

Ufficio Pubblica Tutela

Presso ASST Nord Milano

Sede: Presidio Ospedaliero Sesto San Giovanni

Viale Matteotti 13, 20099 Sesto San Giovanni (MI)

Al Direttore Generale ASST Nord Milano

Al Presidente della Conferenza dei Sindaci dell'ATS di Milano

Al Tavolo del Terzo Settore presso ATS di Milano

Al Difensore Civico della Regione Lombardia

Alla Direzione Sanità della Regione Lombardia

Agli Uffici di Piano

Al Network regionale per l'ascolto del cittadino e la qualità percepita

Al Coordinatore regionale UPT

Al Responsabile URP ASST Nord Milano

Relazione dell'attività dell'Ufficio di Pubblica Tutela nell'anno 2020

Sommario

Premessa	2
Note introduttive	2
L'importante risultato del riconoscimento legislativo regionale dell'Ufficio di Pubblica Tutela	3
Funzioni dell'Ufficio di Pubblica Tutela	5
Aspetti organizzativi.....	6
Le modalità di trattazione dei casi e loro tipologia	8
Questioni trattate	9
Mancato recapito tessera sanitaria a seguito di cambio di residenza	9
Tessera sanitaria scaduta: che fare?	10
Lamentato ritardo nella comunicazione dell'esito del tampone	10
Lamentato ritardo nella vaccinazione antinfluenzale a domicilio di persona anziana non deambulante	11
Segnalazione di scarico dei tubi dall'obitorio dell'Ospedale di Sesto San Giovanni	11
Tardivo rimborso di prestazione odontoiatrica mai ricevuta dalla paziente	13
Segnalazione di paziente ricusato dal proprio medico di base: che fare?	14
Norme di riferimento in materia di incontri con il pubblico da parte dell'Assemblea distrettuale dei Sindaci	15
Diritto alle cure estensive della persona malata cronica non autosufficiente.....	16
UVM, Unità di Valutazione Multidimensionale e Progetto Individuale	18
Dimissioni protette.....	20
Rette di ricovero presso RSA e RSD	24

Garanzia dei diritti fondamentali ed esigenze di bilancio da parte delle Pubbliche

Amministrazioni	27
Ringraziamenti	30

Premessa

La presente relazione annuale è predisposta e trasmessa, nel rispetto della riservatezza dei dati personali, in osservanza a quanto previsto dalla Delibera di Giunta Regionale della Lombardia n. 8/10884 del 23 dicembre 2009, recante *“Determinazioni in ordine alle linee guida relative all’organizzazione ed al funzionamento degli Uffici di Pubblica Tutela (UPT) delle aziende sanitarie”*.

In base alle predette Linee Guida, tale relazione è un consuntivo redatto a cura del Responsabile dell’UPT, relativo all’anno 2020, sullo stato dei diritti del cittadino e degli operatori dei presidi ospedalieri, dei poliambulatori e dei servizi dell’ASST Nord Milano.

Note introduttive

Nell’anno 2020 le pratiche trattate sono state complessivamente 20, in aumento rispetto ai dati numerici degli ultimi 2 anni (12, nel 2019, 15 nel 2018).

Anche sul piano qualitativo, l’impegno richiesto non si è abbassato di livello, ma ha richiesto, come negli anni precedenti, l’approfondimento di temi complessi, e in alcuni casi si è tradotto anche in azioni che hanno determinato la soluzione positiva di contenziosi.

Analogamente a quanto accaduto negli anni passati, l’Ufficio di Pubblica Tutela, di cui sono Responsabile, è stato interpellato talvolta per fornire informazioni rispetto a casi non sempre riferibili all’ambito amministrativo dell’ASST Nord Milano. Rispetto a tali richieste ho cercato comunque di fornire alle persone interessate chiarimenti attinenti alla normativa in materia sanitaria, socio sanitaria e socio assistenziale.

In linea con l’attività degli anni precedenti, il consolidato rapporto con alcune Associazioni del territorio, ha comportato un coinvolgimento sempre maggiore dell’UPT in una attività, utile e doverosa, di informazione e di formazione su questioni che riguardano in particolare i diritti delle persone più fragili (malati cronici non autosufficienti, disabili, malati psichiatrici).

A tale riguardo, ribadisco nella presente Relazione annuale un aspetto, a mio avviso, importante, contemplato dalle Linee Guida stabilite dalla DGR 23 dicembre 2009, n. 8/10884, tuttora vigenti, in materia di Uffici di Pubblica Tutela, con particolare riferimento alla funzione peculiare dell'UPT di svolgere, tra le altre, anche un'attività di informazione in materia dei diritti delle persone utenti del servizio sanitario.

Questa informazione, a ben vedere, può risultare uno strumento utile ed efficace in termini di prevenzione e/o di soluzione stragiudiziale del possibile ed eventuale contenzioso tra cittadino e struttura sanitaria.

Dalle predette Linee Guida emerge infatti il principio, per il quale l'Ufficio di Pubblica Tutela opera in rappresentanza delle istituzioni sociali e civili, affinché siano resi effettivi e fruibili i diritti degli utenti sanciti dalla legislazione nazionale e regionale nell'area dell'informazione, umanizzazione delle prestazioni e superamento del disagio e della fragilità con un consapevole coinvolgimento dei cittadini e delle loro forme organizzate.

Tutto ciò dimostra, a mio sommo parere, un progressivo consolidamento dell'UPT dell'ASST Nord Milano, con particolare riguardo, dato non trascurabile, agli utili rapporti che l'Ufficio può stabilire con i cittadini, anche attraverso le attività promosse dal mondo del terzo settore e del volontariato, e in generale dalle associazioni esponenziali di diritti ed interessi collettivi e diffusi in ambito sanitario e socio sanitario.

Certamente vi sono ancora ampi margini di miglioramento, legati soprattutto alla necessità di una maggiore conoscenza, presso la cittadinanza e presso gli operatori dell'Azienda, dei compiti e delle prerogative di questo ruolo.

Un passo in avanti in tal senso è stato fatto a livello legislativo regionale circa un anno fa.

L'importante risultato del riconoscimento legislativo regionale dell'Ufficio di Pubblica Tutela

Gli Uffici di Pubblica Tutela, pur formalmente rimasti sempre in vigore, erano stati svuotati di funzioni, quanto meno a livello di previsione legislativa, a seguito dell'abolizione dell'art. 16 della LR 33 del 2009, da parte della LR 23 di 2015.

In buona sostanza, forse per una scelta politica forse per una "svista", l'ultima riforma regionale in materia sanitaria aveva inopportunamente abolito la norma legislativa, che,

nel 2009, aveva avuto il pregio sia di prevedere l'obbligatoria istituzione dell'Ufficio di Pubblica Tutela presso ogni AO ed ASL, sia di stabilirne il carattere di imparzialità e la funzione di tutela dei diritti dei cittadini nell'accesso alle prestazioni sanitarie.

Fortunatamente, a seguito di una importante iniziativa sostenuta dal Coordinamento regionale degli Uffici di Pubblica Tutela (con pazienza e tenacia), e con il supporto importante del Difensore civico regionale, è stato ottenuto un primo importante traguardo. Ossia, il Consiglio regionale in sede di approvazione della *L.R. n. 9 del 6 giugno 2019*, in materia di revisione normativa e di semplificazione, ha previsto una specifica disposizione (l'art. 35, comma 1, lett. a) che ha aggiunto una nuova norma alla Legge Regionale della Lombardia n. 33 del 2009, ossia al "*Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*".

Questa novella, vale a dire l'articolo 23 bis, reintroduce nell'ordinamento legislativo regionale alcuni principi fondamentali dell'abrogato art. 16, ossia:

- a) la regola dell'obbligatoria istituzione dell'Ufficio di Pubblica Tutela (e l'obbligatoria nomina del suo responsabile) presso ogni ATS, ASST, IRCCS di diritto pubblico e AREU;
- b) l'indipendenza dell'Ufficio;
- c) la sua funzione di tutela dei diritti degli utenti.

