

TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE PER IL PIEMONTE

RICORRONO

L' ASSOCIAZIONE "PROMOZIONE SOCIALE" con sede in Torino, Via Artisti, 36, C.F. 97557070014, iscritta nel registro del Volontariato della Regione Piemonte con D.P.G.R. n. 4654 in data 4/11/1994, in persona del Suo Presidente e legale rappresentante Sig. Francesco Santanera, la U.T.I.M. – UNIONE PER LA TUTELA DELLE PERSONE CON DISABILITÀ INTELLETTIVA (già U.T.I.M. – UNIONE PER LA TUTELA DEGLI INSUFFICIENTI MENTALI), con sede in Torino, Via Artisti, 36, C.F.97549820013, iscritta nel registro del Volontariato della Regione Piemonte con D.P.G.R. n.1223/94 in data 30/03/1994, in persona del Suo Presidente e legale rappresentante Sig. Vincenzo Bozza, e la U.L.C.E.S. – UNIONE PER LA LOTTA CONTRO L'EMARGINAZIONE SOCIALE con sede in Torino, Via Artisti, 36, C.F. 80097790010, iscritta nel registro del Volontariato della Regione Piemonte con D.P.G.R. n. 2075 in data 01/06/1993, in persona del suo Presidente e legale rappresentante pro tempore Sig.ra Luisa Maria Ponzio, tutti rappresentati e difesi per delega in calce al presente atto dall'Avv. Roberto Carapelle (C.F. CRPRRT61M05L219Y) e nel suo studio in Torino, Via San Pio V 20 elettivamente domiciliati, e che dichiarano di voler ricevere tutte le comunicazioni di cancelleria ex art. 136 c.p.c. e ex art. 51 D.L. 112/2008 presso la Casella di Posta Elettronica Certificata del Processo Telematico di cui all'art. 11 D.M. 17/7/2008, o all'indirizzo di PEC *avvcarapelle@pec.carapelle-clivio.it*, comunicato all'Ordine ai sensi della L. 2/2009, o al numero di fax 011/650.81.97.

RICORRENTI

CONTRO

la REGIONE PIEMONTE, in persona del Presidente della Giunta Regionale, corrente in Torino, Piazza Castello n. 165

RESISTENTE

per l'annullamento

- della deliberazione della Giunta Regionale Piemonte 20 aprile 2015 n. 18-1326, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte in data 23 aprile 2015, avente ad oggetto: *“Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema Sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall’esercizio 2015”*;
- di qualunque altro atto presupposto, connesso e consequenziale a quelli impugnati.

* * * * *

FATTO

- 1) L'Associazione Promozione Sociale è un'organizzazione di volontariato senza fini di lucro avente lo scopo statutario di promuovere il riconoscimento concreto delle esigenze e dei diritti della fascia più debole della popolazione, con particolare riguardo alle persone che non sono in grado di autodifendersi a causa dell'età (minori) o delle condizioni psico-fisiche (handicappati con limitata autonomia, anziani, malati cronici non autosufficienti ecc.) (cfr. art. 2 dello Statuto – doc. 2).

- 2) Per conseguire il predetto obiettivo, l'Associazione Promozione Sociale opera nell'ambito delle norme della L. 11/08/1991 n. 266 e svolge, attività di documentazione, studio, ricerca, informazione, consulenza e promozione culturale e sociale, di tutela dei diritti, di promozione dei necessari interventi e servizi di prevenzione del disagio e dell'emarginazione e delle occorrenti prestazioni individuali, familiari e sociali, nonché ogni altra attività consentita alle organizzazioni di volontariato (cfr. art. 3 dello Statuto – doc. 2).
- 3) La U.T.I.M. – Unione per la Tutela delle Persone con Disabilità Intellettiva (già U.T.I.M. – Unione per la Tutela degli Insufficienti Mentali) è un'associazione senza fini di lucro avente lo scopo statutario di proteggere, promuovere e tutelare sotto qualsiasi aspetto ed in forma di volontariato gli interessi ed i diritti degli insufficienti mentali (cfr. art. 2 dello Statuto – doc. 3).
- 4) Per conseguire il predetto obiettivo, la U.T.I.M. si propone di lottare contro ogni forma di emarginazione sociale e svolgere attività conseguenti; promuovere iniziative per il raggiungimento del benessere psico-fisico e l'inserimento nella vita sociale degli handicappati; promuovere indagini e ricerche sulle cause di emarginazione per proporre idonee soluzioni; operare per la conoscenza e l'applicazione delle vigenti leggi e promuovere azioni dirette ad ottenerne eventuali modifiche; stabilire e mantenere contatti con le Amministrazioni Pubbliche, gli Enti, le Associazioni, le Forze Sociali e Politiche, stimolare gli Amministratori degli Enti Pubblici ad adeguare ed istituire i servizi necessari a soddisfare

le esigenze di ogni cittadino; sensibilizzare la popolazione sui problemi degli insufficienti mentali promuovendo convegni, congressi, conferenze, tavole rotonde e dibattiti, attivare servizi di supporto per l'insufficiente mentale e per la sua famiglia per integrare i servizi esistenti nella Regione Piemonte gestiti dall'Ente Pubblico (cfr. art. 3 dello Statuto – doc. 3).

