

I cittadini che si sono rivolti al Difensore civico hanno, in particolar modo, evidenziato le seguenti criticità:

- utilizzo di cure domiciliari nella fase di lungoassistenza per casi in cui risulterebbe occorrere il ricovero in struttura residenziale,
- incremento dei tempi di attesa per l'avvio delle prestazioni di assistenza domiciliare, formazione di liste di attesa e denunciata mancata trasparenza in ordine ai criteri di formazione delle liste medesime,
- formazione di liste di attesa per ottenere l'erogazione di interventi economici a sostegno della domiciliarità per anziani non autosufficienti, ovvero la discontinuità nell'erogazione di interventi economici già concessi,
- problematiche riguardanti criteri di compartecipazione degli utenti ai costi delle prestazioni domiciliari adottati dalle Amministrazioni competenti e reddito di riferimento,
- questioni relative ad opacità nelle informazioni fornite da Enti Gestori di servizi socio-assistenziali a cittadini interessati in ordine ad erogazione o prosecuzione nell'erogazione di contributi economici a sostegno di prestazioni di lungoassistenza domiciliare, connesse a dedotte difficoltà per gli Enti stessi nel reperire i fondi necessari;

da tutto ciò derivando consequenziali interventi di questo Ufficio della Difesa civica, nella dimensione complessiva delle prestazioni afferenti l'area dell'integrazione socio-sanitaria (non solo domiciliari, ma anche residenziali e semi-residenziali), a sostegno del "principio di continuità assistenziale" e finalizzati a sollecitare da parte delle Amministrazioni interessate la doverosa tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo, in specie, a favore di persone non autosufficienti, attraverso la concreta realizzazione di tali prestazioni, quali individuate nei Livelli Essenziali di Assistenza, che, a norma dell'art.1 del D.Lgs. 502/1992, norma primaria non derogabile da normative subordinate di carattere secondario, *"sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa"*.

Si impone, pertanto, anche l'odierno ulteriore intervento finalizzato a consentire al Difensore civico di orientare i cittadini che si rivolgono al medesimo, nel contempo mettendo l'Amministrazione nella condizione di verificare la correttezza del proprio operato.

Nel richiamare, tra le altre, le nostre precedenti note indirizzate a codesta Amministrazione, prot.n.2319 del 27 settembre 2011, prot.n.1021 del 14 maggio 2012, prot.n.

1888 del 21 agosto 2012, prot.n.2524 del 9 novembre 2012, prot.n.2607 del 23 novembre 2012, prot.n.2804 del 12 dicembre 2012, prot.n.432 del 28 marzo 2013, prot.n. 562 del 16 aprile 2013, prot.n.837 e n.839 del 23 maggio 2013, prot.n. 959 del 10 giugno 2013, prot.n.979 dell'11 giugno 2013 e, infine, prot.n.1674 del 7 ottobre 2013 ..., mediante le quali lo scrivente Difensore civico è intervenuto, in specie per quanto attiene a Deliberazioni della Giunta regionale del Piemonte e a provvedimenti di Enti gestori di servizi socio-assistenziali riguardanti vari aspetti della "presa in carico" di persone non autosufficienti, a sostegno del "principio di continuità assistenziale" e del dovere per le Amministrazioni interessate di garantire, nel rispetto di tale principio, i Livelli Essenziali di Assistenza a favore di anziani malati cronici non autosufficienti e persone affette da handicap permanente grave accertato,

sono venute ulteriormente all'attenzione di questo Ufficio, in tale ambito, le D.G.R. 30 dicembre n.26-6993 e 27 gennaio 2014 n.5-7035, mediante le quali la Giunta regionale del Piemonte ha, rispettivamente adottato specifiche disposizioni per quanto riguarda le "modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti" e i "criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza".

In ordine a tali Deliberazioni e alla loro ricaduta sull'utenza, si osserva quanto segue.

Considerazioni derivanti da una sommaria disamina del contesto normativo e giurisprudenziale di riferimento.

