

COMMENTO CRITICO ALLA SENTENZA DELLA CORTE DI CASSAZIONE N. 21764 DEL 17 NOVEMBRE 2004.

Siamo arrivati quasi alla conclusione della vicenda che ha visto opporsi alcuni degenti e famigliari ricoverati nell'ex Ospedale Psichiatrico S. Martino di Como all'Azienda ospedaliera Sant'Anna sempre di Como.

Una vicenda che è iniziata nel 1994, che ha visto protagonista l'associazione ASVAP 5 di Suello e che ha fatto crescere la coscienza e il movimento di lotta per la salute, particolarmente quello per il diritto alle cure sanitarie e alla riabilitazione di tutti i malati, compresi quelli cronici e i sofferenti psichiatrici, all'interno del Servizio Sanitario Nazionale

A Como vi era un grande manicomio, uno di quelli istituiti con il regio decreto 615 del 1909, che, come molti altri era rimasto aperto dopo la grande riforma della psichiatria avvenuta nel 1978 con la legge 180 e con la legge di riforma sanitaria n. 833.

Il manicomio era fondato sull'idea di separazione dal contesto sociale dei devianti, di coloro che manifestavano comportamenti considerati strani, stravaganti, comunque diversi da quelli comuni. In manicomio venivano prevalentemente ricoverati o meglio reclusi donne e uomini colpiti da malattia mentale. I "matti" o devianti e anche persone sane, ma che non si sapeva dove collocare perché rimasti orfani o troppo poveri per potere vivere da soli, collocati in manicomio non erano considerati malati, ma persone che dovevano essere sostanzialmente controllate o custodite o sorvegliati. Non era l'indeterminato – allora – sistema sanitario che si doveva occupare di loro, ma la pubblica sicurezza. Costoro potevano infatti essere dannosi a se e agli altri.

La storia passata, ma anche quella del recente passato, ci ha mostrato come le persone nei manicomi erano soggette ad ogni sorta di violenza fisica e psicologica. Innumerevoli sono le testimonianze delle terrificanti angherie che i malati mentali hanno subito. I manicomi erano sostanzialmente dei reclusori, pure erano dei lager. Tutto quanto di più innominabile li è avvenuto. Anche quando alla fine degli anni 60 dopo innumerevoli denunce, in concomitanza al movimento che si è creato contro i manicomi e per la loro chiusura, la violenza di fondo in essi presente non si è modificata. Se, forse e non sempre, sul piano fisico le persone erano trattate meglio, restavano comunque dei devianti ed erano sempre separati dal contesto sociale. Era il ministero dell'Interno e le Province che giuridicamente avevano in carico i manicomi.

La svolta radicale, abbiamo visto, avvenne nel 1978, ma non fu repentina, ci vollero altri 20 anni per chiudere definitivamente i manicomi e la spinta venne forse più da motivi di ordine economico che di giustizia.

L'ospedale psichiatrico di S. Martino di Como era un manicomio uguale agli altri. Confinati in una cittadella chiusa all'interno della città vivevano alcune centinaia di degenti: quando con due consiglieri regionali ci siamo recati a visitarlo nel 1994 ve ne erano circa 400. Questi erano raggruppati in tre fasce: una denominata psichiatrica, l'altra riabilitativa e la terza assistenziale. La divisione era del tutto arbitraria. Le persone si trascinarono per i corridoi od erano negli stanzoni oppure giravano per il parco. Non vi erano in effetti grandi attività riabilitative o di inserimento sociale, ne vi era partecipazione da parte dei famigliari; gli interventi delle associazioni erano di tipo consolatorio.

Il discorso ha iniziato a cambiare dopo l'intervento dei due consiglieri regionali (Elena Gandolfi, DS; Pippo Torri, PRC). A partire da un famigliare di una degente, Andrea Lanfranchi, nacque un'associazione (ASVAP 5) che si configurò dall'inizio come associazione per la difesa dei diritti e per la prima volta iniziò a raccogliere e a fare assemblee con i famigliari. Secondo i dirigenti dell'ex O.P. i famigliari dei degenti erano dei menefreghisti, interessati solo alle pensioni dei loro congiunti, che non si facevano mai vedere nel timore che questi potessero ritornare a casa.

Eppure alle assemblee da subito partecipavano dalle duecento alle trecento persone ed il livello di denuncia delle condizioni in cui si trovano le persone ricoverate era altissimo, insieme alle difficoltà di relazione con i dirigenti medici ed amministrativi.

Si sviluppò una vertenza complessiva nata intorno al problema delle rette, alla pretesa cioè da parte dell'amministrazione di recuperare sostanzialmente la pensione dei degenti per le casse della USL. Si scoprì nel frattempo che questi denari erano stati accantonati d'ufficio per un ammontare di circa 40 miliardi di vecchie lire.

Lo scontro si pose subito sulla considerazione dei diritti. Secondo la dirigenza di allora della USSL 5 di Como i degenti dell'ex O.P. erano da considerarsi persone da assistere sulle quali vi erano pure degli interventi di tipo sanitario. Il fatto che vi fosse un direttore sanitario, dei medici psichiatri, degli infermieri professionali, e che tutto il personale fosse inquadrato nel contratto della sanità era del tutto accidentale.

Nel 1996 la legge finanziaria impose la chiusura definitiva degli ex O.P.

L'ASVAP allargò pertanto la vertenza alle modalità di dimissione e di reinserimento. Dopo tante assemblee, incontri, lettere e discussioni si arrivò a definire una bozza di accordo sul quale convenne il nuovo direttore generale della USSL (dott. Bai) ormai divenuta ASL. In sostanza l'accordo chiudeva la vertenza legale che era stata avviata da tempo stabilendo che i denari dei degenti dell'ex O.P. avrebbero dovuto essere impiegati per la costruzione di comunità terapeutiche (8-10 persone) nei territori di provenienze dei degenti stessi, per il rientro in famiglia (adattare la casa alle necessità delle persone dimesse) e per la costruzione di un centro di documentazione che recuperasse la memoria storica del manicomio e per fare un lavoro di prevenzione e di cultura nei confronti della popolazione del bacino di utenza dell'ex manicomio (province di Como e di Lecco). Ma nel 1997 la regione, guidata da Formigoni, approvò la legge 31 di riordino del servizio sanitario regionale che, in un contesto di grande apertura al privato ispirandosi al principio di sussidiarietà, afferì la psichiatria alle aziende ospedaliere. Il direttore della ASL di Como si dichiarò pertanto incompetente e la partita passò al direttore generale della azienda ospedaliera Sant'Anna di Como, con il quale si iniziò di nuovo (per la terza volta) tutto il discorso non arrivando però a sottoscrivere alcun accordo.

A quel punto, constatata la distanza con la linea dell'azienda ospedaliera (e quella della regione Lombardia) non vi fu altra possibilità che andare in Tribunale. E' vero però che l'azione dell'ASVAP e delle centinaia di famigliari che erano associati (e di quasi tutti gli altri che non lo erano) mosse le acque, per cui il processo di dimissione dall'ex O.P. venne fatto in un certo modo, certamente non perfetto, ma soddisfacente. In quel periodo venne pure attivato "Il Comitato per la Salute Mentale" formato da famigliari ed associazioni della psichiatria, con lo scopo di verificare il funzionamento delle strutture e dei servizi psichiatrici, particolarmente per controllare il passaggio dal ex O.P. alle comunità. Non si andò però oltre, non venne realizzato quanto di fondamentale era stato richiesto, cioè un intervento generale nei confronti della società sulla salute mentale, contro lo stigma e per la accoglienza dei malati come problema di tutti e come fatto sociale. La regione Lombardia impose linee sempre più burocratiche e privatistiche, cercando di trasferire il dovere di cura e di riabilitazione delle persone con malattia mentale sulle spalle delle famiglie, del non profit e del privato. La malattia mentale è stata considerata essenzialmente un problema di assistenza sociale; la sanità vi deve concorrere in maniera secondaria. In questo modo il diritto alle cure, alla presa in carico è solo enunciato, ma poi viene relegato ad altri. L'Associazione ASVAP che ha aperto un ufficio dei diritti che va oltre lo specifico dei pazienti dell'ex O.P. se ne sta accorgendo ogni giorno che passa. I casi di persone che ad essa si rivolgono in cui i diritti vengono negati sono sempre più frequenti.

Ritorniamo al Tribunale di Como che nello specifico, il 18 settembre 1999 ha emesso una sentenza importante contraddicendo la linea e l'azione dell'azienda ospedaliera.

