

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

ECC.MO CONSIGLIO DI STATO

in sede giurisdizionale

RICORSO IN APPELLO

con istanza cautelare

proposto da

- Associazione **“PROMOZIONE SOCIALE”**, in persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore, sig. Andrea Ciattaglia, con sede legale in 10124 Torino, Via Artisti n. 36 (C.F. 97557070014), autorizzato con delibera assembleare in data 02.07.2018

- Associazione **“IN NOME DEI DIRITTI” Onlus**, in persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore, sig. Vitali Vittorio, con sede legale in Scandicci (FI) Via Masaccio n. 34 A (C.F. 94200080482) autorizzato con delibera assembleare del 07/07/2018

- **M.T.D.** - MOVIMENTO PER LA TUTELA DEI DIRITTI DELLE PERSONE DIVERSAMENTE ABILI E QUELLE NON AUTOSUFFICIENTI ORGANIZZAZIONE ONLUS, in persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore, ing. Arek Filibian, con sede legale in Pavia, Piazzale Salvo D'Acquisto n. 8 (C.F. 96062140189) autorizzato con delibera del Consiglio direttivo in data 27.07.2018

- Associazione **A.Di.N.A.** - Associazione per la Difesa dei Diritti delle Persone Non Autosufficienti - in persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore, Dott.ssa Anna Nocentini, con sede legale in Piazza Balducci 8, 50129 Firenze (C.F. 9408018048) autorizzato con delibera del 17.07.2018,

- Associazione **UMANA** (Unione per la difesa dei diritti dei Malati Anziani Non Autosufficienti) in persona del Presidente e legale rappresentante pro tempore, sig.ra Elena Brugnone, con sede legale in 06126 Perugia, Strada comunale San

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

Vetturino n. 8/F (C.F. 94145920545) autorizzato con delibera del Consiglio direttivo in data 27.08.2018

con istanza di ammissione al gratuito patrocinio (doc. a)

tutte rappresentate e difese dall'avv. Maria-Luisa Tezza (TZZMLS64S68Z133F) con studio in Verona, via Pomposa n. 20 (fax 0458276201 pec avvmarialuisatezza@puntopec.it) ed elett.te dom.ti presso lo studio dell'avv. Alessandra Mari (MRALSN66B67H501G) in 00197 Roma, Via A. Caroncini n. 51 (fax n. 06-3223394 PEC alessandra.mari@legalmail.it) giusta procura speciale in calce al presente atto,

contro

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI in persona del Presidente del Consiglio dei Ministri legale rappresentante pro tempore (C.F. 80188230587), presso l'Avvocatura Generale dello Stato, in 00186 Roma, Via dei Portoghesi, 12

e con notifica a

MINISTERO DELLA SALUTE in persona del Ministro legale rappresentante pro tempore (C.F. 80242250589), presso l'Avvocatura Generale dello Stato, in 00186 Roma, Via dei Portoghesi, 12

nonché a

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE in persona del Ministro legale rappresentante pro tempore (C.F. 80415740580), presso l'Avvocatura Generale dello Stato, in 00186 Roma, Via dei Portoghesi, 12

avverso e per la riforma,

della **sentenza del Tar Lazio n. 04214/2018**, pubblicata il 17.04.2018 , nel procedimento n. 04725/2017, non notificata (**doc. 1**)

e quindi per l'annullamento

- del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 12.01.2017, pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18.03.2017 ad oggetto: *“Definizione e aggiornamento dei livelli*

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"

- nonché di ogni altro atto, anche endoprocedimentale, connesso e/o accessorio, presupposto e/o consequenziale rispetto al decreto impugnato.

* * *

I LEA – Livelli Essenziali di Assistenza SANITARIA

Il giudizio *de quo* verte in una materia che attiene al **diritto alla salute** tutelato in modo universale a tutti i livelli nazionali, comunitari ed internazionali quale ambito inviolabile della dignità umana.

Il *thema decidendum* attiene, infatti, ai **LEA – LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA SANITARIA** che delineano i **limiti**, appunto, **essenziali, delle prestazioni socio-sanitarie, in quanto tali non derogabili e non comprimibili da altre fonti secondarie** (tantomeno un mero atto amministrativo come il decreto impugnato) dopo che, con la riforma introdotta con L. Cost. 3/2001, tale materia è stata inserita tra quelle di **legislazione esclusiva** dello Stato al fine di garantire su tutto il territorio nazionale una uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti.

La tutela a livello costituzionale (**art. 32 Cost.**) è massima, tanto da riservarne la disciplina al legislatore statale in modo da garantirne l'uniformità su tutto il territorio nazionale (**art. 117, co. 2, lett. m, Cost.**).

Parimenti elevata è la valenza a livello internazionale, a cominciare dalla **Costituzione dell'Organizzazione mondiale della Sanità**, in base alla quale "*La salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non consiste solo in un'assenza di malattia o d'infermità*"; a livello europeo, la **Carta sociale europea**, promossa dal Consiglio d'Europa e in vigore dal luglio 1999, prevede dettagliate misure per

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

rendere effettivo il diritto alla protezione della salute, e precisamente (art. 11):
"misure volte in particolare ad eliminare, per quanto possibile, le cause di una salute deficitaria".

La **Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea**, in vigore dal dicembre 2009, dispone, all'art. 35 che *"Nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche e attività dell'Unione è garantito un **livello elevato** di protezione della salute umana"*. La disamina di tutti gli atti normativi internazionali e comunitari rende evidente l'impegno posto a protezione della sanità pubblica declinata nei suoi differenti ambiti, in modo da raggiungere parametri elevati di qualità delle prestazioni (come prescritto dall'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali e ribadito nell'art. 168 TFUE).

In detto contesto normativo, nazionale ed internazionale, **il decreto impugnato – mero atto amministrativo - riscrive integralmente i LEA preesistenti, riducendo in termini quali-quantitativi lo standard di assistenza garantito con L. 289/2002** (art. 54).

* * *

FATTO

A) In data 18.03.2017 veniva pubblicato sulla G.U. n. 65 il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 12.01.2017 ad oggetto *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*.

In questa sede rileva la parte contenuta nel **Capo IV "Assistenza sociosanitaria"** (artt. 21-35) ed, in particolare i seguenti articoli:

21: "Percorsi assistenziali integrati", "domiciliari, semiresidenziali e residenziali" *"afferenti l'area sanitaria e l'area dei servizi sociali"* (comma 1). Il SSN garantisce la *presa in carico* ed i *trattamenti terapeutico-riabilitativi, semiresidenziali e residenziali* *"quando necessari"*, in base alla *valutazione multidimensionale* (che valuta i *bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e sociale*); *modalità, procedure e strumenti* della detta valutazione sono

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

elaborati dalle *Regioni* (comma 2 e 4). L'Unità di valutazione multidimensionale elabora anche il *PAI – Progetto di assistenza individuale* (comma 2)

22. “Cure domiciliari”: il *bisogno clinico, funzionale e sociale* è accertato tramite la *valutazione multidimensionale* (comma 1-3); le “*cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale*” a carico **100% del SSN per i primi 30 giorni dopo la dimissione ospedaliera** e per il 50% *nei giorni successivi*.

29. “Assistenza residenziale extra-ospedaliera ad elevato impegno sanitario”: le cure *residenziali* nella fase *intensiva* ad “*elevato impegno sanitario*” per le “*patologie non acute*” con “*alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità*” che richiedono “*pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore*” sono a carico **100% SSN** (comma 1). La *durata del trattamento* è definita *secondo le modalità* fissate dalla Regione al fine della *valutazione multidimensionale* (comma 2).

30. “Assistenza sociosanitaria residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti”: le “*prestazioni professionali di tipo medico, infermieristico, riabilitativo e di riorientamento in ambiente protesico, e tutelare, accertamenti diagnostici, assistenza farmaceutica, fornitura dei preparati per nutrizione artificiale e dei dispositivi medici di cui agli articoli 11 e 17, educazione terapeutica al paziente e al caregiver*” se: **a) estensivi**, per le *patologie* che richiedono *elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore*, **sono a carico 100% SSN per la durata di norma non superiore a 60 giorni** (durata determinata in sede di valutazione multidimensionale secondo le *modalità definite dalla Regione*); se invece **b) “di lunga assistenza”**, sono a carico del SSN *per una quota pari al 50% della tariffa giornaliera*.

32. “Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo”: se “*ad alta*

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

intensità”, 100% SSN per una “*durata massima di 3 mesi*”; se “*a media intensità*” 100% SSN per una “*durata massima di 6 mesi*”; se “*a bassa intensità*” 100% SSN per una “*durata massima di 12 mesi*”;

33. “Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali”: 100% SSN se a) “*ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (carattere intensivo)*” ma per la “*durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi*” e solo se erogata in strutture con “*personale sanitario e socio-sanitario sulle 24 ore*”; 100% SSN se b) di “*media intensità*” “*a carattere estensivo*” ma per la *durata massima di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi*” e solo se erogata in strutture con “*personale socio-sanitario sulle 24 ore*”; 40% SSN se c) “*a bassa intensità*”.

34. “Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità” ed in ogni caso “*non autosufficienti*”: 100% SSN se a) *intensiva* e con “*presenza di personale infermieristico sulle 24 ore*” per “*45 giorni*”; 100% SSN se b) *estensiva* con “*presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore*” per “*60 giorni*”; se c) “*di recupero a mantenimento*” per i *disabili gravi* inseriti in “*strutture*” ad “*elevato impegno assistenziale e tutelare*”, 70% SSN; se l’impegno assistenziale e tutelare è moderato, 40% SSN

35. “Assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche”: 100% SSN per *massimo 18 mesi* in strutture con “*presenza di personale socio-sanitario sulle 24 ore*”, per *massimo 18 mesi* in strutture con “*presenza di personale sulle 24 ore*”, per *massimo 30 mesi* in strutture con “*presenza di personale socio-sanitario nell’arco della giornata*”.

Viene, inoltre, in rilievo l’art. 64 “**Norme finali e transitorie**” laddove, al comma 5, così prevede: “**Il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 recante “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” e**

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

successive integrazioni e modificazioni è abrogato, ...”.

* * *

B) Il quadro normativo

Per comprendere la portata rivoluzionaria del decreto impugnato, misconosciuta dal Giudice di primo grado, è necessario ricostruire il quadro normativo all'interno del quale lo stesso si colloca. Ci troviamo, infatti, di fronte alla più grande **controriforma della sanità pubblica.**

Il **quadro normativo** che disciplina la materia è costituito dalla L. 833/1978, dalla L. 730/1983, dal D.Lgs. 502/92, dalla L. 328/2000, dal D.P.C.M. 14 febbraio 2001 (atto di indirizzo e coordinamento che ai sensi dell'art. 26 della L. 833/1978 ha definito che le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali), dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 e dalla L. 289/2002.

a) La L. 833/78 e la L. 730/1983

La riforma sanitaria attuata con la **L. 833/1978** (*“Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”*) ha stabilito l'erogazione gratuita delle prestazioni di carattere sanitario in favore di tutti i cittadini (artt. **1, 3, 19, 26 e 53**).

L'**art. 30, comma 2**, della **L.730/1983** dispone che *“Sono a carico del Servizio sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali”*.

