



**IL TRIBUNALE DI SALERNO**  
**Sezione lavoro**

Composto dai magistrati

dott. Romano Gibboni	Presidente
dott.ssa Francesca D'Antonio	Giudice relatore
dott. ssa Caterina Petrosino	Giudice

visto il reclamo proposto in data 3.7.2018 da [REDACTED] e [REDACTED], nella qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale sul minore [REDACTED], avverso la ordinanza n.1968/2018 emessa dal Tribunale di Salerno in data 20.6.2018 di rigetto del ricorso cautelare proposto da [REDACTED] e [REDACTED] nella qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale sul minore [REDACTED] (Avv. Oreste Cantillo) nei confronti di Azienda Sanitaria Locale di Salerno (Avv. ti Lucia Fiorillo e Marco Forlenza);

dato atto dell'intervento in giudizio, con memoria del 13.9.2018, della

CAMPANIA- [REDACTED]

sciogliendo la riserva di cui al verbale di udienza del 19.3.2019;

**OSSERVA**

Con ricorso ex art. 700 c.p.c. [REDACTED] e [REDACTED], nella qualità di genitori esercenti la potestà genitoriale sul minore [REDACTED], esponevano che il proprio figlio minore è affetto da disturbo dello spettro autistico, così come accertato dall'UVBR dell'ASL Salerno n. 290 del 6.6.2016; che per tale patologia la letteratura scientifica internazionale e le linee guida per l'autismo redatte dalla società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (S.I.N.P.I.A.) affermano con chiarezza che la terapia di elezione è quella praticata con metodo A.B.A. (Applied Behaviour Analysis), fondata sull'osservazione e la registrazione del comportamento del bambino autistico nelle diverse realtà della propria giornata –tipo (famiglia, scuola, sociale) mediante interventi multidisciplinari specialistici e la “presa in carico globale” dell'assistito; che in questo senso i diversi attori in campo, insegnante di sostegno, corpo docente, famiglia, tecnici ABA devono coordinare ed uniformare il loro operato nei vari ambienti di vita del bambino; che per consentire tale approccio “globale” e il rispetto della “continuità terapeutica” la metodologia ABA prevede la decisiva figura del “supervisor”, ovvero un analista comportamentale (professionista certificato dall'ente BACB) che coordina e dirige i diversi



interventi in atto oltre che di tre tecnici cioè le persone che lavorano quotidianamente con il bambino applicando il programma di lavoro stabilito dal consulente; che la ASL di Salerno è impossibilitata a garantire la dovuta presa in carico globale negli ambienti casa-scuola-famiglia, sia direttamente sia a mezzo dei centri convenzionati, non esistendo né all'interno dell'ASL né presso i centri accreditati le professionalità necessarie a praticare il metodo ABA, ostando altresì ad effettuare la prevista "presa in carico globale" del paziente nei diversi ambiti di vita di quest'ultimo la normativa di riferimento ed in specie la L. 833/1978 che prevede un intervento di tipo domiciliare o ambulatoriale ma non "misto" cioè casa-scuola-sociale come imposto dalla metodologia ABA; che, a causa di ciò, i ricorrenti si sono affidati alle prestazioni dei supervisor di I° e II° livello dott. ssa Pizzo Katuscia e Julie Collu e di tre tecnici ABA sostenendone in toto le relative spese; deducendo di non essere più in grado di far fronte a tali spese, i ricorrenti hanno quindi chiesto, in via d'urgenza, di ordinare all'ASL di Salerno di garantire al minore l'erogazione della terapia con metodo A.B.A. con le prestazioni rese dai predetti soggetti al fine di garantire la esigenza di continuità del trattamento sanitario in essere, o, in subordine, di fornire ad essi ricorrenti le risorse economiche necessarie a garantire la prosecuzione del trattamento ABA già in essere con i medesimi professionisti che già seguono il minore; nel costituirsi in giudizio, la resistente ASL ha chiesto il rigetto del ricorso, evidenziando la propria capacità di fornire la terapia richiesta in assistenza diretta mediante centro di riabilitazione convenzionato, negando comunque l'esistenza di una normativa che imponga a carico del SSN una presa in carico globale del paziente che travalichi l'ambito strettamente sanitario.