Questi basilari principi sono stati declinati come segue dalla norma in commento: *"L'UPT in particolare: segnala all'ente di appartenenza disfunzioni nell'erogazione di servizi e prestazioni al fine di evitare l'insorgere di contenziosi; si raccorda con il difensore regionale e con altri organismi di tutela per risolvere in via consensuale questioni sollevate dagli utenti; verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità d'offerta sociosanitarie avvenga alle condizioni previste nella carta dei servizi. L'UPT ha libero accesso agli atti necessari allo svolgimento delle sue funzioni esclusivamente in merito agli specifici casi di cui si occupa e per essi non può essere opposto il segreto d'ufficio. Le informazioni e i chiarimenti richiesti devono essere forniti nel termine massimo di trenta giorni. In caso di mancato rispetto del termine previsto, l'UTP ne fa segnalazione alla Direzione generale competente in materia di sanità che interviene nel rispetto delle proprie competenze"*

Funzioni dell'Ufficio di Pubblica Tutela

Alla luce dell'illustrata normativa di riferimento e delle Linee Guida del 2009 (che andrebbero aggiornate, ma che ovviamente sono ancora in vigore) si possono indicare le seguenti funzioni caratterizzanti questo Ufficio.

L'UPT è un ufficio autonomo ed indipendente, che deve *ex lege* essere istituito in tutte le Aziende ed Agenzie Sanitarie a tutela dei diritti delle persone che accedono ai servizi ed alle prestazioni sociali, sanitarie e sociosanitarie.

Il ruolo di imparzialità è altresì evidenziato dalla differente funzione dell'UPT rispetto all'URP: il primo è organo indipendente rispetto all'Azienda ospedaliera o sanitaria presso la quale opera, e quindi è titolato a chiedere un supplemento istruttorio, qualora l'interessato non sia ad esempio soddisfatto della risposta ricevuta dall'URP.

I principi contemplati dalle Linee Guida regionali, di cui alla *DGR 23 dicembre 2009, n. 8/10884* assegnano all'UPT un ruolo di concreta realizzazione dei diritti dei cittadini, e dei loro bisogni di salute per quanto attiene alle problematiche socio sanitarie. Sotto questo profilo, l'Ufficio assume un ruolo di garanzia dell'interesse generale e pubblico di imparzialità e buona efficienza dei servizi socio sanitari: la cura di questo interesse comporta di riflesso la tutela del cittadino richiedente.

L'Ufficio di Pubblica Tutela agisce al di fuori di ogni rapporto gerarchico con le strutture sanitarie e con l'unico obiettivo di fornire agli utenti un supporto nella tutela dei loro diritti.

L'UPT opera per affermare trasparenza e partecipazione, il miglioramento della qualità del servizio e dei rapporti tra cittadini e servizio sanitario, e il primato della persona.

Per utente non si intende la sola persona assistita, ma anche la sua famiglia e, nei casi previsti, l'UPT può attivarsi anche di propria iniziativa, sulla base di qualsiasi elemento informativo.

Le informazioni ed i dati acquisiti dall'UPT, in forma anonima e/o aggregata, garantiti il rispetto della privacy, il segreto d'ufficio e la libera scelta del cittadino, costituiscono un osservatorio utile a supporto della programmazione e dell'integrazione dei servizi.

Importante sottolineare come l'art. 23 bis, introdotto nel giugno 2019, nella Legge regionale 33/2009, oltre a ribadire le descritte funzioni di tutela, specifica anche le seguenti particolari prerogative dell'UPT:

- a) la funzione di prevenzione e/o risoluzione in via consensuale del contenzioso tra utenti ed Enti responsabili della gestione dei servizi sanitari e sociosanitari;
- b) la facoltà di libero accesso agli atti amministrativi necessari all'istruzione delle pratiche aperte dall'Ufficio su segnalazioni dei cittadini; con contestuale dovere, per quanto non sanzionato, a carico degli Uffici interpellati, di rispondere entro il termine massimo di 30 giorni alle richieste di informazione e di chiarimenti; con l'ulteriore possibilità per l'UPT di segnalare l'omissione alla Direzione generale dell'ATS o dell'ASST di riferimento.

Aspetti organizzativi

La ASST Nord Milano si è costituita il 1 gennaio 2016 in attuazione della Legge Regionale 11 agosto 2015, n. 23 *“Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo”* e comprende l'Ospedale Edoardo Bassini di Cinisello Balsamo, l'Ospedale Città di Sesto San Giovanni, la rete dei Poliambulatori di Milano e del Nord Milano.

Inoltre comprende gli Ex Distretti 6 e 7 ed in particolare: i Consultori Familiari, SeRD, ossia i servizi pubblici per le dipendenze patologiche, i NOA (I Nuclei Operativi Alcolologia, finalizzati all'assistenza alle persone con Disturbo da Uso di Alcol e alle loro famiglie) dei Comuni di Bresso, Cinisello Balsamo, Cologno Monzese, Cormano, Cusano Milanino, Sesto San Giovanni.

I sopra indicati Presidi Ospedalieri, Poliambulatori, e servizi territoriali fanno parte dell'ambito di competenza dell'Ufficio di Pubblica Tutela dell'ASST Nord Milano.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 402 del 25 luglio 2016, avente ad oggetto *“Nomina del Responsabile dell'Ufficio di Pubblica Tutela dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Nord di Milano”*, l'ASST Nord Milano, prendendo atto della prosecuzione dell'attività dell'UPT, nella persona del sottoscritto Responsabile, senza soluzione di continuità, mi confermava nell'incarico con decorrenza dal primo gennaio 2016, alle medesime condizioni già previste dalla deliberazione del Direttore Generale (dell'ex AO ICP) n.

481 del 27 agosto 2012, e conferiva all'Ufficio la nuova denominazione formale di "Ufficio di Pubblica Tutela dell'ASST Nord Milano".

A seguito del riassetto organizzativo dell'ASST Nord Milano, l'Ufficio è stato trasferito, a far tempo dal mese di febbraio 2017, presso il Presidio Ospedaliero di Sesto San Giovanni (padiglione 4, primo piano), dove ha sede tuttora.

Il nuovo indirizzo di posta elettronica dell'Ufficio di Pubblica Tutela è il seguente:

luigi.lia@asst-nordmilano.it

Allo stato attuale la sede dell'Ufficio è sprovvista di una linea telefonica.

L'Ufficio continua a non disporre di alcun Collaboratore fisso, ed è integrato unicamente dalla figura del Responsabile, per il quale la delibera di nomina del Direttore Generale del 27 agosto 2012 numero 481 prevede un obbligo di presenza di mezza giornata alla settimana.

Anche nel corso del 2020, a conferma di quanto concordato con riferimento all'anno precedente, il giorno di presenza e ricevimento del pubblico è il martedì pomeriggio.

Evidenzio in ogni caso che l'Ufficio non è operativo solo nella mezza giornata di presenza presso la sede, perché di fatto il lavoro di studio e approfondimento delle segnalazioni si svolge soprattutto anche al di fuori del periodo di presenza, visto che tramite il mio pc ho possibilità di accedere al mio indirizzo di posta elettronica aziendale e verificare anche nel corso della settimana lo stato dell'arte delle segnalazioni, e inviare ai cittadini o alle associazioni le informazioni richieste, o eventualmente inoltrare agli uffici competenti le segnalazioni ricevute per ottenere i chiarimenti del caso. Questa modalità operativa mi ha peraltro consentito di mantenere attivo l'Ufficio anche nel periodo di lockdown conseguente all'emergenza pandemica Covid 19.

A far tempo dai primi mesi del 2017 sono entrato stabilmente a far parte del Coordinamento regionale dei Responsabili degli Uffici di Pubblica Tutela della Lombardia, attualmente diretto dal Dott. Luca Croci dell'ATS Insubria.

Le modalità di trattazione dei casi e loro tipologia

I casi segnalati e trattati dall'UPT nel corso del 2020 sono stati, come detto, complessivamente 20, ed hanno riguardato diversi aspetti del servizio sanitario dell'ASST Nord di Milano.

I casi sono stati segnalati non soltanto da cittadini direttamente interessati, ma anche da associazioni di tutela dei diritti delle persone malate croniche e non autosufficienti, che, come specificato nelle note introduttive della presente relazione, hanno progressivamente sviluppato e consolidato con l'Ufficio di Pubblica Tutela un rapporto costruttivo, anche, come detto, sotto il profilo di una maggiore richiesta di attività di formazione, informazione ed orientamento della cittadinanza.