Il successivo D.P.C.M. 8.8.1985 individuava dette attività in quelle che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché diretti immediatamente e in via prevalente alla *tutela della salute* del cittadino ed estrinsecantisi in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di *cura e/o riabilitazione* fisica e psichica.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

b) Il D. Lgs. 502/1992

La riforma sanitaria *ter* (D.Lgs. 229/99) ha dato una più ampia definizione delle **prestazioni socio-sanitarie** prescrivendo (**art. 3 *septies* D.Lgs. 502/1992** come modificato dal D. Lgs. 229/1999) che:

- “1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.
2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono: **a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; **b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l’obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute.
3. **L’atto di indirizzo e coordinamento** di cui all’articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419, da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro per la solidarietà sociale, **individua sulla base dei principi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni.** Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni socio sanitarie a elevata **integrazione sanitaria** di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5, e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario.
4. **Le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria** sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, **patologie psichiatriche** e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, **inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative**.
5. Le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria **sono assicurate dalle aziende sanitarie** e comprese nei **livelli essenziali di assistenza sanitaria**, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

c) Il DPCM 14.02.2001

L’***atto di indirizzo e coordinamento*** di cui al detto comma 3 è stato emanato con **DPCM 14.02.2011** (“**Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie**”) che all’**art. 3** così stabilisce:

1. Sono da considerare **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale** le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di **competenza delle aziende unita' sanitarie locali ed a carico delle stesse**, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

3. 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 intensita' 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, inabilita' o disabilita' 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 **lungoassistenza**.

L'art. 4 co. 2 DPCM 14.2.2001 configura espressamente un *diritto soggettivo* a beneficiare delle prestazioni socio-sanitarie integrate previste dal decreto.

Il **D.P.C.M. 14.2.2001** (*"Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie"*) ha quindi individuato le prestazioni (domiciliari, semiresidenziali e residenziali) da ricondurre alle suddette tipologie ed ha proceduto alla ripartizione degli oneri superando il criterio dell'accertamento in concreto, a favore di una ripartizione convenzionale precisando i ***criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni*** (e ciò senza limiti di durata) che vengono di seguito sintetizzati:

- **Disabili:**

- 100% SSN nelle fasi intensive ed estensive e nei casi di responsabilità minimale;
- 70% SSN e 30% a carico del Comune/utente se disabili gravi

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

- 100% SSN se minori affetti da disturbi comportamentali o patologie di interesse neuropsichiatrico

- Anziani:

- 100% SSN nelle fasi intensive ed in quelle estensive ad elevata integrazione sanitaria;
- 50% SSN e 50% Comune/utente nella lungoassistenza residenziale e semiresidenziale

- cure domiciliari:

- 100% SSN se assistenza infermieristica e di riabilitazione
- 50% SSN e 50% Comune/utente se assistenza tutelare
- 100% Comune/utente se aiuto domestico e familiare

- Dipendenza da droga, alcool e farmaci

- 100% SSN prestazioni terapeutico-riabilitative e trattamenti specialistici compreso periodo in comunità

- Psichiatria:

- 100% SSN nei servizi residenziali e semiresidenziali (riferimento PO 1998/2000);
- dal 30% al 70% SSN nelle strutture residenziali a bassa intensità assistenziale.

In particolare la tabella allegata al citato D.P.C.M., nella parte concernente le prestazioni erogate a favore degli “**anziani e persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative**” esplica che le spese per “*cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo e diurno*” ed, in particolare, “*l’assistenza in fase intensiva*” e “*le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva e di lungo assistenza*” devono essere addebitate nella misura del **100% a carico del SSN**.

d) Il DPCM 29.11.2001 avente forza di legge ex art. 54 L. 289/2002

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

Dopo la riforma del titolo V Cost. tale disciplina e ripartizione convenzionale è stata trasfusa nel **D.P.C.M. 29.11.2001** (“*Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza*”) che ha definito *i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie (LEA)*, di competenza esclusiva dello Stato e che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117 co. 2 lett. m) Cost.).

L’all.1C (“*area integrazione socio-sanitaria*”) del **D.P.C.M. 29.11.2001** nel definire i livelli essenziali di assistenza evidenzia le prestazioni sanitarie di rilevanza sociale ovvero *le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili*, riproponendo di fatto i medesimi criteri di ripartizione già sanciti dal DPCM 14.02.2001.

Si tratta di limiti minimi di assistenza non derogabili (tantomeno da un decreto ministeriale quale quello impugnato) dopo che, con la riforma introdotta con L. Cost. 3/2001, tale materia è stata inserita tra quelle di **legislazione esclusiva** dello Stato al fine di garantire *su tutto il territorio nazionale* una uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti (art. 117, comma 2, lett. m Cost.: “*Lo Stato ha legislazione esclusiva nelle seguenti materie: ... m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*”).

Sulla piena rispondenza dei LEA socio-sanitari così definiti con la fattispecie di cui all’art. 117 comma 2 lett. m) Cost., la Corte Costituzionale si è già definitivamente pronunciata¹ riconoscendone l’importanza quale fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata **uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti**; il godimento dei livelli essenziali di assistenza come definiti dal D.P.C.M. 29.11.2001, infatti, deve essere *assicurato a tutti in condizioni di uguaglianza*

¹ *ex plurimis* C.Cost., sentt. 282/2002, 88/2003, 353/2003, 383/2003, 387/2007, 271/2008.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

sul territorio nazionale², affinché non si verifichi che in parti di esso gli utenti debbano, in ipotesi, assoggettarsi ad un regime di assistenza sanitaria inferiore per qualità e quantità, a quello ritenuto intangibile dallo Stato³.

I LEA vengono quindi posti sul *piano dei **diritti soggettivi pienamente esigibili e azionabili***, non risolvendosi in altro se non nel ***nucleo incompressibile del diritto alla salute*** “*Nemmeno le esigenze della finanza pubblica, infatti, possono assumere un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della persona umana (C. Cost., sent. 309/1999).*

I LEA contenuti nel DPCM 29.11.2001 hanno subito un **processo di “legificazione”** in forza dell’art. 54 L. 289/2002 che così statuisce:

1. Dal 1° gennaio 2001 **sono confermati i livelli essenziali di assistenza previsti dall’articolo 1, COMMA 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502, e successive modificazioni**
2. **Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all’allegato 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 ...**”

L’all. 1.C del dcpm 29.11.2001 definisce (ricalcando in sostanza quanto già previsto nel DPCM 14.04.2001) le percentuali di oneri a carico del SSN (c.d. quota sanitaria) e dei Comuni (c.d. quota sociale) in merito alle prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali che devono essere obbligatoriamente assicurate alle persone con disabilità intellettiva o con autismo e limitata o nulla autonomia, ai pazienti con problemi psichiatrici agli anziani malati cronici non autosufficienti, infermi ai quali vengono generalmente equiparati i soggetti colpiti dal morbo di Alzheimer o da altre forme di demenza senile.

* * *

² C.Cost. 282/2002

³ C.Cost. 271/2008 e 387/2007

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

C) il DPCM 12.01.2017 quale norma regolamentare di rango secondario

All'interno del detto cogente ed imprescindibile quadro normativo, si colloca il decreto impugnato che nonostante abbia, come indicato nel proprio oggetto, un ambito operativo necessariamente limitato “*all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”, interviene in una materia coperta da riserva assoluta di legge abrogando e modificando una norma di rango primario, ovvero l'art. 54 L. 289/2002 attuando quella che possiamo ritenere la più importante **riforma del SSN**.

* * *

D) con ricorso notificato in data 15.05.2017, le associazioni “**PROMOZIONE SOCIALE**”, U.T.I.M. - **Unione per la Tutela delle Persone con Disabilità Intellettiva**, “**IN NOME DEI DIRITTI**”, “**SENZA LIMITI ONLUS**”, **M.T.D.**, **A.Di.N.A.**, **ASSOCIAZIONE UMANA**, **GRUPPO VOLONTARIATO ASSISTENZA HANDICAPPATI GVA - ONLUS** impugnavano il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 12.01.2017, pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18.03.2017 ad oggetto: “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*” nonché di ogni altro atto, anche endoprocedimentale, connesso e/o accessorio, presupposto e/o consequenziale per i seguenti motivi:

I: VIOLAZIONE DI LEGGE: artt. 1 e 15 preleggi; artt. 70, 81, 87, 32, 117 comma 1 e comma 2, lett. m, Cost.; L. 833/78; ECCESSO DI POTERE: sviamento; INCOMPETENZA in quanto il decreto impugnato, mero atto regolamentare, non può abrogare (come invece prevede nell'art. 64, comma 5) la normativa precedente (avente forza di legge ex art. 54 L. 289/2002), nè può modificare quanto previsto da norme legislative ed introdurre nuovi “*livelli essenziali*”

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

delle prestazioni” nella materia della tutela del diritto alla salute (art. 32 Cost.) nella quale opera la riserva assoluta di legge ai sensi dell’art. 117, secondo comma, lettera m); né, tantomeno, può **intervenire su materie che esulano dalla specifica cornice imposta dalla L. 208/2015** (legge di stabilità 2016) all’art. 1, comma 553.

II: VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 3, 23, 32 e 117, lett. m, Cost.; art. 30 L. 730/83; artt. 1,3,19,53 e 63 L. 833/78; D.Lgs. 502/92; VIOLAZIONE PRINCIPIO DI NON DISCRIMINAZIONE: art. 3 Cost. in quanto l’accesso alle prestazioni sanitarie - e ciò anche nel caso di prestazioni sanitarie indifferibili - viene condizionato alla previa valutazione multidimensionale che, in quanto tale, comprende ambiti sociali (patrimoniale, familiare, ambientale) che esulano dalla dimensione clinica.

III VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 3 e 117, lett m, Cost; D.Lgs. 502/92; L. 833/78; Convenzione Europea dei Diritti dell’Uomo, art. 14; Carta europea dei diritti fondamentali, art. 21; Convenzione O.N.U. sui diritti delle persone con disabilità”; L. 104/92 in quanto il DPCM impugnato demanda alle **Regioni** (art. 21) la definizione delle “*modalità, ... procedure e .. strumenti di valutazione multidimensionale*”, valutazione che condiziona l’accesso alla cura sulla base i criteri definiti, appunto, su base regionale

IV: VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 30 L. 730/83; art. 3, 32, 38 e 117, comma 2, lett. m), Cost; artt. 1,3,19,53 e 63 L. 833/78; dpcm 14.02.2001 e 29.11.2001 nella parte in cui (artt. 24-35) introduce differenziazioni e separazioni fra le attività sanitarie e quelle socio-sanitarie e quindi fra prestazioni intensive, estensive, per gli infermi acuti, per gli infermi cronici, per gli infermi cronici con riacutizzazioni così scindendo in modo fittizio la valenza “sociale” da quella sanitaria, violando l’unitarietà delle prestazioni sanitarie che, se ed in quanto tali, vanno poste interamente a carico del SSN.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

V: VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 3, 23, 32 e 117, comma 2, lett. m) Cost;
art 3 septies D.LGS. 502/92; art. 3 DPCM 14.02.2011; DPCM 29.11.2001; art.
26 L. 833/1978; art. 30 L. 730/1983; SVIAMENTO in quanto l'art. 29 del DPCM introduce una serie di limiti, in patente violazione di dette norme, riducendo l'ambito dell'accollo totale al SSN delle prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

VI: VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 3, 23 e 32 Cost; art 3 septies D.LGS.
502/92; art. 3 DPCM 14.02.2011; SVIAMENTO in quanto gli artt. 29 e 30 del DPCM impugnato fanno divenire a pagamento le prestazioni di alimentazione ed idratazione artificiale laddove erogate nei trattamenti estensivi e di lungoassistenza, in ambito domiciliare, e nel caso di patologie croniche e stabilizzate

VII: VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 23 e 32 Cost.; art 3 septies D.LGS.
502/92; art. 3 DPCM 14.02.2011 e 29.11.2001; art. 26 L. 833/1978; art. 30 L.
730/1983; SVIAMENTO in quanto l'art. 21, relativo alle cure domiciliari, nulla prevede per i criteri di finanziamento (delegando le Regioni a provvedere), salvo che per le "*prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale*" che sono "*interamente*" a "*carico del Servizio sanitario nazionale*" soltanto "*per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi*".

