

## **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 2018**

### **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 2018, 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 2018 le pratiche trattate sono state complessivamente 15, a conferma del dato relativo all'anno precedente.

Tuttavia, sul piano qualitativo, maggiore è stato l'impegno richiesto, non solo con riferimento alla delicatezza e complessità di alcuni degli argomenti coinvolti dalle segnalazioni (fra questi evidenzio in particolare il tema delle dimissioni protette), ma anche in considerazione del fatto che, nella maggior parte dei casi, questi interventi sono stati richiesti da associazioni di volontariato operanti

sul territorio, le quali hanno investito l'Ufficio di Pubblica Tutela del compito di svolgere anche una attività di informazione e di formazione rivolta alla cittadinanza su questioni che riguardano in particolare i diritti delle persone più fragili (malati cronici non autosufficienti, disabili, malati psichiatrici).

Ritengo importante sottolineare questo aspetto perché mette in luce una peculiarità dell'Ufficio di Pubblica Tutela, evidenziata dalle Linee Guida tuttora vigenti: ossia la funzione, fra le altre, di svolgere anche una attività di informazione in materia dei diritti delle persone utenti del servizio sanitario. Questo aspetto consente a questa figura di assumere anche un ruolo di prevenzione e/o di soluzione stragiudiziale del possibile ed eventuale contenzioso tra cittadino e struttura sanitaria.

Dalle predette Linee Guida emerge altresì 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.

A tale riguardo, in attuazione dei richiamati principi, segnalo una importante iniziativa, alla quale ho partecipato come relatore, nella veste di Responsabile dell'Ufficio di Pubblica Tutela, organizzata in data 13 novembre 2018, Presso la Parrocchia San Eusebio di Cinisello Balsamo, significativamente intitolata *“Dimissioni Protette da ospedale e strutture sanitarie: diritti e buone prassi”*

L'incontro informativo e formativo in parola è stato organizzato e promosso dal GAD (Gruppo Accoglienza Disabili) di Cinisello e dal Comitato Parenti degli Ospiti della RSA Martinelli ed ha visto l'adesione dell'Associazione Spazio Autismo Onlus e dell'Associazione La Svolta Onlus (anch'esse con sede in Cinisello Balsamo), nonché della stessa Parrocchia Sant'Eusebio, che ha ospitato l'iniziativa.

L'incontro in oggetto, che ha visto la partecipazione abbastanza numerosa di persone interessate all'argomento, ha dato l'avvio ad un percorso formativo (che è proseguito anche a gennaio con una riflessione di approfondimento dedicata all'istituto dell'UVM, ossia Unità di Valutazione Multidimensionale) finalizzato ad approfondire sia le normative che supportano il diritto alle dimissioni protette sia le modalità più corrette per richiederle.

Preciso inoltre che le sopra menzionate Associazioni mi hanno spesso interpellato quale Responsabile dell'Ufficio di Pubblica Tutela, nel corso dell'anno 2018, per avere orientamenti e chiarimenti in merito alle tante problematiche riguardanti i diritti delle persone non autosufficienti, chiedendo spesso incontri per colloqui presso la sede dell'Ufficio.

Tutto ciò dimostra, a mio sommosso 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 il mondo del terzo settore e del volontariato, ed in generale con le 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.

Più in generale è opportuno che l'istituto dell'UPT sia meglio disciplinato a livello di legislazione regionale: tema questo che ho affrontato anche quest'anno come membro del coordinamento regionale degli Uffici di Pubblica Tutela diretto dal Collega Piero Aresi dell'ATS di Bergamo (e di cui tratterò, data l'importanza dell'argomento, anche nell'ambito della presente relazione, nella parte conclusiva).

### **Funzioni dell'Ufficio di Pubblica Tutela**

L'UPT è un ufficio autonomo ed indipendente, 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.

Opera per affermare trasparenza e partecipazione, il miglioramento della qualità del servizio e dei rapporti tra cittadini e servizio sanitario con il primato della persona.

Per utente non si intende la sola persona assistita, ma anche la sua famiglia e, nei casi previsti, 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.

### **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.

Dal 1 gennaio 2017, tutti i servizi territoriali, erogati dalla ASL prima e dalla ATS Milano dopo, appartenenti agli ex Distretti 6 e 7, ed operanti negli ambiti dei Comuni di Bresso, Cinisello, Cologno, Cormano, Cusano e Sesto San Giovanni, sono parte della ASST Nord Milano.

Nello specifico si tratta di una rete di servizi territoriali che si snodano in un territorio di 300 mila abitanti e che include i Comuni di Bresso, Cinisello, Cologno, Cormano, Cusano e Sesto San Giovanni.

Tali servizi forniscono prestazioni nelle seguenti aree: Prevenzione Primaria - Consultori – Fragilità e Cure Domiciliari – Assistenza protesica e integrativa - Medicina Legale e Certificazioni - Scelta e Revoca del Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta, Assistenza Estero.

