

## **Assistenza obbligatoria per piccolo affetto da tetraparesi**

*(Tribunale di Roma, Sezione Lavoro, ordinanza 2003)*

In caso di impossibilità della struttura pubblica ad assicurare l'assistenza necessaria ad un bambino affetto da tetraparesi, la ASL dovrà provvedere all'erogazione di prestazioni specialistiche ovvero al pagamento delle terapie domiciliari eseguite privatamente. Lo ha stabilito una ordinanza del Tribunale di Roma accogliendo in via di urgenza il ricorso dei genitori di un bambino affetto da una grave patologia neuromotoria. I genitori del bambino, infatti, si erano visti all'improvviso negare l'assistenza da parte della ASL a causa della carenza di personale specializzato; allora, non essendo stato possibile curare il bambino, incapace di qualsiasi movimento, nell'unica struttura privata specialistica convenzionata operante nella regione per mancanza di posti disponibili, erano stati costretti a rivolgersi ad uno specialista non convenzionato sopportandone i relativi costi. Per tali motivi i genitori si erano rivolti al Tribunale di Roma chiedendo di ordinare in via di urgenza alla Regione Lazio, al Ministero della Sanità e alla ASL competente, di provvedere all'assistenza necessaria al loro bambino, ovvero al pagamento delle necessarie terapie, invocando l'art. 32 della Costituzione che sancisce il diritto del cittadino alla salute. Il Tribunale, dopo avere accertato che la struttura pubblica non era in grado di assicurare l'assistenza necessaria, ha ordinato all'azienda ASL di provvedere all'erogazione, in favore del bambino, di cinque sedute domiciliari settimanali di riabilitazione neuromotoria da effettuarsi in orari compatibili con gli impegni scolastici dell'assistito, o con personale specializzato in riabilitazione neuromotoria dell'età evolutiva o, in mancanza, tramite il pagamento in forma diretta delle terapie domiciliari in questione al terapeuta prescelto dalla famiglia in sostituzione del numero di sedute settimanali non garantite. (6 giugno 2003)

### **Ordinanza del Tribunale di Roma 21.3.2003**

#### **II TRIBUNALE DI ROMA**

**SEZIONE IV LAVORO, I° grado** nel procedimento cautelare n° 251181/2003

**intentato da**

V. B. R. T., in proprio e nella qualità di genitori del minore B.M., rappresentati e difesi dall'Avv. Domenico d'Amati che li rappresenta e difende per mandato in calce al ricorso, elettivamente domiciliati presso il di lui studio sito in Roma, Viale Angelico n. 35;

**nei confronti di**

AZIENDA A.S.L. ROMA F, in persona del Direttore Generale, con sede in Civitavecchia V. F. Filzi n. 1;

REGIONE LAZIO, in persona del Presidente, con sede in Roma, Via della Pisana n. 1301;

e

MINISTERO DELLA SANITA', in persona del Ministro pro tempore, rappresentato e difeso ope legis dall'Avvocatura Generale dello Stato e presso la medesima domiciliato, in Roma, Via dei Portoghesi n.12;

ha emesso la seguente

#### **ORDINANZA**

Ritiene l'Ufficio di dover in primis esaminare le eccezioni di difetto di giurisdizione e di difetto di legittimazione passiva sollevate in comparsa di costituzione dal Ministero costituitosi.

L'eccezione relativa al difetto di giurisdizione del giudice adito dev'essere senz'altro rigettata.

Ogni dubbio è infatti fugato dal chiaro tenore letterale dell'art. 7 legge 21 luglio 2000, n. 205 recante disposizioni in materia di giustizia amministrativa, la quale dispone che all'art. 33 lettera e del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 80, sono apportate le seguenti modificazioni: "sono

devolute alla giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo tutte le controversie ..... riguardanti le attività e le prestazioni di ogni genere, anche di natura patrimoniale, rese nell'espletamento di pubblici servizi, ivi comprese quelle rese nell'ambito del servizio sanitario nazionale e della pubblica istruzione, con esclusione dei rapporti individuali di utenza con soggetti privati".

E' quindi evidente che ai sensi degli artt. 33 D.L.vo 31 marzo 1998 n. 80 e 7 comma 1 Legge 21 luglio 2000 n. 205, rientra nella giurisdizione del giudice ordinario la controversia insorta nel rapporto che si instaura tra il singolo assistito e il Servizio sanitario nazionale a fronte del diniego opposto da quest'ultimo alla richiesta di una determinata prestazione o erogazione di servizi. (vedi in tal senso anche TAR Lombardia sent. n. 863/2000).

Riguardo alla seconda eccezione formulata, ritiene il Tribunale la legittimazione passiva dell'Azienda Sanitaria convenuta.

A seguito dell'entrata in vigore della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, le prestazioni di assistenza sanitaria, curativa e riabilitativa sono infatti state poste a carico del Servizio Sanitario medesimo che le eroga attraverso le strutture territoriali costituite dalle Aziende Unità Sanitarie Locali subentrate alle U.S.L. mentre al Ministero della Sanità competono esclusivamente funzioni di indirizzo e coordinamento a livello nazionale (Cass. n. 5896/97).

Passando quindi all'esame della controversia nel merito, ricorda l'Ufficio che ai fini dell'invocata tutela, ex art. 700 c.p.c. [1], del diritto vantato dai ricorrenti occorre verificare la contemporanea sussistenza dei presupposti del *fumus boni iuris* e del *periculum in mora*.