VIII: VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 32 Cost; art. 30 L. 730/83; artt.
1,3,26,19 e 53 L. 833/78; Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea,
art. 35; Carta Sociale Europea artt. 11 e 13; TFUE art. 168; L. 104/1992;
Convenzione di New York sui diritti delle persone con disabilità; D.LGS.
502/92; DPCM 14.02.2001 e 29.11.2001; SVIAMENTO; violazione principio

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

ragionevolezza nella misura in cui, nel Capo IV, viene introdotto un concetto di salute “a tempo”, mediante astratte e predeterminate scadenze temporali, decorse le quali vi è una diminuzione quali-quantitativa dello standard ed, addirittura, le prestazioni socio-sanitarie fino a quel momento erogate devono necessariamente cessare (e ciò con sorti non definite, nè definibili alla luce del testo impugnato).

E) la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero della Salute ed il Ministero dell’Economia e delle Finanze si costituivano con atto di mera forma in data 09.06.2017;

F) con sentenza n. 04214/2018, pubblicata il 17.04.2018, (**doc. 1**) il TAR Lazio respingeva il ricorso per ragioni che in questa sede vengono contestate per i seguenti motivi di

DIRITTO

I: VIOLAZIONE DI LEGGE: artt. 1 e 15 preleggi; artt. 70, 76, 81, 87, 32, 117 comma 1 e comma 2, lett. m, Cost.; L. 833/78; D.Lgs. 502/92; L. 289/2002 art 54; L. 400/1988; dpcm 14.02.2001 e 29.11.2001; ECCESSO DI POTERE: sviamento; INCOMPETENZA

La sentenza gravata ha rigettato la doglianza relativa all’incompetenza del Governo ad abrogare il precedente DPCM 29.11.2001 affermando che non vi sarebbe “*alcuna violazione del principio di gerarchia delle fonti, in quanto è lo stesso Governo che ha adottato il precedente decreto presidenziale del 2001 ad abrogare con una norma di pari rango normativo detta disposizione*”.

Detta statuizione appare inficiata dai gravi vizi indicati nell’oggetto del presente motivo.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

E' pur vero che **il dpcm 29.11.2001** è stato adottato dallo stesso Governo, ma il TAR dimentica che lo stesso aveva subito un processo di “legificazione” per effetto dell'art. **54 della L. 289/2002** che così dispone:

1. Dal 1° gennaio 2001 sono confermati i livelli essenziali di assistenza previsti dall'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni.

2. Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all'allegato 1 del **decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001**, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, con le esclusioni e i limiti di cui agli allegati 2 e 3 del citato decreto, con decorrenza dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto.

Giova ricordare che detto percorso di “legificazione” del D.P.C.M. 29.11.2001 era avvenuto a seguito dell'intervento di codesto Ill.mo Consiglio di Stato (**sentenza C.d.S., Sez. IV, 398/2004**) che ha rilevato come i Livelli Essenziali di assistenza socio-sanitaria:

- i. rientrano nelle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali di cui all'art. **117, comma 2, lett. m), Cost.** e quindi attengono alla **potestà legislativa esclusiva** dello Stato;
- ii. sono da considerare *“criteri per la concreta individuazione 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.”*;
- iii. solo *“...al **legislatore statale** spett(a) la definizione dei predetti livelli essenziali di assistenza”* in quanto *“espressione della contrapposizione dialettica tra le **forze parlamentari** di maggioranza e di opposizione rappresentativa di tutti i cittadini”* rappresentando *“l'unico strumento idoneo ad assicurare il giusto contemperamento degli interessi in gioco e a conseguire l'effettivo interesse pubblico”*.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

Del resto già la L. 833/78 ha disposto che (art. 3) “***La legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale di cui all'articolo 53, fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini***”.

Il DPCM 12.01.2017, invece, è **norma regolamentare di rango secondario che ABROGA E MODIFICA UNA NORMA DI RANGO PRIMARIO (ovvero l'art. 54 L. 289/2002)** e ciò in una materia coperta da **riserva assoluta di legge.**

Il tutto in **violazione dei principi fondamentali costituzionali** in base ai quali **per poter “delegificare” con norma regolamentare la disciplina di una determinata materia, è necessario che sia previamente approvata una legge c.d. abilitante** la quale, **non solo autorizzi detto intervento normativo, ma definisca i principi regolatori della materia differendo la prevista abrogazione alla successiva fonte secondaria.**

Ed infatti la L. 400/1988 art. 17, comma 2, prevede che:

Con decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei ministri, sentito il Consiglio di Stato, sono emanati i regolamenti per la disciplina delle **materie, non coperte da riserva assoluta di legge** prevista dalla Costituzione, per le quali **le leggi della Repubblica, autorizzando l'esercizio della potestà regolamentare del Governo, determinano le norme generali regolatrici della materia e dispongono l'abrogazione delle norme vigenti,** con effetto dall'entrata in vigore delle norme regolamentari.

Detta forza “abilitante” non è certo rinvenibile nell'art. 1, comma 564, della L. 208/2015 (legge di stabilità 2016) che così ha stabilito:

564. Al comma 3 dell'articolo 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, dopo le parole: «Consiglio dei Ministri», sono inserite le seguenti: «su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze,

così innovando il testo dell'art. 54, comma 3, della L. 289/2002:

3. La individuazione di prestazioni che non soddisfano i principi e le condizioni stabiliti dall'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché le modifiche agli allegati richiamati al comma 2 del presente articolo sono definite con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, **su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze,** di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

Detto inciso, introdotto dall'art. 1, comma 564, della L. 208/2015, **non indica né i principi generali regolatori della materia** (cornice normativa imprescindibile di riferimento) a cui il dpcm 12.01.2017 avrebbe dovuto attenersi, **né espressamente indica quali norme restano abrogate per effetto della delegificazione; requisito necessario al fine di consentire** l'intervento ("autorizzato" dalla delega) del potere governativo di interferire in materie già affidate alla potestà legislativa parlamentare ex art. 117, comma 1, Cost.

Nel caso, ciò non è avvenuto, dando, pertanto, vita ad un'inammissibile ed **illegittima abrogazione tacita** con l'effetto aberrante di fare dipendere la **validità di una norma di legge dalla sua compatibilità con una successiva norma regolamentare**, il tutto con patente **violazione del principio della gerarchia delle fonti** e della successione delle leggi nel tempo. A ciò si aggiunga la violazione dell'art. 76 Cost.

E' invero pacifico – come illustrato in primo grado e come si esporrà nei successivi motivi – che il provvedimento regolamentare impugnato non si limita, a meglio specificare/dettagliare le previsioni di legge sui LEA (definiti mediante disposizione di legge primaria, attraverso norma regolamentare); ma le **sostituisce *in toto***, riscrivendole integralmente e radicalmente, mediante **un atto di normazione secondaria in un quadro di illegittimità conclamata.**

Ed infatti la valenza abrogativa non solo è espressamente prevista nell'art. 64, comma 5, del decreto impugnato, ma la stessa **relazione del Ministero della Salute** sullo schema del provvedimento impugnato, (**doc. 5**) ne conferma la **valenza costitutiva-abrogativa**, avvalorandone – come esposto - la natura di vera e propria **rivoluzionaria “riforma del SSN”**:

“il provvedimento è **integralmente sostitutivo del DPCM 29 novembre 2001 e di numerosi altri provvedimenti attualmente in vigore.** Mentre il precedente decreto aveva un carattere sostanzialmente ricognitivo e si limitava, per la

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

maggior parte dei sottolivelli, ad una descrizione generica, rinviando agli atti normativi vigenti alla data della sua emanazione, **l'attuale provvedimento ha carattere effettivamente costitutivo, proponendosi come la fonte primaria per la definizione delle "attività, dei servizi e delle prestazioni" garantite ai cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione del Servizio sanitario nazionale.**" (pag. 1)

salvo poi prevedere (a pag. 7), con evidente contraddittorietà, che:

"Resta confermata la ripartizione degli oneri tra SSN e utente/Comune prevista DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio sanitarie" (pag. 7).

E' dunque lo stesso Ministero a precisare che il provvedimento impugnato sostituisce *in toto* le previsioni di **legge** sui LEA con atto di normazione secondaria la cui illegittimità è evidente.

In conclusione, quello che gli appellanti contestano non è, come ritenuto dal TAR al punto 2.1 della sentenza gravata, che sarebbe stato violato il principio di gerarchia delle fonti tra due DPCM, quello del 29.11.2001 e quello del 12.01.2017, bensì che detto principio è stato violato tra l'art. 54 L. 289/2002 - che dà **forza di legge** al DPCM 29.11.2001 - e il DPCM del 12.01.2017, che tale forza non ha (né può avere).

II: CARENZA DI MOTIVAZIONE; TRAVISAMENTO, FALSA APPLICAZIONE e VIOLAZIONE DI LEGGE: artt. 1 e 15 preleggi; art. 3, 32, 97 e 117 Cost; D.Lgs. 502/1992; L. 208/2015

Il TAR ha ommesso di esaminare un ulteriore profilo di censura, contenuto nel primo motivo del ricorso nella parte in cui veniva lamentato il fatto che il DPCM 12.01.2017 non solo non è legge, ma **esula anche dalla specifica cornice** imposta dalla legge delega del Parlamento.

La legge 208/2015 (legge di stabilità 2016) all'art. 1, comma 553, prevede «*la definizione e l'aggiornamento dei Lea di cui all'articolo 1, **comma 7**, del decreto legislativo 30 dicembre n. 502*».

Ma il citato art. **1, comma 7**, D.Lgs. 502/92 individua e delimita l'ambito di

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

intervento del detto DPCM e così prevede:

“7. Sono posti a carico del Servizio sanitario le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate. **Sono esclusi dai livelli di assistenza erogati a carico del Servizio sanitario nazionale** le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

- a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2;
- b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate;
- c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza”.

Detto **comma 7 NON individua**, dunque, i LEA, ma si limita ad indicare e richiamare principi e criteri generali alla cui stregua inserire od escludere all'interno degli stessi, servizi e prestazioni sanitarie.

Ed invero i LEA sono normati dal **comma 6**, dell'art. 1 del D.Lgs. 502/92:

I livelli essenziali di assistenza comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale. Tali livelli comprendono, ...:

- a) l'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) l'assistenza distrettuale;
- c) l'assistenza ospedaliera.

Ed infatti la L. 289/2002, all'art. 54, comma 1, precisa che ***“Dal 1° gennaio 2001 sono confermati i livelli essenziali di assistenza previsti dall'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 ...”***.

L'art. 54, nel comma 2, così dispone:

2. Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale **sono quelle individuate all'allegato 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001**, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, con le esclusioni e i limiti di cui agli allegati 2 e 3 del citato decreto, con decorrenza dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto.

Abbiamo già evidenziato come il DPCM 29.11.2001, in forza di detto richiamo, assume pertanto **forza di legge** e, dunque, disciplina con **valenza normativa di fonte primaria** i LEA siccome previsti nell'art. 1, comma 6, D.Lgs. 502/92.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

Ne deriva che il DPCM 29.11.2001 non può di certo essere “abrogato” dal DPCM.12.01.2017 che, come esposto, ha necessariamente un ambito limitato al contenuto dell’art. 1, **comma 7**, D.Lgs. 502/92.

Pertanto **in modo del tutto illegittimo il decreto impugnato all’art. 64, comma 5, prevede l’abrogazione del DPCM 29.11.2001.**

E’ infatti evidente che il decreto impugnato nella misura in cui intacca, ed addirittura abroga, quanto previsto dalla L. 298/2002 art. 54, esula dai limiti imposti allo stesso, identificati - dalla L. 208/2015 - nell’ambito dell’art. 1, **comma 7**, D.Lgs. 502/92.

