

ON.LE TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE DELLA LOMBARDIA - MILANO

RICORSO

- dell'ASVAP 5 - ASSOCIAZIONE VOLONTARI AIUTO AMMALATI PSICHICI 5, in persona del suo Presidente Andrea Antonio Lanfranchi, con sede in Suello (LC)
- di MEDICINA DEMOCRATICA Movimento di Lotta per la Salute Onlus, in persona del suo Presidente dott. Francesco Antonio D'Angelo, con sede in Milano;

entrambe rappresentate e difese, come da procure speciali in calce al presente atto, dagli avvocati Alessandra Mari del Foro di Roma e Alberto Guariso del Foro di Milano, e presso lo studio del secondo in Milano, Viale Regina Margherita n.30 elettivamente domiciliate

CONTRO

la REGIONE LOMBARDIA, in persona del suo Presidente pro-tempore, con sede in Milano, Via Fabio Filzi n.22

PER L'ANNULLAMENTO

- a) della deliberazione della Giunta Regionale della Lombardia n.8/4221 del 28.2.2007, pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia n.11 del 12.3.2007, avente per oggetto "*Riordino della residenzialità psichiatrica in attuazione della D.G.R. 17.5.2004 n.7/17513 <<Piano Regionale triennale per la salute mentale>>*";
- b) di tutti gli atti connessi precedenti e conseguenti, ivi compresa la D.G.R. 17.5.2004 n.7/17513 "*Piano Regionale triennale per la salute mentale*" cui si riferisce la deliberazione n.8/4221.

PREMESSO

La prima ricorrente, Asvap 5 - Associazione Volontari Aiuto Ammalati Psicici 5, è associazione di volontariato senza fini di lucro costituita il 2.3.1994 e poi con atto a rogito del notaio Fabroni di Lecco n.39930 rep. registrato l'1.8.1995, ed è iscritta al Registro Generale Regionale del Volontariato al Foglio 406 progressivo n.1621, Sezione A), Sociale.

In conformità al suo statuto, modificato con atto a rogito notaio Camilla Pelizzatti di Appiano Gentile del 24.5.1997, l'associazione ha lo scopo (art.3) di "*tutelare i portatori di disagio psichico al fine di evitare e/o superare le situazioni di emarginazione; migliorare e/o creare, in collaborazione con gli operatori del servizio psichiatrico, strutture idonee alla cura e alla riabilitazione; promuovere e/o partecipare alla ricerca ed alla sperimentazione di metodi volti a prevenire,*

curare, riabilitare i pazienti onde promuovere il loro inserimento in strutture occupazionali; sollecitare una attuazione corretta e concreta di quanto è o verrà stabilito dalle leggi dello Stato italiano in merito al problema del disagio psichico; attivare nel territorio tutte le risorse istituzionali e non, propositive ad una nuova cultura del disagio psichico”.

La seconda ricorrente, Medicina Democratica Movimento di Lotta per la Salute Onlus, è nata nel 2003 per affiancare la preesistente Medicina Democratica Movimento di Lotta per la Salute soc. coop. a r.l. ¹.

Medicina Democratica Movimento di Lotta per la Salute Onlus è senza fini di lucro, e, come recita l'art.3 del suo Statuto, persegue gli scopi de "*la promozione e la tutela della salute in ogni ambito di lavoro, sociale e di vita, nonché la promozione e la tutela dei beni culturali e ambientali, del paesaggio, della natura, dell'ambiente salubre e della cultura nella sua più estesa accezione; l'Associazione tutela questi diritti costituzionalmente garantiti a ogni cittadina e a ogni cittadino, con particolare riferimento alle lavoratrici e ai lavoratori, ai pensionati/e, ai disoccupati/e e alle persone che, loro malgrado, sono escluse, emarginate e discriminate, opponendosi ogni qualvolta questi diritti siano lesi e, in primis, il diritto alla salute (ex art. 32 Costituzione) e il diritto all'ambiente (ex art. 9 Costituzione), con azioni concrete attraverso la promozione di iniziative sociali, culturali, politiche nonché con il ricorso all'Autorità Giudiziaria ogni volta che tali diritti siano violati*", nonché lo scopo de "*la promozione e l'affermazione della ricerca scientifica e della medicina pubbliche mediante un'azione efficace di partecipazione dei soggetti sociali (lavoratrici, lavoratori, pensionati/e, disoccupati/e, persone, loro malgrado, emarginate, escluse, operatori sanitari e sociali, cittadine/i) alle scelte sociali, culturali, scientifiche e sanitarie che direttamente o indirettamente li riguardano*".

Tra le principali e prioritarie attività di Medicina Democratica rientrano la lotta contro manovre

1) Per quanto possa occorrere si precisa che la suddetta Cooperativa, fondata da movimenti popolari e di fabbrica, nonché da ricercatori tra cui spiccava soprattutto la figura del professor Giulio Maccacaro, direttore dell'Istituto di Biometria e Statistica Medica della Facoltà di Medicina dell'Università degli Studi di Milano, si è contraddistinta per un'ampia attività di presentazione di istanze alle Istituzioni, in particolare quelle sanitarie e della prevenzione, nonché di azioni legali. Tra i tanti esempi, basti dire che la denuncia formalizzata dalla Cooperativa Medicina Democratica nel 1996 alla Procura della Repubblica di Venezia ha portato all'apertura del processo contro le aziende ENICHEM e Montedison per strage e disastro colposi. Medicina Democratica è stata, in quel processo, riconosciuta parte civile. Molte sono state e sono, poi, le iniziative nel campo della Cooperativa, sia tramite la convocazione di convegni e seminari, nazionali ed internazionali, sia tramite la pubblicazione di articoli e libri con la sua rivista, esistente dal 1979, e i suoi supplementi.

governative che riducano la possibilità di difesa della salute dei cittadini e possano costituire un attentato ai principi della universalità e democraticità del servizio sanitario pubblico.

Non vi è quindi dubbio circa la legittimazione di entrambe le ricorrenti ad impugnare provvedimenti amministrativi che, come quelli impugnati con il presente ricorso per i motivi che verranno di seguito dedotti, abbiano effetti pregiudizievoli per i diritti e gli interessi che esse statutariamente tutelano e che, in particolare, siano suscettibili di determinare una riduzione dell'ambito della sanità e, conseguentemente, una riduzione di tutela del diritto alla salute dei malati psichiatrici. Tutti interessi, questi, che le ricorrenti, come si è visto, hanno per fine statutario di tutelare.

Finora, la c.d. residenzialità psichiatrica, nella Regione Lombardia, era strutturata in modo sostanzialmente conforme ai principi generali stabiliti dalla leggi nazionali in materia.

Di recente, invece, la materia è stata riformata con l'atto programmatico di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n.7/17513 del 17.5.2004, recante il "*Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale in attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004*", e con la deliberazione di attuazione di detto atto programmatico, vale a dire la delibera della stessa Giunta Regionale n.8/4221 del 28.2.2007.

