

LA GIURISPRUDENZA INTEMA DI ALZHEIMER

Avv. Marco Ubezio

Forum Non Autosufficienza, 28.11.2024

IL QUADRO NORMATIVO VIGENTE

IL QUADRO NORMATIVO VIGENTE

LE FONTI PRIMARIE

- **Legge n. 833 del 1978**, istitutiva del servizio sanitario nazionale, al fine di garantire a tutti i cittadini la possibilità di accedere in condizioni di uguaglianza alle prestazioni sanitarie, ha introdotto il principio della gratuità degli interventi senza limiti di spesa e razionalizzazione;
- **Legge n. 730 del 1983**, ha previsto che sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio – assistenziali.

!!! problema della limitatezza delle risorse e dei mezzi di finanziamento del sistema !!!

IL QUADRO NORMATIVO VIGENTE

Corte Costituzionale, sent. 455/1990: il c.d. condizionamento finanziario

- Bilanciamento del diritto alla salute e risorse finanziarie disponibili;
- Necessità di introdurre misure correttive volte a garantire il contenimento delle risorse economiche e la contestuale efficienza del sistema sanitario sul lungo periodo;
- *«Il diritto alla salute è garantito dalla Costituzione condizionatamente all'attuazione che il legislatore ordinario ne dà, attraverso il bilanciamento, sindacabile dalla Corte Costituzionale, dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, in relazione alle risorse organizzative e finanziarie disponibili».*

IL QUADRO NORMATIVO VIGENTE

- introduzione di sistemi di compartecipazione alla spesa sanitaria e al riordino del Sistema;
- principio in base al quale il benessere psico-fisico dell'individuo e della collettività ha diritto di tutela pur a fronte del necessario contingentamento delle risorse all'uso destinabili;
- individuazione e determinazione dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, e cioè del contenuto necessario e sufficiente dell'obbligo di servizio pubblico che la legge pone a carico di ciascuna Regione nel proprio ambito territoriale.

IL QUADRO NORMATIVO VIGENTE

Il DPCM del 14.02.2001

Con riferimento all'attività di assistenza e di cura prestata nell'ambito di residenze sanitarie assistenziali (art. 1, comma 4) ha stabilito che l'intensità assistenziale di un ricovero sia stabilita in base a fasi temporali che caratterizzano il progetto personalizzato, così definite:

- a) la **fase intensiva**, caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, di elevata complessità e di durata breve e definita, con modalità operative residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali e domiciliari;
- b) la **fase estensiva**, caratterizzata da una minore intensità terapeutica, tale comunque da richiedere una presa in carico specifica, a fronte di un programma assistenziale di medio o prolungato periodo definito;
- c) la **fase di lungoassistenza**, finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale, anche attraverso percorsi educativi.

IL QUADRO NORMATIVO VIGENTE

Il DPCM del 29.11.2001

- Individua i livelli essenziali di assistenza (LEA) nell'ambito di molteplici aree, tra cui anche quella relativa all'integrazione socio-sanitaria;
- **All'Allegato 1C** (punto 9) ha statuito che per quanto riguarda l'imputazione degli oneri relativi alle **"prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per anziani non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo"** – descrizione che rientra nella definizione di lungo assistenza data dal DPCM 14.2.2001 - sia previsto **un sistema di compartecipazione del 50% da ripartire tra il SSN e l'utente beneficiario delle stesse.**

IL QUADRO NORMATIVO VIGENTE

→ Nuovo principio in base al quale il costo a carico del servizio sanitario regionale viene determinato in maniera forfettaria al 50% sulle complessive spese connesse a tali forme di assistenza, rimanendo la restante quota del 50% a carico del malato/utente;

→ La **compartecipazione dell'utente** ai costi per l'erogazione di servizi di lungo assistenza in favore di anziani non autosufficienti in strutture residenziali **diventa**, pertanto, **la regola** nei casi in cui la componente socio-assistenziale e la componente sanitaria prestata non siano concretamente distinguibili.

