



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

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte

(Sezione Seconda)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 431 del 2014, proposto da:

COMUNE DI TORINO, rappresentato e difeso dall'avv. Marialaura Piovano, con domicilio eletto presso Maria Laura Piovano in Torino, Via Corte D'Appello, 16;

contro

REGIONE PIEMONTE, rappresentata e difesa dall'avv. Giovanna Scollo, con domicilio eletto presso Giovanna Scollo in Torino, piazza Castello, 153;
AZIENDA SANITARIA LOCALE TO2;

per l'annullamento

previa parziale sospensione in via cautelare dell'efficacia,

- della deliberazione della Giunta Regionale Piemonte n. 25-6992 del 30 dicembre 2013 pubblicata nel BUR del 6.02.2014 n. 6 avente ad oggetto "Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge 135/2012", e

previa sospensione in via cautelare dell'efficacia

- della deliberazione della Giunta Regionale del Piemonte n. 26-6993 del 30 dicembre 2013 pubblicata sul BUR del 6.02.2014 n. 6 avente ad oggetto "Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti",
- della deliberazione della Giunta Regionale del Piemonte n. 5-7035 del 27 gennaio 2014 pubblicata sul BUR del 13.02.2014 n. 7 avente ad oggetto "Criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza",
- della Determinazione Dirigenziale del Direttore Regionale delle Politiche sociali e politiche per la famiglia della Regione Piemonte n. 23 del 28 gennaio 2014 avente ad oggetto "Fondo per la gestione del sistema integrato di interventi sociali. Impegno di euro 29.648.736,67 sul capitolo 153157/2010", della Determinazione Dirigenziale del Direttore Regionale delle Politiche sociali e politiche per la famiglia della Regione Piemonte n. 32 dell'11.2.2014 e della Determinazione Dirigenziale del Direttore Regionale delle Politiche sociali e politiche per la famiglia della Regione Piemonte n. 43 del 25.02.2014, non ancora pubblicate;
- nonché di tutti gli altri ulteriori atti lesivi dei diritti ed interessi dell'Ente ricorrente, ancorchè interni e non noti, preordinati, presupposti, consequenziali e, comunque, connessi.

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio della Regione Piemonte;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 14 gennaio 2015 il dott. Antonino Masaracchia e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

1. Nel presente giudizio sono impugnate alcune delibere della Giunta

regionale del Piemonte che, tra la fine del 2013 e l'inizio del 2014, al fine di raggiungere gli obiettivi strutturali del Piano di rientro dal disavanzo della spesa sanitaria, hanno approvato per gli anni 2013-2015 gli appositi "programmi operativi" (di cui all'art. 11, comma 1, del decreto-legge n. 78 del 2010, convertito in legge n. 122 del 2010, ed all'art. 15, comma 20, del decreto-legge n. 95 del 2012, convertito in legge n. 135 del 2012). Nel far ciò, queste delibere hanno previsto, tra le altre cose, una riorganizzazione del sistema di prestazioni domiciliari in favore degli anziani non autosufficienti, soprattutto con riguardo all'erogazione delle provvidenze finanziarie a sostegno della domiciliarità.

Si tratta, nel dettaglio, della d.G.R. n. 25-6992, del 30 dicembre 2013 (con la quale, all'Allegato A, al par. n. 14.4.2, è stata prevista una "Riorganizzazione, riqualificazione ed implementazione dell'assistenza territoriale per anziani", con esplicito riferimento alle prestazioni finalizzate al "mantenimento a domicilio delle persone non autosufficienti"), della d.G.R. n. 26-6993, del 30 dicembre 2013 (recante "Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza a favore delle persone non autosufficienti"), e della d.G.R. n. 5-7035, del 27 gennaio 2014 (recante "Criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungoassistenza").

Oggetto di impugnazione, inoltre, sono anche alcune determinazioni dirigenziali (la d.d. n. 23, del 28 gennaio 2014; la d.d. n. 32, dell'11 febbraio 2014; la d.d. n. 43, del 25 febbraio 2014) con le quali sono state ripartite, tra le varie ASL regionali, le somme disponibili per l'erogazione delle prestazioni domiciliari in lungo-assistenza. Tutto questo, peraltro, si iscrive in un preciso quadro di riorganizzazione finanziaria del sistema sanitario regionale, per il quale uno degli elementi portanti (imposto, come si vedrà, dai vincoli del Patto di rientro dai disavanzi della spesa sanitaria) è l'eliminazione di tutte quelle prestazioni definibili come "extra LEA" (ossia, come non ricomprese tra i Livelli Essenziali di Assistenza): aspetto, quest'ultimo, ben rappresentato dalla precedente d.d. 19 novembre 2013, n.