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](mailto: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 2018, a conferma di quanto concordato con riferimento all'anno precedente, il giorno di presenza e ricevimento del pubblico è il martedì pomeriggio.

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.

Colgo l'occasione anche per ringraziare la Dott.ssa Celli dell'Ufficio del Difensore Regionale della Lombardia, che, nel corso del 2018, 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.

### **Attività svolta nell'ambito del Coordinamento regionale degli Uffici di Pubblica Tutela della Lombardia**

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, diretto con dedizione, competenza e passione dal Dott. Piero Aresi dell'ATS di Bergamo.

Nell'ambito di questo coordinamento ho proseguito il mio impegno, iniziato l'anno precedente, finalizzato ad approfondire alcune criticità anche di tipo giuridico e legale relative alla figura dell'Ufficio di Pubblica Tutela, di cui tratterò nella parte conclusiva della presente Relazione.

### **Le modalità di trattazione dei casi e loro tipologia**

I casi segnalati e trattati dall'UPT nel corso del 2018 sono stati, come detto, complessivamente 15, 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 pervengono oramai nella stragrande maggioranza dei casi via mail (qualche volta anche per posta): 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 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. Questa modalità è stata ad esempio utile per informare la persona interessata in materia di modalità per avviare una pratica presso l'Ufficio Legale dell'ASST Nord Milano per l'eventuale riconoscimento di un risarcimento danni, con relativa copertura assicurativa, per un incidente (una caduta) accaduto presso l'Ospedale Bassini a causa del pavimento scivoloso.

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 dell'accaduto, 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.

In un altro caso significativo, trattato nel corso del 2018, è stato necessario interagire con l'URP, con l'utilizzo dello strumento del supplemento istruttorio, al fine di una soluzione bonaria e non giudiziaria del problema sollevato e del conseguente possibile contenzioso tra utente e struttura sanitaria.

Nel caso in questione, la persona interessata, in considerazione anche degli sviluppi intervenuti nel corso della vicenda segnalata, ha richiesto all'UPT di richiedere ulteriori chiarimenti ed approfondimenti, rispetto a quelli forniti in prima istanza dall'URP. Tale procedura ha determinato un secondo intervento dell'URP, che, previo coinvolgimento della Direzione del Servizio Odontoiatrico interessato, ha proposto alla persona interessata una spesa ridotta per la fornitura di un apparecchio ortodontico estetico.

## **Segnalazioni che riguardano modalità di condotta nell'erogazione di una prestazione o di un servizio**

Tali segnalazioni costituiscono la generalità dei casi posti all'attenzione diretta, o per conoscenza, o unitamente all'URP, dell'Ufficio di Pubblica Tutela.

In questi casi la segnalazione, veicolata dall'Ufficio di Pubblica Tutela agli organi ed uffici responsabili, o istruita dall'URP, e verificata ex post dall'UPT, genera la buona prassi di:

- a) fornire comunque un riscontro alla persona interessata;
- b) determinare controlli, verifiche interne, ecc.

L'auspicio è che questa buona prassi possa portare, nel tempo ad un miglioramento complessivo nell'erogazione di prestazioni e servizi.

A tale riguardo occorre infatti sottolineare che spesso la segnalazione dell'utente riguarda aspetti che attengono in generale a modalità di condotta, (cortesia, chiarezza, trasparenza, ecc.), o ad aspetti amministrativi o burocratici (prenotazioni di visite, tempi di attesa), che possono determinare, o essere percepiti, come disservizi.

Ritengo che in questi casi sia necessario garantire il più possibile, attraverso la mediazione *super partes* dell'UPT, se del caso anche con i dovuti supplementi istruttori richiesti eventualmente dalla persona interessata, tutti gli approfondimenti ed i chiarimenti necessari, che spesso e volentieri rappresentano già la risposta o la soluzione del problema sollevato.

Spesso in questi casi è stato coinvolto anche l'URP, poiché sovente la segnalazione perviene contestualmente ai due uffici (UPT e URP).

Ad esempio vi è stato un caso significativo, segnalato contestualmente ad URP e UPT, all'esito del quale il Responsabile URP, esprimendo comunque rammarico e porgendo le scuse per un disagio lamentato (la mancata effettuazione di un esame nel giorno previsto), e previo svolgimento delle opportune verifiche, e acquisizione delle informazioni necessarie, ha comunque fornito una spiegazione esaustiva a quanto segnalato, tant'è vero che non vi è stata alcuna ulteriore richiesta di supplemento istruttorio rivolta all'UPT. La spiegazione in oggetto ha infatti evidenziato che il paziente si era presentato in ritardo rispetto all'orario di prenotazione; ciononostante il personale in servizio, per venire comunque incontro alle esigenze dell'utente aveva comunque provato a verificare la possibilità di eseguire la prestazione in giornata; cosa che tuttavia non era stata possibile, in quanto la gestione degli altri casi, tra i quali un'urgenza particolarmente impegnativa, aveva impedito di reperire le risorse per eseguire l'esame fuori dal tempo programmato, fermo restando l'impegno del Direttore del reparto interessato (Neurologia) ad essere contattato direttamente per il recupero dell'esame il prima possibile.