IL QUADRO NORMATIVO VIGENTE

DPCM 12.01.2017

- Piena conferma i decreti del 2001 in relazione all'attività socio sanitaria, pur non avendo ad oggi la disciplina di cui al DCPM 12.1.2017 contenuto precettivo, mancando la normativa applicativa che dovrà scaturire da apposita intesa in sede di Conferenza Stato – Regioni;
- **L'art. 30** del DPCM 2017 ha statuito infatti che *«per le persone non autosufficienti, se ricoverate in unità di offerta sociosanitarie, siano da considerare a totale carico del FSR solo i trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale, di durata, di norma, non superiore a 60 giorni. Per quanto riguarda i trattamenti di lungo assistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, essi sono "a carico del SSN per una quota pari al 50% della tariffa giornaliera».*

LE ORIGINI DEL CONTENZIOSO PER IL RECUPERO DELLE RETTE

CORTE DI CASSAZIONE, SENTENZA n. 4558/2012

Con la sentenza n. 4558 del 22 marzo 2012, la Corte di Cassazione ha riconosciuto a carico del SSN i costi delle prestazioni erogate in RSA ad un ospite affetto da morbo di Alzheimer.

In tale caso la S.C. aveva infatti ritenuto che:

*«L'attività prestata in favore di **soggetto gravemente affetto da morbo di Alzheimer** ricoverato in istituto di cura è qualificabile come **attività sanitaria**, quindi di **competenza del Servizio Sanitario Nazionale**, ai sensi dell'art. 30 della legge n. 730 del 1983, non essendo possibile determinare le quote di natura sanitaria e detrarre da quelle di natura assistenziale, **stante la loro stretta correlazione, con netta prevalenza delle prime sulle seconde, in quanto comunque dirette, anche ex art. 1 D.P.C.M. 8 agosto 1985, alla tutela della salute del cittadino; ne consegue la non recuperabilità, mediante azione di rivalsa a carico dei parenti del paziente, delle prestazioni di natura assistenziale erogate dal Comune**».*

CORTE DI CASSAZIONE, SENTENZA n. 4558/2012

Le argomentazioni adottate dalla Corte:

- *«alla luce del principio affermato, in linea generale, dalla legge di riforma sanitaria, che prevede la **erogazione gratuita delle prestazioni a tutti i cittadini**, da parte del servizio sanitario nazionale, **entro i livelli di assistenza uniformi** definiti con il piano sanitario nazionale (L. n. 833 del 1978, artt. 1, 3, 19, 53 e 63), di per sé ostativa a qualsiasi azione di rivalsa»;*
- *«la lettura della norma contenuta nella Legge n. 730 del 1983, articolo 30 deve effettuarsi, per altro in maniera conforme al tenore letterale della disposizione, nel senso di ritenere che **gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali sono a carico del fondo sanitario nazionale**»;*

CORTE DI CASSAZIONE, SENTENZA n. 4558/2012

- *«nel caso in cui oltre alle prestazioni socio assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del Servizio Sanitario Nazionale» anche in virtù di quanto previsto dall'art. 1 del D.P.C.M. 8 agosto 1985 che «definisce 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»;*

CORTE DI CASSAZIONE, SENTENZA n. 4558/2012

- *«Appare quindi evidente che, ove sussista quella **stretta correlazione** (...) fra prestazioni sanitarie e assistenziali, tale da determinare la totale competenza del servizio sanitario nazionale, non vi sia luogo per una determinazione di quote (...) che presuppongono una scindibilità delle prestazioni, non ricorrente in ipotesi, come quella in esame, di **stretta correlazione con netta prevalenza degli aspetti di natura sanitaria**».*

CORTE DI CASSAZIONE, SENTENZA n. 4558/2012

!!! Il caso riguardava una paziente affetta dal morbo di Alzheimer "con gravissimo deterioramento mentale, disorientamento temporale-spaziale ed assenza di qualsiasi autonomia personale" .

!!! Nel giudizio di appello era stata accertata, attraverso l'esame della cartella clinica *«l'esigenza di un monitoraggio quasi giornaliero per l'accertamento delle sue condizioni e per la definizione della terapia, avuto riguardo anche alla perdita della capacità di deglutizione e alla necessità di nutrizione attraverso un sondino naso-gastrico; alla costante necessità di prevenzione delle piaghe da decubito, ad episodi di fibrillazione atriale e alle compromesse condizioni polmonari»*.