La sentenza ha raccontato la storia legislativa della sanità e della salute mentale i passaggi che ci sono stati dalla legge del 1904 alle Mutue e poi alla 180 e alla riforma sanitaria. Ad esempio dice la sentenza come "Il carattere sanitario ha sostituito l'aspetto poliziesco della legge 36 del 1904 (che ha preceduto il regio decreto del 1909). Scompaiono perciò gli interventi di polizia e del Pubblico Ministero; il ricovero è soprattutto volontario e quello obbligatorio è limitato a pochi casi ben definiti. Si pone l'accento sull'aspetto preventivo, coerentemente con gli articoli 1 e 2 della riforma

sanitaria. Si considera la salute in modo unitario, come fisica e psichica allo stesso tempo e si eliminano gli istituti che comportano segregazione e custodia dell'alienato, tanto che la legge fa espresso divieto di costruire manicomi....il malato di mente è un malato come tutti gli altri e quindi va curato come tutti gli altri infermi... Come si vede la mutata "ratio" normativa dell'attuale politica sanitaria, ha abrogato totalmente le vecchie norme, basate su desueti principi giuridici". Purtroppo alla Cassazione tali principi non sono apparsi desueti, ma vigenti ed applicabili a tutt'oggi, mentre il giudice di Como aveva affermato sempre nella sua sentenza che "Non esistono più alienati mentali, ma esistono malati psichici. Per tutti i malati, anche quelli psichici la cura è gratuita.. In conclusione la legge 180/78 ha radicalmente abrogato il regio decreto 615 del 1909.... Così come ha abrogato la legge 3.12.1931 n. 1580".

Tale sentenza è stata successivamente confermata dalla Corte d'Appello di Milano che ha ribadito le stesse motivazioni. In particolare le due sentenze hanno fatto riferimento ad una precedente pronuncia della Corte di Cassazione la n. 10150 del 20.11.96: "con riferimento ai malati mentali cronici, in base al contributo disposto degli articoli 1, 51 e 75 della legge n. 833/78, della legge n. 730/83, nonché agli articoli 1 e 6 del DPCM dell'8 di agosto 1985, nel caso in cui, oltre alle prestazioni socio assistenziali, siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del servizio sanitario nazionale,; qualora invece, sia prestata soltanto un'attività di sorveglianza e di assistenza non sanitaria, l'attività va considerata di natura socio-assistenziale e pertanto estranea al servizio sanitario".

Tale disposizione viene negata dalla attuale sentenza della Corte Suprema che rovescia il discorso dicendo in pratica che sono le prestazioni sanitarie ad assommarsi a quelle socio assistenziali.

In pratica la Corte di Cassazione con questa ultima sentenza che riforma le due precedenti nega che la legge 833/78, la legge 180/78 non hanno radicalmente cambiato tutto lo scenario rispetto al precedente regime, non solo, ma nemmeno la legge sulle rivalse del 1931 n. 1580 viene considerata superata anche se è cambiato regime, è cambiato sistema sanitario, è cambiata la ragione profonda che ha ispirato la nuova legislazione sanitaria.

Per la verità la Cassazione si è adeguata all'attuale momento politico. E' vero che la Magistratura, quale potere giudiziario deve essere distinto dal potere esecutivo, tuttavia il clima è determinante per tutti. Resistere ed essere in grado di difendersi è di pochi.

Il nodo politico è quello che risale all'invenzione del sistema "socio assistenziale". Una parola e un sistema che non deriva né dalla legge di riforma sanitaria e tanto meno dalla legge 180. Secondo queste leggi come ci ha ricordato il giudice di Como la risposta al bisogno di salute risulta essere unitaria ed unica. L'intervento sanitario deve prendere in considerazione la globalità della persona e non considerarla una somma di due semi entità, quella sanitaria e quella socio-assistenziale. Per cui non si tratta di "integrare" due entità che sono state divise, ma di riunificare di ricondurre ad unità ciò che arbitrariamente e per altri fini è stato separato.

Questa distinzione sorta dopo la legge 180 e la 833, precisamente con la legge (finanziaria per il 1984) n. 730 del 1983 (articolo 30) e specificata dal DPCM dell'8 di agosto del 1986 è nata per un problema di carattere economico. La spesa sanitaria aveva cominciato a lievitare. Le modalità per ridurla potevano essere tante. Si potevano bloccare le assunzioni di personale, come si potevano imporre i ticket. Ed ancora si poteva ridurre l'impatto delle categorie che più avevano bisogno di interventi sanitari, particolarmente i malati cronici, grandi consumatori di farmaci e di interventi sanitari in genere. Un malato cronico in una situazione "stabilizzata" aveva certamente bisogno di cure e assistenza, ma non era un malato acuto, pertanto poteva essere tagliato fuori dal servizio sanitario nazionale se non in tutto almeno in parte. Certo, è stato detto, l'attività sanitaria e quella "di rilievo sanitario" (altra dizione assolutamente confondente) è a carico del servizio sanitario, ma quella socio-assistenziale è a carico di altri. L'inganno formidabile è stato quello di attribuire alla attività non sanitaria o di rilievo sanitario ciò che comunque serviva alla cura e alla riabilitazione del soggetto malato. Una volta stabilita questa separazione, una volta divisa la persona si è studiato

a chi attribuire i costi. Prima di tutto alla persona, poi ai comuni, i quali però in forza della legge 1580 del 1931 potevano rivalersi sui famigliari. Una legge che dalla recente sentenza della Cassazione è stata ritenuta ancora valida, nonostante la Costituzione che ha garantito per tutti il diritto alla salute oltre che stabilito l'eguaglianza fra i cittadini e nonostante la legge di riforma sanitaria che ha istituito il servizio sanitario nazionale.

Certamente la Cassazione ha cambiato linea tanto che si arrampica sui vetri per spiegare come una sua precedente sentenza, che citiamo un'altra volta, sia stata male interpretata. Eppure come si possono non capire queste parole: **"con riferimento ai malati mentali cronici, in base al contributo disposto degli artt. 1, 51 e 75 legge n.833 / 1978, 30 legge n. 730 / 1983, nonché 1 e 6 D.P.C.M. 8 agosto 1985, nel caso in cui , oltre alle prestazioni socio assistenziali, siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del Servizio sanitario nazionale; qualora invece, sia prestata soltanto un'attività di sorveglianza e di assistenza non sanitaria, l'attività va considerata di natura socio assistenziale e, pertanto, estranea al Servizio sanitario"** (Cass. 20.11.96 n. 10150). La medesima sentenza spiega come il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 8 agosto 1985 "non ha valore normativo avendo esclusivamente una funzione di indirizzo e coordinamento delle attività amministrative regionali e delle province autonome in materia sanitaria". Tale sentenza chiarisce anche che "le prestazioni sanitarie, al pari di quelle di rilievo sanitario, sono oggetto di un diritto soggettivo...". Inoltre, con molta precisione, afferma che non può esservi trattamento giuridico differenziato fra malati acuti e malati cronici, confermando così quanto già molti sostengono, e cioè che "di tale distinzione nella legge non c'è traccia, che prende in considerazione l'attività di cura, indipendentemente dal tipo di malattia (acuta o cronica) alla quale è diretta e pertanto se la disposizione dell'atto di indirizzo e di coordinamento avesse introdotto tale differenza sarebbe certamente *contra legem* e come tale disapplicabile dal giudice ordinario".

Il Consiglio di Stato con tre sentenze di cui alla fine riportiamo un commento va in altra direzione; stabilisce con chiarezza che è il servizio sanitario nazionale che si deve fare carico dei malati siano essi cronici o stabilizzati. (Si veda in proposito anche l'articolo su 24ore Sanità del 14-20 dicembre 2004:, a pag. 25: "Cassazione: marcia indietro dei giudici sulla ripartizione degli oneri fra SSN e Comuni)"

La sentenza della Cassazione che stiamo commentando inoltre fa anche cenno alla normativa più recente, particolarmente al decreto del presidente del consiglio dei ministri del 14.02.2001 inserito nella legge finanziaria per il 2003 (articolo 54) il quale al punto 1 C AREA DELL'INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA riepiloga in una tabella "le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse destinate al Servizio Sanitario Nazionale". Per esempio attribuisce per il 60% i costi a carico dell'utente o dei comuni per le persone con malattia mentale "per le prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture a bassa attività assistenziale".

Nonostante ciò le sentenze citate del Consiglio di Stato attribuiscono tutta la Spesa al Servizio Sanitario nazionale. Ed ancora nella pratica tutto continua come prima perché la gran parte delle strutture residenziali sono a carattere privato (Aziende per i Servizi alla Persona (ASP) oppure Fondazioni, quindi operano in base ad un contratto che impone alla parte contraente (in genere un familiare dell'assistito) di pagare una certa retta. Ne, salvo eccezioni, i comuni intervengono per la parte di retta che l'utente con il suo reddito e patrimonio non è in grado di sostenere, nonostante quanto previsto dall'articolo 2 comma 6 del decreto legislativo 130 del 2000.

