

N. 00604/2015REG.PROV.COLL.
N. 03092/2014 REG.RIC.



R E P U B B L I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Consiglio di Stato

in sede giurisdizionale (Sezione Terza)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 3092 del 2014, proposto da:
Regione Piemonte, rappresentata e difesa dagli avv. Giovanna Scollo,
Gabriele Pafundi, con domicilio eletto presso Gabriele Pafundi in
Roma, viale Giulio Cesare, n. 14/4 Sc.A;

contro

Associazione "Promozione Sociale", Utim Unione per la Tutela Per Gli
Insufficienti Mentale, Ulces - Unione per la Lotta Contro
L'Emarginazione Sociale, rappresentate e difese dagli avv. Roberto
Carapelle, Cinzia De Micheli, con domicilio eletto presso Cinzia De
Micheli in Roma, Via Tacito, n. 23;

nei confronti di

Associazione Alzheimer Piemonte, Agfh - Associazione Genitori Adulti
e Fanciulli Handicappati, Associazione Volontari Grh - Genitori
Ragazzi Handicappati, Cittadinanzattiva Regione Piemonte Onlus,
Sindacato Pensionati Italiani Cgil della Provincia di Torino, Comune di

Grugliasco, Comune di Moncalieri, Comune di Rivoli, Comune di La Loggia, Consorzio Intercomunale di Servizi Cidis, Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio-Assistenziali Unione dei Comuni del Ciriace e del Basso Canavese, Consorzio Monviso Solidale, Consorzio dei Servizi Socio-Assistenziali del Chierese; Comune di Nichelino, Comune di Collegno, Comune di Carmagnola, Comune di Pinerolo, Consorzio Intercomunale Socio-Assistenziale Cisa 12, Consorzio Servizi In.Rete, Consorzio Intercomunale Servizi Sociali di Pinerolo, Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese, Consorzio Per i Servizi Socio-Assistenziali delle Valli Grana e Maira, Consorzio Comunità Montana delle Alpi del Mare, rappresentati e difesi dagli avv. Giuseppe Michieletto, Maddalena Ferraiuolo, con domicilio eletto presso Maddalena Ferraiuolo in Roma, Via dei Gracchi 20; Comune di Torino, rappresentato e difeso dagli avv. Massimo Colarizi, Marialaura Piovano, con domicilio eletto presso Massimo Colarizi in Roma, viale Bruno Buozzi n. 87; Associazione Senza Limiti Onlus, Rina Borin, Michele Schiena, Maria Orlando Ognibene, rappresentati e difesi dall'avv. Roberto Cavallo Perin, con domicilio eletto presso Alberto Romano in Roma, Lungotevere Sanzio, n. 1;

e con l'intervento di

ad opponendum:

Asl 1 - Torino - Direttore Generale della medesima ASL, rappresentati e difesi dall'avv. Enrico Piovano, con domicilio eletto presso Nicolò Paoletti in Roma, Via B. Tortolini, n. 34;

per la riforma

della sentenza del T.A.R. PIEMONTE - TORINO: SEZIONE II n. 00199/2014, resa tra le parti, concernente sistema liste di attesa per assistenza residenziale e semiresidenziale alle persone anziane non

autosufficienti;

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio di Associazione "Promozione Sociale" e di Utim Unione per la Tutela per gli Insufficienti Mentale e di Ulces - Unione per la Lotta Contro l'Emarginazione Sociale e di Comune di Nichelino e di Comune di Collegno e di Comune di Carmagnola e di Comune di Pinerolo e di Consorzio Intercomunale Socio-Assistenziale Cisa 12 e di Consorzio Servizi in Rete e di Consorzio Intercomunale Servizi Sociali di Pinerolo e di Consorzio Socio-Assistenziale del Cuneese e di Consorzio per i Servizi Socio-Assistenziali delle Valli Grana e Maira e di Consorzio Comunità Montana delle Alpi del Mare e di Comune di Torino e di Associazione Senza Limiti Onlus e di Rina Borin e di Michele Schiena e di Maria Orlando Ognibene;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 13 novembre 2014 il Cons. Alessandro Palanza e uditi per le parti gli avvocati Pafundi, Scollo, Carapelle, Ferraiuolo, Colarizi, Piovano Marialaura e Piovano Enrico;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

1. - Con ricorso al TAR Piemonte, la Associazione promozione sociale, la U.T.I.M. - Unione per la tutela degli insufficienti mentali e la U.L.C.E.S. - Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, hanno chiesto l'annullamento, previa sospensione cautelare, della delibera della Giunta Regionale del Piemonte, n. 45-4248 del 30 luglio 2012, recante il "nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale

socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti. Modifica D.G.R. n. 25-12129 del 14.09.09 e D.G.R. n. 35-9199 del 14.07.08. Revoca precedenti deliberazioni”, e del parere favorevole reso dal Consiglio Regionale di Sanità ed Assistenza (CO.RE.SA.) nella seduta del 24 maggio 2012.

L'impugnato “nuovo modello” superava quello in precedenza introdotto con d.G.R. n- 17-15226 del 30 marzo 2005 e provvedeva a disciplinare le strutture socio-sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti, sulla scorta di quanto previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale approvato il 3 aprile 2012, nell'affermato rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) di cui al d.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato n. 1.C, sub punto 9 (“Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani”) e demandando ad un successivo provvedimento la definizione del modello di remunerazione delle prestazioni di assistenza residenziale (c.d. piano tariffario).

Con ordinanza n. 609 del 2012, il TAR Piemonte, in accoglimento della censura di parte ricorrente incentrata sulla violazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ha accolto parzialmente la domanda cautelare con esclusivo riferimento alla parte in cui l'impugnata d.G.R. prevedeva che, “Qualora le risorse previste dal Progetto individualizzato non siano immediatamente disponibili”, l'apposito U.V.G. (Ufficio di Valutazione Geriatrica, previsto presso ciascuna ASL) “provvede alla compilazione di graduatorie [...] mediante l'attribuzione ad ogni richiedente di un punteggio derivante dalla somma della valutazione sociale e sanitaria”.

Nelle more del giudizio, in conseguenza di detta sospensione cautelare dell'impugnata d.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012 nella parte relativa

all'istituzione delle liste di attesa per la presa in carico dell'anziano non autosufficiente, la Regione Piemonte - Direzione Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia, con nota prot. n. 9113/DB1990 del 14 dicembre 2012, ha comunicato a tutte le ASL regionali, nonché alle associazioni dei soggetti gestori dei servizi di quibus, che per la disciplina delle liste di attesa “rimane in vigore la normativa precedente ossia le disposizioni contenute nella D.G.R. n. 42-8390 del 10 marzo 2008”.

Con motivi aggiunti depositati dapprima il 22 febbraio 2013 e, dopo rinuncia, ridepositati il 13 marzo 2013, le associazioni ricorrenti hanno domandato l'annullamento, previa sospensione cautelare, anche della sopravvenuta nota.

Con ordinanza n. 141 del 2013 il TAR Piemonte ha accolto la nuova domanda cautelare, ancora per violazione dei LEA e contestualmente ha ordinato alla Regione, quale Giudice dell'ottemperanza cautelare, “di apprestare idonee misure organizzative al fine di soddisfare le esigenze connesse alla presa in carico degli anziani, così come imposto dalla richiamata normativa sui LEA”.

Sempre in corso di causa, la Regione ha adottato la d.G.R. n. 14-5999, del 25 giugno 2013, avente ad oggetto “Interventi per la revisione del percorso di presa in carico della persona anziana non autosufficiente in ottemperanza all'ordinanza del TAR Piemonte n. 141/2013” asseritamente contenente “misure atte a ottemperare a quanto richiesto dal TAR”.

Con ordinanza n. 281 del 2013, il TAR ha quindi preso atto dell'avvio di “un percorso di spontanea esecuzione” ed ha pertanto respinto la domanda di sospensione delle associazioni ricorrenti, “anche in assenza di specifiche contestazioni della sopravvenuta d.G.R.”.

Successivamente, con nuovi motivi aggiunti depositati il 21 ottobre 2013, le associazioni ricorrenti hanno impugnato anche l'appena citata d.G.R. n. 14-5999, del 25 giugno 2013, insieme alla d.G.R. n. 85-6287, del 2 agosto 2013, recante "Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012".

Le ricorrenti hanno impugnato anche la previsione (confermativa di quella già contenuta del par. n. 5.5 dell'Allegato n. 1 della d.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012, ed impugnata nel ricorso introduttivo) che pone a totale carico del paziente i trasferimenti in ambulanza per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche non erogabili nell'ambito della struttura residenziale e ha, infine, sollevato, il vizio di "difetto di istruttoria" per la d.G.R. n. 85-6287.

Sono successivamente intervenute nel giudizio di primo grado, ad adiuvandum, altre associazioni di categoria rappresentative di interessi collettivi, alcuni enti territoriali ed alcuni individui che si definiscono come persone anziane non autosufficienti, tutti richiamandosi ai motivi di gravame già proposti dalle associazioni ricorrenti.

2. - Con sentenza n. 199 del 31.1.2014, il TAR Piemonte, innanzitutto, ha dichiarato l'improcedibilità, per sopravvenuta carenza di interesse, della parte del ricorso principale che aveva riguardato l'impugnazione di una parte della originaria predisposizione del modello (Allegato n. 6, paragrafo "Selezione e attivazione", della d.G.R. n. 45-4248, del 30 luglio 2012), in quanto il provvedimento impugnato è stato superato dalla sopravvenuta d.G.R. n. 14-5999, del 25 giugno 2013, e nello specifico dal suo Allegato A (intitolato "Modalità di presa in carico della persona anziana non autosufficiente da parte della rete regionale dei servizi socio-sanitari").

Analoga conclusione è stata raggiunta anche con riferimento ai primi motivi aggiunti di ricorso, con i quali si era contestata la nota regionale n. 9113/DB1900, del 14 dicembre 2012, che, in considerazione dell'avvenuta sospensione cautelare (ad opera dell'ordinanza n. 609 del 2012 del TAR) del sistema di cui alla d.G.R. del 2012, aveva riportato in vigore il precedente sistema (di cui alla d.G.R. n. 42-8390, del 10 marzo 2008). Essendo ormai entrato in vigore il nuovo sistema di regolazione delle liste di attesa, di cui alla sopravvenuta d.G.R. n. 14-5999, del 25 giugno 2013, anche il precedente modello del 2008 è venuto meno, in una con l'interesse all'impugnazione della nota regionale che l'aveva riportato in vigore.