In sintesi il decreto impugnato nella misura in cui interviene **fuori** dall’ambito circoscritto in cui è relegato per volontà legislativa (art. 1, **comma 7**, D.Lgs. 502/92) è privo del necessario supporto normativo ed in quanto tale del tutto illegittimo.

Nè vale affermare, come ritiene il TAR nella sentenza gravata, che non vi sarebbe violazione dell’art.1, co. 6, D.Lgs. 502/92 “*perché il testo dell’art. 1 del D.P.C.M. del 2017 riporta che “Il Servizio Sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principio ed i criteri indicati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dal d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche e indicazioni i seguenti livelli essenziali di assistenza:*

a) prevenzione collettiva e sanità pubblica;

b) l’assistenza distrettuale;

c) l’assistenza ospedaliera”, differenziandosi terminologicamente rispetto a quelli previsti dall’art. 1, comma 6 del d.lgs. n. 502/1992 nella lettera a) che individuava: “assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro”.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

A fronte di una mera differenza terminologica - che, peraltro, tale non è, data la totale sovrapposizione tra l’*“a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro”* prevista dal **comma 6**, dell’art. 1 del D.Lgs. 502/92 e la *“a) prevenzione collettiva e sanità pubblica”* dell’art. 1 del DPCM impugnato – è pacifico, come abbiamo già rilevato, la **valenza costitutiva-abrogativa del DPCM impugnato il quale è espressamente integralmente sostitutivo del DPCM 29.11.2001 ed, in quanto tale, non può non avere identico oggetto.**

III: TRAVISAMENTO E VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 3, 23, 32 e 117, lett. m, Cost.; art. 30 L. 730/83; artt. 1,3,19,53 e 63 L. 833/78; D.Lgs. 502/92; VIOLAZIONE PRINCIPIO DI NON DISCRIMINAZIONE: art. 3 Cost.

La sentenza gravata ha rigettato il secondo motivo di ricorso sostenendo che la censura ivi contenuta avrebbe offerto una *“lettura insufficiente”* degli articoli ivi richiamati, avendone i ricorrenti riportato *“il solo comma 2”*, omettendo il primo comma nel quale sarebbe riportata una *“articolata individuazione dei vari livelli”* di cura *“per ciascuna problematica medica individuati e sui quali si basa il criticato approccio multidimensionale”*.

Detta interpretazione travisa completamente la chiara lettera del DPCM impugnato il quale, per dare avvio ai percorsi di cura ivi individuati richiede una *“previa valutazione multidimensionale”* che, in quanto tale, attiene non solo ad aspetti clinici (di squisita valenza sanitaria), ma anche sociali (economici, familiari ecc.).

Ciò di cui si discute non è – come erroneamente ritenuto dal TAR – il *“percorso di cura”*, bensì il fatto che lo stesso sia condizionato e determinato dalla *“previa valutazione multidimensionale”* che, in quanto tale, involge aspetti che nulla hanno di sanitario.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

Che l'accesso alle cure sia **condizionata e determinata** da detta “*valutazione multidimensionale*” risulta dal chiaro testo degli artt. 21-34 i quali fanno sempre riferimento alla stessa: lo precisa l'art. 21 che introduce le linee generali dei “*percorsi assistenziali integrati*” condizionandone l'accesso alla previa “*valutazione dimensionale*” (art. 21, comma 2, 3 e 4) e lo dettagliano tutti i successivi articoli del Capo IV dedicato alle varie tipologie di “*assistenza socio-sanitaria*”:

- art. 22, comma 3: “*le cure domiciliari di primo livello ... secondo livello richiedono la **valutazione multidimensionale**... Le cure domiciliari ad elevata intensità ... richiedono la **valutazione multidimensionale**..”*
- art. 23, comma 2: «*le cure domiciliari palliative richiedono la valutazione multidimensionale ... sono integrate da interventi sociali in relazione agli esiti della valutazione multidimensionale*», art. art. 24, comma 2: «*l'assistenza distrettuale ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie tiene conto di eventuali condizioni di disabilità ed è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socio assistenziale emerso dalla valutazione*»
- art. 25 comma 2: «*l'assistenza distrettuale ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo e' integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socio assistenziale emerso dalla valutazione*»
- art. 26 comma 2: «*l'assistenza distrettuale alle persone con disturbi mentali è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione*»
- art 27, comma 2: «*l'assistenza distrettuale alle persone con disabilità complesse è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione*»
- art. 28, comma 2: «*l'assistenza distrettuale alle persone con dipendenze patologiche è integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione*»

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

- art. 29, comma 2: “*la durata è fissata in base alle condizioni .. che sono oggetto di specifica **valutazione multidimensionale***”
- i trattamenti terapeutico-riabilitativi ai “*minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo*”, “*alle persone con disturbi mentali*”, “*alle persone con disabilità*”, “*alle persone con dipendenze patologiche*” sono condizionati alla “**previa valutazione multidimensionale**” (art. 32, comma 1; art. 33, comma 1; art 34, comma 1, art. 35, comma 1).

Risulta, dunque, *per tabulas* come il DPCM impugnato preveda nel capo IV (in forma programmatica nell’art. 21 e poi declinato nei successivi articoli) che **l’accesso alle cure sanitarie** per il malato/persona con disabilità non autosufficiente **sia vincolato a preventiva valutazione integrata o multidimensionale**, cioè non solo in base a parametri clinici, ma **anche socio-economici**.

Il DPCM impugnato discrimina le persone non autosufficienti (malati cronici di tutte le età, persone con disabilità intellettiva e autismo e limitata o nulla autonomia) poiché introduce per le prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semi residenziali e residenziali la cosiddetta «*valutazione multidimensionale*», nei fatti una valutazione della **condizione economica** che affianca quella sanitaria, dall’esito della quale **fa dipendere la presa in carico** del malato non autosufficiente da parte del Servizio sanitario nazionale.

Patente è la violazione degli artt. 3 Cost. («*tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, **senza distinzione** di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, **di condizioni personali e sociali***») e 32 Cost. («*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*»), ma altresì dell’art. 1 della L 833/1978, tutt’ora vigente e istitutiva del Servizio sanitario nazionale che recita al Capo I - *Principi ed obiettivi* :

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

*«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione **senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio**».*

Invece il DPCM impugnato prevede nel capo IV (in forma programmatica nell'art. 21 e poi declinato nei successivi articoli) che **l'accesso alle cure sanitarie per il malato/persona con disabilità non autosufficiente sia vincolato a preventiva valutazione integrata o multidimensionale**, cioè non solo **in base a parametri clinici**, ma anche socio-economici. Il che significa **che i parametri cosiddetti economici**, in tale schema determinano l'accesso alla prestazione in generale e, quindi, anche a quella sanitaria in violazione dei suddetti principi di non discriminazione.

Se in base all'articolo 54 della L 289/2002 (cioè ai Lea come definiti nel DPCM 29 novembre 2001) un malato cronico non autosufficiente/una persona con disabilità intellettiva e/o autismo con limitatissima autonomia hanno **pieno ed esigibile diritto alla prestazione sanitaria** domiciliare, semi-residenziale e residenziale e, **solo in seguito all'erogazione di tale prestazione** legittimamente può essere svolta una valutazione socio-economica per determinare la contribuzione economica dell'utente, il DPCM impugnato stabilisce, invece, che questa valutazione avvenga «a monte» della prestazione sanitaria e sottopone anch'essa a parametri di valutazione che nulla hanno a che vedere con la condizione clinica del paziente.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

Ricordiamo, come già rilevato nel giudizio di primo grado, che tutte le persone non autosufficienti hanno in ogni caso esigenze sanitarie indifferibili per un arco giornaliero di 24 ore su 24 – esse non sono infatti capaci di fare alcunché da sole e sono destinate a morire in pochi giorni se lasciate senza prestazioni.

Ci riferiamo infatti ad **infermi e persone con disabilità e limitata o nulla autonomia che sono destinati a morire nel giro di 5- 6 giorni** se non ricevono le occorrenti indifferibili prestazioni diagnostiche (rese spesso complesse dall'impossibilità ed incapacità di segnalare la durata, l'intensità e a volte anche la localizzazione delle loro sofferenze) e terapeutiche (da monitorare con attenzione e con continuità soprattutto nei casi in cui i pazienti non sono in grado di comunicare l'efficacia dei trattamenti effettuati).

Esse, quindi, hanno diritto alla presa in carico da parte del Servizio sanitario nazionale in modo **indifferibile** così come disposto dalla L. 833/1978, ma anche stabilito proprio nel decreto impugnato per le parti relative all'assistenza socio-sanitaria (art. 5 «*Continuità assistenziale 1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce la continuità assistenziale per assicurare la realizzazione delle prestazioni assistenziali territoriali non differibili anche nelle ore serali e notturne e nei giorni prefestivi e festivi*» e art. 63 «*... Sono considerate urgenti le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute*»).

Come ben rilevato dall'Ordine dei Medici Chirurghi di Torino (**doc. 2**) «*il servizio sanitario nazionale deve operare nei confronti degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone con demenza senile sulla base degli stessi principi riconosciuti per gli altri malati, e quindi senza condizionamenti all'accesso alle prestazioni legati a valutazione UVG, il cui intervento può essere richiesto per accertamenti ed approfondimenti clinici, ma non può negare le cure».*

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

L'approccio corretto è, invece, quello previsto in altre parti del DPCM impugnato laddove la valutazione dell'esigenza di cura è demandata all'ambito **PRETTAMENTE SANITARIO**: art. 44 “*Riabilitazione e lungodegenza post-acuzie*”:

- «c) prestazioni di lungodegenza post-acuzie a persone non autosufficienti affette da patologie ad equilibrio instabile e disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale, che hanno bisogno di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero, e di sorveglianza medica continuativa nelle 24 ore, nonché di assistenza infermieristica non erogabile in forme alternative.
2. L'individuazione del setting appropriato di ricovero è conseguente alla **valutazione del medico specialista in riabilitazione che predispose il progetto riabilitativo e definisce gli obiettivi, le modalità e i tempi di completamento del trattamento, attivando la presa in carico dei servizi territoriali domiciliari, residenziali e semiresidenziali per le esigenze riabilitative successive alla dimissione**».

In questo caso, ferma restando la garanzia della continuità terapeutica, **la valutazione della condizione dell'utente è, giustamente, confinata alla dimensione clinica** e non comprende le componenti economico/sociali (patrimoniali, familiari, ambientali...) che invece vengono esaminate in sede di valutazione multidimensionale.

IV: VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 3 e 117, lett m, Cost; D.Lgs. 502/92; L. 833/78; Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo, art. 14; Carta europea dei diritti fondamentali, art. 21; Convenzione O.N.U. sui diritti delle persone con disabilità"; L. 104/92

La sentenza gravata esclude la violazione della normativa suesposta, affermando che invocando il comma 2, dell'art. 117 Cost., che “*attribuisce alla potestà legislativa concorrente della Regione “la tutela della salute”*”. Esclude, ancora, la violazione del principio di uguaglianza di cui all'art. 3 Cost. che imporrebbe “*la disciplina diversa di situazioni diverse*”.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

Orbene dimentica il TAR che i **LEA trovano disciplina nell'art. 117, comma 2, lett. m)** che, infatti, attribuisce allo Stato potestà legislativa **esclusiva** in materia di *“determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti **su tutto** il territorio nazionale”*.

Spetta, pertanto, allo Stato - e non alle Regioni - il compito di garantire *«uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale»* nel rispetto delle leggi vigenti.

Demandare, invece, alle Regioni (art. 21 del DPCM impugnato) la definizione delle *“modalità, ... procedure e .. strumenti di valutazione multidimensionale”* e, dunque condizionare la tutela del diritto alla salute a criteri definiti su **base regionale**;

a) non assicura la *«m) determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale»* e si pone quindi in contrasto con l'articolo 117 lettera m Cost.

b) è in violazione con il D.Lgs. 502/1992, art. 1, comma 2: *«Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i **livelli essenziali e uniformi di assistenza** definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse»*.