La trattazione e soluzione di questa segnalazione dimostra come l'intervento coordinato dei due Uffici, nel rispetto dei rispettivi ruoli e prerogative, unitamente al coinvolgimento del Responsabile del plesso sanitario o amministrativo interessato, produce risposte puntuali di spiegazione (che perciò non richiedono ulteriori interventi di approfondimento richiesti dal cittadino segnalante) e talvolta anche la risoluzione del problema pratico sotteso alla segnalazione del disservizio.

### **Dimissioni protette**

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 (si veda a tal proposito quanto detto nelle note introduttive della presente Relazione) 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, mentre, sulla base delle normative vigenti, compete 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.

E' opportuno puntualizzare che le segnalazioni critiche di questo tipo provengono, non soltanto a questo Ufficio di Pubblica Tutela ma in generale alle diverse ASST e ATS della Regione



Lombardia, anche dalla Fondazione Promozione Sociale Onlus di Torino e non solo dal Gruppo Accoglienza Disabili di Cinisello.

E' doveroso altresì precisare che i problemi, connessi al tema delle dimissioni protette, non investono in particolare l'ASST Nord Milano (nel 2018 vi è stata una sola segnalazione di tale natura all'UPT riguardante questa Azienda), ma chiamano in causa in generale il funzionamento del Servizio sanitario e sociosanitario regionale e nazionale, e il ruolo dei Comuni.

Proprio in considerazione di quanto appena precisato, chiarisco il seguente dato di fatto: nel corso dell'anno 2018, l'Ufficio di cui sono Responsabile è stato spesso destinatario di segnalazioni in tema di dimissioni protette (e problematiche annesse e connesse), che tuttavia non rientravano nella sfera di competenza dell'UPT dell'ASST Nord di Milano, essendo relative a situazioni inerenti a presidi ospedalieri o sanitari di altre ATS e ASST della Regione. Sicché rispetto a tali casi non ho effettuato (perché non potevo farlo) interventi diretti.

Tuttavia data la ricorrenza di questa problematica, e la circostanza, per la quale sono spesso stato destinatario indiretto (ossia per conoscenza) delle suddette segnalazioni, ritengo utile e doveroso nella elaborazione della presente Relazione, al pari di quanto già avvenuto con la Relazione precedente, fornire indicazioni (spero utili), nell'auspicio che possano servire a promuovere conoscenza dei diritti e dei doveri di cittadini ed istituzioni preposte e buone prassi amministrative. Non solo: come accennato nelle premesse, alcune Associazioni di volontariato del territorio hanno spesso richiesto all'UPT, di cui sono Responsabile, un'attività di informazione e formazione generale in relazione al tema in oggetto e a tutte le questioni annesse e connesse (comprese quelle relative ai compiti dell'Amministratore di sostegno), anche a prescindere dalla trattazione di casi o contenziosi singoli e specifici.

In buona sostanza credo che tutta questa attenzione rispetto al tema delle dimissioni protette stia a significare che la presa in carico di soggetti fragili, e la integrazione fra servizi sanitari e sociali, e tra ospedale e territorio, costituisce ad oggi uno degli aspetti di maggiore criticità del Servizio sanitario, ed in generale del sistema welfare, previsto e progettato dalla nostra Costituzione e ancora oggi solo in parte attuato.

Preliminarmente, unitamente alla evidenziazione degli aspetti critici, è doveroso rammentare un aspetto certamente positivo: ossia che l'ASST Nord, nella persona del proprio 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.

Sulla base dei principi costituzionali e legislativi appena richiamati, compete infatti 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.

Per fare in modo che i pazienti non autosufficienti continuino a beneficiare di prestazioni sanitarie adeguate anche a seguito delle dimissioni ospedaliere, è importante attivare in molti casi 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”*.

Si tratta 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 piuttosto importante, 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, un UVM può anche essere costruttivamente contestata se non realizzata con le dovute garanzie appena rammentate, e rivista. In ogni caso può essere richiesta anche una seconda volta, o aggiornata, anche a prescindere dall'emergenza di una prospettata dimissione ospedaliera, 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.