In particolare, con l'atto programmatico di cui alla D.G.R. n.7/17513 del 17.5.2004, per quanto specificatamente riguarda la residenzialità psichiatrica, sono state date, tra le altre, le seguenti direttive di riordino: "*Per i nuovi accoglimenti in SR saranno considerati i seguenti criteri di ammissione: criteri relativi alla diagnosi e criteri relativi all'età. I criteri di ammissione relativi alla diagnosi sono applicabili a tutte le tipologie di SR, quelli relativi all'età sono correlati alle tipologie delle SR criteri relativi alla diagnosi: Sono considerate diagnosi elettive: Schizofrenia e sindromi correlate, Sindromi affettive gravi (Sindrome depressiva ricorrente grave, Sindrome affettiva bipolare), Disturbi della personalità. Sono considerate diagnosi di esclusione: Demenza primaria, Grave ritardo mentale; i limiti di età sono connessi all'opportunità che risorse riabilitative, specialmente quelle intensive, siano utilizzate verso un'utenza con potenzialità di miglioramento clinico e di integrazione sociale elevati e prevedibilmente verso soggetti con un decorso non troppo prolungato di trattamento. Pertanto, per le SR di area riabilitativa (CRA) si stabilisce un limite di età di 50 anni. Per le SR di area assistenziale (CPA, CPM), si introduce il limite di età di*

65 anni, oltre il quale, generalmente, i problemi di disabilità e i bisogni di supporto assistenziale per i malati di mente tendono ad omologarsi a quelli della popolazione anziana [...] L'area riabilitativa comprende i programmi residenziali di carattere specificamente riabilitativo. In ambito residenziale essi rientrano tra i progetti terapeutico-riabilitativi a termine e sono quindi di esclusiva competenza sanitaria. Tali programmi devono essere funzionali al piano di trattamento individuale complessivo [...]. I programmi residenziali di area riabilitativa hanno un'articolazione triennale, prevedono una durata massima di degenza di 18/24 mesi e non sono rinnovabili prima della scadenza di 5 anni [...].

Area Assistenziale - L'area assistenziale comprende i programmi residenziali che non necessitano di interventi riabilitativi erogati in modo intensivo e specifico e che invece richiedono gradi diversi di misure assistenziali, secondo progetti valutati individualmente. La competenza sanitaria è prevalente ma non esclusiva. La durata dei periodi di degenza viene stabilita caso per caso sulla base dei bisogni, anche di natura assistenziale.

Area Sociale - L'area sociale comprende i programmi individuali di trattamento che non hanno il loro fulcro nella struttura residenziale, ma che per essere attuati necessitano dell'appoggio di una soluzione abitativa adeguata per il soggetto assistito. Tali proposte abitative possono essere di tipologia molto variabile (es: casa alloggio CA, casa famiglia CF, appartamenti autonomi AA) e sono reperite preferibilmente nell'ambito della rete territoriale. Si tratta di strutture con caratteristiche sociali o socio-assistenziali e non sanitarie, svincolate dall'accreditamento. La durata dei programmi di area sociale è la più ampia: dalla breve temporaneità a quella della vita. I programmi dell'area sociale sono indicati per pazienti clinicamente stabilizzati ma in situazioni sociali precarie sotto l'aspetto relazionale, familiare e ambientale, che non si adattano ad un domicilio proprio e per i quali una residenza comunitaria offre un essenziale supporto al vivere. Tali programmi rispondono a un'ampia gamma di bisogni che si situano attorno a due tipologie: i) persone, di età adulta o anziana, con buona autonomia residua, non necessitanti di effettuare programmi riabilitativi intensivi ma solo estensivi o di mantenimento, per periodi lunghi anche per tutto l'arco della vita; ii) persone, di età giovane o adulta, autonome e in grado di svolgere i compiti della vita quotidiana, ma bisognose di recuperare le capacità sociali e possibilmente lavorative, idonee a programmi riabilitativi anche intensivi, per periodi medio-brevi. Lo sviluppo di tali programmi è centrale per il futuro del sistema della residenzialità psichiatrica nel suo

complesso".

Inoltre, con la delibera n.8/4221 del 28.2.2007, in attuazione del predetto atto programmatico, la stessa Giunta Regionale ha disposto quanto segue:

1) di stabilire che:

- la residenzialità psichiatrica deve essere organizzata secondo le tipologie previste nell'Allegato A alla medesima delibera;
- per ognuna delle tipologie di struttura residenziale così ridefinite vengono identificati specifici programmi caratterizzati da una durata massima (3 mesi per i programmi post acuzie in CRA, 18 mesi per i programmi riabilitativi in CRA, 24 mesi per i programmi riabilitativi in CRM, 36 mesi per i programmi dell'area assistenziale erogati in CPA e in CPM, nessun limite per i programmi di residenzialità leggera;
- i succitati programmi devono essere coerenti con l'articolazione proposta nell'Allegato A alla medesima delibera;

2) di precisare che la ridefinizione degli assetti organizzativi dell'area della residenzialità psichiatrica non comporta una modifica dei requisiti minimi specifici per l'accreditamento delle strutture previsti dalla D.G.R. n.VI/38133/98 e precisati dal D.D.G. Sanità n.19791/2000;

3) di stabilire che le nuove tipologie di strutture psichiatriche devono essere in possesso degli stessi requisiti minimi specifici autorizzativi e di accreditamento già previsti dal D.P.R. 10.1.1997 e dalla D.G.R. n.VI/38133/98 e precisati dal D.D.G. Sanità n.19791/2000, secondo quanto indicato nell'Allegato B alla medesima delibera, in cui vengono indicate anche le modalità di assolvimento dei requisiti stessi;

4) di precisare che i requisiti devono essere intesi come requisiti minimi il cui possesso deve essere garantito indipendentemente dal numero di posti letto (comunque non superiore a 20) attivati nelle strutture, ad eccezione dei requisiti che prevedono esplicitamente una modularità;

5) di definire, nell'Allegato C alla medesima delibera, i requisiti minimi specifici autorizzativi della struttura residenziale sperimentale Comunità Riabilitativa a Media Assistenza (CRM);

6) di stabilire che le strutture psichiatriche residenziali attualmente autorizzate e accreditate devono essere riclassificate secondo le nuove tipologie di strutture e che le attuali Comunità Protette a bassa protezione sono da intendersi a esaurimento;

- 7) di prevedere la possibilità che gli erogatori propongano di riclassificare le strutture a un livello assistenziale pari o inferiore rispetto a quello per il quale le strutture erano state in precedenza accreditate, così da favorire la maggiore differenziazione del sistema di offerta;
- 8) di prevedere che gli erogatori possano proporre la riclassificazione, garantendo i relativi requisiti previsti, degli attuali CRT, Comunità Protette ad Alta Protezione e Comunità Protette a Media Protezione in Comunità Riabilitativa a Media Assistenza (CRM) a livello sperimentale e a seguito di specifica autorizzazione della ASL competente, previo parere dell'Organismo di Coordinamento e garantendo la valutazione degli esiti della sperimentazione;
- 9) di precisare che le istanze di riclassificazione avanzate dagli attuali erogatori devono avvenire in coerenza con le indicazioni sopra riportate e previste dal Piano Regionale per la Salute Mentale;
- 10) di stabilire che l'iter per la riclassificazione delle strutture residenziali è così strutturato:
 - entro 60 giorni dalla data di pubblicazione sul BURL della delibera, le strutture presentano alla Direzione Generale Sanità e in copia alla ASL competente istanza di riclassificazione con contestuale dichiarazione del possesso dei requisiti previsti per la struttura nella quale intendono riclassificarsi;
 - entro 120 giorni dalla data di pubblicazione sul BURL della delibera, la ASL, acquisito il parere dell'Organismo di Coordinamento, valuta la congruità delle istanze di riclassificazione delle strutture, ubicate sul proprio territorio, dal punto di vista dell'adeguatezza alle esigenze clinico-epidemiologiche del territorio di competenza; la ASL comunica alla Regione la proposta di riclassificazione delle strutture interessate, già condivisa dalle strutture stesse;
 - la Direzione Generale Sanità, tramite decreto del Direttore Generale, provvederà a riclassificare le strutture;
 - entro 90 giorni dal decreto di riclassificazione la ASL verifica l'effettivo possesso dei requisiti dichiarati da parte delle strutture di propria competenza;
- 11) di mantenere, fermo restando il vincolo della riclassificazione per le relative strutture, la specificità per quanto riguarda la gestione della casistica, dei progetti per la psico-organicità e psicogeriatría approvati con D.G.R. n.VI/48044 del 4.2.2000 "Approvazione del progetto