Il TAR ha, inoltre, dichiarato inammissibili gli atti di intervento ad adiuvandum, nella parte in cui hanno introdotto censure nuove e diverse rispetto a quelle specificamente trattate dalle associazioni ricorrenti.

Nel merito, il TAR Piemonte ha ritenuto fondata l'impugnazione sollevata con i secondi motivi aggiunti in relazione all'Allegato A della d.G.R. n. 14-5999, del 25 giugno 2013 e, pertanto, lo ha annullato per violazione dei livelli essenziali sui LEA di cui all'Allegato n. 1.C, punto 9, del d.P.C.M. 29 novembre 2001 con riferimento agli anziani non autosufficienti e del principio di cui all'art. 32 della Costituzione, individuando nella disciplina recata dal provvedimento impugnato tre criticità: a) non tutte le persone, pur riconosciute "non autosufficienti" da un punto di vista prettamente sanitario (raggiungendo il punteggio di 5), possono accedere ai servizi socio-sanitari, in quanto è necessario il raggiungimento dell'ulteriore punteggio minimo di "19" all'esito della valutazione demandata all'Unità di valutazione geriatrica; b) anche coloro che hanno raggiunto il punteggio minimo di 19 potrebbero

essere fatti rientrare tra i casi “differibili” e quindi vedersi procrastinato, a tempo indeterminato, l’accesso ai servizi; c) perfino i casi riconosciuti come “urgenti”, e quindi con punteggio pari a 24 o superiore, potrebbero dover attendere fino a novanta giorni per l’accesso ai servizi. Il TAR non riconosce valida la giustificazione adottata dalla Regione in relazione all’obbligo di rispettare i vincoli di bilancio previsti per le Regioni sottoposte a piano di rientro. La sentenza osserva che “anche a voler sostenere che il divieto di maggiori spese nel settore sanitario trovi ora una copertura costituzionale nel nuovo testo dell’art. 81 Cost. o, per quello che concerne più direttamente le Regioni, nel nuovo testo dell’art. 119, comma 1, Cost. (quali modificati dalla legge cost. n. 1 del 2012, ma solo a decorrere dall’esercizio finanziario 2014) – conclusione, peraltro, tutta da dimostrare – riemergerebbe comunque la necessità di un suo bilanciamento con il diritto costituzionale alle prestazioni sanitarie di cui all’art. 32 Cost., bilanciamento che non potrebbe giammai concludersi con il totale azzeramento della seconda istanza”. Neppure è invocabile il disposto di cui all’art. 1, comma 280, lett. a, della legge n. 266 del 2005, il quale ammette che talune prestazioni pur riconducibili al catalogo dei LEA (ossia, al d.P.C.M. 29 novembre 2001) possano essere sottoposte a “tempi massimi di attesa”, nel quadro del c.d. Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa. Infatti, l’ultima edizione di tale Piano nazionale, valida per il triennio 2010 - 2012 (al cui rispetto la Regione sarebbe stata tenuta in base alla richiamata norma statale) pone come criterio centrale per la fissazione dei tempi massimi di attesa “quello dell’appropriatezza della risposta sanitaria, in uno con l’adeguatezza delle strategie di governo della domanda”, laddove le liste di attesa stabilite dalla d.G.R. n. 14-5999 del 25 giugno 2013 non possono dirsi “appropriate” rispetto agli obiettivi di intercettare il reale

bisogno di salute degli anziani non autosufficienti, posto che perfino i casi definiti urgenti sono destinati ad ottenere l'accesso alle prestazioni entro un termine "abnorme", né possono dirsi "adeguate" in punto di governo della domanda, in quanto solo una parte degli anziani è ammessa al godimento delle prestazioni.

La sentenza ha, invece, respinto il ricorso introduttivo con riferimento alla censura avverso la d.G.R. n. 45-4248, del 30 luglio 2012, Allegato n. 1, par. n. 8), per la parte riguardante la previsione sul percorso di continuità assistenziale nell'ambito di strutture residenziali socio-sanitarie laddove si prevedono tre fasi dei servizi residenziali extra-ospedalieri (fase intensiva, fase estensiva, fase di lungoassistenza), con fissazione di una durata massima (rispettivamente: 10 giorni, con tariffa giornaliera a carico del Servizio sanitario regionale; 20 giorni, con tariffa sempre a carico del Servizio sanitario regionale; 30 giorni, con quota di compartecipazione utente/Comune pari al 50%) e con la specificazione che, a partire dal 31° giorno della fase di lungoassistenza, la retta rimane "a carico totale della persona". Nello specifico, il TAR ha chiarito che quest'ultima previsione può essere interpretata in coerenza con le norme sui LEA di cui all'Allegato n. 1.C, punto 9, del d.P.C.M. 29 novembre 2001 e che le impugnate disposizioni devono leggersi nel senso che hanno previsto una degenza a totale carico del Servizio sanitario regionale fino ad un massimo di trenta giorni, articolati nelle prime due fasi (intensiva ed estensiva), ed una successiva degenza con compartecipazione dell'utente/Comune al 50% per altri trenta giorni (ciò, per la terza fase, quella di lungoassistenza), scaduti i quali si intende completato il percorso assistenziale in quanto si prevede la fine della non autosufficienza del paziente. Il TAR ha invece giudicato non fondato il motivo di ricorso, sostenendo che le disposizioni impugnate

“devono leggersi nel senso che, anche dopo il 60° giorno di degenza, la compartecipazione alla spesa dell’utente/Comune va mantenuta al 50% fintanto che l’anziano permanga nella condizione di non autosufficiente”, in coerenza con le norme sui LEA di cui all’Allegato n. 1.C, punto 9, del d.P.C.M. 29 novembre 2001. Il TAR ha poi rigettato la censura di illegittimità della previsione che pone a totale carico del paziente privo di convenzione i trasferimenti in ambulanza per l’effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche non reperibili presso la struttura ospitante, contenuta nell’Allegato A, par. n. 1.7, della d.G.R. n. 85-6287 del 2 agosto 2013, impugnata con i secondi motivi aggiunti, motivando che tale tipo di trasporto non rientra nell’ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e costituisce una prestazione di carattere strumentale ed accessorio rispetto a quelle più propriamente socio-sanitarie. Con riferimento alle censure riguardanti la d.G.R. n. 85-6287, del 2 agosto 2013 (di cui ai secondi motivi aggiunti) il TAR ha accolto il motivo concernente l’avvenuto aumento delle quote di compartecipazione della spesa al 50% tra Servizio sanitario regionale ed utente/Comune, per gli inserimenti nei Nuclei Alzheimer Temporanei (NAT) e nei Centri diurni per malati di Alzheimer. La decisione del TAR è motivata sul presupposto che il d.P.C.M. 29 novembre 2001, all’Allegato 1.C fa rientrare tra i LEA anche le attività socio-sanitarie a favore di persone con problemi psichiatrici, “categoria nella quale sono sicuramente da ascrivere i pazienti malati di Alzheimer”, con la conseguenza che tali attività vanno poste a totale carico del Servizio sanitario sia nelle ipotesi di assistenza domiciliare e semi-residenziale, sia in quelle di assistenza residenziale. Non fondato, invece, secondo il TAR, è il profilo concernente la mancata previsione del c.d. minimo vitale, perché le disposizioni al riguardo invocate dalle ricorrenti hanno

solo carattere programmatico. Generico, e quindi inammissibile, è infine il profilo di censura concernente un presunto difetto di istruttoria della d.G.R. n. 85-6287.

3. – Avverso la sentenza n. 199 del 31.1.2014 del TAR Piemonte la Regione Piemonte ha proposto ricorso in appello, riproducendo sostanzialmente le controdeduzioni già espresse nei confronti dell'originario ricorso e contestando in modo particolare i due profili accolti dal TAR. L'appellante osserva, in particolare, che il metodo delle graduatorie è volto a rendere sostenibile il sistema; che il sistema di presa in carico, per quanto riguarda i progetti di residenzialità, tiene comunque conto delle situazioni in cui si ravvisano caratteri di urgenza per aspetti sanitari o sociali che determinano una priorità di accesso; che affermare che il Piemonte non garantisce il rispetto dei LEA perché stabilisce, per i casi urgenti, una risposta entro 90 giorni significa ignorare che tale problematica riguarda tutte le Regioni, comprese quelle c.d. di eccellenza e non sottoposte a piano di rientro; che la delibera regionale 14-5999 trova i suoi fondamenti nel Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa 2010-2012; che, per quanto riguarda le tariffe, la Regione ha provveduto ad adeguare la quota a carico dell'utente o del Comune a quella prevista da d.P.C.M 29 novembre 2011, rispondendo alle richieste pervenute congiuntamente dal “tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali” e dal “Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza”; che lo stesso d.P.C.M. distingue con precisione le prestazioni dedicate ai disabili da quelle dedicate agli anziani.

4. - Il Comune di Nichelino ed altri interessati hanno proposto appello incidentale, notificato il 16 aprile 2014 e depositato in cancelleria in data

24 aprile, ribadendo, in sostanza, le censure formulate in primo grado con intervento ad adiuvandum, (che il TAR aveva dichiarato inammissibili nel presupposto che gli interventi ad adiuvandum non possano ampliare il thema decidendum, quale delimitato dall'atto introduttivo del giudizio), rivendicando un interesse "diretto e qualificato" alla partecipazione a questo giudizio e richiamandosi alla previsione contenuta nell'art. 32, comma 2, del Codice del processo amministrativo, che "attribuisce al giudice il potere di qualificazione dell'azione in base ai suoi elementi sostanziali". Gli appellanti incidentali lamentano che la Regione, pur avendo, con delibera 45/2012, previsto varie fasce di intensità assistenziale (alta-incrementata; alta; medio-alta; media; medio-bassa, bassa) abbia illegittimamente posto a carico dei Comuni la quota del 50% delle relative tariffe per tutti i livelli di intensità assistenziale, senza tener conto dell'incidenza dell'intervento sanitario nei diversi percorsi di cura. Tale decisione è stata presa "senza svolgere nessuna attività istruttoria od esternare alcuna motivazione". (In precedenza, l'alta intensità e l'alta intensità di livello incrementato erano poste a carico del SSN, rispettivamente, per il 54% e per il 57,7%). La delibera impugnata sarebbe illegittima anche per aver "omesso qualsivoglia considerazione dei soggetti privi di sostegno reddituale necessario ad accedere alle prestazioni di assistenza" (V. pagine 34 e 35 ricorso incidentale).

