

talé dall'art.32 Cost, necessariamente incombendo a carico delle Amministrazioni ogni consequenziale responsabilità da assolvere anche in termini di trasparenza, tanto relativamente alla concreta, tempestiva e adeguata attività intesa a fornire le necessarie prestazioni socio-sanitarie, che in termini di corretta allocazione delle risorse: non potendosi, in tale dimensione, mai ignorare i principi da ultimo ribaditi dalla Corte europea dei diritti dell'uomo.

Segnatamente, come evidenziato dalla Corte europea dei diritti dell'uomo, da ultimo con sentenza 21 gennaio 2014, ricorso n.48754/11, *Placì v. Italy, ex multis*, si deve ritenere la sussistenza di un'intima connessione tra una buona amministrazione, che sia trasparente e partecipata e anche effettivamente soggetta al sindacato del Giudice, e il godimento dei diritti enunciati dalle Carte dei diritti.

In quest'ottica, la buona amministrazione è servente rispetto alla statuto costituzionale del cittadino, inteso come centro attivo di godimento dei diritti e libertà nei confronti dell'Amministrazione, inteso come potere, e del procedimento, come forma di esercizio di tale potere.

Anche situazioni giuridiche riguardanti l'esercizio del potere amministrativo da parte delle Autorità pubbliche possono essere ricomprese nell'ambito di diritti e obbligazioni civili esigibili e, in tal senso, la Corte ha riconosciuto la presenza di diritti e obbligazioni civili con riferimento a decisioni e attività dell'Amministrazione pubblica, tra l'altro, esemplificativamente in materia di assistenza sanitaria di minori (Corte europea dei diritti dell'uomo 24 febbraio 1995, ricorso 16424/90), o di prestazioni assistenziali a favore di disabili (Corte europea dei diritti dell'uomo 26 febbraio 1993, ricorso 13023/87, *Salesi v. Italy*).

Ne deriva che al cittadino spetta una posizione sostanziale di diritto soggettivo tutelabile in sede giurisdizionale, che deve, pertanto, essere efficace e piena; dovendosi certamente rendere trasparente e dunque, in ipotesi, sindicabile in via giurisdizionale, l'attività di valutazione tecnico-discrezionale operata dalle Amministrazioni, ferma restando la titolarità della decisione con ogni connessa e consequenziale responsabilità.

Nel caso di specie, si è in presenza di diritti fondamentali primari (alla salute e conseguentemente alle cure), attinenti al diritto alla vita, ovvero alla tutela di persone in condizioni di fragilità, disabilità, talora di povertà ed esclusione, la cui limitazione deve

essere in ogni caso giustificata alla luce dei parametri di trasparenza, legalità (in senso sostanziale), coerenza e ragionevolezza.

Restiamo, pertanto, a disposizione, 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 tali categorie di cittadini. "

IV) Lettera prot.n.1251/DC-R dell'11 luglio 2014 -

Intervento del Difensore civico circa problematiche e criticità all'interno di strutture sanitarie in ambito piemontese, con riferimento a comunicazione di operatori sanitari.

Traendo spunto da relazione svolta dal Direttore S.C. Servizio di integrazione territoriale dell'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino, nel corso di Convegno tenutosi il 27 giugno 2014, nonché da comunicazione scritta successivamente pervenuta a questo Ufficio, il Difensore civico, in data 11 luglio 2014, ha inviato al Direttore regionale alla Sanità ed al Direttore generale della predetta Azienda Ospedaliera la seguente nota:

"

Alla cortese attenzione del
Direttore della Sanità
Regione Piemonte

Alla cortese attenzione del
Direttore generale
A.O.U.
"Città della Salute e della
Scienza di Torino"
Avv. Gian Paolo Zanetta

e p.c. Alla cortese attenzione
dell'I.I.mo Sig.
Assessore alla Sanità, Livelli Essenziali di
Assistenza, Edilizia sanitaria della
Regione Piemonte
Dr. Antonino Saitta

OGGETTO Comunicazione dei Dottori Mario Lombardo, Daniela Corsi, Daniela Coggiola, Nicoletta Scavino, Patrizia Maltan, Monica Brunetti, Anna Maria Zagni, Maurizio Curcelli, Silvia Murdocca, Antonella Giraudo, Mariella Baucia (operatori sanitari presso la Città della

Salute e della Scienza di Torino) circa problematiche e criticità all'interno delle strutture sanitarie di riferimento, in ambito piemontese:
Intervento del Difensore civico.

Nell'ambito dell'attività istituzionale di questo Ufficio della Difesa civica regionale, inerente, tra l'altro, alle concrete ricadute sulla collettività dell'attività svolta dall'Amministrazione regionale e dai soggetti coinvolti nell'area sanitaria e dell'integrazione socio-sanitaria (Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere, Enti Locali e Consorzi socio-assistenziali), riguardanti la presa in carico di anziani malati cronici ultra sessantacinquenni non autosufficienti ovvero di persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimillabili a quelli degli anziani non autosufficienti, lo scrivente Difensore civico ha partecipato, con relazione che si allega in copia, a Convegno, tenutosi presso la Città della Salute e della Scienza di Torino il 27 giugno 2014, avente ad oggetto *"La salute è un diritto per tutti. Le cure socio-sanitarie per gli anziani malati non autosufficienti e le persone con demenza senile"*.