CORTE DI CASSAZIONE, SENT. 22776/2016

Nel solco della pronuncia del 2012 si è successivamente inserita la sentenza della **Corte di Cassazione n. 22776/2016** ove si afferma che:

- *«in tema di prestazioni a carico del SSN (...) nel caso in cui oltre alle prestazioni socioassistenziali siano erogate prestazioni sanitarie , tale attività in quanto diretta in via prevalente alla tutela della salute, va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del SSN»;*

CORTE DI CASSAZIONE, SENT. 22776/2016

- *«deve ritenersi che le attività socio assistenziali dirette in via prevalente alla tutela della salute del cittadino siano a totale carico del servizio sanitario e che rimangano escluse le ipotesi, indubbiamente residuali, in cui vengano somministrate prestazioni di natura esclusivamente assistenziale».*

(in questo senso, anche Cons. St. 339/15; Cons. St. 930/13; Cons. St. 3292/12; Trib. Monza 617/17; ecc.).

CONSIDERAZIONI CRITICHE SULLE PRONUNCE DELLA CASSAZIONE N. 4558/12 E N. 22776/16

- 1) Entrambi i casi sono riferiti a **utenti affetti da severe condizioni patologiche ulteriori rispetto al morbo di Alzheimer**. Nel caso giudicato dalla Corte nel 2016, l'utente era anche un soggetto affetto da patologie psichiatriche, il cui costo assistenziale è anche oggi pacificamente a totale carico del SSR.
- 2) I casi giudicati dalla Suprema Corte si riferiscono a periodi di ricovero compresi tra il 1990 e il 2000, quando la normativa di riferimento era diversa da quella attuale (i LEA verranno infatti emanati con DPCM 14.2.2001 e DPCM 29.11.2001): dette decisioni furono dunque **assunte in applicazione di un quadro normativo oggi superato.**

L'ORIENTAMENTO DI SEGNO OPPOSTO NELLA SUCCESSIVA GIURISPRUDENZA DI LEGITTIMITA' E DI MERITO

L'ORIENTAMENTO DI SEGNO OPPOSTO

Anche in ragione dell'intervenuta modifica normativa in materia, ed in particolar modo a fronte dell'introduzione dei **LEA** con i **DPCM del 2001**, la giurisprudenza (sia di legittimità, che di merito, che amministrativa) si è pronunciata anche in senso opposto rispetto alle sentenze del 2012 e 2016, ritenendo di **competenza del SSN la quota sanitaria del ricovero in RSA e di competenza dell'utente (o dell'ente locale) la quota sociale-alberghiera.**

→ Cass. 28321/17; Cons. St. 2046/15; Cass. 19642/14; Trib. Milano 7495/18; Trib. Milano 12386/17; Trib. Milano 5126/17; Trib. Milano 1003/16; Trib. Cremona 337/17; Trib. Padova 2552/16; ecc.

L'ORIENTAMENTO DI SEGNO OPPOSTO

▪ CASS. CIV., ORDINANZA n. 28321/17

La Cassazione chiarisce che, accanto alle “prestazioni sanitarie in senso stretto” – interamente a carico del Servizio sanitario pubblico – vi sono quelle prestazioni – le prestazioni sanitarie di rilevanza sociale – nelle quali la **componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili.**

→ Per queste ultime la spesa pubblica copre la sola parte sanitaria della prestazione stessa.

→ In ragione dell'indistinguibilità delle prestazioni, è prevista *ex lege* la quotazione in modo **forfettaria**, nella percentuale del **50% del costo totale della retta della RSA della componente sanitaria della prestazione.**

L'ORIENTAMENTO DI SEGNO OPPOSTO

▪ CASS. CIV., ORDINANZA n. 28321/17

*«il corrispettivo può essere liberamente concordato tra le parti, poiché una limitazione al generale potere di autonomia negoziale di cui all'art. 1322 c.c. non può essere individuata nella disciplina del Servizio sanitario nazionale laddove assicura ai cittadini livelli essenziali uniformi di assistenza sanitaria, con **spesa interamente a carico della P.A.**, in quanto la stessa **concerne soltanto l'erogazione di prestazioni sanitarie "pure" o "inscindibili" con quelle socio-assistenziali**, che si configura quando l'assistito, sia o meno autosufficiente, debba essere sottoposto ad un programma terapeutico, in mancanza del quale non assume rilevanza che la struttura sia accreditata dal S.S.N., in quanto la prestazione rimane estranea all'ambito dell'assistenza sanitaria obbligatoria, ricadendo nella disciplina generale delle prestazioni sociali di cui alla l. n. 328 del 2000».*

L'ORIENTAMENTO DI SEGNO OPPOSTO

▪ TRIBUNALE DI FORLÌ, SENT. 258/2020

«la compartecipazione dell'utente ai costi per l'erogazione dei servizi di lungo assistenza diventa la regola nei casi in cui la componente socio-assistenziale e la componente sanitaria prestata non siano concretamente distinguibili»;

«il costo a carico del servizio sanitario regionale viene determinato in maniera forfettaria al 50% sulle complessive spese connesse a tali forme di assistenza, rimanendo la restante quota del 50% a carico del malato/utente».