5. - Inoltre, sempre nella imminenza dell'esame cautelare nella camera di consiglio dell'8 maggio 2014 presso questa Sezione del Consiglio di Stato:

- si è costituito in data 17 aprile 2014 il Comune di Torino depositando successivamente memoria difensiva in data 3 maggio 2014;
- si sono costituite e hanno depositato documenti e memorie difensive

l'Associazione "Promozione Sociale" e l'Associazione Senza Limiti Onlus;

- la ASL Torino 1 ha depositato in data 5.5.2014 "atto di intervento con opposizione di terzo ex art. 108 e 109 CPA".

6. - Con ordinanza n. 1894 del 9.5.2014 il Consiglio di Stato ha accolto la domanda cautelare della Regione Piemonte sotto il profilo del danno e per l'effetto ha sospeso l'esecutività della sentenza impugnata, ritenendo che in presenza di inderogabili vincoli di bilancio il livello essenziale di assistenza sanitaria costituisce un vincolo di priorità all'interno delle risorse disponibili come indicato dalla Corte costituzionale secondo cui "il soddisfacimento di tali livelli non dipende solo dallo stanziamento di risorse, ma anche dalla loro allocazione e utilizzazione" (Corte cost., sent. n. 36 del 2013) e in tal senso non si pone (almeno immediatamente e ordinariamente) in conflitto con il principio generale e pervasivo dell'equilibrio di bilancio. Pertanto la verifica in sede di appello delle complesse argomentazioni svolte dal TAR nel censurare alcune delle scelte compiute dalla Regione comporta l'accertamento di vizi di legittimità e di appropriatezza nella distribuzione dei fondi disponibili previo accertamento di quali siano i parametri dei livelli essenziali chiamati in causa in tema di liste di attesa e di compartecipazione alla spesa da parte delle famiglie espressamente stabiliti come livelli essenziali a livello nazionale dal momento che gli aspetti specifici relativi ai livelli essenziali di cui si discute sono di ordine procedurale e quantitativo e non sono come tali immediatamente ricavabili dalle tabelle di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001. L'ordinanza ha pertanto disposto istruttoria per richiedere al Ministero della Salute e ad AGENAS quali siano "le indicazioni interpretative ricavabili in ambito nazionale ovvero concordate nella sede nazionale di

concertazione, in tema di liste d'attesa per la presa in carico dell'anziano non autosufficiente e di quote di compartecipazione alla spesa per gli aspetti che sono oggetto della pronuncia di accoglimento di cui alla sentenza n. 199/2014" per poter verificare se vi siano stati "usi inappropriati - nel senso proprio di cattivo uso delle risorse per altre finalità in campo sanitario o socio assistenziale" o se "gli aspetti regolati in tema di liste d'attesa e di tariffe di compartecipazione contrastino con parametri espressamente stabiliti come livelli essenziali".

7. - Il Ministero della Salute e AGENAS hanno depositato in data 21 luglio 2014 la loro relazione congiunta in risposta alla ordinanza istruttoria n. 1894 del 9.5.2014.

8. - In data 9.10.2014, l'Associazione Senza Limiti ONLUS (controinteressata) ha depositato memoria con la quale, senza prendere in considerazione la relazione istruttoria citata, lamenta l'infondatezza dei motivi d'appello e la violazione di legge statale (L. 27 dicembre 2002 n. 289, art. 54 e DGR 23 dicembre 2003 n. 51-11389) nonché la violazione dei livelli essenziali di assistenza di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001. In particolare contesta il sistema delle liste di attesa e la mancata previsione di un meccanismo di conoscibilità delle stesse e dei tempi stimabili per ottenere la collocazione in struttura con la conseguenza che tale sistema equivale ad una negazione del diritto della persona di fruire del livello essenziale di assistenza.

9. - La Asl Torino 1, nella memoria depositata in data 10.10.2014, aderisce alle risultanze della relazione istruttoria depositata dal Ministero della Salute e AGENAS e afferma che dalla relazione risulta pienamente dimostrato che il sistema è in linea con i principi e gli standard del SSN in tema di livelli essenziali. Si sottolinea che la d.G.R. n. 14-5999, del

25.6.2013 introduce positivamente "il grado di priorità" e infatti, come emerge dalle tabelle depositate, dal confronto fra i periodi gennaio-settembre 2013 e gennaio-settembre 2014 risulta che nel 2014 a fronte di un aumento dei giorni di degenza la spesa media è calata.

10. - Nella memoria depositata dal Comune di Nichelino ed altri, sempre in data 10.10.2014, si insiste per l'annullamento della d.G.R. n. 14-5999, del 25.6. 2013 e si sostiene:

- che la d.G.R. n. 14-5999, del 25.6.2013 richiama la delibera 10 marzo 2008 n. 42-8390, che prevedrebbe condizioni sociali estreme e disastrose affinché l'anziano possa accedere alla fattispecie dei casi urgenti (p. 8) in violazione dei livelli essenziali di assistenza e della stessa dignità di persona;

- che la d.G.R. n. 14-5999, del 25.6.2013 prevede un monitoraggio costante dei tempi di attesa, ma la Regione non ha adottato nei termini un provvedimento relativo ai "Tempi di attesa previsti".

11. – Il Comune di Torino nella memoria depositata in data 13 ottobre 2014 sostiene:

- che in risposta all'ordinanza – ove si chiede la "dimostrazione che vi siano stati usi inappropriati - nel senso proprio di cattivo uso delle risorse per altre finalità in campo sanitario o socio assistenziale" - vada richiamato quanto scritto in precedente memoria sull'avvenuta abrogazione, ad opera della DGR n. 85/2013, del punto 8 dell'Allegato 1 della DGR 45-4248/2012, che consentiva l'utilizzo delle Residenze Sanitarie Assistenziali per i percorsi di continuità assistenziale a seguito di dimissioni ospedaliere con un costo minore rispetto ai nuovi posti letto "CAVS organizzativi" che oltretutto prevedono il 100% della copertura a carico del SSN per tutti i 60 giorni (mentre l'articolo

abrogato ne prevedeva il 100% dal primo al 30esimo giorno e il 50% a carico del SSN dal 31esimo giorno al 60esimo);

- che come ha affermato il TAR nella sentenza impugnata il vincolo di bilancio non va risolto attraverso una violazione dei LEA ma con una diversa allocazione delle risorse disponibili;

- che con la successiva D.G.R. 26/2013 – impugnata con ricorso r.g. 431/2014 in altro giudizio in quanto non garantisce l'assistenza a domicilio degli anziani non autosufficienti – la Regione ha riclassificato come extra LEA le prestazioni domiciliari a favore delle persone non autosufficienti con la conseguenza che tali prestazioni sono riportate ad essere di carattere assistenziale soddisfacibili in relazione alle possibilità economiche dell'Ente di riferimento e cioè il Comune.

12. - La Associazione Promozione sociale, ricorrente in primo grado e attuale appellata, nella memoria depositata in data 13.10.2014, argomenta in ordine al rapporto tra equilibrio di bilancio e livelli essenziali, richiedendo al Collegio una rimeditazione rispetto a quanto sembra dedursi dalla ordinanza n. 1894/2014. Eccepisce poi l'inammissibilità e/o irricevibilità dell'appello della Regione per violazione dell'art. 101, comma 1, c.p.a. e dell'atto di intervento di ASL To 1 per carenza di legittimazione e tardività (perché quest'ultima sarebbe dovuta intervenire in primo grado). Nel merito sostiene:

- che la relazione depositata non risponde alle specifiche richieste del Collegio in ordine agli standard sulle liste di attesa e al regime dei malati di Alzheimer e esprime invece commenti non richiesti sulle delibere della Regione Piemonte;

- che le modalità previste per la formazione delle graduatorie rendono il diritto irraggiungibile e le liste d'attesa sono una negazione del diritto che va invece riconosciuto a tutti;

- che l'assistenza domiciliare non sempre è adeguata e, comunque, è difficile da ottenere e che il ricovero in ospedale aggrava le condizioni dei pazienti, è più costoso e, comunque, andrebbe prevenuto;
- che una indagine conoscitiva di ANASTE dimostra che molte ASL piemontesi non hanno utilizzato in toto i propri budget perché non prendono in carico pazienti che dovrebbero (come dimostrerebbe il prospetto depositato dalla ASL To 1);
- che, al contrario di quanto sostenuto dalla Regione e dalla relazione depositata, per i casi urgenti ci vogliono 180 giorni e non 90, in quanto chi presenta richiesta di intervento di sostegno della rete dei servizi socio-sanitari viene sottoposto ad una valutazione in due fasi (una per il riconoscimento di “persona non autosufficiente” e una a cura dell’UVG per individuare il “progetto residenziale”);
- che il sistema - che prevede l’assegnazione di 5 punti per non autosufficienza, più un massimo di 14 punti per condizioni sanitarie, più un massimo di altri 14 punti per condizioni sociali - comporta che anche ad un soggetto in gravissime condizioni sanitarie non venga riconosciuto il punteggio di 19 per accedere alla qualifica di "urgente" (p. 20);
- con riferimento agli anziani affetti da Alzheimer sostiene che i soggetti affetti da tale patologia debbano rientrare nell'area psichiatrica ove non è prevista alcuna compartecipazione alla spesa.

13. – La Regione Piemonte nella memoria depositata in data 13.10.2014, con riferimento alle ragioni dell’annullamento dell’Allegato A della d.G.R. n. 14-5999, del 25.6. 2013, afferma che non corrisponde al vero che la valutazione dell’assistito ai fini della presa in carico è articolata in due fasi. Al contrario l’UVG esegue entrambe le valutazioni in un’unica fase; aggiunge, inoltre, che tutti i soggetti non autosufficienti (cioè coloro che hanno un punteggio superiore a 5) accedono a un servizio

socio-sanitario che si differenzia tra domiciliare, semiresidenziale e residenziale; e che, se il punteggio assegnato risulta inferiore a 19, l'UVG riconosce un progetto semiresidenziale o domiciliare e può, al limite, riconoscere, motivando, anche un progetto residenziale; mentre se il punteggio risulta superiore a 19 l'UVG può riconoscere un progetto residenziale con priorità di accesso ripartita tra Urgente/Non urgente/Differibile. La Regione Piemonte ribadisce che in generale i criteri di riparto del Fondo Sanitario Regionale per il 2012 riflettono i parametri previsti dal riparto nazionale della proposta del Ministero della salute per il CIPE (p. 8 memoria).

