

**La salute è un diritto per tutti.
Le cure socio-sanitarie per gli anziani malati non autosufficienti e le persone con demenza senile.**

La continuità terapeutica: norme vigenti e responsabilità per amministratori/operatori.

Definizione di "persona non autosufficiente"

Per meglio affrontare il tema del mio intervento, ritengo opportuno preliminarmente evidenziare, sulla scorta delle normative vigenti, possibili **definizioni della tipologia di destinatari di "cure socio-sanitarie" di cui si tratta in questo Convegno, ovvero gli anziani "non autosufficienti"** .

Quanto sopra, **rammentando che**, così come testualmente recita l'art.2 (*Obiettivi*) della legge 23 dicembre 1978 n.833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, **"Il servizio sanitario nazionale nell'ambito delle sue competenze persegue:**

...

- f) ***la tutela della salute degli anziani, anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione".***

In tal modo, espressamente individuando nelle situazioni di criticità relative alla salute degli anziani, possibili cause di emarginazione e di fragilità socio-economica.

Ciò premesso, una **definizione generale** di "persona non autosufficiente", seppur non strettamente connessa all'età, si ritrova nell'art.2 della legge regionale del Piemonte 18 febbraio 2010, n.10 (Servizi domiciliari per persone non autosufficienti), laddove vengono definite **"non autosufficienti" "le persone in varie condizioni o età che soffrono di una perdita permanente, parziale o totale, dell'autonomia fisica, psichica o sensoriale con la conseguente incapacità di compiere atti essenziali della vita quotidiana senza l'aiuto rilevante di altre persone"**.

Nelle norme regolamentari regionali approvate con Delibera della Giunta regionale, generalmente vengono evidenziate quale **tipologie di “persone non autosufficienti”**:

- **gli anziani ultresessantacinquenni non autosufficienti,**
- **persone i cui bisogni sanitari e assistenziali siano assimilabili a quelli dell’anziano non autosufficiente (vedasi a titolo esemplificativo la D.G.R. 20 dicembre 2004 n.72-1440 “Percorso di continuità assistenziale”) .**

I Livelli Essenziali di Assistenza – l’Area dell’integrazione socio-sanitaria.

Le persone che si trovano in situazione di non autosufficienza, in particolare anziane, ogni giorno incontrano ostacoli e sostengono “battaglie” a causa delle **loro condizioni** (sopra definite di “perdita permanente, parziale o totale, dell’autonomia fisica, psichica o sensoriale con la conseguente incapacità di compiere atti essenziali della vita quotidiana” **per lo più connesse a patologie croniche**) per vedere riconosciuto il **diritto alla salute** e, quindi, il loro **diritto alle cure**, in particolare, con la realizzazione a loro favore di percorsi socio-sanitari, mediante i quali venga garantita l’erogazione di prestazioni che attengono a Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitaria.

In tale contesto giova rammentare che, come chiaramente si legge **nell’art.1** (*Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza*) del **D.Lgs. 30 dicembre 1992 n.502 di “Riordino della disciplina in materia sanitaria”**

“1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell’ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli

essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale **nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.**

3..... Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente”.

Conseguentemente, ottemperando al compito di fissare i **livelli delle “prestazioni sanitarie”** che devono essere, comunque, **garantite a tutti i cittadini** e che costituiscono l'insieme delle attività normalmente comprese tra le funzioni preventive, diagnostiche, curative e riabilitative svolte dagli esercenti le professioni sanitarie, con **D.P.C.M. del 29 novembre 2001**, lo Stato ha provveduto alla **“Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”** .

