

CURE DOMICILIARI: IL TAR DEL PIEMONTE CONFERMA IL DIRITTO ESIGIBILE DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE PRESTATE A CASA DA FAMILIARI E “BADANTI” (*)

Con la sentenza n. 156/2015 del Tar del Piemonte (le cui disposizioni sono valide per tutta Italia) è naufragato il tentativo della Giunta della Regione Piemonte presieduta dal leghista Roberto Cota (1) diretto a non riconoscere alle persone colpite da malattie e/o da disabilità invalidante grave o autismo e non autosufficienza il diritto esigibile alle cure socio-sanitarie a casa. Il Tar ha precisato che il diritto alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari non può essere negato nemmeno con il pretesto delle ristrettezze di bilancio o delle procedure di risanamento del debito sanitario. Sono un diritto esigibile non solo le prestazioni domiciliari mediche, infermieristiche, riabilitative (il cui costo dev'essere coperto interamente da risorse del Servizio sanitario nazionale), ma anche le prestazioni fornite dai familiari che volontariamente si impegnano ad accudire il proprio congiunto non autosufficiente e/o da “badanti”. In questo caso il Servizio sanitario nazionale è tenuto a pagare il 50% del costo di queste prestazioni, definite dai Lea «di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona» (2).

Per la sua estrema importanza, la sentenza 156/2015 del Tar del Piemonte (3) depositata il 29 gennaio 2015, viene riportata integralmente qui di seguito. In merito alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari – che la sentenza conferma come diritti pienamente ed immediatamente esigibili per le persone non autosufficienti, non condizionabili dalla presunta carenza di risorse o da manovre di risanamento del debito – è d'obbligo qui ricordare che la Fondazione promozione sociale onlus e il Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base sono promotori della Petizione popolare nazionale per il rico-

noscimento del diritto prioritario alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari delle persone non autosufficienti. Tale diritto è già sancito dai Livelli essenziali di assistenza e dalle leggi in vigore e deve essere pertanto tradotto dalle istituzioni in concrete prestazioni. La raccolta di adesioni e firme a sostegno della Petizione prosegue fino al 31 dicembre 2015 (tutte le informazioni su: www.fondazionepromozionesociale.it).

Sentenza n. 156/2015 del Tar del Piemonte

In nome del popolo italiano, il Tribunale amministrativo regionale per il Piemonte (Sezione seconda) ha pronunciato la presente sentenza sul ricorso numero di registro generale 430 del 2014, proposto da: Associazione promozione sociale, Utim – Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, Ulces – Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, Gva – Gruppo volontariato assistenza handicappati ed emarginati, Angsa – Associazione nazionale genitori soggetti autistici del Piemonte - Sezione di Torino – Onlus, rappresentati e difesi dall'Avv. Roberto Carapelle, (...) contro Regione Piemonte (...) per l'annullamento:

- della deliberazione della Giunta regionale del Piemonte 30 dicembre 2013 n. 25-6992, pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Piemonte in data 6 febbraio 2014, avente ad

(*) Si vedano anche gli articoli di questa rivista “Soggetti con grave disabilità intellettiva: esigibilità del diritto alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali”, n. 185, 2014, e “Anziani malati cronici non autosufficienti: ottenuta con tre lettere la prosecuzione del cure socio-sanitarie”, n. 187, 2014.

(1) Purtroppo la Giunta della Regione Piemonte, costituita a seguito delle elezioni del 2014 e presieduta da Sergio Chiamparino del Partito democratico, non ha revocato le delibere illegittime della Giunta precedente, sostenendo quindi la negazione del diritto delle persone non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari.

(2) I Comuni sono obbligati ad intervenire per integrare il rimanente 50%, nei casi in cui non siano sufficienti le risorse economiche dell'utente. Il referente principale della prestazione socio-sanitaria rimane sempre l'Azienda sanitaria locale, in persona del Direttore generale.