Preliminarmente, al fine di un più preciso inquadramento del contesto normativo e di principi nel quale l'oggetto dei provvedimenti citati (D.G.R. 30 dicembre n.26-6993 e 27 gennaio 2014 n.5-7035) trova collocazione, riteniamo di dover rammentare che il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502, all'art.3-septies (menzionato, per quanto attiene al comma 2, dalla ridetta D.G.R. 30 dicembre 2013, n.26-6993 per definire le prestazioni comprese nell'ambito dell'integrazione sociosanitaria, ovvero prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e prestazioni sociali a rilevanza sanitaria), testualmente rinvia, nel comma 3, ad "atto di indirizzo e coordinamentoda emanarsi... su proposta del Ministro della sanità e del Ministro per la solidarietà sociale", che "individua, sulla base dei principi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b)" (prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, prestazioni sociali a rilevanza sanitaria), "precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni" e che "Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5, e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a

rilievo sanitario”.

In specie per quanto attiene all'individuazione delle prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria il menzionato comma 4 precisa che *“Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative”*, espressamente affermando, nel successivo comma 5, che *“le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali”*.

Consequentemente, il D.P.C.M. 14 febbraio 2001 (“Atto di Indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”), in specie per quanto attiene alle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, nell'art.3, comma 3, dispone che *“Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza”*.

Quanto sopra, in particolare, sottolineando che *“Le prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata”*(art.2, comma 2).

Tutto ciò, tenutosi anche conto, tra l'altro, *ex multis*, che, così come recentemente affermato dal T.A.R. Piemonte nella recente sentenza n.199/2014, depositata il 31 gennaio 2014, attinente alla questione dell'effettivo riconoscimento del diritto alle cure a favore di persone non autosufficienti (in specie anziani malati cronici), *“la “presa in carico” del...non autosufficiente richiede unitariamente, ed in modo quasi indistinguibile, sia prestazioni sanitarie sia azioni di protezione sociale, così come prevede la già citata definizione di cui all'art.3-septies, comma 1, del d.lgs.n.502 del 1992.”*, ma che *“gli aspetti sanitari sono ben presenti e radicati nelle attività da erogarsi”*, e che il *“percorso sanitario strettamente ospedaliero, ...comunque – e proprio in omaggio alla nozione di cui all'art3-septies, comma 1, del d.lgs.n.502 del 1992, non può essere considerato a sé stante, ma deve necessariamente confluire nel percorso continuativo di cura e di riabilitazione che, in base alla legge, va garantito, anche nel lungo periodo, al non autosufficiente...”*, a fronte *“del diritto dei non autosufficienti – diritto sancito dall'ordinamento e in particolare dalla normativa sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) – di vedersi garantite cure ed assistenza socio-sanitarie almeno nella misura minima imposta per legge e direttamente derivante dal “nucleo irriducibile” del diritto alla salute protetto dall'art.32 Cost.”* (cfr. altre sentenze rilevanti, *ex multis*, Corte di Cassazione, Sezioni Unite penali, sentenza 21 gennaio 2009 n.2437; Corte di Cassazione, Sezione I, sentenza 22 marzo 2012 n.4558; Consiglio di Stato, Sez.V, sentenza 31 luglio 2006 n.4695).

Profili di concreta criticità con riguardo al sistema di gestione e finanziamento delle “prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti”, delineato dalle D.G.R. 30 dicembre 2013, n.26-6993 e 27 gennaio 2014, n.5-7035.

Orbene, venendo alla menzionate D.G.R. 30 dicembre 2013, n.26-6993 e 27 gennaio 2014, n.5-7035 (aventi rispettivamente ad oggetto le “Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti” e i “Criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza”), tenuto conto della normativa e dei principi sopra esposti, nelle predette Deliberazioni sono state evidenziati, in particolare, dagli Enti gestori e dalle Associazioni del volontariato sociale che assistono le persone in situazione di non autosufficienza (

ed i loro congiunti) ed anche dalle stesse persone interessate, alcuni profili problematici, ovvero:

a) l'affermata indeterminatezza nell'individuazione delle prestazioni socio-sanitarie oggetto delle deliberazioni, definite genericamente quali "prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti", tenutosi conto della sopra indicata disciplina di cui al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 ed alla conseguente regolamentazione di cui al D.P.C.M. 14 febbraio 2001 ("Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie") e 22 novembre 2001 (Definizioni dei Livelli Essenziali di Assistenza);