14. - Alle memorie depositate in preparazione della udienza pubblica del 13 novembre sono successivamente presentate le seguenti osservazioni mediante memorie di replica:

– nella sua memoria di replica, la Associazione Promozione sociale deduce profili di inammissibilità sia dell'appello - in quanto non contesta in alcun modo la sentenza ma solo il ricorso in primo grado - sia della memoria da ultimo presentata dalla stessa Regione che solleva motivi non proposti con l'appello e neppure in primo grado;

– nella sua finale memoria di replica, il Comune di Torino sostiene: a) che i dati contenuti nella relazione ministeriale sull'adempienza ai LEA da parte della Regione non sono significativi perché si riferiscono a un periodo antecedente a quello in cui i provvedimenti impugnati hanno prodotto effetti; b) che la d.G.R. n. 14-5999, del 25.6. 2013, lungi dall'aver introdotto un positivo "grado di priorità", come asserito nella memoria depositata dalla ASL To1, pur avendo comportato un calo della spesa complessiva, ha determinato una crescita dell'utenza che è risultata minima e non un aumento virtuoso, come dimostrato dalla vertenza r.g. 3200/2014.

15. - La causa è stata chiamata e trattenuta in decisione all'udienza del 13 novembre 2014.

16. - L'appello è fondato nei limiti di cui alla seguente motivazione.

16.1. - Il Collegio esamina preliminarmente le seguenti questioni di ammissibilità:

- con riferimento alle questioni di inammissibilità dell'appello della Regione sollevate dalle parti resistenti, il Collegio ritiene che, sebbene la formulazione dell'appello risulti in gran parte sovrapponibile a quanto dedotto con riferimento al ricorso e ai motivi aggiunti proposti in primo grado, nel mezzo di gravame vengono comunque specificati i vizi da cui sarebbe affetta, secondo l'appellante, la sentenza del TAR (si veda, in particolare, pagina 3 dell'appello). Le specifiche affermazioni contenute in quest'ultima sono oggetto di puntuali contestazioni da parte della Regione (pagine 4 e 5 dell'atto di appello). Inoltre le stesse considerazioni difensive già esposte in primo grado vengono riproposte proprio perché, secondo quanto sostenuto dall'appellante, esse sarebbero state del tutto ignorate dal giudice, con la conseguenza che le obiezioni originariamente mosse nei confronti di quanto dedotto dai ricorrenti assumono anche il valore di argomentazioni a sostegno dell'appello. La tesi della inammissibilità dell'appello prospettata dalle parti resistenti non è confermata dall'attento esame dell'atto;

- la successiva memoria della Regione è anch'essa ammissibile dato che non contiene nuovi motivi ma solo argomentazioni a sostegno di motivi già presenti nell'appello tempestivamente presentato;

– è invece inammissibile l'appello incidentale del Comune di Nichelino nelle parti che riproducono i motivi già dichiarati inammissibili dal TAR in quanto non compresi nel ricorso e nei motivi aggiunti introdotti in

primo grado. Ci si può chiedere se il giudice di primo grado avrebbe potuto valutare la possibilità di qualificare come autonomo ricorso l'intervento del Comune di Nichelino in base alle disposizioni dell'art.32, comma 2, c.p.a.; a prescindere dalla applicabilità di questa norma, il giudice di primo grado non ha ritenuto di farlo, né è stato indotto a farlo da alcuna istanza della parte interessata. Di conseguenza la questione processuale viene proposta per la prima volta in appello e pertanto è certamente inammissibile come qualsiasi altra questione non proposta e non discussa in contraddittorio nel corso dell'esame in primo grado;

- è altresì inammissibile l'intervento di opposizione di terzo avanzato dalla ASL Torino, in quanto la parte non fa valere interessi autonomamente rilevanti ai fini della sua istanza di specifica tutela giurisdizionale, ma si limita a sostenere gli stessi interessi di cui già la Regione chiede tutela nelle modalità proprie dell'intervento ad adiuvandum, nei cui limiti l'intervento è invece ammissibile.

16.2. – Nel merito deve essere in primo luogo riconosciuta l'alta complessità delle questioni oggetto del presente giudizio e delle valutazioni conseguentemente operate dal TAR Piemonte. Bisogna dare atto al TAR di essersi pronunciato con piena consapevolezza della qualità delle questioni al suo esame, procedendo dapprima attraverso ordinanze di carattere cautelare e propulsivo recanti indicazioni per la correzione dei provvedimenti impugnati e di aver infine espresso una sentenza articolata e differenziata quanto agli esiti sui diversi motivi di merito. Il giudizio del TAR è imperniato su valutazioni relative al rispetto o alla violazione dei livelli essenziali (LEA) con riferimento alle statuizioni di cui all'Allegato n. 1. C, punto 9, del d.P.C.M. 29 novembre 2001, sostenute anche da criteri di ordine interpretativo. Il TAR ritiene

non valide le giustificazioni della Regione Piemonte che fanno riferimento agli stringenti vincoli di bilancio derivanti dal Piano di rientro, che non possono comunque valere di fronte alla violazione di livelli essenziali. Il TAR aggiunge che non si può nemmeno sostenere che “il divieto di maggiori spese nel settore sanitario trovi ora una copertura costituzionale nel nuovo testo dell’art. 81 Cost. o, per quello che concerne più direttamente le Regioni, nel nuovo testo dell’art. 119, comma 1, Cost., dato che riemergerebbe comunque la necessità di un suo bilanciamento con il diritto costituzionale alle prestazioni sanitarie di cui all’art. 32 Cost., bilanciamento che non potrebbe giammai concludersi con il totale azzeramento della seconda istanza”.

16.3. – Il giudizio del TAR deve essere ulteriormente approfondito alla luce della normativa vigente e della ampia giurisprudenza, soprattutto costituzionale, in tema di piani di rientro e di livelli essenziali. Occorre inoltre tener conto degli elementi informativi da ultimo richiesti con la ordinanza istruttoria di questa Sezione n. 1894 del 9 maggio 2014 alla competente direzione generale del Ministero della salute e ad Agenas sullo stato di definizione dei livelli essenziali relativi alle prestazioni socio-assistenziali riguardanti gli anziani non autosufficienti e i malati di Alzheimer, per gli aspetti procedurali relativi alla gestione delle liste di attesa non direttamente risultanti dal testo del d.P.C.M. 29 novembre 2001 ed ai criteri di appropriatezza nella loro applicazione, nonché per quelli di carattere interpretativo relativi alla posizione dei malati di Alzheimer; tutti aspetti sui quali il TAR ha riscontrato la violazione di livelli essenziali, da verificare sulla base di elementi integrativi del d.P.C.M. medesimo a livello nazionale e non nell’ambito di una singola Regione.

16.4. – Sul piano costituzionale va preliminarmente precisato che le

modifiche introdotte dalla legge costituzionale n. 1 del 2012 agli art. 81, 97 e 119 della Costituzione non influenzano il regime e i vincoli dei piani di rientro, che sono di molto antecedenti, né potrebbero comunque applicarsi al caso di specie dal momento che sono entrate in vigore solo il 1° gennaio 2014. Serve comunque a chiarire la complessità del quadro normativo e, in particolare, la molteplicità dei piani normativi che intervengono in materia la considerazione che tali modifiche rappresentano l'emersione in Costituzione di una seconda e più recente fase di accordi e relative normative nell'ambito della cosiddetta governance economico finanziaria della Unione Monetaria ("Semestre Europeo" (2010), "Fondo Salva-Stati" (2011), "Six Pact" (2011), "Fiscal Compact" (2012)). Quest'ordine di normative riguardano e regolano essenzialmente i processi politici e costituzionali in ambito europeo e nazionale. Esse si rivolgono quindi essenzialmente a governi e parlamenti concernendo le loro decisioni al più alto livello politico, con il particolare tipo di giuridicità intrisa di politicità che caratterizza questo altissimo livello normativo. Pertanto, anche se la normativa comunitaria citata è pro tempore vigente ai fini della controversia in esame, non giunge ad influenzarla, trattandosi di norme ad alta valenza politica, per di più ancora in fase di assestamento e in continua evoluzione interpretativa quanto agli effetti concreti che anno per anno determinano sui processi politici e decisionali di bilancio in ambito europeo e in ambito nazionale. Non è dunque questo il piano normativo in cui si colloca la vicenda in esame. Essa infatti si svolge ben all'interno dell'ordinamento italiano e del sistema di governo nazionale della finanza pubblica, come si è sviluppato fin dall'avvio del percorso verso la unificazione monetaria e che ha al suo centro procedure di bilancio e meccanismi applicativi che includono il vincolo ad obiettivi di

contenimento del debito e del disavanzo annuale (ci si riferisce quindi alla normativa nazionale conseguente ai processi attuativi della normativa comunitaria connessa alla unificazione monetaria dal Trattato di Maastricht, agli articoli 104 e poi 126 del Trattato della Unione europea concernente il divieto di disavanzi eccessivi, con protocolli annessi e relativi regolamenti attuativi che disciplinano e procedimentalizzano in modo crescente il patto di stabilità e crescita fino agli ultimi sviluppi sopra ricordati). Il contesto normativo da considerare è dunque quello che consegue alla normativa europea nell'ordinamento italiano: a) la legislazione sulle procedure di bilancio e la contabilità pubblica: definita dapprima con una successione di modifiche integrative alla legge di contabilità pubblica pro tempore - legge n. 468/1978 - e poi con una riforma dell'intero sistema della finanza pubblica che lo ridefinisce organicamente come sistema di rapporti tra Stato, autonomie e Unione Europea con la legge n.196 del 2009 e infine - oltre i termini di tempo utili ai fini della presente controversia - con la riforma costituzionale sopracitata e conseguente legislazione organica); b) per quanto riguarda in modo specifico le questioni oggetto di questo giudizio, norme e procedure specifiche sempre più articolate e penetranti per il controllo dei disavanzi nei settori cruciali della spesa pubblica ed in particolare nel settore della sanità.