Sembra non esservi scampo se sei malato devi pagare il ticket, se sei malato cronico devi pagare la retta e se ti mancano i soldi la devi fare pagare ai tuoi famigliari.

La sentenza della Cassazione di cui parliamo si muove in questa direzione.

Ma noi non ci fermiamo, sapendo che anche la Cassazione e i Tribunali possono cambiare come è successo qualche giorno fa al processo contro l'ex ENICHEM di Marghera quando la Corte d'Appello di Venezia ha riformato in parte, ma sostanzialmente, la sentenza di primo grado che aveva mandato assolto tutti gli imputati), così ci dobbiamo dare da fare per cercare se non di mutare il giudizio almeno di attenuarne le conseguenze. In effetti la Cassazione ha rinviato per il giudizio finale gli atti alla Corte d'Appello di Torino. Dovremo essere in grado, ricorrendo da parte nostra al Tribunale di Torino, con una ricostruzione puntuale, precisa e dettagliata, di dimostrare la malattia, anzi le malattie dei ricorrenti malati mentali dell'ex O.P. S. Martino di Como, raccontando la loro storia manicomiale e patologica, facendo notare come se non fossero stati malati, o se lo fossero stati solo parzialmente; quindi se fossero stati semplicemente o in parte "custoditi" qualcuno non ha fatto il suo dovere. Non solo infatti queste persone, dopo la legge 180 avrebbero dovute essere prese in carica dalla sanità, quindi curate e non custodite, ma oltretutto invece che essere curate se fossero state solo custodite, oltre i danni pure ci sono state le beffe, perché per la loro custodia hanno pure dovuto pagare.

Fulvio Aurora

Milano, 27 dicembre 2004

ALLEGATI:

1. Sentenza n. 21765 del 17.11.04 della Corte Suprema di Cassazione
2. Sentenza del giudice di Como a cura dell'ASVAP 5 Suello
3. Commento alle sentenze del Consiglio di Stato a cura di "Educazione e Scuola"

1 Sentenza della Corte di Cassazione

SVOLGIMENTO DEL PROCESSO

Nel dicembre 1994 e nel gennaio 1995 l'Unità socio sanitaria locale di Como n. 11, poi divenuta Unità SSL n. 5, otteneva dal locale Tribunale decreti ingiuntivi contro ed altri ricoverati indicati in epigrafe, aventi ad oggetto il pagamento di spese di degenza presso l'ex Ospedale psichiatrico di Como. Proposta opposizione dagli ingiunti e riuniti i giudizi, il Tribunale di Como, con sentenza del 27 ottobre 1999 dichiarava non dovute le somme e in accoglimento delle domande riconvenzionali, condannava l'USSL alla restituzione delle somme indebitamente riscosse.

Contro la decisione proponeva appello principale l'Azienda Ospedaliera S. Anna, quale Gestione liquidatoria dell'Unità sanitaria. La Corte di Appello di Milano, con sentenza del 20 settembre 2000, rigettava l'appello principale e confermava la sentenza impugnata, apportando solo alcune correzioni materiali in accoglimento dell'appello incidentale dei ricoverati. Il giudice di appello, richiamando le sentenze n. 10150 del 1996 e n. 8436 del 1998 di questa Corte, affermava che, a seguito della riforma del settore intervenuta con le leggi 13 maggio 1978 n. 180 e 23 dicembre 1978 n. 833, nel caso in cui al malato psichico oltre alle prestazioni socio assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata di rilievo sanitario e pertanto di competenza del Servizio Sanitario Nazionale sul quale pertanto devono fare interamente carico le spese di degenza, senza possibilità per le amministrazioni di recuperare in tutto o in parte le somme erogate nei confronti degli assistiti.

Per la cassazione di tale sentenza l'Azienda Ospedaliera Sant'Anna di Como ha proposto ricorso con quattro motivi ed altri intimati resistono con controricorso e non si sono costituiti. Entrambe le parti hanno presentato memoria.

Le Sezioni Unite di questa Corte, con sentenza n. 8102 del 2004, hanno respinto il primo motivo di ricorso ed hanno dichiarato la giurisdizione dell'autorità giudiziaria ordinaria, restituendo gli atti a questa Sezione per l'esame degli ulteriori motivi.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con il secondo motivo di ricorso l'Azienda Ospedaliera denuncia violazione del r.d. n. 615 del 1909, della legge n. 13 maggio 1978 n. 180, della legge 23 dicembre 8 n. 833, della legge 27 dicembre 1983 n. 730, del D.P.C.M. 8 agosto 1985, del . n. 502 del 1992, della legge n.419 de1998, della Legge Regione Lombardia gennaio 1986 n. 1 e deduce:

che la legge n. 180 del 1978, di riforma del regime psichiatrico, non contiene alcuna disposizione volta a sovvertire il precedente sistema che consentiva il recupero da parte degli enti locali delle spese di ricovero dei malati cronici, in quanto spese non sanitarie, ma di carattere socio-assistenziale;

che parimenti nessuna modifica è stata introdotta dalla legge n. 833 del 1978, introduttiva del Sistema Sanitario Nazionale, per quanto riguarda gli oneri di ricovero dei malati cronici, anche in dipendenza di malattia mentale;

che le strutture ospitanti i malati psichici non sono riconducibili ai tipi di servizio (assistenza medica, farmaceutica e ospedaliera) ai quali la legge 833/1978 ricollega la gratuità delle prestazioni, poiché l'ospitalità di cui godono gli assistiti nelle strutture psichiatriche alternative e nelle comunità aperte (a seguito della soppressione degli ospedali psichiatrici) non comporta prestazioni di assistenza sanitaria, bensì prestazioni di carattere socio-assistenziale;

che la ricorrente con i decreti ingiuntivi opposti ha inteso riferire agli interessati, ricoverati da oltre dieci anni nella struttura psichiatrica, solo una quota dei costi relativi ai servizi sociali e assistenziali prestati, previa sottrazione di tutti i costi di carattere sanitario;

che il diritto degli enti locali di recuperare le spese di assistenza è chiaramente desumibile dal disposto dell'art. 30 della legge n. 730 del 1983, che espressamente prevede che gli enti locali possono avvalersi delle Unità sanitarie locali per attività di tipo socio-assistenziale, facendosi però carico del relativo finanziamento, mentre a carico del Servizio Sanitario Nazionale restano solo gli oneri relativi ad attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali:

che il principio è stato ribadito dalla successiva normativa e segnatamente dal D. P. C. M. 8 agosto 1985, dal D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e **dal D. P. C. M. 14 febbraio 2001 e dalle Leggi Regione Lombardia n. 35 del 1980, n. 106 del 1980, e da ultimo n. 1 del 1986.**

Con il terzo motivo, denunciando violazione della legge 13 maggio 1978 n. 180 e dell'art. 64 della legge n. 833 del 1978, nonché vizi di motivazione, la ricorrente lamenta che la Corte di Appello ha ritenuto che nell'ex Ospedale psichiatrico di Como, non più qualificabile come presidio sanitario, venivano comunque eseguite prestazioni sanitarie (visite mediche, somministrazione di farmaci), solo sulla base della testimonianza di due assistenti sociali e ignorando del tutto i provvedimenti legislativi e amministrativi che hanno qualificato la struttura come socioassistenziale.

Con il quarto motivo, denunciando omessa, insufficiente e contraddittoria motivazione, l'Azienda Ospedaliera lamenta che i giudici di merito hanno omesso qualsiasi accertamento in ordine alle condizioni di salute e di bisogno dei

singoli assistiti al fine di appurare se effettivamente le prestazioni rese dall'amministrazione ricorrente erano limitate alla cura dei bisogni squisitamente assistenziali e di vigilanza dei ricoverati e non avevano carattere curativo.

Il secondo motivo di ricorso è fondato per le seguenti considerazioni.

E' opportuno premettere una breve ricostruzione delle disposizioni legislative che si sono succedute in materia.

In epoca anteriore alla riforma del servizio sanitario la degenza ospedaliera, anche psichiatrica, era a carico del sistema mutualistico solo nella fase acuta della malattia, mentre in caso di infermità cronica, per gravi difetti fisici o intellettivi, l'eventuale ricovero faceva carico al sistema socio-assistenziale e quindi agli enti locali, che potevano provvedere al recupero degli oneri relativi nei confronti dei singoli obbligati che non si trovavano in condizioni di povertà e dei congiunti tenuti agli alimenti a norma della legge 3 dicembre 1931 n. 1580.

Con la legge n. 180 del 13 maggio 1978 (c.d. legge Basaglia) sono stati soppressi gli ospedali psichiatrici, si è disposto il ricovero dei malati mentali in fase acuta in appositi reparti da istituire presso gli ospedali ordinari, **non più in via coattiva bensì volontariamente**, si è prevista la costituzione di strutture aperte di stretto carattere socio-assistenziale per risolvere i bisogni dei malati cronici incapaci di condurre una vita autonoma. Nulla dispone detta legge in ordine alle spese di ricovero dei malati stabilizzati nelle strutture di assistenza.