Le richieste da parte degli utenti nel corso del 2020 sono pervenute sempre via mail: segno della visibilità dell'UPT quanto meno a livello on line, grazie alla pubblicazione dell'indirizzo di posta elettronica, nonché delle altre informazioni peculiari del servizio, sul sito web dell'ASST Nord Milano.

Questo è un dato positivo perché facilita l'accesso dell'utente all'Ufficio e snellisce le procedure di comunicazione sia tra il sottoscritto e l'utente, sia tra il sottoscritto ed i responsabili degli Uffici competenti in ordine alla segnalazione ricevuta.

Sulle questioni di metodo ribadisco alcuni criteri che hanno orientato da sempre la mia attività.

Vi sono casi, situazioni, che possono essere efficacemente trattati direttamente con la persona o la associazione che li ha segnalati: in tali evenienze possono essere utili i chiarimenti e le informazioni, via mail, e qualche volta telefoniche, con l'interessato, o i colloqui, previo appuntamento presso la sede dell'Ufficio.

Altre segnalazioni necessitano invece di essere destinate, per il tramite dell'UPT, all'organo o ufficio competente dell'ASST Nord di Milano, per una istruttoria e un approfondimento del caso. Lo scopo è quello di consentire ai Responsabili dei servizi di fornire le loro spiegazioni rispetto a quanto segnalato, di modo che l'UPT possa avere una visione in contraddittorio e complessiva della vicenda.

Nell'indirizzare la richiesta del cittadino agli organi ed uffici interessati dell'ASST Nord Milano, l'obiettivo dell'UPT deve essere quello di conseguire una prima verifica di

quanto segnalato, affinché vengano attivati i necessari e/o opportuni approfondimenti di fatto, e, se del caso di diritto.

Questioni trattate

Le segnalazioni pervenute nel corso del 2020, a parte quelle più semplici che si sono risolte in brevi chiarimenti, e che hanno richiesto un maggior lavoro di approfondimento, per fornire ai cittadini o alle associazioni richiedenti le informazioni richieste, possono essere comprese nell'ambito dei seguenti argomenti evidenziati in grassetto.

Mancato recapito tessera sanitaria a seguito di cambio di residenza

Questo problema è stato evidenziato dalla segnalazione di una persona trasferitasi da Rapallo a Sesto San Giovanni.

Ho informato l'interessata via mail che, per il recapito della tessera sanitaria, la competenza era dell'ATS di Milano (ente non rientrante nel mio ambito di competenza), fermo restando che il disagio forse poteva anche dipendere da un mancato coordinamento, a livello di tempestività di comunicazione, tra uffici anagrafici comunali (ove la persona aveva trasferito la residenza, ossia Sesto San Giovanni) e ATS.

Ho consigliato la persona interessata di inoltrare la sua segnalazione all'URP presso ATS Milano (visto che al momento della segnalazione, ossia ad aprile, non risultava nominato un Responsabile dell'Ufficio di Pubblica Tutela) e al Difensore civico regionale, vista anche l'inclusione del Comune di Sesto San Giovanni nella procedura.

Ritengo che il problema si sia risolto, perché la persona interessata, dopo essersi rivolta agli indirizzi indicati, non mi ha più contattato (naturalmente mi ero reso disponibile ad ulteriori interventi o chiarimenti qualora il disagio non fosse stato risolto).

Tessera sanitaria scaduta: che fare?

Il caso: la persona interessata segnala all'UPT che la sua tessera sanitaria è scaduta, lamentando il fatto di non aver ricevuto quella nuova, in quanto, come personale aeronavigante, alla ATS di Milano non risultava che avesse un medico di base assegnato. La mail di segnalazione si conclude con una richiesta di informazioni.

Ho informato la Signora che avrebbe dovuto rivolgersi alla ATS competente (Milano) per procedere alla richiesta di rinnovo della tessera sanitaria, definendo anche la questione dell'assegnazione del medico di base.

In questi casi, infatti, l'ATS dovrebbe rilasciare provvisoriamente un certificato sostitutivo da utilizzare fino al recapito della tessera sanitaria, presso l'indirizzo di residenza della persona interessata.

Lamentato ritardo nella comunicazione dell'esito del tampone

Il caso: la persona interessata era stata segnalata dal medico curante come caso sospetto Covid 19 (mese di marzo). Concluso il periodo di quarantena, la persona esegue tampone naso faringeo (2 maggio) presso il Poliambulatorio ASST Nord Milano di Via Capuana, al fine di poter rientrare al lavoro (nel caso specifico l'interessata svolge peraltro attività essenziale nell'ambito della pubblica amministrazione). L'ATS Milano indica come data di esito del tampone il 4 o il 5 maggio. Al 15 maggio, l'interessata, dopo aver contattato telefonicamente e sollecitato medico di base e uffici ATS, non riceve riscontri e invia mail all'Ufficio di Pubblica Tutela di cui sono responsabile.

Invio la segnalazione alla Direzione del Punto Prelievi del Poliambulatorio di Via Capuana e all'URP dell'ASST Nord Milano, sollecitando la soluzione del problema.

Questo intervento ha avuto un esito positivo grazie anche all'intervento della Responsabile URP Poliambulatori dell'ASST Nord Milano e all'URP dell'ATS Milano: infatti, il 23 maggio, la persona interessata mi comunica via mail di aver ricevuto finalmente l'esito del tampone e di potere perciò rientrare finalmente al lavoro.

Lamentato ritardo nella vaccinazione antinfluenzale a domicilio di persona anziana non deambulante

Il caso è segnalato dal figlio di una Signora anziana malata di Alzheimer e non deambulante. In sostanza la persona era preoccupata perché era in attesa da tempo della vaccinazione antinfluenzale a domicilio, ma non aveva ricevuto ancora riscontri, data la carenza di vaccini.

Ricevuta la segnalazione, l'ho inoltrata all'URP e all' U.O.S. Comunicazione e relazioni con il pubblico dell'Azienda Socio Sanitaria Territoriale Nord Milano (visto che erano stati contestualmente destinatari della stessa), allo scopo di chiedere chiarimenti in merito a quanto in essa evidenziato, e di verificare la possibilità di risolvere il problema segnalato.

Ho ricevuto tempestivo riscontro dai predetti Uffici, i quali mi hanno comunicato che la richiesta era stata prontamente inviata al responsabile della rete territoriale, che, a sua volta, aveva riferito che l'ASST Nord Milano stava attendendo l'approvvigionamento del vaccino, assicurandone comunque l'erogazione. Il figlio della paziente era stato contattato ed informato della risposta fornita.

Il figlio stesso tramite mail mi confermava che il problema era stato finalmente risolto.

Segnalazione di scarico dei tubi dall'obitorio dell'Ospedale di Sesto San Giovanni

Il caso in questione è stato istruito grazie a documentazione fotografica fornita dalla persona interessata e da una approfondita conversazione telefonica con la stessa.

Sulla base degli elementi acquisiti, ho inviato una richiesta di chiarimenti e di soluzione del problema alla Direzione generale ASST Nord Milano, nonché al Servizio Qualità Accreditamento e Risk Management, e all'URP del Presidio Ospedaliero di Sesto San Giovanni.

Infatti, il problema, ossia il grave disagio patito dalla persona interessata consiste in ciò: ella abita al secondo piano della palazzina situata proprio di fronte all'ingresso dell'obitorio dell'Ospedale di Sesto San Giovanni, in Via Magenta 88, e subisce da diverso tempo gli scarichi provenienti dai tubi situati sul tetto dell'obitorio.

Dalle foto allegate (inoltrate all'attenzione dell'Ufficio di Pubblica Tutela), si evince che i tubi dell'obitorio sono rivolti proprio verso le finestre dell'abitazione della Signora, la quale pertanto segnala di sentire, oltre ad un forte rumore, anche forti odori, che Le provocano disturbi respiratori.