16.5. - Questa evoluzione è segnata da una attenta ed equilibrata giurisprudenza della Corte costituzionale, che si è parallelamente sviluppata in questi anni sui temi della finanza pubblica e che si è oramai consolidata, assumendo caratteristiche di ordine sistematico (si richiamano in tema di coordinamento e controlli sulla finanza pubblica decentrata le sentenze n. 267 del 2006; n. 94 del 2009; n. 52 e n. 100 del

2010; n. 138 e n. 250 del 2013; n. 39, n. 40 e n. 85 del 2014, oltre alla giurisprudenza costituzionale citata a proposito del tema cruciale delle prestazioni sanitarie e socio assistenziali, rispettivamente con riferimento ai Piani di rientro al punto 16.7. ed ai livelli essenziali al punto 16.10.2.. Grazie alle caratteristiche sistematiche di questa giurisprudenza, questi sviluppi sono avvenuti in coerenza con il complessivo ordinamento costituzionale e quindi nel rispetto del quadro istituzionale, del sistema delle autonomie (tutelato in numerose sentenze), e, per quanto qui più interessa, del nucleo essenziale dei diritti fondamentali. Nella impostazione della Corte il vincolo di bilancio e il rispetto dei diritti fondamentali si commisurano l'uno con l'altro nel senso che il vincolo di bilancio deve includere il rispetto dei diritti e i diritti devono a loro volta commisurarsi ad un nucleo essenziale, che sia di fatto compatibile con una prospettiva di effettiva sostenibilità e di lunga durata. I valori che si confrontano all'interno dell'equilibrio di bilancio - come risultante contabile dell'ordinamento costituzionale e legislativo compreso il sistema delle autonomie - sono quindi tutti inderogabili e coessenziali, in quanto necessari per la legittimità e la effettività l'uno dell'altro. Può succedere che - in ambito legislativo o anche amministrativo - si violino i vincoli di bilancio o si determinino scostamenti rispetto ad obiettivi vincolanti ovvero, al contrario, che si spingano i vincoli di bilancio oltre i limiti della legalità costituzionale fino a intaccare lo spazio proprio ed essenziale dei diritti fondamentali: in entrambi i casi l'ordinamento predispone monitoraggi, controlli e meccanismi compensativi o comunque reattivi rispetto alle infrazioni, come avviene per ogni violazione dell'ordine giuridico. D'altro canto, nei sistemi costituzionali contemporanei, è certo che non vi è garanzia di effettività e di rispetto per i diritti fondamentali fuori da un

determinato equilibrio di bilancio democraticamente fissato (entrate, spese, e indebitamento autorizzato), che garantisca la sostenibilità e la durata dei diritti medesimi, coordini in vario modo i conti tra risorse e prestazioni e tra le generazioni presenti e quelle future, come spiega la giurisprudenza costituzionale di cui parliamo. Questa dialettica tra i valori più alti del nostro sistema costituzionale, tutti inderogabili e al tempo stesso tutti necessariamente attenti alle condizioni della loro effettiva implementazione e sostenibilità, si manifesta nel settore sanitario e socio-assistenziale con maggiore evidenza e con alta valenza simbolica e sostanziale.

16.6. - Per quanto concerne in particolare la sanità, il sistema di contenimento e controllo della spesa - come espressione dei sopra esposti principi - si è da tempo compiutamente configurato in via normativa fino a costituire un vero, organico e assai incisivo ordinamento di settore. Il punto di partenza può infatti individuarsi nel Patto della Salute del 2001; poi il sistema procede attraverso una serie di intese a scadenza triennale Stato Regioni seguite dal recepimento nella legislazione statale: l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, recepito dal decreto legge n. 347/2001 e dalla legge finanziaria per l'anno 2002 (legge n. 448/2001); la introduzione della procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali - che reca tra l'altro il meccanismo dell'incremento automatico delle aliquote fiscali in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo - (articolo 1, commi 174 e seguenti, della legge n. 311/2004), confermata dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005; il Patto per la Salute 2007-2009 (Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006) recepito dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296, legge finanziaria per il 2007; il Patto per la Salute 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009) recepito dall'articolo 2, commi 66-

105, della legge 191/2009 (legge finanziaria 2010); fino all'art. 15, comma 20, del decreto-legge 95/2012 che ha previsto per un ulteriore triennio, dal 2013 al 2015, che le Regioni in piano di rientro e non commissariate proseguano i programmi previsti nel piano di rientro.

16.7. - La Corte costituzionale ha in numerosissime sentenze (Cfr.: sentenza n. 193 del 2007; n. 139 e n. 237 del 2009; n. 52, n. 100 e n. 141 del 2010; n. 106, n. 123 e 163 del 2011; n. 32, n. 91, e n. 131 del 2012; n. 51, n. 79, n. 104 e n. 219 del 2013; n. 110 del 2014) confermato la piena legittimità costituzionale delle norme che stabiliscono limiti alla autonomia regionale ai fini del coordinamento della finanza pubblica e della salvaguardia degli obiettivi a cui lo stesso coordinamento è finalizzato. Tali sentenze hanno quindi sancito il carattere vincolante del piano di rientro esplicitamente stabilito in via legislativa. In particolare ne sono risultate confermate le seguenti norme: l'art. 1, comma 796, lettera b), della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2007), che prescrive che «gli interventi individuati dai programmi operativi di riorganizzazione, qualificazione o potenziamento del servizio sanitario regionale, necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, oggetto degli accordi di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni, come integrati dagli accordi di cui all'articolo 1, commi 278 e 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo (...)»; l'art. 2, commi 80 e 95, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2010), che prevede che «gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la

regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro». Nello stesso senso va con decisione la giurisprudenza del Consiglio di Stato lungo le linee fissate in via generale sugli atti di programmazione finanziaria dall'Adunanza plenaria con le decisioni 2 maggio 2006, n. 8, e 12 aprile 2012, n. 3 e n. 4, e poi - sui temi dell'applicazione dei piani di rientro - con la costante giurisprudenza di questa Sezione per la quale si vedano da ultimo le sentenze: Consiglio di Stato, sez. III, 7 gennaio 2014, n. 2, e 2 aprile 2014, n. 1582).

16.8. - In base alla esposta disciplina normativa, come convalidata e interpretata dalla Corte costituzionale e dalla giustizia amministrativa, il piano di rientro persegue contestualmente e paritariamente due ordini di obiettivi vincolanti e sottoposti a penetranti controlli nelle sedi nazionali, con conseguenti meccanismi premiali o sanzionatori: a) l'esigenza di ripristinare l'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale interessato; b) la necessità di salvaguardare il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni secondo gli standard acquisiti in campo nazionale. Per il controllo dell'effettivo e contestuale perseguimento di questi due ordini di obiettivi sono stati istituiti dalla intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005 - rispettivamente all'articolo 12 e all'articolo 9 - due Tavoli di monitoraggio: a) il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, coordinato da un rappresentante del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato; b) il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della salute. Entrambi i Tavoli di monitoraggio vedono la partecipazione dei due livelli di governo del settore sanitario, lo Stato e le Regioni, oltre che la partecipazione ed il supporto delle agenzie sanitarie, l'Agenzia

Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e l'Agencia Italiana del Farmaco (Aifa). La stessa definizione ed effettiva costante operatività del tavolo di monitoraggio dimostra che gli standard relativi ai livelli essenziali anche nei processi attuativi emergono da processi negoziali e determinativi a livello nazionale, secondo la logica intrinseca al livello essenziale, e non possono ovviamente essere definiti nell'ambito di singole Regioni.

16.9. – Nel contesto normativo della finanza pubblica, con particolare riferimento alla evoluzione in corso per il controllo dei flussi di spesa nel settore della sanità, si inquadra anche la parallela evoluzione delle definizioni normative di livello essenziale per le prestazioni di assistenza sanitaria e socio-sanitaria, fin dall'inizio incentrate sul criterio della massima appropriatezza (e quindi economicità), nella quale assume un crescente rilievo il collegamento della determinazione del livello essenziale stesso con la decisione sulle risorse disponibili:

- il d.lgs. n. 502/1992 definisce i Lea, all'art. 1, come l'insieme delle prestazioni che vengono garantite dal Servizio sanitario nazionale, a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, perché presentano, per specifiche condizioni cliniche, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, individuale o collettiva, a fronte delle risorse impiegate. Pertanto, sono escluse dai Lea le prestazioni, i servizi e le attività che non rispondono a necessità assistenziali, le prestazioni di efficacia non dimostrabile o che sono utilizzate in modo inappropriato rispetto alle condizioni cliniche dei pazienti e le prestazioni che, a parità di beneficio per i pazienti, comportano un impiego di risorse superiore ad altre (sono più costose di altre);

- l'art. 1, comma 2, dello stesso d.lgs. n. 502 del 1992, come modificato dal d.lgs. n. 229 del 1999, afferma significativamente che

“l’individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal SSN per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale è effettuata contestualmente all’individuazione delle risorse finanziarie destinate al servizio sanitario nazionale, nel rispetto della compatibilità finanziaria stabilite per l’intero sistema di finanza pubblica del DPEF”;

- l’allegato 4 al d.P.C.M. 29 novembre 2001, precisa che “si rileva la necessità di disporre di una metodologia omogenea nell’applicazione della normativa che sollecita le Regioni a realizzare l’equilibrio tra le risorse disponibili e l’articolazione delle prestazioni e dei servizi socio-sanitari da garantire attraverso i LEA”. In particolare appare indispensabile garantire che adeguati interventi sul tema dell’appropriatezza da parte delle Regioni siano in grado di prevenire e controllare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello assistenziale con conseguente scopertura di altri livelli assistenziali;

- la legge n. 311 del 2004 (art. 1, comma 169) demanda ad un regolamento governativo “l’individuazione degli standard qualitativi (strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito) e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza. Il regolamento è emanato, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale”, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze e “sentita” la Conferenza Stato regioni;

- la già richiamata Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 prevede l’istituzione, presso il Ministero della salute, del Comitato permanente per la verifica dell’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, cui è affidato il compito di verificare l’erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza in condizioni di appropriatezza e di efficienza nell’utilizzo

delle risorse, nonché la congruità tra le prestazioni da erogare e le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale;

- la legge n. 42/2009 di delega al Governo in materia di federalismo fiscale prevede come criterio direttivo all'art. 8, comma 1, lettera b) e lettera d), e comma 3, la commisurazione delle entrate fiscali delle Regioni anche al finanziamento integrale dei livelli essenziali delle prestazioni da erogare in condizioni di efficienza e appropriatezza e secondo costi standard;
- in attuazione della stessa delega, il decreto legislativo n. 68/2011 prevede nel capo IV la determinazione di costi e fabbisogni standard nel settore sanitario e all'art. 25, comma 2, e all'art. 26, comma 1, prevede che il fabbisogno sanitario standard sia determinato compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, allo scopo di assicurare i livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza. Al comma 2, lo stesso art. 26 determina il fabbisogno sanitario per gli anni 2011 e 2012 (di cui si tratta nel presente giudizio) nei termini stabiliti dalla legge n. 191/2009, legge finanziaria per il 2010, attuativa dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012 del 3 dicembre 2009, che all'art. 2, comma 66, precisa che la complessiva disciplina recata dalla legge in materia sanitaria è finalizzata a garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2010-2012 ed è posta in attuazione dell'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, sancita nella riunione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 3 dicembre 2009, nonché in funzione dell'esigenza di assicurare, da parte regionale, l'equilibrio economico-finanziario della gestione sanitaria in condizioni

di efficienza e appropriatezza.