- 7) La U.L.C.E.S. è un'associazione senza fini di lucro avente lo scopo statutario di promuovere i diritti degli emarginati sociali e di coloro che non sono in grado di autodifendersi (cfr. art. 1 dello Statuto – doc. 4).
- 8) Per conseguire il predetto obiettivo la U.L.C.E.S. si propone di lottare contro ogni forma di emarginazione sociale e di svolgere le attività conseguenti, di promuovere i diritti dei minori, degli handicappati e degli anziani, intervenendo, se necessario, anche nelle sedi giudiziarie, contro ogni forma di discriminazione, abuso, maltrattamento e altre violazioni dell'integrità e della dignità delle persone, in particolare di quelle ammalate e/o non autosufficienti; di informare l'opinione pubblica e le autorità sui vari problemi degli emarginati sociali (cfr. art. 2 dello Statuto – doc. 4).
- 9) La Giunta della Regione Piemonte, con deliberazione n. 18-1326 in data 20 aprile 2015, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte in data 23 aprile, ha approvato una deliberazione avente ad oggetto la *Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema Sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall'esercizio 2015* (doc.5).

* * * * *

Gli organismi ricorrenti impugnano la predetta deliberazione, nonché qualunque altro atto presupposto, connesso e consequenziale, riservando eventuali motivi aggiunti, per i seguenti

MOTIVI DI RICORSO

PREMESSA IN PUNTO LEGITTIMAZIONE ATTIVA DEGLI ORGANISMI RICORRENTI.

Occorre preliminarmente affrontare la questione della legittimazione attiva degli organismi ricorrenti, alla luce della giurisprudenza formatasi in materia.

La dottrina e la giurisprudenza hanno da tempo elaborato la tesi della trasformazione dell'interesse diffuso in interesse collettivo, definendo il primo quale *interesse privo di titolare, latente nella comunità, allo stato fluido in quanto comune a tutti gli individui di una formazione sociale non organizzata e non individuabile autonomamente* ed il secondo come *quell'interesse facente capo ad un ente esponenziale di un gruppo non occasionale, della più varia natura giuridica (associazioni riconosciute e non, comitati, ordini professionali ...), ma autonomamente individuabile.*

E' indirizzo consolidato quello secondo il quale l'interesse diffuso si *trasforma* in interesse collettivo e diventa interesse legittimo tutelabile in giudizio, nel momento in cui, indipendentemente dalla sua personalità giuridica, l'ente dimostri la sua *rappresentatività* rispetto all'interesse che intende proteggere. Detta rappresentatività deve essere desunta dai seguenti indici, frutto dell'elaborazione giurisprudenziale (cfr. Consiglio di Stato Sez. VI n. 3507 dell'11/07/08):

- deve trattarsi di un ente il cui *statuto* preveda come fine istituzionale la protezione di un determinato bene a fruizione collettiva, cioè di un determinato interesse diffuso o collettivo;
- l'ente deve essere in grado, per la sua organizzazione e struttura, di realizzare le proprie *finalità* ed essere dotato di *stabilità*, ovvero deve svolgere all'esterno la propria attività in via continuativa; l'attività esercitata deve essere tale da creare in capo all'ente una situazione sostanziale meritevole di tutela, con esclusione pertanto delle c.d. associazioni di comodo, la cui attività non riflette effettive esigenze collettive;
- l'organismo collettivo deve essere portatore di un *interesse localizzato*, ossia deve sussistere un collegamento territoriale stabile tra l'area di afferenza dell'attività dell'ente e la zona in cui è situato il bene a fruizione collettiva che si assume lesa.

Nel caso di specie devono essere ritenuti sussistenti tutti i summenzionati requisiti, con riferimento a tutti gli organismi ricorrenti. Sono state prodotte in giudizio le copie degli statuti dei ricorrenti, i cui passaggi salienti sono stati riprodotti in narrativa. Tutti gli enti ricorrenti, ciascuno nel proprio specifico ambito, hanno quale scopo statutario quello di promuovere il riconoscimento concreto e la tutela dei diritti della cd. fascia debole della popolazione, comprensiva di minori, anziani, malati cronici, disabili (quanto alla Associazione Promozione Sociale e alla U.L.C.E.S.), persone con disabilità intellettiva e soggetti autistici (quanto alla U.T.I.M.).

Le associazioni ricorrenti sono altresì dotate di autonoma struttura organizzativa e svolgono stabilmente la propria azione in ambito sociale da

parecchi anni: l'Associazione Promozione Sociale si è costituita il 23/05/1994; la U.T.I.M. e la U.L.C.E.S. sono iscritti nel registro del Volontariato della Regione Piemonte, rispettivamente, dal 30/03/1994, e dall'1/06/1993.

Tutti vantano un passato ed un presente di intensa attività di sensibilizzazione dell'opinione pubblica e di assistenza, sotto le più varie forme, prestata alle categorie tutelate. Gli organismi ricorrenti sono infine stabilmente radicati sul territorio regionale: Associazione Promozione Sociale, U.T.I.M. e U.L.C.E.S. hanno sede in Torino e sono tutti iscritti nel Registro del Volontariato della Regione Piemonte.

Appare dunque soddisfatto anche il criterio della cd. *vicinitas*, posto che con il presente ricorso le associazioni ricorrenti impugnano la sopra citata deliberazione della Regione Piemonte.

L'ill.mo Collegio ha già avuto modo di affermare la piena legittimazione attiva delle associazioni ricorrenti in altri similari ricorsi presentati a tutela di fasce deboli della popolazione, ritenendo da ultimo quanto segue: *“Deve anzitutto premettersi la sicura legittimazione ad agire delle associazioni ricorrenti, tutte aventi lo scopo statutario di proteggere le categorie sociali più deboli, in particolare quelle degli anziani non autosufficienti, come emerge dai rispettivi statuti, depositati in giudizio. Si tratta quindi di soggetti sicuramente portatori degli interessi collettivi di categoria azionati nel presente giudizio”* (sent. TAR Piemonte, Sez. II, n. 199/2014, pag. 19).