(3) Analoghe motivazioni sono espresse nelle sentenze 154 e 157/2015 relative ai ricorsi contro i medesimi atti della Giunta regionale del Piemonte presentati dal Comune di Torino e da numerosi Comuni ed Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali piemontesi.

oggetto: "Approvazione programmi operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'articolo 15, comma 20, del decreto legge n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012";

- della deliberazione della Giunta regionale del Piemonte 30 dicembre 2013 n. 26-6993, pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Piemonte in data 6 febbraio 2014, avente ad oggetto: "Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti";

- di qualunque altro atto presupposto, connesso e consequenziale a quelli impugnati, con particolare riferimento alla determina dirigenziale n. 933 del 19 novembre 2013, alla deliberazione della Giunta regionale del Piemonte 27 gennaio 2014 n. 5-7035, pubblicata sul Bollettino ufficiale della Regione Piemonte in data 13 febbraio 2014, avente ad oggetto: "Criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza" e alla determinazione della Direzione politiche sociali e politiche per la famiglia della Regione Piemonte 28 gennaio 2014 n. 23, avente ad oggetto: "Delibera di Giunta regionale n. 5-7035 del 27 gennaio 2014 "Criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza". Assegnazione risorse per euro 29.879.570,55" (...).

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 14 gennaio 2015 il dott. Antonino Masaracchia e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

1. Nel presente giudizio sono impugnate alcune delibere della Giunta regionale del Piemonte che, tra la fine del 2013 e l'inizio del 2014, al fine di raggiungere gli obiettivi strutturali del Piano di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria, hanno approvato per gli anni 2013-2015 gli appositi "programmi operativi" (di cui all'articolo 11, comma 1, del decreto legge n. 78 del 2010, convertito in legge n. 122 del 2010, ed all'articolo 15, comma 20, del decreto legge n. 95 del 2012, convertito in legge n. 135 del 2012). Nel far ciò, queste delibere hanno previsto, tra le altre cose, una riorganizzazione del sistema di prestazioni domiciliari in favore degli anziani non autosufficienti, soprattutto con riguardo all'erogazione delle provvidenze finanziarie a sostegno della domiciliarità.

Si tratta, nel dettaglio, della delibera di Giunta regionale n. 25-6992, del 30 dicembre 2013 (con la quale, all'allegato A, al paragrafo n. 14.4.2, è stata prevista una "Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani", con esplicito riferimento alle prestazioni finalizzate al "mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti"), della delibera di Giunta regionale n. 26-6993, del 30 dicembre 2013 (recante "Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti"), e della delibera di Giunta regionale n. 5-7035, del 27 gennaio 2014 (recante "Criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza"). Oggetto di impugnazione, peraltro, sono anche alcune determinazioni dirigenziali che si iscrivono, a diverso titolo, nel quadro appena descritto: si tratta, anzitutto, della determina dirigenziale 19 novembre 2013, n. 933, recante "Riconoscimento costi extra Lea anno 2012", con la quale, tra l'altro, è stata individuata come prestazione "extra Lea" (ossia, non ricompresa tra i Livelli essenziali di assistenza) l'erogazione del cosiddetto assegno di cura o dei contributi economici pari al 50% del valore delle prestazioni di assistenza tutelare finalizzate a garantire la permanenza del paziente non autosufficiente presso il proprio domicilio; e, in secondo luogo, vi è la determina dirigenziale n. 23, del 28 gennaio 2014, con la quale sono state ripartite, tra le varie Asl regionali, le somme disponibili per l'erogazione delle prestazioni domiciliari in lungo-assistenza.

Ciò di cui si dolgono le associazioni ricorrenti (le quali sono tutte formazioni sociali, anche di volontariato, senza scopo di lucro, aventi quale scopo statutario la tutela delle esigenze e dei diritti delle fasce più deboli della popolazione, con particolare riguardo ai minori, agli handicappati o insufficienti mentali, agli anziani ed ai malati cronici non autosufficienti), in sostanza, è che gli atti impugnati avrebbero classificato le prestazioni domiciliari in lungo-assistenza, in favore degli anziani non autosufficienti, come prestazioni di natura socio-assistenziale, "con l'unica eccezione delle prestazioni rese dagli operatori socio-sanitari", così finendo con l'incidere illegittimamente sui Lea. Tale affermazione trova in effetti riscontro in quanto si legge al paragrafo n. 14.4.2 dell'allegato A all'impugnata delibera di Giunta regionale n. 25-6992, del 30