La legge 23 dicembre 1978 n. 833, che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale, ha attribuito alle Unità Sanitarie Locali (**art. 14**), tra l'altro, i seguenti compiti: **a) l'assistenza medico-generica e infermieristica, domiciliare e ambulatoriale;**

b) l'assistenza medico-specialistica e infermieristica, ambulatoriale e domiciliare, per le malattie fisiche e psichiche;

c) l'assistenza ospedaliera per le malattie fisiche e psichiche;

d) l'assistenza farmaceutica;

e) la riabilitazione.

Il successivo art. 25 precisa che le "prestazioni curative" comprendono l'assistenza medico generica, specialistica, infermieristica, ospedaliera e farmaceutica (comma 1) e che l'assistenza ospedaliera è prestata di norma attraverso gli ospedali pubblici e gli istituti convenzionati (comma 13).

Il successivo art. 26 stabilisce che sono erogate dalle USL le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, da qualunque causa dipendenti. In particolare l'art. 64 detta norme transitorie per l'assistenza psichiatrica e per la trasformazione degli ospedali psichiatrici.

L'art. 30 della legge 27 dicembre 1983 n. 730 così dispone. "Per l'esercizio delle proprie competenze nella attività, di tipo socio-assistenziale, gli enti locali e le Regioni possono avvalersi, in tutto o in parte, delle unità sanitarie locali, facendosi completamente carico del relativo finanziamento. Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socioassistenziali. Le unità sanitarie locali tengono separata contabilità per le funzioni di tipo socio-assistenziale ad esse delegate".

Le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, di cui al citato art. 30, sono dal D.P.C.M. 8 agosto 1985 (in G.U.14 agosto 1985 n. 191) definite come "le attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano diretti immediatamente e in via prevalente alla "tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza delle quali l'attività sanitaria non può svolgersi produrre effetti, mentre non rientrano tra le dette

attività di rilievo sanitario le attività direttamente ed esclusivamente socio-assistenziali, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute del cittadino e in particolare i ricoveri in strutture protette extra ospedaliere meramente sostitutivi, sia pure temporaneamente, dell'assistenza familiare" (art. 1); affinché tali ricoveri possano rientrare tra le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario le relative prestazioni devono essere dirette, in via esclusiva o prevalente, fra l'altro, "alla cura e al recupero fisio-psichico dei malati mentali, ai sensi dell'art. 64 della legge 23 dicembre 1978 n. 833, purché le suddette prestazioni siano integrate con quella dei servizi psichiatrici territoriali" (art. 6). Il medesimo art. 6 prosegue stabilendo che "nei casi in cui non sia possibile distinguere l'intervento sociale da quello sanitario..... ..le Regioni possono prevedere che l'onere sia forfetariamente posto a carico, in misura percentuale, del Fondo Sanitario Nazionale o degli Enti tenuti all'assistenza sociale in proporzione all'incidenza rispettivamente della tutela sanitaria e della tutela assistenziale, con eventuale partecipazione da parte dei cittadini".

La ripartizione di spesa tra ASL e Comuni nella fase di lungoassistenza delle patologie psichiatriche, con eventuale compartecipazione da parte dell'utente, è ribadita dal D.P.C.M. 14.2.2001 (in G.U. n. 129 del 2001) e relativa tabella allegata.

Analoghi principi, in ordine alla ripartizione delle spese, vengono fissati dall'art 22 della legge Regione Lombardia 17 gennaio 1986 n. 1, secondo cui "per le prestazioni sanitarie direttamente erogate dalle strutture assistenziali convenzionate la quota di spesa relativa alle prestazioni sanitarie e riabilitative è posta a carico del fondo sanitario".

al complesso delle disposizioni sopra esaminato è lecito evincere che il legislatore, al fine della erogazione della spesa da parte delle ASL, ha inteso porre una chiara distinzione tra le attività curative e le attività socio-assistenziali.

Come questa Corte ha già avuto modo di rilevare (vedi S. U. n.1003 del 1993) "vi è dunque netta distinzione fra prestazioni sanitarie e attività socio-assistenziali: le prime garantire, a mezzo del servizio sanitario nazionale, come vero e proprio diritto soggettivo e le altre rimesse alla organizzazione e alla discrezionalità delle Regioni e degli enti locali"; "mentre le prestazioni sanitarie e i loro livelli sono garantire a tutti i cittadini mediante legge dello Stato (art. 3 legge n. 833/1978), restano estranee all'assistenza sanitaria nazionale le "attività di tipo socio-assistenziale", che l'art. 30 della legge n. 730 del 1983 commette alle Regioni e agli enti locali che se ne facciano completamente carico e che possono avvalersi delle U.S.L."; per queste ultime attività "restano a carico del Servizio Sanitario Nazionale soltanto gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali". Ha precisato la Corte che con l'espressione "cura" il legislatore ha inteso riferirsi ad ogni esigenza terapeutica, di carattere psichiatrico e/o farmacologico, ma non pure a quella assidua e continua attività di assistenza e di sorveglianza che deve ritenersi far parte di quella assistenza socio assistenziale priva di rilievo sanitario "che sarebbe auspicabile possa, in casi come quello in esame, essere assunta a carico della collettività, ma che non rientra attualmente fra le prestazioni del servizio sanitario nazionale, né risulta assunta a carico di strutture regionali o locali" (nella specie un privato aveva chiesto la condanna della USL al rimborso delle spese sostenute per il ricovero del parente affetto da oligofrenia irreversibile in una clinica per malattie nervose e la Corte ha dichiarato infondata la pretesa con la motivazione sopra riassunta).

Ciò premesso, va rilevato che le sentenze di questa Corte n. 10150 del 1996 e n.36 del 1998, espressamente richiamate dal giudice di appello e poste a fondamento della decisione della sentenza qui impugnata, non sono condivisibili nella parte in cui pretendono di ricavare dalla sentenza delle S.U. n. 1003 del 1993 il principio per cui le spese di ricovero gravano per intero sulle ASL allorché in favore del ricoverato siano comunque erogate prestazioni sanitarie, sia pure in aggiunta alla assistenza e sorveglianza, restando esclusa la competenza delle ASL solo quando sia prestata soltanto una attività di sorveglianza e di assistenza.

Ritiene infatti il Collegio che nulla, né nel testo delle leggi e dei decreti sopra esaminate né nella citata sentenza delle Sezioni Unite, autorizza a ritenere che nel caso in cui le attività di assistenza, protezione e sorveglianza dei malati psichici stabilizzati siano connesse a prestazioni sanitarie dirette al mantenimento delle condizioni del paziente, le spese relative facciano sempre e interamente carico al Servizio Sanitario Nazionale anche per la parte relativa alle prestazioni socioassistenziali. Infatti, a norma dei già richiamati art. 25 e 26 della legge n. 833 del 1978 sono erogate dalle USL le prestazioni sanitarie e farmaceutiche durante il ricovero ospedaliero nella fase di manifestazione acuta della malattia, così come le prestazioni dirette al recupero dei soggetti affetti da malattia psichica per le quali si renda necessario il ricovero, beninteso fino a quando il recupero sia giudicato possibile; entro questi limiti deve

ritenersi che facciano carico alle ASL anche le eventuali e connesse spese per attività socio-assistenziali. Deve invece ritenersi che, nei confronti dei malati psichici stabilizzati, ormai insensibili ad interventi programmati di recupero terapeutico e che necessitano soprattutto di una attività di assistenza e sorveglianza, solo le spese sanitarie necessarie al mantenimento delle condizioni di stabilità dell'assistito continuano a gravare sulle ASL a norma dell'art.30 della legge n. 730 del 1983; per contro le spese dirette all'assistenza, protezione e sorveglianza del medesimo restano a carico degli enti locali o delle stesse ASL (tenute a separata contabilità) e sono ripetibili secondo le disposizioni della legge n. 3 dicembre 1931 n. 1580, che questa Corte ha dichiarato tuttora applicabili (cfr. in proposito da ultimo Cass. N. 3629 del 2004; Cass. N. 4460 del 2003).

Alla stregua degli enunciati principi la sentenza impugnata deve dunque ritenersi non conforme a diritto avendo la stessa respinto l'appello sul presupposto, giuridicamente errato, che l'erogazione di prestazioni sanitarie in favore di malati psichici ormai stabilizzati ricoverati in una struttura di tipo ospedaliero comporti il totale carico sulla ASSI- anche delle spese relative alle connesse prestazioni socioassistenziali.

L'accoglimento del secondo motivo di ricorso, esime la Corte dall'esame del terzo, che va dichiarato assorbito.