Nell'occasione, relativamente all'intervento parlmentare svolto dal Dr. Mario Lombardo, Direttore S.C. Servizio di Integrazione territoriale, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, riguardante la *"Continuità assistenziale e bed management: analisi delle criticità e delle opportunità per la riorganizzazione del percorso di ricovero e dimissione della Città della Salute"*, è pervenuto a questo Ufficio l'allegato testo della relazione scritta, all'uopo depositata agli atti del Convegno, formato dai Dottori in oggetto.

Da quanto testualmente evidenziato dal Dr. Lombardo e dagli altri autori della predetta relazione emergono, tra l'altro, le maggiori criticità che, significativamente, interessano la realtà ospedaliera torinese rappresentata dalla Città della Salute e della Scienza e, in specie, il Presidio Molinette, ovvero l'*"età avanzata dei ricoveri"*, per cui *"In area medica il 40% è rappresentato da pazienti con età superiore a 80 anni. La degenza media dei ricoveri in Medicina è – per tutte le classi di età – superiore a 9 giorni...; per la fascia età ultra 65enni, cioè per l'80% dei ricoveri in medicina, la degenza media sale a più di 12 giorni, quota critica oltre la quale i parametri regionali ne sanciscono ..la appartenenza alla casistica delle "dimissioni difficili".*

Altro elemento importante da considerare è la distribuzione delle modalità di dimissione: per la sola ASL TO1 – nei primi 6 mesi del 2013 – dopo la dimissione a domicilio (67% dei casi), la maggior frequenza è rappresentata dai trasferimenti presso strutture post acuzie (lungodegenza,

letti di continuità, riabilitazione) nel 20% dei casi, mentre residuale è l'utilizzo di forme di dimissione protetta (ospedalizzazione a domicilio o cure domiciliari) che si effettua solo nel 2% dei casi”.

Pertanto, “i dati relativi al Presidio Mollnette ..evidenziano una criticità importante per quanto riguarda il numero di pazienti dimessi, la loro complessità e le loro caratteristiche sociali e sanitarie che suppongono una “dimissione protetta” nel setting idoneo.”

Pur citando le “azioni strategiche dell’AOU Città della Salute” che “stante la dimensione della problematica, il Servizio di Integrazione Territoriale dell’AOU ..ha proposto”, il Dr. Lombardo ha sottolineato che “la gestione della continuità assistenziale e dell’integrazione con il territorio presenta al momento molte criticità che richiedono interventi urgenti e strategici per permettere di ottenere i risultati attesi, pena il fallimento del raggiungimento degli obiettivi di sistema previsti dalle normative regionali”.

In particolare, esplicitamente affermando che “le sottoindicate criticità se non risolte inficiano ogni possibilità di ulteriori miglioramenti di efficienza e incrementi degli attuali volumi di attività:

- *assenza di una centrale operativa unica per i 4 presidi* (che attualmente compongono la Città della Salute e della Scienza di Torino) “che permetta di monitorare in continuo la situazione, razionalizzare le risorse dedicate, evidenziare le criticità e proporre soluzioni di sistema;
- *assenza di un sistema informativo che permetta di comunicare in modo rapido e sintetico sia all’interno con i vari reparti sia all’esterno con gli operatori del territorio;*
- *assenza di una funzione di bed management che gestisca in modo organizzato la fase di ingresso dei pazienti;*
- *assenza di una cogestione con il territorio della risorsa posti letto di continuità che garantisca agli ospedali la possibilità di dimettere i pazienti – soprattutto se anziani – appena terminata la fase acuta diagnosticata e terapeutica in setting più appropriati (lungodegenza o cure intermedia) dove preparare e strutturare interventi domiciliari o residenziali articolati e definitivi”.*

Quanto sopra, ha condotto il Dr. Lombardo, in ultimo, ad auspicare “una fattiva Integrazione tra il territorio cittadino e i grandi ospedali in un unico contesto organizzativo ...”

che garantisca una gestione unitaria delle risorse necessarie al percorso di continuità post diagnosi e cura dei cittadini”.

Tanto premesso, nelle considerazioni del Dr.Lombardo e degli altri autori della menzionata relazione; trovano riscontro le sempre più numerose segnalazioni di cittadini, in specie anziani non autosufficienti e loro congiunti, che si sono rivolti e continuano a rivolgersi al nostro Ufficio, in tale dimensione generando la doverosità anche dell'odierno intervento, rivolto a prevenire possibili lesioni del "diritto alla salute" e, conseguentemente, al "diritto alle cure", da prestarsi in osservanza del principio di "continuità assistenziale", di cittadini malati cronici non autosufficienti.

In tal segno, si sollecita una compiuta disamina da parte delle Amministrazioni in indirizzo, in specie delle criticità rappresentate nella sopra indicata relazione, affinché, in particolare, non rimanga senza concreto riscontro l'improcrastinabile domanda di attivare concreti percorsi di integrazione fra territorio e strutture ospedaliere, in tal modo concretamente attuando la "continuità assistenziale", in un ottica anche di economicità, nonché di efficienza ed efficacia delle attività afferenti al Servizio Sanitario.