Con ordinanza del 20.6.2018 il Tribunale in composizione monocratica ha rigettato la domanda cautelare ritenendola infondata per carenza di "fumus boni iuris".

Avverso tale provvedimento hanno proposto reclamo ai sensi dell'art. 669 terdecies c.p.c. i genitori del piccolo [REDACTED], chiedendo la riforma dell'ordinanza reclamata. A fondamento del reclamo hanno ribadito le caratteristiche della metodologia ABA e la circostanza che l'art. 8 comma 6 della L. Regione Campania n. 3/2016 ha disposto l'adozione di tale terapia come metodologia a cui ispirare tutti gli interventi in tema di "sindrome dello spettro autistico"; hanno del pari nuovamente evidenziato l'obbligo ricadente sul SSN della "presa in carico globale" del paziente affetto da disturbo dello spettro autistico e la inidoneità dell'ASL Salerno e dei centri con essa convenzionati di fornire tale specifica assistenza, riproponendo pertanto le medesime conclusioni già rassegnate in prime cure. L'ASL si è costituita nel giudizio di reclamo richiamando la normativa applicabile al caso di specie e gli obblighi da questa posti a carico del SSN, chiedendo in conclusione la conferma della ordinanza emessa all'esito del giudizio di prime cure.

Con intervento "ad adiuvandum" si è altresì costituita in giudizio la [REDACTED] che ha chiesto l'accoglimento delle domande avanzate dai reclamanti

\*\*\*\*\*

È noto che l'emissione di provvedimenti cautelari è subordinata, in via generale, alla ricorrenza di due requisiti: il *fumus boni iuris* - inteso come verosimile fondatezza della pretesa azionata, sia pure sulla base di una cognizione sommaria – e il *periculum in mora*, inteso come pericolo di un pregiudizio imminente ed irreparabile, connesso al decorso del tempo necessario ad ottenere tutela in via ordinaria.

Partendo dall'indagine sul *fumus boni iuris*, e tenuto conto delle specifiche questioni poste dalle parti anche in ordine alla ripartizione delle competenze tra le varie istituzioni statali, il Collegio ritiene anzitutto opportuno riportare la normativa rilevante nel caso di specie.



Ai sensi degli artt. 1 e 2 della l. 833/1978 (istituzione del servizio sanitario nazionale): <La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività (art. 1) . Il conseguimento delle finalità di cui al precedente articolo è assicurato mediante: 4) la riabilitazione degli stati di invalidità e di inabilità somatica e psichica (art. 2).

L'art. 26 della suddetta legge prevede poi che <Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L'unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella regione in cui abita l'utente o anche in altre regioni, aventi i requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale>.

Come poi già evidenziato dal giudice di prime cure, la L. n. 595/1985 individua la predetta forma diretta quale modalità normale di erogazione della prestazione sanitaria (co. 1) demandando alle leggi regionali e provinciali di stabilire “quali tra queste prestazioni possono essere erogate anche in forma indiretta” a condizione che “le strutture pubbliche o convenzionate siano nell'impossibilità di erogarle tempestivamente in forma diretta” (co. 2).

Vi è poi da riportare la specifica normativa che individua le prestazioni di natura sociale e sanitaria in favore dei soggetti in condizioni di bisogno e i soggetti tenuti all'erogazione a seconda del tipo di intervento che si rende necessario.

L'art 3-septies del D.Lgs. n. 502/1992 espressamente dispone: “1. Si definiscono prestazioni sociosanitarie 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. 2. Le prestazioni sociosanitarie comprendono: a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite; b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. 3. L'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 2, comma 1, lettera n), della legge 30 novembre 1998, n. 419, da emanarsi, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, su proposta del Ministro della sanità e del Ministro per la solidarietà sociale, individua, sulla base dei principi e criteri direttivi di cui al presente articolo, le prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b), precisando i criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni. Con il medesimo atto sono individuate le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria di cui al comma 4 e alle quali si applica il comma 5, e definiti i livelli uniformi di assistenza per le prestazioni sociali a rilievo sanitario. 4. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza



terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. 5. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali. 6. Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei Comuni che provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'articolo 3, comma 2, del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. La regione determina, sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3, il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza. 7. Con decreto interministeriale, di concerto tra il Ministro della sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e il Ministro per la funzione pubblica, è individuata all'interno della Carta dei servizi una sezione dedicata agli interventi e ai servizi sociosanitari. 8. Fermo restando quanto previsto dal comma 5 e dall'articolo 3 quinquies, comma 1, lettera c), le regioni disciplinano i criteri e le modalità mediante i quali comuni e aziende sanitarie garantiscono l'integrazione, su base distrettuale, delle prestazioni sociosanitarie di rispettiva competenza, individuando gli strumenti e gli atti per garantire la gestione integrata dei processi assistenziali sociosanitari.