Il quarto motivo, invece, deve ritenersi inammissibile, in quanto con esso la ricorrente solleva questioni, comportanti indagini di fatto, che non risultano prospettate al giudice di appello. Infatti nella sentenza impugnata non si fa alcun accenno ad un corrispondente motivo di appello, né l'attuale ricorrente, che nemmeno deduce violazione dell'art. 112 c.p.c., precisa in quale scritto difensivo o verbale di causa del giudizio di appello tale questione si è stata ritualmente sollevata.

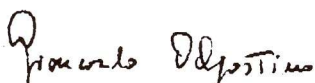
Per tutte le considerazioni sopra svolte la sentenza impugnata deve essere cassata e la causa rinviata ad altro giudice, designato in dispositivo, che si uniformerà ai principi di diritto sopra enunciati e provvederà anche al regolamento delle spese del giudizio di cassazione.

P.Q.M.

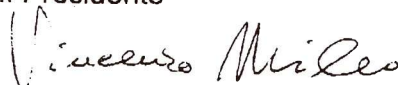
La Corte accoglie il secondo motivo di ricorso, dichiara assorbito il terzo e rigetta il quarto; cassa la sentenza impugnata in relazione al motivo accolto e rinvia, anche per il regolamento delle spese del giudizio di cassazione, alla Corte di Appello di Torino.

Così deciso in Roma il 30 settembre 2004

Il Cons. estensore




Il Presidente



2

IL CANCELLIERE
Depositato in Cancelleria
oggi, 7 NOV 2004
IL CANCELLIERE



ESENTE DA IMPOSTA DI BOLLO, DI
REGISTRO, E DA OGNI SPESA, TASSA
O DIRITTO AI SENSI DELL'ART. 10
DELLA LEGGE 11-8-73 N. 533

N. 285/99	SENT.
N. 164/2/99	CONT.
1197	CRON.
REP.	REP.

REPUBBLICA ITALIANA –
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Giudice di Como – Giudice del Lavoro

Dottor Beniamino Fargnoli

ha emesso la seguente

SENTENZA

Nella causa di lavoro promossa con ricorso depositato in data 15. 4. '99.

DA

B. S. , B. G. , B. A. , B. N. , B. L. D. , A. B. , in persona del loro amministratore provvisorio L. A. per nomina del giudice tutelare di Como;

C. E. in persona del loro amministratore provvisorio C. P. per nomina del giudice tutelare di Como;

B. G. in persona del loro amministratore provvisorio B. R. per nomina del giudice tutelare di Como;

B. L. in persona del loro amministratore provvisorio B. R. per nomina del giudice tutelare di Como;

A. L. C. in persona del loro amministratore provvisorio A. E. C. per nomina del giudice tutelare di Como;

B. L. C. in persona del loro amministratore provvisorio B. E. per nomina del giudice tutelare di Como;

B. G. in persona del loro amministratore provvisorio A. V. per nomina del giudice tutelare di Como;

C. E. in persona del loro amministratore provvisorio C. G. per nomina del giudice tutelare di Como;

B. A. in persona del loro amministratore provvisorio B. E. per nomina del giudice tutelare di Como;

C. F. in persona del loro amministratore provvisorio B. I. per nomina del giudice tutelare di Como;

A. F. , B. S. , C. A. , A. F. , B. E. , C. G. , B. A. , B. L. , personalmente;

B. R. , nella sua qualità di erede di B. A. ;

Tutti elettivamente domiciliati in Como, Via Diaz n. 97 presso l'Avv. Vinicio CANNIZZARO (Tel. 031 269 068) che li rappresenta e difende per delega in calce alla copia notificata del decreto ingiuntivo (salvo quest'ultimo –B – per delega in calce alla comparsa di costituzione in data 5 . 12. 1995.),

Tranne C. F. , in persona come sopra che è elettivamente domiciliato in Como, Via Mugiasca, 3, presso l'Avv. Paolo Borsani che lo rappresenta e difende in forza di procura notarile ad litem in data 16. 12. 1996 n. 971 a rep. Dr. Igor Genghini in Gravedona.

E

C. A. , C. T. , C. V. , C. D. , C. V. e C. S. , nella loro qualità di eredi di C. F. , con gli Avv.ti Bruno Bianchi e Luigi Sirtori.

D. M. L. , quale erede di B. N. , con l'Avv. Giuseppe Monti.

RICORRENTI

CONTRO

U.S.S.L. n. 5 GESTIONE LIQUIDATORIA, elettivamente domiciliata in Como Via Diaz N. 91, presso lo studio dell'Avv. **Massimo Rastelli** che li rappresenta e difende in giudizio, giusta delega a margine.

RESISTENTE

OGGETTO; Controversia di lavoro

Causa assegnata a sentenza all'udienza del 18. 10. 99.

CONCLUSIONI

Per i ricorrenti:” rigettare l'istanza di provvisoria esecuzione;

- dichiarare la nullità, annullare, revocare e rendere comunque inefficaci e decreti ingiuntivi opposti previa disapplicazione della deliberazione USSL n. 5 e successive, esecutive ed

integrative, in quanto illegittime, e comunque dichiarare non dovute le somme richieste a titolo di retta.

- **In via subordinata:** previo accertamento dell'inadempimento agli obblighi di erogazione di prestazioni socio-sanitarie conformi a livelli qualitativamente accettabili, condannare l'USSL al risarcimento del danno da determinarsi in corso di causa anche mediante ricorso a criteri di equità, da compensarsi con quanto risultasse dovuto per retta e con condanna dell'USSL al pagamento della differenza.
- **In via riconvenzionale:** previo accertamento da eseguirsi in corso di causa condannare l'USSL alla restituzione di quanto trattenuto, con vincolo di indisponibilità per il malato, ovvero di quanto incamerato dalla stessa all'entrata in vigore della legge istitutiva del servizio sanitario nazionale, con gli interessi e la rivalutazione monetaria da ogni singola operazione I saldo.
- Con vittoria di spese, diritti ed oneri di causa, compresa la fase conclusasi davanti al Tribunale di Como, oltre al risarcimento del danno ex art. 96 c.p.c. da liquidarsi equitativamente”.

Per USSL n. 5 – Gestione Liquidatoria: “ respingere tutte le domande formulate da parte attrice opponente in riassunzione in quanto infondate. Spese rifuse”.

FATTO

Con ricorso depositato in data 15. 04. 99, B. S. , B. G. , B. A. , B. N. , B. L. D. , A. B. , C. E. , C. E. , B. G. , B. L. , A. E. , B. L. C. , B. G. , A. G. , C. E. , B. A. , C. F. , A. F. , B. S. , C. A. , A. F. , B. E. , C. G. , B. A. , B. L. , B. R. , nella sua qualità di erede di B. A., ricoverati nell'Ospedale San Martino di Como, Via Castelnuovo, già “manicomio”, chiedevano la revoca dei decreti ingiuntivi emessi dal Presidente del Tribunale di Como il 12. 01. 1995 su istanza della USSL n. 5 – Gestione Liquidatoria (ex USSL n, 11).

I decreti avevano come oggetto le rette di degenza nell'Ospedale, in ossequio alla delibere n. 275 del 24. 02. 1983, emessa dal Comitato di Gestione USSL n. 11.

Gli oppositori, secondo la USSL, dovevano essere condannati a pagare le rette di degenza.

I degenti destinatari dei decreti ingiuntivi, si opponevano con atti del 30. 01. 1995.

Sostenevano che la riforma sanitaria e l'abolizione dei manicomi, “novelle” del 1978, avevano abrogato i Regi Decreti del 1909 e del 1931. Tali norme amministrative prevedevano il recupero delle spese di ospedalità, da parte degli enti pubblici, nei confronti degli alienati mentali, ricoverati e non indigenti.

In via riconvenzionale, chiedevano le somme accantonate dall'USSL a far tempo dal 1983 sulle pensioni dei degenti.

L'accantonamento era stato possibile in seguito da una delega, rilasciata dalla USSL dai degenti non interdetti e non abilitati.

Riuniti i procedimenti in data 06. 06. 1995, il Tribunale di Como, emetteva Sentenza di incompetenza funzionale il 12. 11, 1998.

Allora i degenti e gli eredi dei defunti, proponevano ricorso al Giudice del lavoro con ricorso in riassunzione 15. 04. 1999.

Ribadivano l'infondatezza dei decreti ingiuntivi emessi e l'annullamento della delibera USSL n. 11 n. 275 / 83.

In via riconvenzionale domandavano, accertata la gratuità dei ricoveri, la restituzione delle quote pensionistiche trattenute dal 1983 per far fronte al pagamento delle rette.

La USSL n. 5 - Gestione Liquidatoria si costituiva ribadendo l'onerosità dei ricoveri, in quanto gli alienati mentali erano estranei al Servizio Sanitario Nazionale.