La persona interessata ha riferito altresì che circa tre mesi fa erano stati realizzati degli interventi di coibentazione dei tubi e di diverso posizionamento degli stessi, e che, a seguito dei predetti interventi, la situazione era migliorata. Successivamente però i tubi sono stati riposizionati verso la sua abitazione e i problemi (forti rumori e odori) sono ricominciati.

Sulla base di quanto segnalato, e documentato dalle foto allegate (circa il posizionamento dei tubi), ho chiesto pertanto chiarimenti in merito, per comprendere se erano state poste in essere dai competenti Organi e/o Uffici dell'ASST Nord Milano delle verifiche anche recenti in relazione alla qualità di questi impianti e se risultano fattibili soluzioni tecniche per risolvere il problema segnalato.

Questo tipo di intervento trova fondamento nell'art. 35 della Legge Regionale della Lombardia n. 9 del 6 giugno 2019, a norma del quale l'Ufficio di Pubblica Tutela segnala all'ente di appartenenza situazioni da verificare, in termini di eventuali disfunzioni nell'erogazione dei servizi e delle prestazioni, allo scopo di evitare, ove possibile, l'insorgere di contenziosi e di risolvere in via consensuale le questioni sollevate dagli utenti.

A tal fine è importante che i chiarimenti richiesti siano contestualmente forniti, oltre che al Responsabile UPT, anche alla persona interessata, che ha inviato la segnalazione in oggetto

A questa mia richiesta ha fatto riscontro una comunicazione via mail dell'URP rivolta direttamente alla Signora che lamenta il disagio, e per conoscenza all'UPT, nella quale è stato significato che, a seguito della segnalazione, sono stati incaricati gli uffici specifici ad effettuare le opportune verifiche.

Ad oggi non vi sono state ulteriori segnalazioni

Tardivo rimborso di prestazione odontoiatrica mai ricevuta dalla paziente

Il caso: la persona interessata si rivolge all'Ufficio di Pubblica Tutela, tramite mail, per sollecitare la definizione del procedimento relativo al rimborso di prestazioni da Lei pagate e mai ricevute presso l'Ambulatorio odontoiatrico di Via Farini della ASST Nord Milano, per un importo di euro 641.

Occorre precisare che il Centro Odontoiatrico in parola non è direttamente gestito da ASST Nord Milano, ma da una società privata, in regime di convenzione con l'Azienda Pubblica, ossia la società ODOS service SRL.

Detto rimborso è atteso da novembre 2019 (in pratica da 8 mesi, visto che la segnalazione perviene alla mia attenzione nel giugno 2020).

Prima di rivolgersi all'UPT, la persona interessata si era rivolta anche all'URP Poliambulatori, ma, nonostante l'intervento dell'Ufficio di relazioni con il pubblico, non era ancora riuscita ad ottenere quanto dovuto, e non riusciva più ad avere riscontri nel merito della sua richiesta legittima, né da parte della società privata di gestione del centro odontoiatrico, né da parte di ASST Nord Milano, chiamata comunque a vigilare sul corretto esercizio del servizio da parte del soggetto gestore.

Pertanto al problema del mancato riscontro di un rimborso dovuto, di una somma di denaro spesa dalla paziente senza ricevere la relativa prestazione, si aggiungeva l'ulteriore criticità di una mancanza di informazioni e di chiarimenti quanto meno sui tempi, sia pur colpevolmente tardivi, del rimborso.

Nella mia comunicazione rivolta alla Direzione Amministrativa, alla Direzione Poliambulatori di ASST Nord, nonché all'URP, ho evidenziato, oltre alla menzionata anomalia di una ingiustificata lunga attesa, che la documentazione allegata dalla persona interessata dimostrava inequivocabilmente che il diritto al rimborso risultava certo e determinato nel suo ammontare, perciò immediatamente esigibile. Pertanto, in questo caso, mi è parso corretto e doveroso richiedere alle Direzioni interpellate non solo che fossero forniti alla persona interessata i chiarimenti necessari, ma che fosse anche garantita la soluzione concreta del problema, ossia il ristoro di quanto dovuto alla paziente.

Il caso ha così avuto un esito positivo, nel senso che finalmente nel mese di luglio la Odos srl, ha provveduto al rimborso in parola.

Un problema simile mi era stato segnalato nel maggio 2020 dalla figlia di una signora anziana, la quale aveva pagato in anticipo delle prestazioni odontoiatriche poi non portate a termine, presso il Poliambulatorio di Via Farini. In questo caso la persona interessata mi aveva informato, dopo che le avevo dato la disponibilità come Responsabile UPT di farmi parte attiva per sollecitare gli adempimenti dovuti, di essere riuscita comunque ad avere dei chiarimenti dall'URP e che pertanto la questione si stava avviando a soluzione.

Segnalazione di paziente ricusato dal proprio medico di base: che fare?

Per fornire alla persona interessata informazioni utili rispetto al problema segnalato, ho elaborato una risposta scritta via mail nei termini seguenti, che riporto nella presente Relazione annuale. L'auspicio è che tali chiarimenti possano servire anche ad altri utenti del servizio sanitario nazionale, che dovessero trovarsi in situazioni analoghe.

Dalla la normativa di riferimento in materia, si possono evincere i seguenti aspetti salienti: a) la procedura, che deve essere seguita dal medico di base che intenda ricusare il proprio paziente; b) i limiti entro i quali la ricusazione può essere esercitata; c) il termine dal quale la ricusazione produce i propri effetti.

Questi aspetti sono disciplinati in particolare dai commi 3,4 e 5, dell'art. 27 dell'Accordo collettivo nazionale dei medici di medicina generale

“3. Il medico che non intenda prestare la propria opera in favore di un assistito può in ogni tempo ricusare la scelta dandone comunicazione alla competente Azienda. Tale revoca deve essere motivata da eccezionali e accertati motivi di incompatibilità ai sensi dell'art. 8, comma 1, lettera b) del D.L.vo n. 502/92 e successive modificazioni. Tra i motivi della ricusazione assume particolare importanza la turbativa del rapporto di fiducia. Agli effetti assistenziali la ricusazione decorre dal 16° giorno successivo alla sua comunicazione.

4. Non è consentita la ricusazione quando nel Comune non sia operante altro medico, salvo che ricorrano eccezionali motivi di incompatibilità da accertarsi da parte del Comitato di Azienda di cui all'art. 11.

5. I medici che abbiano esercitato il diritto di autolimitazione del massimale non possono avvalersi dello strumento di riacquiescenza per mantenersi al di sotto del limite della autolimitazione medesima.”

La persona interessata, che era stata riacquiescenzata dal medico di base, senza che gli fossero state fornite queste ulteriori informazioni, si è sentita riacquiescenzata innanzitutto per il fatto di aver compreso, che, in base alla summenzionata normativa, non avrebbe corso il rischio di restare improvvisamente, dall'oggi al domani, senza la copertura del relativo servizio e che quindi aveva tempo per chiedere l'assegnazione di un nuovo medico, visto che in ogni caso egli stesso come paziente non nutriva evidentemente più fiducia nel suo precedente medico di base.

Pertanto, all'esito di questi chiarimenti normativi, che ho fornito come Responsabile dell'Ufficio di Pubblica Tutela, la persona interessata mi ha informato di aver ottenuto l'assegnazione di un nuovo medico di base.

Norme di riferimento in materia di incontri con il pubblico da parte dell'Assemblea distrettuale dei Sindaci

Una Signora, volontaria di un Associazione, ha scritto all'UPT per sapere se le persone, residenti nell'ambito distrettuale dell'ASST Nord Milano, possono chiedere la convocazione dell'assemblea annuale prevista dall'articolo 10 del Regolamento regionale di cui alla DGR del 2 agosto 2016. In particolare è stato chiesto se i cittadini devono attendere che sia direttamente l'Assemblea distrettuale dei Sindaci a convocare l'incontro, o se possono promuoverlo (e come), i cittadini stessi, singoli o associati, dato che negli anni di vigenza della norma richiamata non risulta sia stata mai convocata alcuna assemblea pubblica

Alla questione ho dato la seguente risposta, che credo sia utile riportare nella presente Relazione annuale.