I livelli essenziali previsti dal decreto impugnato perdono la necessaria imprescindibile **uniformità** nel momento in cui il DPCM demanda al livello regionale la determinazione dei criteri delle commissioni di valutazione multidimensionale.

Parimenti illegittimo appare l'art. 29, comma 2, che demanda alle Regioni anche la

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

valutazione della «durata del trattamento ad elevato impegno sanitario» fissato «in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalle regioni e dalle province autonome».

E' pacifica la violazione del principio di uguaglianza, garantito **dall'art. 3 Cost.**, che trova, in riferimento alle persone disabili, ulteriore riconoscimento nella citata **Convenzione internazionale delle Nazioni Unite sulle persone con disabilità**, cui ha aderito anche l'Unione europea (Decisione del Consiglio n. 2010/48/CE, del 26 novembre 2009, relativa alla conclusione, da parte della Comunità europea, della convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità), e che pertanto vincola l'ordinamento italiano con le caratteristiche proprie del diritto dell'Unione europea, limitatamente agli ambiti di competenza dell'Unione medesima, mentre al di fuori di tali competenze costituisce un obbligo internazionale, ai sensi dell'art. 117, primo comma, Cost." (C. Cost., sent. 26.10.2012 n. 296).

Il principio di non discriminazione è sancito anche dalla **Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo** (art. 14) e dalla **Carta europea dei diritti fondamentali** (art. 21) entrambi pienamente vincolanti per le istituzioni europee e gli Stati membri.

Ricordiamo che già la **L. 833/1978 all'art. 1** ha previsto che il Servizio Sanitario Nazionale deve operare “**senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio**” stesso.

Ciò anche in ossequio alla "Convenzione O.N.U. sui diritti delle persone con disabilità" ratificata dall'Italia con L. 18/2009 la quale così stabilisce:

art. 25: “Gli Stati Parti riconoscono che le persone con disabilità hanno il diritto di godere del migliore stato di salute possibile, senza discriminazioni fondate sulla disabilità.”

art. 26: “1. Gli Stati Parti adottano misure efficaci e adeguate, in particolare facendo ricorso a

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

*forme di mutuo sostegno, al fine di **permettere alle persone con disabilità di ottenere e conservare la massima autonomia, le piene facoltà fisiche, mentali, sociali e professionali, ed il pieno inserimento e partecipazione in tutti gli ambiti della vita.***

Ancora prima della Convenzione Internazionale sui diritti delle persone con disabilità, la L. 104/1992 stabiliva che (art. 1): “*La Repubblica. a) garantisce il pieno rispetto della **dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;** b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo **sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali;** c) persegue il **recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazione d) predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata**”.*

V: VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 30 L. 730/83; art. 3, 32, 38 e 117, comma 2, lett. m), Cost; artt. 1,3,19,53 e 63 L. 833/78; dpcm 14.02.2001 e 29.11.2001

Afferma la sentenza gravata che l’unitarietà della prestazione sarebbe garantita “*da apposito accordo in sede di Conferenza unificata di cui all’art. 8 del d.lgs. n. 281/1997*” e “*dall’azione di coordinamento a cura del SSN*”. E ciò in contrasto con la pacifica giurisprudenza di codesto Ill.mo Consiglio ed in violazione della normativa in materia secondo cui **laddove vi sia l’esigenza di prestazioni sanitarie, le stesse vanno poste interamente a carico del SSN, senza la possibilità di scinderne in modo palesemente fittizio il contenuto.**

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

In tal senso chiarissimo è l'**art. 30, comma 2**, della **L.730/1983** ai sensi del quale *“Sono a carico del Servizio sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali”*.

Già l'Adunanza Plenaria nelle note sentenze nn. 6,7 e 8 del 2008 aveva chiarito che *“alle prestazioni sanitarie sono assimilati gli interventi di tipo misto in cui è prevalente la dimensione terapeutica.*

Quanto a fonti primarie, tale infatti è il criterio di ripartizione di queste spese oggi vigente in virtù dell'art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730 (“disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato. Legge finanziaria 1984”) secondo il quale “[...] Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali [...]”

La Cassazione ha sempre interpretato tale norma in senso letterale, ritenendo che gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle assistenziali sono a carico del fondo sanitario. In sostanza la norma ha assegnato preminente rilievo alla natura sanitaria (di parte) delle prestazioni erogate, tale da assorbire anche le prestazioni meramente di assistenza e di supporto (**Cass. sezioni Unite n. 1003 del 1993**).

In tale ultima sentenza la Cassazione ha rilevato anche che ove vi sia tale stretta correlazione tra i due tipi di prestazioni, tale da determinare la totale competenza del servizio sanitario, non vi è luogo per una determinazione di quote (ponendo a carico del Comune le prestazioni di carattere assistenziale), operazione che presuppone la scindibilità delle prestazioni.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

Ed ancora: **Cass. Civ, Sez. I, 22.03.2012 n. 4558** che richiama “*Cass. Sez. un., 27 gennaio 1993 n. 1003; Cass., 20 novembre 1996, n. 10150; Cass., 25 agosto 1998, n. 8436 proprio in tema di rapporti con la legislazione del Veneto; Cons. St., 31 luglio 2006 n. 4695; Cons. St., 29 novembre 2004 n. 7766; Cons. St. 16 giugno 2003 n. 3377, TAR Piemonte 29 aprile 2010 n. 2101*”; Cons. Stato, Sez. III, 26.01.2015 n. 339; Cons. Stato, Sez. III, 09.07.2012 n. 3997; cfr: Cons. Stato, Sez. III, 16.02.2012 n. 790; Cons Stato, Sez. III, 15.02.2013 n. 930; Cons. Stato, Sez. V, 16.06.2003 n. 3377; Cons. Stato, Sez. V, Sez. V, 29.01.2004 n. 306.

Parimenti la **sentenza n. 3997 del Consiglio di Stato in data 9 luglio 2012** ricorda l’

*orientamento giurisprudenziale consolidato per il quale, nel caso in cui, **oltre alle prestazioni socio-assistenziali, siano erogate anche prestazioni sanitarie, l'intera attività va considerata come di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del sistema sanitario nazionale**, senza che assuma rilievo, in contrario, la circostanza dell'impossibilità di guarigione o di miglioramento della malattia psichica nella specie trattata (v. Cass. s.u. n. 8102/2004; I, n. 10150/1996; Cons. St., V, n. 461/2009, 7766/2004 e 2472/2001)*”.

Anche la **sentenza n. 2456 in data 13.05.2014 del Consiglio di Stato** ha ribadito che:

*c) per individuare l'ente pubblico (comune o azienda sanitaria), obbligato alla rifusione delle spese di ricovero dei malati indigenti, il criterio guida dirimente è quello della natura oggettiva della prestazione in concreto erogata; in presenza di **prestazioni miste**, deve aversi riguardo alla circostanza che l'istituto di ricovero sia accreditato con il servizio sanitario nazionale (o quantomeno autorizzato ad esercitare attività sanitaria), e **che non si tratti di prestazioni sanitarie occasionali** (ovvero non legate alla patologia che ha dato causa al ricovero); in quest'ottica si è stabilito che:*

*l) laddove **ad un soggetto malato cronico, oltre alle prestazioni socio-assistenziali, vengano erogate anche quelle sanitarie e sussista una stretta correlazione tra le stesse, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e quindi di totale competenza del servizio sanitario nazionale; ... in tal caso i relativi oneri finanziari ricadono totalmente sul servizio sanitario nazionale***”.

Da ultimo tale indirizzo è stato confermato dalla **Cassazione con sentenza n. 22776 del 2016** (“*In tema di prestazioni a carico del S.S.N., l'art. 30 della l. n. 730 del 1983 - che per la prima volta ha menzionato le attività di rilievo sanitario connesse con quelle*

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

*assistenziali - deve essere interpretato, alla stregua della l. n. 833 del 1978 che prevede l'erogazione gratuita delle prestazioni a tutti i cittadini, entro i livelli di assistenza uniformi definiti con il piano sanitario nazionale, nel senso che, **nel caso in cui oltre alle prestazioni socio-assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, tale attività, in quanto diretta in via prevalente alla tutela della salute, va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto di competenza del S.S.N⁽⁶⁾.***

Del resto già la **L. 833/1978** (“Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale”) ha stabilito l'erogazione gratuita delle prestazioni di carattere sanitario in favore di tutti i cittadini (artt. 1, 3, 19, 26, 53 e 63).

In tali contesti appaiono **illegittime le differenziazioni e separazioni (contenute negli artt. 24-35) fra le attività sanitarie e quelle socio-sanitarie e quindi fra prestazioni intensive, estensive, per gli infermi acuti, per gli infermi cronici, per gli infermi cronici con riacutizzazioni in quanto proprio la necessità di prestazioni sanitarie indifferibili le fa rientrare fra quelle sanitarie unitariamente intese.**

VI: CARENZA DI MOTIVAZIONE; VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 3, 23, 32 e 117, comma 2, lett. m) Cost; art 3 septies D.LGS. 502/92; art. 3 DPCM 14.02.2011; DPCM 29.11.2001; art. 26 L. 833/1978; art. 30 L. 730/1983; SVIAMENTO;

La censura attinente all'art. 29 del DPCM impugnato, oggetto del motivo V di ricorso, non è stata esaminata dal TAR e, pertanto, va qui riproposta in quanto patente è la violazione in oggetto.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

Il D.Lgs. 502/92, art. 3 septies ed il DPCM 14.01.2001, art. 3, comma 3, così disciplinano le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria , poste totalmente a carico del SSN:

art. 3 septies D.Lgs. 502/92:

4. Le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, **patologie psichiatriche** e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, **inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative**.
5. Le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria **sono assicurate dalle aziende sanitarie** e comprese nei **livelli essenziali di assistenza sanitaria**, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali.

art. 3, comma 3, DPCM 14.02.2011 (“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie”)

3. 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 croniche-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 lungoassistenza**.

Dunque le prestazioni “*socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria*” nella fase estensiva e di lungo assistenza in base al D.Lgs. 502/92 ed al DPCM 14.012.2001 - laddove erogate non solo in ambito “*residenziale*” ma anche “*semiresidenziale*” o “*domiciliare*” - sono interamente a carico del SSN.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

Ben diverso è quanto prevede l'art. 29 (*"assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario"*) del DPCM impugnato:

Il Servizio sanitario nazionale garantisce trattamenti **residenziali intensivi** di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario alle persone con patologie non acute che, presentando alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessita' di supporto alle funzioni vitali e/o **gravissima disabilità**, richiedono continuità assistenziale con **pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore**. I trattamenti, **non erogabili al domicilio ... 2. La durata del trattamento ...**.

L'art. 29 introduce invece in modo del tutto arbitrario una serie di limiti in patente violazione di quanto disposto dalle dette fonti normative: basti citare il **limite spaziale (solo quelle "residenziali" e, pertanto, non quelli domiciliari o semiresidenziali), terapeutico ("pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore") e sostanziale ("intensivo") e, dunque, rimangono escluse la fase "estensiva" o di "lungo assistenza"** (le quali, pertanto, divengono necessariamente a pagamento).

Inoltre esclude analoghe prestazioni laddove rivolte a disabili gravi ex art. 3, comma 3, L. 104/92. Limita infatti l'operatività alle persone con **"disabilità gravissima"**, condizione assolutamente indefinita, non contemplata in alcuna norma e dunque lasciata in balia della più totale valutazione discrezionale, e ciò in violazione dell'esigenza imprescindibile di uniformità a livello nazionale.