Alla luce di quanto suesposto, si deve pertanto concludere per la sussistenza della piena legittimazione ad agire in capo agli organismi ricorrenti.

* * * * *

VIOLAZIONE DI LEGGE ED ECCESSO DI POTERE PER CONTRASTO
CON LO STATUTO DELLA REGIONE PIEMONTE.

Preliminarmente si osserva che la delibera 18-1326 del 20 aprile 2015 è stata approvata dalla Giunta della Regione Piemonte senza averne discusso l'impostazione con le organizzazioni sociali e le associazioni di volontariato della stessa Regione Piemonte. Tale *modus procedendi* si pone in evidente contrasto con le previsioni dello Statuto della Regione Piemonte che all'articolo 2 dispone quanto segue: *«1. La Regione opera nell'ambito dei poteri riconosciuti dalla Costituzione e dalle leggi dello Stato ed esercita la propria autonomia per realizzare l'effettiva partecipazione di tutti i cittadini all'attività politica, economica e sociale della comunità regionale e nazionale. 2. La Regione riconosce che la partecipazione dei cittadini alle scelte politiche, alla funzione legislativa ed amministrativa e al controllo dei poteri pubblici è condizione essenziale per lo sviluppo della vita democratica e per la salvaguardia dei diritti di uguaglianza e di libertà di tutti i cittadini. 3. La Regione valorizza il costituirsi di ogni associazione che intende concorrere con metodo democratico alla vita della Regione e in particolare sostiene le iniziative per la realizzazione dei diritti e favorisce le forme di solidarietà sociale, l'associazionismo e il volontariato, assicurandone la partecipazione e la consultazione nello svolgimento delle funzioni regionali. 4. La Regione coinvolge nelle scelte legislative e di governo il sistema degli enti locali e consulta, ritenendo il loro apporto elemento fondamentale della politica regionale, i sindacati dei lavoratori, le organizzazioni di categoria, le formazioni sociali, le istituzioni culturali, le*

associazioni, le autonomie funzionali e gli organismi in cui si articola la comunità regionale e, quando la materia lo richieda, gli elettori della Regione secondo le forme previste dallo Statuto e dal Regolamento. 5. La Regione predispone indagini conoscitive sulle materie di sua competenza anche a mezzo di organi e strumenti di consultazione e ricerca».

Di qui discende un'evidente ragione di illegittimità della delibera impugnata.

* * * * *

VIOLAZIONE DI LEGGE E DI REGOLAMENTO PER CONTRASTO CON L'ART. 54 DELLA L. 289/2002, IL D.P.C.M. 29/11/2001, GLI ARTT. 117 E 32 COST., LA L. N. 833/1978, LA L. REG. N. 10/2010 E L'ART. 23 COST. VIOLAZIONE DI LEGGE ED ECCESSO DI POTERE PER DIFETTO E/O INSUFFICIENZA DELLA MOTIVAZIONE. ECCESSO DI POTERE PER ARBITRARIETÀ, DISPARITÀ DI TRATTAMENTO, INGIUSTIZIA MANIFESTA, IRRAGIONEVOLEZZA E CONTRADDITTORIETÀ.

Premessa - I soggetti interessati dalle sorti del presente giudizio

La deliberazione impugnata non tiene nel debito conto che gli anziani malati cronici non autosufficienti sono persone MALATE spesso colpite da una pluralità di patologie. Si tratta di soggetti così gravemente malati da avvertire non solo continuative sofferenze, ma da cadere anche nella condizione di non autosufficienza, e cioè nella totale dipendenza dagli altri per tutte le funzioni vitali. Tali malati, la cui gravità ha raggiunto l'irreversibile stato della non autosufficienza, necessitano in maniera indifferibile di prestazioni sanitarie, così come stabilito:

- dalle leggi vigenti (la legge 833/1978 di riforma sanitaria sancisce che spetta al Servizio sanitario nazionale assicurare «*la diagnosi e la cura*

- degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata» per tutti gli ammalati, giovani, anziani, autosufficienti e non);*
- dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, reso cogente dall'articolo 54 della legge 289/2002. Le medesime norme dei Lea si applicano anche alle persone colpite da handicap invalidante in situazione di gravità;
 - dalla sentenza della Corte costituzionale n. 36/2013 che ha precisato che *«l'attività sanitaria e socio-sanitaria a favore di anziani non autosufficienti è elencata tra i Livelli essenziali di assistenza sanitaria dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001»*. La stessa sentenza ha definito non autosufficienti le *«persone anziane o disabili che non possono provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri»*.

Per comprendere meglio la situazione di malattia di un anziano malato cronico non autosufficiente è forse qui opportuno riportare l'elenco delle patologie elencate nel certificato medico di uno di questi malati, preso ad esempio: *«Decadimento cognitivo da morbo di Alzheimer, cardiopatia ischemica post infartuale, broncopneumopatia cronica ostruttiva, insufficienza renale cronica, osteoporosi, anemia da mielodisplasia, ipoacusia bilaterale, doppia incontinenza, mobilizzato in carrozzina, non autonomo in scala Adl»*. È indubitabile che ci troviamo di fronte ad un soggetto malato, come lo sono tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti, che ha sempre necessità di prestazioni sanitarie e socio-

sanitarie indifferibili in relazione al suo quadro clinico, e non ad un soggetto genericamente “fragile”.

Detto altrimenti: gli anziani malati cronici non autosufficienti sono soggetti ultrasessantacinquenni affetti da una compromissione dell'autosufficienza dovuta a malattie e loro esiti (ad esempio vasculopatie, ictus cerebrali con emiplegia, demenza, sovente associata a gravi disturbi comportamentali, grave scompenso cardiaco, esiti di fratture in osteoporosi.). Si tratta di patologie che non possono che essere trattate dalla medicina e non da altri settori. Questi pazienti, sovente, sono affetti da pluripatologie e soggetti a frequenti riacutizzazioni e complicanze. Agli ultrasessantacinquenni sono assimilabili soggetti di età inferiore in situazioni di malattia simili, così come analoga è la situazione delle persone colpite da demenza senile.