L'art. 10 del regolamento citato prevede certamente che è compito dell'Assemblea distrettuale dei sindaci promuovere almeno una volta all'anno un'assemblea pubblica con il coinvolgimento delle associazioni.

Tuttavia in caso di mancata convocazione, a mio parere, le Associazioni del territorio possono scrivere una lettera all'Assemblea distrettuale dei Sindaci (indirizzata all'attenzione del Presidente dell'Assemblea) per sollecitare tale convocazione,

richiamandosi a quanto previsto dall'art. 10 del Regolamento di funzionamento, ed in caso di ulteriore inadempimento, chiedere l'intervento del Difensore civico regionale, al fine di sollecitare la convocazione dell'assemblea pubblica.

Diritto alle cure estensive della persona malata cronica non autosufficiente

Propongo anche nella presente Relazione annuale l'approfondimento di questo tema, perché è spesso collegato al tema più generale delle dimissioni protette, e al principio della continuità diagnostica e terapeutica.

Si tratta di questioni che anche quest'anno sono pervenute all'attenzione di questo Ufficio di Pubblica Tutela, non nella forma di richieste di intervento per risolvere casi specifici riguardanti l'ambito amministrativo della ASST Nord Milano, ma nella forma di richiesta di informazioni di carattere generale da parte di singole persone, o di Associazioni. Ritengo pertanto che su tale delicata questione sia opportuno ribadire quanto affermato e stabilito da una importante e recente sentenza del Consiglio di Stato (numero 1858 del 2019), che sul punto ha sottolineato i seguenti aspetti significativi.

In primo luogo, il Consiglio di Stato ha confermato il principio della continuità terapeutica di competenza del Servizio sanitario nazionale per i malati/persone con disabilità non autosufficienti (tema questo che verrà ripreso nell'apposito capitolo sulle Dimissioni protette) precisando che nel nostro sistema giuridico non è ammissibile un concetto di "sanità a tempo" (cioè con data di "scadenza" prefissata).

Più nello specifico, secondo la sentenza in commento, la previsione di un limite temporale di durata del trattamento riabilitativo estensivo nei confronti di persone non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, fissata in 60 giorni dall'art. 34, comma 2, lettera b, del DPCM del 12 gennaio 2017 sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), e legata evidentemente alle condizioni di appropriatezza del trattamento, non va interpretata ed applicata in modo cogente, ossia come termine perentorio, dovendo, dunque, escludersi ogni paventato automatismo nella definizione della durata del trattamento.

Pertanto non può essere predeterminata temporalmente la durata massima di questi trattamenti, in quanto ogni valutazione dovrà essere fatta sul singolo caso concreto, sulla

scorta delle effettive condizioni dell'assistito e sulla scorta di una specifica valutazione multidimensionale (UVM; vedasi apposito capitolo).

Pertanto, secondo il Consiglio di Stato, nei casi in cui permangano le esigenze di un trattamento estensivo di riabilitazione di persone non autosufficienti, gli oneri resteranno, dunque, a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

Inoltre, la permanenza del paziente malato cronico non autosufficiente nelle fasi a diversa intensità (intensiva, estensiva, cosiddetta lungo assistenza che meglio sarebbe chiamare di «continuità terapeutica») non può essere ancorato a previsioni rigide, che, per effetto del maturare delle previste scadenze temporali, modifichino, in via automatica, il livello di intensità assistenziale in atto, senza ammettere, cioè, in ragione degli specifici bisogni del paziente, valutati in concreto, deroghe o eccezioni al protocollo terapeutico standard.

Non può, infatti, escludersi che le aspettative su cui si fondano le previsioni temporali in argomento possano risultare, poi, in concreto disattese da un decorso delle sollecitazioni del paziente alle cure diverso da quello programmato.

In siffatte evenienze, appare illogico, oltre che non consentito, immaginare una brusca interruzione o modifica delle specifiche necessità assistenziali, ben potendo in astratto esigersi, anche nel lungo periodo, prestazioni sinergiche, sanitarie e di protezione sociale, per garantire il dovuto trattamento di cura e riabilitativo.

La sentenza, inoltre, nell'osservanza delle medesime argomentazioni sopra illustrate, annulla in toto quanto stabilito dal DPCM del 12 gennaio 2017 sui LEA per ciò che riguarda il termine di scadenza delle prestazioni sanitarie semi-residenziali e residenziali per «le persone con disturbi mentali» (articolo 33, comma 2 lettere a) e b) che prevedono trattamenti della «durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi» se «a carattere intensivo», e «di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi» se «a carattere estensivo») e a quelle per le persone con dipendenze patologiche, abuso di sostanze, ludopatia, ecc.

UVM, Unità di Valutazione Multidimensionale e Progetto Individuale

L'approfondimento di questo argomento (che negli scorsi anni avevo trattato anche nell'ambito di incontri di informazione rivolti alla cittadinanza), mi è stato richiesto da una persona, che, contattandomi, via mail mi ha posto una serie di quesiti relativamente all'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM).

Data l'importanza dell'argomento sottolineo i seguenti aspetti salienti.

L'UVM è un istituto, previsto dall'ordinamento sanitario e socio sanitario nazionale, facente parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e quindi degli strumenti di tutela dei diritti fondamentali dei cittadini utenti dei servizi, purtroppo ancora poco conosciuto non solo dai cittadini comuni, ma anche dagli organi istituzionali, ed ancora troppo poco utilizzato e talvolta utilizzato in modo non corretto. Preciso che la suddetta constatazione vale come considerazione di carattere generale e non come appunto critico specifico rivolto all'ASST Nord Milano.

Per queste ragioni è importante conoscere l'UVM e divulgarne la conoscenza, anche nell'esercizio delle funzioni dell'Ufficio di Pubblica Tutela.

Si tratta, infatti, di uno strumento indispensabile, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati, finalizzato a garantire la presa in carico globale delle persone, con particolare riguardo ai casi di fragilità, come quelli delle persone non autosufficienti con gravi patologie croniche invalidanti, ossia casi particolarmente complessi che richiedono una valutazione su più piani.

L'UVM è richiamata altresì dal Protocollo sulle dimissioni protette sottoscritto dall'ASST Nord Milano come *“elemento centrale nella rete dei servizi”*, il cui scopo principale è quello di garantire l'integrazione tra servizi sanitari, socio sanitari e socio assistenziali presenti sul territorio, al fine di assicurare ai pazienti e ai loro familiari il trattamento assistenziale più adeguato ai bisogni della persona.

L'articolo 21, comma 2, del DPCM sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) del gennaio 2017 prevede espressamente che: *“Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale”*

Obiettivo dell'UVM è quello di migliorare, o comunque garantire il più possibile, lo stato di salute e la qualità della vita del paziente e dei suoi familiari (in particolare dei congiunti che se ne fanno carico), attraverso la predisposizione di un progetto personalizzato, condiviso da tutti i componenti dell'equipe multidisciplinare di professionisti socio sanitari di diversa provenienza, che, previa valutazione dei diversi aspetti sanitari, familiari, sociali ed economici, definisca i bisogni globali della persona e le risposte e gli interventi più adeguati, anche sotto il profilo dell'individuazione delle strutture più adeguate, nell'ambito della rete dei servizi territoriali.

Se l'UVM non viene attivata d'ufficio dal presidio ospedaliero o sanitario di ricovero, è opportuno che venga esplicitamente richiesta dai familiari del paziente, se del caso anche congiuntamente con le Associazioni che intendono supportare tale richiesta.

Questo passaggio è decisivo, poiché ho constatato che la mancata o la non tempestiva attivazione dell'UVM (che spesso non viene promossa direttamente dai Responsabili della struttura di ricovero del paziente fragile) è causa di contenziosi tra familiari e strutture sanitarie, che tendono poi a non trovare delle corrette soluzioni sotto il profilo della garanzia della continuità di cure al paziente.

Naturalmente è altresì importante che, una volta attivata, l'UVM (se del caso richiesta esplicitamente dai familiari, o dall'Amministratore di sostegno del paziente) venga realizzata bene, ossia non in modo affrettato o superficiale. Ad esempio, è consigliabile chiedere la presenza nell'ambito dell'equipe multidisciplinare del medico di base, o di uno specialista, che magari da tempo ha seguito il paziente e l'iter della sua malattia. Questo perché una UVM fatta ad hoc, integrata da tutte le conoscenze necessarie e specifiche, è funzionale a stabilire e a definire un progetto assistenziale individualizzato (PAI), che consente di definire puntualmente i bisogni del paziente ai fini della sua presa in carico e della garanzia della continuità delle cure di cui ha bisogno.