In seguito a questo fondamentale passaggio 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 dal citato DPCM 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. In particolare l'assunzione del 100% della spesa a carico del Servizio sanitario è prevista esplicitamente dall'art. 34, comma 2, del DPCM sui LEA con riferimento alle seguenti tipologie:

*“a) trattamenti di riabilitazione intensiva rivolti a persone non autosufficienti in condizioni di stabilità clinica con disabilità' importanti e complesse, modificabili, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno tre ore giornaliere e un elevato impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale infermieristico sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 45 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo intensivo;*

*b) trattamenti di riabilitazione estensiva rivolti a persone disabili non autosufficienti con potenzialità di recupero funzionale, che richiedono un intervento riabilitativo pari ad almeno 1 ora giornaliera e un medio impegno assistenziale riferibile alla presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore; la durata dei trattamenti non supera, di norma, i 60 giorni, a meno che la rivalutazione multidimensionale non rilevi il persistere del bisogno riabilitativo estensivo”.*

In generale, anche al di fuori dei casi specifici relativi ai periodi di riabilitazione, il SSN dovrà intervenire a coprire il 100% dei costi delle prestazioni, ancorché erogate in strutture residenziali, ogni qual volta vi sia necessità di garantire al paziente *“prestazioni socio –sanitarie ad elevata integrazione sanitaria”*.

Infatti l’art. 3 del D.P.C.M. 14 febbraio 2001, recante *Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*, che non è stato abrogato dal recente DPCM sui LEA del gennaio 2017, e che perciò va ad integrare l’atto di indirizzo nazionale sui livelli essenziali di assistenza, stabilisce che *“Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all’art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno/infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall’inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell’ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell’impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell’assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell’assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell’ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza”*.

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.

Con riferimento ai casi di *“disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare”*, ricoverati in RSD, preposte all’assistenza sociosanitaria residenziale rivolta alle persone con disabilità, i costi a carico del SSN sono pari al 70% della tariffa giornaliera. Dal combinato disposto dei commi 1 e 2 dell’art. 34 del DPCM sui LEA si evince infatti chiaramente che *“sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera”* i *“trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate”*.

Con riferimento ai casi più frequenti di persone non autosufficienti ricoverate presso RSA per prestazioni sociosanitarie di lunga assistenza la quota a carico del SSN, stabilita dall'art. 30, comma 1, lettera b, del DPCM sui LEA deve essere *“pari al 50 per cento della tariffa giornaliera”*.

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 erogate, a garantire l'erogazione delle prestazioni previste nel Progetto Assistenziale Individualizzato;
- c) l'ATS territorialmente competente corrisponda alla RSA una quota, a carico del Fondo sanitario nazionale e regionale pari al 50% del costo della retta.

Per completare il quadro, è necessario che il Comune territorialmente competente, di residenza della persona interessata, soggetto istituzionale coinvolto nel procedimento di dimissione protetta e nell'ambito dell'UVM, intervenga ad integrare la retta applicata dalla RSA sulla base dei parametri 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 la quota a carico del Comune equivale alla differenza fra retta (al netto del 50% a carico del servizio sanitario) e quota a carico dell'assistito, che dovrà essere commisurata al suo ISEE socio sanitario.

A tale riguardo i regolamenti comunali dovranno 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.

Si rammenta che la modifica della normativa sull'ISEE era prevista dal 2011 nella legge *“Salva-Italia”*, n. 214 del 22 dicembre 2011, che all'art. 5 demandava ad un successivo DPCM la revisione delle modalità di determinazione e dei campi di applicazione dell'ISEE.

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 territorialmente competente, del suddetto contributo sanitario regionale.

Per quanto concerne il pagamento della restante quota della retta di natura socio assistenziale, la normativa di riferimento è l'articolo 6, comma 3, del DPCM 05.12.2013 numero 159, in base al

quale l'erogazione da parte del Comune competente di prestazioni agevolate di natura sociosanitaria erogate in ambiente residenziale a ciclo continuativo deve tenere conto anche della condizione economica degli eventuali figli del beneficiario non inclusi nel nucleo familiare, integrando l'ISEE del richiedente di una componente aggiuntiva per ciascun figlio (cosiddetto ISEE socio sanitario residenziale).

La giurisprudenza amministrativa ha un orientamento chiaro e preciso su questo punto (da ultimo TAR Lombardia Milano, con sentenza numero 94 del 2018 confermata dal Consiglio di Stato con sentenza del 4 marzo 2019), ossia: il reddito dell'assistito ai fini dell'accesso alle prestazioni e ai fini della determinazione della compartecipazione alla spesa non può essere definito dal Comune avendo per oggetto elementi 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.

Nel recente passato, il Consiglio di Stato, con le sentenze n. 838, 841 e 842/2016, ha confermato che l'ISEE è un sistema di determinazione della condizione economica di coloro che chiedono prestazioni agevolate di tipo sociale o misto sociale-sanitario, finalizzato a valutarne l'effettiva capacità contributiva.

Ciò è confermato anche dall'art. 5 del D.L. 6 dicembre 2011, n. 201 istitutivo dell'indicatore ISEE, in base alla quale l'indicatore della situazione economica equivalente è determinato *“al fine di adottare una definizione di reddito disponibile”*, con la conseguenza che non sono ammessi altri sistemi di calcolo delle disponibilità economiche dei soggetti che chiedono prestazioni di tipo assistenziale o comunque rientranti nell'ambito della disciplina dell'ISEE.