Tutto ciò, valorizzando le già esistenti strutture e consentendo alle stesse di operare al meglio della loro funzionalità; senza creare eventuali ulteriori articolazioni, rispondenti per lo più a logiche meramente burocratiche.

In particolare, l'assenza di un compiuto sistema informativo, con conseguenti disfunzioni capaci anche di compromettere, in concreto, il funzionamento delle strutture, appare al Difensore civico particolarmente grave, in considerazione del fatto che una risalente normativa, sin dal 1997, e quindi, dal 2005 (con il c.d. Codice dell'Amministrazione Digitale – CAD –) e quindi attraverso nota recente normativa, hanno imposto, a carico di tutte le Amministrazioni, adempimenti imprescindibili in termini di informatizzazione e digitalizzazione, che, ove omessi, costituiscono concreto pregiudizio per i diritti dei malati e dei pazienti.

Tutto ciò, compromettendo anche la cassa dell'Ente, costretto a subire costi inappropriati e anche, come nel caso di ritardata attivazione di cure domiciliari o inappropriato ricovero in Pronto Soccorso ovvero in reparto ospedaliero, sproporzionati.

Così, per quanto concerne il percorso di continuità post diagnosi e cura dei cittadini e l'approntamento di un adeguato contesto organizzativo.

Risulta, pertanto, importante che le Amministrazioni interessate si facciano carico di verificare l'appropriatezza dei ricoveri ospedalieri e in Pronto Soccorso, nonché le modalità di dimissioni post acuzie attuate nei confronti, in particolare, ma non solo, di anziani malati cronici non autosufficienti: tutto ciò, in considerazioni di possibili rilevanti diseconomie attivate (è nota, a titolo esemplificativo, la notevole differenza dei costi relativi a ricoveri in strutture ospedaliere, in strutture di riabilitazione post acuzie, in strutture socio-sanitarie – RSA – ed alle cure domiciliari), individuando, altresì, le concrete ragioni che hanno determinato criticità e disservizi, non in ultimo, considerati potenziali profili di responsabilità giuridica, anche contabile, in capo a chi spetta.

Nell'adempimento della funzione istituzionale della Difesa civica, restiamo in attesa di riscontro a quanto precede e di chiarimenti su eventuali determinazioni assunte o assumende a riguardo delle problematiche sopra esposte, con l'auspicio di contribuire e concorrere ad una più ampia sensibilizzazione istituzionale alle problematiche in questione, 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 anziani malati cronici non autosufficienti, porgiamo i più cordiali saluti. "

*Il riscontro pervenuto dal Direttore generale dell'Azienda Ospedaliero Universitaria "Città della Salute e della Scienza di Torino":
la lettera prot.84921 del 27 agosto 2014*

Qui di seguito viene riportato il testo integrale della nota del Direttore generale dell'A.O.U., laddove pur evidenziandosi il "permanere di difficoltà nei percorsi di dimissione dei pazienti con esigenze assistenziali post-ospedaliero", si dà conto delle iniziative assunte al fine di implementare le relazioni la concertazione organizzativa tra Ospedale e Territorio .



SEDE LEGALE: Corso Bramante, 88/90 - 10126 Torino Centralino: tel. +39.011.6331633 P.I./Cod. Fisc. 10771180014
www.cittadellasalute.to.it

Presidi Capo-d'ospedale: · Molinette, Dermatologico S. Lazzaro, S. Giovanni Antica Seda - centri: tel. +39.011.6331633
· Centro Traumatologico Ortopedico, Istituto Chirurgico Ortopedico Regina Maria Adelaide - centri: tel. +39.011.6933111
· Infantile Regina Margherita, Ospedale Ginecologico S. Anna - centri: tel. +39.011.313444

DIREZIONE AZIENDALE
da@cittadellasalute.to.it
Segreteria: tel. 011.633.5200 / 5206 / 4694 /
5584
fax 011.633.6475 / 4271

110.7.1/300

Consiglio Regionale del Piemonte



00001466/DC-R 20/08/14 DC

Prof. n°

10084921

del

21 AGO 2014

Titolaro A. A. A

All' Avv. Antonio Caputo
Difensore Civico
Regione Piemonte

e, p.c. Al Dott. Antonino Saitta
Assessore alla Sanità
Regione Piemonte

Al Dott. Fulvio Moirano
Direttore Generale Sanità
Regione Piemonte

OGGETTO: risposta Sua nota prot. 00001251 dell'11/07/2014

In riferimento alla Sua nota dell'11 luglio u.s., nel ringraziarLa per l'attenzione posta alle problematiche relative alla dimissione dei pazienti ultrasessantacinquenni in occasione del Convegno "La salute è un diritto per tutti" vorrei eviidenziarLe quanto segue.