L'ORIENTAMENTO DI SEGNO OPPOSTO

▪ TRIBUNALE DI FORLÌ, SENT. 258/2020

*«Del tutto inconferenti rispetto al caso di specie sono, infatti, i richiami giurisprudenziali compiuti dalla parte, in quanto i principi di diritto formulati dalla Corte di Cassazione prima del 2012 e poi nel 2016 (cfr. Cass. nn. 4558/2012 e 22776/2016), hanno ad oggetto, e dunque sono applicabili ratione temporis, a vicende occorse anteriormente all'anno 2001 sotto la vigenza del precedente d.P.C.M. del 8.08.1985. In ogni caso, si osserva altresì che da tali pronunce si evince che la **gratuità delle prestazioni erogate all'utente non può essere affermata in astratto, richiedendo sempre una valutazione concreta sulla natura delle stesse e sull'effettiva inscindibilità delle prestazioni di natura sanitaria da quelle assistenziali**».*

L'ORIENTAMENTO DI SEGNO OPPOSTO

▪ TRIBUNALE DI MILANO, 2667/2020

*«la gratuità delle prestazioni va affermata per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale previste dall'art. 3 comma 1 del DPCM 14 febbraio 2001 e per quelle socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria previste dall'art. 3 comma 3 del citato decreto, mentre **per le prestazioni di lungo assistenza destinate ad anziani e persone non autosufficienti affette da malattie croniche e degenerative**, in base alla tabella di cui all'art. 4 comma 1 del DPCM 14 febbraio 2011 e di cui all' allegato 1 C del DPCM 29 novembre 2001, è prevista la ripartizione forfettaria del costo complessivo nella misura del 50% a carico del SSN e del 50% a carico del Comune con la compartecipazione dell'utente».*

L'ORIENTAMENTO DI SEGNO OPPOSTO

▪ TRIBUNALE DI MILANO, 2667/2020

*«Inoltre da tale regolamentazione si desume che, in presenza di patologie di rilevante gravità e connotate dalla cronicità della malattia, **non vige il principio della gratuità assoluta di tutte le prestazioni rese** nei confronti di tali pazienti, anche quando a quelle socio assistenziali si aggiungano prestazioni di natura sanitaria, **ma è prevista la compartecipazione dell'interessato nella cd fase di lungo assistenza**, che si caratterizza per una minore intensità della tutela sanitaria rispetto a quella assistenziale e per una durata non preventivabile ed inquadrabile in un arco di tempo definito».*

IL RECENTE ORIENTAMENTO DELLA CORTE DI CASSAZIONE

CORTE DI CASSAZIONE, SENT. 2038/2023

Nella specie la S.C. ha cassato la sentenza impugnata che aveva erroneamente individuato nella "prevalenza" della componente sanitaria, il criterio giuridico per individuare se le prestazioni erogate dalla struttura fossero o meno scindibili in una componente alberghiero-assistenziale, a carico del paziente, e una componente sanitaria, comunque gratuita perché a carico del SSN.

La S.C. ha invece ritenuto che:

*«il criterio è, anche alla luce della evoluzione normativa in materia, **quello della integrazione tra le prestazioni, ovvero della unitaria ed inscindibile coesistenza dei due aspetti della prestazione, che ne produce l'integrale addossamento degli oneri economici sul Servizio Sanitario Nazionale**».*

CORTE DI CASSAZIONE, SENT. 2038/2023

*«Le prestazioni socio-assistenziali di rilievo sanitario sono incluse in quelle a carico del S.S.N. laddove risulti, in base ad una **valutazione in concreto**, che per il singolo paziente - in relazione alla patologia dalla quale è affetto, allo stato di evoluzione al momento del ricovero e alla prevedibile evoluzione successiva della suddetta malattia - **siano necessarie, per assicurargli la tutela del suo diritto soggettivo alla salute e alle cure, prestazioni di natura sanitaria che non possono essere eseguite se non congiuntamente alla attività di natura socio-assistenziale, la quale è pertanto avvinta alle prime da un nesso di strumentalità necessaria, a nulla rilevando la prevalenza o meno delle prestazioni di natura sanitaria rispetto a quelle assistenziali**».*