b) il riferimento operato per le suddette prestazioni domiciliari a "prestazioni aggiuntive oltre il LEA previsti a livello nazionale" e la conseguente maggiore evidenziazione della "rilevanza sociale", assistenziale di tali prestazioni, realizzata mediante individuazione degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali quali "Enti capofila" nella gestione dell'erogazione delle suddette prestazioni domiciliari, con possibilità di delega alle Aziende Sanitarie Locali, stabilita da accordi stipulati in sede locale con gli Enti gestori stessi;

c) la mancata considerazione, nell'individuazione concreta delle prestazioni socio-sanitarie delle quali si tratta nelle D.G.R. in questione, della dovuta correlazione con le condizioni di salute e gli specifici bisogni delle persone non autosufficienti, così come previsto dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001 nel già citato art.2, comma 2 (ai sensi del quale le "prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata"), con la conseguenza di vedere il diritto alle cure in ipotesi condizionato da tipologie di prestazioni socio-sanitaria astrattamente previste da atti o provvedimenti dell'Amministrazione (vedasi in tal senso la Deliberazione della Giunta comunale della Città di Torino 31 gennaio 2014 – Accordo ex DGR 26-6993 del 30 dicembre 2013 -, laddove testualmente viene evidenziato che "il diritto alle cure di persone non autosufficienti non può essere correlato alla tipologia di prestazione ma alla condizione di salute ed allo specifico bisogno");

d) ed ancora, nel contesto di preminente imputazione all'ambito socio-assistenziale delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti, derivante dall'applicazione delle deliberazioni di che trattasi, le possibili difficoltà di applicazione della previsione per cui la gestione dell'erogazione delle prestazioni domiciliari di che trattasi avrebbe potuto costituire oggetto di accordi stipulati in sede locale tra gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e le Aziende Sanitarie Locali entro il 31 gennaio 2014, "al fine di garantire la

continuità delle prestazioni domiciliari in lungo assistenza in essere”(D.G.R. 30 dicembre 2013, n.26-6993):

Difficoltà che hanno trovato espressione, tra l'altro, nella nota ANCI Piemonte prot.n.20 del 22 gennaio 2014, indirizzata all'Assessore regionale alla Sanità, laddove, tra l'altro, si osserva che *“le previsioni contenute in tale provvedimento con riferimento allo strumento della delega sono risultate, in relazione anche alla variegatezza delle soluzioni gestionali individuate sul territorio, per lo più inapplicabili nei tempi e nei modi in esso definiti, tanto più che lo stesso risulta tuttora sprovvisto di copertura finanziaria, non essendo stato adottato alcun atto che individui la spesa storica che dichiara di voler garantire”*;

e) l'indeterminatezza, di cui alla D.G.R. 27 gennaio 2014 n.5-7035, dei tempi di assegnazione delle somme previste per l'anno 2014 *“a favore degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali o dei Soggetti individuati dagli accordi previsti dalla DGR 26-6993/2013”*, rimandata a *“successivi provvedimenti del Direttore regionale delle Politiche Sociali”* e, altresì, dei tempi di definizione di criteri di assegnazione agli Enti e Soggetti sopra individuati di ulteriore somma prevista dal medesimo D.G.R. 27 gennaio 2014 n.5-7035 (rinviata a *“successivo provvedimento di Giunta regionale”*).

Le problematiche esposte hanno carattere oggettivo e trovano conferma nel quotidiano confronto del Difensore civico con l'utenza, che richiede risposte certe e comunicazione chiara e trasparente, diretta anche ad evitare sofferti e problematici adempimenti, anche di ordine burocratico, a carico di quelle sfortunate persone.

Naturalmente, tutto ciò prescinde da ogni valutazione di competenza dell'Autorità giudiziaria, nell'ambito di procedimenti giurisdizionali, in ipotesi, pendenti, estranei al nostro intervento, che intende supportare concrete domande di persone “in carne ed ossa” che a noi si rivolgono.