In via riconvenzionale, esigeva il pagamento delle rette di degenza, ammontanti a cifre diverse per ogni ricorrente.

All'udienza dei 18.1 0.99, espletata l'istruttoria, i difensori concludevano come da verbali in atti.

MOTIVAZIONE

1) L. 13.05.1978 n. 180.

La questione, posta all'attenzione del Giudice dei Lavoro è di natura squisitamente ermeneutica. I degenti dell'ex manicomio, sostengono che l'entrata in vigore delle nuove leggi sanitarie, abbiano abrogato le precedenti riforme, che, consentivano il recupero delle spese di ospedalità nei confronti dei ricoverati non indigenti.

La USSL per contro, ritiene che la gratuità delle cure sanitarie introdotte dalle novelle del '78, attengano alla terapia fisica e non già a quella psichica.

La tesi attrice appare più fondata.

La prima argomentazione, discende dalla introduzione della legge 180 / 78. Tale normativa, ha soppresso “ **de jure** “ i manicomi in cui fino ad allora gli alienati mentali erano stati ricoverati. Lo scopo risiedeva nel tutelare la società dai comportamenti anomali.

La legge 180 / 78 partiva da un presupposto innovatore: la malattia psichica è una patologia al pari della malattia fisica.

Il concetto di alienato mentale da emarginare, doveva essere quindi soppresso. **Vi sono solo i malati psichici da curare analogamente ai malati fisici.**

E' opportuno vedere più in dettaglio, la genesi del passaggio delle leggi di inizio secolo alla riforma sanitaria.

Il R.D. 16.08.1909 n. 615 e la legge 14 febbraio n. 36 regolava i rapporti attinenti gli alienati mentali.

La legge 14 febbraio 1904 n. 36 regolava i rapporti attinenti gli alienati mentali. Era una legge che considerava il fenomeno << **malattia mentale**>> prevalentemente sotto l'aspetto poliziesco; l'art. 1 della legge recitava:

<< Debbono essere custodite e curate nei manicomi le persone affette per qualunque causa da alienazione mentale, quando siano pericolose per sé e per gli altri o riescono di pubblico scandalo ... >>; come si vede era prevalentemente l'interesse della difesa della società dal << **pericolo** >> o dal << **pubblico scandalo** >>, che gli alienati potevano causare; era invece quasi del tutto assente la preoccupazione sanitaria per gli stessi alienati. Il ricovero in manicomio era il cardine del sistema; l'intervento dell'autorità di Pubblica Sicurezza e del Pubblico Ministero i mezzi processuali normali; il ricovero era deciso dal Tribunale e, nei casi di urgenza dal Pretore.

All'inizio degli anni '70, si delineò nel Paese un movimento contro la segregazione nei manicomi e contro il disumano trattamento che clamorosi casi giudiziari avevano rivelato essere avvenuti. Si propose di abolire i manicomi e di assimilare gli alienati mentali agli altri malati, curandoli negli ospedali civili. Per sopprimere i manicomi, fu chiesto un **Referendum abrogativo** che aveva raccolto

circa 700.000 firme. Al fine di evitare il confronto generalizzato, e per prevenire una eventuale carenza legislativa in un settore così delicato, i partiti politici decisero di modificare la legge.

Nel frattempo, era in corso di redazione la Riforma Sanitaria, poi pubblicata col **numero 833 nel 1978**. Si ricorse (allora) alle norme della Riforma già elaborata in tema di salute mentale e si << **stralciarono** >> gli allora articoli 30 e 54 del Progetto di Riforma in un provvedimento legislativo approntato in tutta fretta. In 24 giorni le Commissioni legislative esaminarono, discussero e approvavano un disegno governativo di undici articoli, chiamato colloquialmente << **nuova legge sui manicomi** >>. Essa fu emanata il **13 maggio 1978 col numero 180**, la perciò nota anche come << **legge numero centottanta** >>; aveva efficacia provvisoria, in attesa della promulgazione della

Riforma sanitaria, di cui non era che una parziale anticipazione, Infatti, quando fu pubblicata la legge Riforma, sulla **Gazzetta Ufficiale del 28 dicembre 1978**, la legge n°. 180 cessò nella massima parte di aver valore, in quanto la Riforma conteneva anche le norme riguardanti gli alienati mentali. Ma non erano gli articoli 30 e 54 che la legge << stralcio >> n°. 180 aveva assunto; infatti, il 22 giugno 1978, la Camera dei Deputati aveva approvato un complesso di disposizioni leggermente diverse da quelle recepite dalla n°. 180. E tuttavia di questa, i **viginti articoli 33, 34 e 35** mantengono i caratteri essenziali. Il baricentro giuridico è trasferito dalla tutela della società dalle alienazioni mentali, alla assistenza sanitaria degli alienati.

Il carattere << **sanitario** >> ha sostituito l'aspetto << **poliziesco** >> della legge n°. 36 del 1904. Scompaiono perciò gli interventi dell'autorità di polizia e del Pubblico Ministero; il ricovero è soprattutto volontario e quello obbligatorio è limitato a pochi casi ben definiti. Si pone l'accento sull'aspetto preventivo, coerentemente ai principi degli artt. 1 e 2 della Riforma. Si considera la salute in maniera unitaria, come psichica e fisica allo stesso tempo, e si eliminano gli istituti che comportano segregazione e custodia dell'alienato, tant'è che la legge fa espresso divieto di costruire nuovi manicomi.

Le norme della Riforma hanno cercato di contemperare le diverse opinioni in questo campo: assimilare i malati di mente a tutti gli altri malati; negare la necessità di qualsiasi ricovero coatto, la mancanza di ogni aspetto pericoloso nel comportamento degli alienati; mantenere una certa cautela degli << **altri** >> dalla condotta dei malati di mente; privilegiare la più tipica autorità elettiva – il sindaco – quale protagonista dei procedimenti di ricovero.

Ma la grande novità è quella annunciata dal 1° comma dell'art. 1 della legge: i ricoveri ospedalieri sono, di norma, volontari. Prima, invece, la regola era la coattività dei ricoveri degli alienati; ora, solo eccezionalmente, è ammesso il ricovero coattivo: e quando consentito, esso è circondato da numerosissime cautele, indice del disfavore con cui è guardato dal legislatore.

Tale principio giuridico è la conseguenza di una considerazione sociosanitaria, frutto dell'ampio dibattito politico di cui si è accennato e che è giunto alla seguente conclusione: il malato di mente è un malato come tutti gli altri e quindi va curato come tutti gli altri infermi; i quali si curano volontariamente e non abbisognano di locali di terapia di carattere particolare. Da qui, la volontarietà abituale dei ricovero e l'abolizione dei manicomi.

Come si vede, la mutata "ratio" normativa della attuale politica sanitaria, ha abrogato totalmente le vecchie norme, basate su *desunti* (*desueti*) principi giuridici.

Non esistono più alienati mentali, ma esistono malati psichici.

Per tutti i malati, anche quelli psichici la cura è gratuita.

Pertanto, gli enti pubblici, nulla possono pretendere per i malati psichici, il cui ricovero ora è sempre è solo volontario.

In conclusione la legge 180 / 78, ha radicalmente abrogato il R.D. 615 / 1909. 2) L. 23.12.1978 n. 833.

Il secondo motivo della preferenza alla tesi dei degenti, risiede nei principi ispiratori della riforma sanitaria (833 / 78).

Anche qui, è opportuno un "excursus" storico .

Prima della Riforma sanitaria, la salute degli italiani era curata da una congerie di enti pubblici, operanti alla stregua di Convenzioni diverse; essi attuavano nei confronti degli assistiti differenti metodi di terapia.

Questi enti raccoglievano i fondi per far fronte alle spese terapeutiche attraverso contribuzioni obbligatorie a carico dei datori di lavoro degli assistiti nonché degli stessi assistiti. Corrispondevano poi le loro prestazioni in denaro (rimborso spese ecc.), ovvero in natura (radiografie, cure termali, ecc.). Gestivano il servizio in regime di monopolio, ciascuno in relazione ad una categoria di lavoratori e sulla base della propria Convenzione a suo tempo stipulata. Il più importante degli istituti di assicurazione sociale era l'INAM (Istituto per l'assicurazione contro le malattie) sorto nel 1943 dalla fusione della Cassa Mutue nazionali e locali di malattia; aveva come scopo istituzionale di provvedere alla assicurazione contro le malattie dei lavoratori subordinati e dei loro familiari.