dicembre 2013, laddove, con riguardo alle prestazioni domiciliari rese in favore degli anziani non autosufficienti, si afferma: «*La compartecipazione dell'utente/Comune avviene esclusivamente sulle prestazioni socio-sanitarie di assistenza tutelare alla persona e non su quelle puramente sanitarie, mediche, infermieristiche e riabilitative. Sulle suddette prestazioni socio-sanitarie di assistenza tutelare, l'Asl assume a proprio carico il 50% del costo, definito con riferimento al costo/orario Oss, mentre il restante 50% è a carico dell'utente/Comune*»: dal che è quindi chiaro che le prestazioni di “assistenza tutelare” rese da operatori non professionali (ossia, non da infermieri o da operatori socio-sanitari – Oss), come ad esempio da badanti o dagli stessi familiari del paziente, non vengono considerate a carico del servizio sanitario. La conseguenza è che il contributo monetario a sostegno della domiciliarità, che prima era erogato dalle Asl per rimborsare i familiari delle spese sostenute per l'assistenza al soggetto non autosufficiente, viene interamente accollato, con decorrenza 1° gennaio 2014, al comparto assistenziale, ossia agli utenti ovvero ai Comuni e/o ai Consorzi comunali nella loro nuova veste di Enti capofila dei progetti a sostegno della domiciliarità (come ben emerge dalla comunicazione protocollo n. 12602, del 14 marzo 2014, della Asl di Vercelli inviata ad un utente: documento n. 21 delle ricorrenti).

2. Degli atti impugnati le associazioni ricorrenti hanno chiesto l'annullamento, previa sospensione cautelare, per i seguenti motivi di legittimità:

- violazione dei Livelli essenziali di assistenza (cosiddetti Lea) dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, con particolare riguardo alle “*prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona*”, contemplati dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, allegato 1.C, paragrafo. n. 7, lettera e, definizione che, secondo le ricorrenti, comprenderebbe anche quegli interventi che vengono prestati “*non necessariamente da personale professionale, ma anche da congiunti, conoscenti ed assistenti familiari (ovvero le badanti)*” e che hanno ad oggetto, ad esempio, la medicazione delle piaghe da decubito, il controllo dell'idratazione della persona, l'imboccamento dei malati disfagici, la movimentazione del malato, lo svuotamento del catetere, ecc.;

- violazione delle norme di cui alla legge della Regione Piemonte n. 10 del 2010 (recante “*Servizi domiciliari per persone non autosufficienti*”), la quale esplicitamente ricomprende, tra le prestazioni di lungo-assistenza nella fase di cronicità, non solo le prestazioni professionali ma anche quelle, non professionali, di “*assistenza familiare*”, inclusi i “*servizi di tregua*” (“*consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia*”), di “*affidamento diurno*”, di “*telesoccorso*” e di “*fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia, igiene, piccole manutenzioni e adattamenti dell'abitazione*” (articolo 2, comma 3, lettera b, della citata legge regionale);

- violazione delle “*tuttora vigenti*” delibere di Giunta regionale n. 51-11389, del 23 dicembre 2003, e n. 39-11190, del 6 aprile 2009, le quali avrebbero già sancito che le prestazioni di assistenza tutelare alla persona devono ricomprendere anche quelle prestate da soggetti non riconducibili alle figure professionali dell'Adest/Oss;

- contraddittorietà, carenza di motivazione, arbitrarietà.

3. Si è costituita in giudizio la Regione Piemonte, in persona del Presidente *pro tempore* della Giunta regionale, depositando documenti e concludendo per il rigetto delle avverse censure.

L'Amministrazione, in particolare, ha invocato la vincolatività degli accordi di cui all'articolo 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004, finalizzati al contenimento della spesa sanitaria ed al ripianamento dei debiti delle Regioni che si trovano, come il Piemonte, in stato di disavanzo della spesa sanitaria. Nello specifico, si tratterebbe del Piano di rientro dal disavanzo, stipulato dalla Regione Piemonte il 29 luglio 2010, successivamente corredato da apposito Programma Attuativo e relativo *Addendum*, e delle conseguenti determinazioni del “Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali”, unitamente al Comitato permanente per la verifica dei Livelli essenziali di assistenza, i quali, nel verbale del 23 luglio 2013, hanno imposto alla Regione Piemonte, tra l'altro, “*l'obbligo di eliminazione delle prestazioni extra-Lea a decorrere dal 2014*”.

4. Con memoria depositata il 17 ottobre 2014 le associazioni ricorrenti hanno ribadito le proprie argomentazioni, alla luce delle difese svolte

dalla Regione. Con ordinanza n. 402 del 2014 questo Tar, nel pronunciarsi sull'istanza cautelare ai sensi dell'articolo 55, comma 10, codice di procedura amministrativa, ha provveduto alla sollecita fissazione del giudizio di merito. In vista della pubblica udienza di discussione le associazioni ricorrenti hanno depositato un'ulteriore memoria, formulando conclusive osservazioni specialmente sulla nozione di «*assistenza tutelare alla persona*».

Alla pubblica udienza del 14 gennaio 2015, quindi, la causa è stata trattenuta in decisione.

5. Il ricorso è fondato.

5.1. Questione centrale, nella presente controversia, è l'interpretazione della nozione «*assistenza tutelare alla persona*» di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, allegato 1.C, paragrafo n. 7, lettera e. Con tale perifrasi, invero, questa fonte regolamentare – in attuazione della generale previsione di cui all'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo n. 502 del 1992, nonché dell'articolo 6 del decreto legge n. 347 del 2001, convertito in legge n. 405 del 2001 – ha indicato un gruppo di prestazioni che, con riferimento al micro-livello di assistenza domiciliare, a sua volta rientrante nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, sono da considerarsi «Livello essenziale» ai sensi dell'articolo 117, comma 2, lettera *m* della Costituzione, come tale non comprimibile e la cui erogazione deve essere garantita dal Servizio sanitario, a livelli uniformi, su tutto il territorio nazionale. Si tratta, come è noto, di prestazioni che sono erogate o a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente (così l'articolo 1, comma 3, del decreto legislativo n. 502 del 1992): i livelli così stabiliti sono stati poi confermati, a livello legislativo, dall'articolo 54 della legge n. 289 del 2002. Nello specifico, si stabilisce che queste prestazioni di «*assistenza tutelare alla persona*» siano poste a carico, per il 50%, del Servizio sanitario e, per il restante 50%, dell'utente/Comune.

La questione da affrontare è se con tale perifrasi siano state indicate anche le prestazioni, fornite da persone prive di un attestato professionale (e quindi diverse dall'operatore socio-sanitario: ad es., assistente familiare, badante, familiari medesimi, ecc.), finalizzate ad assistere il paziente non autosufficiente nei vari momenti della sua vita domiciliare, sia da un punto di

vista sanitario (mediante la mera somministrazione di farmaci, qualora necessari), sia soprattutto da un punto di vista sociale (mediante, ad esempio, la cura della sua persona, il soddisfacimento dei suoi bisogni primari, la preparazione e l'assistenza durante i pasti, l'assistenza nei movimenti, ecc.). Secondo la Regione resistente le parole «*assistenza tutelare alla persona*» si riferirebbero unicamente all'assistenza fornita da operatori in possesso di una specifica formazione professionale, quindi da infermieri o da operatori socio-sanitari: pertanto, la quota a carico del Servizio sanitario non coprirebbe le prestazioni di assistenza tutelare che siano rese da operatori non professionali, con conseguente loro riconduzione negli «extra Lea» e soppressione delle provvidenze economiche fin qui garantite (e loro integrale accollo al comparto assistenziale: utenti e/o Comuni). Secondo le associazioni ricorrenti, invece, anche le prestazioni di assistenza tutelare messe in atto da operatori non professionali sarebbero da ricondurre ai Lea, con conseguente mantenimento del 50% del loro costo a carico del Servizio sanitario.

5.2. Il Collegio ritiene esatta questa seconda prospettazione. A ciò conduce, infatti, un'interpretazione costituzionalmente orientata della perifrasi utilizzata dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, alla luce del significato da attribuire alla salute come «*fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*», tutelato dalla Repubblica ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione, e declinato anche alla luce del dovere di solidarietà sociale di cui all'articolo 2 della Costituzione, nonché ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo n. 502 del 1992.

Quest'ultima norma, in particolare, attribuisce al Servizio sanitario nazionale il compito di rendere effettiva la tutela costituzionalmente richiesta: e ciò deve avvenire, afferma la norma, «*nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana*». Orbene, ritiene il Collegio che le prestazioni di cui si discute, aventi natura di «*prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*» (definite, dall'articolo 3-septies, comma 2, lettera *b*, del decreto legislativo n. 502 del 1992, come «*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*»), siano per l'appunto strettamente funzionali non solo ai bisogni

di cura della persona anziana non autosufficiente (articolo 32 della Costituzione), ma anche alla preservazione della sua dignità in un momento particolarmente difficile della sua vita (articolo 1 decreto legislativo n. 502 del 1992), allorché è maggiormente necessario che la collettività si faccia carico dei propri doveri di solidarietà costituzionalmente imposti (articolo 2 della Costituzione) al fine di approntare tutti i mezzi possibili per alleviare il pregiudizio fisico ed esistenziale dell'assistito. Come affermato in giurisprudenza, del resto, il diritto ai trattamenti sanitari (ovvero anche socio-sanitari) necessari per la tutela della salute è bensì condizionato dalle esigenze di bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti, salva, in ogni caso, la garanzia di un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione, come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di escludere la determinazione di situazioni prive di tutela, che possano pregiudicare l'attuazione di quel diritto (così, da ultimo, Tar Calabria, Catanzaro, Sezione I, sentenza n. 931 del 2013). Questo, del resto, è precisamente l'insegnamento della Corte costituzionale (cfr. sentenza n. 252 del 2001, ed altre successive) la quale ha anche affermato che, se pure è vero che la tutela del diritto alla salute, nel suo aspetto di pretesa all'erogazione di prestazioni, «non può non subire i condizionamenti che lo stesso legislatore incontra nel distribuire le risorse finanziarie delle quali dispone», è vero però anche 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» (così le sentenze n. 455 del 1990, n. 267 del 1998, n. 309 del 1999, n. 509 del 2000, n. 432 del 2005, n. 354 del 2008).

Ne deriva che, a fronte di una definizione normativa di uno specifico Livello essenziale di assistenza che appaia del tutto generica ed indeterminata, senza alcun preciso riferimento alle prestazioni che ne costituiscono il contenuto – come accade, nella specie, con riguardo all'astratta definizione di «assistenza tutelare alla persona» – l'interprete deve prediligere quel significato che sia maggiormente in linea con le istanze, di rilievo costituzionale, appena menzionate, al fine di non pregiudicare, in concreto, quel «nucleo irriducibile» del diritto alla salute

che, in quanto diritto primario e fondamentale ai sensi dell'articolo 32 della Costituzione, «domanda piena ed esaustiva tutela» (così Corte costituzionale, sentenza n. 992 del 1988). E quindi, il dilemma se le prestazioni non professionali debbano o meno essere ricomprese nella generica definizione di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 non può che essere risolto in senso positivo: ciò, in particolare, sulla scorta di un ragionamento ermeneutico sia letterale sia sistematico il quale – per un verso – evidenzia che simili prestazioni non risultano espressamente escluse dalla pur generica definizione normativa (la quale, è bene precisare, fa comunque riferimento alla funzione da esercitare e non anche al profilo professionale specifico richiesto per il suo esercizio) e – per altro verso – valorizza le istanze di tutela direttamente discendenti dalla Carta costituzionale.

5.3. In conclusione, deve pertanto ritenersi che – come sostenuto dalle ricorrenti – le prestazioni non professionali di assistenza tutelare alla persona rientrano appieno nei Livelli essenziali di assistenza, quali delineati dalla normativa statale di riferimento (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001), con la conseguenza che il 50% del loro costo deve essere posto a carico del Servizio sanitario e non certo accollato al comparto assistenziale.

Del resto, come di recente statuito da questa sezione (Tar Piemonte, Sezione II, sentenza n. 199 del 2014) il contenuto minimo, costituzionalmente imposto, del diritto alla salute (e, per quello che qui rileva, del diritto all'assistenza socio-sanitaria) non può non essere identificato proprio nei Livelli essenziali di assistenza, quali attualmente delineati dal legislatore statale nell'esercizio della propria competenza 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» (articolo 117, comma 2, lettera m della Costituzione). Come ha di recente statuito la Corte costituzionale, peraltro, «il soddisfacimento di tali livelli non dipende solo dallo stanziamento di risorse, ma anche dalla loro allocazione e utilizzazione» (Corte costituzionale, sentenza n. 36 del 2013): se davvero, pertanto, l'esecuzione del programma di solidarietà sancito in Costituzione (e ormai avviato anche dalla legge che ha previsto i Lea) incon-

tra ostacoli di natura economico-finanziaria per l'obiettivo carenza di risorse stanziabili (viepiù nello scenario di una Regione sottoposta a Patto di rientro dai disavanzi della spesa sanitaria, come il Piemonte), il rimedio più immediato non è la violazione dei Lea ma è una diversa allocazione delle risorse disponibili, che spetta alle singole amministrazioni (nel caso, alla Regione) predisporre in modo tale da contemperare i vari interessi costituzionalmente protetti che domandano realizzazione (cfr. Tar Piemonte, sentenza n. 199 del 2014, cit.).