Pur permanendo difficoltà nei percorsi di dimissione dei pazienti con esigenze assistenziali post-ospedaliero, soprattutto correlate a criticità sociali per l'assenza di adeguato supporto, aiuto e tutela familiare, questa Amministrazione – in continuità con le linee precedentemente definite – ha messo in capo ad una unica struttura diretta dal Dott. M. Lombardo l'organizzazione e il consolidamento di percorsi di dimissione rapidi ed efficaci in tutte le situazioni di criticità attraverso un'implementazione delle relazioni e della concertazione organizzative fra Ospedale e Territorio.

Con la delibera aziendale n° 1149 del 5/12/13 sono stati istituiti in tutti e quattro i Presidi Ospedalieri dell'Azienda, i Nuclei Ospedalieri della Continuità delle Cure, attuando le norme regionali (DGR 27- 3628 del 28/3/12) rivolte a garantire al cittadino l'adeguato supporto assistenziale e sanitario, superando la frammentazione dei percorsi fra le Aziende Sanitarie e l'Ospedale. I quattro

Nuclei Ospedalieri per la Continuità delle Cure in modo coordinato e centralizzato definiscono linee di azione e procedure omogenee, assicurando al paziente il corretto e tempestivo supporto post-ospedaliero nei casi critici per complessità assistenziale e/o sociale.

Inoltre, è stata condivisa programmaticamente dal Coordinamento tecnico cittadino delle Aziende Sanitarie e dai rispettivi Direttori generali, con la Città di Torino, l'istituzione di una Centrale operativa unica in cui far confluire le attuali funzioni di coordinamento di ciascuna Azienda per superare la parcellizzazione gestionale ed organizzativa. Tale soluzione consentirà ai grandi Ospedali Torinesi (Mauriziano e Città della Salute) una reale integrazione con il territorio.

Si sottolinea, inoltre, che la programmazione regionale ha accolto la richiesta dell'Azienda di un'adeguata dotazione di letti di continuità dedicati alla Città della Salute (ulteriori 122 letti di Continuità presso l'IRV di cui i primi 28 sono in fase di formalizzazione con specifica convenzione con l'ASL TO1).

In riferimento invece all'assenza di un sistema informativo, la nostra Azienda sta cercando di avviare un primo esperimento di collegamento informatizzato tra le Centrali della Continuità Ospedaliera e territoriali utilizzando i sistemi già esistenti. Resta tuttavia auspicabile nonché urgente che la Regione disponga la messa a regime di un sistema informativo unico e specifico che permetta la tracciabilità del processo di continuità.

Permangono pertanto esigenze di raccordo operativo più strette la cui realizzazione è legata alla disponibilità delle Aziende territoriali torinesi a pervenire ad una rapida realizzazione della Centrale Unica e di un Dipartimento Interaziendale cittadino per uniformare e garantire equamente l'accesso degli utenti a tutte le risorse del Servizio Sanitario.

Nel Convegno del 13 ottobre p.v., in cui ho il piacere di averla quale relatore, verrà presentato il progetto di allestimento della Centrale cittadina.

Riteniamo, quindi, di aver compiuto un percorso concreto e migliorativo, che a breve vedrà anche la realizzazione nel Presidio Molinette della Centrale della Continuità con spazi e risorse adeguate per accogliere tutte le funzioni già in capo al Servizio di Integrazione Ospedale/Territorio.

Concludo attestando la nostra massima attenzione alle esigenze dei cittadini che puntualmente vorrà porre in evidenza.

Cordialmente,

IL DIRETTORE GENERALE
Avv. Gian Paolo ZANETTA

DIS

9. Aggiornamenti 2015

I) Il problema del sovraffollamento dei Pronto Soccorso negli ospedali della Regione Piemonte: le soluzioni prospettate dalla Fondazione Promozione Sociale onlus.

Abbiamo ricevuto, in concomitanza con l'elaborazione della Relazione annuale 2014, dalla Fondazione Promozione Sociale, il cui scopo, statutariamente, è *"la promozione delle iniziative occorrenti per garantire i diritti fondamentali ai cittodini non in grado di auto difendersi"*, documento trasmesso al Presidente ed ai Componenti del Consiglio regionale del Piemonte, al Presidente ed ai Componenti della IV Commissione consiliare, al Presidente della Giunta regionale del Piemonte, agli Assessori regionali alla Sanità ed alle Politiche Sociali, nonché a Presidente e Componenti della IV Commissione del Consiglio comunale di Torino, mediante il quale vengono prospettate soluzioni al fenomeno, che ciclicamente si ripropone, attraverso articoli di stampa, dell'"intasamento" dei Pronto Soccorso regionali.