sperimentale per la residenzialità psichiatrica negli Istituti Fatebenefratelli dell'Ordine Ospedaliero San Giovanni di Dio in attuazione della D.G.R. n.41785 del 5.3.1999" e la D.G.R. n.VIII/2766 del 21.6.2006 "Approvazione del progetto di riconversione dell'Istituto Psichiatrico Ente Morale AS-Fra di Vedano al Lambro ai sensi della D.G.R. 4058 del 30.3.2001";

12)di precisare che, per quanto riguarda la <<residenzialità leggera>> le strutture utilizzate per la realizzazione dei relativi programmi debbano essere conformi a quanto previsto dalla D.G.R. n.V/45266 del 25.7.1989 "Aggiornamento titolo III Regolamento locale di igiene tipo" e che l'erogazione dei programmi può nell'attualità avvenire solo a opera di Aziende Sanitarie/Enti gestori di strutture già accreditate e a contratto per le attività di psichiatria, rimandando a futuro provvedimento la definizione dei requisiti necessari per l'accreditamento di nuovi erogatori;

13)di precisare che, a seguito del riordino, tutte le strutture che svolgono attività di residenzialità psichiatrica accreditata e a contratto dovranno concordare con la ASL nel cui ambito territoriale sono collocate la modifica del contratto in essere secondo l'assetto riclassificato;

14)di stabilire che le attività di residenzialità vengano così remunerate, fino a successivo provvedimento che dovrà essere adottato dalla Giunta Regionale:

- le attività svolte nelle strutture residenziali psichiatriche attualmente accreditate e a contratto sono remunerate secondo le tariffe definite con la D.G.R. n.VI/37597 del 24.7.1998 e in particolare: per le strutture riqualificate come CRA e come CPA restano in vigore le tariffe relative agli attuali CRT e CP ad Elevata Assistenza e per le strutture riqualificate come CPM restano in vigore le tariffe relative alle attuali CP a Media Assistenza;
- le prestazioni sanitarie effettuate per le attività di "residenzialità leggera" vengono remunerate, in via transitoria e fino a diversa determinazione assunta dalla Giunta Regionale, con la tariffa forfettaria di € 45,00 giornaliera per paziente, coerentemente con quanto indicato nella Circolare 49/San/2005;
- le attività erogate nelle strutture sperimentali denominate Comunità Riabilitative a Media Assistenza (CRM) vengono remunerate, in via transitoria e fino a diversa determinazione assunta dalla Giunta Regionale, con la tariffa forfettaria di € 140,00

giornaliera per paziente, coerentemente con quanto indicato nella Circolare 49/San/2005;

15) di precisare che per ognuna delle tipologie di struttura saranno in vigore, a partire dalla data del decreto di riclassificazione, i tempi massimi di degenza definiti dai relativi programmi indicati nel Piano per la salute mentale, il cui superamento comporterà la riformulazione del programma (prevedendo un livello di intensità, riabilitativa o assistenziale, inferiore) e quindi una modificazione della remunerazione coerentemente con le tariffe stabilite;

16) di confermare il blocco dei contratti per i posti di residenzialità psichiatrica secondo le determinazioni assunte con la D.G.R. n.9491/2000 e di sospendere le procedure di accreditamento di nuove strutture residenziali e semiresidenziali fino alla conclusione del processo di riqualificazione da parte delle ASL della residenzialità psichiatrica e comunque fino al 31.12.2007;

17) di dare mandato alla Direzione Generale Sanità di assumere le ulteriori determinazioni necessarie alla piena attuazione del provvedimento.

Dall'Allegato A alla delibera n.42212007, dedicato alla "*Riqualificazione delle Strutture Residenziali di Psichiatria*", si desume che la residenzialità psichiatrica è ora suddivisa in due aree funzionali denominate: Area Riabilitativa e Area Assistenziale.

E' poi individuata una terza area, denominata Area della Residenzialità Leggera, la quale, tuttavia, è del tutto al di fuori dal Servizio Sanitario pubblico, tanto che le strutture in essa operanti sono del tutto svincolate dal c.d. accreditamento istituzionale e, pertanto, dai requisiti minimi previsti affinché una struttura possa operare nell'ambito del Servizio Sanitario.

Le prime due aree funzionali ricomprendono diverse tipologie di strutture a seconda del programma riabilitativo che sono destinate ad attuare. In particolare:

- nell'Area Riabilitativa rientrano:
 - le Comunità Riabilitativa Alta Assistenza (CRA)
 - le Comunità Riabilitativa Media Assistenza (CRM) (sperimentale)
- nell'Area Assistenziale:
 - le Comunità Protetta Alta Assistenza (CPA)
 - le Comunità Protetta Media Assistenza (CPM)

L'Allegato A prevede poi che in esito alla (nella delibera non meglio precisata e definita) fase dell'Acuzie - rientrante, come è ovvio, nel Servizio Sanitario pubblico - si passi subito alla fase Riabilitativa, nella quale sarebbero individuabili queste fasi, corrispondenti ad altrettanti Programmi Riabilitativi, ciascuno dei quali caratterizzato da precisi limiti temporali di durata:

- fase e programma della post-acuzie, per una durata massima di degenza di 3 mesi;
- fase e programma dell'alta intensità riabilitativa, per una durata massima di degenza di 18 mesi;
- fase e programma della media intensità riabilitativa, per una durata massima di degenza di 36 mesi.