In particolare, quindi, sottolineato che la non autosufficienza è la devastante e drammatica conseguenza della gravità della/e patologia/e che colpiscono i malati, è opportuno precisare di più. Questa situazione esige una maggiore e continua attenzione alla condizione di salute di questi infermi sotto il profilo preventivo, diagnostico e terapeutico in quanto gli anziani malati cronici non autosufficienti e i soggetti colpiti da morbo di Alzheimer o da altri tipi di demenza senile sono quasi sempre incapaci di fornire informazioni circa la fenomenologia, l'intensità, la localizzazione e tutte le altre caratteristiche non solo dei dolori di cui soffrono, ma anche relative al soddisfacimento delle loro più elementari esigenze vitali (mangiare, bere...).

La loro condizione di estrema malattia non consente loro di svolgere le più elementari funzioni vitali (e quindi di indicare la fenomenologia, l'intensità,

la localizzazione e tutte le altre caratteristiche, non solo dei dolori di cui soffrono ma anche relative al soddisfacimento delle loro più elementari esigenze vitali, provvedere all'assunzione di medicinali e/o delle necessarie terapie, alla alimentazione/idratazione, all'igiene, alla mobilitazione...) senza l'aiuto determinante di altri, in mancanza dei quali i malati sono destinati ad aggravarsi e morire in brevissimo tempo. Ne consegue che questi infermi sono in una situazione non solo di urgenza, ma di assoluta e continua emergenza, che richiede pertanto in ogni caso prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili (al di là del livello di intensità dell'intervento, differenziato da malato a malato).

* * *

Premessa - Le prestazioni sanitarie e socio-sanitarie indifferibili

Tutti i cittadini malati, che siano bambini, giovani, adulti, anziani, ricchi, poveri, provvisti o meno di famiglie amorevoli e congiunti che stanno loro vicino oppure no, hanno esigenza e diritto in base alle leggi vigenti alle prestazioni sanitarie indifferibili in tutti i casi in cui l'infermità non può, per qualsiasi motivo essere curata a domicilio dai parenti che volontariamente si sostituiscono al Servizio sanitario nazionale. Quando la patologia si stabilizza (ma non scompare, in quanto parliamo qui di malati cronici non autosufficienti, la cui malattia è inguaribile, ma sempre curabile) le leggi vigenti prevedono che a favore del malato siano erogate ulteriori prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semi-residenziali e residenziali, anch'esse indifferibili in considerazione del fatto che la non autosufficienza causata dalla malattia persiste. Queste prestazioni non sono altro che prestazioni di natura sanitaria, cioè indirizzate all'individuazione della o delle infermità,

alla cura della patologia e alla tutela dello stato di salute della persona (articolo 32 della Costituzione). Esse non si differenziano sostanzialmente dagli interventi forniti ai malati acuti, o meglio a quelle fornite alle persone ricoverate in rianimazione e vengono definite cure socio-sanitarie solamente perché prevedono una compartecipazione alle spese da parte dell'utente definita dai Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria. In particolare, a titolo non certo esaustivo, si cita fra le prestazioni la valutazione delle esigenze di alimentazione della persona colpita da patologia ed eventuale suo imboccamento, le misure volte ad evitare la disidratazione della persona, cambiamento di posizione del malato allettato al fine di evitare l'insorgere di piaghe da decubito, attività di igiene personale (spesso i malati sono affetti da doppia incontinenza), esecuzione delle azioni prescritte dal personale curante (medico e infermieristico) e trasmissione delle relative informazioni, somministrazione di farmaci e controllo della loro corretta assunzione (per esempio deglutizione) da parte del malato.

Il diritto alla concreta erogazione di tali prestazioni, com'è stato precisato dalla sentenza 509/2000 della Corte Costituzionale, «è 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 [...]». *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 alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità*

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

Occorre quindi affermare che quelle rivolte agli anziani malati cronici non autosufficienti, così come agli altri malati, sono prestazioni la cui erogazione è un diritto in conseguenza dello *status* di malato della persona, prestazioni che non possono essere rimandate e che non possono verosimilmente essere derubricate ad attività di assistenza sociale, ma rientrano a tutti gli effetti nelle attività a rilievo sanitario, con una percentuale di costo giustamente coperta quindi dall'Asl.

La condizione di malattia e l'indifferibilità del bisogno e della conseguente prestazione sanitaria e socio-sanitaria nei confronti delle persone anziane malate croniche non autosufficienti viene riconosciuta dalla sentenza 339/2015 del Consiglio di Stato ed esplicitata, se mai ve ne fosse ancora bisogno, negli allegati documenti firmati dal Prof. Giancarlo Isaia (in qualità di Direttore della Struttura Complessa Geriatria e Malattie Metaboliche dell'Osso dell'Azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e di Presidente della Società italiana dell'osteoporosi, del