933, recante “*Ricognizione costi extra LEA anno 2012*”, con la quale, tra l’altro, è stata individuata come prestazione “extra LEA” l’erogazione del c.d. assegno di cura o dei contributi economici pari al 50% del valore delle prestazioni di assistenza tutelare finalizzate a garantire la permanenza del paziente non autosufficiente presso il proprio domicilio.

Ciò di cui si duole il ricorrente Comune di Torino (nella sua qualità di Ente gestore dei servizi socio-assistenziali per il territorio), in sostanza, è che gli atti impugnati avrebbero “riclassificato come interventi aggiuntivi ai LEA (e quindi qualificandoli ‘EXTRA LEA’) i cosiddetti assegni di cura e molte altre prestazioni finora garantite al domicilio a favore delle persone non autosufficienti riconoscendo come prestazione LEA solo quella resa da operatori sociosanitari (OSS), nonostante la partecipazione economica del Servizio Sanitario Regionale riguardasse, nella misura del 50%, gli oneri di tutte le prestazioni domiciliari di ‘aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona’”. Tale affermazione trova in effetti riscontro in quanto si legge al par. n. 14.4.2 dell’Allegato A all’impugnata d.G.R. n. 25-6992, del 30 dicembre 2013, laddove, con riguardo alle prestazioni domiciliari rese in favore degli anziani non autosufficienti, si afferma: “*La compartecipazione dell’utente/Comune avviene esclusivamente sulle prestazioni socio-sanitarie di assistenza tutelare alla persona e non su quelle puramente sanitarie, mediche, infermieristiche e riabilitative. Sulle suddette prestazioni socio-sanitarie di assistenza tutelare, l’A.S.L. assume a proprio carico il 50% del costo, definito con riferimento al costo/orario OSS, mentre il restante 50% è a carico dell’utente/Comune*”: dal che è quindi chiaro che le prestazioni di “assistenza tutelare” rese da operatori non professionali (ossia, non da infermieri o da operatori socio-sanitari- OSS), come ad esempio da badanti o dagli stessi familiari del paziente, non vengono considerate a carico del servizio sanitario. La conseguenza è che il contributo monetario a sostegno della domiciliarità, che prima era erogato dalle ASL per rimborsare i familiari delle spese sostenute per l’assistenza al

soggetto non autosufficiente, viene interamente accollato, con decorrenza 1° gennaio 2014, al comparto assistenziale, ossia agli utenti ovvero ai Comuni e/o ai Consorzi comunali nella loro nuova veste di Enti capofila dei progetti a sostegno della domiciliarità.

2. Degli atti impugnati il Comune ricorrente ha chiesto l'annullamento, previa sospensione cautelare, per i seguenti motivi di legittimità:

- violazione dei principi di partecipazione, di leale cooperazione istituzionale e di coinvolgimento delle Autonomie locali: ciò, in particolare, per la mancata acquisizione del parere della Conferenza Permanente Regione-Autonomie Locali, di cui all'art. 6 della legge della Regione Piemonte n. 34 del 1998;

- violazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (c.d. LEA) dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, con particolare riguardo alle "prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona", contemplati dal d.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1.C, par. n. 7, lett. e: ciò in quanto, secondo il ricorrente, tale definizione dovrebbe essere intesa nel senso di includere anche le prestazioni rese da operatori non professionali; si contesta anche la falsa applicazione dell'art. 3, comma 3, del d.lgs. n. 502 del 1992 in quanto l'istituto della "delega" ivi contemplato (dagli Enti locali alle ASL) riguarderebbe la gestione delle sole attività socio-assistenziali e non anche di quelle socio-sanitarie. Viene qui anche richiamata la legge regionale n. 10 del 2010 (recante "*Servizi domiciliari per persone non autosufficienti*"), la quale esplicitamente ricomprende, tra le prestazioni di lungo-assistenza nella fase di cronicità, non solo le prestazioni professionali ma anche quelle, non professionali, di "*assistenza familiare*", inclusi i "*servizi di tregua*" ("*consistenti in prestazioni domiciliari finalizzate ad alleviare gli oneri di cura da parte della famiglia*"), di "*affidamento diurno*", di "*telesoccorso*" e di "*fornitura di pasti, servizi di lavanderia, interventi di pulizia, igiene, piccole manutenzioni e adattamenti dell'abitazione*" (art. 2, comma 3, lett. b, della citata legge regionale);

- violazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (c.d. LEA), sotto altro profilo: nella rimodulazione delle prestazioni essenziali così intrapresa si staglierebbe anche un vizio di contraddittorietà rispetto a quanto previsto dalle precedenti d.G.R. n. 51/2003, n. 39/2009 e n. 56/2010;
- violazione del “nucleo irriducibile” del diritto alla salute di cui all’art. 32 Cost.; illogicità e ingiustizia manifesta;
- violazione delle norme generali di contabilità pubblica, per mancata indicazione dell’entità della copertura finanziaria imposta agli Enti locali;
- violazione (sotto altro profilo) dei principi di partecipazione, di leale cooperazione istituzionale e di coinvolgimento delle Autonomie locali: ciò, per il mancato parere della Conferenza Permanente per la Programmazione Socio-Sanitaria, di cui all’art. 108 della legge della Regione Piemonte n. 44 del 2000;
- eccesso di potere per sviamento, travisamento di circostanze di fatto e dei presupposti giuridici, difetto di istruttoria e di motivazione, contraddittorietà, illogicità.