Sotto questo profilo, una UVM può anche essere costruttivamente contestata, qualora non sia realizzata con le dovute garanzie appena rammentate, e perciò rifatta o riesaminata.

In ogni caso l'UVM può essere richiesta anche una seconda volta, o aggiornata, anche a prescindere dall'emergenza di una prospettata dimissione ospedaliera (per esempio anche

qualora il paziente sia già ricoverato presso una struttura residenziale di lungo degenza, RSA o RSD), proprio al fine di definire in modo puntuale i bisogni della persona malata e le cure di cui necessita.

Il comma 3 dell'articolo 21 del DPCM sui LEA del gennaio 2017 ci aiuta a comprendere quanto appena detto ed il nesso tra UVM e PAI; la norma stabilisce infatti che: *“Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia”*

Sulla base del PAI, i soggetti istituzionali competenti (ATS, ASST, Comune) dovranno supportare il paziente e i familiari nella ricerca di una struttura, accreditata presso il servizio sanitario regionale, idonea a garantire le prestazioni previste nel progetto di assistenza individuale (riabilitazione o lungo degenza), ovvero, là dove possibile, la rete dei servizi sanitari e socio sanitari del territorio dovrà attivare l'assistenza domiciliare.

Dimissioni protette

Anche quest'anno questo argomento è stato oggetto di segnalazioni, e di richieste di informazioni, per quanto come Responsabile UPT non ho dovuto promuovere specifici interventi su casi riguardanti il plesso amministrativo afferente all'ASST Nord Milano.

Ripropongo la trattazione del tema anche nella presente relazione annuale, nell'auspicio che se ne possano trarre indicazioni utili per risolvere criticità e prevenire contenziosi.

A tale riguardo la riflessione può partire dal seguente concetto: le dimissioni protette da ospedali e strutture sanitarie di persone disabili e anziani malati cronici, nel rispetto delle normative vigenti, obbligano le Istituzioni sanitarie e sociali ad avviare un percorso integrato per definire il progetto di continuità di cura e assistenza, condiviso con la persona e/o la sua famiglia.

In Lombardia, il nuovo assetto organizzativo delle ASST, declinato nella Legge Regionale 23 del 2015, e nei successivi atti attuativi, dovrebbe comportare una modifica nell'approccio con cui le aziende Socio Sanitarie affrontano organizzativamente il tema della cronicità e della presa in carico: in particolare l'appartenenza ad un'unica organizzazione della parte ospedaliera e di quella territoriale dovrebbe facilitare i processi

di comunicazione interni e consentire di mettere al centro i bisogni dei pazienti e delle loro famiglie.

Più precisamente: il criterio prevalente deve, o dovrebbe essere, la presa in carico del paziente evitando il più possibile la frammentazione dei processi, supportando la continuità delle cure in particolare nei confronti della cronicità/fragilità.

Tuttavia, molto spesso, le Associazioni, che si occupano di queste tematiche ricevono segnalazioni da parte di cittadini in gravi difficoltà, quando il proprio parente viene dichiarato dimissibile dai Responsabili della struttura ospedaliera, senza tuttavia ricevere ulteriori indicazioni in merito alla garanzia della continuità assistenziale, e provocando così in alcune situazioni un senso di disagio e di “abbandono”.

Più nello specifico: risolta la fase acuta della patologia della persona ricoverata, viene prospettato ai familiari del paziente malato cronico non autosufficiente l'obbligo di assumere tutte le iniziative dirette ad assicurare all'infermo la continuità delle evidenti ed indifferibili esigenze sanitarie e socio-sanitarie.

Tuttavia non deve (non dovrebbe) essere così: infatti, sulla base delle normative vigenti, spetta in primo luogo al Servizio sanitario il compito di assicurare le cure (e la continuità delle stesse anche al di fuori dell'ambito ospedaliero), assumendo anche le relative responsabilità sanitarie, amministrative ed economiche.

Purtroppo, la presa in carico di soggetti fragili, e la integrazione fra servizi sanitari e sociali, e tra ospedale e territorio, costituisce ancora ad oggi uno degli aspetti di maggiore criticità del Servizio sanitario, ed in generale del sistema di welfare, previsto e progettato dalla nostra Costituzione e dalla Legge 833 del 1978, e soltanto in parte attuato.

Preliminarmente, unitamente alla evidenziazione degli aspetti critici, è doveroso rammentare un aspetto certamente positivo: ossia che l'ASST Nord, nella persona dell'allora Direttore Socio Sanitario, Dott.ssa Moser, ed anche grazie al lavoro di sensibilizzazione svolto dalle Associazioni del territorio, che fanno riferimento al Gruppo Accoglienza Disabili di Cinisello, ha sottoscritto, già a far tempo dalla data del 10 febbraio 2017, con l'Assessore alle Politiche Sociali del Comune di Sesto San Giovanni e con il Presidente dell'Assemblea dei Sindaci dell'Ambito di Cinisello Balsamo, apposito Protocollo sulle dimissioni protette, che inizia con le seguenti

significative parole: *“La dimissione protetta rappresenta da anni un modello di percorso integrato tra ospedale e territorio che garantisce la presa in carico e la continuità assistenziale per un paziente temporaneamente o stabilmente in condizioni di fragilità”*.

Nell’ambito di questa riflessione occorre rammentare che, anche nei principi della Legge Regionale n. 23 del 2015 *“Evoluzione del sistema socio-sanitario lombardo”* è indicata l’importanza *“della continuità terapeutica e assistenziale, attraverso l’implementazione della rete sanitaria e socio-sanitaria ospedaliera e territoriale e l’integrazione con le politiche sociali di competenza delle autonomie locali”*.

Secondo il Protocollo sulle dimissioni protette adottato dall’ASST Nord Milano *“La valutazione del bisogno e la presa in carico del paziente avverrà in modo congiunto fra i seguenti attori, secondo le diverse situazioni e necessità: ASST Nord Milano Polo Ospedaliero, ASST Nord Milano Presidio Territoriale, con le sue articolazioni (Fragilità, Poliambulatori, Protesica); Comuni di riferimento nelle loro articolazioni di intervento sociale; Medici di Medicina Generale e Pediatri di famiglia; Erogatori accreditati Terzo/Quarto Settore”*

Il procedimento delle dimissioni protette, così come previsto all’interno del richiamato protocollo, deve essere correttamente applicato, anche ed in primo luogo, alla luce delle fonti normative nazionali di riferimento e di alcuni principi fondamentali in materia di diritto sanitario.

A tale riguardo bisogna innanzitutto considerare che il Servizio sanitario nazionale è obbligato, in base all’art 32 della Costituzione italiana e all’art. 2 della legge 833 del 1978, a curare tutte le persone malate, senza limiti di durata, siano esse colpite da patologie acute o croniche, guaribili o inguaribili, autosufficienti o non autosufficienti.

Nel rispetto di questi principi fondamentali, i Responsabili delle strutture ospedaliere non possono prospettare ai familiari del paziente malato cronico non autosufficiente l’obbligo di assumere tutte le iniziative dirette ad assicurare alla persona non autosufficiente la continuità delle evidenti ed indifferibili esigenze sanitarie e socio-sanitarie.

Per fare in modo che i pazienti non autosufficienti continuino a beneficiare di prestazioni sanitarie adeguate anche a seguito delle dimissioni ospedaliere, è importante, e direi decisivo, attivare come detto e illustrato nell’apposito precedente capitolo della

presente Relazione, l'istituto dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM), previsto in particolare dall'art. 21 del DPCM 12 gennaio 2017, sui LEA, recante in particolare *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*.

Per proseguire nel discorso, è bene sottolineare che, in seguito a questo fondamentale passaggio (UVM), sarà possibile definire un ulteriore aspetto: ossia l'entità della quota di copertura dei costi a carico del Servizio Sanitario nazionale e regionale, sulla base di quanto previsto dai DPCM nazionali sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza). Le Regioni possono aumentare la percentuale a carico del Servizio sanitario, ma non possono ridurla.