Conclusioni e suggerimenti ut supra finalizzati (valorizzazione del principio di “continuità assistenziale” e del diritto alla salute), tenuto conto dei principi affermati dalla Giurisprudenza – cfr., ex multis, Corte di Cassazione Sezione I, sentenza 22 marzo 2012 n.4558,

Tanto premesso, lo scrivente Difensore civico, con la presente richiede innanzitutto una puntuale e attenta verifica di coerenza dell'azione amministrativa dispiegata

dall'Amministrazione regionale con l'adozione delle Deliberazioni in oggetto con la normativa sopra citata, nonché con il principio di "continuità assistenziale", nei termini già più volte rappresentati nelle nostre note, anche alla luce dei profili di criticità sopra evidenziati e tenutosi conto di quanto da ultimo affermato *ex multis* dalla Corte di Cassazione con sentenza 22 marzo 2012 n.4558, per cui l'esigenza di tenere conto del diritto alla salute, protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, porta, nel diritto vivente a ritenere che *"nel caso in cui oltre alle prestazioni socio assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del Servizio Sanitario Nazionale"*.

Sulla base di quanto precede si ritiene, peraltro, doveroso, evidenziare l'urgenza e l'indifferibilità di atti e/o provvedimenti che realizzino effettivamente la "continuità assistenziale" a favore delle persone non autosufficienti, attraverso prestazioni sanitarie e socio-sanitarie appropriate ai loro bisogni, riconoscendo il loro *"diritto, sancito dall'ordinamento e in particolare dalla normativa sul LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) – di vedersi garantite cure ed assistenza socio-sanitarie almeno nella misura minima imposta per legge e direttamente derivante dal "nucleo irriducibile" del diritto alla salute protetto dall'art.32 Cost."* (T.A.R. Piemonte sentenza n. 199/2014).

Tutto ciò, tenutosi anche conto della sollecitazione urgente avanzata dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino, di cui all'allegata nota dell'Ordine prot.n.765 del 14 ottobre 2013, recante *"Documento di indirizzo sulla continuità delle cure riguardanti i malati cronici non autosufficienti"*.

Con tale sollecitazione, a seguito di interlocuzioni avviate dallo scrivente Difensore civico e, in specie, della nostra nota prot.n.959 del 10 giugno 2013, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino scriveva testualmente che *"si rende urgente e indispensabile la predisposizione di un documento agile e di facile consultazione condiviso con i professionisti, le strutture sanitarie, da diffondere tra tutti coloro che hanno ruolo o responsabilità in materia,*

che riassume quali sono i percorsi attivabili, le procedura da seguire e le regole cui attenersi, quali sono gli strumenti che possono essere di supporto alle famiglie che decidono, ed hanno la possibilità di farsene carico, di assistere al proprio domicilio le persone per vari motivi inabili. Un documento di questa natura appare tanto più imprescindibile quanto forte e diffusa la percezione di difformità di comportamento e di indirizzo tra le diverse Aziende Sanitarie Regionali, così come spesso nei diversi contesti, ad un medesimo termine si attribuisce una valenza differente".

La sollecitazione sopra esposta ha costituito oggetto di successive specifiche note (protocollo n. 1840 del 25 ottobre 2013 e n. 2069 del 2 dicembre 2013, parimenti allegate), mediante le quali lo scrivente Difensore civico ha investito della questione le Amministrazioni interessate.

Tali note sono rimaste senza riscontro, che, peraltro, intuitivamente si impone, tanto nell'osservanza del contraddittorio con l'Ordine dei Medici, che nel rispetto della funzione del Difensore civico, così anche, in ipotesi, richiamando gli articoli 4 (*Modalità e procedura d'intervento*) e 7 (*Diritto di informazione del Difensore Civico*) della legge regionale 9 dicembre 1981, n. 50 e s.m.i..

Anche a tal fine, l'odierna nota, altresì trasmessa ai Direttori generali delle Aziende Sanitarie Locali del Piemonte, i cui operatori sono concretamente coinvolti dalle suddette problematiche, la cui definizione viene sollecitata dallo scrivente Difensore civico, viene indirizzata, per conoscenza, all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino.