In specie, le soluzioni prospettate dalla Fondazione, attengono all'applicazione delle D.G.R. n.72-14420 del 20 dicembre 2004 (*Percorso di Continuità Assistenziale per anziani ultra 65enni non autosufficienti o persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili ad anziano non autosufficiente*) e n.27-3628 del 28 marzo 2012 (*Attuazione Piano di rientro - D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011 e s.m.i. - La rete territoriale: criteri e modalita' per il miglioramento dell'appropriatezza e presa in carico territoriale*). e possono, in sintesi, sostanziarsi:

- nell'immediato trasferimento dell'anziano non autosufficiente o di persona i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili a quelli dell'anziano non autosufficiente, presso Residenze Sanitarie Assistenziali, così come previsto dalla citata D.G.R. 72/2004 ;
- nell'attivazione di "percorso di continuità terapeutica", prevista a carico dei Nuclei ospedalieri di continuità assistenziale dalla D.G.R. 27/2012;
- nell'attivazione da parte del Nucleo territoriale di continuità delle cure, ai sensi della ridetta D.G.R. 72/2004 dell'Unità di Valutazione Geriatrica per valutare le condizioni dei pazienti provenienti dal Pronto Soccorso;
- nel realizzare in capo all'ASL competente l'effettiva gestione del percorso di continuità assistenziale, e non a carico dei parenti dei pazienti ovvero della struttura di ricovero che costituisce una delle tappe del percorso;

• nel realizzare percorsi di deospedalizzazione protetta, istituendo specifiche strutture preferibilmente negli stessi ospedali o nelle RSA gestite dalle ASL.

Tutto ciò, rammentando quanto, testualmente evidenziato dalla D.G.R. n.27-3628 del 28 marzo 2012, ovvero che : " *Una mancata continuità assistenziale e la relativa presa in carico del percorso impatta fortemente sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate per il trattamento di condizioni acute, che richiedano tempestività e coordinamento di interventi a operatori di diversi servizi e di varia professionalità e competenza. Tale carenza comporta rilevanti costi aggiuntivi per il paziente e per il sistema assistenziale a causa delle seguenti problematiche:*

- *l'efficacia sub-attimale dei trattamenti erogati,*
- *il verificarsi di ricoveri evitabili e di recoveri ripetuti non programmati,*
- *il ricorso improprio ai servizi (ad esempio il Pronto Soccorso o prestazioni ambulatoriali),*
- *l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi di ridotta efficacia per la dilatazione dei tempi di intervento. Difficoltà di comunicazione e tempi spesso disallineati tra i servizi danno infatti origine, in alcuni casi, a percorsi tortuosi che vedono il paziente passare da un servizio all'altro e per poi ritornare a volte a quello iniziale,*
- *la non ottimalità della sequenza e la ridondanza/non completezza delle procedure alle quali il paziente viene sottoposto in assenza di una rete assistenziale connessa e ben funzionante".*

Si ritiene che, a fronte delle soluzioni prospettate, senz'altro meritevoli di attenta considerazione, l'Amministrazione regionale assumerà le necessarie deduzioni, anche in esito ad interlocuzioni già avviate dall'Ufficio del Difensore civico, in un'ottica di partecipazione e dialogo proattivo con componenti della società civile rappresentative di interessi diffusi.

II) 6 febbraio 2015 - Liste d'attesa e diritti fondamentali: una preoccupante sentenza del Consiglio di Stato.

Mentre licenziamo la Relazione annuale 2014 è sopravvenuta la sentenza n.604/2015 del Consiglio di Stato, depositata il 6 febbraio 2015, che ha annullato l'importante sentenza del T.A.R. del Piemonte n.199 del 31 gennaio 2014.

In particolare, con la sentenza 199/2014 il T.A.R. del Piemonte, pronunciandosi nel merito, annullò la D.G.R.n.14-5999 del 25 giugno 2013, mediante la quale venivano regolamentate le così dette "listes d'attesa".

Quanto sopra, così come testualmente si legge nella predetta sentenza n.604/2015 del Consiglio di Stato "per violazione dei livelli essenziali sui LEA di cui all'Allegato n.1C, punto 9, del d.P.C.M. 29 novembre 2001 con riferimento agli anziani non autosufficienti e del principio di cui all'art.32 della Costituzione, individuando nella disciplina recata dal provvedimento impugnato tre criticità:

a) non tutte le persone, pur riconosciute "non autosufficienti" da un punto di vista prettamente sanitario (raggiungendo il punteggio di 5), possono accedere ai servizi socio-sanitari, in quanto è necessario il raggiungimento dell'ulteriore punteggio minimo di "19" all'esito della valutazione demandata all'Unità di valutazione geriatrica; b) anche coloro che hanno raggiunto il punteggio minima di 19 potrebbero essere fatti rientrare tra i casi "differibili" e quindi vedersi procrastinato, a tempa indeterminata, l'accesso ai servizi; c) perfino i casi riconosciuti come "urgenti", e quindi con punteggio pari a 24 o superiore, potrebbero dover attendere fino a novanta giorni per l'accesso ai servizi".

Il TAR non riconosceva la validità della "giustificazione addotta dalla Regione in relazione all'obbligo di rispettare i vincoli di bilancio previsti per le Regioni sottoposte a piano di rientro".