In definitiva, alla luce di quanto confermato dalla giurisprudenza, i citati DPCM costituiscono normativa di fonte statale, rilevante, ai sensi della lettera m dell'articolo 117 della Costituzione, ai fini della definizione dei livelli essenziali di assistenza e di tutela dei diritti civili e sociali, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, senza possibilità quindi per l'autonomia regionale e comunale di intervenire con deroghe peggiorative, ma solo, eventualmente e ove possibile, migliorative.

Da quanto sopra illustrato si possono perciò trarre le seguenti conclusioni, nell'auspicio che possano rappresentare delle utili indicazioni per prevenire/risolvere possibili controversie in materia di dimissioni protette.

In primo luogo, per garantire una dimissione appropriata da un presidio ospedaliero (o da altra struttura di ricovero) di una persona fragile, perché priva di autonomia nel compiere le funzioni più elementari della vita (disabili gravi, malati cronici non autosufficienti, ecc.) è fondamentale che la dimissione sia preceduta ed orientata da una valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente

(cosiddetta UVM), con il conseguente coinvolgimento di équipe formate da operatori professionali e dei familiari della persona interessata.

Nel caso in cui venga prospettato il ritorno delle persone malate non autosufficienti presso le proprie abitazioni è necessario che il servizio sanitario garantisca un supporto domiciliare medico, clinico ed infermieristico adeguato, in termini di congrue ore giornaliere in relazione alle patologie diagnosticate, alla luce di quanto previsto dall'art. 22 del DPCM sui LEA del gennaio 2017.

Nel caso in cui venga prospettato il trasferimento della persona non autosufficiente non curabile a domicilio presso una struttura protetta permanente (RSA, RSD), deve essere garantita la continuità assistenziale, nel senso che la struttura accreditata di destinazione deve garantire la presenza di un personale adeguato sia sotto il profilo qualitativo che quantitativo per fornire le prestazioni di cura adeguate, conformi a quanto previsto nel Progetto di Assistenza Individualizzato della persona.

Le rette a carico degli assistiti devono essere commisurate a quanto previsto dai richiamati DPCM in materia di LEA e di ISEE

Nel caso in cui le persone non autosufficienti siano affette da malattie gravissime che richiedono prestazioni ad alta integrazione sanitaria il costo delle stesse prestazioni deve essere a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

### **Riflessioni sulla figura dell'Ufficio di Pubblica Tutela sotto il profilo giuridico legislativo e attuali criticità.**

In conclusione della presente Relazione, ripropongo queste riflessioni, oggetto di un approfondimento anche nella Relazione dell'anno precedente, data l'importanza dell'argomento: infatti, da circa 2 anni, il Coordinamento regionale diretto dal Dott. Piero Aresi dell'ATS di Bergamo si sta impegnando nei confronti delle competenti istituzioni regionali, affinché venga posto in essere il necessario chiarimento legislativo delle funzioni degli UPT; passaggio questo indispensabile per la valorizzazione della figura e per il suo radicamento capillare sul territorio presso ogni ASST e ATS.

La normativa di dettaglio delle funzioni degli Uffici di Pubblica Tutela (istituiti già a far tempo dalla Legge regionale 1/1986) è stata stabilita dalla Legge Regionale n. 33/2009, e da un successivo Atto amministrativo di indirizzo attuativo della disposizione legislativa, ossia le Linee Guida, contemplate dalla Delibera di Giunta Regionale (DGR) n. 10884 del 23 dicembre 2009.

In particolare, l'art. 16, della LR 33/2009, significativamente intitolato "*Diritti di partecipazione dei cittadini*", aveva stabilito importanti principi caratterizzanti l'Ufficio di Pubblica Tutela, ossia:

- l'obbligatorietà della sua istituzione presso ogni ASL e AO;
- l'indipendenza ed autonomia dell'Ufficio;



- il suo compito fondamentale di *“verifica che l’accesso alle prestazioni rese dalle unità di offerta avvenga nel rispetto dei diritti degli utenti e alle condizioni previste nella carta dei servizi”*.

Le successive Linee Guida, approvate con la D.G.R. 23.12.2009, n. 10884, erano state emanate proprio per dare attuazione e maggior dettaglio normativo alle previsioni più generali contemplate dall’art. 16 della LR 33/2009. Scopo principale di queste Linee Guida era (ed è tuttora) quello di individuare, nell’interesse dei cittadini, strategie orientate *“all’armonizzazione dei servizi offerti alla persona dai diversi istituti di tutela che operano sul territorio regionale”*.

Tale provvedimento di indirizzo costituisce ad oggi il vero e proprio punto di riferimento per la definizione dettagliata delle funzioni degli UPT.

