

VALIDE SENTENZE SUL DIRITTO DELLE PERSONE NON AUTOSUFFICIENTI ALLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE E SUI RELATIVI CONTRIBUTI ECONOMICI

- 1. La sentenza n. 15679/2015 della Corte di Cassazione conferma che, in base alle norme dell'Isee (decreti legislativi 109/1998 e 130/2000), le persone con grave disabilità frequentanti i centri diurni devono contribuire agli oneri relativi al servizio di refezione in base alle loro personali risorse economiche e quindi senza alcun riferimento alla situazione finanziaria dei loro nuclei familiari.*
- 2. Nella sentenza n. 3640/2015 il Consiglio di Stato ha precisato i criteri in base ai quali deve essere determinato l'importo delle contribuzioni a carico delle persone con invalidità 100x100 ricoverate presso strutture socio-sanitarie residenziali.*
- 3. Con la sentenza n. 7020/2015 la Prima sezione del Tribunale di Milano ha stabilito che, nei casi in cui le prestazioni fornite ad una persona con demenza senile ricoverata presso una Rsa siano prevalentemente di natura sanitaria intensiva, gli oneri sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale.*
- 4. Analoga la sentenza n. 9017/2015 della Terza sezione civile del Tribunale di Milano che ha respinto la richiesta avanzata dal Comune di Milano di euro 224.795,34 agli eredi del signor M. N. rilevando che, essendo state fornite all'anziano malato cronico non autosufficiente ricoverato presso il Pio Albergo Trivulzio cure ad alta integrazione sanitaria, tutti i relativi costi sono di competenza della Sanità.*
- 5. Nella sentenza n. 3806/2015 il Consiglio di Stato ha confermato il diritto degli anziani malati cronici non autosufficienti ricoverati nelle Rsa alla continuità terapeutica, ovviamente salva decisione contraria dell'infermo o della persona che lo rappresenta.*

1. Sentenza della Corte di Cassazione n. 15679/2015. Il signor A. B. amministratore di sostegno del figlio con grave disabilità, aveva presentato, tramite l'avvocato Alessandra Mari (Studio Rodl & Partner), ricorso contro i provvedimenti del Giudice di pace di Pavia (sentenza n. 1966/2010) e del Tribunale della stessa città (sentenza n. 222/2013) in cui era stata legittimata la richiesta avanzata dal Comune di Pavia per il pagamento del servizio di refezione fornito da un centro diurno assumendo come riferimento le risorse dell'intero nucleo familiare.

Diametralmente opposta la decisione della Corte di Cassazione in quanto «*limitatamente alle prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati di natura socio-sanitaria, erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo (nella specie nel centro diurno disabili "Il Naviglio" di Pavia), rivolta a persone con handi-*

cap permanente grave, nonché a soggetti ultra-sessantacinquenni non autosufficienti al fine di determinare la contribuzione a carico dell'assistito, dev'essere valutata esclusivamente la sua situazione economica e non quella del nucleo familiare».

Ne consegue che il Comune di Pavia dovrà modificare il regolamento approvato con delibera del Consiglio comunale n. 303 del 19 novembre 2003 «*nella parte in cui statuiva che "la misura della contribuzione per frequenza in strutture di accoglienza disabili viene determinata sulla scorta dell'Isee dell'intero nucleo familiare"*».

Segnaliamo infine che la Corte di Cassazione ha condannato il Comune di Pavia «*al rimborso delle spese del presente giudizio, che liquida in euro 1.700,00 oltre ad euro 200,00 per esborsi, spese generali ed accessori di legge*», nonché «*alle spese di merito che liquida in euro*

1.100,00 oltre spese generali ed accessorie di legge».

2. Sentenza del Consiglio di Stato n. 3640/2015. Con la dettagliata decisione n. 3640 depositata in data 23 luglio 2015, il Consiglio di Stato, su ricorso dell'avvocato Maria Luisa Tezza (che ha predisposto questa sintesi), enuclea i criteri fondamentali da applicare per determinare la quota di compartecipazione dell'invalide al 100%, disabile grave, al costo dei servizi socio-sanitari erogati all'interno di una struttura residenziale. La fattispecie riguarda in particolare la Regione Veneto ma, più in generale, rispecchia quanto accade ormai a livello nazionale: Asl e Comuni pretendono di "prelevare" tutte le risorse del disabile, lasciandogli il c.d. "borsellino" per le spese personali pari ad un importo mensile di euro 120,00 (25% del trattamento minimo Inps per i lavoratori dipendenti). Ciò alla base di un preteso regolamento comunale la cui applicazione di fatto impedisce al disabile un tenore di vita dignitoso privandolo, addirittura, della possibilità di fare fronte ai costi per il mantenimento dell'abitazione (nella quale rientra il fine settimana e durante le festività).

Il Consiglio di Stato esordisce ricordando che la disciplina normativa delle prestazioni socio-sanitarie integrate trova le sue linee fondamentali nel decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 - Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie integrate, recepito dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, che, a partire dal 1° gennaio 2002, 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.