La sentenza osservava che "anche a voler sostenere che il divieto di maggiori spese nel settore sanitario trovi ora una capertura costituzionale nel nuovo testo dell'art.81 Cost. o, per quella che concerne più direttamente le Regioni, nel nuovo testo dell'art.119, comma 1, Cost. (quali modificati dalla legge cost. n.1 del 2012, ma solo a decorrere dall'esercizio finanziario 2014)...riemergerebbe comunque la necessità di un suo bilanciamento con il diritto costituzionale alle prestazioni sanitarie di cui all'art.32 Cost., bilanciamento che non potrebbe giammai concludersi con il totale azzeramento della seconda istanza... Neppure è invocabile il dispasto di cui all'art.1, comma 280, lett.a, della legge n.266 del 2005, il quale ammette che talune prestazioni pur ricaducibili al catalogo dei LEA (ossia, al d.P.C.M. 29 novembre 2001) possano essere sottoposte a "tempi massimi di attesa", nel quadro del c.d. Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa. Infatti, l'ultima edizione di tale Piano nazionale, valida per il triennio 2010-2012 (al cui rispetto la Regione sarebbe stata tenuta in base alla richiamata norma statale) pone come criterio centrale per la fissazione dei tempi massimi "quella dell'appropriatezza della risposta sanitaria, in uno con l'adeguatezza delle strategie di governo della domanda", laddove le liste di attesa stabilite dalla d.G.R. n.14-5999 del 25 giugno 2013 non passano dirsi "appropriate" rispetto agli obiettivi di intercettare il reale bisogno di salute degli anziani non autosufficienti, pena che perfino i casi definiti urgenti siano destinati ad ottenere l'accesso alle prestazioni entro un termine

"obnorne", né possono dirsi "adeguate" in punto di governo della domanda, in quanto solo una parte degli anziani è ammessa al godimento delle prestazioni".

D'altro canto, con riferimento alle censure riguardanti la d.G.R. n.85-6287 del 2 agosto 2013, il TAR accoglieva il ricorso relativo all'avvenuto aumento delle quote di partecipazione della spesa al 50% tra Servizio sanitario regionale ed utente/Comune, per gli inserimento nei Nuclei Alzheimer Temporanei (NAT) e nei Centri diurni per malati di Alzheimer.

La decisione del TAR, come si legge nella ridetta sentenza n.604/2015 del Consiglio di Stato, *"è motivata sul presupposto che il d.P.C.M. 29 novembre 2001, all'allegato 1.C fa rientrare tra i LEA anche le attività socio-sanitarie a favore di persone con problemi psichiatrici, "categoria nella quale sono sicuramente da ascrivere i pazienti malati di Alzheimer", con la conseguenza che tali attività vanno poste a totale corico del Servizio sanitario sia nelle ipotesi di assistenza domiciliare e semi-residenziale, sia in quelle di assistenza residenziale".*

Il Consiglio di Stato ha, in un primo tempo sospeso l'esecutività della sentenza, con Ordinanza n.1894/2014, depositata il 9 maggio 2014, sul presupposto che *"gli aspetti specifici relativi ai livelli essenziali di cui si discute sono di ordine procedurale e quantitativo e non sono come tali immediatamente ricavabili dalle tabelle di cui al richiamato D.P.C.M. 29 novembre 2001;*

- le relative informazioni debbano essere pertanto acquisite dai competenti organi statali nella misura in cui dispongano di indicazioni precise a siano in grado di fornire valutazioni condivise nell'ambito delle sedi di confronto regionale".

Con la preoccupante sentenza 604/2015, decisa nella Camera di Consiglio del 13 novembre 2014 e depositata il 6 febbraio 2015, il Consiglio di Stato ha riaffermato la necessità di *"integrare il dato normativo relativo al livello delle prestazioni, facendo riferimento alle prassi e ai criteri riconosciuti a livello nazionale o comunque definiti dalla competente autorità statale. A maggior ragione, quando oggetto della valutazione interpretativa sono i parametri di appropriatezza associati al livello essenziale. Non bastano nei casi dubbi le norme né i dati di esperienza che emergono dal confronto tra le parti in ambito regionale. La richiesta istruttoria rivolta da questa Sezione ai competenti organi statali è pertanto, nel caso di specie, un passaggio necessario, non esistendo agli atti sufficienti dati in ordine alla esatta configurazione del livello essenziale per gli aspetti ulteriori rispetto a quelli deducibili direttamente da norme vigenti".*

Sennonché, avendo affermato che *"una delimitazione o anche una riduzione delle prestazioni che sono al di sopra dei livelli essenziali non costituisce una loro violazione, ma al*

contrario, per una Regione sottoposta al Piano di rientro, costituisce un obbligo o un atto necessario, che può essere evitato solo previa dimostrazione della sua inutilità”, prescindendo dall’oggetto (le liste d’attesa ovvero la posticipazione, in termini di possibile inappropriatezza, della presa in carico dell’anziano malato cronico non autosufficiente e persona con grave disabilità), ignorando il principio di “continuità assistenziale”, il Consiglio di Stato giunge ad affermare che ogni ordine di scelta *“rientra nella sfera di massima discrezionalità politico-amministrativa. Pertanto in ossequio al principio democratico, i soggetti abilitati dall’ordinamento ad ottuare siffatta graduatoria di valori sono coloro che vantano la legittimazione elettorale e che rispondono in sede politica delle scelte effettuate. Rispetta a queste ultime il giudice può (e deve) esercitare il potere di controllo, con la cautela conseguente alla consapevolezza della estrema difficoltà delle scelte che spettano all’autorità politico-amministrativo e ai limiti della sua stessa conoscenza quando le questioni hanno portata politica generale e comportano scelte di vasta portata tra diverse alternative (di bilanciamento costi/benefici e di equa distribuzione dei sacrifici in varie ed eterogenee direzioni), alternative che quasi sempre, salvo casi del tutto eccezionali, restano estranee al singolo giudizio.”*