metabolismo minerale e delle malattie dello Scheletro) nei quali è riportato in merito agli anziani malati cronici non autosufficienti che si tratta di *«Persone gravemente ammalate ed impedita a compiere le loro più elementari funzioni, presentano una qualità di vita assai compromessa e necessitano di un'assistenza pressoché continuativa. Inoltre è spesso assai problematico procedere ad accertamenti diagnostici, sia per le difficoltà logistiche, sia per la presenza di deterioramento cognitivo che impedisce loro di collaborare con i sanitari nell'esecuzione degli esami, nella raccolta della storia clinica o nell'esecuzione dell'esame obiettivo. Per questi motivi le prestazioni di assistenza tutelare alla persona (in ospedale, in RSA o nel loro domicilio), svolte da personale di assistenza o anche da familiari/badanti appositamente istruiti e sotto il controllo del Medico, sono fondamentali per la cura e per la sopravvivenza del Paziente e sono in grado, se eseguite correttamente, di prevenire l'aggravamento della patologia in atto o l'insorgenza di altre affezioni. In conclusione, ritengo, anche sulla base di numerosi dati della letteratura scientifica internazionale, che i malati non autosufficienti abbiano una marcata necessità di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e non semplicemente di attività di badanza ed a tal fine mi permetto di sollecitare le Istituzioni pubbliche a mettere pienamente in atto i provvedimenti di loro competenza atti a tutelare maggiormente questi Malati, nel rispetto della loro dignità e delle Leggi vigenti in materia».*

Analogamente, i Proff. Mario Bo e Fabio Di Stefano, rispettivamente Ex Presidente ed attuale Presidente della Sigg – Società italiana di gerontologia

e geriatria, affermano che «il paziente anziano demente e/o non autosufficiente è un malato, cronico, che ha diritto alle cure, ancorchè anziano, non meno e non diversamente da molte altre categorie di pazienti malati cronici, siano essi più o meno anziani, quali gli ematologici cronici, gli oncologici cronici, i cardiopatici cronici, gli altri malati neurologici cronici, e quanti altri. Tutti pazienti cronici, con malattie che non possono essere “guarite”, ma che cionondimeno hanno diritto a cure adeguate nell’ambito di una attenta, oculata e financo parsimoniosa gestione delle risorse economiche, ma le cui problematiche mediche ed assistenziali di pazienti del tutto incapaci di provvedere a se stessi non possono essere dismesse dal SSN in ragione dell’età o di ridotte risorse economiche. Le problematiche intrinseche alla gestione dei pazienti anziani dementi richiedono inoltre non solo adeguate e specifiche competenze mediche (presentazioni di malattia atipiche e funzionali in assenza di sintomatologia attendibile, peculiarità e difficoltà nell’individuazione dei percorsi diagnostico-terapeutici più opportuni) ma anche adeguate competenze infermieristico assistenziali, finalizzate a garantire il decoro individuale ma anche intese come misura di prevenzione di ulteriori possibili danni iatrogeni (lesioni da decubito, polmoniti da inalazione, precoce sindrome da ipomobilizzazione) destinate a loro volta a gravare sui servizi e sui conti del nostro SSN. Noi riteniamo opportuno quindi, nelle more di questa difficile contingenza economico finanziaria, riaffermare il diritto alle cure dei pazienti anziani dementi o non autosufficienti, la necessità urgente di definire per loro il miglior percorso ed accesso alle cure a seconda delle

*diverse fasi di malattia, e rendere prontamente disponibili forme di assistenza territoriale, domiciliari o residenziali, che consentano contemporaneamente una loro miglior gestione ed un risparmio economico per il servizio sanitario, oltre che un minor ricorso a ricoveri ospedalieri talora impropri e, non di rado, causa di deterioramento psico-funzionale o di vero danno iatrogeno. In altre parole, un modesto tentativo di coniugare il risparmio e l'oculata gestione economica delle poche risorse con una corretta e tempestiva risposta alle esigenze cliniche di questi vecchi malati nel contesto di una **non differibile** continuità terapeutica».*

* * *

Il contenuto della deliberazione impugnata n. 18-1326

La deliberazione della Giunta Regionale 20 aprile 2015 n. 18-1326, evidentemente non tenendo conto dell'indifferibilità delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie in favore delle persone malate non autosufficienti, si occupa della *Pianificazione economico-finanziaria e definizione delle regole del Sistema Sanitario piemontese in materia di assistenza alle persone anziane non autosufficienti con decorrenza dall'esercizio 2015*. In particolare, con il suddetto provvedimento, la Regione Piemonte:

- (i) approva l'Allegato A, che delinea il quadro di rinnovamento del sistema della residenzialità per le persone anziane non autosufficienti;
- (ii) stabilisce, con riferimento all'anno 2015, un limite invalicabile di spesa a carico del SSR per i servizi residenziali pari all'importo complessivo annuo di 280 milioni di euro;

(iii) domanda a successive deliberazioni la definizione delle regole e dei criteri attuativi, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- adeguamento del sistema di valutazione multidimensionale del bisogno;
- contenuti del Progetto Individuale;
- prestazioni erogabili a domicilio;
- soggetti accreditabili e procedure di accreditamento per l'erogazione delle prestazioni;
- modalità di remunerazione e rendicontazione delle prestazioni;
- modalità di effettuazione dei controlli.

* * *

Le liste di attesa e il ruolo dell'U.V.G.

Nella deliberazione impugnata viene ribadita la necessità di mantenere le liste di attesa e si stabilisce che il soggetto “gestore” delle stesse è l'U.V.G.:
“L'UVG infatti, a esito della valutazione multidimensionale del bisogno colloca le persone in apposite liste di attesa in ordine di priorità, indicando se il tipo di prestazioni necessario potranno essere erogate a domicilio. La stessa UVG definisce inoltre un Progetto Individuale dove sono individuate le aree di intervento e dove sono esplicitati, in ogni area individuata, gli obiettivi perseguibili, anche tenendo conto del setting di assistenza scelto dalla persona e dalla famiglia. La lista di attesa alimentata dalla UVG, già prevista nell'assetto vigente e la cui validità quale strumento di governo degli accessi è stata ribadita dalla richiamata sentenza del Consiglio di

Stato n. 00604/2015, diventa criterio di accesso sia al ricovero in RSA sia agli interventi di sostegno alla domiciliarità. Le liste di attesa, governate dalle ASL, costituiscono, in questa ottica, elemento di garanzia rispetto al “limite invalicabile della spesa” necessario per assicurare il rispetto di “sostanziale pareggio dei bilanci d’esercizio degli Enti del SSR” (All. A delibera n. 18-1326/2015, pag. 2, cfr. [doc.5](#)).