All'interno di questa imprescindibile cornice normativa, la sentenza enuclea i principi fondamentali a cui devono attenersi i servizi socio-sanitari territoriali:

a) a norma del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001 e del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, allegato 1C (pag. 39), nonché della legge n. 289/2002, art. 54, le spese di assistenza dei disabili gravi in strutture residenziali vanno poste per il 70% a carico del Servizio

sanitario nazionale e per il 30% a carico del Comune, fatta salva la compartecipazione dell'utente;

b) nel Veneto resta applicabile solo detta disciplina nazionale; non può trovare applicazione la legge Regione Veneto n. 30/2009 articolo 6, comma 4 (che prevede la conservazione al disabile di una somma corrispondente al 25% del trattamento minimo di pensione Inps per i lavoratori dipendenti); infatti la Regione non ha adottato l'atto di indirizzo ivi previsto;

c) in applicazione della normativa nazionale (legge 328/2000 articolo 25, comma 8, articolo 8, comma 3, lettera l) ed articolo 18, comma 3, lettera g), la Regione Veneto con la legge regionale 1/2004 ha recepito il parametro Isee quale criterio di accesso agli interventi rivolti alle persone non autosufficienti; nel Veneto pertanto non residua alcuna potestà regolamentare né in capo alle Unità locali dei servizi sanitari né in capo ai Comuni. Del resto (come già affermato nella sentenza n. 5355/2013) «*il potere regolamentare attribuito ai Comuni ed agli enti gestori non può essere inteso come attribuzione di un autonomo e concorrente potere in materia*»;

d) l'indennità di accompagnamento può essere computata ai fini della compartecipazione dell'invalide totale alla retta della struttura residenziale solo nel caso in cui la stessa assicuri tutti i servizi necessari ai bisogni quotidiani;

e) nel determinare la quota di compartecipazione vanno considerate le spese personali che in concreto il disabile sostiene. Le quantificazioni astratte e generalizzate del c.d. "borsellino" violano infatti la Convenzione di New York sui diritti delle persone con disabilità, ratificata dal nostro Paese con legge n. 18/2008, nella misura in cui non consentono al disabile una vita dignitosa, sia il principio di proporzionalità, che impone di realizzare l'interesse generale gravando il singolo del minor sacrificio possibile;

f) non può essere chiesta una compartecipazione automatica alla retta per giorni 365 all'anno in attuazione di un progetto di ospitalità che prevede lo stabile rientro a casa per il fine settimana. Pertanto vanno conteggiati solo i giorni di effettiva permanenza in struttura per al massimo 255 giorni per anno.

3. Sentenza della prima Sezione civile del Tribunale di Milano n. 7020/2015. Con questo

provvedimento, su istanza presentata dall'avvocato Alfredo Lugli, è stata annullata la cartella esattoriale di euro 112.991,04, emessa da Equitalia Nord S.p.a. nei confronti di C. G., la cui sorella R. G., colpita dal morbo di Alzheimer, era stata ricoverata dal Comune di Milano presso la Rsa Istituto geriatrico Redaelli di Vimodrone in condizioni di non autosufficienza. Dopo aver sospeso l'esecutorietà della cartella esattoriale, il Tribunale di Milano ha evidenziato che «*dalla documentazione richiamata (proveniente dalla stessa Amministrazione comunale) emerge che le ragioni del ricovero urgente sono da ravvisare nella grave patologia diagnosticata a R. G. presso l'ospedale di Sesto S. Giovanni (morbo di Alzheimer) e dalla necessità per la signora di prestazioni di natura sanitaria, rispetto alle quali quelle di natura socio-assistenziale hanno assunto un carattere marginale e accessorio*», rilevando che «*la fattispecie in esame si presenta affatto analoga a quella esaminata dalla Suprema Corte nella sentenza n. 4558 del 2012, nella quale, richiamati la inviolabilità del diritto alla salute protetto dalla Costituzione ed il consolidato e condiviso "indirizzo interpretativo del tutto omogeneo, tale da costituire diritto vivente, nel senso che, nel caso in cui oltre alle prestazioni socio-assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e pertanto di competenza del Servizio sanitario nazionale (...)"*», la Corte ha concluso che in presenza di una stretta correlazione fra prestazioni sanitarie e assistenziali con prevalenza degli aspetti di natura sanitaria (come ravvisabile anche nella fattispecie qui in esame), si determina la totale competenza del Servizio sanitario nazionale (neppure essendo consentita una determinazione di "quote" di natura sanitaria e di natura assistenziale) con conseguente non recuperabilità, mediante azione di rivalsa nei confronti dei parenti del paziente, delle prestazioni di natura assistenziale erogate dal Comune».