In questo senso, dunque, le strutture di ciascuna area dovranno attuare i seguenti programmi, con previsione di specifici limiti di età per l'accesso dei nuovi pazienti:

Area Riabilitativa:

- Comunità Riabilitativa Alta Assistenza (CRA): programmi di post-acuzie di durata massima 3 mesi non rinnovabili e programmi di alta intensità riabilitativa di durata massima 18 mesi rinnovabili come tali per 6 mesi massimo "*in casi di particolare e documentato impegno, con valutazione congiunta tra erogatore e inviante*" e negoziazione con la ASL tramite l'Organismo di Coordinamento; per quanto riguarda i "*nuovi accoglimenti ovvero l'accoglimento di utenti che non hanno precedenti trattamenti in ambito psichiatrico*", vige, tranne che per i programmi post-acuzie, il limite dei 50 anni di età;
- Comunità Riabilitativa Media Assistenza (CRM): programmi di alta intensità riabilitativa di durata massima 18 mesi rinnovabili come tali per 6 mesi massimo "*in casi di particolare e documentato impegno, con valutazione congiunta tra erogatore e inviante*" e negoziazione con la ASL tramite l'Organismo di Coordinamento; per quanto riguarda i "*nuovi accoglimenti ovvero l'accoglimento di utenti che non hanno precedenti trattamenti in ambito psichiatrico*", vige il limite dei 50 anni di età;

Area Assistenziale:

- Comunità Protetta Alta Assistenza (CPA): programmi di media intensità riabilitativa di durata massima 36 mesi, rinnovabili per ulteriori 36 mesi soltanto in situazioni particolari e documentate, congiuntamente valutate tra erogatore e inviante, e mediante negoziazione con la ASL tramite l'OCSM; per quanto riguarda i "*nuovi accoglimenti ovvero l'accoglimento di utenti*"

che non hanno precedenti trattamenti in ambito psichiatrico", vige il limite dei 65 anni di età;

- Comunità Protetta Media Assistenza (CPM): programmi di media intensità riabilitativa di durata massima 36 mesi non rinnovabili; per quanto riguarda i "*nuovi accoglimenti ovvero l'accoglimento di utenti che non hanno precedenti trattamenti in ambito psichiatrico*", vige il limite dei 65 anni di età,

Le strutture operanti nell'Area della Residenzialità Leggera, quelle, cioè, del tutto svincolate dall'accreditamento istituzionale, e, quindi fuori dal Servizio Sanitario pubblico, sono destinate ad attuare programmi di bassa intensità riabilitativa, di durata non prestabilita. Qui non vigono limiti massimi di età per l'accesso e non vi sono diagnosi di esclusione dall'accesso.

Per quanto riguarda la remunerazione delle suddette strutture, essa, fino a nuovo provvedimento, sarà la seguente:

- Comunità Riabilitativa Alta Assistenza (CRA): tariffe relative agli attuali CRT;
- Comunità Riabilitativa Media Assistenza (CRM) (sperimentali): in via transitoria, tariffa forfettaria di € 140,00 per paziente;
- Comunità Protetta Alta Assistenza (CPA): tariffe relative agli attuali CP ad elevata assistenza;
- Comunità Protetta Media Assistenza (CPM): tariffe relative alle attuali CP a media assistenza;
- Residenzialità Leggera: in via transitoria, tariffa forfettaria di € 45,00 per paziente.

In sostanza, dunque, abbiamo questa situazione:

- in generale, una volta scaduto il limite massimo di durata di ciascun programma, si passa necessariamente al programma di intensità immediatamente inferiore, e ciò anche se il programma di intensità inferiore non è né idoneo né sufficiente per la malattia; così, scaduta la durata massima di un programma di alta intensità riabilitativa, si passa necessariamente ad un programma di media intensità riabilitativa, e, scaduta anche la durata massima di un programma di media intensità riabilitativa, si passa necessariamente ad un programma di bassa intensità riabilitativa, vale a dire si passa all'area c.d. della Residenzialità Leggera e si viene esclusi dal Servizio Sanitario pubblico;
- i malati con più di 50 anni di età sono esclusi del tutto dall'Area Riabilitativa e accedono direttamente all'Area Assistenziale fino alla durata massima dei programmi previsti per questa area, persino se i programmi di media intensità non sono né idonei né sufficienti per la loro

malattia, dovendo poi anch'essi, alla scadenza, passare all'area c.d. della Residenzialità Leggera rimanendo esclusi dal Servizio Sanitario pubblico;

- i malati con più di 65 anni di età sono esclusi anche dall'Area Assistenziale e, quindi, rimangono a priori esclusi dal Servizio Sanitario pubblico, potendo accedere soltanto alla Residenzialità leggera, e ciò anche se il programma di bassa intensità non è né idoneo né sufficiente per la loro malattia;
- rimangono del tutto esclusi sia dall'Area Riabilitativa che da quella Assistenziale, e, quindi, dal Servizio Sanitario pubblico, anche i pazienti affetti da "*demenza primaria*" e "*grave ritardo mentale*", sebbene si tratti di malattie psichiche vere e proprie.

Il riordino della residenzialità psichiatrica così disposto dalla Regione Lombardia è fondato su presupposti assolutamente illogici, privi di qualsiasi supporto scientifico e che non trovano alcun riscontro nella superiore normativa applicabile, vale a dire: limiti di età per l'accesso alle strutture; limiti temporali fissi di durata dei vari programmi di cura e riabilitazione destinati ad essere attuati nelle strutture così riqualificate; limiti nelle patologie di accesso, rimanendo del tutto escluse patologie come la demenza primaria e il grave ritardo mentale.

In conseguenza di tali illegittimi limiti, il riordino della residenzialità psichiatrica comporterà una tutela assolutamente inadeguata della salute mentale e dei pazienti affetti da malattie psichiche, con inammissibili esclusioni dalla tutela sanitaria in contrasto con il fondamentale diritto alla salute garantito dall'art.32 della Costituzione.

I suddetti provvedimenti e gli altri indicati in epigrafe sono allora illegittimi e gravemente lesivi dei diritti e degli interessi che le ricorrenti sono statutariamente volte a tutelare perché e pertanto avverso gli stessi si propone ricorso davanti a codesto on.le Tribunale Amministrativo Regionale per i seguenti

MOTIVI

1) VIOLAZIONE DELL'ART.6 L. 22.5.1971 N.339 (STATUTO REGIONE LOMBARDIA) - INCOMPETENZA - ECCESSO DI POTERE PER DIFETTO DEI PRESUPPOSTI DI FATTO E DI DIRITTO.

A) Il Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale approvato con deliberazione della Giunta Regionale n.7/17513 del 17.5.2004, è atto programmatico che contiene previsioni astratte e

programmatiche, che non si traducono in una immediata incisione della sfera giuridica dei destinatari, e pertanto tale Piano è divenuto lesivo ed impugnabile in sede giurisdizionale solo con l'attuazione che la stessa Giunta ne ha fatto con la delibera n.VIII/4221 del 28.2.2007².

In ogni caso, trattandosi di atto programmatico generale ed astratto, e vertendosi in un caso di giurisdizione esclusiva ex art.33 D.Lgs. n.80/1998 riguardante il fondamentale diritto alla salute ex art.32 della Costituzione, tale Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale è anche disapplicabile da parte del Giudice Amministrativo siccome in contrasto, come si dedurrà meglio nel prosieguo, con superiori norme di legge³.

B) Il Piano Regionale Triennale della Salute Mentale (D.G.R. n.7/17513 del 17.5.2004) è infatti illegittimo perché, in violazione dell'art.6 dello Statuto della Regione Lombardia, è stato adottato ed approvato dalla Giunta Regionale e non dal Consiglio Regionale, cui, in base a detta norma statutaria, spetta l'approvazione degli atti di programmazione come quello di cui si tratta.