Tutto ciò premesso, nell'adempimento della funzione Istituzionale della Difesa civica e per poter in tal modo, a nostra volta, fornire doverosa risposta ai numerosi cittadini che si rivolgono al nostro Ufficio, supportandone le legittime aspettative e i conseguenti diritti, restiamo in attesa di riscontro a quanto precede e di chiarimenti su eventuali determinazioni assunte o assumende a riguardo delle questioni sopra esposte e, confidando che vogliate, senz'altro, dar corso ad ogni

azione più opportuna e coerente con il principio di "continuità" e con il "diritto alle cure" di cittadini malati cronici non autosufficienti, porgiamo i più cordiali saluti."

Lettera prot.n.773/ DC-R del 18 aprile 2014,

" Alla cortese attenzione del
Direttore della Sanità
Regione Piemonte

Alla cortese attenzione del
Direttore Politiche Sociali
e Politiche per la Famiglia
Regione Piemonte

Alla cortese attenzione
dell'Assessore alla Tutela della Salute e
Sanità, Edilizia sanitaria, Politiche sociali
e Politiche per la famiglia della
Regione Piemonte
Alle Aziende Sanitarie Locali
del Piemonte
LORO SEDI

c.a. dei Sigg.ri Direttori generali
Ai Consorzi ed Enti Gestori
dei servizi
socio-assistenziali
della Regione Piemonte

All'attenzione del
Presidente
dell'ANCI Piemonte

e p.c. Alla cortese attenzione
dell' On. Beatrice LORENZIN
Ministro della Salute

....

Oggetto: Problematiche attinenti:

- modalità di gestione e criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti (rif. D.G.R. 30 dicembre n.26-6993 e 27 gennaio 2014 n.5-7035);
- Rette di ricovero in strutture residenziali socio-sanitarie (rif. D.G.R. n.85-6287 del 2 agosto 2013).

Come più volte evidenziato, il nostro Ufficio riceve con cadenza ormai giornaliera richieste di intervento provenienti da Associazioni e persone non autosufficienti, anziani ultra sessantacinquenni malati cronici, persone affette da handicap permanente grave accertato, ovvero persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili a quelli degli anziani autosufficienti (nonché da loro congiunti), in riferimento ai quali è stata accertato, dalle competenti strutture, il bisogno e l'appropriatezza di interventi assistenziali rientranti nell'ambito della area della così detta "integrazione socio-sanitaria", che si sostanziano in prestazioni domiciliari, residenziale e semi-residenziali.

L'area dell'"integrazione socio-sanitaria", come noto, trova la propria definizione nell'art .3 — septies, comma 1, del D.Lgs. n.502 del 1992, che testualmente prevede :*"Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedano unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione"*.

Le prestazioni sociosanitarie sopra menzionate, ai sensi del comma 2 del predetto art.3-septies del D.Lgs. n.502 del 1992, comprendono:

"a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute".

Peraltro, al comma 4 del predetto articolo, nell'ambito delle prestazioni socio-sanitarie rientranti nell'area dell'"integrazione socio-sanitaria" sono altresì individuate le *"prestazioni socio sanitarie a elevata integrazione sanitaria"*, quali prestazioni *"caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria"* che *"attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità"*

conseguenti a patologie cronico-degenerative”, espressamente affermando, nel successivo comma 5, che “le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali”.

Alla luce di quanto previsto dal legislatore in ordine all’area dell’*“integrazione socio-sanitaria”*, il D.P.C.M. 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza) nell’Allegato 1.C ha individuato specifici Livelli Essenziali di Assistenza, che, in conformità dell’art.1, comma 2 del sopra menzionato D.Lgs.502/1992, sostanziano prestazioni che debbono essere garantite dal Servizio Sanitario, in modo uniforme, su tutto il territorio nazionale, e che sono erogate o a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa.

Tali Livelli, per l’*“area integrazione socio-sanitaria”*, testualmente attengono all’*“Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare”*, all’*“Assistenza territoriale semi-residenziale”* e all’*“Assistenza territoriale residenziale”*.