Tale Decreto, in specie, delinea, nell'Allegato 1.C, l'**AREA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA** , nella quale sono ricomprese:

“...Prestazioni sanitarie, ...sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale.” , che sono individuate mediante i seguenti **Livelli di assistenza** :

- **“Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare,**

- **Assistenza territoriale semi-residenziale:**
Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di **programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali,**
Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di **programmi riabilitativi a favore di anziani,**

- **Attività territoriale residenziale, che comprende le stesse attività di cui sopra**

Nell'ambito di tali livelli, sono ricomprendibili la maggior parte delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie appropriate ai bisogni delle persone, in specie anziane, non autosufficienti, pur non potendo omettere l'importanza delle prestazioni tipicamente sanitarie, individuate nell'area dell'Assistenza ospedaliera, nei momenti di "acuzie" delle patologie delle quali l'anziano non autosufficiente malato cronico è affetto.

L' "appropriatezza" delle prestazioni e il "diritto alla continuità assistenziale"

Alla garanzia delle sopra ricordate prestazioni che rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza necessariamente attiene **"il criterio dell'appropriatezza e quindi anche l'erogazione delle prestazioni entro tempi appropriati alle necessità di cura degli assistiti"** che, così come espressamente affermato nel **D.P.C.M. 16 aprile 2002 (Linee guida sui criteri di priorità per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche e sui tempi massimi di attesa)**, **"rappresenta una componente strutturale dei livelli essenziali di assistenza"**.

In tale dimensione, che evidenzia la dovuta **appropriatezza anche temporale delle prestazioni**, si pone **il "diritto alla continuità assistenziale"**, che ha costituito oggetto di sempre più approfonditi interventi del Difensore civico.

Il concetto di **"continuità"**, che 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), trova, innanzitutto, fondamento in ambito sanitario, nella **"garanzia della continuità delle cure"** posta a carico del medico, sotto il profilo deontologico, in specie dall'art.23 del Codice di deontologia medica, nell'ultima versione del 18 maggio 2014.

Ne consegue che, per quanto attiene all'area dell'integrazione socio-sanitaria, in conformità delle disposizioni del **D.P.C.M. 29 novembre 2001 ("Definizione dei livelli**

essenziali di assistenza”), per quanto riguarda persone non autosufficienti e, in particolar modo, a favore delle quali sia stata accertato il bisogno di interventi socio-sanitari in regime di assistenza territoriale residenziale, semi-residenziale, ovvero domiciliare, le prestazioni 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, intensiva, “caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico, di elevata complessità”, la seconda, estensiva, da una “minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica”; fasi che, ambedue, si svolgono in periodi di durata definita dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001 (“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”);***
- ***fase immediatamente, temporalmente connessa, 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).***

I “percorsi di continuità”, conseguentemente, devono caratterizzarsi per l’appropriato dimensionamento dei servizi offerti rispetto all’evoluzione del bisogno delle persone interessate e per il continuo monitoraggio da parte di tutti i Soggetti coinvolti, secondo modalità e tempi definiti, attraverso l’utilizzo di tutte le risposte socio-sanitarie disponibili, anche programmando interventi alternativi a quelli previsti dai singoli progetti individualizzati predisposti dalle competenti strutture socio-sanitarie, purché appropriati alla situazione da trattare: impiegando risorse disponibili nell’ambito della rete complessiva dei servizi esistenti nelle AA.SS.LL. di tutto il territorio della Regione a livello territoriale e/o ospedaliero, nonché presso gli Enti gestori socio-assistenziali del Piemonte.

L'attività istituzionale del Difensore civico di tutela dei diritti fondamentali delle persone: il riconoscimento del diritto alla salute e "alle cure" degli anziani non autosufficienti, nella garanzia della "continuità assistenziale".

Il diritto alla salute rappresenta presupposto e cardine degli interventi svolti dal Difensore civico riguardanti le problematiche socio-sanitarie in questione : potendosi desumere un'indissolubile legame tra il riconoscimento dei Livelli Essenziali di Assistenza e l'attuazione concreta delle prestazioni in essi comprese, che debbono essere "assicurati e garantiti" dal Servizio Sanitario, con "la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività", riconosciuto come tale 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 attività intesa a fornire le necessarie prestazioni socio-sanitarie, che in termini di concreta allocazione delle risorse .

