

Anziani malati non autosufficienti

e/o con demenza:
il diritto alle cure sanitarie
e socio sanitarie

un DIRITTO ESIGIBILE

Avv. Maria Luisa Tezza

-
- 1) Il concetto di Cura/Salute**
 - 2) Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitaria (L.E.A.)**
 - 3) Giurisprudenza**

- COSTITUZIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA

Art. 32 co. 1 La Repubblica tutela la **SALUTE** come **fondamentale DIRITTO dell'individuo e interesse della collettività ...**

Art. 3 co. 2 È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e la uguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno **sviluppo** della **persona umana ...**

Art. 38 co. 1 Ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale.

- CONVENZIONE SUI DIRITTI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ (ONU - New York 13 dicembre 2006 – L. 18/2009)

Principi generali: rispetto per la **dignità intrinseca, autonomia individuale, indipendenza**

SALUTE

“Gli interventi con carattere di cura che posseggono rilievo sanitario **non** sono solo i trattamenti che lascino prevedere la **guarigione o la riabilitazione**, ma anche quelli volti al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite” (Cons. Stato n. 3377/2003).

Non autosufficienti sono “le persone **anziani** o **disabili** che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una vita di relazione senza l’aiuto **determinante** di altri” (Corte Costituzionale n. 36/2013)

“La qualifica di *anziano non autosufficiente* non esclude che a detta condizione possa **associarsi** quella **più grave di *disabile***, con effetto sull’emersione di un **maggior impegno dei presidi sanitari** apprestati” (Cons. Stato, n. 339/2015)

“**non** più intesa come semplice **assenza di malattia**, ma come stato di **completo benessere fisico e psichico**” (Cons. Stato, n. 4460/2014) – principio dell’alleanza terapeutica: **soggetto** di cura al centro del percorso sanitario.

-
- **Diritto** soggettivo assoluto, universale, esigibile, indifferibile
 - Tutela Statale (L.E.A.)
 - Principio uguaglianza (art. 3 e 117 lett m. Cost.)
 - ~~- Servizio a domanda individuale~~
 - ~~- Oggetto di contratto privato~~

Esigibilità=obbligo=responsabilità

-**P.A.** : “responsabilità **contabile ed erariale**” (Trib. Varese, Uff. Vol. Giur., decreto 20 dicembre 2011: “la P.A. si espone, con colpa grave, alle azioni invalidatorie e risarcitorie degli utenti, esponendo la Cassa Pubblica a nocumento”)

-“colpevole ritardo” nell’erogazione del servizio: risarcimento del “**danno esistenziale**” e patrimoniale (Tar Lombardia, n. 785/2011)

-**Tutore, A.D.S.:** art. 382 c.c. – cattiva gestione

2) L.E.A. socio-sanitaria - la normativa

- **L. 23 dicembre 833 n. 1978** (“Istituzione del servizio sanitario nazionale”)- art. 26: Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetto affetti da **minorazioni** fisiche, psichiche o sensoriali.... sono erogate dalle unità sanitarie locali”

- **L. 27 dicembre 1983 n. 730** (Finanziaria 1984) - art. 30: “... Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario **connesse** con quelle socio-assistenziali”.

- **D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502** (“Riordino della disciplina in materia sanitaria”) – **art. 3 septies** “Integrazione sociosanitaria”

➤ comma 4: “**prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria**”
“caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria” - **100% a carico SSN**

➤ comma 2: lett. a) “**prestazioni sanitarie a rilevanza sociale**” – lett b) “**prestazioni sociali a rilevanza sanitaria**”- rinvia a “atto di indirizzo e coordinamento” per la precisazione dei “**criteri di finanziamento per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni”**”

- **D.P.C.M. 14 febbraio 2001** (“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”) Tab. all. prevede:

- per i **disabili gravi**, le “prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione... in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nella fase di **lungo assistenza**” sono “**70% a carico del SSN e 30% a carico dei Comuni**”
- per gli **anziani** e persone non autosufficienti con patologie cronicodegenerative **non curabili a domicilio**, “**100% a carico del SSN**” la fase “**intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva**”, **50% SSN-50% Comune** nelle forme di **lungoassistenza**