Tenuto conto, pertanto, dei rilevanti profili sanitari che attengono, in specie, a prestazioni da erogarsi, nell’ambito dell’area dell’*“integrazione socio-sanitaria”*, a favore di persone non autosufficienti, anziani ultra sessantacinquenni malati cronici, persone affette da handicap permanente grave accertato, ovvero persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili a quelli degli anziani autosufficienti, sono derivati consequenziali interventi di questo Ufficio della Difesa civica, nella dimensione complessiva delle prestazioni afferenti l’area dell’integrazione socio-sanitaria (non solo domiciliari, ma anche residenziali e semi-residenziali), finalizzati a sollecitare da parte delle Amministrazioni interessate la doverosa tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo, in specie, a favore di tale tipologia di persone, attraverso la concreta realizzazione di tali prestazioni, a sostegno del “principio di continuità assistenziale” e quali individuate nei Livelli Essenziali di Assistenza.

In tale contesto, nell’ambito dei plurimi interventi attivati a far tempo dal 2010 dallo scrivente Difensore civico, hanno recentemente, in particolare, costituito oggetto dell’attività della Difesa civica regionale:

a) problematiche attinenti alle D.G.R. 30 dicembre n.26-6993 e 27 gennaio 2014 n.5-7035, mediante le quali la Giunta regionale del Piemonte ha, rispettivamente adottato specifiche disposizioni per quanto riguarda le “modalità di gestione delle prestazioni domiciliari

in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti” e i “criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza”;

b) problematiche riguardanti la determinazione delle rette di ricovero in strutture residenziali socio-sanitarie, in specie per quanto attiene al piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti, sopravvenute a seguito dell’annullamento della D.G.R. n.85-6287 del 2 agosto 2013 e della D.G.R. n.14-5999 del 25 giugno 2013 (limitatamente alla parte intitolata “*Le risorse finanziarie disponibili per la presa in carico delle persone anziane non autosufficienti*”), disposto mediante sentenza T.A.R. Piemonte 31 gennaio 2014, n.201 .

l) Deliberazioni della Giunta regionale 30 dicembre 2013, n.26-6993 e 27 gennaio 2014, n.5-7035: l’ intervento del Difensore civico a tutela del diritto alle cure di persone non autosufficienti.

Mediante nostra nota prot.n.300 del 24 febbraio 2014, che si allega in copia e alla quale non è seguito fin ad ora specifico riscontro, in specie, da parte dell’Amministrazione regionale, si era, tra l’altro, dato conto di alcuni profili problematici evidenziati, in particolare, dagli Enti gestori e dalle Associazioni del volontariato sociale che assistono le persone in situazione di non autosufficienza (ed i loro congiunti) ed anche dalle stesse persone interessate, e attinenti in particolare :

1) alla qualificazione delle “prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti”, con rilievo sanitario, quali “prestazioni aggiuntive oltre il LEA previsti a livello nazionale”, con conseguenti criticità in danno dell’utenza e nei rapporti tra Enti gestori e Aziende Sanitarie Locali;

2) alla non concludenza e pertinenza alla tutela primaria sancita dalla disciplina di cui al D.Lgs. 30 dicembre 1992 n.502, per quanto attiene le ridette “prestazioni domiciliari”, di ipotetiche deleghe da parte degli Enti gestori alle Aziende Sanitarie Locali, con conseguenti compromissioni in particolare rilevate dallo scrivente Difensore civico, e più volte segnalate, dei diritti dell’utenza anche in termini di trasparenza e doverosa comunicazione non equivoca.

Tali profili problematici sono stati dettagliatamente evidenziati, mediante la ridetta nota prot.n.300 del 24 febbraio 2014 , così come segue :

a) Indeterminatezza nell’individuazione delle prestazioni socio-sanitarie

oggetto delle deliberazioni, definite genericamente quali “prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti”, tenutosi conto della sopra indicata disciplina di cui al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n.502 ed alla conseguente regolamentazione di cui al D.P.C.M. 14 febbraio 2001 (“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”) e 22 novembre 2001 (Definizioni dei Livelli Essenziali di Assistenza) ;