Tale presa di posizione si traduce in un vizio di illegittimità della deliberazione per contrasto con la normativa sui LEA, in quanto non tiene nella debita considerazione che gli anziani malati cronici non autosufficienti sono soggetti malati e sempre bisognosi di prestazioni indifferibili (di tipo residenziale o domiciliare), ciascuno in relazione al proprio quadro clinico.

Lo stato di non autosufficienza e l’indifferibilità delle esigenze e delle prestazioni sanitarie non possono realisticamente essere disgiunte, qualunque sia il livello rilevato dall’Unità di valutazione geriatrica – bassa, media, alta intensità – che si riferisce solo al tipo di intervento erogabile in relazione a quello specifico malato. E’ questo l’equivoco su cui si fonda la sentenza n. 604/2015 del Consiglio di Stato, che non a caso parla genericamente di “non autosufficienti”, ma mai di “malati cronici non autosufficienti”, in tal modo rifiutando di riconoscere la loro condizione di malati e di soggetti dipendenti per le loro esigenze vitali da terzi e bisognosi di interventi sanitari immediati.

L’Unità di valutazione geriatrica assume, nella deliberazione impugnata, il compito di approvare o di negare l’accesso alle prestazioni sanitarie per le persone malate non autosufficienti. In particolare, viene affermato che “tra

le principali funzioni dell'Unità valutativa geriatrica (Uvg) risalta quella di individuazione, attraverso la valutazione multidimensionale, dei bisogni sanitari ed assistenziali delle persone anziane, identificando le risposte più idonee al loro soddisfacimento e privilegiando, ove possibile, il loro mantenimento a domicilio” (D.G.R. impugnata) e che l’U.V.G. “a esito della valutazione multidimensionale del bisogno colloca le persone in apposite liste di attesa in ordine di priorità, indicando se il tipo di prestazioni necessarie potranno essere erogate a domicilio” (All.A, D.G.R. impugnata).

Tale prerogativa di limitare l’accesso alle cure è illegittimamente assegnata alle U.V.G., in violazione del diritto alla tutela della salute e alla cura della malattia previste rispettivamente dall’art. 32 della Costituzione, dalla l. 833/1978 e dai LEA – Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie (art. 54 della l. 289/2002). Il pieno ed immediato diritto all’accesso alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale discende infatti non dalle valutazioni dell’U.V.G., ma prima di tutto dalle condizioni di malattia e di esigenza indifferibile di cure delle persone anziane malate croniche non autosufficienti.

Del resto, gli interventi dei Pronto Soccorso sono (giustamente) assicurati su semplice richiesta del malato o di chi lo rappresenta, senza che sia necessaria l’intermediazione dell’U.V.G. A tale riguardo, si rammenta che la (vigente) delibera della Giunta regionale Piemonte n. 72/2004 consente ai Pronto soccorso di provvedere direttamente al trasferimento dei pazienti anziani malati cronici non autosufficienti o colpiti da demenza senile in

RSA, segnalando all'U.V.G. il ricovero, dopo che esso è avvenuto, per la valutazione delle esigenze del malato e la redazione del piano individualizzato delle prestazioni (PAI) che avviene una volta che il malato è già ricoverato in RSA. Dunque, nei casi indicati, la presa in carico degli anziani e delle persone con demenza senile da parte del Servizio sanitario regionale viene attuata senza il preventivo accertamento dell'U.V.G.

Si ribadisce che le persone malate non autosufficienti hanno esigenze indifferibili, e dunque non rimandabili, in quanto se abbandonate a loro stesse – come avviene laddove vengono classificate come casi “differibili” – sono destinate a perire in brevissimo tempo. Solo l’attività dei familiari di questi malati, costretti ad accudirli dalla latitanza del Servizio sanitario regionale e dalla mancata presa in carico dei propri parenti malati, ne evita il repentino decesso. Ma i familiari non hanno, in base all’articolo 23 della Costituzione, prima di tutto obblighi di curare i propri congiunti malati, né competenze per fornire tali prestazioni

La stessa sentenza n. 604/2015 del Consiglio di Stato non nega che esista un diritto esigibile all’accesso alle cure ed alla struttura residenziale, così come a progetti alternativi di cura socio-sanitaria semiresidenziale o domiciliare: *“qualsiasi anziano non autosufficiente”* ha diritto di *“accedere alla struttura residenziale ove questa soluzione venga giudicata nel caso concreto come la più appropriata fra quelle che possono essere offerte dalla rete dei servizi socio-sanitari”*, tenendo conto *“delle situazioni in cui si ravvisano caratteri di urgenza per aspetti sanitari e/o sociali che determinano una priorità di accesso”* (sent. 604/2015 Cons. Stato, pagg. 51-52). La sentenza 604 del

Consiglio di Stato precisa inoltre che il Servizio sanitario regionale “assicura la presa in carico di tutti gli anziani non autosufficienti attraverso progetti alternativi [al ricovero in struttura residenziale] *semiresidenziali e domiciliari*” (sent. 604/2015, pag. 51). Ma entrambe queste sezioni della sentenza del Consiglio di Stato non vengono citate nella delibera impugnata, in quanto evidentemente ritenute poco rilevanti.