In tale segno e in conformità della giurisprudenza della Corte costituzionale e delle Supreme Corti di legittimità, il Difensore civico ha necessariamente rilevato, attraverso i suoi interventi, che:

"il bene della salute è tutelato dall'art.32, primo comma della Costituzione, 'non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell'individuo' (sentenza n.356 del 1991 della Corte costituzionale), che impone piena ed esaustiva tutela (sentenze n.307 e 455 del 1990), in quanto 'diritto primario e assoluto, pienamente operante anche nei rapporti tra privati' (sentenze n.202 del 1991, n.559 del 1987, n.184 del 1986, n.88 del 1979)" e che " il diritto ai trattamenti sanitari è dunque tutelato come diritto fondamentale nel suo 'nucleo irrinunciabile del diritto alla salute, protetta dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto (v., fra le altre, sentenze n.432 del 2005, n.233 del 2003, n.252 del 2001, n.509 del 2000, n.309 del 1999, n. 267 del 1998)"¹ ;

Tutto ciò, ha condotto il Difensore civico a realizzare, per i singoli casi problematici segnalati al suo Ufficio, interventi nei confronti delle Amministrazioni coinvolte, che, pur partendo necessariamente dalla disamina della normativa anche regolamentare vigente

¹ Corte di Cassazione,Sezioni Unite penali, sentenza 21 gennaio 2009, n.2437

(in specie leggi nazionali, regionali, Deliberazioni della Giunta regionale del Piemonte), hanno inteso sollecitare concrete e non reticenti risposte da parte delle Amministrazioni per i singoli casi all’**“esigenza di un’interpretazione che tenga conto del nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana... alla luce del principio affermato, in linea generale, dalla legge di riforma sanitaria, che prevede la erogazione gratuita delle prestazioni a tutti i cittadini, da parte del servizio sanitario nazionale, entro i livelli di assistenza uniformi definiti con il piano sanitario nazionale”**².

In tale contesto, assumendo particolare rilievo quanto affermato dal Consiglio di Stato, Sez.V, Sentenza 31 luglio 2006 n.4695, ovvero che **“a norma dell’art.30 della legge 27 dicembre 1983 n.730”** (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 1984) **“sono posti a carico del servizio sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali, e che il successivo D.P.C.M. 8 agosto 1985** (Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell’art.5 della legge 23 dicembre 1978, n.833), **all’art.1,” ha definito attività di rilievo sanitario quelle “che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purchè siano diretti immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell’attività sanitaria di cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo”**.

“In termini non sostanzialmente diversi si esprime il D.P.C.M. 14 febbraio 2001” (Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie) **“allorché, all’art. 3, propone una classificazione che pone a carico del servizio sanitario nazionale le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, definendole come “prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite”**.

Il Consiglio di Stato, nella suddetta sentenza 4695/2006, ha rammentato che: **“la ricordata normativa ministeriale, sia nella formulazione del 1985 che in quella del 2001, attribuisce rilievo sanitario agli interventi con carattere di “cura” delle patologie in atto, ma non dispone che debbano definirsi tali solo i trattamenti che lascino**

² Cassazione civile, Sez.I, Sentenza 22 marzo 2012 n.4558

prevedere la guarigione o la riabilitazione del paziente. A tale riguardo pare dirimente proprio il d.P.C.M. del 2001, nella parte che considera di carattere sanitario i trattamenti volti al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite”,

ritenendo l’assorbenza nonché la rilevanza delle cure sanitarie “rispetto al più semplice e contenuto concetto di assistenza; nel senso che la prevalenza delle prime rende logico, necessario e, per così dire, conseguente il diretto coinvolgimento del Servizio Sanitario Nazionale e delle sue strutture (anche sotto il profilo della corresponsione dei relativi oneri economici)”,

e che, in specie per quanto attiene a situazioni di non autosufficienza e di connessa malattia cronica la normativa attribuisce “rilievo sanitario agli interventi con carattere di “cura” delle patologie in atto, ma non dispone che debbano intendersi per tali solo i trattamenti che lasciano prevedere la guarigione o la riabilitazione del malato”; apparendo “del tutto assorbente proprio il contenuto del d.P.C.M. del 14 febbraio 2001, nella parte in cui considera di prevalente carattere sanitario tutti i trattamenti finalizzati al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie conferite o acquisite”.