Il successivo DPCM del 14 febbraio del 2001, intervenuto a specificare i concetti enucleati dalla legge, testualmente prevede: Art. 3 (Definizioni): 1. Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali. 2. Sono da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Tali attività, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi e si esplicano attraverso: a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari; b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali; c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti; d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio; e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili; f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente. Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza. 3. Sono da considerare prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria di cui all'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e



dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronic-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario. Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungo assistenza".

Dal tenore complessivo delle norme sopra richiamate si evince chiaramente che il legislatore ha distinto tre tipi di prestazioni:

prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, di competenza e a carico delle Aziende Sanitarie Locali, che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, individuazione, rimozione, prevenzione di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite;

prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, di competenza dei Comuni, costituite da tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute;

prestazioni socio – sanitarie ad elevata integrazione sanitaria, costituite dalle prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e sanitaria nonché dall'inscindibilità di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Ciò posto, è ora opportuno calare tali disposizioni generali nell'ambito della fattispecie della cura del "disturbo dello spettro autistico" patologia da cui, purtroppo, risulta pacificamente e documentalmente affetto il piccolo [REDACTED].

Si evidenzia a tal fine che l'art. 3 della L. 134/2015 nel provvedere all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), ha inserito, per quanto attiene ai disturbi dello spettro autistico, "le prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili". La disposizione normativa in questione individua altresì gli obiettivi da conseguire con misure idonee, ovvero: a) la qualificazione dei servizi costituiti da unità funzionali multidisciplinari per la cura e l'abilitazione delle persone con disturbi dello spettro autistico; b) la formazione degli operatori sanitari di neuropsichiatria infantile, di abilitazione funzionale e di psichiatria sugli strumenti di valutazione e sui percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili; c) la definizione di equipe territoriali dedicate, nell'ambito dei servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva e dei servizi per l'età adulta, che partecipino alla definizione del piano di assistenza, ne valutino l'andamento e svolgano attività di consulenza anche in sinergia con le altre attività dei servizi stessi; d) la promozione dell'informazione e l'introduzione di un coordinatore degli interventi multidisciplinari; e) la promozione del coordinamento degli interventi e dei servizi per assicurare la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali nel corso della vita della persona; f) l'incentivazione di progetti dedicati alla formazione e al sostegno delle famiglie che hanno in carico persone con disturbi dello spettro autistico; g) la disponibilità sul territorio di strutture semiresidenziali e residenziali accreditate, pubbliche e private, con competenze specifiche sui disturbi dello spettro autistico in grado di effettuare la presa in carico di soggetti minori, adolescenti e adulti; h) la promozione di progetti finalizzati all'inserimento



lavorativo di soggetti adulti con disturbi dello spettro autistico, che ne valorizzino le capacità'.

In attuazione della predetta disposizione normativa la Regione Campania con la n. 1/2016 (legge di stabilità 2016) ha previsto a tutela dei soggetti affetti da disturbo dello spettro autistico ... "l'adozione di un percorso diagnostico terapeutico personalizzato (PDTA) che prevede: a) la precocità della diagnosi e della riabilitazione; b) la presa in carico congiunta del paziente con diagnosi di spettro dell'autismo attraverso il coordinamento dei servizi Cure domiciliari, Sociosanitari e Materno infantile; c) l'adozione del metodo Analisi Comportamentale Applicata (ABA) come metodologia a cui ispirare tutti gli interventi, nel rispetto delle linee guida di neuropsichiatria infantile.