Riguardo al primo requisito si osserva che risulta non solo incontestato dalle resistenti ma addirittura certificato dalla Dott. P., medico neuropsichiatria infantile appartenente alla stessa Azienda USL RM F convenuta, la necessità di B. M. di godere di "riabilitazione neuromotoria domiciliare con frequenza di 5 sedute settimanali per 12 mesi" (vedi prescrizione del settembre 2002 in atti).

Accertato altresì, per come riferito dal Dott. A., delegato dalla medesima Azienda USL ai sensi dell'art. 42 D.Lgl. 80/98 e dell'art. 417 c.p.c. per procura in atti e responsabile dell'Unità Operativa Protetica e Riabilitativa della medesima F4 che: all'interno dell' Azienda non vi sono terapisti con la specializzazione necessaria per seguire il caso di M.; nell'ambito del territorio della medesima c'è una struttura convenzionata di nome AIRRI presso la quale opera personale specializzato in neuropsicomotricità dell'età evolutiva in grado di effettuare le terapie necessarie al ricorrente; tale struttura convenzionata è l'unica che opera trattamenti domiciliari nell'ambito territoriale in questione; considerate le liste di attesa, la struttura non è in grado di far fronte a tutte le terapie richieste e, nel caso di Marco, ha fornito da ultimo esclusivamente due trattamenti domiciliari a settimana; la terapeuta R. C. dell'AIRRI che per ultima ha seguito M., pur avendo indirizzo neuromotorio, non possedeva alcuna specializzazione nel trattamento dell'età evolutiva a differenza di precedente terapeuta della stessa struttura.

Siamo quindi in presenza di una riconosciuta necessità terapeutica a cui il servizio sanitario nazionale non è stato in grado di far fronte con proprie strutture né, da ultimo, con strutture convenzionate, in violazione del D. L.vo 229/99 che, all'art. 3, statuisce che le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria a favore degli handicappati sono "assicurate" dal servizio sanitario nazionale.

Occorre poi ricordare, più in generale, che la posizione di diritto alla salute dell'assistito, riconducibile all'art. 32 Cost., ha natura di diritto soggettivo perfetto, difettando in tali casi un potere della pubblica amministrazione, espressione di discrezionalità amministrativa, il cui esercizio sia suscettibile di determinarne l'affievolimento (Cass. SS.UU. n. 10963/2001).

Il costante orientamento della Suprema Corte ha ritenuto consentito, in caso di terapie indispensabili ed insostituibili per il trattamento di gravi condizioni, l'imposizione dell'erogazione a carico del servizio sanitario nazionale (Cass. nn. 8661/96, 3870/94).

La natura del diritto oggetto di tutela, la fase di crescita e quindi di naturale apprendimento in cui si trova M., la sproporzione tra gli esborsi richiesti dal pagamento delle terapie necessarie (vedi preventivi di spesa in atti) e le condizioni economiche del gruppo familiare (per come testimoniate

dalle buste paga e dalle ricevute di versamento di canone d'affitto), l'incontestato venir meno di sovvenzioni alla famiglia da parte dell' Associazione ANABI, evidenziano altresì la sussistenza nel caso di specie del requisito del periculum.

Si ritiene quindi, in via provvisoria e di urgenza, di condannare l'Azienda USL RM F a provvedere all'erogazione, in favore di B. M., di cinque sedute domiciliari settimanali di riabilitazione neuromotoria, con personale specializzato altresì nel trattamento dell'età evolutiva, in orari compatibili con gli impegni scolastici dell'assistito.

In caso di insufficienza di personale idoneo (dipendente o appartenente a struttura convenzionata), l'Azienda viene condannata al pagamento delle terapie domiciliari in questione in forma diretta al terapeuta con le specializzazioni suddette che, prescelto dalla famiglia, supplisca al numero di sedute settimanali non garantite.

Atteso il tariffario delle attività riabilitative prodotto in atti dalla Azienda Sanitaria e delle spiegazioni rese in sede di verbale d'udienza dal Dott. A. in ordine alle condizioni del ricorrente, il limite massimo di spesa a carico dell' Azienda resistente per ogni seduta domiciliare viene, in via provvisoria e d'urgenza, fissato in €56,81, considerato quale parametro il costo giornaliero che il Servizio Sanitario Nazionale sopporterebbe in caso di attività riabilitativa - non residenziale - individuale -estensiva - elevata prestata da struttura convenzionata.

Le spese vengono compensate tra Ministero della Sanità e ricorrenti.

Spese al definitivo tra Azienda Sanitaria e ricorrenti.

#### **P.Q.M.**

in accoglimento del ricorso ex art. 700 c.p.c., condanna l'Azienda USL RM F a provvedere all'erogazione, in favore di B. M., di 5 sedute domiciliari settimanali di riabilitazione neuromotoria da effettuarsi, in orari compatibili con gli impegni scolastici dell' assistito, o con personale specializzato in riabilitazione neuromotoria, dell'età evolutiva o, in mancanza, tramite il pagamento in forma diretta, nella misura massima di €56,81 per seduta, delle terapie domiciliari in questione al terapeuta con le specializzazioni suddette che, prescelto dalla famiglia, supplisca al numero di sedute settimanali non garantite;

concede termine non superiore a 30 gg. per l'instaurazione del giudizio di merito; spese compensate tra Ministero della Sanità e ricorrenti; spese al definitivo tra Azienda USL RM F e ricorrenti. Si comunichi alle parti costituite.

Roma, 20 marzo 2003 Il Giudice

Dott.ssa Donatella Casari

Depositato in Cancelleria 21 marzo 2003.