Al contrario, il sistema delle liste di attesa, così come ripreso ed amplificato nella delibera n. 18, nega del tutto il diritto alla cura delle persone anziane malate croniche non autosufficienti.

* * *

Il limite invalicabile della spesa

La deliberazione impugnata pone inoltre un limite invalicabile della spesa per prestazioni residenziali riguardanti le persone anziane malate croniche non autosufficienti: “*ritenuto pertanto di disporre risorse aggiuntive per adeguare la dotazione regionale, al 31-12-2014 posizionata a 1,6 posti ogni 100 anziani over 65, assumendo comunque come limite invalicabile di spesa a carico del SSR l'importo complessivo di 280 milioni di euro, coerente agli obiettivi di spesa indicati per l'esercizio 2015 dalla Regione in sede di definizione del PO 2013-2015*” (deliberazione impugnata, pag. 3).

La previsione di un limite invalicabile di spesa è illegittima per le prestazioni LEA – Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie – le quali non possono essere vincolate a tetti di spesa e per le quali l'equilibrio di bilancio va ricercato nelle risorse interamente disponibili (compresi i trasferimenti statali), non solo nel singolo capitolo di spesa.

Poiché gli anziani malati cronici non autosufficienti sono tutte persone gravemente malate, che hanno gli stessi identici diritti di tutti gli altri malati, la dotazione dei posti letto disponibili non può essere predefinita in una delibera regionale, ma va necessariamente valutata sulla base delle esigenze dell'utenza. A tale riguardo, si ricorda che in Piemonte sono 32 mila gli anziani malati cronici non autosufficienti posti in lista di attesa (che sarebbe forse più giusto chiamare liste di abbandono), di cui circa 2/3 per le prestazioni socio-sanitarie domiciliari e 1/3 per quelle residenziali.

Per nessuna altra categoria di infermi è prevista dalla Regione Piemonte e dalla l. n. 833/1978 un simile vincolo, indipendente dalle esigenze dei malati e dalle possibili risorse aggiuntive che la Regione Piemonte può (anzi, dovrebbe) mettere a disposizione. Sulla questione del reperimento delle risorse, gli organismi ricorrenti hanno più volte sollecitato la Giunta regionale a reperire nuove disponibilità e ad eliminare gli sprechi esistenti.

Anche la sentenza n. 604/2015 del Consiglio di Stato prescrive il rispetto delle due esigenze dell'equilibrio di bilancio e dei LEA, senza che una prevalga sull'altra. In base alla esposta disciplina normativa, come convalidata e interpretata dalla Corte costituzionale e dalla giustizia amministrativa, il piano di rientro persegue contestualmente e paritariamente due ordini di obiettivi vincolanti e sottoposti a penetranti controlli nelle sedi nazionali, con conseguenti meccanismi premiali o sanzionatori: a) l'esigenza di ripristinare l'equilibrio economico finanziario del sistema sanitario regionale interessato; b) la necessità di salvaguardare il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni secondo gli standard acquisiti in campo

nazionale: “Nella impostazione della Corte [Costituzionale] il vincolo di bilancio e il rispetto dei diritti fondamentali si commisurano l’uno con l’altro nel senso che il vincolo di bilancio deve includere il rispetto dei diritti e i diritti devono a loro volta commisurarsi ad un nucleo essenziale, che sia di fatto compatibile con una prospettiva di effettiva sostenibilità e di lunga durata. I valori che si confrontano all’interno dell’equilibrio di bilancio – come risultante contabile dell’ordinamento costituzionale e legislativo compreso il sistema delle autonomie – sono quindi tutti inderogabili e coessenziali, in quanto necessari per la legittimità e la effettività l’uno dell’altro. Può succedere che – in ambito legislativo o anche amministrativo – si violino i vincoli di bilancio o si determinino scostamenti rispetto ad obiettivi vincolanti ovvero, al contrario, che si spingano i vincoli di bilancio oltre i limiti della legalità costituzionale fino a intaccare lo spazio proprio ed essenziale dei diritti fondamentali: in entrambi i casi l’ordinamento predispone monitoraggi, controlli e meccanismi compensativi o comunque reattivi rispetto alle infrazioni, come avviene per ogni violazione dell’ordine giuridico. D’altro canto, nei sistemi costituzionali contemporanei, è certo che non vi è garanzia di effettività e di rispetto per i diritti fondamentali fuori da un determinato equilibrio di bilancio democraticamente fissato (entrate, spese, e indebitamento autorizzato), che garantisca la sostenibilità e la durata dei diritti medesimi, coordini in vario modo i conti tra risorse e prestazioni e tra generazioni presenti e quelle future, come spiega la giurisprudenza costituzionale di cui parliamo. Questa dialettica tra i valori più alti del nostro sistema

costituzionale, tutti inderogabili e al tempo stesso tutti necessariamente attenti alle condizioni della loro effettiva implementazione e sostenibilità, si manifesta nel settore sanitario e socio-assistenziale con maggiore evidenza e con alta valenza simbolica e sostanziale” (sent. 604/2015 Cons. Stato, pagg. 29-30).

Del resto, la condizione di estrema malattia e di esigenza indifferibile di cure degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite da demenza senile non può essere cancellata con una delibera. La loro condizione rimane e la riduzione dell’offerta di cure territoriali che sono Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie si tramuta inevitabilmente in un maggiore afflusso agli ospedali, con conseguente aumento dei costi per la sanità pubblica.

* * *

Le cure domiciliari

Illegittima ed incomprensibile, infine, la previsione della delibera impugnata che demanda a successivi provvedimenti la definizione delle “*prestazioni erogabili al domicilio*”.