Né si potrebbe dire che la competenza della Giunta Regionale potesse derivare - come illegittimamente si afferma nella stessa D.G.R. n.7/17513 del 17.5.2004 - dal Piano Socio Sanitario Regionale 2002-2004 approvato con la Deliberazione del Consiglio Regionale n.462 del 13.3.2002, nella parte in cui dispone che la "*Giunta regionale si impegna a predisporre entro 12 mesi un <<piano regionale sulla salute mentale>> che, tenuto conto sia del Progetto Obiettivo Nazionale <<Tutela salute mentale 1998-2000>> e del Progetto Obiettivo Regionale <<Tutela socio-sanitaria dei malati di mente>> sia della normativa vigente in materia, interverrà con particolare attenzione: nella definizione dei ruoli e delle responsabilità in capo alla pluralità dei soggetti*

2) Cfr., ex multis, Consiglio di Stato, Sez. 4°, 14.2.2005 n.450: "*A prescindere dalla eventualità dell'utilizzo dello strumento della disapplicazione, nei confronti di atti aventi valenza regolamentare, pur non impugnati (nei termini)", vige la "distinzione tra regolamenti c.d. volizioni preliminari, che, caratterizzati da requisiti di generalità e astrattezza, contengono previsioni normative astratte e programmatiche, che non si traducono in una immediata incisione della sfera giuridica del destinatario, a nulla rilevando che ciò possa accadere in futuro, e i regolamenti c.d. volizioni-azioni, che contengono, almeno in parte, previsioni destinate alla immediata applicazione, in quanto capaci di produrre un immediato effetto lesivo della sfera giuridica del destinatario. Soltanto in quest'ultimo caso può valere la regola [...] dell'onere di immediata impugnazione [...]. I regolamenti [...] possono (nel senso che devono) essere oggetto di autonoma e immediata impugnazione solo quando sono suscettibili di produrre, in via diretta e immediata, una concreta e attuale lesione dell'interesse di un determinato soggetto; se invece la lesione deriva dall'atto di applicazione concreta, le disposizioni regolamentari vanno impuginate solo congiuntamente al provvedimento applicativo, che, esso solo, rende attuale e certa la lesione dell'interesse protetto (Consiglio di Stato, IV, 12.10.1999, n.1558; 27.7.1987, n.449). Pertanto, non tanto rileva la decorrenza del termine (dalla pubblicazione o da altro momento), quanto l'effettivo contenuto - nella specie non immediatamente lesivo - dell'impugnato regolamento [...]. D'altronde, a ragionare in senso contrario, si anticiperebbe eccessivamente la soglia della lesività, che sarebbe riscontrata anche nei confronti di atti caratterizzati per astrattezza e generalità, aventi natura solo potenzialmente lesiva, anche in difetto di atti applicativi".*

3) Cfr. ex multis, Consiglio di Stato, Sez. 5°, 20.5.2003 n.2750; Sez. 6°, 10.4.2003 n.1894.

(aziende sanitarie, Enti locali, Privato sociale, volontariato) che operano per la tutela della salute mentale; nella definizione della rete dei servizi con particolare riguardo alla funzione del Dipartimento di salute mentale; nella modalità della presa in carico dei bisogni dell'utente, per garantire la continuità della cura; nella ridefinizione dei criteri e quote di finanziamento delle attività di psichiatria, anche nella prospettiva di forme di pagamento prospettico dei trattamenti integrati per i pazienti gravi e complessi; nell'attivazione di idonei programmi di formazione e aggiornamento degli operatori e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica; nella individuazione di risposte al bisogno di intervento psichiatrico per il soggetto internato in Ospedale Psichiatrico Giudiziario e per i soggetti adulti e minorenni reclusi in Istituti Penitenziari".

Detta disposizione, infatti, commette alla Giunta il solo potere di **predisporre** il piano regionale per la salute mentale, non anche il potere di **approvarlo**, potere che, in base al predetto art.6 dello Statuto della Regione Lombardia, spetta al Consiglio Regionale.

C) Per le medesime ragioni sopra dedotte, è illegittima anche la delibera giuntale di attuazione del Piano Regionale Triennale per la Salute Mentale, e ciò sia in via derivata a causa dell'illegittimità dell'atto presupposto, sia in via autonoma, in virtù del fatto che nella fattispecie non vi è stato in alcun modo l'obbligatorio intervento del Consiglio Regionale richiesto sia dall'art.6 dello Statuto regionale sia, come si è visto, dal Piano Socio Sanitario Regionale approvato dallo stesso Consiglio Regionale.

*** **

2) VIOLAZIONE DEL DIRITTO FONDAMENTALE ALLA SALUTE TUTELATO DALL'ART.32 DELLA COSTITUZIONE - VIOLAZIONE DELLE NORME E DEI PRINCIPI FONDAMENTALI IN MATERIA DI SERVIZIO SANITARIO PUBBLICO GRATUITO E DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA DESUMIBILI DALLE LEGGI N.180/1978, 833/1978 E SUCCESSIVE MODICHE E INTEGRAZIONI, DAL D.P.C.M. 29.11.2001 E DALL'ART.117 DELLA COSTITUZIONE - ECCESSO DI POTERE PER DIFETTO ED ERRATA VALUTAZIONE DEI PRESUPPOSTI DI FATTO E DI DIRITTO - CARENZA DI ISTRUTTORIA - ILLOGICITA' - MANCANZA DI MOTIVAZIONE - INGIUSTIZIA MANIFESTA - SVIAMENTO.

I provvedimenti impugnati sono gravemente illegittimi per violazione aperta del diritto alla salute tutelato dall'art.32 della Costituzione, eccesso di potere sotto molteplici figure sintomatiche e

molteplici violazioni della superiore normativa applicabile alla tutela della salute mentale, e ciò in relazione a tutti gli illegittimi limiti che pongono all'accesso ai trattamenti propri delle aree riabilitativa ed assistenziale in virtù dell'età e della patologia, nonché in relazione alla fissazione di termini massima di durata di tali trattamenti, limiti e termini che, lungi dall'avere un qualsivoglia fondamento scientifico, sono stati posti al solo ed esclusivo illegittimo fine di espellere i malati psichici - che, peraltro, che, proprio per la particolarità della loro malattia, più di altri sono deboli e soggetti (ancora) a pregiudizio - dal Servizio Sanitario pubblico (gratuito) per farli rientrare quanto più possibile nell'assistenza sociale (non gratuita ma a carico dell'utente).

Ma la Corte Costituzionale ha più volte affermato (cfr. sentenze n.175/1982 e 103/1977) che in attuazione del principio del supremo interesse della collettività alla tutela della salute, consacrata come fondamentale diritto dell'individuo dall'art.32 Cost., l'infermo assurge, nella novella concezione dell'assistenza ospedaliera, alla dignità di legittimo utente di un pubblico servizio, cui ha pieno e incondizionato diritto, e che gli viene reso, in adempimento di un inderogabile dovere di solidarietà umana e sociale, da apparati di personale e di attrezzature a ciò strumentalmente preordinati e che in ciò trovano la loro stessa ragione d'essere. Di conseguenza proprio perché il malato ha diritto di essere curato, è evidente, nell'ambito della tutela della salute garantita dall'art.32 Cost., che contrasta con tale fondamentale diritto alla salute costituzionalmente garantito una normativa regionale che è tale da non garantire al malato le cure, la riabilitazione e l'assistenza sanitaria di cui ha effettivamente bisogno e cui ha diritto.