Va, pertanto, ritenuta, la **prevalenza del rilievo sanitario in interventi finalizzati alla cura di persone non autosufficienti affette da determinate patologie espressamente individuate, ovvero individuabili in base alle loro caratteristiche, pur affiancandosi nella cura delle patologie stesse a prestazioni sanitarie prestazioni socio-assistenziali**, con conseguente imputazione dei relativi oneri al Servizio Sanitario Nazionale.

In tale senso, come ha autorevolmente affermato la giurisprudenza di legittimità in molteplici pronunce, potendosi evidenziare una prevalente natura sanitaria di prestazioni erogate in favore di:

persone affette da morbo di Alzheimer ³,

persone affette malattie mentali croniche ⁴,

così come, verosimilmente, a titolo non esaustivo, pazienti affetti dalla malattia (neuro-psichiatrica cronica e degenerativa) di Parkinson, da demenza

³ vedasi Cassazione civile, Sez.I, sentenza 22 marzo 2012 n.4558

⁴ Cassazione civile, Sez.I, sentenze 20 novembre 1996 n.10150 , 25 agosto 1998 n.8436; Consiglio di Stato, Sez.IV, sentenza 29 novembre 2004 n.7766,

Consiglio di Stato, Sez.V, sentenze 31 luglio 2006 n.4695 e n.4697

senile, persone affette da cecità, da malattie degenerative progressive (sclerosi multipla, SLA).

Tutto ciò, in quanto, non solo per tali patologie, ma anche per altre situazioni di non autosufficienza e/o disabilità grave, è evidente **l'esigenza di erogare senz'altro e in via continuativa prestazioni eminentemente sanitarie e comunque socio-sanitarie, che, a titolo esemplificativo, comportano il dovere di “un monitoraggio quasi giornaliero per l'accertamento delle condizioni del paziente e per la definizione della terapia, avuto riguardo anche della perdita della capacità di deglutizione e alla necessità di nutrizione attraverso un sondino naso-gastrico; alla costante necessità di prevenzione di piaghe da decubito, ad episodi di fibrillazione atriale e alle compromesse condizioni polmonari”⁵** (così testualmente la Cassazione del 2012).

Il “bilanciamento delle esigenze”

Quanto sopra, tuttavia, non può essere disgiunto dalla considerazione delle *“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”⁶*** .

Trattandosi, pertanto, di operare un corretto “bilanciamento”, che, tuttavia, mai deve omettere o trascurare o ritardare la doverosa tutela dei diritti fondamentali, **richiedendosi a carico dell'Amministrazione una sorta di onere di dimostrazione : nel senso di dimostrare di aver fatto tutto il possibile, senza ritardi, omissioni e in ossequio a principi di equità, oltre che di legalità e di trasparenza⁷, da ultimo rafforzati dalla normativa su trasparenza e anticorruzione, in fase di attuazione .**

Dalla mancata corretta dimostrazione e predisposizione di conseguenti atti potendo in ipotesi derivare per le Amministrazioni coinvolte molteplici profili di responsabilità, a vario titolo specificati dalla legge a carico di Amministratori e operatori .

