

OBBLIGO LEA Sentenze recenti consiglio di stato

Consiglio di Stato - Sentenza n. 3806 del 03.08.2015

<http://www.mtdonlus.org/home/pdf/altri/CDS%20SEN%2015-03806.pdf>

Obbligo per le ASL di garantire la continuità terapeutica degli anziani non autosufficienti.

Lo conferma la sentenza n. 3806 del Consiglio di Stato, depositata in data 03 agosto 2015, la quale stabilisce in modo inequivocabile che le Asl hanno l'obbligo di garantire la continuità terapeutica di tutti gli anziani malati cronici non autosufficienti ricoverati nelle RSA, salvo volontaria decisione contraria dell'infermo o della persona che lo rappresenta.

La sentenza fa specifico riferimento alla legge regionale della Puglia, ma i principi richiamati sono comunque garantiti dalle disposizioni nazionali in vigore che impongono detta continuità e non prevedono la possibilità di ricoveri con scadenza stabilita preventivamente, in virtù della legge 833/1978 e dei Lea, Livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie.

sentenza del Consiglio di Stato n. 339 depositata il 26 gennaio 2015.

<http://www.mtdonlus.org/home/pdf/altri/CDS%20SEN%2015%20-%2000339.pdf>

Il Consiglio di Stato, ribaltando completamente l'esito del giudizio di primo grado, riconosce la prevalenza delle prestazioni sanitarie rispetto a quelle assistenziali, rese in favore di malato in condizione disabile, caratterizzata da gravità e cronicità con conseguente esclusivo impegno economico del servizio sanitario regionale negli oneri di spesa.

Cinque sono i punti importanti della sentenza:

1. al fine della giurisdizione del Giudice Amministrativo, la situazione soggettiva azionata si qualifica come interesse legittimo in quanto si collega a norme di azione e di indirizzo nella materia dell'erogazione delle prestazioni di assistenza o di cura, espressione di potestà discrezionale al cui esito resta condizionato l'ammissione al trattamento sanitario o assistenziale e il riparto degli oneri di spesa.
2. la nutrizione e idratazione artificiale integrano una procedura medica complessa (nella specie effettuata tramite PEG, con intervento invasivo sul malato) da calibrarsi secondo la massa corporea del paziente, le patologie in atto, con continuità di verifica della situazione nutrizionale e metabolica. Il presidio terapeutico è frutto di una specifica strategia medica e permane sotto il controllo di personale specializzato in costante monitoraggio sanitario dell'assistito (cfr. Cons. St., Sez. III, n. 4460 del 17 luglio 2014). Ugual concorso di personale medico e infermieristico qualificato richiedono le ulteriori prestazioni sulla funzionalità respiratoria, del catetere, di prevenzione e cura di piaghe da decubito e di verifica delle generali condizioni vitali del paziente. Vi sono pertanto stabili e concorrenti presidi medici a salvaguardia delle condizioni vitali del paziente e non meri interventi di sostegno diretti a lenire il disagio e la condizione di bisogno.
3. L'inscindibilità e prevalenza dell'apporto professionale sanitario rispetto a quello assistenziale comporta, ai sensi degli artt. 3 septies, del d.lgs. n. 502 del 1992 e 3, comma 3 del D.P.C.M. 14 febbraio 2001, la qualificazione degli interventi di cura e assistenza come prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria e, quindi, la riconduzione dei relativi oneri economici nei livelli essenziali di assistenza sanitaria a carico della U.L.S.S. e per essa del Servizio sanitario nazionale
4. Nessun rilievo può avere la tipologia dei servizi cui la struttura è abilitata secondo gli standard organizzativi, dovendosi avere riguardo al carattere oggettivo delle prestazioni socio/assistenziali rese (erogabili anche in regime ambulatoriale domiciliare,)
5. La qualifica di anziano non autosufficiente non esclude che a detta condizione possa associarsi quella più grave di disabile, con effetto sull'emersione di un maggior impegno dei presidi sanitari apprestati.
6. Per l'effetto il Consiglio di Stato ha annullato non solo la determinazione della U.L.S.S. sui limiti di concorso del S.S.N. nel pagamento della quota di degenza ma, altresì, in parte qua i provvedimenti della Regione Veneto a ciò ostativi.

Consiglio di stato Sentenza 03640/2015.

http://www.mtdonlus.org/home/pdf/altri/CDS%20SEN%2015-03640_an.pdf

commento dell'Avv. Maria Luisa Tezza

Con la dettagliata decisione n. 3640 depositata in data 23 luglio 2015, il Consiglio di Stato enuclea i criteri fondamentali da applicare per determinare la quota di compartecipazione dell'invalide al 100%, disabile grave, al costo dei servizi sociosanitari 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 Comune 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 di pensione INPS per i lavoratori dipendenti). Ciò sulla 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 DPCM 14.2.2001- Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie integrate - recepito dal DPCM 29.11.2001, che, a partire dal 1.1.2001, ha stabilito e finanziato la misura dei LEA da garantirsi su tutto il territorio nazionale in conformità al principio del “nucleo incompressibile del diritto alla salute”, affermato dalla Corte Costituzionale nella sentenza n.309/1999. 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 DPCM 14.2.2001 e del DPCM 29.11.2001, 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 SSN 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, art.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 (L. 328/2000 art 25, comma 8, art. 8, comma 3, lett. l ed art 18, comma 3, lett g), la Regione Veneto con la legge reg.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 ULSS 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’invalido 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 i fine settimana. Pertanto vanno conteggiati solo i giorni di effettiva permanenza in struttura per al massimo 255 giorni per anno.

Si tratta di criteri assolutamente chiari che, d’ora in poi, dovranno essere applicati e rispettati in primis in tutto il Veneto, da parte di Comuni e Ulss, ma più in generale anche nelle altre Regioni.