-
- **D.P.C.M. 29 novembre 2001** “Definizione dei livelli essenziali” **All. 1.C**
Area integrazione socio-sanitaria
 - punto **9** (pag. 39) *Assistenza territoriale residenziale*, **DISABILI:**
 - a)** prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative e socioriabilitative in regime residenziale **a persone disabili che necessitano di riabilitazione intensiva o estensiva**, ovvero con necessità di **assistenza essenziale per il supporto vitale: 100% SSN**
 - c)** prestazioni terapeutiche, **riabilitative** e socioriabilitative **di mantenimento**, in regime residenziale, se disabili **gravi: 30% Comune-70% SSN**
 - punto **9** (pag. 40) *Assistenza territoriale residenziale*, **ANZIANI:**
 - a-b)** prestazioni di cura e recupero funzionale in fase intensiva ed estensiva, terapeutiche, mantenimento funzionalità delle abilità, interventi di sollievo: **50% Comune-50% SSN**

- **L. 289/2002 (Finanziaria 2003)**

Art. 54.

(Livelli essenziali di assistenza)

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” DPCM 29 novembre 2001** “con decorrenza dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto”

CHI PAGA?

- **SSN** (Regione-ASL: dal 50% al 70% del costo totale)
- **Fondo per le non autosufficienze** istituito da L. 296/2006 art. 1, co. 1264, a favore dei **Comuni** per la parte di quota sociale
- **L. 328/2000, art. 6 comma 4**: “Per i soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali, il comune nel quale essi hanno la residenza prima del ricovero, previamente informato, **assume gli obblighi connessi all'eventuale integrazione economica**”

E l'anziano?

- sulla base dell'ISEE – D.Lgs. 109/98 e dpcm 159/2013 (~~art. 433 c.c., contratto di ricovero,~~

Cons. Stato 4742/2015: “criteri ulteriori” *accanto* all'ISEE

Cass. n. 15679/2015: ISEE solo assistito art. 3, co. 2 ter,
D.Lgs. 109/98

Ed i sussidi esenti (indennità di accompagnamento, pensione invalidità ecc.)?

Il contratto di “ricovero”

“Non c’è dubbio che una siffatta normativa rientra nell’ambito della **normativa d’interesse** pubblico che assicura ai cittadini le prestazioni socio-sanitarie necessarie, da garantirsi su tutto il territorio nazionale, in applicazione concreta dell’art. **32 Cost.**

Se così è, il diritto al ricovero e all’assistenza di un soggetto ...invalido al 100% **non può esser regolamentato da convenzioni private** che, in qualche modo, ostacolano di fatto il ricorso del cittadino alla fruizione dell’assistenza sanitaria, quale mezzo concreto di garanzia e attuazione del diritto costituzionalmente riconosciuto alla salute. **Il contratto di ricovero deve perciò ritenersi nullo ex art 1418 CC per contrarietà a norme imperative.**” (Trib. Verona, 19/06/2014 n. 2384)

– Cass. n. 4558/2012 (difetto genetico della causa - insussistenza del rapporto obbligatorio)

3) La Giurisprudenza

“La **disciplina** normativa delle **prestazioni sociosanitarie integrate** trova le sue linee fondamentali nel **DPCM 14.2.2001**, recepito dal **DPCM 29.11.2001**, che a partire dal 1.1.2001 ha stabilito e finanziato la misura dei LEA da garantirsi su tutto il territorio nazionale in conformità al principio del “**nucleo incompressibile del diritto alla salute**”, affermato dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 309/1999” (Cons. Stato, n. 339/2015)

“l’attività **sanitaria e socio-sanitaria** a favore **di anziani non autosufficienti** è elencata nei **livelli essenziali di assistenza sanitaria** del decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001” (Corte Costituzionale n. 36/2013)

Cons. Stato n. 339/2015: “**presidi medici a salvaguardia delle condizioni vitali del paziente**” con “costante monitoraggio sanitario” (es. nutrizione e idratazione artificiale, catetere, prevenzione e cura di piaghe da decupito ecc.) - NON “meri interventi di sostegno diretti a lenire il disagio e la condizione di bisogno” - prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria: **100% SSN**

Cons. Stato n. 3640/2015: criteri per ripartizione dei costi per prestazioni socio-sanitarie per disabile grave invalido 100% in struttura residenziale

Cons. Stato n. 3806/2015: obbligo di garantire continuità terapeutica agli anziani malati cronici non autosufficienti

Grazie per l'attenzione!

Avv. Maria Luisa Tezza

Avv. Maria-Luisa Tezza
Via Pomposa n. 20
37134 Verona
studiolegaletezza@libero.it