⁵ vedasi Cassazione civile, Sez.I, 22 marzo 2012 n.4558

⁶ Corte costituzionale, sentenza 2 aprile 2009, n.94

⁷ arg. ex Corte costituzionale, sentenza 2 aprile 2009, n.94

Dovendosi sottolineare, anche quale ulteriore elemento di riflessione, diretto a stimolare buone pratiche, il **principio recentemente affermato dalla Corte costituzionale con sentenza 8 marzo 2013, n.36.**

Afferma la Corte, infatti, per quanto riguarda la spesa relativa all’”**attività sanitaria e socio e sociosanitaria a favore di anziani non autosufficienti ...elencata tra i livelli essenziali di assistenza sanitaria dal D.P.C.M. 29 novembre 2001**”, che “**non v’è un rapporto automatico tra ammontare del fondo sanitario.. e rispetto dei livelli essenziali di assistenza : il soddisfacimento di tali livelli non dipende solo dallo stanziamento di risorse, ma anche dalla loro allocazione e utilizzazione**”.

Il soddisfacimento di tali livelli è, pertanto, obiettivo primario e non negoziabile dell’azione amministrativa, a fronte di diritti fondamentali dei cittadini che si pongono in termini di assolutezza e irrinunciabilità.

Le problematiche segnalate al Difensore civico dai cittadini

Per quanto attiene al riconoscimento ed alla concreta realizzazione del “diritto alla continuità assistenziale”, **sempre più numerosi cittadini hanno richiesto al Difensore civico di intervenire, in specie, con riguardo a:**

- **criticità nell’accesso alle varie tipologie di “Percorso di Continuità Assistenziale” e nella concordanza dello stesso con l’evoluzione in concreto dei bisogni socio-sanitari della persona,**
- **“opposizione alle dimissioni“ da strutture ospedaliere o da strutture socio-sanitarie, per lo più nel contesto di “Percorso di Continuità Assistenziale” già avviato, formulate dai ricoverati o dai loro congiunti nei confronti della Direzione sanitaria della struttura, dell’ASL competente e del Comune di residenza, e connesso incremento dei tempi di attesa per il ricovero in convenzione con A.S.L. di riferimento in strutture residenziali, ovvero per l’attivazione di interventi di assistenza domiciliare, con conseguenti liste di attesa,**
- **problematiche connesse, nello specifico all’articolazione del “Percorso di continuità assistenziale” nell’ambito di strutture residenziali socio-sanitarie, in**

specie riguardanti quota di compartecipazione ai costi del ricovero posta a carico dell'utente in fase di lungodegenza.

Al riguardo, il Difensore civico , con una comunicazione di valenza generale, ha più volte rammentato alle Amministrazioni interessate (Amministrazione regionale, Aziende Sanitarie Locali, Enti gestori dei Servizi socio-assistenziali, Enti Locali), per il rispetto del diritto ad una effettiva “continuità delle cure” 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”.**

Profili di responsabilità medica e connessi profili di responsabilità di Amministrazioni, strutture sanitarie, operatori e dipendenti delle strutture stesse.

Fattispecie di responsabilità e soggetti interessati.

Alla luce delle concrete situazioni a cui vanno incontro i cittadini interessati nel loro rapporto con l'Amministrazione sanitaria, i suoi dipendenti, medici, operatori sanitari e non, possono emergere condotte tali da poter cagionare danno per i cittadini utenti, riconducibili, in particolare, a:

**comportamenti materiali attivi o omissivi,
provvedimenti,
mancata o ritardata adozione di atti e/o provvedimenti.**

In tale dimensione potendosi, pertanto, prendere in considerazione situazioni in cui venga a trovarsi il cittadino anziano non autosufficiente, non solo nel rapporto con il **personale medico o paramedico** (Medico di medicina generale, medici e operatori sanitari che svolgono la loro attività in sede ospedaliera, ovvero in strutture di riabilitazione – case di cura – e in residenze socio-sanitarie, così come medici componenti delle Commissioni di valutazione geriatrica, Alzheimer, Handicap, ecc.), ma anche, più in generale, con l'**Amministrazione sanitaria (Amministrazione regionale, AA.SS.LL., A.S.O.) ovvero gestori di servizi socio-assistenziali (Enti Locali, Consorzi) e loro dipendenti**, in specie nel caso di accertata necessità per gli interessati di accedere a prestazioni costituenti Livelli Essenziali di Assistenza (prestazioni domiciliari, residenziali e semi-residenziali), in particolare nell'ambito di percorsi di "continuità assistenziale", allorquando l'accesso alle prestazioni sia dilazionato in presenza di "liste di attesa".