Ha inoltre affermato la Corte Costituzionale ⁴ che seppure la tutela del diritto alla salute non possa non subire i condizionamenti che lo stesso Legislatore incontra nel distribuire le risorse finanziarie delle quali dispone, tuttavia le esigenze della finanza pubblica non possono mai assumere, nel bilanciamento del Legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana, nucleo irriducibile che, come si dedurrà subito di seguito, viene invece compresso dai provvedimenti impugnati.

A) VIOLAZIONE DEL DIRITTO ALLA SALUTE ED ECCESSO DI POTERE.

A.1) In relazione ai limiti di età per l'accesso alle strutture.

4) Cfr., da ultimo, Corte Costituzionale, 16.7.1999 n.309.

I provvedimenti impugnati, nella parte in cui pongono limiti di età per l'accesso alle strutture, sono illegittimi per così gravi vizi di istruttoria e di motivazione e per così gravi difformità da canoni scientifici e medici, da ridondare in eccesso di potere per illogicità e ingiustizia manifesta (oltre che, come si dedurrà nei motivi che seguono, in specifiche violazioni della normativa superiore)

Si consideri infatti che la previsione di limiti di età di 50 e 65 anni non è supportata dalla benché minima istruttoria e dalla benché minima motivazione, e si risolve in automatismi del tutto "scollegati" dal reale stato di salute di ciascun paziente e dai suoi reali bisogni di cura, riabilitazione e assistenza che hanno il solo effetto di violare il diritto alla salute dei malati.

Infatti, i provvedimenti sono basati su un'illogica relazione tra le diverse aree funzionali (riabilitativa, assistenziale e di residenzialità leggera) e l'età delle persone assistite, nel senso che la possibilità di accedere alle unità d'offerta appartenenti alle tre aree funzionali per la persona assistita decresce o, perfino, si annulla, mano mano che si innalza la sua età.

In altri termini, si pone in atto, in relazione all'innalzamento dell'età del malato, una sorta di processo di passaggio automatico dall'area "riabilitativa" a quella "assistenziale", e da quest'area a quella della "residenzialità leggera" del tutto slegato dalle reali esigenze e bisogni della persona con problemi dell'area della salute mentale.

I provvedimenti impugnati si basano infatti su questi presupposti assolutamente erronei, non dimostrati, privi di riscontri scientifici e certamente non generalizzabili:

- i bisogni di riabilitazione del malato sussisterebbero intensivamente solo fino all'età limite di 50 anni;
- passati i 50 anni, il malato avrebbe bisogno soltanto di interventi residenziali protettivi di minore intensità riabilitativa, e ciò (soltanto) fino al nuovo gradino dell'età limite di 65 anni;
- passati i 65 anni il malato avrebbe, in sostanza, soltanto esigenze abitative perché si suppone che sia clinicamente stabilizzato e debba soltanto essere favorito nel completamento del suo percorso riabilitativo: è come se si dicesse che una persona che ha compiuto i 65 anni non può avere per decreto una malattia mentale grave !

Senonché, la correlazione tra l'età della persona malata e l'intensità degli interventi riabilitativi, nelle strutture residenziali (area riabilitativa e area assistenziale) e abitativa (area della

residenzialità leggera), è appunto priva di qualsiasi riscontro scientifico, non generalizzabile e suscettibile di dare luogo sia a vere e proprie esclusioni di utenti dall'assetto dei servizi psichiatrici, sia a gravi inapproprietezze di intervento rispetto alla malattia concreta, e ciò sempre con grave violazione del diritto alla salute.

Per comprendere l'illogicità di ogni limite di età, basti ricordare che già l'art.3 della Legge n.692/1955 ("Estensione dell'assistenza di malattia ai pensionati di invalidità e vecchiaia"), aveva stabilito il principio che l'assistenza sanitaria dovesse essere garantita senza limiti di durata anche nei casi delle malattie specifiche della vecchiaia.

In questo senso, allora, la prima, illogica, esclusione dalla tutela della salute è quella che riguarda tutti i malati con più di 50 anni di età, ai quali è del tutto precluso l'accesso alle strutture che attuano programmi di alta intensità riabilitativa.

Consideriamo appunto il caso in cui l'esordio della malattia (o la presa in carico della persona) avvenga dopo i 50 anni di età.

In questi casi, dopo la fase di acuzie, il paziente, avendo già superato il limite d'età di 50 anni per accedere alle unità d'offerta residenziali proprie dell'area funzionale "riabilitativa", salta del tutto il primo gradino di assistenza, quello ad alta intensità di riabilitazione, per essere ammesso direttamente alle unità d'offerta di minore intensità riabilitativa, prescindendo, in tal modo, in ragione dell'età e solo e soltanto dell'età, da quelle che, invece, sono o possono essere le sue reali esigenze di cura.

La seconda, altrettanto illogica, esclusione dalla tutela della salute è quella che riguarda tutti i malati con più di 65 anni di età, ai quali è del tutto precluso l'accesso non soltanto alle strutture che attuano programmi di alta intensità riabilitativa, ma persino da quelle che attuano programmi di media intensità riabilitativa.

Consideriamo il caso del soggetto con sofferenza psichica, clinicamente non stabilizzata, con un'età superiore a 65 anni, effettivamente bisognosa di interventi con programmi residenziali ad alta o a media intensità riabilitativa.

Questo paziente, in base ai provvedimenti impugnati, non può accedere alla tipologia di strutture residenziali dell'area "riabilitativa", ma neppure alle strutture dell'area "assistenziale", avendo superato il limite d'età per essere ammesso all'una e all'altra tipologia. Sennonché, neppure i

programmi di "residenzialità leggera" - gli unici ai quali è ammesso - gli risultano appropriati, essendo la sua patologia non clinicamente stabilizzata. Pertanto, il malato rimane del tutto escluso dall'assetto dei servizi residenziali psichiatrici.

Non possono pertanto concretare adeguata, idonea e conferente motivazione le apodittiche (invero sconcertanti) affermazioni che si leggono al riguardo nel Piano Regionale della Salute Mentale secondo le quali il limite di età di 50 anni sarebbe connesso "*all'opportunità che risorse riabilitative, specialmente quelle intensive, siano utilizzate verso un'utenza con potenzialità di miglioramento clinico e di integrazione sociale elevati e prevedibilmente verso soggetti con un decorso non troppo prolungato di trattamento*", e quello di 65 anni sarebbe connesso al fatto che oltre detto limite "*generalmente, i problemi di disabilità e i bisogni di supporto assistenziale per i malati di mente tendono ad omologarsi a quelli della popolazione anziana*".

Non vi è infatti chi non veda come trattasi di affermazioni non suscettibili di alcuna generalizzazione, come invece è stato fatto con la delibera di attuazione del Piano, e prive di qualsiasi supporto istruttorio e scientifico, da essere addirittura in contrasto con il senso comune, oltre che, è appena il caso di notarlo, con quell'inderogabile dovere di solidarietà umana e sociale che, come affermato dalla Corte Costituzionale, è alla base dell'art.32 della Costituzione.

A.2) In relazione ai termini di durata massima dei programmi.