La suddetta legge regionale fa quindi espresso riferimento al metodo A.B.A che, come si apprende dalla letteratura scientifica, non è "di per sé" una "terapia per l'Autismo" ma più propriamente una metodica e, tuttavia, molte applicazioni sono state sviluppate per favorire lo sviluppo cognitivo di bambini con disturbi di origine diversa, fra cui i bambini autistici, anche attraverso il trasferimento di conoscenze specialistiche a familiari o a persone in grado di aiutarli. La validità del metodo "analisi comportamentale applicata" per il trattamento precoce del disturbo dello spettro autistico può ritenersi ad oggi acclarata, sebbene, come chiarito dalla Società Italiana di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'Adolescenza (SINPIA) –e diversamente da quanto si sostiene nel reclamo-, tale metodo non è l'unico cui far riferimento per la cura dei disturbi dello spettro autistico. Sotto tale profilo le linee guida su "il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti" dell'Istituto Superiore della Sanità pubblicate nel 2011 riconoscono infatti come efficaci una molteplicità di interventi e per ognuno formulano specifiche raccomandazioni. Più specificamente in tali linee guida della SINPIA si sostiene che: a) non esiste un intervento che va bene per tutti i bambini autistici; b) non esiste un intervento che va bene per tutte le età; c) non esiste un intervento che può rispondere a tutte le molteplici esigenze direttamente o indirettamente legate all'autismo (raccomandazione 14).

Quanto alla efficacia della metodica ABA si legge nella CTU a firma del dott. Cuomo (allegata agli atti di causa) che la stessa è direttamente collegata a: 1) inizio precoce delle attività; 2) presenza costante di operatori specializzati che assicurino la continuità terapeutica in tutti gli ambiti in cui il bambino vive (scuola, casa, famiglia); 3) competenza ed adeguata formazione degli operatori; 4) attento monitoraggio dei risultati ottenuti e condivisione degli obiettivi terapeutici raggiunti.

Dal punto di vista operativo la sinergia tra i vari ambiti in cui la metodica ABA richiede di essere applicata in favore del minore affetto da disturbo dello spettro autistico, al fine del perseguimento della cd. "presa in carico globale", trova concretizzazione nello strumento del "progetto individuale per la persona disabile" previsto dall'art. 14 L. 328/2000. L'art. 1 di tale disposizione normativa (modificato dal d.lgs. n. 66/2017) prevede infatti che: "1. Per realizzare la piena integrazione delle persone disabili di cui all'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nell'ambito della vita familiare e sociale, nonché nei percorsi dell'istruzione scolastica o professionale e del lavoro, i comuni, d'intesa con le aziende unità sanitarie locali, predispongono, su richiesta dell'interessato, un progetto individuale, secondo quanto stabilito al comma 2. 2. Nell'ambito delle risorse disponibili in base ai piani di cui agli articoli 18 e 19, il progetto individuale comprende, oltre alla valutazione diagnostico-funzionale o al Profilo di funzionamento, le prestazioni di cura e di riabilitazione a carico del Servizio sanitario nazionale, il Piano educativo individualizzato a cura delle istituzioni scolastiche, i servizi alla persona a cui provvede il comune in forma diretta o accreditata, con particolare riferimento al recupero e all'integrazione sociale, nonché le misure economiche necessarie per il superamento di condizioni di povertà,



emarginazione ed esclusione sociale. Nel progetto individuale sono definiti le potenzialità e gli eventuali sostegni per il nucleo familiare”.

Dunque, lo strumento del progetto individuale consente, mediante il sinergico coordinamento tra gli enti competenti alla erogazione delle varie prestazioni socio-sanitarie, la “presa in carico globale” del minore affetto da disturbo dello spettro autistico che è alla base della metodica A.B.A.

Sotto tale profilo si condivide quanto sostenuto nella memoria difensiva dall’ASL secondo cui nell’ambito della riabilitazione occorre distinguere la componente “sanitaria” di competenza del SSN (e quindi dell’ASL) dalla componente “sociale” di competenza degli enti a tanto preposti ovvero, di volta in volta, il Comune, il Centro Per l’impiego etc.

Nel caso di specie, in cui si controverte di “prestazioni sanitarie a rilevanza sociale” e “prestazioni sociali a rilevanza sanitaria” la competenza, come disposto dal citato DPCM del 14 febbraio 2001 è ripartita tra l’Azienda Sanitaria e il Comune.