Costituendo, peraltro, possibili fattispecie di responsabilità situazioni in cui a provvedimenti adottati dalle competenti Amministrazioni, od anche alla ritardata adozione degli stessi, conseguano ipotetici pregiudizi alla concreta garanzia per il singolo del diritto alla salute ed alle cure .

Profili specifici di responsabilità:

Responsabilità medica nell'ambito di "percorsi di continuità assistenziale"- l'interlocuzione del Difensore civico con gli Ordini professionali.

I diritti fondamentali, garantiti dalla Costituzione a tutti i cittadini, alla salute e all'assistenza sociale, all'integrazione e alla partecipazione, in particolare per quanto concerne la situazione di categorie di pazienti particolarmente svantaggiate, quali le persone anziane malate croniche non autosufficienti e affette da handicap grave accertato, trovano attuazione non soltanto attraverso l'erogazione di cure e servizi da parte di servizi sanitari e socio-assistenziali, bensì anche attraverso il **corretto esercizio della professione da parte di tutti gli operatori coinvolti dal sistema di cure sanitarie e aiuti alla persona.**

In tale dimensione, il Difensore civico ha avviato proficui interventi e interlocuzioni con gli Ordini professionali che, quali enti pubblici a carattere associativo, sono titolari della funzione di autogoverno e di vigilanza sull'attività professionale svolta dagli iscritti al fine di assicurare e garantire il corretto esercizio della professione.

Al riguardo, si sono, in particolare, evidenziati i casi connessi a dimissioni da strutture ospedaliere, ovvero case di cura convenzionate di pazienti anziani cronici non autosufficienti, assistiti nell'ambito di "percorsi di continuità assistenziale", con eventuali profili di responsabilità, in primo luogo etico-deontologica, oltre che giuridica, degli esercenti la professione medica.

L'intervento nei confronti dell'Ordine provinciale dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Torino

Stante la pluralità di situazioni che vedono anziani non autosufficienti e, comunque, persone non autosufficienti in rapporto con esercenti l'attività medica, **il Difensore civico ha suggerito un'indicazione prescrittiva da parte dell'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri di Torino**, anche in concerto con le Strutture sanitarie pubbliche e i relativi Responsabili, mediante **individuazione di linee di condotta condivise**, che possano costituire parametro di riferimento e che potranno avere effetti più in generale, tali da generare modalità comportamentali positive nell'interesse dell'utenza e dell'immagine dell'Ordine medico nel suo complesso.

L'approvazione del “Documento di indirizzo sulla continuità delle cure riguardanti i malati cronici non autosufficienti” .

L'Ordine provinciale dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri di Torino ha, quindi, approvato nella seduta del 16 settembre 2013, **“Documento di indirizzo” sul tema della continuità delle cure riguardo i malati cronici non autosufficienti .**

Trattasi di un documento di alta valenza, anche etica, capace di orientare al meglio i Soggetti responsabili, posto che la rilevanza sanitaria delle attività in favore di quella categoria di utenti, ha portata centrale ai fini dell'adempimento dell'obbligo di garanzia del principio di “continuità assistenziale”.

Nel corpo di tale “documento di indirizzo” sulla continuità delle cure si evidenziano testualmente alcuni passaggi.