Limitandosi ad acquisire la relazione istruttoria proveniente da organi politico-amministrativi (in definitiva titolari dell’obbligazione passiva di garanzia di diritti fondamentali, nella specie alla salute) il Consiglio di Stato ha ritenuto di valutare l’esercizio di criteri di appropriatezza e ragionevolezza con riguardo ad *“attività di riduzione e di razionalizzazione al fine del contenimento della spesa nell’ambito del piano di rientro quanta alle prestazioni per le quali non sussiste il vincolo del livello essenziale”*.

I dati forniti dalla Relazione ministeriale in ordine alle prestazioni oggetto del giudizio confermano, secondo la sentenza, *“la esistenza di margini di riduzione di prestazioni ulteriori rispetto ai livelli essenziali per come sono rilevabili in ambito nazionale. Per quanto riguarda le prestazioni residenziali la Regione Piemonte risulta essere nella fascia più alta tra le Regioni italiane dai dati desumibili dal monitoraggio sulla stata di attuazione dei livelli essenziali per il 2012 di recente pubblicato dal Ministero della sanità”* (ma, in proposito, i dati forniti dalla Corte dei Conti, pur rilevanti, così come sopra illustrati, non paiono omogenei).

Contraddittoriamente affermando la necessità di verifica di ragionevolezza e di appropriatezza delle misure adottate, nel caso di specie, sul presupposto che *“la formazione di liste d’attesa ai fini della fruizione di determinate prestazioni sanitarie è fenomeno nato, che è stata anche oggetto dell’attenzione del legislatore nazionale (articolo 1, comma 280, della legge 23*

dicembre 2005, n.266) e della conseguente adozione di intese, fra Governo e Regioni, per la fissazione di piani triennali volti al "contenimento" delle liste", sia pure riconoscendo la necessità che il sistema sanitario nazionale intercetti il reale bisogno di salute con criteri di appropriatezza e priorità, sia pure riconoscendo che la terminologia utilizzata e adottata dalla D.G.R. circa le urgenze possa apparire "fuorviante", il Consiglio di Stato ritiene che sia stato sufficientemente indicato un criterio di priorità, sul presupposto di soli dati quantitativi e previsioni astratte che concernono la formazione del bilancio, ma non già la priorità di bisogni di assistenza da soddisfare in tempi appropriati, da valutare attentamente, caso per caso, ad opera delle strutture sanitarie, da cui non si dovrebbe prescindere ai fini del corretto bilanciamento.

E, all'affermazione del TAR per cui "è anche evidente che, date le particolari caratteristiche dei soggetti coinvolti (a causa della loro età e delle patologie sofferte) un'attesa eccessivamente protetta nel tempo (come nella specie) può quasi sicuramente equivalere ad una negazione definitiva del diritto, andando così in manifesta contrasto con il 'nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana (cfr. Corte cost. n.509 del 2000)", il Consiglio di Stato contrappone sommariamente che "queste affermazioni del giudice di prima grado non possono essere condivise, data che, in prima luogo, il termine di 90 giorni è previsto come termine massimo entro cui la rete dei servizi socio-sanitari deve dare risposta attuativa a ogni progetto residenziale che abbia carattere di priorità "Urgente". Si tratta di una disposizione il cui scopo primario è quello di fissare un termine entro il quale, pur in presenza di liste di attesa, l'interessato potrà comunque accedere alla struttura residenziale. Si tratta, quindi, deduttivamente, di una norma che intende essere di garanzia per l'assistito e che pertanto va interpretata nel senso che l'attuazione del progetto residenziale deve aver luogo nel tempo minima possibile e nel caso peggiore, nel termine massimo previsto dall'allegato A alla delibera regionale. In questo senso non si riscontrano elementi di irragionevolezza e di violazione dei LEA, anche in considerazione del fatto che un termine massima di 90 giorni - se si considerano realisticamente i tempi medi in altre regioni per quanto desumibile dagli atti e sulla base della comune esperienza - gioca in concreto a favore dell'assistito. Neanche il fatto che per i casi differibili non sia previsto un tempo di risposta può automaticamente indurre a ritenere che siano violati i livelli di assistenza. La disciplina in esame prevede, infatti, l'obbligo di un periodica monitoraggio, diretta a valutare se vi sia un mutamento delle condizioni che avevano portato la Commissione all'assegnazione del più basso dei gradi di priorità. Anche se l'allegato non specifica se la nuova valutazione possa essere indotta anche da una motivata richiesta del soggetto interessato, tale dubbio deve essere risolto in

senso positivo, dal momento che la disciplina obbliga a tenere "comunque" conto delle situazioni in cui si ravvisano caratteri di urgenza per aspetti sanitari e/o sociali che determinano una priorità di accesso."

