

I BAMBINI E IL LORO DIRITTO ALLA SALUTE

A) OBBLIGATORIETA' DELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE. LE FONTI NORMATIVE.

1. Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza

La Convenzione ONU sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza (Convention on the Rights of the Child - CRC) è stata adottata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il **20 novembre 1989**. È un documento molto importante perché riconosce, per la prima volta espressamente, che anche i bambini, le bambine e gli adolescenti sono titolari di diritti civili, sociali, politici, culturali ed economici, che devono essere promossi e tutelati da parte di tutti. Dal 1989 ad oggi tutti i Paesi del mondo, tranne gli Stati Uniti, si sono impegnati a rispettare e a far rispettare sul proprio territorio i principi generali e i diritti fondamentali in essa contenuti. L'Italia l'ha ratificata con Legge n. 176 del **27 maggio 1991**.

Il **27 maggio 2021** ricorre il 30° anniversario della ratifica della [Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia e dell'adolescenza](#), il trattato internazionale che fissa i principi universali a tutela dei bambini e dei ragazzi di tutto il mondo.

ART. 3 Convenzione ONU: co. 2 “ *Gli Stati si impegnano ad assicurare al fanciullo la protezione e le cure necessarie al suo benessere, in considerazione dei diritti e dei doveri dei suoi genitori, dei suoi tutori o di altre persone che hanno la sua responsabilità legale, e a tal fine essi adottano tutti i provvedimenti legislativi e amministrativi appropriati.*”

2. Costituzione italiana: ART. 32 e ART. 117, comma 3 lett. M.

- La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. La norma mira a tutelare immediatamente il diritto all'integrità psico-fisica di ogni essere umano; considerato nella sua accezione di diritto sociale, ossia come pretesa positiva nei confronti dello Stato ad ottenere prestazioni sanitarie, prefigura un servizio pubblico obbligatorio. La giurisprudenza della Corte costituzionale ha via via attribuito al diritto alla salute, tutelato dall'art. 32 della Costituzione, una nozione ed un significato ampio e non comprimibile: il diritto alla salute dovrà essere inteso non soltanto come salute fisica, ma anche psichica (integrità psicofisica): l'Organizzazione Mondiale della Sanità ricostruisce la nozione di

salute come “*stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia*”.

Il diritto alla salute si estrinseca anche come “**diritto di ricevere determinate prestazioni essenziali**”: e dunque spetta allo Stato determinare, mediante apposita normazione, i livelli essenziali delle prestazioni che riguardano i diritti civili e sociali, che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale. Il riferimento normativo al concetto di “essenzialità” non è casuale, la norma vuole assicurare a tutti i cittadini pari condizioni di vita e pari livelli di assistenza, su tutto il territorio nazionale. Non scegliendo di utilizzare il concetto di prestazioni minime, il legislatore ha voluto implicitamente affermare la subordinazione dell’aspetto economico finanziario rispetto alla necessità di soddisfare bisogni più che primari dei cittadini: una volta individuate come essenziali alcune prestazioni, la politica economica e finanziaria dello Stato e delle Regioni dovrebbe essere impostata alla loro concreta erogazione, senza mai modellare le prestazioni erogabili in relazione alle risorse disponibili, diversamente si rischierebbe di ridurre le garanzie di tutela dei diritti civili e sociali delle persone.

A tal riguardo trovo utile ricordare le considerazioni svolte dal Consiglio di Stato (sentenza 2018) laddove viene sottolineato come “*la sostenibilità finanziaria dei costi inerenti i servizi di assistenza andrebbe prudentemente evocata tenendo conto*” del fatto che tali servizi sono strumentali alla salvaguardia di diritti, come il diritto alla salute, a nucleo incompressibile...., ovvero costituiti da un nucleo...una parte essenziale, inviolabile, che non può essere compressa, un quid necessario che non può essere compromesso senza stravolgere il senso di quel diritto ed il valore che lo giustifica.

E ancora con riguardo al diritto alla salute è utile richiamare le indicazioni contenute in una pronuncia del Consiglio di Stato, laddove riferendosi al suo nucleo irriducibile di tale diritto, si ritiene che lo stesso sia affermato e tutelato anche dalla leggi di riforma sanitaria, che prevedono la erogazioni gratuita delle prestazioni a tutti i cittadini, da parte del servizio sanitario nazionale, entro livelli di assistenza uniformi definiti con il piano sanitario nazionale.