La Regione Piemonte pare aver dimenticato che le prestazioni domiciliari sono già disciplinate con la L. Reg. n. 10/2010, intitolata per l’appunto *Servizi domiciliari per persone non autosufficienti*.

Tale legge regionale definisce le “prestazioni domiciliari di lungoassistenza nella fase di cronicità” come prestazioni “*volte a mantenere e rafforzare l’autonomia funzionale o a rallentarne il deterioramento, che si esplicano in*

un insieme di servizi, applicabili anche alle prestazioni di cui alla lettera a, quali:

- 1) prestazioni professionali;
- 2) prestazioni di assistenza familiare;
- 3) servizi di tregua, consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia;
- 4) affidamento diurno;
- 5) telesoccorso;
- 6) fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia, igiene, piccole manutenzioni e adattamenti dell'abitazione" (art. 2, comma 3, lett. b, l. reg. 10/2010).

Dunque, la Regione Piemonte ha già stabilito, con una sua legge, che i servizi domiciliari non si esauriscono in prestazioni professionali dell'operatore socio-sanitario, ma che si esplicano in un insieme di prestazioni, non ultime quelle rese volontariamente dalla famiglia dell'anziano malato cronico non autosufficiente. Una delle finalità che si pone la l. regionale è, infatti, proprio quella di supportare "*coloro i quali assumono parte del carico assistenziale di persone non autosufficienti facenti parte continuativamente del proprio nucleo familiare anagrafico*" (art. 1, comma 2, lett. b, l. reg. 10/2010).

A conferma di ciò, la legge reg. prevede le seguenti modalità di erogazione delle prestazioni domiciliari agli anziani malati cronici non autosufficienti:

- a) *servizi congiuntamente resi dalle aziende sanitarie e dagli enti gestori dei servizi socio-assistenziali con gestione diretta o attraverso soggetti accreditati;*
- b) *contributi economici o titoli per l'acquisto, riconosciuti alla persona non autosufficiente, finalizzati all'acquisto di servizi da soggetti accreditati, da persone abilitate all'esercizio di professioni sanitarie infermieristiche e sanitarie riabilitative, da operatori socio-sanitari, da persone in possesso dell'attestato di assistente familiare;*
- c) *contributi economici destinati ai familiari, finalizzati a rendere economicamente sostenibile l'impegno di cura del proprio congiunto;*
- d) *contributi economici ad affidatari e rimborsi spese a volontari”.*

Non si comprende, pertanto, quale dovrebbe essere il contenuto dei preannunciati provvedimenti attuativi, fermo restando che gli stessi non potranno certamente porsi in contrasto con la succitata legge regionale e con la legislazione nazionale vigente (art. 32 della Costituzione, legge 833/1978, art. 54 legge 289/2002).

* * *

Conclusioni

La delibera impugnata accentua le attuali discriminazioni di cui sono vittima gli ultrasessantacinquenni non autosufficienti. Da un lato, non riconosce che si tratta di soggetti malati, dall'altro lato cristallizza la condizione discriminatoria non solo tra i diversi infermi, ma anche tra gli infermi non autosufficienti infrasessantacinquenni (che hanno diritto alle cure sanitarie gratuite, comprese quelle residenziali/ospedaliere, senza la certificazione di

non autosufficienza dell'U.V.G.) e gli ultrasessantacinquenni non autosufficienti a causa delle stesse patologie.

Si osserva infine che, a fronte dei 32 mila anziani malati cronici non autosufficienti attualmente posti in (illegittima) lista di attesa, nella delibera impugnata viene previsto lo stanziamento aggiuntivo di euro 15 milioni per consentire l'aumento degli infermi ricoverati dagli attuali 16.813 ai 17.752 previsti, con un incremento di appena 939 ricoverati.

* * * * *

Tutto ciò premesso gli organismi ricorrenti come in epigrafe rappresentati, difesi e domiciliati chiedono l'accoglimento delle seguenti

CONCLUSIONI

accertata l'illegittimità dei provvedimenti impugnati, nonché degli atti connessi, presupposti e consequenziali, per i motivi di cui in narrativa, dispone la nullità e/o l'annullamento con ogni conseguente statuizione di legge.

Con vittoria di spese ed onorari del giudizio.

Con riserva di proporre motivi aggiunti.

* * * * *

Ai fini della determinazione del contributo unificato di iscrizione a ruolo di cui all'art. 9 l. 23/12/99 n. 488 e successive modificazioni ed integrazioni, si dichiara che lo stesso è pari ad € 650,00.

Si producono i seguenti documenti:

- 1) Atto costitutivo Associazione Promozione Sociale;
- 2) Statuto Associazione Promozione Sociale;
- 3) Statuto U.T.I.M.;

- 4) Statuto U.L.C.E.S.;
- 5) D.G.R. 18/2015;
- 6) Dichiarazione Prof. Isaia Città della Salute;
- 7) Dichiarazione Prof. Isaia SIOMMMS;
- 8) Documento Prof. Bo, Di Stefano.

Torino, 18 giugno 2015

Avv. Roberto Carapelle

PROCURA SPECIALE

RELAZIONE DI NOTIFICA

Addì

Ad istanza dell'Avv. Roberto CARAPELLE a nome e per conto di:
ASSOCIAZIONE PROMOZIONE SOCIALE, U.T.I.M. e U.L.C.E.S.

Io sottoscritto Ufficiale Giudiziario addetto all'Ufficio Unico Notifiche
presso la Corte d'Appello di Torino ho notificato copia del sujesteso atto a:

REGIONE PIEMONTE, in persona del Presidente della Giunta Regionale,
corrente in Torino, Piazza Castello n. 165 ed ivi a mani di: