IL DIFENSORE CIVICO DELLA REGIONE LAZIO CONFERMA L'ESIGIBILITÀ DEL DIRITTO DELLE PERSONE CON GRAVE DISABILITÀ INTELLETTIVA ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE DOMICILIARI, SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI

Un'importante conferma e promozione dei diritti delle persone con disabilità intellettiva non autosufficienti alle prestazioni socio-sanitarie arriva dal Difensore civico della Regione Lazio, Dott. Felice Maria Filocamo. La Fondazione promozione sociale onlus il 24 dicembre 2014 aveva inviato al Presidente della Giunta della Regione Lazio e Commissario ad acta alla sanità della Regione Lazio, all'Assessore alle politiche sociali della Regione Lazio, al Sindaco di Roma, ai Direttori generali delle Aziende sanitarie laziali e al Difensore civico della Regione Lazio una nota critica in merito alla presentazione da parte dell'Associazione Artemisia, a Roma il 19 dicembre 2014, del progetto "Dopo di noi", alla presenza dell'Assessore alle politiche sociali della Regione, Rita Visini. Nella comunicazione si esprimeva sconcerto per le false affermazioni contenute nel testo "Una risposta al 'dopo di noi', la nuova sfida dell'Associazione Artemisia onlus", fondate sull'omissione dei vigenti diritti riguardanti i soggetti con disabilità intellettiva grave e limitata o nulla autonomia (1). Nella presentazione veniva infatti affermato che a causa della mancanza di disposizioni legislative «la disperazione, l'angoscia di non sapere cosa accadrà della propria creatura, tanto amata, dopo la morte dei familiari diretti, sono violentissime, feroci» con la conseguenza che «il "dopo di noi", per centinaia di migliaia di genitori con figli segnati da deficit e patologie irresolubili, si trasforma in un male di vivere, insopportabile».

Agli Amministratori pubblici destinatari della lettera della Fondazione promozione sociale

(1) Cfr. la nota "Assessori regionali alle politiche sociali che non conoscono le leggi del loro settore di competenza" inserita in questo numero di *Prospettive assistenziali* nella rubrica "Notizie".

onlus si faceva presente che «tali affermazioni negano la realtà del nostro ordinamento giuridico. Infatti le vigenti norme di legge (decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza" (Lea) le cui norme sono cogenti in base all'articolo 54 della legge 289/2002) stabiliscono il pieno e immediato diritto dei succitati soggetti alle prestazioni residenziali, oltre che a quelle domiciliari e, per le persone con disabilità anche a quelle semiresidenziali» (2).

Con la nota dell'11 febbraio 2015, il Difensore civico della Regione Lazio ha condiviso le affermazioni inviate dalla Fondazione promozione sociale onlus e le ha rilanciate con la comunicazione "Diritto ai livelli essenziali di assistenza (prestazioni residenziali, semiresidenziali e domiciliari) alle persone con disabilità intellettiva non autosufficienti" che riportiamo integralmente (neretti nel testo originale) e che è stata inviata al Presidente e Commissario ad acta della sanità della Regione Lazio, all'Assessore regionale alle politiche sociali e al Sindaco di Roma.

Testo della nota

La Fondazione promozione sociale onlus con nota del 24 dicembre u.s., che si allega in copia, ha sollevato la problematica dell'applicabilità delle disposizioni della normativa relativa ai Livelli essenziali di assistenza (Lea) alle persone non autosufficienti colpite da forme di disabilità totale o limitata.

La Fondazione mette in risalto, citando un caso concreto, che l'ordinamento giuridico del nostro Paese ha previsto, ormai da molto tempo, il pieno e immediato diritto delle persone non autosufficienti all'accesso incondizionato ai Livelli essenziali di assistenza (Lea).

(2) Cfr. l'editoriale "Durante e dopo di noi: i vigenti diritti delle persone con disabilità e con autismo negati in Parlamento. È urgente intervenire", *Ibidem*, n. 188, 2014 e gli articoli "Le proposte di legge sul dopo di noi: necessario il loro immediato ritiro", "Durante e dopo di noi: le leggi stabiliscono il diritto alle prestazioni delle persone con disabilità intellettiva, ma i Parlamentari le negano", *Ibidem* e "Soggetti con grave disabilità intellettiva: esigibilità del diritto alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semiresidenziali e residenziali", *Ibidem* 185, 2014.

L'affermazione della Fondazione, assolutamente condivisibile, fonda le sue radici nel concetto di assistenza sanitaria inteso come **«complesso degli interventi positivi per la tutela e promozione della salute umana»** (cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 382/1999).

Sul punto, la Consulta ha ripetutamente asserito che, nell'ambito della tutela costituzionale accordata al **«diritto alla salute»** dall'articolo 32 della Costituzione, il diritto a trattamenti sanitari **«è garantito a ogni persona come un diritto costituzionale condizionato dall'attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento»** (cfr. Corte costituzionale, sentenze n. 455/1990, 218/1994, 247/1992, 40/1991, 212/1983 e 175/1982). Ciò comporta, come la suprema Corte ha precisato nelle decisioni menzionate, che, al pari di ogni altro diritto costituzionale a prestazioni positive, il diritto a trattamenti sanitari, essendo basato su norme programmatiche che impongono al legislatore un obbligo costituzionale all'attuazione della tutela della salute, diviene per il cittadino **«pieno e incondizionato»** nei limiti in cui lo stesso legislatore, attraverso una non irragionevole opera di bilanciamento fra i valori costituzionali e di commisurazione degli obiettivi conseguentemente determinati alle risorse esistenti, predisponga adeguate possibilità di fruizione delle prestazioni sanitarie. **Dunque, esiste un limite invalicabile, rappresentato dal concetto di «dignità umana» quale «nucleo irriducibile del diritto alla salute», di cui il legislatore nell'operare il citato bilanciamento non può non tener conto**, tale limite è stato confermato dal giudice delle leggi a più riprese (cfr. Corte costituzionale, sentenze n. 309/1999, 509/2000, 252/2001, 432/2005, 354/2008, 299 e 269/2010, 61/2011).

In proposito, è stato correttamente evidenziato come la Convenzione di New York del 13 dicembre 2006 sui "Diritti delle persone con disabilità", ratificata con legge 3 marzo 2009 n. 18, si basi sulla valorizzazione della dignità

intrinseca, dell'autonomia individuale e dell'indipendenza della persona disabile, specie laddove (articolo 3) impone agli Stati aderenti un dovere di solidarietà nei confronti dei disabili, in linea con i principi costituzionali di uguaglianza e di tutela della dignità della persona che, nel settore specifico, rendono doveroso valorizzare il disabile di per sé, come soggetto autonomo, a prescindere dal contesto familiare in cui è collocato e pure se ciò può comportare un aggravio economico per gli enti pubblici (cfr. Consiglio di Stato, sezione III, n. 4085, del 17 luglio 2012; Consiglio di Stato, sezione V, n. 5185, del 16 settembre 2011).

Occorre anche ricordare che le disposizioni della "Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea" all'articolo 34 riconosce e rispetta il diritto di accesso alle prestazioni di sicurezza sociale e ai servizi sociali che assicurano protezione in casi quali la maternità, la malattia, gli infortuni sul lavoro, la dipendenza o la vecchiaia; all'articolo 35, inoltre, sancisce che ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche, e in maniera univoca, **stabilisce che nella definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione deve essere garantito un livello elevato di protezione della salute umana.**

Va rimarcato che tali prescrizioni sono vincolanti per gli Stati membri, l'eventuale inerzia delle amministrazioni regionali per omessa osservanza della disciplina comunitaria, configura un inadempimento ex articolo 226 del Trattato, imputabile allo Stato membro (cfr. Corte di giustizia, sentenza 16 settembre 2004, C-248/02, Commissione contro Repubblica Italiana; Sentenza 9 dicembre 2004, C-79/03, Commissione contro Regno di Spagna, in Racc. I, 11619).

È sicuramente questo poc'anzi delineato, il contesto normativo internazionale e comunitario, rafforzato dalle statuizioni della Corte costituzionale citate, nel quale si collocano le recentissime sentenze dei giudici amministrativi del Piemonte, correttamente richiamate dalla Fondazione promozione sociale.

In particolare, la sentenza dei giudici amministrativi piemontesi del 31 gennaio 2014, n. 189, statuisce che gli Enti locali sono tenuti a garantire i relativi servizi, utilizzando tutti gli strumen-

ti a loro disposizione per reperire i necessari fondi, senza che su tale obbligo possano incidere i sempre più pesanti tagli economici (cfr. *Tar Piemonte, sezione II, 14 marzo 2013 n. 326; Tar Lombardia, Milano, 24 marzo 2011 n. 784*).

Inoltre, sempre il Tar Piemonte, sezione II, con sentenza n. 326, del 14 marzo 2013, ricorda, che, in proposito ed analogamente, il giudice siciliano aveva efficacemente osservato che le prestazioni di assistenza sociale e di servizi alla persona sono riconducibili all'esercizio di un potere casualmente connotato dal carattere dell'autoritatività e della «*supremazia specifica*», con riferimento a quanto enunciato dall'articolo 1, comma 1, della legge n. 328 del 2000 (legge quadro in tema di assistenza sociale), a norma del quale la Repubblica è chiamata ed eliminare o ridurre le condizioni di disabilità, di bisogno e di disagio derivanti da inadeguatezza di reddito, difficoltà sociali e condizioni di non autonomia, in coerenza con gli articoli 2, 3 e 38 della Costituzione. Questa finalità d'interesse pubblico connota il relativo potere amministrativo da predominanti elementi di autoritarietà, poiché «*la rimozione delle cause che limitano o impediscono il pieno sviluppo della persona umana*» è un interesse pubblico non disponibile, irrinunciabile e cogente; ne consegue che la sua realizzazione deve essere assicurata attraverso una coazione, posto che le cause che limitano o impediscono il pieno sviluppo della persona sono espressioni «*spontanee*» delle distorsioni esistenti nel tessuto sociale e vanno quindi autoritativamente corrette in funzione di un necessario riequilibrio (cfr. *Tar Sicilia, Catania, n. 1384 del 2005*).

Per completare il quadro giurisprudenziale a supporto dell'obbligatorietà degli interventi per la tutela e la promozione della salute umana, compresi nei Livelli essenziali di assistenza, giova rilevare quanto affermato nella recentissima sentenza del Consiglio di Stato del 26 gennaio 2015 n. 339: «*La qualifica di anziano non autosufficiente, che si evince nella tabella di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, 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. L'articolo 3, comma 3, del decreto del*

Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, inoltre, nell'elencare i soggetti che possono essere destinatari di prestazioni socio/sanitarie ad elevata integrazione sanitaria individua in via autonoma la categoria degli anziani, accanto ai soggetti in condizione di handicap e per le categorie interessate, compresa quella degli anziani, consente l'erogazione delle prestazioni in questione anche in strutture residenziali con specifico riferimento al bisogno sanitario inerente alla limitazione dell'attività del soggetto, sia nelle fasi (di cura) estensive, sia in quelle di lungo-assistenza. Ricorre, in conclusione, nella fattispecie sottoposta all'esame del collegio 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. Consiglio di Stato, sezione V, n. 2456 del 13 maggio 2014; sezione III, n. 957 del 18 febbraio 2013; n. 790 del 16 febbraio 2012; n. 3997 del 9 luglio 2012).

Infine, corre l'obbligo di sottolineare quanto asserito più volte dalla Consulta, ovvero che «*l'operato del Commissario ad acta, incaricato dell'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario previamente concordato tra lo Stato e la Regione interessata, sopraggiunge all'esito di una persistente inerzia degli organi regionali, essendosi questi ultimi sottratti ad un'attività che pure è imposta dalle esigenze della finanza pubblica. È, dunque, proprio tale dato – in uno con la constatazione che l'esercizio del potere sostitutivo è, nella specie, imposto dalla necessità di assicurare la tutela dell'unità economica della Repubblica, oltre che dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti un diritto fondamentale (articolo 32 della Costituzione), qual è quello alla salute*» (cfr. Corte costituzionale, sentenza 5 maggio 2014, n. 110).

Orbene, alla luce di quanto brevemente illustrato, non può che ribadirsi il pieno diritto alle prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semi-residenziali e residenziali, per tutti i soggetti con grave disabilità intellettiva non autosufficienti.