4. Con la sentenza n. 9017/2015 la terza Sezione civile dello stesso Tribunale di Milano, analoga alla precedente, ha respinto la richiesta avanzata dal Comune di Milano per ottenere dagli eredi del signor A. B., già ricoverato presso il Pio Albergo Trivulzio, la somma di

euro 224.795,34 relativa alle rette per il periodo dal 2 settembre 1998 al 2 settembre 2008. Come risulta dalla sentenza in oggetto (il ricorso era stato presentato dall'avvocato Francesco Trebeschi) «*è stata svolta una consulenza tecnica che ha chiarito come "le prestazioni sanitarie erogate al signor A. B. rientrano a pieno titolo nei Livelli essenziali di assistenza e le stesse non richiedono alcun tipo di esborso da parte dei pazienti"*». Infatti il Consulente tecnico d'ufficio aveva «*concluso nel senso che "le prestazioni offerte al paziente erogate dal Pio Albergo Trivulzio siano da qualificarsi come prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria cioè prestazioni sanitarie a rilevanza sociale con conseguente esclusivo onere dell'intero costo di tutta la parte di cura e di assistenza a carico del Servizio sanitario regionale"*».

A questo proposito nella sentenza n. 9017/2015 viene puntualizzato che «*a norma dell'articolo 3-septies, comma 4, del decreto legislativo 502/1992 "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"*», che «*il successivo comma 5 prevede poi che "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"* e che «*a norma dell'articolo 3, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 "sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, di cui all'articolo 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*

dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da Hiv e patologie terminali, inabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative» e 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 della preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza».

Nella sentenza in oggetto viene altresì rilevato che, sulla base delle affermazioni contenute nella relazione del Consulente tecnico d'ufficio «nell'ambito dell'assistenza a pazienti fragili, tra cui gli anziani ricoverati nelle Rsa, la parte sanitaria è separata nettamente dalla parte sociale: in particolare, nel sistema attualmente vigente, la Regione Lombardia rimborsa alle Rsa accreditate una "tariffa" sanitaria giornaliera (definita quota sanitaria) di importo variabile secondo il profilo del paziente e che rientra nei Livelli essenziali di assistenza; mentre la parte sociale viene chiamata "retta" o "quota sociale/alberghiera" ed è posta a carico dell'utente o dei suoi familiari».

Dopo aver rilevato che «la delibera della Giunta comunale di Milano del 22 maggio 2003 prot. n. 16.758.483/2003 in virtù del quale il Comune pretende quanto indebitamente iscritto a ruolo, distingue tra componente "socio-assistenziale" della retta e componente "sanitaria", prevedendo che la componente socio-assistenziale faccia carico al ricoverato o ai soggetti a ciò tenuti e in subordine al Comune», la sentenza n. 9017/2015 stabilisce che «tale distinzione, però, non risulta legittima – per violazione dell'articolo 3-septies, comma 4, del decreto legislativo 502/1992 – nell'ipotesi in cui il paziente usufruisca di una prestazione socio-sanitaria ad elevata integrazione sanitaria, in quanto, come chiarito dall'articolo 3, comma 3, decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 14 febbraio 2001 tale prestazione è caratterizzata 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" della retta e componente "sanitaria"».

Premesso che le «dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle Aziende sanitarie e sono a carico del Fondo sanitario» e che le Regioni non possono «prevedere a carico del cittadino maggiori oneri rispetto a quelli che la normativa primaria [dello Stato n.d.r.] indistintamente applicabile su tutto il territorio nazionale prevede», il Tribunale di Milano ha dichiarato «la nullità delle cartelle esattoriali» ed ha rigettato le richieste del Comune di Milano.

5. Sentenza del Consiglio di Stato n. 3806/2015. Con riferimento alla normativa della Regione Puglia relativa agli anziani malati cronici non autosufficienti, in cui, contrariamente alle vigenti disposizioni statali (a nostro avviso contrastanti anche col buon senso comune) è prevista la transitorietà del ricovero presso la Rsa, il Consiglio di Stato ha stabilito che fino a che l'Asl, tramite l'Unità valutativa geriatrica, non assume decisioni in merito «alla proroga del trattamento oppure alla dimissione protetta, programmata e consolidata», «la Rsa non è abilitata a sostituirsi all'Asl nel valutare le condizioni e le esigenze del paziente» precisando che «se, salvo specifica contraria prescrizione, può presumersi che un prolungamento del ricovero e del trattamento non comportino danni, ma vantaggi per il paziente, non può invece presumersi altrettanto per una dimissione decisa da parte della Rsa unilateralmente (senza una decisione ed assunzione di responsabilità del paziente e dei familiari). Peraltro, una simile decisione, in mancanza della possibilità o della disponibilità della famiglia a prendersi carico del paziente, o di una autorizzazione al ricovero presso una diversa struttura o al ricorso all'assistenza domiciliare, equivarrebbe davvero a mettere il paziente "in mezzo ad una strada" (con ogni conseguenza giuridica, a tacere della distonia rispetto ad elementari regole di solidarietà».

Ciò premesso è sperabile che finalmente la Regione Puglia riconosca l'illegittimità e l'assurdità dei ricoveri temporanei presso la Rsa, disposizione deplorabilmente assunta in netto contrasto, non solo con le leggi vigenti, ma – lo ripetiamo – anche con il buon senso comune.