- b) riferimento operato per le suddette prestazioni domiciliari in lungoassistenza, con rilievo sanitario, a “prestazioni aggiuntive oltre il LEA previsti a livello nazionale” e la conseguente maggiore evidenziazione della “rilevanza sociale”, assistenziale di tali prestazioni, realizzata mediante individuazione degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali quali “Enti capofila” nella gestione dell'erogazione delle suddette prestazioni domiciliari, con possibilità di delega alle Aziende Sanitarie Locali, stabilita da accordi stipulati in sede locale con gli Enti gestori stessi;
- c) mancata considerazione, nell'individuazione concreta delle prestazioni socio-sanitarie delle quali si tratta nelle D.G.R. in questione, della dovuta correlazione con le condizioni di salute e gli specifici bisogni delle persone non autosufficienti, così come previsto dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001 nel già citato art.2, comma 2 (ai sensi del quale le “prestazioni socio-sanitarie di cui all'art. 3-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni sono definite tenendo conto dei seguenti criteri: la natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale, nonché la sua durata”), con conseguenza di vedere il diritto alle cure in ipotesi condizionato da tipologie di prestazioni socio-sanitaria astrattamente previste da atti o provvedimenti dell'Amministrazione (vedasi in tal senso la Deliberazione della Giunta comunale della Città di Torino 31 gennaio 2014 – Accordo ex DGR 26-6993 del 30 dicembre 2013 -, laddove testualmente viene evidenziato che “il diritto alle cure di persone non autosufficienti non può essere correlato alla tipologia di prestazione ma

alla condizione di salute ed allo specifico bisogno”);

- d) ed ancora, nel contesto di preminente imputazione all'ambito socio-assistenziale delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti, derivante dall'applicazione delle deliberazioni di che trattasi, possibili difficoltà di applicazione della previsione per cui la gestione dell'erogazione delle prestazioni domiciliari di che trattasi avrebbe potuto costituire oggetto di accordi stipulati in sede locale tra gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e le Aziende Sanitarie Locali entro il 31 gennaio 2014, *“al fine di garantire la continuità delle prestazioni domiciliari in lungo assistenza in essere”* (D.G.R. 30 dicembre 2013, n.26-6993) (“accordi” che, per inciso, non consta al nostro Ufficio essere stati realizzati).

Difficoltà che hanno trovato espressione, tra l'altro, nella nota ANCI Piemonte prot.n.20 del 22 gennaio 2014, indirizzata all'Assessore regionale alla Sanità, laddove, tra l'altro, si osserva che *“le previsioni contenute in tale provvedimento con riferimento allo strumento della delega sono risultate, in relazione anche alla variegatezza delle soluzioni gestionali individuate sul territorio, per lo più inapplicabili nei tempi e nei modi in esso definiti, tanto più che lo stesso risulta tuttora sprovvisto di copertura finanziaria, non essendo stato adottato alcun atto che individui la spesa storica che dichiara di voler garantire”*

- e) indeterminatazza dei tempi di assegnazione delle somme previste per l'anno 2014 *“a favore degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali o dei Soggetti individuati dagli accordi previsti dalla DGR 26-6993/2013”*, rimandata a *“successivi provvedimenti del Direttore regionale delle Politiche Sociali”* e, altresì, dei tempi di definizione di criteri di assegnazione agli Enti e Soggetti sopra individuati di ulteriore somma prevista dal medesimo D.G.R. 27 gennaio 2014 n.5-7035 (rinvitata a *“successivo provvedimento di Giunta regionale”*).

Va evidenziato al riguardo che, da ultimo, il C.I.S.A.P.- Consorzio Intercomunale dei Servizi alla Persona dei Comuni di Collegno e Grugliasco, con nota prot.n.3045 dell'8 aprile 2014, ha segnalato allo