6. Il ricorso deve essere pertanto accolto, con assorbimento delle restanti censure, e con conseguente annullamento degli atti impugnati nella parte in cui, nel qualificare come "extra Lea" le prestazioni non professionali di assistenza tutelare alla persona, hanno stabilito il venir meno delle provvidenze in precedenza garantite ai sensi della normativa sui Lea.

In considerazione della complessità e della parziale novità delle questioni trattate, peraltro, il

Collegio stima equo disporre la compensazione delle spese di lite. A norma dell'articolo 13, comma 6-bis.1, del decreto del Presidente della Repubblica n. 115 del 2002, tuttavia, l'Amministrazione resistente deve essere condannata alla refusione del contributo unificato versato dalle associazioni ricorrenti per la presente causa.

Per questo motivo, il Tribunale amministrativo regionale per il Piemonte, Sezione seconda, definitivamente pronunciando. Accoglie il ricorso in epigrafe e, per l'effetto, annulla gli atti impugnati nella parte indicata in motivazione. Spese compensate, salva la restituzione del contributo unificato. Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'Autorità amministrativa.

Così deciso in Torino nella Camera di consiglio del giorno 14 gennaio 2015 con l'intervento dei magistrati: Vincenzo Salamone, Presidente, Roberta Ravasio, Primo Referendario, Antonino Masaracchia, Primo Referendario, Estensore.

Depositata in segreteria il 29 gennaio 2015.

1978: istituzione del Servizio sanitario nazionale e del Comitato... *(segue dalla pag. 18)*

comunale di Torino il 2 aprile 1980 veniva stabilito che il Comune assumeva a proprio carico, con rimborso da parte della Regione Piemonte, «*il pagamento delle spese di ricovero presso istituti di tutti gli anziani non autosufficienti per la parte sanitaria quantificando detta parte nella misura della differenza tra la retta per non autosufficienti e quelle per autosufficienti in atto presso il singolo istituto*».

In concreto i ricoverati ed i parenti, invece della somma di 18-24mila lire al giorno imposta per i soggetti non autosufficienti, dovevano versare "solo" l'importo di 8-10mila lire previsto per gli anziani autonomi. Nello stesso tempo l'assunzione da parte della Regione Piemonte della quota sopra indicata, confermava, anche se in misura molto limitata, la competenza del Servizio sanitario nazionale in merito agli anziani malati cronici non autosufficienti.

Anche in questo caso, come capita quasi sempre, la stragrande maggioranza dei parenti degli anziani malati cronici non autosufficienti ricoverati negli istituti di assistenza di Torino, ottenuta la consistente riduzione della retta, si era completamente disinteressata delle questio-

ni riguardanti il diritto alle cure sanitarie, sancito dalle leggi allora vigenti.

Tutto l'enorme peso del problema era ancora una volta caduto sull'Ulces, sul Csa e sul Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti.

Gli impegni erano assai gravosi in quanto le istituzioni (Parlamento, Governo, Regioni, Comuni, Asl, ecc.), i Partiti, i Sindacati e quasi tutte le organizzazioni di tutela dei soggetti deboli continuavano a negare il diritto alle cure ospedaliere degli anziani malati cronici non autosufficienti nei casi in cui non erano effettivamente praticabili le prestazioni domiciliari (esclusivamente supportate – ma non sempre – dai medici di medicina generale) e nulla facevano – salvo dichiarazioni fuorvianti – perché questo diritto venisse attuato.

Nonostante questa deprimente situazione determinata dall'abbandono delle iniziative sociali da parte di coloro che avevano ottenuto positivi risultati di interesse personale, l'Ulces, il Csa e il Comitato avevano continuato nella loro difficile attività di promozione dei diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti e di difesa dei casi singoli.