In caso ad esempio di ricovero di una persona non autosufficiente presso un Istituto di riabilitazione i costi sono a totale carico del Servizio Sanitario (sui tempi di durata di questi ricoveri, rimando alla lettura del precedente capitolo dedicato all'approfondimento di questo argomento, e alle indicazioni emergenti dalla sentenza del Consiglio di Stato numero 1858 del 2019).

Nel caso in cui le persone non autosufficienti siano affette da malattie gravi, che richiedono prestazioni ad elevata integrazione sanitaria, il costo della degenza deve essere a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, quale che sia la struttura di ricovero, come previsto dall'art. 3, comma 3, del DPCM 14 febbraio 2001, Atto di indirizzo in ambito socio sanitario, attuativo delle previsioni dei Decreti legislativi 502 del 1992 e 229 del 1999, e norma facente parte anch'essa dei Livelli Essenziali di Assistenza, ossia della tutela dei diritti fondamentali che devono essere garantiti in modo omogeneo sul territorio nazionale, ai sensi dell'art. 117, lettera m, della Costituzione.

Tuttavia, in quest'ultimo caso, molto difficilmente il Servizio sanitario regionale riconosce spontaneamente l'applicazione di questo principio se non con riferimento ad alcune categorie di pazienti predefinite (ad esempio, malati di SLA, persone in stato vegetativo, malati terminali).

Se una persona malata non rientra nelle suddette categorie, per ottenere il riconoscimento del totale addebito delle spese di degenza a carico del SSN (là dove

necessiti di prestazioni ad elevata integrazione sanitaria) deve avviare apposite cause giurisdizionali.

E' bene sottolineare che il problema ha una rilevanza nazionale e non solo regionale (ossia non riguarda soltanto la Lombardia). Ad oggi la giurisprudenza ha riconosciuto l'applicazione di questo principio con riferimento a pazienti che oltre ad essere colpiti dal morbo di Alzheimer, presentavano patologie ulteriori, tali da richiedere un impegno assistenziale di carattere prevalentemente sanitario.

Al di fuori dei casi di prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, il Fondo sanitario interviene a coprire una parte dei costi di ricovero, pertanto la persona interessata dovrà pagare una retta (sui costi delle rette, si rimanda alla lettura del prossimo capitolo).

Pertanto, nell'ambito di una dimissione protetta da un Presidio Ospedaliero di una persona non autosufficiente, non curabile a domicilio, per la quale venga prospettato il ricovero presso una RSA è fondamentale garantire, da parte dei soggetti istituzionali coinvolti nel relativo procedimento, che:

- a) la RSA, indicata per la presa in carico del paziente, a seguito di apposita valutazione multidimensionale dei bisogni della persona, sia struttura accreditata presso il Servizio Sanitario;
- b) la RSA sia idonea, sotto il profilo dei requisiti organizzativi e di qualità delle prestazioni di cura, a garantire l'erogazione delle prestazioni previste nel Progetto Assistenziale Individualizzato, e che sia dislocata il meno lontano possibile dalla residenza del paziente o del suo nucleo familiare di riferimento;
- c) l'ATS territorialmente competente corrisponda alla RSA una quota, a carico del Fondo sanitario nazionale (su questo punto si vedano gli approfondimenti del prossimo capitolo)

Rette di ricovero presso RSA e RSD

Questo argomento merita apposita e separata riflessione, perché sovente arrivano segnalazioni relative alla difficoltà economica per la persona gravemente malata, e non autosufficiente, bisognosa di lunga assistenza presso una struttura residenziale, a

sostenere (anche con il supporto della eventuale componente aggiuntiva di coniuge e figli) gli elevati costi delle rette applicati da molte RSA e RSD accreditate con il Servizio sanitario regionale

Per cercare di fare chiarezza su un argomento complesso, che presenta indubbiamente delle criticità occorre fare alcune precisazioni

In primo luogo, occorre precisare che il Sistema Sanitario Regionale della Lombardia adotta dal 2003 criteri di rimborso della quota sanitaria, che sono stati definiti da una serie di Delibere di Giunta Regionale (DGR 12618 e 12904 del 2003, n. 937 del 2010, n. 3676 del 2015 e 12260 del 2003). In base a questi provvedimenti, il Servizio Sanitario Regionale paga quote fisse per i ricoveri di pazienti sia in RSD (Residenze Sanitarie per Disabili) che in RSA; quote fisse che sono proporzionate ad un minutaggio assistenziale giornaliero predeterminato, che si presume essere necessario, in relazione alla categoria più o meno alta di gravità, cui appartiene il singolo paziente.

Questo sistema di remunerazione della quota sanitaria, adottato dalla Regione Lombardia, è differente rispetto al sistema di remunerazione previsto dal DPCM nazionale sui LEA del 12 gennaio 2017 (articoli 30 e 34), che si basa sul diverso criterio dell'attribuzione al Servizio sanitario del 50% della tariffa giornaliera pro capite applicata dalla RSA al singolo ricovero (in RSD la quota percentuale a carico del Servizio sanitario è del 70%).

Alla luce di quanto illustrato, l'inserimento di un assistito presso una RSA accreditata in un posto letto a contratto determina automaticamente la corresponsione diretta alla struttura, per il tramite dell'ATS lombarda territorialmente competente, del suddetto contributo sanitario regionale.

Ciò detto, occorre considerare che, sul piano pratico, a complicare le procedure di dimissioni protette, nei singoli casi concreti, vi è la circostanza oggettiva, per la quale le rette, praticate dalle RSA accreditate con il Servizio sanitario regionale lombardo, sono difformi nel loro importo, e vi possono essere situazioni critiche, nelle quali, dopo la lista d'attesa, si libera finalmente il posto letto in una RSA, ma la retta ivi applicata risulta essere molto costosa ed insostenibile da parte del nucleo familiare (anche perché in

questi casi, di RSA più costose, il contributo fisso a carico del Fondo sanitario regionale, è inferiore al 50% del costo effettivo del ricovero pro capite).

Non si può in questa sede affrontare un tema giuridico complesso, quale quello del rapporto tra criteri nazionali e criteri regionali di rimborso della quota sanitaria nelle RSA e nelle RSD.

Mi permetto tuttavia di dire, a tale riguardo, che sarebbe auspicabile che gli istituti accreditati presso il Servizio sanitario, e perciò facenti parte del sistema pubblico e non privato della sanità, avessero costi il più possibile omogenei, perché una prestazione resa in ambito pubblico dovrebbe obbedire a logiche di universalità, onde evitare di fatto discriminazioni economiche nelle possibilità d'accesso.

E' vero che, nelle situazioni di bisogno economico del paziente e del nucleo familiare di riferimento, dovrebbero intervenire i Comuni per pagare una quota della retta di ricovero, ma purtroppo, anche in questo passaggio, nella prassi si verificano alcune criticità.

Ossia: il Comune territorialmente competente, di residenza della persona interessata, soggetto istituzionale coinvolto nel procedimento di dimissione protetta e nell'ambito dell'UVM, dovrebbe intervenire ad integrare la retta applicata dalla RSA, sulla base dei parametri, anch'essi facenti parte dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), previsti dal DPCM 159/2013 recante *“Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)”*.

In sostanza, per fare un esempio, in una RSA, la quota a carico del Comune equivale alla differenza fra retta (al netto della quota fissa a carico del Fondo sanitario regionale) e quota a carico dell'assistito, che dovrà essere commisurata al suo ISEE socio sanitario residenziale.

In teoria, applicando i parametri (reddituali e patrimoniali) previsti dal DPCM 159/2013, ed in particolare dall'art. 6, comma 3, i servizi socio assistenziali dei Comuni possono verificare le capacità economiche effettive delle persone ricoverate in strutture residenziali (includendovi anche la componente aggiuntiva di coniuge e figli), per verificare se le stesse (con l'inclusione del suddetto nucleo familiare di riferimento) sono,

in base alla loro effettiva capacità contributiva, in condizioni o meno di pagare in tutto o in parte la retta di ricovero.