A tale riguardo giova ad esempio rammentare, tra i punti più significativi previsti dalle predette Linee guida, la regola per la quale il suo Responsabile deve essere nominato dal Direttore Generale dell’ASL o dell’AO, su proposta del Consiglio di rappresentanza dei sindaci, che deve a sua volta tenere conto delle indicazioni provenienti dal Terzo Settore. Questa procedura è evidentemente posta a garanzia dell’indipendenza dell’Ufficio.

Le Linee Guida regionali del dicembre 2009, definiscono altresì in modo ancora più specifico rispetto alla disposizione legislativa i compiti dell’UPT, essenzialmente riassumibili nelle seguenti funzioni di tutela dei diritti della persona, nonché degli interessi collettivi, di cui possono essere enti esponenziali le Associazioni di volontariato: a) informazione; b) controllo sui servizi e sulle prestazioni erogate; c) raccolta di reclami per segnalazioni di disservizi e aree di disagio; d) attivazione di ulteriore istruttoria qualora il cittadino non si ritenga soddisfatto della risposta fornita dall’URP; e) verifica che l’accesso alle prestazioni avvenga nel rispetto dei diritti alla persona e alle condizioni previste dalla carta dei servizi.

In un altro punto delle Linee Guida in commento sono disciplinati i rapporti tra UPT e URP e viene ribadita la distinzione di ruoli:

- l’URP è un’articolazione organizzativa dell’azienda sanitaria, è inserita in un rapporto di gerarchia e opera sempre nell’interesse dell’azienda;
- l’UPT è un organismo indipendente, che opera al di fuori di ogni rapporto di gerarchia, la cui azione è motivata dal solo obiettivo di fornire al cittadino un supporto nella tutela dei suoi diritti.

Da ciò consegue che una segnalazione viene trattata diversamente dai due Uffici, proprio per la diversità della loro funzione, e non vi è alcun obbligo di trasmissione delle doglianze, ma solo di reciproca informazione sull’attività svolta. L’UPT, però, ha anche la possibilità di promuovere iniziative per verificare la corretta attività dell’URP, in quanto struttura dell’azienda sanitaria.

In un altro passaggio importante, le Linee Guida in parola definiscono i rapporti tra UPT e Difesa Civica comunale e regionale.

Infatti la vera novità introdotta dall'art. 9, comma 2, della L.R. n. 3/2008, al fine di rafforzare gli strumenti di tutela a favore delle persone che accedono alla rete dei servizi sanitari e sociali regionali, consiste nella facoltà per gli utenti di chiedere l'intervento del Difensore civico comunale, a fronte di atti o comportamenti che neghino o limitino la fruibilità delle prestazioni.

Nelle Linee Guida del dicembre 2009, viene opportunamente specificato, al fine di evitare sovrapposizioni tra UPT e Difesa Civica, che il Difensore civico comunale opera prevalentemente nei casi in cui la segnalazione investa l'attività di unità d'offerta sociali.

Nel caso in cui la situazione oggetto del reclamo non sia stata risolta in seguito all'intervento dell'UPT, è prevista la possibilità per l'utente di rivolgersi al Difensore civico comunale anche per quanto concerne le prestazioni sociosanitarie.

Nei Comuni, nei quali non sia stato istituito il Difensore civico, il cittadino potrà rivolgersi al Difensore civico regionale.

Infine, le Linee Guida puntualizzano il ruolo del Difensore civico regionale, le cui competenze e funzioni risultano già disciplinate dalla L.R. n. 7/1980 e successive modificazioni.

L'intervento del Difensore civico regionale può riguardare:

- le prestazioni sociali, quando non è istituito il Difensore civico comunale;
- le prestazioni sanitarie e sociosanitarie se la segnalazione viene inviata direttamente al Difensore civico regionale (che può avvalersi degli UPT per l'istruttoria delle pratiche di competenza);
- se la segnalazione riguarda l'attività della Regione Lombardia, l'UPT può chiedere l'intervento del Difensore civico regionale, qualora non ritenga di trattare direttamente la questione; fermo restando che in questi casi il cittadino interessato potrà sempre rivolgersi al Difensore civico regionale, qualora l'UPT non fornisca una risposta adeguata e/o nei termini.

Il Difensore civico regionale, infine, attua forme di collaborazione con gli UPT, principalmente per il tramite del Coordinamento, mediante incontri e riunioni.

Il cittadino, naturalmente, deve avere la possibilità di conoscere in modo adeguato tutte le possibili forme di tutela mediante la carta dei servizi dell'azienda a cui accede.

Fatte queste premesse, è ora opportuno svolgere una riflessione sullo stato attuale di questo istituto, alla luce del quadro normativo vigente, anche in considerazione della necessità di adeguare la figura al nuovo contesto organizzativo del Servizio sanitario regionale lombardo previsto dalla recente Legge Regionale n. 23 del 2015.