**“DOCUMENTO DI INDIRIZZO SULLA CONTINUITA' DELLE CURE RIGUARDANTI
I MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI**

Il mutamento, in continua evoluzione, dello scenario demografico ed epidemiologico produce conseguenze che il Sistema Sanitario fatica a fronteggiare; il tema è noto, e ormai sottoposto a ricche e approfondite analisi, ma i tempi e i modi con cui le articolazioni del sistema sanitario procedono a una loro ristrutturazione per affrontare il cambiamento risultano vistosamente inadeguati.

L'aspettativa di vita media è ancora cresciuta (circa due anni negli ultimi dieci) e gli italiani rientrano nel gruppo di testa delle popolazioni più longeve (OECD 2013), anche se un po' meno soddisfacente è la qualità della salute negli ultimi anni di vita.

Lo spostamento progressivo della piramide demografica fa sì che, oltre a essere tra i più longevi, gli italiani hanno anche un indice di vecchiaia (rapporto tra gli over 65 e gli under 15) tra i più elevati al mondo.

Questo comporta, anche per il concomitante effetto dei mutamenti sociologici (in particolare la crescita delle famiglie monopersonali, che hanno superato la soglia del 20%, con oltre 3,3 milioni di anziani oltre i 65 anni che vivono da soli — dati Istat/Censis 2011), che sia crescente il numero di anziani (e talora non necessariamente anziani ma portatori di multiple patologie invalidanti) che deve fronteggiare, senza adeguato sostegno da parte dei familiari o di altri caregiver, difficoltà assistenziali che con crescente frequenza, anche per il sovrapporsi della crisi economica, non risultano circoscritte all'ambito clinico ma sconfinano sempre più frequentemente in quello sociale.

Di regola, quando il problema clinico si fa prevalente il Servizio Sanitario interviene nelle sue diverse articolazioni sia territoriali sia di ricovero (Ospedale, lungodegenze, hospice, riabilitazione, assistenza domiciliare). E' in quest'ultimo ambito in particolare che si generano o si possono generare conflitti tra diritti dei cittadini e pur comprensibili esigenze organizzative o gestionali dei Luoghi di Cura, sia pubblici che accreditati. Più di ogni altra figura professionale è spesso il Medico che, nelle diverse organizzazioni, si trova compresso tra tali interessi contrapposti.

Va quindi sottolineato come l'Ordine, che coglie il disagio dei cittadini e degli operatori per l'attuale inadeguatezza del sistema, consideri indispensabile che le politiche sanitarie transitino rapidamente dalla enunciazione di principi all'attivazione di modelli organizzativi che siano in grado di intercettare questa esigenza.

In questo senso si invitano le Autorità competenti a completare rapidamente l'analisi dei bisogni e conseguentemente a mettere in atto riorganizzazioni del sistema orientate all'aumento di disponibilità di posti letto nell'ambito della continuità assistenziale (variamente declinabile alla luce dei dati epidemiologici), al sostegno e alla diffusione della domiciliarità (laddove la nostra Regione è vistosamente al di sotto dei dati nazionali) e alla creazione di modelli di integrazione efficienti tra ospedale e territorio che evitino l'interruzione della continuità assistenziale (anche ai sensi della normativa nazionale sui LEA) e l'assenza di responsabilità nella presa in carico.

In relazione al ruolo del medico, nei diversi contesti organizzativi, e alle sollecitazioni pervenute dal Difensore Civico regionale (ev. vedi note...), questo Ordine ritiene che, fatte salva la necessità sopraccitata di intervenire con tempestività ed efficacia sulla organizzazione, possano essere date indicazioni ai propri iscritti in merito a linee di comportamento che, rifacendosi ai dettami del Codice deontologico, attenuino le difficoltà che spesso ricadono sui cittadini più fragili.

In primo luogo si ritiene che i Medici, quando opportuno anche attraverso la delega ad altre figure professionali competenti nella problematica, garantiscano una completa, accurata e precisa informazione al paziente e ai suoi congiunti, di modo da facilitare le scelte che questi dovranno operare.