16.10. – Come risulta dalla ricostruzione svolta dell'ordinamento di settore per la spesa sanitaria, i sistemi normativi che disciplinano piani di rientro e livelli essenziali sono tra loro coerenti e coordinati. Dal combinato disposto di tali sistemi normativi derivano i tre parametri per la valutazione delle delicate ed estremamente complesse questioni sollevate nella presente causa.

16.10.1. - In primo luogo, il livello essenziale è una prestazione caratterizzata da un livello uniforme che deve essere garantito a tutti i cittadini e che deve essere pertanto determinato a livello statale in rapporto alle risorse disponibili. Nei limiti in cui il livello essenziale non è determinato in modo preciso e tassativo da una fonte normativa abilitata, le singole prestazioni corrispondenti a livelli essenziali devono essere concretamente definite attraverso i processi attuativi, di monitoraggio, valutativi e negoziali, che si svolgono in ambito nazionale e già richiamati al punto 16.9. (non possono evidentemente essere definiti nell'ambito di ciascuna Regione, pur restando le singole regioni libere di determinare prestazioni aggiuntive, salvo il caso di disavanzi eccessivi). Agli stessi processi di rango nazionale deve essere necessariamente affidata la “uniforme” interpretazione dei livelli essenziali quali risultano fissati dal d.P.C.M. 29 novembre 2001, intorno ai quali verte la presente controversia. Vanno altresì considerate eventuali ulteriori norme sopravvenute in materia a livello statale, che possono concorrere a integrare lo specifico livello essenziale in questione anche senza formali modifiche al d.P.C.M.. Di conseguenza, in un caso come quello in esame, per i due motivi del ricorso in primo grado accolti dal TAR con riferimento alle liste di attesa e alla individuazione della categoria cui ascrivere i malati di Alzheimer, è

necessario integrare il dato normativo relativo al livello della prestazione, facendo riferimento alle prassi e ai criteri riconosciuti a livello nazionale o comunque definiti dalla competente autorità statale. A maggior ragione, quando oggetto della valutazione interpretativa sono i parametri di appropriatezza associati al livello essenziale. Non bastano nei casi dubbi le norme né i dati di esperienza che emergono dal confronto tra le parti in ambito regionale. La richiesta istruttoria rivolta da questa Sezione ai competenti organi statali è pertanto, nel caso di specie, un passaggio necessario, non esistendo agli atti sufficienti dati in ordine alla esatta configurazione del livello essenziale per gli aspetti ulteriori rispetto a quelli deducibili direttamente da norme vigenti.

16.10.2. - Per una Regione sottoposta a Piano di rientro la determinazione del livello essenziale “uniforme”, quale è precisata e circostanziata in ambito nazionale, costituisce un parametro decisivo anche sotto un altro profilo decisivo ai fini della controversia in esame. La giurisprudenza della Corte costituzionale ha infatti più volte chiarito che la implementazione di prestazioni ulteriori o superiori rispetto al livello essenziale, quale risulta stabilito in ambito nazionale, non è consentita se non è contemplata dal Piano di rientro (sentt. n. 123/2011, che elimina la possibilità di porre talune prestazioni di riabilitazione interamente - anziché al 70%, com'era stato sino ad allora - a carico del Fondo sanitario regionale; n. 32/2012, concernente prestazioni di soccorso ed elisoccorso superiori a quelle disposte a livello nazionale con riduzione di costo per i residenti nella Regione; n. 91/2012, concernente l'ampliamento di posti letto in Residenze sanitarie assistenziali (RSA) e in Residenze sociosanitarie assistenziali (RSSA); n. 104/2013, concernente rimborsi a cittadini affetti da patologie oncologiche). Da tale giurisprudenza si ricava che una

delimitazione o anche una riduzione delle prestazioni che sono al di sopra dei livelli essenziali non costituisce una loro violazione, ma al contrario, per una Regione sottoposta al Piano di rientro, costituisce un obbligo o un atto necessario, che può essere evitato solo previa dimostrazione della sua inutilità. Pertanto, gli atti di programmazione sanitaria e socio-assistenziale in attuazione del Piano di rientro comportano scelte di recupero o redistribuzione di risorse anche con riferimento ai LEA se questi sono erogati al di sopra degli standard nazionali.

16.10.3. – Una volta esclusa la sussistenza di una formale e diretta violazione di legge sui livelli essenziali, il terzo profilo concerne la valutazione di ragionevolezza e logicità delle scelte operate dalla Regione Piemonte nell'uso di risorse limitate attraverso il bilanciamento nell'uso tra diversi tipi di prestazioni e dei valori ad essi sottesi nonché attraverso la considerazione delle diverse alternative. E' evidente che, fuori dai vincoli relativi ai livelli essenziali e da oggettivi criteri di economicità e appropriatezza, quest'ordine di scelte rientra nella sfera di massima discrezionalità politico-amministrativa. Pertanto in ossequio al principio democratico, i soggetti abilitati dall'ordinamento ad attuare siffatta graduatoria di valori sono coloro che vantano la legittimazione elettorale e che rispondono in sede politica delle scelte effettuate. Rispetto a queste ultime il giudice può (e deve) esercitare il potere di controllo, con la cautela conseguente alla consapevolezza della estrema difficoltà delle scelte che spettano all'autorità politico-amministrativa e ai limiti della sua stessa conoscenza quando le questioni hanno portata politica generale e comportano scelte di vasta portata tra diverse alternative (di bilanciamento costi/benefici e di equa distribuzione dei sacrifici in varie ed eterogenee direzioni), alternative che quasi sempre,

salvo casi del tutto eccezionali, restano estranee al singolo giudizio. Perciò, il giudice deve – secondo i principi generali in presenza di sfere di forte discrezionalità - limitarsi a valutare se sussistono profili di evidente illogicità, di contraddittorietà, di ingiustizia manifesta, di arbitrarietà o di irragionevolezza della determinazione e dei modi di adozione della stessa; e non può esercitare un sindacato di dettaglio. Deve infatti affermarsi che, nelle valutazioni relative al recupero o alla redistribuzione di risorse derivanti dalla ridefinizione o riduzione delle prestazioni - per riportarle nei limiti risultanti dai LEA secondo la logica propria del Piano di rientro -, la discrezionalità da riconoscere alla autorità politico amministrativa è assai ampia.

16.11. – Passando ad applicare i tre parametri definiti al punto 16.10, va considerato per primo il riferimento al primo parametro relativo alla verifica di eventuali violazioni dei livelli essenziali delle prestazioni civili e sociali ex art. 117, comma 2, lettera m), Cost.. Deve osservarsi in primo luogo che la normativa statale sui livelli essenziali di assistenza ed in particolare, nel caso di specie, l'Allegato n. 1.C, punto 9, del d.P.C.M. 29 novembre 2001, non definisce i tempi e le modalità di erogazione per ciascuna delle prestazioni correlate a detti livelli e quindi non contiene riferimenti espliciti ai tempi di attesa, alle procedure, ai punteggi per la presa in carico degli assistiti e ai criteri da seguire. Anche in materia del regime da riservare ai malati da Alzheimer non vi sono specifici riferimenti nella normativa statale al livello essenziale in materia, così da rendere necessario estrapolare da altre norme di maggior latitudine la disciplina da applicare.

16.12. – Gli elementi informativi contenuti nella relazione prodotta dagli organi statali competenti confermano la mancanza di riferimenti normativi al riguardo e le persistenti difficoltà nella definizione di

standard nazionali per l'area socio sanitaria:

- per quanto riguarda le procedure per la presa in carico, la relazione precisa in particolare che “i tempi di attesa per l'accesso alle residenze sanitarie assistenziali (RSA) da parte delle persone anziane non autosufficienti non sono oggetto dei PNGLA 2010-2012 e non rientrano nelle attività di monitoraggio di AGENAS” e - che “gli accordi e le intese stipulate in sede di Conferenza Stato-Regioni sulle liste di attesa (14/2/2002, 11/7/2012, 28/3/2006, 28/10/2010) pur non avendo mai affrontato l'ambito residenziale e semiresidenziale, hanno sempre considerato la centralità dei criteri di appropriatezza e della priorità di accesso in ragione al fabbisogno di salute, come principi fondamentali nel sistema sanitario nazionale”. Quanto ai dati relativi alla posizione della Regione Piemonte, in sede di verifica per il mantenimento dell'erogazione dei LEA per l'anno 2012 (ultimo anno disponibile) la Regione risulta adempiente sia con riferimento ai posti “equivalenti” (e cioè per giornate di assistenza disponibili e attivi in strutture assistenziali), in quanto sono 16,70 ogni 1000 anziani e il dato risulta sempre in aumento negli anni recenti, sia con riferimento ai posti attivi in strutture residenziali che sono 26,80 per 1000 anziani. La Regione Piemonte “ha una presenza di anziani superiore alla media nazionale” e “destina ad assistenza territoriale per le persone anziane una quota di risorse superiore alla media nazionale”, “inferiore solo a Lombardia ed Emilia Romagna”; che tale quota “presenta valori crescenti nel triennio 2010-2012”;

- per quanto riguarda il regime per i casi di Alzheimer, la relazione dà conto di una situazione rimasta del tutto incerta per quanto attiene alla definizione di uno specifico livello essenziale e aperta ad una prossima soluzione. E' al riguardo significativo quanto potenzialmente previsto

dal d.P.C.M. del 24 aprile 2008, che aveva provveduto all'aggiornamento LEA, ma non era mai entrato in vigore per il fatto che il nuovo Governo - dopo lo svolgimento delle elezioni politiche - aveva ritenuto di non insistere chiedendo la registrazione la riserva dopo che la Corte dei Conti non lo aveva registrato per mancanza della copertura finanziaria. Il d.P.C.M. non aveva infatti adottato la linea di omologazione ai pazienti psichiatrici (scelta dal TAR Piemonte), ma aveva previsto una norma ad hoc prevedendo un livello di compartecipazione pari al 40% per le persone con demenza senile. A distanza di 6 anni, la relazione trasmessa a seguito della ordinanza istruttoria di questa Sezione registra sul punto in discussione la perdurante assenza di specifiche indicazioni (da parte della normativa nazionale) e constata che le Regioni hanno previsto e regolamentato in maniera differente i centri Alzheimer. La questione è infatti in discussione al nuovo tavolo Regioni-Ministero costituito per il nuovo Patto della salute 2014- 2016. La questione non può essere risolta dal giudice in via meramente interpretativa, assimilando i malati di Alzheimer alla disciplina dei malati psichiatrici prevista dallo stesso d.P.C.M. 29 novembre 2001 - come ha ritenuto di fare il TAR - dal momento che la questione risulta quanto mai dibattuta nelle sedi competenti, che non sono ancora giunte ad una definizione. Pertanto anche in materia di Alzheimer non emergono elementi che accreditino la esistenza di uno specifico livello essenziale nel senso indicato dal TAR, distinto dagli anziani non autosufficienti, pur restando ferma per tutta questa vasta categoria di assistiti la necessità di approfondire la problematica delle prestazioni ad alta intensità come esposto alla fine del successivo punto 16.20.