Fatta questa necessaria premessa è ora possibile verificare se, nel caso di specie, lo Stato, nelle sue componenti istituzionali, ha garantito al piccolo [REDACTED] la tutela del diritto alla salute connessa al suo conclamato stato di minore affetto da disturbo dello spettro autistico. Ritiene il Collegio di dover dare una risposta affermativa a tale quesito anche alla luce delle valutazioni espresse dal CTU, dott. Giangennaro Coppola, che si è ritenuto opportuno nominare nel presente giudizio di reclamo al fine di giungere ad una decisione connotata dall’approfondimento ritenuto necessario nella fattispecie in esame involgente questione estremamente delicata ovvero la salute di un minore affetto da disturbo dello spettro autistico.

Come risulta dalla documentazione in atti, in data 21 luglio 2017, su sollecitazione dei genitori di [REDACTED], è stato redatto il “progetto individuale per la persona disabile” ex art. 14 L. 328/2000 con il quale, preso atto del “disturbo dello spettro autistico” da cui risulta affetto il minore e delle indicazioni del neuropsichiatra infantile di riferimento, il Comune di Montecorvino Pugliano si è impegnato ad erogare, attraverso l’emissione di “voucher”, il “servizio di socio-educativa scolastica con personale esperto ABA” e la ASL ad erogare il “trattamento riabilitativo con personale esperto ABA”. A tale verbale hanno fatto seguito i verbali dell’ASL del 14.8.2017 e del 12.2.2018 in cui risulta prescritto in favore del minore un progetto riabilitativo consistente in ciclo di terapia in regime domiciliare con “metodo ABA” per 18 ore a settimana (v. verbali in atti).

Come altresì risulta dalla documentazione in atti (ed evidenziato anche dal CTU) i genitori di [REDACTED] si sono avvalsi del servizio di socioeducativa scolastica erogato dal Comune di Montecorvino Pugliano (consistente in 10 ore settimanali di assistenza con operatori ABA in affiancamento all’insegnante di sostegno) mentre non hanno inteso far fruire il minore del progetto riabilitativo prescritto dall’ASL la cui concreta erogazione avrebbe dovuto far capo al centro convenzionato ANFFAS di Salerno. Più specificamente i genitori di [REDACTED] hanno deciso di intraprendere, a proprie spese, un autonomo percorso riabilitativo con professionisti da loro scelti (2 supervisor ABA e tre tecnici ABA).

Ciò posto il Collegio osserva anzitutto che da un punto di vista formale risulta certamente tutelato il diritto alla salute del piccolo [REDACTED] al quale gli Enti competenti hanno assicurato, così come prescritto dalla normativa sopra richiamata, un intervento riabilitativo di tipo socio-sanitario individualizzato (multidisciplinare) ed improntato alla metodica ABA valutata come strumento idoneo rispetto al caso di specie.

A fronte delle doglianze dei reclamanti, che hanno giustificato il ricorso ad un percorso riabilitativo autonomo e a proprie spese in virtù della asserita inefficacia di quello apprestato dal SSN, il Collegio –come già accennato- ha ritenuto opportuno avvalersi di



CTU specializzato in neuropsichiatria infantile al fine di verificare la fondatezza di tale assunto attoreo.

Il CTU, all'esito delle operazioni peritali, ha risposto al quesito posto dal Collegio affermando che "il trattamento prescritto per il minore [REDACTED], consistente in 18 ore di terapia ABA settimanali domiciliari, risultante dalle prescrizioni della d. ssa Loredana Pellegrino, la prima in data 14/8/2017 e la seconda in data 12/2/2018, può considerarsi adeguato alla diagnosi di disturbo dello spettro autistico, conformemente alle linee guida SINPIA 2011. Va altresì aggiunto che l'intervento socio-educativo di 10 ore settimanali a supporto dell'insegnante di sostegno a scuola, offerto dal piano di zona del comune di residenza (Montecorvino Pugliano), consente una presa in carico globale del minore in tutti gli ambiti di vita".