scrivente Difensore civico e, parlamenti, all'Amministrazione regionale che *"nella fase attuale, questo Consorzio non potrebbe comunque far fronte direttamente all'erogazione dei contributi agli assistiti in carico perché la Regione non ha provveduto a quantificare e a ripartire tra gli Enti gestori le risorse – di cui alle lettere A), B), della DGR 26/2013 – destinate al sistema delle cure domiciliari le quali quindi non possono essere legittimamente iscritte nel bilancio. Quanto alle risorse di cui alla lettera D) – le cosiddette risorse aggiuntive provenienti dal Fondo Sanitario Regionale fino allo scorso anno contabilizzate ed erogate dalle ASL – il dirigente regionale di settore, Dottor Di Giacomo, con nota del 25.03.2014 prot.n.2036 DB71902 avente ad oggetto "DGR n.26-6993 del 30.12.2013 e DGR n.5-7035 del 27.01.2014", ha comunicato che "al fine di una corretta assegnazione delle risorse afferenti alle aree territoriali delle Aziende Sanitarie Locali contenute nella DD. n. 23/DB1900 del 28.01.2014, verrà effettuata quanto prima una ricognizione per rilevare l'effettiva distribuzione sul territorio della spesa sostenuta dalle AA.SS.LL. nel corso del 2013", dal che consegue che anche tali risorse non risultano, al momento, formalmente determinate ed assegnate al Consorzio".*

Alla luce dei profili di criticità sopra evidenziati, lo scrivente Difensore civico, aveva innanzitutto richiesto una puntuale e attenta verifica di coerenza dell'azione amministrativa dispiegata dall'Amministrazione regionale con l'adozione delle Deliberazioni in oggetto con la normativa sopra citata, nonché con il principio di "continuità assistenziale", nei termini già più volte rappresentati da questo Ufficio, tenutosi anche conto di quanto da ultimo affermato *ex multis* dalla Corte di Cassazione con sentenza 22 marzo 2012 n.4558, per cui l'esigenza di tenere conto del diritto alla salute, protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, porta, nel diritto vivente a ritenere che *"nel caso in cui oltre alle prestazioni socio assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del Servizio Sanitario Nazionale"*; nonché di ogni altro profilo di responsabilità anche contabile.

Tutto ciò, ritenendosi, peraltro, di doverosamente evidenziare l'urgenza e l'indifferibilità di atti e/o provvedimenti che realizzino effettivamente la "continuità assistenziale" a favore delle persone non autosufficienti, attraverso prestazioni sanitarie e socio-sanitarie appropriate ai loro bisogni, riconoscendo il loro *"diritto, sancito dall'ordinamento e in particolare dalla normativa sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) – di vedersi garantite cure ed assistenza socio-sanitarie almeno nella misura minima imposta per legge e direttamente derivante dal "nucleo irriducibile" del diritto alla salute protetto dall'art. 32 Cost."* (T.A.R. Piemonte sentenza n. 199/2014); confidando, quindi, che le Amministrazioni interessate volessero, senza frapporre ulteriore indugio, dar corso ad ogni azione più opportuna e coerente con il principio di "continuità" e con il "diritto alle cure" di cittadini malati cronici non autosufficienti.

A conferma delle problematiche sopra evidenziate, l'ASL TO3 e il C.I.S.A.P. - Consorzio Intercomunale dei Servizi alla Persona -, dei Comuni di Collegno e Grugliasco hanno trasmesso allo scrivente Difensore civico carteggio, che si allega in copia (nota ASL TO3 prot.n.0038575 dell'8 aprile 2014 Indirizzata ai Gestori dei servizi socio-assistenziali del territorio di propria competenza, citata nota C.I.S.A.P. prot.n.3045 dell'8 aprile 2014, parimenti indirizzata all'Assessorato regionale alla Salute ed alle competenti Direzioni regionali), dalla quale si evince, sotto molteplici profili, la critica situazione determinata dalla necessità di portare a definizione le procedure applicative delle Deliberazioni della Giunta regionale 30 dicembre 2013, n.26-6993 e 27 gennaio 2014, n.5-7035, garantendo comunque, senza soluzione di continuità, l'erogazione dei contributi economici a sostegno della domiciliarità a favore di persone non autosufficienti in lungoassistenza, in specie già in carico alle competenti strutture sanitarie e assistenziali.

II) Rette di ricovero in strutture residenziali socio-sanitarie: l'annullamento della D.G.R. n.85-6287 del 2 agosto 2013 ("Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla Delib.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012") disposto dal T.A.R. Piemonte, con sentenza 31 gennaio 2014, n.201 .

Lo scrivente Difensore civico, con allegata nota prot.n.467 del 14 marzo 2014, è intervenuto sulla questione in oggetto nei confronti delle competenti Direzioni regionali,