16.13. – Sulla base quindi dei soli dati informativi contenuti nella

relazione istruttoria - e dunque prescindendo dalle considerazioni valutative, contestate dalle parti resistenti all'appello - si può escludere che allo stato siano configurabili formali livelli essenziali definiti su base normativa sugli aspetti individuati dal TAR, né che siano fino ad ora emersi nei processi attuativi e negoziali che caratterizzano l'evolversi di questa materia elementi integrativi, che consentano di riscontrare per i vari profili considerati violazioni di parametri individuati come livelli essenziali.

16.14. – Le conclusioni del TAR, non risultando validamente motivate sotto il profilo della formale violazione di legge relativa a livelli essenziali come pronunciato dallo stesso Tribunale, devono tuttavia valutarsi sotto i concorrenti profili di appropriatezza e ragionevolezza delle soluzioni adottate dalla Regione Piemonte, che potrebbero giustificare le stesse conclusioni.

16.15. – Si tratta infatti di valutare l'esercizio di criteri di appropriatezza e ragionevolezza nello svolgimento delle attività di riduzione e di razionalizzazione al fine del contenimento della spesa nell'ambito del piano di rientro quanto alle prestazioni per le quali non sussiste il limite del vincolo del livello essenziale secondo la giurisprudenza della Corte costituzionale citata al punto 16.10.2. in merito a quello qui definito come "secondo parametro" di valutazione ai fini della decisione della presente causa. I dati forniti dalla relazione ministeriale in ordine alle prestazioni oggetto del giudizio confermano la esistenza di margini di riduzione di prestazioni ulteriori rispetto ai livelli essenziali per come sono rilevabili in ambito nazionale. Per quanto riguarda le prestazioni residenziali la Regione Piemonte risulta essere nella fascia più alta tra le Regioni italiane dai dati desumibili dal monitoraggio sullo stato di attuazione dei livelli essenziali per il 2012 di recente pubblicato dal

Ministero della sanità. In materia di prestazioni residenziali i criteri di miglioramento dei livelli di appropriatezza richiedono di ridurle a beneficio di quelle di assistenza (sanitaria o socio-assistenziale) domiciliare e semiresidenziale nei limiti in cui non siano necessarie. Tale criterio generale di appropriatezza si accentua ulteriormente nel caso degli anziani non autosufficienti, dove l'esperienza dimostra la tensione – di cui le procedure non possono non tener conto – conseguente ad una separazione di interessi tra gli anziani assistiti e le loro famiglie nella individuazione della migliore soluzione per il caso singolo, nel senso che le famiglie potrebbero spingere per la piena istituzionalizzazione dell'assistito anche ove sussistono le condizioni per la permanenza presso il nucleo familiare e le ragioni per il trattamento domiciliare o semiresidenziale (la permanenza presso il nucleo familiare come finalità da privilegiare anche con interventi di sostegno è considerata da norme e da sentenze della Corte costituzionale: si veda in via esemplificativa la sentenza n. 296 del 2012). Tutto ciò concorre a confermare le motivazioni addotte dalla Regione a supporto delle procedure adottate per la presa in carico degli anziani non autosufficienti ai fini del ricovero presso strutture residenziali, salva la verifica di ragionevolezza e di specifica appropriatezza delle misure adottate nel caso di specie. Ne risulta quindi comprovata la esistenza di margini utilizzabili ai fini di quel particolare tipo di razionalizzazione della spesa che il Piano di rientro necessariamente richiede e che comporta la ragionevole ripartizione dei costi del rientro, applicando nel modo più rigoroso i criteri di appropriatezza ed anche riducendo le prestazioni ulteriori rispetto ai livelli essenziali.

16.16. - Il TAR, accogliendo parzialmente i motivi aggiunti dell'originario ricorso in primo grado, ha annullato l'allegato A alla

d.G.R. 14-5999 del 25 giugno 2013, osservando che dalla relativa disciplina “deriva un quadro normativo denotato, a tutta evidenza, da carenze non accettabili, e quindi illegittime, a fronte del diritto degli anziani non autosufficienti – diritto sancito dall’ordinamento e in particolare dalla normativa sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza – di vedersi garantite cure ed assistenza socio-sanitarie almeno nella misura minima imposta per legge e direttamente derivante dal”nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dall’art. 32 Cost.”.

16.17. – A sostegno di queste conclusioni il giudice di primo grado individua tre “criticità” della disciplina contenuta nell’allegato della delibera regionale, sopra richiamate al punto 2, che non risultano condivisibili per le ragioni dette in questo e nei due punti successivi.

Per quanto concerne la prima criticità, non è vero, innanzitutto, che le persone riconosciute “non autosufficienti” da un punto di vista strettamente sanitario (avendo ottenuto il punteggio “5” nell’apposita valutazione sanitaria) non possono accedere ai servizi socio-sanitari se non raggiungono l’ulteriore punteggio minimo di 19 “all’esito della valutazione demandata all’UVG”. Infatti, nel paragrafo “Valutazione” del predetto allegato è espressamente indicato che al termine della valutazione della Commissione dell’unità di valutazione geriatrica “per i casi riconosciuti quali persone non autosufficienti, deve essere individuata la risposta adeguata tra i progetti residenziale, semiresidenziale e domiciliare”. E’ evidente, quindi, che il TAR identifica, impropriamente, l’accesso ai servizi socio sanitari con l’accesso ad una sola delle modalità in cui questi si articolano e cioè a quella dei servizi residenziali. Né può certo sostenersi che tutte le persone non autosufficienti abbiano, per ciò stesso, diritto ad accedere ai servizi residenziali, perché l’inserimento in strutture residenziali di

soggetti non autosufficienti in grado di essere efficacemente assistiti in strutture semiresidenziali o a domicilio risulterebbe una misura del tutto inappropriata, oltre che eccessivamente costosa e di fatto inapplicabile per l'enorme dilatazione del numero di posti letto che comporterebbe.

16.18. - Il TAR, nell'individuare la seconda criticità della disciplina annullata, osserva che anche coloro che raggiungono il punteggio minimo di 19 potrebbero essere fatti rientrare fra i casi 'differibili' e quindi vedersi procrastinato, a tempo indeterminato, l'accesso ai servizi" (recte: l'accesso ai servizi residenziali). Neanche questa osservazione può costituire valido motivo per considerare irragionevole e quindi illegittima la disciplina contenuta nell'allegato alla delibera regionale. Come ricordato dall'appellante, la formazione di liste di attesa ai fini della fruizione di determinate prestazioni sanitarie è fenomeno noto, che è stato anche oggetto dell'attenzione del legislatore nazionale (articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266) e della conseguente adozione di intese, fra Governo e regioni, per la fissazione di piani triennali volti al "contenimento" delle liste. E' proprio a questo quadro normativo che fanno espresso riferimento le premesse contenute nella delibera regionale 14-5999 del 25 giugno 2013, in cui vengono anche richiamati alcuni criteri e principi condivisibili del Piano socio sanitario regionale 2010-2012, ove, fra l'altro, si ricorda che "Il fenomeno delle liste d'attesa è presente in tutti gli Stati dove insiste un sistema sanitario universalistico e che offra un livello di assistenza avanzato" e si sottolinea che "non esistono soluzioni semplici e univoche, ma vanno poste in essere azioni complesse e articolate, considerando in particolare la promozione del principio di appropriatezza nelle sue due dimensioni clinica e organizzativa", che "la soluzione del problema non può essere meramente quantitativa sul

versante dell'organizzazione dell'offerta e dei volumi della produzione, ma deve coniugare il bisogno espresso con adeguate strategie di governo della domanda, che tenga conto di rigorosi criteri sia di appropriatezza che di priorità delle prestazioni" e, infine, che: "L'obiettivo deve essere quello di promuovere la capacità del S.S.N. di intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'appropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei Lea". La delibera regionale del 25 giugno 2013, adottata al fine di dare esecuzione all'ordinanza del TAR Piemonte 141/2013 del 27 marzo 2013, prevede, richiamando le indicazioni del Piano nazionale per il contenimento delle liste d'attesa, un sistema di valutazione e di attribuzione di punteggi per tutte le persone anziane non autosufficienti interessate ad un intervento di sostegno della rete dei servizi socio-sanitari. Il sistema prevede un preventivo giudizio del medico di medicina generale, che deve verificare, sulla base della propria conoscenza del quadro clinico-assistenziale e socio-familiare dell'assistito "se sussistono concrete necessità per le quali si possa richiedere una valutazione socio-sanitaria di non autosufficienza, la presentazione della domanda da parte dell'interessato e la conseguente valutazione da parte della Commissione U.V.G., al termine della quale, come già ricordato, deve essere individuata la risposta adeguata tra i progetti residenziale, semiresidenziale e domiciliare. La persona viene riconosciuta non autosufficiente se consegue una valutazione sanitaria pari o superiore a 5, sulla base di scale che esprimono indici di dipendenza da altri nello svolgimento di attività quotidiane e di disturbi cognitivi e comportamentali. Se, sommando al punteggio relativo alla valutazione sanitaria quello relativo alla valutazione sociale, riguardante la situazione di bisogno connessa alla condizione socio-economica, ambientale e

assistenziale dell'anziano, anche in relazione alla sua famiglia, la persona non autosufficiente consegue un punteggio almeno pari a 19, può accedere senz'altro a un progetto residenziale. E' soprattutto rilevante il fatto che tale punteggio minimo non costituisce affatto una soglia di sbarramento assoluta: l'allegato A, infatti, stabilisce che "l'U.V.G. potrà comunque individuare un progetto residenziale anche per casi con punteggio inferiore a 19, dichiarando espressamente i motivi per i quali ritiene appropriato l'inserimento in struttura residenziale". In sostanza, il sistema previsto dalla delibera regionale del 25 giugno 2013, se da un lato prevede una valutazione e un'attribuzione di punteggio per verificare che la persona anziana sia effettivamente non autosufficiente e per regolare l'accesso alle strutture residenziali sulla base degli effettivi bisogni sanitari e sociali dei richiedenti, dall'altro assicura la presa in carico di tutti gli anziani non autosufficienti attraverso progetti alternativi semiresidenziali e domiciliari e consente all'organo di valutazione di prevedere l'accesso alla struttura residenziale anche a favore di anziani che, pur non raggiungendo il punteggio minimo complessivo di 19 punti, presentino condizioni particolari che rendano appropriata tale soluzione.