Dagli allegati alla relazione peritale si evince che il Centro ANFFAS, deputato per conto dell'ASL alla materiale erogazione del trattamento riabilitativo, ha la professionalità, l'organizzazione e gli strumenti per far fronte a tale servizio mediante la prescritta metodica ABA. Nel documento a firma del direttore sanitario di tale centro (dott. Angelo Cerracchio) si legge che le prestazioni riabilitative dallo stesso erogate "comprendono anche i programmi precoci ed intensivi basati sull'analisi comportamentale applicata (ABA), erogati in contesti strutturati (ambulatorio) e naturali (casa, scuola, comunità)" e che le risorse professionali del centro, organizzate in equipe, comprendono: medici specialisti (neuropsichiatra infantile e foniatra), psicologo e psicoterapeuta ad indirizzo cognitivo-comportamentale, supervisore ABA (analista del comportamento certificato dal BACB), tecnici ABA con master di primo livello e laurea triennale, assistente sociale e personale assistenziale con formazione RBT.

Dunque il Centro ANFFAS è idoneo a garantire la cura riabilitativa con metodo ABA con le medesime professionalità indicate dai reclamanti come necessarie per la efficace attuazione di tale metodica (supervisor certificato BACB e tecnici ABA). Inoltre, come evidenziato dal CTU, il servizio socio-educativo garantito dal Comune di Montecorvino Pugliano consente, in uno alla terapia riabilitativa garantita dall'ASL, una effettiva "presa in carico globale" del minore. La "comunicazione" tra gli operatori ABA dei vari contesti (scuola-casa-famiglia) è insita nella metodica in esame e rimessa quindi alla professionalità di tali operatori mediante la figura del "supervisor" che, si ripete, è figura presente nell'ambito del centro convenzionato ANFFAS.

In virtù di tutte le considerazioni finora espresse deve ritenersi che l'ASL, per quanto di propria competenza, abbia garantito sia dal punto di vista formale che dal punto di vista sostanziale (ovvero apprestando una terapia riabilitativa efficace per la cura della patologia in questione) il diritto alla salute del piccolo [REDACTED]. Il coordinamento di tale intervento con quello, di natura socio sanitaria, apprestato dal competente Comune di Montecorvino Pugliano, realizza poi pienamente la invocata "presa in carico globale" del minore.

Pertanto, pur rispettando il Collegio la scelta dei genitori del piccolo [REDACTED] di avvalersi per la cura del proprio figlio dei professionisti ritenuti più idonei, non vi sono nella specie i margini giuridici per garantire a quest'ultimo, attraverso una erogazione in forma indiretta (e a carico del SSN), la continuità della prestazione con tali professionisti in quanto in questo caso si è accertata la possibilità della struttura convenzionata ad erogare tempestivamente ed in forma diretta una (efficace) terapia riabilitativa per la cura individualizzata del disturbo dello spettro autistico (v. citata L. 595/1985).

Pertanto il CTU ha chiarito che un eventuale mutamento dell'equipe dei professionisti che attualmente seguono il minore, se attuato con modalità virtuose e corrette, con affiancamento dei singoli tecnici e scambio di consegne tra "supervisor BCBA", sarebbe ben possibile e non inciderebbe negativamente sugli auspicati progressi del minore.





Il reclamo va pertanto rigettato, con conferma della ordinanza emessa all'esito del giudizio di prime cure.

Tenuto conto della complessità e delicatezza delle questioni trattate e della approfondita indagine posta alla base della decisione –che ha reso necessario il parere medico di un CTU- le spese di lite vengono interamente compensate tra le parti.

Per ragioni analoghe le spese di CTU, liquidate con separato decreto, possono essere poste a solidale carico di entrambe le parti in misura della metà per ciascuna, trattandosi peraltro di un atto compiuto nell'interesse generale della giustizia e, dunque, nell'interesse comune delle parti (v. Cass. N. 1023/2013)

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

Il Tribunale in composizione collegiale, visto l'art. 669 terdecies c.p.c., così provvede:

1. rigetta il reclamo e per l'effetto conferma l'ordinanza emessa dal Tribunale di Salerno in composizione monocratica in data 20.6.2018;
2. compensa integralmente tra le parti le spese processuali, ponendo le spese della espletata CTU, liquidate con separato decreto, a solidale carico della parte reclamante e della ASL Salerno, in misura pari alla metà per ciascuna parte.

Si comunichi.

Salerno, 27.3.2019

Il Giudice relatore  
Dott. ssa Francesca D'Antonio

Il Presidente  
Dott. Romano Gibboni



Decreto di rigetto n. cronol. 7904/2019 del 28/03/2019  
RG n. 4028/2019