Gli stessi vizi di difetto di istruttoria e di motivazione nonché illogicità e violazione del diritto di salute si ravvisano anche nella parte dei provvedimenti impugnati relativa alla prefissione dei termini di durata massima dei programmi di riabilitazione e di assistenza.

Anche qui, infatti, la prefissione di termini di durata non soltanto non è basata su alcun criterio scientifico, ma non è neppure assistita da alcun adeguato supporto istruttorio e motivazionale come invece sarebbe dovuto avvenire.

Anzi, dal punto di vista scientifico è profondamente erroneo stabilire delle fasi standard della malattia, in quanto il soggetto malato deve essere curato in base alle sue condizioni di salute, che sono mutevoli e non aprioristicamente classificabili.

Non vi è chi non veda come la prefissione di limiti massima di durata dei programmi di riabilitazione e di assistenza abbia gli stessi identici effetti, in termini di inadeguatezza della tutela della salute mentale, che si sono sopra dedotti in relazione agli altrettanto illogici limiti di età per

l'accesso alle strutture.

In altri termini, anche qui vi è un totale scollegamento tra esigenze e bisogni reali della persona malata e programmi di riabilitazione ed assistenza ai quali può accedere, scollegamento suscettibile di rendere la tutela della salute mentale del tutto inadeguata.

A.3) In relazione alle diagnosi di esclusione.

Stesse identiche considerazioni a quelle sopra dedotte in termini di illegittimità per carenza di istruttoria e di motivazione nonché illogicità e violazione del diritto alla salute valgono, infine, anche per la parte in cui i provvedimenti impugnati considerano - quali diagnosi di esclusione dai servizi residenziali psichiatrici - le malattie di demenza primaria e grave ritardo mentale (indipendentemente dall'età del paziente).

Anche queste, infatti, sono malattie mentali a tutti gli effetti e non si comprende l'iter logico-giuridico seguito dall'Amministrazione Regionale

Anche l'esclusione di cui si tratta, pertanto, è del tutto illogica e priva di supporto scientifico e motivazionale, con la conseguenza che, anche qui, si ha un'aperta violazione del diritto alla salute dei pazienti affetti da queste patologie.

B) VIOLAZIONI DI LEGGE.

I vizi di violazione del diritto alla salute e di eccesso di potere sopra dedotti risultano ancor più gravi considerando le molteplici violazioni di legge in cui, così facendo, è incorsa la Giunta Regionale.

B.1) Sussiste infatti innanzitutto grave violazione del principio generalissimo secondo il quale l'attività del Servizio Sanitario pubblico è diretta a tutti senza alcuna limitazione in ordine all'età, alla durata ed alla tipologia della malattia, principio di cui costituiscono espressione, oltre all'art.32 della Costituzione, anche la Legge n.180/1978 (Legge Basaglia), gli articoli 2, 14 e 34 L. n.833/1978 (Istituzione del Servizio Sanitario pubblico) e successive modificazioni e integrazioni, nonché le norme sui livelli essenziali di assistenza.

Per meglio comprendere questa grave violazione occorre ricordare che fino al 1978, le malattie mentali erano considerate dal Legislatore prevalentemente sotto l'aspetto poliziesco, essendo invece quasi del tutto assente la preoccupazione sanitaria per quelli che venivano chiamati alienati mentali. In altri termini, secondo la concezione dell'epoca, risalente ai primi anni del 1900, le

persone affette da patologie psichiche venivano trattate e considerate in maniera completamente diversa rispetto alle persone affette da patologie somatiche, al punto da essere qualificate come soggetti alienati, ossia irrecuperabili; in quanto tali, destinati soprattutto ad una custodia in luoghi segregati.

Come è noto, nei primi anni '70 si è però delineato in Italia un movimento contro la segregazione nei manicomi e contro il disumano trattamento che clamorosi casi giudiziari avevano rivelato essere avvenuti.

Si propose quindi di abolire i manicomi e di assimilare gli alienati mentali in tutto per tutto agli altri malati, curandoli negli ospedali civili. Per sopprimere i manicomi fu chiesto un referendum abrogativo che aveva raccolto circa 700.000 firme.

In questo quadro sociale, politico e giuridico, è stata innanzitutto emanata la Legge n.180/1978 (c.d. Legge Basaglia), abolitrice dei manicomi, nella quale non si parla più di "alienati di mente", proprio allo scopo di evitare qualsiasi forma di discriminazione e segregazione nei confronti dei malati psichici.

E' stata poi emanata la fondamentale Legge n.833/1978, che, nell'istituire il Servizio Sanitario pubblico gratuito, ha inserito i servizi psichiatrici nei servizi sanitari generali ed ha considerato i malati di mente non più dei devianti o dei soggetti irrecuperabili, ma persone con malattia specifica e perciò titolari, ai sensi dell'art.32 della Costituzione, di un diritto alle cure, alla riabilitazione e al reinserimento.

Il Legislatore del 1978, infatti, ben consapevole del profondo cambiamento culturale e scientifico che aveva preceduto l'emanazione della Legge Basaglia, non soltanto ha posto sullo stesso piano la tutela della salute fisica e quella della salute psichica, di modo che non esistono più alienati mentali, ma esistono malati psichici e per tutti i malati, anche quelli psichici, la cura è gratuita, essendo tali cure a carico del S.S.N.; ma ha anche a chiare lettere stabilito il principio generalissimo sopra ricordato.

Assolutamente significativo, in questo senso, è infatti l'art.2 della L. n.833/1978, il quale, tra le finalità del S.S.N., include: "*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*"; "*la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica*"; "*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 segregazione pur nella specificità delle misure terapeutiche, e *da favorire il recupero ed il reinserimento sociale dei disturbati mentali*".

Già in base a questa norma, quindi, il Servizio Sanitario pubblico prende in considerazione e deve prendere in considerazione, l'attività di cura:

- indipendentemente dall'età del paziente;
- indipendentemente dalla durata della malattia;
- indipendentemente dal tipo di malattia.

Quanto sopra è stato ribadito anche dall'art.3-septies D.Lgs. 30.12.1992 n.502 ("Integrazione socio-sanitaria), il quale ricomprende nelle prestazioni socio-sanitarie "*tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione*", ricomprendendovi anche tutte le "*patologie psichiatriche*" e specificando che queste prestazioni sono assicurate dalle Aziende Sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, rimanendo di competenza dei Comuni solo e soltanto le prestazioni meramente sociali non connotate da attività sanitaria.

Ergo, sono certamente illegittimi per violazione di queste norme provvedimenti amministrativi che, come quelli impugnati, abbiano invece l'effetto di escludere pazienti dal Servizio Sanitario pubblico: a seconda dell'età del paziente (vedi limiti di età di 50 e 65 anni); a seconda di termini prefissati di durata delle "fasi" della malattia (vedi termini massima di durata dei programmi); a seconda del tipo di patologia (vedi esclusione della demenza primaria e del ritardo mentale grave).

B.2) Sussiste poi violazione specifica delle norme sui livelli essenziali di assistenza, che le Regioni, anche ai sensi dell'art.117 della Costituzione, sono tenute a rispettare e a garantire, e che includono anche la cura e la riabilitazione dalle malattie mentali.