Dei dipendenti statali, si occupava invece l'ENPAS (Ente Nazionale di Previdenza ed Assistenza per i dipendenti statali), creato nel 1942; ai dipendenti degli Enti pubblici e degli Enti locali provvedevano altri due istituti : L'ENPDEP e L'INADEL. I lavoratori dello spettacolo erano curati dall'ENPALS, gli impiegati nell'agricoltura dell'ENPAIA. Ma le Casse Mutue con competenza limitate a singole categorie erano moltissime: notai, gli avvocati, gli agenti di commercio, i pescatori, i geometri, i ragionieri e così via, ogni gruppo professionale aveva la propria «**Mutua**» che forniva ai propri iscritti le prestazioni previste dalle relative Convenzioni.

Questi Enti di assicurazione sociale avevano come fine di garantire i propri iscritti dal verificarsi dell'«**evento malattia professionale**». Vi era inoltre l'INPS (Istituto Previdenza Sociale), che, accanto alle finalità di assicurazione per alcune malattie non professionali (tubercolosi , ecc.) e di alcuni rischi sociali disoccupazione involontaria, assegni familiari, ecc.), aveva il compito di «**previdenza**»; e cioè accumulava i contributi obbligatori da versare poi come «**pensione**» al verificarsi di situazioni di bisogno che sarebbero intervenute: vecchiaia, disoccupazione, invalidità ecc.

Il quadro della Sicurezza Sociale («**garanzia dei lavoratori dai rischi sociali del lavoro**»). era completato dagli istituti assistenziali e di prevenzione i primi avevano come scopo l'assistenza di particolari categorie di non - lavoratori bisognosi e tuttavia meritevoli delle pubbliche cure; gli istituti di prevenzione tendevano ad evitare il verificarsi di incidenti nel corso di attività lavorative particolarmente pericolose.

Tra gli enti assistenziali più notevoli vi era l' ENAOLI che assisteva gli orfani dei lavoratori, l'Opera Nazionale per i pensionati d'Italia, l'Opera Nazionale tra i Mutilati e Invalidi del lavoro, ecc. Tra gli enti di prevenzione, particolare rilievo aveva l'ENPI (Ente Nazionale per la Prevenzione degli Infortuni), che mirava a promuovere lo studio di materie organizzative e tecniche per prevenire infortuni e malattie professionali; esercitava all'uopo la consulenza per le imprese industriali. L'ANOC (Associazione per il Controllo della Combustione) - provvedeva alla prevenzione degli infortuni tra gli utenti di apparecchi a pressione di vapore e a gas.

Di tutti. questi enti di assicurazione sociale, di prevenzione sociale, di assistenza e prevenzione , la Riforma ha lasciato solo l'INPS e L'INAIL, con competenze ridotte. Gli altri sono stati soppressi e sono confluiti nel Servizio Sanitari Nazionale.

Una seconda differenza tra l'attuale e la precedente situazione, concerne il numero degli assistiti. Prima della «**Riforma**» erano assistiti pubblicamente solo le categorie che prestavano o avevano prestato una qualche attività lavorativa e i loro familiari.

Dei bisognosi, si occupavano gli Enti locali o loro organi, quali per esempio l'ECA (Ente comunale di Assistenza) per l'assistenza economica e sanitaria il medico condotto; per l'assistenza terapeutica il Comune per le spese di ospedalità.

Invece, la «Riforma» ha esteso l'assistenza sanitaria a tutti indistintamente i cittadini, indipendentemente dal lavoro svolto o dall'appartenenza a una certa categoria professionale.

La precedente regolamentazione comportava una gran quantità di strutture sanitarie pubbliche diverse, una per ogni categoria professionale.

Oggi, tutte le strutture pubbliche sono unificate e appartengono al Servizio Sanitario Nazionale, mentre la Convenzione con i medici è unica per ogni categoria sanitaria.

Il dibattito culturale e politico già da tempo aveva rilevato l'inadeguatezza dei «**sistema delle Mutue**», caratterizzato da dispersione di strutture sanitarie,

difficoltà delle , prestazioni e sperequazioni sociali. Inoltre, in nessun caso, il sistema consentiva di programmare un piano sanitario nazionale, come da molte parti si auspicava.

Si chiedeva quindi un coordinamento tra i diversi servizi sanitari e una riduzione ad unità. in questo spirito fu emanata la legge 29 giugno 1977 n. 349 che, continuando un procedimento legislativo iniziato con la legge 17 agosto 1974, aboliva le Mutue, tendendo verso l'unificazione dei diversi sistemi.

La legge attribuiva alle Regioni la responsabilità di erogare i fondi necessari per l'assistenza. Venivano poi costituite particolari strutture territoriali destinate ad assolvere compiti di unificazione amministrativa in attesa dell'attuazione del Servizio Sanitario Nazionale: SAUB (strutture Amministrative Unitarie di Base) le SAUI (Strutture Amministrative Unitarie Intermedie) e le SAUR (Strutture Amministrative Unitarie Regionali). Questi organismi sono poi confluiti nel SSN, il quale ora compie tutte le funzioni sanitarie prima attuate anche dagli Enti mutualistici (assistenza medica generica e specialistica), nonché tutti i compiti amministrativi , prima svolti dalle Strutture Unitarie; il SSN che ha anche assorbito le strutture sanitarie che intanto erano sorte (Comitati Sanitari di Zona, Consorzi Sanitaria di Zona) su base locale.

Il mutamento tra il periodo pre-riforma e quello attuale non è solo strutturale, ma anche per le finalità del sistema.

Prima, quasi tutto l'apparato era essenzialmente basato sulla terapia.

Dei numerosissimi enti mutualistici che operavano, quasi tutti erano destinati ad intervenire a malattia esplosa o a incidenti intervenuto. Solo due erano gli enti con scopi precipuamente preventivi: l'ANCC e l'ENPI.

Peraltro, ambedue agivano in campi particolari e con competenze specificamente ristrette. Le funzioni di prevenzione sanitaria degli organi pubblici (profilassi generale del medico provinciale, zooprofilassi del veterinario provinciale, laboratori di igiene provinciale, consorzi antitubercolari) erano attuate dagli «**addetti ai lavori**» senza alcuna collaborazione con i cittadini. Insomma il concetto di prevenzione era decisamente sopraffatto dal «**fatto-terapia**».

La nuova concezione era assolutamente innovatrice nella storia dell'Uomo. Infatti, fino ad allora si parlava di «**salute**» soltanto quando si era colti da malattia e il problema era demandato al medico, quale « **colui che conosce e cura i morbi**». Invece, ora, la nuova filosofia sanitaria invertiva i termini dell'equazione: quello che conta è la salute, il cui stato di armonia va conservato; l'anomalia, e cioè la malattia, è aspetto secondario. Quello che importa, è mantenere la salute ed evitare la malattia. E a tal fine il medico non occorre.

Serve invece un costante impegno personale e partecipato.

Nasce il concetto culturale di educazione sanitaria o alla salute, di cui la prevenzione non è la parte tecnica.

Gli enti deputati dal S.S.N. ad attuare gratuitamente la cura dei cittadini sul territorio erano le USL (USSL, in Lombardia).

Dopo una ristrutturazione territoriale del 1985, le USL hanno lasciato il posto alle Aziende Sanitarie locali (ASL).

Queste sono le organizzazioni sanitarie pubbliche eredi delle strutture e dei compiti delle USL.

L'accentramento sanitario, così introdotto dalla A.S.N, comprende anche la malattia psichica. Alcune norme della riforma, lo indicano chiaramente: “**art. 1 la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante, il servizio sanitario nazionale.**

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana”.

E' evidente , che, il legislatore non fa nessuna differenza tra malattia fisica e psichica.

L'art. 2 lett. g stabilisce: “**il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo assicurato mediante: la tutela della salute mentale, privilegiando il momento preventivo e inserendo i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali in modo da eliminare ogni forma di discriminazione e di segregazione”.**

Il precetto, non poteva essere più chiaro è più devastante per la tesi giuridica sostenuta dall'A.S.L. convenuta.

Nel nuovo contesto sociale di assoluta parificazione sanitaria-psico-somatica, è stridente il voler sostenere un differente trattamento dei malati psichici.

La parificazione, è assoluta e l'art. 51 della L.833 / 78, dispone la gratuità di tutte le terapie.

In definitiva, la L. 833 / 78 così come la L.180 / 78, hanno abrogato la L. 3.12.1931 n. 1580 e il R.D. n. 615 / 1909.-

3) TERAPIA - ASSISTENZA

Una delle argomentazioni evidenziate in udienza della USSL, consiste nella dicotomia terapia-assistenza sociale .

Per la resistente, solo la terapia, sarebbe gratuita ex legge 838 / 78.

L'assistenza sociale, concetto diverso sarebbe onerosa.

La prospettazione è infondata.

Le emergenze processuali, hanno, infatti, dimostrato che i degenti sono stati destinatari di vere e proprie terapie. Essi periodicamente, devono assumere farmaci sotto il controllo medico. Sono spesso costretti a letto, per sottoporsi a precise terapie sanitarie.