Inoltre è indiscutibilmente compito del Medico, in qualunque organizzazione egli operi, garantire la continuità assistenziale, come richiamato dal Codice Deontologico (Art. 23 - Continuità delle cure – Il medico deve garantire al cittadino la continuità delle cure.) e che questo dettame debba realizzarsi attraverso una precoce presa in carico che non si limiti

agli aspetti clinici ma prenda in considerazione anche le questioni assistenziali e il percorso di cura, che sempre più spesso, in specie per i pazienti anziani e fragili, si snoda lungo diverse tappe che necessitano di un forte coordinamento. Si ritiene che la responsabilità di questa precoce presa in carico coinvolga il Medico, che in questo ruolo potrà essere coadiuvato da quelle figure professionali che, nelle diverse strutture, in relazione alle loro caratteristiche, siano in possesso delle adeguate competenze.

Per svolgere adeguatamente questo ruolo il medico, del tutto analogamente a quanto avviene negli ambiti più strettamente clinici, deve garantire il proprio aggiornamento sugli aspetti gestionali e amministrativi, onde poter indirizzare adeguatamente il paziente lungo il percorso di cura più appropriato. Questo aspetto appare richiamato dall'articolo 19 - Aggiornamento e formazione professionale permanente -, laddove si sottolinea come il medico abbia l'obbligo di mantenersi aggiornato, oltre che sugli aspetti tecnico-scientifici ed etico-deontologici, anche in materia gestionale-organizzativa.

Da queste considerazioni, e dalle responsabilità che indubbiamente ricadono sui Medici nella gestione dei percorsi di cura, in una complessa situazione nella quale occorre fare riferimento a obblighi orientati sia alla continuità assistenziale, quanto all'uso appropriato delle risorse (richiamato dall'Articolo 6 del Codice deontologico), appare evidente come la scarsa chiarezza dello scenario organizzativo, il fraintendimento dei ruoli e delle responsabilità, certa rigidità burocratico-amministrativa che talora si palesa, il susseguirsi di provvedimenti restrittivi che discendono dalle difficoltà economiche nazionali e regionali, giochino un ruolo fortemente negativo e inducano nel Medico la percezione di trovarsi al centro di un conflitto di interessi nel quale non ha oggettivi margini di manovra.

Ne deriva una ulteriore sollecitazione che questo Ordine ritiene di dover fare alle Autorità competenti: 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 procedure 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.”

Considerata la valenza del sopra evidenziato intervento dispiegato dall'Ufficio della Difesa civica regionale in confronto interattivo con l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Torino, inteso a coniugare scienza medica, coscienza etica e professionale, deontologia e burocrazia e attinente ad una migliore tutela dei diritti degli utenti dei servizi pubblici sanitari in ogni fase del percorso in cui deve esprimersi il principio di "continuità assistenziale", il Difensore civico ha doverosamente trasmesso all'attenzione del Consiglio regionale e della Giunta della Regione Piemonte copia del carteggio intercorso con l'Ordine, invano sollecitando risposte dovute, innanzitutto ai cittadini e, quindi, all'Ordine professionale.

Le note hanno inteso sollecitare e tuttora sollecitano ogni attività di competenza dei predetti Organi regionali, nel segno della continuità e della valorizzazione del diritto alle cure.

Con l'insediamento della nuova Giunta e del nuovo Consiglio regionale, doverosamente il Difensore civico ha sottoposto, in questi giorni, all'attenzione degli stessi Organi, tutte le questioni che restano in attesa di soluzione.

Per quanto attiene al tema della responsabilità di amministratori e operatori, a conclusione del mio intervento, si proietta sullo schermo, telematicamente, documentazione riepilogativa dei conseguenti profili; con la doverosa aggiunta che tale documentazione ripresa dal Difensore civico, è stata elaborata dalla Direzione sanitaria dell'Azienda U.S.L. di Modena .

IL DIFENSORE CIVICO
Avv. Antonio Caputo

Torino, 27 giugno 2014