 TORINO*

Oggetto: Prestazioni socio-sanitarie e sociali previste a favore di anziani ultra sessantacinquenni non autosufficienti, disabili ovvero di persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente; problematiche riguardanti finanziamenti e risorse finalizzati ad assicurarne l'erogazione da parte di Enti Gestori di servizi socio-assistenziali ed Aziende Sanitarie:

richieste d'intervento del C.I.S.S-A.C. di Caluso (prot.n. 4818 del 13 novembre 2012) e del C.I.S.A.P. di Grugliasco (prot.n.5173 del 21 novembre 2012).

Nostri riferimenti: note prot.n.365 del 24 febbraio 2012 e prot.n.822 del 6 aprile 2012, rispettivi riscontri Direzione regionale Politiche Sociali prot.n.1919 del 20 marzo 2012 e C.I.S.S.P. di Settimo T.se prot.n.2811 del 20 aprile 2012.

Segnalazione ex art.8, comma 3 della legge regionale 9 dicembre 1981, n. 50.

Abbiamo ricevuto dai Consorzi C.I.S.S-A.C. di Caluso e C.I.S.A.P. di Grugliasco le note di cui all'oggetto, che