A tale riguardo è interessante rilevare come, in sede di lavori preparatori alla suddetta legge regionale di riforma, ed in particolare nelle previsioni originariamente contenute nell'articolo 23 della Proposta Di Legge 228 esaminata e discussa in ambito consiliare, fosse opportunamente contemplato un testo normativo che riprendeva nella sostanza gli stessi contenuti dell'art. 16 della LR 33/2009 adeguandone solo la forma (l'Ente di riferimento degli UPT non sarebbero state più ovviamente le AO e le ASL, bensì le nuove ASST e ATS).

Riporto di seguito il testo della bozza legislativa in questione.

1. *Le unità d'offerta si dotano di strutture e strumenti finalizzati alla costante verifica della qualità delle prestazioni, al potenziamento delle iniziative volte alla umanizzazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, al mantenimento di corrette relazioni con il pubblico e con le rappresentanze dei soggetti del terzo settore.*
2. *Nella carta dei servizi sono definite le modalità per il concreto esercizio dei diritti dei cittadini, nonché i criteri per l'accesso alle prestazioni, le modalità di erogazione delle stesse e le modalità di valutazione da parte degli utenti o delle associazioni che li rappresentano.*
3. *L'ATS e le aziende sono tenute a istituire un ufficio di pubblica tutela (UPT) retto da persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario, e un ufficio per le relazioni con il pubblico (URP) affidato a personale dipendente. La funzione del responsabile dell'UPT ha natura di servizio onorario. Il direttore generale delle aziende pubbliche provvede a regolare l'attività dell'URP e garantisce le condizioni per l'esercizio indipendente dell'UPT.*
4. *L'UPT verifica che l'accesso alle prestazioni rese dalle unità di offerta avvenga nel rispetto dei diritti degli utenti e alle condizioni previste nella carta dei servizi.*
5. *È costituita, nell'ambito delle direzioni generali competenti, una struttura organizzativa di pubblica tutela aperta al pubblico con il compito di verificare che le aziende assicurino il libero accesso alle prestazioni da parte dei cittadini.*
6. *L'ATS, nell'ambito della propria organizzazione, in accordo con la conferenza dei sindaci, individua una struttura finalizzata a promuovere e favorire gli strumenti di tutela delle persone incapaci e l'amministrazione di sostegno.*
7. *La Giunta Regionale approva le linee guida relative alla organizzazione e al funzionamento degli UPT, prevedendo forme di coordinamento tra questi e gli uffici dei difensori civici degli enti locali e della Regione.*

Tuttavia questo testo non è stato poi approvato nel testo definitivo della Legge Regionale 23 del 2015, che purtroppo non prevede alcun articolo sui diritti di partecipazione dei cittadini.

Ciò significa quindi che gli UPT sono stati aboliti? Fortunatamente no: gli UPT non sono stati aboliti. E questo perché, nell'ambito delle norme transitorie, contemplate dal nuovo testo della LR

33/2009, in particolare nell'art. 134, comma 1, è previsto testualmente che "*restano in vigore, per quanto compatibili con la presente legge, le seguenti disposizioni: [...] j) la legge regionale 16 settembre 1988 n. 48 (norme per la salvaguardia dei diritti dell'utente del servizio sanitario nazionale e istituzione dell'Ufficio di Pubblica Tutela degli utenti dei servizi sanitari e socio-assistenziali)*".

Tuttavia il richiamo a quanto previsto dalla LR n. 48/1988 con specifico riguardo agli UPT, ed in particolare dall'art. 20 di questa legge, fornisce alle funzioni dell'Ufficio di Pubblica Tutela una base di principi generali di riferimento complessivamente più debole e generica, rispetto a quella più forte e puntuale contemplata dal previgente testo dell'art. 16 della LR 33/2009.

Infatti l'art. 20 della legge 48/1988 (intitolato "*Ufficio di pubblica tutela degli utenti dei servizi sanitari e socio-assistenziali*"), ossia la norma, che, per le ragioni sopra illustrate, costituisce allo stato attuale l'unica fonte legislativa di riferimento degli UPT, prevede testualmente quanto segue:

- 1. I compiti dell'Ufficio di pubblica tutela istituito presso gli ERSZ ai sensi dell'art. 65 della LR 7 gennaio 1986 n. 1, sono estesi ai servizi sanitari.*
- 2. I competenti organi degli ERSZ provvedono alla organizzazione dell'Ufficio, che si articola in due sezioni con competenza, rispettivamente in materia sanitaria e socio assistenziale.*
- 3. In relazione a quanto previsto dai commi precedenti l'Ufficio si avvale di personale dell'ERSZ o di personale comandato da altri Enti pubblici secondo i rispettivi ordinamenti.*
- 4. L'Ufficio ha libero accesso agli atti necessari allo svolgimento dei compiti d'istituto e per essi non può essere opposto il segreto d'ufficio.*
- 5. Agli oneri relativi al funzionamento dell'Ufficio provvedono gli ERSZ, ferma restando l'osservanza delle norme vigenti in materia di spesa a carico del fondo sanitario nazionale.*

Come si può notare manca, in primo luogo, una esplicita previsione circa la obbligatoria istituzione degli Uffici di Pubblica Tutela, quale invece era contemplata dal previgente testo del comma 3 dell'art. 16 della LR 33/2009, che così recitava: "*Le aziende sanitarie sono tenute ad istituire un ufficio di pubblica tutela*". Inutile sottolineare quanto sia fondamentale una chiara previsione legislativa sull'obbligatoria istituzione dell'Ufficio, considerate le sue delicate e fondamentali funzioni di tutela dei diritti delle persone, e la conseguente necessità di garantire la effettiva diffusione capillare sul territorio di questa figura.

In secondo luogo nell'art. 20 della LR 48/88 vi è solo un vago riferimento al potere dell'UPT di libero accesso agli atti (al comma 4), ma manca tuttavia una previsione puntuale sulla funzione di tutela dei diritti delle persone come quella che era invece contemplata dal previgente testo del comma 4 dell'art. 16 della LR 33/2009, che così recitava: "*L'UPT verifica che l'accesso alle*

*prestazioni rese dalle unità di offerta avvenga nel rispetto dei diritti degli utenti e alle condizioni previste nella carta dei servizi”*

In terzo luogo, manca ovviamente nella LR 48 del 1988 la contestualizzazione degli UPT al nuovo ordinamento sanitario e socio sanitario. Infatti l'art. 20, comma 1, si limita a stabilire che i compiti degli UPT, istituiti due anni prima con la LR 1/86 in riferimento agli allora vigenti enti responsabili dei servizi di zona (ERSZ), sono estesi "ai servizi sanitari".

Certamente a queste lacune legislative possono sopperire le più puntuali indicazioni contenute nelle tuttora vigenti Linee Guida previste dalla DGR del 23 dicembre 2009. Tuttavia occorre altresì prudentemente considerare che le suddette Linee:

- a) declinano in modo dettagliato non le previsioni di principio generale contemplate dall'art. 20 della LR 48/1988, ma le previsioni contemplate dal previgente testo dell'art. 16 della LR 33/2009, di cui costituiscono l'attuazione; sicché questo importante atto di indirizzo oggi non gode più della copertura legislativa, in forza ed in ragione della quale era stato adottato;
- b) declinano le funzioni degli UPT con riferimento al previgente contesto organizzativo sanitario delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, ed in rapporto ad organi di tutela che oggi non esistono più (i difensori civici comunali nel frattempo aboliti a livello legislativo nazionale); sicché anche questo importante atto di indirizzo andrebbe opportunamente aggiornato.

Alla luce di quanto sinora considerato, ritengo che i problemi, sopra esaminati, non siano solo di carattere formale, ma anche sostanziale, in considerazione delle delicate funzioni attribuite agli UPT, sotto il profilo della tutela di diritti di rilevanza costituzionale, quali sono sicuramente quelli attinenti all'accesso delle persone ai servizi sanitari e socio sanitari.

Non solo: la funzione di indipendenza dell'Ufficio, combinata con la funzione di tutela dei diritti, rende conseguentemente l'Ufficio titolare altresì di un delicato ruolo di garanzia dell'interesse generale e pubblico di imparzialità e buona efficienza dei servizi socio sanitari (valore anch'esso di rilevanza costituzionale, visto che è riferibile ai principi dell'art. 97 Cost.), il cui riflesso è proprio la tutela del diritto della persona interessata.

Per risolvere questi problemi basterebbe modificare di nuovo la L.R. 33/2009, o trovare comunque in alternativa un contesto legislativo idoneo, in modo tale da definire, nell'ambito dell'ordinamento legislativo regionale, le prerogative e le funzioni degli UPT negli stessi termini previsti dal prima citato art. 23 del PDL 228 (ed in buona sostanza dal previgente testo dell'art. 16 della LR 33/2009).

Per le sopra esposte ragioni, il Coordinamento regionale UPT ha svolto nel corso del 2018 ed anche nei primi mesi del 2019 diversi interventi nei confronti delle Istituzioni regionali competenti (Assessore al Welfare, Terza Commissione consiliare, Ufficio Legislativo), con il sostegno

dell'Ufficio del Difensore Regionale, per segnalare i problemi appena descritti, e per proporre la sopra illustrata possibile e, a ben vedere, ragionevole soluzione.

A quanto pare il descritto impegno pare non essere stato vano, dal momento che nella proposta di legge che la Giunta ha recentemente sottoposto all'esame e all'approvazione del Consiglio regionale della Lombardia, recante "*Legge di revisione normativa e di semplificazione 2019*" vi è un punto dedicato proprio alla soluzione legislativa del ruolo degli UPT nella direzione più volte indicata dal Coordinamento regionale degli UPT, su mandato dell'Assemblea, e con l'ausilio dell'Ufficio del Difensore Regionale.

Cordiali saluti

Sesto San Giovanni (MI), lì 3 maggio 2019

Avv. Luigi Lia

Responsabile UPT ASST Nord Milano