16.19. - Quanto alla terza criticità individuata dal TAR, chiarito che la disciplina della delibera regionale 14-5999, quale risulta dalla sua letterale formulazione, consente a qualsiasi anziano non autosufficiente di accedere alla struttura residenziale ove questa soluzione venga giudicata, nel caso concreto, come la più appropriata fra quelle che possono essere offerte dalla rete dei servizi socio-sanitari, occorre verificare se i tempi di risposta della struttura pubblica alle richieste avanzate dagli interessati di accedere a una struttura residenziale e, più, in generale, i tempi di presa in carico degli anziani non autosufficienti siano compatibili con il

vigente quadro normativo o siano invece tali da compromettere sostanzialmente il diritto alla salute garantito dai livelli essenziali di assistenza, come ritenuto dal giudice di primo grado. Al paragrafo “La presa in carico residenziale”, l’allegato A alla delibera regionale in esame enuncia, innanzi tutto, il principio fondamentale secondo cui il sistema di presa in carico, per quanto riguarda i progetti di residenzialità, “terrà comunque conto delle situazioni in cui si ravvisano caratteri di urgenza per aspetti sanitari e/o sociali che determinano una priorità di accesso”. Il paragrafo prosegue rilevando che compete, quindi all’U.V.G., sulla base dei bisogni assistenziali emersi in sede di valutazione assegnare al progetto assistenziale un “grado di priorità” tra “urgente”, “non urgente” e “differibile”. A prescindere dalla terminologia utilizzata, che può apparire fuorviante - perché le “urgenze” sono trattate in sede ospedaliera - le tre aggettivazioni scandiscono in sostanza una graduatoria di priorità. L’allegato, infatti, definisce i criteri per individuare il grado di priorità: innanzitutto stabilisce che sono considerati “casi urgenti” quelli per i quali la valutazione complessiva dell’U.V.G. assegna un punteggio pari o superiore a 24, ma subito precisa che “L’U.V.G. potrà, comunque assegnare un grado di priorità “urgente” anche a casi con punteggio inferiore a 24, qualora ricorrano le specifiche condizioni indicate dal testo (alta complessità assistenziale sanitaria e sociale; alta complessità sanitaria; gravissimo disagio sociale e/o socioeconomico, ivi compresi gli anziani non autosufficienti già valutati dall’U.V.G. e inseriti in struttura autonomamente); chiarisce poi che i casi non urgenti sono quelli che presentano significativi problemi sanitari con moderati bisogni assistenziali, mentre i casi differibili sono quelli con parziale perdita di autonomia nella gestione delle attività della vita quotidiana con presenza di supporto parentale e/o amicale. Nel

successivo paragrafo, recante il titolo “Tempi di risposta della rete di servizi socio-sanitari”, l'allegato A alla delibera 14-5999 stabilisce che: “I Progetti ai quali è stato riconosciuto un grado di priorità ‘Urgente’ dovranno trovare risposta attuativa entro 90 giorni dalla valutazione. Per i Progetti per i quali è stato riconosciuto un grado di priorità ‘Non urgente’, viene individuato il tempo standard di risposta da un anno dalla valutazione. I Progetti per i quali è stato riconosciuto un grado di priorità ‘Differibile’, in relazione al modesto grado di gravità e/o al buon grado di supporto della rete parentale o del reddito disponibile, non hanno un tempo di risposta, ma dovranno essere monitorati periodicamente, al fine di valutare se la situazione di contesto sia significativamente mutata o se deve essere effettuata una nuova valutazione da parte dell’U.V.G.”. Con riguardo a tali previsioni, il giudice di primo grado sostiene che: “Il differimento sine die delle prestazioni, ovvero la possibilità, per i casi definiti ‘urgenti’, di un’attesa fino a 90 giorni, determinano un’evidente compromissione dei LEA per soggetti i quali invece”, in base al d.P.C.M. 29 novembre 2001, “avrebbero diritto ad ottenere le prestazioni”. A giudizio dello stesso TAR, poi, “è anche evidente che, date le particolari caratteristiche dei soggetti coinvolti (a causa della loro età e delle patologie sofferte) un’attesa eccessivamente protratta nel tempo (come nella specie) può quasi sicuramente equivalere ad una negazione definitiva del diritto, andando così in manifesto contrasto con il ‘nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana’ (cfr. Corte cost. sent. n. 509 del 2000)”. Queste affermazioni del giudice di primo grado non possono essere condivise, dato che, in primo luogo, il termine di 90 giorni è previsto come termine massimo entro cui la rete dei servizi socio-sanitari deve dare

risposta attuativa a ogni progetto residenziale che abbia carattere di priorità "Urgente". Si tratta di una disposizione il cui scopo primario è quello di fissare un termine entro il quale, pur in presenza di liste di attesa, l'interessato potrà comunque accedere alla struttura residenziale. Si tratta, quindi, deduttivamente, di una norma che intende essere di garanzia per l'assistito e che pertanto va interpretata nel senso che l'attuazione del progetto residenziale deve aver luogo nel tempo minimo possibile e nel caso peggiore, nel termine massimo previsto dall'allegato A alla delibera regionale. In questo senso non si riscontrano elementi di irragionevolezza e di violazione dei LEA, anche in considerazione del fatto che un termine massimo di 90 giorni - se si considerano realisticamente i tempi medi in altre regioni per quanto desumibile dagli atti e sulla base della comune esperienza - gioca in concreto a favore dell'assistito. Neanche il fatto che per i casi differibili non sia previsto un tempo di risposta può automaticamente indurre a ritenere che siano violati i livelli di assistenza. La disciplina in esame prevede, infatti, l'obbligo di un periodico monitoraggio, diretto a valutare se vi sia un mutamento delle condizioni che avevano portato la Commissione all'assegnazione del più basso dei gradi di priorità. Anche se l'allegato non specifica se la nuova valutazione possa essere indotta anche da una motivata richiesta del soggetto interessato, tale dubbio deve essere risolto in senso positivo, dal momento che la disciplina obbliga a tenere "comunque" conto delle situazioni in cui si ravvisano caratteri di urgenza per aspetti sanitari e/o sociali che determinano una priorità di accesso.

16.20. – Con riferimento al secondo profilo accolto in sede di esame dei motivi aggiunti in primo grado, il TAR ha giudicato illegittima anche la d.G.R. n. 85-627 del 2 agosto 2013, nella parte in cui prevede la quota di

compartecipazione utente/comune nella misura del 50% per gli inserimenti di soggetti anziani nei nuclei Alzheimer temporanei (NAT) e nei centri diurni per malati di Alzheimer. Ricordato, incidentalmente, che la precedente disciplina aveva previsto quote di compartecipazione diverse e più favorevoli per l'utente, il TAR osserva che il d.P.C.M. 29 novembre 2001, all'Allegato 1 C fa rientrare tra i LEA anche le attività socio-sanitarie a favore di persone con problemi psichiatrici, "categoria nella quale sono sicuramente da ascrivere i pazienti malati di Alzheimer", ponendole a totale carico del Servizio sanitario nazionale sia nell'ipotesi di assistenza domiciliare e semidomiciliare (punti 7 e 8) sia in quella di assistenza residenziale (con un'unica eccezione che non riguarderebbe la fattispecie oggetto della presente controversia) deve rilevarsi che la motivazione che il TAR pone a fondamento del giudizio di illegittimità della delibera non è condivisibile. La riconduzione dei malati di Alzheimer all'area dei malati psichiatrici compiuta dal giudice appare una forzatura rispetto alla mancata definizione in sede nazionale e al dibattito in corso da anni sulla individuazione della soluzione più idonea, anche differenziata in relazione ai diversi stadi della malattia e alla esigenza di trattamenti di diversa intensità secondo l'orientamento già emerso in sede di elaborazione del d.P.C.M. 23 aprile 2008, mai entrato in vigore (in quanto non registrato per mancanza della copertura finanziaria), che prevedeva una compartecipazione del 40% anche per i trattamenti estensivi. In questa situazione di incertezza non è illogico e non può certamente essere considerato, illegittimo che, mancando uno specifico riferimento ai malati di Alzheimer nel d.P.C.M. 29 novembre 2001, la Regione abbia considerato il trattamento di tali malati come rientrante nel trattamento delle persone anziane non autosufficienti. In ogni caso resta fermo che il citato d.P.C.M. individua una quota di

compartecipazione per le prestazioni residenziali terapeutiche a bassa intensità assistenziale, mentre pone a totale carico del Servizio sanitario nazionale le prestazioni sanitarie in fase intensiva ed estensiva. Ne consegue che allo stato la compartecipazione prevista dalla delibera 85-6287/2013 può considerarsi legittima interpretandola nel senso che la quota di compartecipazione non si applica per i trattamenti concernenti tale tipo di prestazioni con le modalità indicate nelle competenti sedi nazionali.

17. – L'appello principale deve pertanto essere accolto nei limiti di cui in motivazione riferibili in particolare alle considerazioni infine svolte ai punti 16.19 e 16.20. L'appello incidentale è inammissibile per le ragioni indicate al punto 16.1. e per il resto è respinto in base alle stesse motivazioni esposte per l'appello principale.

18. – In relazione alla natura e alla complessità della materia oltre all'alternativo andamento del giudizio, le spese tra le parti devono essere compensate per i due gradi.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza) definitivamente pronunciando sull'appello, come in epigrafe proposto, accoglie l'appello principale nei limiti di cui in motivazione e, per l'effetto, in riforma della sentenza impugnata, respinge il ricorso in primo grado.

Dichiara in parte inammissibile e in parte respinge l'appello incidentale.
Spese compensate.

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa.

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 13 novembre 2014 con l'intervento dei magistrati:

Gianpiero Paolo Cirillo, Presidente

Carlo Deodato, Consigliere

Salvatore Cacace, Consigliere

Roberto Capuzzi, Consigliere

Alessandro Palanza, Consigliere, Estensore

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 06/02/2015

IL SEGRETARIO

(Art. 89, co. 3, cod. proc. amm.)