Fatto ciò, i servizi sociali comunali dovrebbero poi, sulla base delle previsioni contemplate nei rispettivi regolamenti comunali, stabilire degli interventi commisurati e proporzionati nella loro entità alla situazione economica della persona interessata parametrata al costo della retta applicata dalla RSA di ricovero accreditata, e perciò facente parte del sistema pubblico della sanità.

A tale riguardo i regolamenti comunali devono (dovrebbero) essere rispettosi di questi parametri normativi nazionali previsti dal DPCM 159/2013, senza alcuna facoltà di poter introdurre clausole peggiorative sotto il profilo economico a carico degli utenti, ovvero elementi (redditali o patrimoniali) diversi non previsti dalla normativa statale e regionale sovraordinata (DPCM 159/2013 e LR 3/2008), pena la illegittimità e l'annullamento della disposizione regolamentare eventualmente difforme. (così ha stabilito recentemente il Consiglio di Stato, confermando il proprio consolidato orientamento, con sentenza del 4 marzo 2019 e più recentemente con sentenza 4926 del 2020).

Tuttavia, malgrado quanto sopra illustrato, si presenta in molti casi il seguente problema: negli ultimi anni diversi Comuni hanno previsto nei rispettivi regolamenti soglie di accesso ISEE piuttosto basse (euro 16.000), al di sopra delle quali il Comune nega qualsiasi forma di integrazione. La conseguenza pratica è che molti nuclei familiari in condizioni economiche medio basse non sono in grado di sostenere il costo delle rette, o quanto meno di sostenerlo nel periodo medio lungo, salvo trovare RSA poco costose; ma ciò non sempre è facile, soprattutto nei casi di malati con patologie particolarmente gravi.

Garanzia dei diritti fondamentali ed esigenze di bilancio da parte delle Pubbliche Amministrazioni

In base alle riflessioni dei capitoli precedenti, alla luce dal quadro normativo nazionale di riferimento, lo strumento dell'UVM (Unità di Valutazione Multidimensionale), contemplato dal DPCM 2017 sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), dovrebbe consentire, attraverso la predisposizione di adeguati PAI (Piani di Assistenza

Individualizzati), di effettuare un monitoraggio puntuale dei bisogni dei soggetti gravati da problematiche di gravissime e gravi disabilità e non autosufficienza, e consentire conseguentemente alle Amministrazioni competenti la predisposizione (sia in sede regionale che in sede locale) di risorse adeguate e proporzionate, finalizzate a rispondere ai rilevati bisogni.

Invece così non è, e il tema della carenza/insufficienza delle risorse rispetto ai bisogni è una motivazione sovente addotta dalle Pubbliche Amministrazioni, in ambito sanitario, socio sanitario, e socio assistenziale, per giustificare la mancata erogazione di un servizio o di un contributo/sussidio economico, o per giustificare la messa in lista d'attesa di persone che hanno in realtà accertati bisogni assistenziali immediati e non prorogabili.

La conseguenza di queste prassi è quella di degradare al rango di interesse legittimo, condizionato dalla discrezionalità amministrativa, se non addirittura alla mera aspettativa di fatto collegata alle risorse disponibili, posizioni soggettive, che invece, in base all'ordinamento costituzionale e legislativo vigente, sono configurate come diritti soggettivi della persona assoluti, a fronte dei quali le Amministrazioni pubbliche preposte devono invece garantire prestazioni e servizi

A fronte di queste criticità, che sono state segnalate all'Ufficio di Pubblica Tutela dall'Associazione GAD (Gruppo Accoglienza Disabili) di Cinisello Balsamo, è opportuno rammentare che la giurisprudenza della Corte Costituzionale è intervenuta negli ultimi anni per indicare, sia pure in linea di principio generale, quale deve essere il contenuto essenziale dei diritti sociali fondamentali (alla salute, all'assistenza, all'istruzione), e conseguentemente quali devono essere i compiti del sistema pubblico per garantire l'effettività di tali diritti, pur nel doveroso temperamento con l'esigenza dell'equilibrio del bilancio.

A tale riguardo ben due sentenze della Corte Costituzionale (n.304/1994 e 509/2000), in materia di trattamenti sanitari, hanno avuto modo di sottolineare come le considerazioni delle esigenze relative all'equilibrio della finanza pubblica non possono e non devono avere un peso assolutamente preponderante, tale da comprimere il nucleo essenziale del diritto alla salute connesso all'inviolabile dignità della persona umana.

Sotto questo profilo, l'unico vero limite, che può essere ammesso nella definizione della quantità delle risorse da destinare alla tutela dei diritti costituzionalmente rilevanti, in contemperamento con altri interessi costituzionalmente protetti, come l'equilibrio finanziario pubblico, è quello imposto dai criteri di ragionevolezza e di possibilità.

Ancora più significativo, poiché pronunciato dopo la revisione dell'art. 81 della Costituzione in tema di pareggio di bilancio, è il principio stabilito dalla Consulta con la sentenza 275 del 2016, ossia: il servizio di trasporto scolastico dei disabili è un diritto inviolabile da garantire senza condizionamenti finanziari, poiché è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio del bilancio a condizionare la doverosa erogazione dei servizi preposti alla realizzazione di tali diritti.

In altri termini la giustificazione, spesso addotta dagli amministratori pubblici, in merito alla carenza delle risorse o ai limiti imposti dagli obblighi di pareggio di bilancio, non può reggere se l'entità delle risorse da destinare alla tutela dei diritti inviolabili della persona, in particolare per quanto concerne i servizi preposti all'assistenza sociale, sanitaria, socio sanitaria, scolastica ed educativa, risulta poi essere insufficiente e tale da pregiudicare l'esistenza concreta stessa del diritto in capo alla persona bisognosa.

Sul punto ricordiamo che la giurisprudenza unanime del Consiglio di Stato (cfr. da ultimo la sentenza n. 6926/2020), quanto all'aspetto relativo all'esigenza di assicurare gli equilibri di bilancio, ribadisce che la sostenibilità finanziaria dei costi dei servizi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali, (in ossequio ai principi costituzionali prima citati), andrebbe prudentemente evocata tenendo conto della strumentalità del servizio in questione rispetto alla salvaguardia di diritti a nucleo incompressibile.

Il Consiglio di Stato ha in particolare statuito che i diritti delle persone disabili devono prevalere sulle esigenze di natura finanziaria, in ossequio ad un principio che deve valere tanto nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria al soggetto riconosciuto disabile al 100% mediante erogazione delle prestazioni di volta in volta necessarie, quanto nell'ambito dei servizi volti a garantire il diritto all'educazione e al sostegno scolastico delle persone disabili.

Ringraziamenti

Anche in questo anno di attività è stata utile la cooperazione istituzionale, che si è venuta a stabilire, ferma restando la diversità dei rispettivi ruoli e funzioni e la terzietà ed indipendenza dell'UPT, con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, sempre puntuale e tempestivo, nella persona dei suoi funzionari, nel fornire i chiarimenti richiesti.

Evidenzio altresì che vi è stata sempre la massima collaborazione da parte della Direzione sanitaria del Presidio Ospedaliero di Sesto San Giovanni, anche nel delicato periodo di lockdown conseguente all'emergenza pandemica Covid19, nel concordare le modalità di utilizzo del locale destinato ad ospitare la sede dell'Ufficio di Pubblica Tutela, anche quando, per sopravvenuti impegni professionali, ho dovuto, in via eccezionale, in qualche occasione, modificare il giorno di presenza settimanale. Ciò ha consentito all'Ufficio di poter operare sempre con continuità.

Colgo l'occasione anche per ringraziare la Dott.ssa Celli dell'Ufficio del Difensore Regionale della Lombardia, la quale, anche nel corso del 2020, a conferma di una buona prassi già consolidatasi negli anni precedenti, mi ha fornito, con la sua preziosa e competente collaborazione istituzionale, utili spunti di riflessione in ordine agli approfondimenti giuridici, opportuni e necessari, per lo svolgimento delle funzioni dell'Ufficio di Pubblica Tutela.

26 febbraio 2021

Avv. Luigi Lia

Responsabile UPT ASST Nord Milano