Infatti, il D.P.C.M. 29.11.2001 ("Definizione dei livelli essenziali di assistenza"), emanato in attuazione dell'art.1 D.Lgs. 30.12.1992 n.502, include, tra le prestazioni sanitarie che le Regioni sono tenute ad assicurare, sia a livello di assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare, che a livello di assistenza territoriale residenziale e semi-residenziale, "*l'attività sanitaria e socio-sanitaria rivolta alle persone con problemi psichiatrici*" e "*l'attività riabilitativa sanitaria e*

sociosanitaria rivolta alle persone con disabilità psichica".

Con tutta evidenza, le esclusioni dal Servizio Sanitario pubblico disposte con i provvedimenti impugnati si risolvono anche in un'aperta violazione dei livelli essenziali di assistenza che, in base alle norme sopra citate, debbono essere garantiti a tutti, indipendentemente dall'età, dalla durata della malattia e dal tipo di patologia.

B.3) Sussiste, infine, violazione aperta del Piano Socio Sanitario Regionale approvato dal Consiglio Regionale con la già menzionata delibera n.462 del 13.3.2002, nella parte relativa alla "*Residenzialità e riabilitazione*", e degli altri atti programmatici nazionali e regionali che questo richiama, segnatamente il *Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela salute mentale 1998-2000"* e il *Progetto Obiettivo Regionale "Tutela socio-sanitaria dei malati di mente"*.

Nessuno di questi atti programmatici, infatti, prevede o contempla limiti di accesso alla residenzialità psichiatrica come quelli che, invece, per come sopra dedotto, sono illegittimamente posti dai provvedimenti impugnati.

Anzi, al contrario, il Piano Socio Sanitario Regionale pone espressamente, per la residenzialità psichiatrica, il principio generale della "*presa in carico dei bisogni dell'utente, per garantire la continuità della cura*", principio che, per quanto sopra dedotto, non è per nulla assicurato - ma, piuttosto, violato e compromesso - dai provvedimenti impugnati.

C) SVIAMENTO.

In considerazione di tutto quanto sopra dedotto, non ci si può esimere dal dedurre l'illegittimità dei provvedimenti impugnati anche sotto il profilo dell'eccesso di potere per sviamento in quanto detti provvedimenti, lungi dall'essere conformi ai principi generali in materia e, soprattutto, lungi dall'essere scientificamente e giuridicamente accettabili, trovano la loro unica e sola giustificazione nell'intenzione della Giunta Regionale di risparmiare a spese degli utenti più deboli del servizio sanitario pubblico, cioè i pazienti psichiatrici, escludendoli dalla tutela della salute cui invece avrebbero diritto per farli rientrare nell'area della assistenza.

Insomma, il vero scopo dei provvedimenti impugnati non sembra affatto quello di definire dei passaggi di cura e riabilitazione dei malati psichiatrici finalizzata alla loro tendenziale guarigione, e al loro reinserimento sociale e, se possibile, lavorativo, con i tempi (e il personale) che sono necessari, ma soltanto quello di fissare dei criteri precisi atti a contenere la spesa, il tutto, però,

inammissibilmente espellendo una parte dei pazienti in ambito assistenziale, al di fuori del sistema sanitario, mettendoli di conseguenza a carico di se stessi, dei loro famigliari o, in ultimo, dei loro comuni, nonostante, invece, sussistano tutte le condizioni medico-sanitarie perché essi rientrino nel Servizio Sanitario pubblico.

Con tutta evidenza i provvedimenti impugnati fanno tornare di colpo la Regione Lombardia indietro di più di 30 anni, a prima, cioè, che il Legislatore accogliesse senza mezzi termini il principio generalissimo secondo il quale i malati psichici sono malati come tutti gli altri e non alienati mentali da trattare diversamente dagli altri malati e da escludere dal Servizio Sanitario pubblico.

Il tutto, appunto, solo e soltanto per ragioni finanziarie che, per quanto in generale degne di ogni considerazione e rispetto, non possono certamente sorreggere provvedimenti che comportino gravi lacune e mancanza nella tutela della salute delle persone malate in insanabile contrasto con quell'inderogabile dovere di solidarietà umana e sociale che, come affermato dalla Corte Costituzionale, è alla base dell'art.32 della Costituzione.

*** **

DOMANDA CAUTELARE

In considerazione della manifesta illegittimità dei provvedimenti impugnati e poiché dalla esecuzione degli stessi deriva al ricorrente un pregiudizio grave ed irreparabile durante il tempo necessario a giungere alla decisione del ricorso, sussistono i presupposti affinché codesto on.le Tribunale Amministrativo emani tutte le misure cautelari idonee ad assicurare interinalmente gli effetti della decisione sul ricorso medesimo.

Circa il *fumus boni juris* del ricorso, ci riportiamo ai motivi sopra dedotti.

In merito al danno grave ed irreparabile, ribadiamo che l'esecuzione dei provvedimenti impugnati è suscettibile di comportare gravissime esclusioni dai servizi psichiatrici del Servizio Sanitario pubblico di un grande numero di utenti che invece ne avrebbero diritto, con irrimediabile pregiudizio per la tutela della loro salute mentale.

Si chiede quindi che codesto on.le TAR voglia ordinare alla Regione di riesaminare i provvedimenti impugnati alla luce dei motivi sopra dedotti.

In via subordinata si chiede che detti provvedimenti vengano sospesi quanto meno nella parte in

cui dispongono i limiti di età di 50 e 65 anni per l'accesso alle strutture delle aree riabilitativa ed assistenziale.

*** **

Tutto ciò premesso in fatto e in diritto, con riserva di ampliare i motivi già dedotti e di dedurne di nuovi in relazione alla documentazione che verrà depositata in giudizio dall'Amministrazione resistente

SI CHIEDE

che codesto on.le Tribunale Amministrativo Regionale, previa concessione di misura cautelare come sopra richiesto, voglia dichiarare illegittimi e quindi annullare i provvedimenti indicati in epigrafe, e ciò con ogni conseguenza di legge.

Il presente ricorso è esente dal contributo unificato ai sensi del combinato disposto degli artt.10 D.P.R. 30.5.2002 n.115 e 17 D.Lgs. n.460/1997.

Roma, 10 maggio 2007

Avv. Alessandra Mari

Avv. Alberto Guariso

am-1132

am-1132

RELATA DI NOTIFICA

Io sottoscritto Avv. Alessandra Mari, nell'interesse dell'ASVAP 5 - ASSOCIAZIONE VOLONTARI AIUTO AMMALATI PSICHICI 5 e di MEDICINA DEMOCRATICA Movimento di Lotta per la Salute Onlus, ho notificato il suesteso atto (ricorso al TAR della Lombardia), ai sensi e per gli effetti della L. 21.1.1994 n.53 in virtù dell'autorizzazione del Consiglio dell'Ordine di Roma n.372 del 27.5.2004:

previa iscrizione al n. del mio registro cronologico, alla REGIONE LOMBARDIA, in persona del suo Presidente pro-tempore, con sede in Milano, Via Fabio Filzi n.22 (CAP 20124), ivi trasmettendone copia conforme all'originale per mezzo del servizio postale con raccomandata A.R. n.

spedita dall'Ufficio Postale di Roma in data corrispondente a quella del timbro

Avv. Alessandra Mari