Nell'attuale Ospedale di San Martino, l'assoluta maggioranza del personale è medico e paramedico. Le assistenti sociali, sono solamente tre.

Due di queste, sono state udite ed hanno detto: *MAZZI Alessandra, "non posso dare farmaci, il medico prescrive il farmaco, che viene somministrato dal personale paramedico. Neppure l'ausiliario può somministrare farmaci. Ho visto alcuni ricorrenti nell'Ospedale psichiatrico di Como, di Via Castelnovo. A fine anni '70 c'era un direttore e vari medici. Credo una dozzina, c'erano gli infermieri e le assistenti sociali" (pag.3 e 4 verb. ud.) "* la cura agli ospiti da parte dei medici è stata di osservazione e prescrizione de farmaci psichiatrici. *Coi nuovi farmaci alcune situazioni sono migliorate. Anche quando la situazione non potrebbe mai migliorare vengono dati farmaci per tenerla stazionaria. A queste persone un medico internista prescrive la medicina per patologie secondarie, in questo caso vengono ricoverati in un'altra struttura, quella ospedaliera" (pag. 4 verb. ud.).*

Come si vede, è prevalente l'aspetto sanitario su quello assistenziale. L'altra assistente sociale Marina ha detto: *"sono assistente sociale, ho lavorato all'Ospedale psichiatrico di Como. Riconosco alcuni nomi tra i ricorrenti, che sono certamente stati ricoverati prima dell'ingresso della L. 180. A questi ospiti viene somministrata una terapia psichiatrica, alcuni erano abbastanza autonomi, alcuni addirittura uscivano per qualche ora dal presidio. Avevamo anche dei pazienti allettati con handicap fisici (pag.5 verb. ud.).*

Anche questa voce processuale sottolinea la prevalenza dell'aspetto medico e della necessità di terapia per i ricorrenti.

Di certo, essi abbisognavano anche di assistenza non strettamente sanitaria. Insomma le prestazioni loro dedicate erano promiscue.

In caso di prestazioni promiscue, la **Corte di Cassazione**, attribuisce la prevalenza alla terapia e non già all'assistenza: **"con riferimento ai malati mentali cronici, in base al contributo disposto degli artt. 1, 51 e 75 legge n.833 / 1978, 30 legge n. 730 / 1983, nonché 1 e 6 D.P.C.M. 8 agosto 1985, nel caso in cui , oltre alle prestazioni socio assistenziali, siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del Servizio sanitario nazionale; qualora invece, sia prestata soltanto un'attività di sorveglianza e di assistenza non sanitaria, l'attività va considerata di natura socio assistenziale e, pertanto, estranea al Servizio sanitario" (Cass. 20.11.96 n. 101 50).**

Nella fattispecie, abbiamo visto come l'aspetto terapeutico fosse non solo pari a quello assistenziale ma addirittura nettamente prevalente. Ne consegue, che, va accolta la tesi dei degenti anche sotto

questo aspetto processuale. Essi hanno perciò diritto alla restituzione del danaro depositato con il loro consenso in un fondo USSL.

La USSL cui è succeduta la ASL, invece, non può pretendere le quote di degenza né per il 1993 (anno relativo ai decreti ingiuntivi), né per qualsiasi altro periodo successivo al 1978.

I decreti ingiuntivi del Presidente del Tribunale di Como, vanno quindi revocati e deve essere riconosciuto il diritto dei ricorrenti viventi o degli eredi di quelli defunti alla gratuità della degenza dell'Ospedale San Martino.

L'ASL di Como è l'Ente pubblico territoriale a ad appartenenza necessaria, succeduto a titolo universale alle abrogate, USSL (prima – n. 11 e poi n.5). Sotto questo aspetto gli effetti del processo si riverberano anche sulla ASL.

La delibera 275 / 83 dell'Organo Sanitario Pubblico prevedeva l'onerosità dei ricoveri degli alienati mentali. All'uopo si rifaceva alle norme abrogate dalle leggi sanitarie del 1978. Quella delibera è dunque illegittima per violazione di legge. Dove essere perciò disapplicata "Incidenter tantum" ai sensi degli art. 4 e 5 L. 20.3.1865 n. 2248 alleg. E.

Le parti, non hanno saputo chiarire al Giudice, l'aspetto quantitativo della "repetitio indebiti" - Sarà, l'Ente pubblico debitore; a restituire nella maniera esatta quanto trattenuto ai rispettivi aventi diritto.

Le somme restituenti, dovranno essere aumentare ex art. 429 cpc. alla soccombenza, segue l'obbligo delle spese processuali, che tenuto conto della complessità della controversia si liquidano in L. 3.000.000 più IVA più addizionale.

P.Q.M.

Rigettata ogni altra istanza, eccezione e deduzione;

revoca i decreti ingiuntivi emessi dal Presidente del Tribunale di Como in data 12.1.95 su istanza dell'USSL n.11, poi USSL n.5 Gestione - Liquidatoria e poi ASL di Como nei confronti di B.S. ed altri 26 ricorrenti;

dichiara che il ricovero nel già Ospedale Psichiatrico di Via Castelnuovo, di Como dei ricorrenti è gratuito e per l'effetto, sospende "Incidenter tantum", la delibera dell'USSL n. 275 / 83.

Condanna. l'USSL-ASL al pagamento delle spese processuali di controparte liquidate in L. 3.000.000. più IVA più addizionale.

Como, 18 ottobre 1999



IL Giudice
Dr. Beniamino Fagnoli
IL CANCELLIERE
DEPOSITATA IN CANCELLERIA li. 27 OTT. 1999
IL CANCELLIERE

3 Commento alle sentenze del Consiglio di Stato

Inizio modulo

Sezioni

Fine modulo

888888

Educazione&Scuola

Reg. Tribunale Lecce n. 662 del 01.07.1997
Direttore responsabile: [Dario Cillo](#)

Inizio modulo

Ricerca

Fine modulo

Lunedì, 27 Dicembre 2004

Spetta al settore sanitario il pagamento degli oneri di degenza di soggetti affetti da gravi malattie anche quando siano stabilizzate e non suscettibili di miglioramento

1) Sentenza n. 3377/03

Il Consiglio di Stato ha accolto il ricorso proposto dall'Istituto Ospedaliero del Sospiro per l'accertamento dell'obbligo, in via principale, del Comune di Redonesco e, in via subordinata, della ASL di Mantova, del pagamento delle rette di degenza del paziente A.F. affetto da insufficienza mentale grave e degente presso il predetto Istituto. Il TAR ha ritenuto che l'obbligo in questione sussista a carico del Comune di Redonesco, il quale ha fatto appello per ottenere la riforma della decisione, sostenendo che l'onere debba essere sostenuto dalla ASL di Mantova. La ASL e l'Istituto del Sospiro si sono costituiti per sostenere l'infondatezza del gravame.

La controversia concerne l'individuazione del soggetto pubblico, comunale o sanitario, tenuto a sostenere l'onere della retta di degenza per un cittadino affetto da grave insufficienza mentale, in stato di ricovero dal 1952. E' noto che, a norma dell'art. 30 della legge 27 dicembre 1983 n. 730, sono poste a carico del servizio sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali, e che il successivo DPCM 8 agosto 1985, all'art. 1, ha definito attività di rilievo sanitario quelle "che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano diretti immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di ... cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo".


In termini non sostanzialmente diversi si esprime il DPCM 14 febbraio 2001, ricordato dalla difesa della ASL, allorché, all'art. 3, propone una classificazione che pone a carico del servizio sanitario nazionale le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, definendole come "prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite".

Sulla base di tali definizioni il Tar ha considerato accertato che, nella specie, il paziente, affetto da grave insufficienza mentale stabilizzata ed irreversibile, necessitasse soltanto dei meri interventi farmacologici destinati a contenere isolati episodi di agitazione psico-motoria, e che tali prestazioni fossero prive di rilievo sanitario "essendo totalmente assente la finalità riabilitativa e curativa".

Il Collegio non condivide l'interpretazione del quadro normativo seguita dai primi giudici.

La ricordata normativa ministeriale, sia nella formulazione del 1985 che in quella del 2001, attribuisce rilievo sanitario agli interventi con carattere di "cura" delle patologie in atto, ma non dispone che debbano definirsi tali solo i trattamenti che lascino prevedere la guarigione o la riabilitazione del paziente. A tale riguardo pare dirimente proprio il DPCM del 2001, nella parte che considera di carattere sanitario i trattamenti volti al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite. Nella specie è stato documentato, soprattutto con la perizia del dr. Benevelli, prodotta dal

La pagina  http://www.edscuola.it/archivio/handicap/oneri_degenza.htm

 è stata modificata Mercoledì 31 marzo 2004, alle ore 9:38:1 - [Educazione&Scuola©](#)

