

**CSA - Coordinamento Sanità e Assistenza
fra i movimenti di base**

10124 TORINO - Via Artisti, 36
Tel. 011-812.44.69 - Fax 011-812.25.95
e-mail: info@fondazionepromozionesociale.it
Funziona ininterrottamente dal 1970

 **Fondazione
Promozione sociale**

ONLUS

Via Artisti 36 - 10124 Torino
Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595
info@fondazionepromozionesociale.it
www.fondazionepromozionesociale.it

Torino, 11 aprile 2019

COMMENTO

ALLA SENTENZA 1858/2019 DEL CONSIGLIO DI STATO SUL DECRETO AMMINISTRATIVO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 GENNAIO 2017 – NUOVI LIVELLI ESSENZIALI DELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIO-SANITARIE (LEA)

Premessa

*Con ricorso prima al Tar del Lazio e poi al Consiglio di Stato, le organizzazioni **Associazione promozione sociale** (Torino, facente parte del Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base), **Mtd** - Movimento per la tutela dei diritti delle persone diversamente abili e non autosufficienti (Pavia), **Adina** - Associazione per la difesa dei diritti dei malati non autosufficienti (Firenze) e **Umana** – Unione per la difesa dei diritti dei malati anziani non autosufficienti, rappresentate dall'**Avvocato Maria Luisa Tezza** di Verona, avevano impugnato il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 che definiva i nuovi Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, creando un amplissimo settore socio-sanitario (ovvero con compartecipazione dell'utente alle spese), sostanzialmente per tutti i pazienti non autosufficienti, bisognosi di presa in carico terapeutica non solo indifferibile, ma anche prolungata nel tempo. Il ricorso ha portato alla sentenza n. 1858/2019, che qui commentiamo nei suoi aspetti salienti per il concreto riconoscimento del fondamentale diritto alla tutela della salute, costituzionalmente garantito, dei malati/personone con disabilità non autosufficienti.*

○ Titolarità del Servizio sanitario nazionale

*La sentenza ha confermato che «l'ambito di operatività dei Lea è tracciato, in termini generali, anzitutto, dalle leggi quadro in materia sanitaria (legge 833/1978 e decreto legislativo 502/1992)». Il Consiglio di Stato ritiene inoltre «non condivisibile la lettura – dando così implicitamente sostegno alle posizioni dei ricorrenti – secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali criteri di ordine essenzialmente economico capaci **impropriamente** di condizionare tipo, intensità e durata dei trattamenti clinici necessari». Il Collegio ha così rafforzato il concetto: «Non trovano, dunque, riscontro le paventate, **eccentriche ingerenze di parametri esterni** nelle scelte dei trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, che restano tuttora **garantiti** – nella loro sinergica declinazione clinica, funzionale e sociale – **dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari**, in base alla detta valutazione multidimensionale».*

Secondo in Consiglio di Stato, quindi, la valutazione multidimensionale non può essere uno strumento di esclusione dalle cure e dal complesso delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, che devono essere assicurate dal Servizio sanitario. «*La valutazione multidimensionale – semmai – si ascrive, dunque, all’esigenza, del tutto logica, di differenziare ed individualizzare il trattamento, articolandolo tra attività eterogenee in funzione dei plurimi e specifici bisogni del paziente che acquisiscono concreta evidenza nel PAI (Progetto di assistenza individuale)*».

○ **Conferma della continuità terapeutica di competenza del Servizio sanitario nazionale per i malati/persone con disabilità non autosufficienti**

La sentenza, riferendosi al testo dei Lea, precisa che esso «*intesta al Servizio sanitario nazionale, alle condizioni ivi di volta in volta previste, anche ulteriori e concorrenti forme di assistenza [rectius, di presa in carico terapeutica], domiciliari (ad esempio articolo 22, 23) residenziali e semi-residenziali (articolo 30 e ss), secondo crescenti livelli di assistenza che includono i trattamenti estensivi e di lungo assistenza [rectius, continuità terapeutica], con una ripartizione degli oneri tra Servizio sanitario nazionale ed utente/Comune che non sembra divergere dal previgente assetto regolamentare*».

Il Consiglio di Stato ha poi precisato, rispetto ai rilievi critici dei ricorrenti sul concetto di “sanità a tempo” (cioè con data di “scadenza” prefissata), che le scadenze temporali perentorie per la presa in carico del Servizio sanitario non sono legittime: «*La previsione di un limite temporale di durata del trattamento estensivo, fissata in 60 giorni e legata evidentemente alle condizioni di appropriatezza del trattamento, non è cogente, come è fatto palese dalla indicazione “di norma”, dovendo, dunque, escludersi ogni paventato automatismo nella definizione della durata del trattamento che, pertanto, andrà stimata sulla scorta delle effettive condizioni dell’assistito e sulla scorta di una specifica valutazione multidimensionale. Ove permangano le esigenze di un trattamento estensivo – per esempio in tutte le degenze in Casa di cura, deospedalizzazione protetta, continuità assistenziale a valenza sanitaria (Cavs)... – gli oneri resteranno, dunque, a carico del Servizio sanitario nazionale*».

Inoltre, la permanenza del paziente malato cronico non autosufficiente nelle fasi a diversa intensità (intensiva, estensiva, cosiddetta lungoassistenza 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, **annulla in toto** quanto stabilito dal decreto 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.

○ **Divieto di ingerenza delle Regioni**

Sulla titolarità dello Stato nel definire i Lea e sulla illegittima ingerenza delle Regioni in tale sfera, il Consiglio di Stato ha osservato che i «*livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, di cui all’art. 117 Cost., comma 2, lett. m)*, tra cui vanno evidentemente inclusi i livelli essenziali

di assistenza, intesi come espressione delle soglie minime di prestazione idonee a garantire, nel rispetto dei fondamentali principi di uguaglianza e solidarietà, la tutela del diritto costituzionalmente garantita alla salute, ex art. 32 Cost., non costituiscono una "materia" in senso stretto, ai fini del riparto delle competenze legislative fra Stato e Regioni, rappresentando piuttosto **una competenza trasversale del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie**, rispetto alle quali il legislatore deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, **il godimento del contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarli o condizionarli** (così, Corte Costituzionale, sentenza 26 giugno 2002, n. 282)».

Le Regioni hanno, pertanto, solo «**competenze organizzative**» che devono essere «conformate da prescrizioni varate a livello nazionale onde orientarne l'azione in un'ottica di omogeneizzazione verso standard uniformi», prescrizioni da adottare in sede di appositi accordi.

○ **Prestazioni domiciliari**

La sentenza ha confermato i Lea nella parte in cui prevedono che le prestazioni domiciliari sono a carico del Servizio sanitario nazionale solo per quel che concerne l'«**assistenza tutelare professionale**». Questo punto, fortemente negativo, escluderebbe dalle prestazioni obbligatorie per il Servizio sanitario nazionale il doveroso riconoscimento, e l'erogazione della rispettiva quota sanitaria non vincolata a valutazione economica dell'utente e del suo nucleo familiare, quelle volontariamente svolte dai congiunti (direttamente o tramite terze persone – badanti, assistenti famigliari...) a favore dei propri congiunti malati/con disabilità non autosufficienti.

Va ricordato che queste prestazioni sono in ogni caso **attività di tutela della salute**, poiché prestate nei confronti di persone che non sono in grado a causa della loro patologia/disabilità di soddisfare le loro più elementari esigenze vitali e che hanno sempre bisogni sanitari e socio-sanitari indifferibili. Nei loro confronti la mobilitazione per evitare piaghe, l'idratazione, l'alimentazione, il controllo costante delle condizioni e dei parametri vitali da comunicare al personale medico-infermieristico, il controllo della somministrazione e dell'assunzione dei farmaci e i relativi effetti... sono tutte azioni che rientrano nel campo delle prestazioni volte alla tutela della salute del malato/persona con disabilità e quindi rientranti sotto la disciplina dell'**articolo 32 della Costituzione**.

○ **Gerarchia delle norme**

Su un altro punto fondamentale del ricorso, il Consiglio di Stato ha espresso purtroppo parere negativo: il rilievo dei ricorrenti sul fatto che il decreto di modifica dei Livelli essenziali delle prestazioni Lea **non è legge**. I ricorrenti avevano sostenuto pertanto la non validità di un atto meramente amministrativo come strumento utilizzato per modificare – in modo radicale, tanto che i ricorrenti lo hanno definito «*la più grande controriforma della sanità pubblica italiana*» – i precedenti Livelli essenziali, aventi forza di legge (articolo 54 della legge 289/2002).

Va rilevato che **le procedure di delega dell'attività legislativa** dal Parlamento al Governo sono ben definite nel nostro ordinamento dall'articolo 76 della Costituzione: «*L'esercizio della funzione legislativa non può essere delegato al Governo se non con determinazione di principi e criteri direttivi e soltanto per tempo limitato e per oggetti definiti*». Condizioni che in questo caso non si sono assolutamente verificate.

Il Consiglio di Stato ha ritenuto invece valida la modifica dei precedenti Livelli essenziali con il solo decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017. Più che la modifica sarebbe meglio dire **lo stravolgimento dei precedenti Lea**, visto che la platea è stata allargata a tutte le persone malate e/o con disabilità **di qualunque età**. Secondo il Consiglio di Stato un qualsiasi decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, può quindi stravolgere anche per il futuro i Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie, cioè il nucleo fondamentale e irriducibile delle prestazioni a cui gli utenti malati hanno diritto!

○ **Conclusioni**

Come ha precisato l'Ordine dei Medici di Torino negli importanti documenti del 6 luglio 2015 e del 21 marzo 2016, i malati non autosufficienti sono persone «*colpite da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici*». In poche parole, sono persone malatissime che hanno necessità di interventi terapeutici, nei quali vanno compresi tutti i trattamenti e le prestazioni di cui hanno necessità, così come le valenze sociali del lavoro clinico (...), che non vanno confuse con le prestazioni del settore dell'Assistenza sociale. Solo in via assolutamente secondaria, infatti, – e in ogni caso per una percentuale minoritaria di casi – si tratta di pazienti necessitanti interventi di Assistenza sociale per motivi di indigenza economica, oggi di competenza dei Comuni. Analoga è la condizione delle persone con disabilità e/o autismo e limitata o nulla autonomia. Nella sentenza in oggetto le persone con disabilità/malati non autosufficienti vengono descritti come «*particolari categorie di soggetti i cui bisogni intercettano forme di assistenza riconducibili tanto all'area sanitaria che a quella propria dei servizi sociali, soggette in astratto, come meglio di seguito evidenziato, a regime differenziati e, rispetto alle quali, in presenza di determinati presupposti, è stata del tutto condivisibilmente prevista un'erogazione congiunta*».

È purtroppo una impostazione errata che avvalga l'**integrazione socio-sanitaria**, allo scopo di limitare/vincolare l'erogazione delle prestazioni sanitarie per i malati/persone con disabilità non autosufficienti a criteri economici/lsee o di condizioni personali/familiari; procedure che sono proibite dalla legge. **La sentenza comunque pone in modo netto l'accento sulla titolarità della presa in carico complessiva del Servizio sanitario nazionale.** Vale la pena qui accennare che ciò, pur nell'ottica della più volte richiamata valutazione multidimensionale contestata dai ricorrenti, se lascia aperta la strada al concorso di più professionisti nella presa in carico del paziente non autosufficiente (medici, infermieri, Oss, assistenti sociali...), **vieta che le valutazioni** degli stessi, o peggio di altri settori come quello dei Comuni, **possano negare la presa in carico del paziente** non autosufficiente in base ad arbitrari criteri (spesso economici) di valutazione.

Nelle parti relative alla "**sanità a tempo**" (com'era stata chiamata nel ricorso la fissazione di limiti perentori per la fine dei percorsi sanitari), la sentenza dà ulteriore conferma della assoluta legittimità e congruenza della richiesta di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie attraverso la pratica della "**Opposizione alle dimissioni e richiesta della continuità terapeutica**" (almeno 10mila casi affrontati negli ultimi trent'anni, conclusi con l'assicurazione delle cure sanitarie e socio-sanitarie domiciliari o residenziali per tutti i casi che hanno seguito le indicazioni del Csa o della Fondazione promozione sociale onlus – cfr. www.fondazionepromozionesociale.it).

Il testo fornisce ulteriori argomentazioni di **conferma del diritto esigibile alle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie**, che sono state aggiunte al facsimile di lettera citato di "Opposizione alle dimissioni" e vanno tenute in conto nelle istanze già in corso e in quelle future, eventualmente seguite dalle associazioni impegnate nella difesa dei casi personali. Per esempio, sarebbe opportuno citare le argomentazioni della sentenza, nelle risposte alle comunicazioni delle Aziende sanitarie o alle richieste di pagamento delle Case di cura che considerano **illegittimamente conclusa, ad una certa data prefissata, la degenza del paziente cronico non autosufficiente**, in genere falsamente indicato come malato «*stabilizzato*» e considerato – aspetto che confligge con il buon senso e con le sue reali condizioni, oltre che con la normativa – non più bisognoso di cure sanitarie.

Sul fronte della **psichiatria** e delle dipendenze, la sentenza annulla le parti che prevedono la presa in carico sanitaria limitata nel tempo. Si profila a questo punto la decadenza delle analoghe disposizioni – nessuna, a nostra conoscenza, avente forza di legge – dell'Accordo Stato-Regioni del 17 ottobre 2013 "Le strutture residenziali psichiatriche", che introduceva le degenze "a tempo" dei malati psichiatrici, nonchè di tutti i provvedimenti regionali approvati con riferimento ad esso.

Rimane l'impegno per riprendere con forza **iniziative nei confronti del Parlamento e del Governo**, per ottenere il riconoscimento del diritto al contributo sanitario e alla presa in carico per le prestazioni domiciliari, anche per la parte assicurata da competenze non professionali.

DIRITTO ALLE PRESTAZIONI LEA

*Cure a casa, Centri diurni, Comunità alloggio,
ricovero in Residenze sanitarie assistenziali*

FIRMA LA PETIZIONE EUROPEA!



Il Parlamento europeo ha preso in esame la

“Petizione sulle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie per le persone malate/con disabilità-autismo e non autosufficienti”.

*Per affermare il loro pieno diritto a ricevere le prestazioni dalle istituzioni, con priorità alle cure domiciliari è molto importante sostenere la Petizione. Infatti il numero di adesioni è uno dei primi elementi valutati dalla Commissione che le prende in esame. Aderisci anche Tu... Ecco **come fare in due passi**:*

1^) REGISTRATI AL PORTALE DELLE PETIZIONI DELLA COMMISSIONE EUROPEA...

Dal seguente indirizzo: <https://petiport.secure.europarl.europa.eu/petitions/it/home> seleziona nell'intestazione della pagina l'opzione "**Registrati qui**" e immetti i dati richiesti...

2^) ...SOSTIENI LA PETIZIONE

Dallo stesso indirizzo <https://petiport.secure.europarl.europa.eu/petitions/it/home> al fondo pagina clicca "**Sostieni petizione**". Inserisci il codice della Petizione: "**1147/2016**"; a fondo pagina si può visualizzare la petizione e, nella schermata successiva, schiaccia il tasto "**Sostieni la petizione**" per sottoscrivere il documento.

Tutti gli aggiornamenti saranno pubblicati sul sito www.fondazionepromozionesociale.it