Ed ancora, contempla solo i casi di *"instabilità clinica, sintomi di difficile controllo"* e, dunque, esclude tutti i casi caratterizzati da **cronicità**, nonostante sia risaputo che i malati non autosufficienti anche se cronici non possono essere definiti "stabilizzati" poichè presentano esigenze terapeutiche continuative e indifferibili (presentano cioè instabilità clinica nel senso che hanno sempre continue esigenze relative alla tutela della loro salute). Con l'effetto di negare le cure sanitarie alla maggioranza degli anziani malati gravi invalidi al 100% non autosufficienti bisognosi per la loro

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

stessa sopravvivenza, di un protocollo terapeutico con costante controllo delle condizioni di vita.

Il tutto in palese violazione anche di quanto ribadito dalla granitica giurisprudenza:

Consiglio di Stato sentenza n. 339 depositata il 26 gennaio 2015:

“l'individuazione delle prestazioni socio/sanitarie che vedono il concorso di prestazioni sanitarie e di azioni di protezione sociale della persona si ricava dall'art. 3 *septies* del d.lgs. n. 502 del 1992, quale integrato dal d.lgs. n. 229 del 2009. La disposizione rinvia ad apposito atto di indirizzo e di coordinamento la definizione in dettaglio delle prestazioni da ricondurre fra quelle *sanitarie a rilevanza sociale* o *sociali a rilevanza sanitaria* – precisando i criteri riparto del finanziamento fra le U.S.L. e i comuni – nonché le ***prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria***. Queste ultime si caratterizzano per la *particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria* (art. 3 *septies*, comma 4) e vedono come destinatari individuate aree di assistenza (materno infantile, anziani, portatori di *handicap*, ecc.). Tali ultime **prestazioni sono assicurate dalle aziende sanitarie e sono comprese nei L.E.A. (livelli essenziali di assistenza sanitaria)**.

Il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, attuativo nel menzionato art. 3 *septies*, all'art. 3, comma 3, precisa la nozione di *prestazioni socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria* e riconduce in tale ambito le “*patologie terminali, inabilità e disabilità conseguenti a patologie cronico – degenerative*”. Aggiunge il decreto attuativo che “*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*”.

L'inscindibilità e prevalenza dell'apporto professionale sanitario rispetto a quello assistenziale comporta, ai sensi degli **artt. 3 septies, del d.lgs. n. 502 del 1992 e 3, comma 3 del D.P.C.M. 14 febbraio 2001**, la qualificazione degli interventi di cura e assistenza come ***prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e, quindi, la riconduzione dei relativi oneri economici nei livelli essenziali di assistenza sanitaria a carico della U.L.S.S. e per essa del Servizio sanitario nazionale.***

Ricorre, in conclusione, **nella fattispecie ... la prevalenza delle prestazioni sanitarie rispetto a quelle assistenziali** che con essa concorrono, rese in favore di malato in condizione disabile, caratterizzata da **gravità e cronicità**, e ciò determina, in linea con il concorde orientamento della giurisprudenza di questo consesso, **esclusivo impegno economico del servizio sanitario regionale negli oneri di spesa** (cfr. Cons. St., sez V, n. 2456 del 13 maggio 2014; sez. III, n. 957 del 18 febbraio 2013; n. 790 del 16 febbraio 2012; n. 3997 del 9 luglio 2012).

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

Ex plurimis riportiamo anche la **sentenza del Consiglio di Stato n. 790 in data 16.02.2012:**

E' stato più volte ribadito da questo Consiglio che in materia di assistenza ai malati di mente, ove insieme ai trattamenti farmacologici e sanitari siano erogate anche prestazioni socio-assistenziali, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e pertanto di competenza del Servizio Sanitario Nazionale (cfr. in tal senso Cons. St.V, 28 gennaio 2009, n.7811; V,31 luglio 2006, n.4696; V, 29 gennaio 2004, n.306; V, 16 giugno 2003, n.3377).

Tale indirizzo giurisprudenziale, condiviso dal Collegio, è del resto coerente con il quadro normativo di riferimento, e segnatamente con l'atto di indirizzo e coordinamento di cui al **D.P.C.M. 14 febbraio 2001 che all'art.3, 3° comma**, qualifica come **prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria –erogate dalle Aziende sanitarie ed a carico del S.S.N.-** "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,..."; le quali prestazioni "possono essere erogate in regime ambulatoriale **domiciliare**, o nell'ambito di strutture residenziali o **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**

Pacifica appare pertanto la violazione del D.Lgs. 502/92 nonchè del dpcm 14.02.2001. Vengono in rilievo anche l'art. 26 della L. 833/1978 nonchè l'art. 30 della L. 730/1983.

Evidente appare, inoltre, la violazione degli artt. 3, 23, 32 e 117, comma 2, lett m) Cost.

VII: VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 3, 23 e 32 Cost; art 3 septies D.LGS. 502/92; art. 3 DPCM 14.02.2011; SVIAMENTO;

Il TAR ha rigettato il sesto motivo di ricorso affermando che è legittimo porre a carico del paziente l'alimentazione e l'idratazione artificiale, graduando il relativo onere di "*ripartizione in relazione alla gravità della condizione*" dello stesso.

Orbene per giurisprudenza consolidata che "*l'alimentazione e l'idratazione artificiale*" sono "un ***trattamento SANITARIO di sostegno vitale***", senza che rilevi la condizione – che è necessariamente grave - del paziente (Consiglio, n. 4460/2014; cfr. Cons. Stato n. 339/2015):

35.3. In conclusione, sostiene l'appellante, errerebbe il T.A.R. nell'affermare che, nel caso di

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

idratazione e di alimentazione artificiale, ci si troverebbe in presenza di “atti medici” o “trattamenti medici in senso proprio”.

36. La tesi dell'appellante è infondata.

36.1. Essa contrasta anzitutto, e inammissibilmente, con quanto ha **stabilito, ormai con autorità di giudicato, la Suprema Corte di Cassazione, laddove ha ritenuto che “non v'è dubbio che l'idratazione e l'alimentazione artificiali con sondino nasogastrico costituiscono un trattamento sanitario”** e che **“esse, infatti, integrano un trattamento che sottende un sapere scientifico, che è posto in essere da medici, anche se poi proseguito da non medici, e consiste nella somministrazione di preparati come composto chimico implicanti procedure tecnologiche”** (Cass., sez. I, 16.10.2007, n. 21478).

37. **La nutrizione e l'idratazione artificiale costituiscono trattamenti medici.**

38.5. **L'alimentazione e l'idratazione artificiale** non possono in alcun modo essere considerati una forma di alimentazione sui generis, quasi un regime dietetico a parte, un surrogato della normale alimentazione e idratazione naturale.

38.6. Essi **richiedono l'impiego di particolari tecniche mediche, che devono essere poste in pratica da personale specializzato, un costante monitoraggio della situazione nutrizionale e metabolica, stante anche il particolare contenuto e gli eventuali effetti indesiderati dei nutrienti forniti attraverso l'alimentazione e l'idratazione artificiale, una valutazione della loro efficacia terapeutica che solo il medico, e non altri, può compiere.**

Anche di recente codesto **Ill.mo Consiglio (sentenza n. 3690/2018)** ha ribadito la valenza sanitaria della **“nutrizione e idratazione artificiale che integra una procedura medica complessa (nella specie effettuata tramite PEG, con intervento invasivo sul malato) da calibrarsi secondo la massa corporea del paziente, le patologie in atto, con continuità di verifica della situazione nutrizionale e metabolica, tanto più nelle ipotesi in cui il paziente versi in stato di coma (si veda in tal senso Cons. St., Sez. III, n. 4460 del 17 luglio 2014)”**.

Si tratta infatti di *prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria* le quali, proprio per la *particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria* vanno poste **integralmente a carico del SSN, senza limiti temporali di durata ed anche ove erogate in ambio domiciliare**, siccome previsto dall'art. 3 *septies* del d.lgs. n. 502 del 1992 e dall'art. 3 dpcm 14.02.2001.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

Il decreto impugnato esclude, invece, dai LEA - e, dunque, fa divenire a **pagamento** - le prestazioni di **alimentazione ed idratazione artificiale**, laddove erogate nei trattamenti *estensivi* e di *lungoassistenza*.

In particolare **l'art. 30** riconosce per dette prestazioni, se erogate nell'ambito di "*trattamenti estensivi*", una copertura sanitaria limitata ad una durata non superiore a 60 giorni; e se erogate in "*trattamenti di lungo assistenza*", l'accollo al SSN "*per una quota pari al 50%*" con il conseguente **accollo del restante 50% al Comune/utente**.

Se, poi, idratazione e nutrizione artificiale vengono erogate in trattamenti "*intensivi*" ad elevato impegno sanitario, **l'art. 29** pare addirittura escludere l'accollo integrale al SSN nel caso di patologie **croniche e stabilizzate; di certo lo esclude per i trattamenti domiciliari**.

VIII: VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 23 e 32 Cost.; art 3 septies D.LGS. 502/92; art. 3 DPCM 14.02.2011 e 29.11.2001; art. 26 L. 833/1978; art. 30 L. 730/1983; SVIAMENTO;

Il TAR ha rigettato il motivo sub VII affermando quanto all'art. 22 relativo alle "cure domiciliari", che non potrebbe "*esistere una assistenza tutelare non professionale per i pazienti necessitanti di cure domiciliari, se non quelle dei familiari?*" e che l'accollo totale al SSN - della alimentazione e della idratazione artificiale - solo per i primi "*sessanta*" (*rectius* "trenta" siccome previsto dal comma 4) giorni sarebbe legittimo in quanto avvenuto "*nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica*" siccome previsto dalle "*norme di spending review*" che i ricorrenti avrebbero dovuto gravare avanti la Corte Costituzionale.

Il TAR non ha esaminato la violazione della normativa in materia, ben richiamata nel detto motivo, che non pone limitazioni e/o riduzione laddove le prestazioni ivi disciplinate siano rese in ambito domiciliare.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

Il DPCM 14.02.2001 all'art. 3 disciplina le prestazioni “*sanitare a rilevanza sociale*” e “*socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria*” “*erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali*” e, pertanto, le pone tutte sullo stesso piano, senza alcuna differenziazione di tutela e/o di finanziamento a seconda dell'ambito domiciliare.

Di dette prestazioni, infatti, l'art. 3, comm 1 e 3, del D.P.C.M. 14 febbraio 2001 consente l'erogazione anche in regime ambulatoriale domiciliare, prescindendo ai fini della loro qualificazione (e dunque del *quantum* a carico del SSN) dal contesto ambientale in cui le prestazioni stesse sono rese. Ciò che infatti rileva (proprio al fine di garantire la tutela del diritto alla salute) è l'**esigenza concreta di cura** a causa della patologia in atto e, dunque, il **carattere oggettivo** delle prestazioni richieste (**Cons. Stato sentenza n. 339/2015:** “*Di esse, infatti, l'art. 3, comma 3 del D.P.C.M. 14 febbraio 2001 consente l'erogazione anche **in regime ambulatoriale domiciliare**, prescindendo, quindi, ai fini della loro qualificazione, del contesto ambientale in cui le prestazioni stesse sono rese.*”).

E dunque, in base a detta normativa, le cure domiciliari, se presentano le caratteristiche previste dal D.Lgs. 502/92, art. 3 septies, e dal DPCM 14.02.2001 art. 3, devono essere interamente a carico del SSN.

In patente violazione della stessa il decreto impugnato, nell'art. 22 introduce gravissimi ed arbitrari limiti prevedendo che le “*cure domiciliari*” svolte mediante “*prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale*” sono “*interamente*” a “*carico del Servizio sanitario nazionale*” “per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi”.