CORTE DI CASSAZIONE, ORD. 13714/2023

«Quanto alla interpretazione della nozione di "prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria", ferma restando la tendenziale autonomia delle prestazioni socio-assistenziali, nel caso in cui le prestazioni di natura sanitaria non possano essere eseguite se non congiuntamente alla attività di natura socioassistenziale, tal chè non sia possibile discernere il rispettivo onere economico, prevale in ogni caso la natura sanitaria del servizio, in quanto le altre prestazioni - di natura diversa - debbono ritenersi avvinte alle prime da un nesso di strumentalità necessaria essendo dirette a consentire la cura della salute dell'assistito, e dunque la complessiva prestazione deve essere erogata a titolo gratuito»;

«In definitiva, nella individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato (e, dunque, non connotato da occasionalità) va ravvisato il discrimen per ritenere la prestazione socio-assistenziale inscindibilmente connessa a quella sanitaria e, quindi, soggetta al regime di gratuità propria di quest'ultima».

CORTE DI CASSAZIONE, ORD. 4752/2024

«Le prestazioni socioassistenziali di rilievo sanitario vanno ricondotte a quelle a carico del SSN quando risulti, in base ad una valutazione operata in concreto, che tenga conto - come qui del resto ha fatto il decidente - della patologia in atto, del suo stadio al momento del ricovero e della sua prevedibile evoluzione futura, che esse siano necessarie per assicurare all'interessato la doverosa tutela del diritto alla salute, in uno con la tutela della sua dignità personale».

CORTE DI CASSAZIONE, ORD. 4752/2024

«Si tratta in tali casi di prestazioni di natura sanitaria che non possono essere eseguite se non congiuntamente alle attività di natura socio-assistenziale, la quale e pertanto avvinta alle prime da un nesso di strumentalità necessaria, che rende inconferente la prevalenza o meno delle prestazioni di natura sanitaria rispetto a quelle assistenziali. Non rileva, quindi, la prevalenza delle prestazioni sanitarie o di quelle socio-assistenziali, essendo anche queste a carico del SSN, poiché strumentali a quelle sanitarie; dunque nessun contributo può essere posto a carico del paziente, in via contrattuale, per siffatte prestazioni che restano tutte a carico del SSN».

RECENTI PRONUNCE NEL MERITO DI SEGNO OPPOSTO

- TRIBUNALE DI CREMONA, SENT. 10.05.2023, n. 260;
- TRIBUNALE DI COMO, SENT. 07.11.2023, n. 1240;
- TRIBUNALE DI MILANO, SENT. 11.09.2024, 27964.

TRIBUNALE DI MILANO, SENT. 11.09.2024, 27964

!!! Il caso riguardava una paziente non affetta da morbo di Alzheimer bensì da deficit cognitivo moderato, diabete mellito, uveite sx, e si presentava autonoma in una serie di attività della vita quotidiana.

!!! La sentenza fornisce una corretta e ampia ricostruzione della normativa succedutasi nel tempo ed una precisa qualificazione del caso concreto.

!!! Pur prendendo atto delle recenti pronunce della Corte di Cassazione (ordinanza n.2038/23 e la n.21162/2024) ha ribadito l'imprescindibilità di un puntuale esame del caso concreto ed escluso ogni automatismo tra la diagnosi di Alzheimer e l'attribuzione di costi al SSN.

TRIBUNALE DI MILANO, SENT. 11.09.2024, 27964

Il Tribunale di Milano afferma infatti che:

- *«per le prestazioni di lungo assistenza destinate ad anziani e persone non autosufficienti affette da malattie croniche e degenerative (...) è prevista la ripartizione forfettaria del costo complessivo nella misura del 50% a carico del SSN e del 50% a carico del Comune con la compartecipazione dell'utente».*
- *«in presenza di patologie di rilevante gravità e connotate dalla cronicità della malattia, non vige il principio della gratuità assoluta di tutte le prestazioni rese nei confronti di tali pazienti, anche quando a quelle socio assistenziali si aggiungano prestazioni di natura sanitaria, ma è prevista la compartecipazione dell'interessato nella cd fase di lungo assistenza».*

TRIBUNALE DI MILANO, SENT. 11.09.2024, 27964:

Nel caso di specie, il Tribunale ha **escluso**:

- la sussistenza di un grave quadro patologico;
- il requisito dell'inscindibilità delle prestazioni socio-assistenziali e sanitarie fornite dalla RSA alla paziente.