- **ART. 117 Costituzione – Il riparto di competenze Stato /Regioni.**

Il **Titolo V** della parte II della Costituzione disciplina, più o meno compiutamente, il riparto di **competenze** tra le istituzioni della Repubblica, ossia tra **Stato e Regioni**. La disposizione principale è sicuramente l’articolo 117.

Tale disposizione, nell’ottica di creare una nuova ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni, è stata profondamente innovata dalla **riforma costituzionale del 2001**, la quale

ha devoluto una quantità considerevole di competenze alle Regioni, nonché istituito quella che viene definita **competenza “concorrente”**. Quest’ultima previsione non ha avuto un’esistenza felice, e sin dalla sua teorizzazione e messa in vigore ha presentato i primi problemi. Il vigente disposto dell’articolo 117 della Costituzione contiene una elencazione delle materie di competenza esclusiva dello Stato, una elencazione delle materie afferenti alla cosiddetta competenza concorrente ed una clausola di chiusura che stabilisce, testualmente, che spetti “alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato.”

La costruzione della competenza concorrente pressappoco si può riassumere così: in alcune materie, elencate puntualmente dal comma 3 dell’articolo 117, le disposizioni generali vengono adottate dallo Stato, mentre la legislazione di dettaglio è di competenza delle Regioni (**la delimitazione tra le due competenze, generale e particolare, è estremamente difficile, e difficile è risultata l’applicazione di questa disposizione**).

In definitiva, **la riforma costituzionale riporta alcune competenze di fondamentale importanza in capo allo Stato, secondo le indicazioni della Corte Costituzionale**, partendo dal presupposto che alcune materie, di elevata rilevanza per il Paese, (vedi il diritto alla salute) meritino una disciplina omogenea ed indifferenziata, che solo una legislazione statale può permettere di conseguire.

3) DPCM 12 gennaio 2017: I LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA.

A) I Livelli essenziali di assistenza definiti con normativa statale.

Definizione di Livelli essenziali di assistenza.

Art. 1: Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche e in coerenza con i principi e i criteri indicati dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833 e dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni, **i seguenti livelli essenziali di assistenza:**

- a) Prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- b) Assistenza distrettuale;
- c) Assistenza ospedaliera.

I Livelli Essenziali di Assistenza con riguardo ai minori:

Art. 24: Assistenza sociosanitaria ai minori, alle donne, alle coppie, alle famiglie.

Art. 25: Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo

“1. Nell'ambito dell'assistenza distrettuale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto, il Servizio sanitario nazionale garantisce ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del

neurosviluppo, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato differenziato per intensità, complessità e durata, che include le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze

scientifiche, necessarie e appropriate nei seguenti ambiti di attività:

.....
2. L'assistenza distrettuale ai minori con disturbi neuropsichiatrici e del neurosviluppo e' integrata da interventi sociali in relazione al bisogno socioassistenziale emerso dalla valutazione.”

- La normativa regionale del Veneto di recepimento delle disposizioni normative statali: DGR 428/2017. Con tale delibera la Regione Veneto ha recepito le disposizioni del Decreto del Presidente del Consiglio rilevando l'urgenza di garantire che le prestazioni rientranti nei LEA vengano erogate presso le strutture pubbliche e private accreditate dal Servizio Sanitario Regionale senza soluzione di continuità.

B) IL PIANO DI ZONA.

In considerazione del quadro normativo di riferimento sin qui delineato, i Piani di Zona si prefiggono di attivare processi di programmazione integrata e partecipata nei diversi ambiti del territorio regionale, tenendo conto delle rapide e complesse evoluzioni in atto.

Lo strumento dei Piani di zona da intendersi come un percorso utile ed essenziale per realizzare gli obiettivi di assistenza e di cura indicati nelle norme su indicate e meglio definiti e stabiliti dalla normativa che delinea i LEA.

DGR nr. 426 del 9 aprile 2019:

Introduzione

Art. 2: Finalità dei piani di zona.

Art. 2.3: I soggetti istituzionali responsabili del Piano di Zona:

Regione del Veneto

Comuni

Azienda ULSS

Terzo Settore

Descrizione delle competenze di ciascun ente e dell'ambito di intervento.

Da sottolineare in ogni caso che gli obiettivi da realizzare e gli interventi sono di natura sociosanitaria.