I limiti introdotti sono due:

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

- dette prestazioni paiono escluse qualora l'esigenza di cura domiciliare non segua ad un ricovero ospedaliero

- l'"*assistenza tutelare*" riconosciuta è esclusivamente quella "*professionale*".

Entrambi detti limiti violano la L. 833/78, il dpcm 14.02.2001 ed il dpcm 29.11.2001 che non pongono alcun limite e/o specificazione in quanto inseriscono nei LEA l'"*assistenza tutelare alla persona*" – e dunque anche quella "*non professionale*" quale potrebbe essere ad esempio quella di una badante– e ciò anche quando l'esigenza di cura domiciliare non nasca da una previa dimissione ospedaliera.

Né vale invocare il "*rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica*" atteso che, come ben rilevato nella **sentenza 509/2000 dalla Corte Costituzionale**, costituisce principio consolidato nella giurisprudenza della Suprema Corte quello in base al quale "*il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute é "garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti" (ex plurimis, sentenze n. 267 del 1998, n. 304 del 1994, n. 218 del 1994). Bilanciamento che, tra l'altro, deve tenere conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, **restando salvo, in ogni caso, quel "nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana"** (sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del 1998, n. 247 del 1992), il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto".*

In aggiunta, come stabilisce la **sentenza 304/1994 della Corte costituzionale**, si nota che se le esigenze relative all'equilibrio di finanza pubblica «*nel bilanciamento dei valori costituzionali operato dal legislatore, avessero un peso assolutamente preponderante, tale da comprimere il nucleo essenziale del diritto alla salute connesso all'inviolabile*

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

dignità della persona umana, ci si troverebbe di fronte ad un esercizio macroscopicamente irragionevole della discrezionalità legislativa».

Abbiamo già visto – e ci sia consentito ribadirlo – come i LEA vengano posti sul piano dei diritti soggettivi pienamente esigibili e azionabili, non risolvendosi in altro se non nel *nucleo incompressibile del diritto alla salute*, come ribadito dalla stessa Corte Costituzionale nella **sent. 309/1999**: *“Questa Corte ha ripetutamente affermato che la tutela del diritto alla salute non può non subire i condizionamenti che lo stesso legislatore incontra nel distribuire le risorse finanziarie delle quali dispone; ma ha anche precisato (sentenze nn. 267 del 1998, 416 del 1995, 304 e 218 del 1994, 247 del 1992, 455 del 1990) che le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana”.*

Erra, pertanto, il TAR laddove invoca gli equilibri della finanza pubblica.

Ed infatti *“è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio e non l'equilibrio del bilancio a condizionarne la doverosa erogazione”* (sent. Corte Cost. n. 275/2016).

La natura fondamentale dei diritti *de quibus*, tutelati non solo dalla Costituzione (art. 32) ma dalla Convenzione ONU sui diritti della persona con disabilità, ratificata con L. 18/2009, costituisce, dunque, un limite invalicabile nel *“rispetto di un nucleo indefettibile di garanzie per gli interessati”* (sent. Corte Cost. n. 80 del 2010).

Né vale richiamare – come afferma il TAR - pretese *“leggi di stabilità citate nelle premesse del decreto presidenziale ed in particolare dell’art. 1, comma 553 della L. n. 208/2015 che ha stabilito l’aggiornamento del DPCM 29 novembre 2001 entro sessanta giorni dalla sua entrata in vigore “nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica”, tenendo conto*

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

dell'art. 6, comma 3 del d.l. n. 210/2015 convertito dalla legge n. 21/2016 oltre che delle altre norme di spending review citate disponibili che le tariffe massime vigenti...costituiscono riferimento fino alla data del 30 settembre 2016”.

Ed infatti l'art. 1, co. 553, della L. n. 208/2015 stabilisce il semplice “aggiornamento del DPCM 29 novembre 2001”, ma non l'**abrogazione** dello stesso con la totale riscrittura dei LEA ivi contenuti (avvenuta in modo del tutto illegittimo, come già rilevato, in patente violazione della normativa legislativa in materia).

Quanto all'art. 6, comma 3, D.L. 2019/2015 convertito in L. 21/2016, lo stesso è richiamato nelle premesse del provvedimento impugnato così come di seguito riportiamo:

Visto l'art. 6, comma 3, del decreto legge 30 dicembre 2015, n. 210, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 febbraio 2016, n. 21, che ha sostituito il comma 16 dell'art. 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, disponendo che le **tariffe massime vigenti delle strutture che erogano assistenza ambulatoriale, nonché le tariffe delle prestazioni relative all'assistenza protesica** di cui all'art. 2, comma 380, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, costituiscono riferimento, fino alla data del 30 settembre 2016, per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica e che le **tariffe massime vigenti delle strutture che erogano assistenza ospedaliera** costituiscono riferimento, fino alla data del 31 dicembre 2016, per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica;

e, pertanto, fa riferimento, appunto, all'assistenza **ambulatoriale, protesica e ospedaliera** disciplinata rispettivamente nel Capo III “*Assistenza distrettuale*” (l'assistenza ambulatoriale disciplina negli artt. 11-16, quella protesica negli artt. 17-19) e nel Capo V “*Assistenza Ospedaliera*” del DPCM impugnato. Detto riferimento normativo, citato dal TAR, non rileva, pertanto, nel caso *de quo* che attiene ai LEA nel diverso ambito dell'assistenza sociosanitaria **extraospedaliera, residenziale,**

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

semiresidenziale e domiciliare, siccome disciplinata nel **capo IV “Assistenza sociosanitaria”**.

Giova, ancora, rilevare come la tutela dei LEA non dipende solo dallo stanziamento delle risorse ma, soprattutto, dalla loro allocazione ed utilizzazione (Corte. Cost. sent. n. 36/2013); pertanto, in relazione alle risorse economiche finanziarie, la soluzione non è la violazione – *rectius* **abrogazione** - dei LEA, ma una diversa allocazione delle risorse in modo tale da garantire la tutela di diritti imprescindibili siccome, del resto, prevista dalla legislazione previgente al DPCM impugnato (ed abrogata dallo stesso).

IX: FALSA APPLICAZIONE, TRAVISAMENTO e VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 32 Cost; art. 30 L. 730/83; artt. 1,3,26,19 e 53 L. 833/78; Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea, art. 35; Carta Sociale Europea artt. 11 e 13; TFUE art. 168; L. 104/1992; Convenzione di New York sui diritti delle persone con disabilità; D.LGS. 502/92; DPCM 14.02.2001 e 29.11.2001; SVIAMENTO; violazione principio ragionevolezza

Il TAR ha rigettato il motivo sub VIII affermando che il concetto di “**salute a tempo**”, introdotto *ex novo* con il provvedimento impugnato, sarebbe legittimo in quanto “*il dato temporale è connesso con l’intensità del livello assistenziale e riabilitativo*”.

Non è questo, in realtà, quanto prevede il DPCM impugnato il quale introduce, rispetto alla copertura da parte del SSN, **limiti temporali massimi, predeterminati “a tavolino” nel testo normativo, in modo astratto e generico.**

Evidente è la **violazione** di quanto previsto **dal D.Lgs. 502/92 e dai dpcm 14.02.2001 e 29.11.2001.**

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

In particolare il D.Lgs. 502/92, art 3 septies ed il successivo **DPCM 14.02.2001** garantiscono la possibilità di cura senza P'irragionevole ed illogica aprioristica predeterminazione di un termine temporale determinato in via astratta ed avulso del tutto dalle specifiche esigenze socio-sanitarie legate alle condizioni patologiche del malato.

Così le “**prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**” (dpcm 14.02.2001 art. 3) sono definite come quelle “*che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di **patologie congenite o acquisite**, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in **progetti personalizzati di durata medio/lunga** e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.*”.

Ed ancora tra le “**prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria**” (poste dal D.Lgs. 502/92 e dal dpcm 14.02.2001 al 100% a carico del SSN) rientrano quelle “*caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno- infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a **patologie cronico-degenerative***”; 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 lungoassistenza***” (dpcm 14.02.2001 art. 3).

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

Anche per le prestazioni “sociali a rilevanza sanitaria” è espressamente previsto che, “inserite in progetti personalizzati di **durata non limitata**, sono erogate nelle **fasi estensive e di lungoassistenza**”.

Il D.Lgs. 502/92 ed i dpcm 14.02.2001 e 29.11.2001 non vincolano, pertanto, la necessità di cura ad astratte e predeterminate scadenze temporali e ciò per l'evidente finalità, da un lato, di evitare casi di istituzionalizzazione in strutture sanitarie (come avveniva per i malati psichiatrici e/o psichici prima della L. 180/78) e, dall'altro, di “personalizzare” la prestazione per evitare il rischio di non appropriatezza e, soprattutto, di prestare cure non strettamente necessarie a garantire il diritto alla salute.

Il **dpcm impugnato**, invece, modifica radicalmente il suddetto quadro normativo, introducendo un meccanismo in base al quale i malati gravi invalidi al 100% non autosufficienti “devono” guarire nel periodo di tempo che il dpcm indica a priori quale limite “massimo” temporale per le cure.

Decorso detto termine, le prestazioni socio-sanitarie fino a quel momento erogate devono necessariamente cessare con conseguenze per la sorte del malato che non sono definite, né definibili alla luce del testo impugnato.

Le possibilità derivanti dal **superamento del limite temporale** potrebbero essere molteplici: le dimissioni dalla struttura (come già molte RSA stanno paventando), il permanere nella medesima struttura con accollo al paziente dell'intero costo, un eventuale inserimento in una nuova struttura... Quest'ultima possibilità potrà avvenire solo se **di minore intensità socio-sanitaria e sempre necessariamente con costo a carico del malato**. Ciò – si badi bene – anche se le esigenze di cura sono rimaste IMMUTATE, come è di certo

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

per quelle **patologie croniche** che richiedono prevalenti prestazioni sanitarie, per le quali non è possibile ipotizzare a priori una remissione né tantomeno una stabilizzazione.

Il provvedimento impugnato – mero provvedimento amministrativo - attua, pertanto, **la più grande controriforma della sanità pubblica** dall'entrata in vigore della L. 833/1978, introducendo un sistema nel quale il malato grave invalido al 100% e non autosufficiente, in fase di **sub acuzie**, **all'esclusivo verificarsi del decorso di un termine prefissato in sede regolamentare**, subisce la fine delle cure fino a quel momento prestate.

Si passa pertanto – per il **mero superamento di un limite temporale** fissato a tavolino – ad una **sanità di serie B** dove il malato non ha alcuna certezza circa il prosieguo delle stesse. Ciò che è certo è la **diminuzione quali-quantitativa dello standard di assistenza che diviene necessariamente a pagamento.**

Ed infatti il DPCM impugnato, nonostante il **carattere invariato della normativa primaria e secondaria tuttora vigente in *subiecta materia***, il capo IV introduce un **sistema nel quale**, in fase di sub acuzie di malattia, **all'esclusivo verificarsi del decorso del termine ivi prefissato, deriva una necessaria diminuzione delle cure e terapie – peraltro a pagamento -** dal precedente livello intensivo a quello inferiore, estensivo, ed a quello ulteriore di bassa intensità.

Così, ad esempio, l'accollo al SSN è limitato per i pazienti:

- che necessitano di cure domiciliari (**art. 23**), “*per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera*” (comma 4)
- non autosufficienti con patologie con elevata tutela sanitaria di cui **all'art. 30, per un periodo “non superiore a sessanta giorni”**;

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

- con disturbi mentali di cui all'art. 33, per la “*durata massima di 18 mesi*” se “*ad alta intensità*”, e “*di 36 mesi*” se a “*media intensità*”;
- disabili di cui all'art. 34, con termini peraltro ancora più brevi quantificati da 45 giorni a 60 giorni al massimo);
- con dipendenze patologiche, abuso di sostanze, ludopatia ecc. di cui all'art. 35, con termini massimi di ricovero di 18 mesi o 30 mesi.