Sennonché, la priorità da prendere in esame è costituita indubbiamente dal diritto alle cure, da soddisfare in termini di appropriatezza e tempestività, così come in definitiva lo stesso Consiglio di Stato non disconosce nella sostanza, né lo potrebbe, a legislazione vigente.

Al riguardo, il Difensore civico ha più volte sottolineato e qui ribadisce la pregnanza della valutazione del medico (e non del "burocrate" e, tanto meno, del "politico"), quale soggetto a cui deve essere affidata, nel rispetto del principio di responsabilità, la regia del percorso di "continuità assistenziale".

Tutto ciò, considerando che le liste d'attesa in Piemonte sono di parecchie migliaia di persone (secondo alcune stime di circa 30.000 persone; stime che andrebbero anch'esse monitorate e specificate ai fini di una corretta programmazione, come più volte richiesto, fin dal 2010, dal Difensore civico, con numerosi interventi che non paiono aver ricevuto particolare ascolto) e dovendosi, al riguardo, soggiungere che, ripetutamente nel corso degli anni, il Difensore civico ha sollecitato e suggerito attività di monitoraggio, dirette a rendere efficiente e trasparente il sistema, esonerando queste persone, particolarmente fragili, da estenuanti adempimenti burocratici e liberandoli dall'ansia dell'attesa, anche mediante ogni opportuna attività di comunicazione loro diretta.

Per quanto concerne l'altra questione trattata dal Consiglio di Stato, riferita ai malati di Alzheimer, si soggiunge che il Consiglio di Stato, a nostro parere senza una qualche ambiguità se non apoditticità, ritiene una "forzatura" la riconduzione dei medesimi all'area dei "malati psichici" e che lo stesso Consiglio, considerata quella che definisce "situazione di incertezza", che comunque deve essere, una volta per tutte, risolta, non potendo costituire un "alibi", ha affermato la legittimità della partecipazione utente/Comune prevista dalla D.G.R. n.85-6287/2013, nella misura del 50% per gli inserimenti di soggetti anziani nei Nuclei Alzheimer Temporanei (NAT) e nei Centri diurni per malati di Alzheimer.

Ancora una volta emerge, in proposito, la rilevanza sanitaria del problema, che non può dar luogo a valutazione sommarie sulla pelle degli interessati.

In definitiva, confidiamo che la sentenza del Consiglio di Stato, che appare obiettivamente formalistica e forse dettata dallo "spirito del tempo", non particolarmente attento al principio solidaristico, non contribuisca, in un momento storico molto difficile, a menomare ulteriormente i

principi che regolano lo Stato costituzionale, sociale e di diritto, tenendosi conto che quelle persone appartengono ad una categoria molto fragile, prevalentemente anche dal punto di vista socio-economico e che la disgregazione del sistema del *welfare* consiste anche, come mostrano i dati più volte richiamati dal Difensore civico, nella rinuncia alle cure, nello stato di abbandono che trasforma le persone in oggetti da scartare, producendo processo di emarginazione crescente, come nel caso dei *clochard*, la cui condizione di non autosufficienza venne più volte denunciata, senza conseguire particolari progressi dal nostro Ufficio (vedasi l'intervento del 2013, di cui alla nota indirizzata ai Comuni capoluogo del Piemonte perché si facessero carico sistematico di problematica che dà luogo a ricorrenti articoli sugli organi di stampa, non particolarmente produttivi di risultati migliori).

Il ché non vuol dire che in presenza di bilancio si debba prescinderne. I problemi di bilancio comportano, viceversa, un'aumentata responsabilità degli Organi amministrativi e politico-amministrativo, nel senso di specificare e rendere trasparente i criteri di priorità ed appropriatezza nell'allocazione delle risorse disponibili, che, solo dopo essere state devolute per il soddisfacimento di diritti fondamentali, possono essere ulteriormente spese.

Si tratta anche di una questione etica, che attiene alla valorizzazione della dignità della persona e del primato della solidarietà, di cui l'Amministrazione deve farsi carico, assolvendo ad uno specifico onere di dimostrazione, nei termini enunciati in via di principio dalla Corte costituzionale, sentenza 2 aprile 2009, n.94.

In conclusione, dalla lettura della sentenza del Consiglio di Stato 604/2015, si evidenziano le seguenti criticità:

1) pur non disconoscendo, formalmente, il principio del bilanciamento tra le esigenze di contenimento della spesa pubblica e di salvaguardia per i cittadini del fondamentale diritto alla salute, nella sentenza pare messo in secondo piano la necessità di individuare, per il riconoscimento concreto del loro diritto alle cure, criteri di priorità connessi a bisogni da soddisfare, comunque in tempi appropriati, da valutare caso per caso, con pregnante valutazione medica e non astrattamente burocratica, ovvero sul presupposto della rilevanza di dati quantitativi e previsioni astratte che concernono prioritariamente dati di bilancio;

2) il Consiglio di Stato, rinvia all'ambito degli atti politici, adottati da "soggettiche vantano la legittimazione elettorale e che rispondono in sede politica delle scelte effettuate", l'attuazione di una "graduatoria di valori" e di conseguenti "scelte"; in tal modo sostanzialmente