Il DPCM introduce, pertanto, un computo **a priori** del tempo che rende un'esigenza di cura degna o meno di tutela piena.

Non viene prevista alcuna specificazione rispetto al decorso del termine:

- nessun richiamo ad una necessaria ed imprescindibile **rivalutazione intermedia della situazione del paziente;**
- **nessun meccanismo oggettivo, che garantisca l'applicazione uniforme dell'art. 32 Cost., in modo da consentire quella necessaria elasticità tra esigenze del SSN pubblico ed il diritto dei malati gravi invalidi 100% non autosufficienti a ricevere cure ed assistenza sanitaria in relazione al loro “effettivo” stato di salute.**

Vengono così di fatto **escluse dai LEA le patologie CRONICHE**, per definizione bisognose di una cura temporale non limitata nel tempo e ciò in contrasto con la granitica giurisprudenza di codesto Ill.mo Consiglio che ha ripetutamente chiarito come in base alla normativa (D.lgs. 502/92, dpcm 14.02.2001 e 29.11.2001, art. 30 L. 730/83) siano di **carattere sanitario anche i trattamenti diretti al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, non diretti alla guarigione ed alla riabilitazione del paziente.**

Evidente pare, invece, la preminenza dell'interesse pubblico con il conseguente gravissimo **vulnus** al diritto alla salute di cittadini malati disabili gravi invalidi 100% e non autosufficienti, inteso (e tale è garantito dalle norme

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20
tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

legislative vigenti) come diritto ad usufruire delle prestazioni necessarie da parte del S.S.N. a prescindere dalla aprioristica durata delle stesse.

Come già rilevato dal **TAR Lombardia nella sentenza n. 2098/08 (doc. 6)**, va affermata *“l’illegittimità di una disciplina ... che riconnette automaticamente al decorso del termine massimo stabilito per un programma riabilitativo od assistenziale, la conversione di questo in uno con un livello di intensità inferiore, senza lasciare aperta alcuna possibilità di deroga e, così, senza tenere in alcun modo conto dell’eventualità che singoli utenti, anche se giunti alla scadenza del programma residenziale, abbiano peculiari esigenze terapeutiche, incompatibili con l’erogazione di un trattamento di intensità inferiore”.*

L’intervento sanitario non è, infatti, solo quello teso a “guarire” o ad evolvere positivamente nel tempo in modo da ridurre o eliminare l’esigenza terapeutica.

Basti pensare a quelle patologie croniche che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazioni, nutrizioni) nelle quali il gradiente sanitario globale richiesto può risultare anche superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie.

E’, in conclusione, pacifico che accollare al malato invalido grave 100% e non autosufficiente il costo delle cure di cui necessita - e ciò per il semplice decorso del tempo - palesa una ingiustificata compressione del diritto alla salute il quale, come abbiamo già esposto, – per granitica giurisprudenza si presenta dotato di un nucleo non comprimibile dai pubblici poteri, neppure per esigenze della finanza pubblica.

Di certo non vi è un *“livello **elevato** di protezione della salute umana”* come richiesto dall’art. 168 TFUE e dall’art. 35 della Carta dei Diritti Fondamentali dell’Unione europea.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

Certamente non vengono introdotte (anzi, vengono negate) “*misure volte in particolare ad eliminare, per quanto possibile, le cause di una salute deficitaria*” (Carta Sociale Europea, art. 11).

Rimane, anche, l’interrogativo, in punto di *an* e *quantum*, sulla tutela accordata una volta decorso il limite temporale (sia pure prorogato).

X: TRAVISAMENTO e VIOLAZIONE DI LEGGE: art. 32 Cost; art. 30 L. 730/83; artt. 1,3,26,19 e 53 L. 833/78; Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea, art. 35; Carta Sociale Europea artt. 11 e 13; TFUE art. 168; L. 104/1992; Convenzione di New York sui diritti delle persone con disabilità; D.LGS. 502/92; DPCM 14.02.2001 e 29.11.2001

Afferma il TAR che la censura con la “*quale i ricorrenti fanno valere che, col decreto gravato, i disabili persone malate non autosufficienti rischiano di rimanere*” privi di cure “*dopo i 60 giorni di cure a carico del servizio sanitario nazionale, ... è il frutto di una non completa lettura del decreto presidenziale che all’Allegato 8 bis contiene l’elenco delle malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all’esenzione, sicchè il profilo rimane anch’esso del tutto genericamente prospettato, laddove esiste il dettagliato elenco delle malattie in cui i pazienti affetti ne vanno perciò esenti dalle relative spese per le cure*”.

I ricorrenti, infatti, nel censurare il concetto di “*salute a tempo*”, nel giudizio di primo grado si chiedevano, infatti, “*qual è il destino di un disabile persona malata non autosufficiente con esigenze indifferibili, se permane la necessità di cura dopo 45 giorni di attività “estensiva”?*” Dove e con quali costi ed oneri (non a carico del SSN) verrà curato un anziano invalido 100% malato cronico (categoria, peraltro, neppure prevista nel decreto impugnato) non autosufficiente, bisognoso di cure sanitarie decorsi 60 giorni?”. L’interrogativo veniva posto, come pare evidente, per disabili

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

malati gravi non autosufficienti al 100% che – a cagione delle patologie di cui sono affetti - necessitano di prestazioni socio-sanitarie per lo più residenziali.

Orbene il TAR ha dato una risposta per nulla pertinente, basata su un travisamento del chiaro significato dell'all. 8 bis al DPCM impugnato.

Detto allegato, in particolare, contiene l'”*elenco malattie e condizioni croniche invalidanti*”, con i rispettivi codici amministrativo/burocratici, che **danno diritto all'esenzione per le prestazioni diagnostiche** (per gli esami e il ticket per le visite), ma **non certo per la cura, cioè la presa in carico continuativa, sulle 24 ore, degli utenti malati/persone con disabilità non autosufficienti che hanno, lo ripetiamo, esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili.** È quindi fuorviante, e frutto di una non corretta lettura - perché sminuisce l'illegittimità sollevata dai ricorrenti, bollandola come risultato di una “non completa lettura” – asserire che esiste «*un dettagliato elenco delle malattie in cui i pazienti affetti ... vanno esenti dalle relative spese per le cure*», in quanto ciò non riguarda l'oggetto del ricorso che attiene, nel caso degli utenti sopracitati, alle **prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali continuative, sull'arco delle 24 ore.**

* * *

Istanza cautelare ai sensi dell'art. 98 c.p.a.

Quanto al *fumus boni iuris*, valgano ampiamente le deduzioni in diritto suesposte. In relazione al *periculum in mora*, appare evidente la gravità ed irreparabilità del danno derivante dalla sentenza gravata, nonché dal decreto impugnato a causa della **riduzione/negazione ed abrogazione** dei LEA per le persone malate gravi invalidi 100% e non autosufficienti, specie se affette da patologie croniche degenerative.

Siamo di fronte ad una inaccettabile lesione dei primari diritti di rilievo universale spettanti ai cittadini più vulnerabili e gravemente compromessi.

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

Gustavo Zagrebelsky, costituzionalista e presidente emerito della Corte Costituzionale, sul punto non solo ha più volte fatto riferimento all'eugenetica (si veda la sua *lectio magistralis* in apertura dell'edizione 2015 della manifestazione Biennale democrazia), ma ha più volte ribadito come “*nell'art. 2 [della Costituzione] si parla di “doveri inderogabili di solidarietà sociale”. E se c'è solidarietà sociale non si può immaginare di abbandonare a se stessi i soggetti più deboli. Una società solidale non ammette l'emarginazione e nei doveri di solidarietà ci sono i bisogni di salute, di assistenza*” (La Repubblica del 20 ottobre 2014).

Garantire i LEA sanitari e socio-sanitari rientra tra le priorità che uno Stato democratico deve assicurare a tutti i malati, a maggior ragione se incapaci di difendersi autonomamente, e dipendenti in tutto e per tutto dagli altri.

La sospensione della sentenza gravata, e conseguentemente del provvedimento impugnato, appare quindi quanto mai opportuna.

* * *

P.Q.M.

Le associazioni appellanti *ut supra* rapp.te e difese, fermo restando il più ampio riferimento alle difese tutte già esposte in sede di giudizio dinanzi al TAR Lazio e con l'integrale richiamo alla documentazione tutta di cui al fascicolo di I° grado (che verrà acquisito, come d'uso, d'ufficio insieme al fascicolo di causa), confidano nell'accoglimento delle seguenti

CONCLUSIONI

Salvis iuribus, adversis reiectis, voglia codesto l'Ecc.mo Consiglio di Stato:

in via cautelare:

- sospendere ai sensi dell'art. 98 c.p.a. la sentenza gravata e, per l'effetto, i provvedimenti impugnati

in via principale:

- accogliere l'appello proposto e, riformando la sentenza impugnata, annullare gli

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

atti ed i provvedimenti impugnati e comunque tutti gli atti presupposti e/o conseguenti e comunque connessi

- con riserva di svolgere ulteriori produzioni e deduzioni, anche istruttorie, si producono in copia i documenti indicati nell'elenco allegato.

Con vittoria di spese e compensi del **doppio grado** di giudizio, oltre al rimborso forfettario per spese generali, CNPA ed IVA di legge.

Si allega in copia:

a) istanza gratuito patrocinio

b) delibere di autorizzazione alla proposizione dell'appello

1) sentenza impugnata

*Ai sensi dell'art. 14 del D.P.R. 30 maggio 2002 n. 115 e successive modificazioni e/o integrazioni si dichiara che la controversia, di valore indeterminato, verte in materia di **assistenza obbligatoria** e pertanto è esente da contributo unificato per il combinato disposto degli artt. degli artt. 10 L. 533/1973, unico L. 319/1958, 12, Tab. B), D.P.R. 642/1972, e 10 D.P.R. 115/2002. Inoltre si rileva che è stata presentata istanza di ammissione al gratuito patrocinio.*

Verona, 15 ottobre 2018.

Avv. Maria-Luisa Tezza

MARIA-LUISA TEZZA

Avvocato

37134 VERONA – Via Pomposa, 20

tel. 045502181 – fax 0455111561 -cell. 3474447557

studiolegaletezza@libero.it

avvmarialuisatezza@puntopec.it

RELAZIONE DI NOTIFICA cron. 291/2018: io sottoscritto, in virtù dell'autorizzazione del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Verona Prot. n. 1021/03 rilasciata in data 06.03.2003 e previa iscrizione al n° 291/2018 del mio registro cronologico, ai sensi della Legge n. 53 del 21 gennaio 1994 ho notificato copia conforme all'originale del suesteso appello al Consiglio di Stato, tramite spedizione di copia in piego raccomandato spedito dall'Ufficio Postale di Verona, Via Monte Rotondo, in data corrispondente a quella del timbro postale al seguente destinatario a:

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI in persona del Presidente del Consiglio dei Ministri legale rappresentante pro tempore (C.F. 80188230587), presso l'Avvocatura Generale dello Stato, in 00186 Roma, Via dei Portoghesi, 12 ed ivi a mezzo del servizio postale ai sensi di legge.

Avv. Maria-Luisa Tezza

MINISTERO DELLA SALUTE in persona del Ministro legale rappresentante pro tempore (C.F. 80242250589), presso l'Avvocatura Generale dello Stato, in 00186 Roma, Via dei Portoghesi, 12 ed ivi a mezzo del servizio postale ai sensi di legge.

Avv. Maria-Luisa Tezza

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE in persona del Ministro legale rappresentante pro tempore (C.F. 80415740580), presso l'Avvocatura Generale dello Stato, in 00186 Roma, Via dei Portoghesi, 12 ed ivi a mezzo del servizio postale ai sensi di legge.

Avv. Maria-Luisa Tezza