3. Si è costituita in giudizio la Regione Piemonte, in persona del Presidente *pro tempore* della Giunta regionale, depositando documenti e concludendo per il rigetto delle avversarie censure.

L’amministrazione, in particolare, ha invocato la vincolatività degli accordi di cui all’art. 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004, finalizzati al contenimento della spesa sanitaria ed al ripianamento dei debiti delle Regioni che si trovano, come il Piemonte, in stato di disavanzo della spesa sanitaria. Nello specifico, si tratterebbe del Piano di Rientro dal disavanzo, stipulato dalla Regione Piemonte il 29 luglio 2010, successivamente corredato da apposito Programma Attuativo e relativo Addendum, e delle conseguenti determinazioni del “Tavolo Tecnico per la Verifica degli Adempimenti Regionali”, unitamente al Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, i quali, nel verbale del 23 luglio

2013, hanno imposto alla Regione Piemonte, tra l'altro, "l'obbligo di eliminazione delle prestazioni extra-LEA a decorrere dal 2014".

4. Con memoria depositata il 17 ottobre 2014 il Comune ricorrente ha ribadito le proprie argomentazioni, alla luce delle difese svolte dalla Regione.

Con ordinanza n. 403 del 2014 questo TAR, nel pronunciarsi sull'istanza cautelare ai sensi dell'art. 55, comma 10, cod. proc. amm., ha provveduto alla sollecita fissazione del giudizio di merito.

Alla pubblica udienza del 14 gennaio 2015, quindi, la causa è stata trattenuta in decisione.

5. Il ricorso è fondato.

5.1. Questione centrale, nella presente controversia, è l'interpretazione della nozione "assistenza tutelare alla persona" di cui al d.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1.C, par. n. 7, lett. e.

Con tale perifrasi, invero, questa fonte regolamentare – in attuazione della generale previsione di cui all'art. 1, comma 6, del d.lgs. n. 502 del 1992, nonché dell'art. 6 del decreto-legge n. 347 del 2001, convertito in legge n. 405 del 2001 – ha indicato un gruppo di prestazioni che, con riferimento al micro-livello di assistenza domiciliare, a sua volta rientrante nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, sono da considerarsi "Livello Essenziale" ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. m, Cost., come tale non comprimibile e la cui erogazione deve essere garantita dal Servizio Sanitario, a livelli uniformi, su tutto il territorio nazionale. Si tratta, come è noto, di prestazioni che sono erogate o a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente (così l'art. 1, comma 3, del d.lgs. n. 502 del 1992): i livelli così stabiliti sono stati poi confermati, a livello legislativo, dall'art. 54 della legge n. 289 del 2002. Nello specifico, si stabilisce che queste prestazioni di "assistenza tutelare

NB

alla persona” siano poste a carico, per il 50%, del Servizio sanitario e, per il restante 50%, dell’utente/Comune.

La questione da affrontare è se con tale perifrasi siano state indicate anche le prestazioni, fornite da persone prive di un attestato professionale (e quindi diverse dall’operatore socio-sanitario: ad es., assistente familiare, badante, familiari medesimi, ecc.), finalizzate ad assistere il paziente non autosufficiente nei vari momenti della sua vita domiciliare, sia da un punto di vista sanitario (mediante la mera somministrazione di farmaci, qualora necessari), sia soprattutto da un punto di vista sociale (mediante, ad esempio, la cura della sua persona, il soddisfacimento dei suoi bisogni primari, la preparazione e l’assistenza durante i pasti, l’assistenza nei movimenti, ecc.). Secondo la Regione resistente le parole “*assistenza tutelare alla persona*” si riferirebbero unicamente all’assistenza fornita da operatori in possesso di una specifica formazione professionale, quindi da infermieri o da operatori socio-sanitari: pertanto, la quota a carico del Servizio sanitario non coprirebbe le prestazioni di assistenza tutelare che siano rese da operatori non professionali, con conseguente loro riconduzione negli “extra LEA” e soppressione delle provvidenze economiche fin qui garantite (e loro integrale accollo al comparto assistenziale: utenti e/o Comuni). Secondo il Comune ricorrente, invece, anche le prestazioni di assistenza tutelare messe in atto da operatori non professionali sarebbero da ricondurre ai LEA, con conseguente mantenimento del 50% del loro costo a carico del Servizio sanitario.

→ 5.2. Il Collegio ritiene esatta questa seconda prospettazione.

A ciò conduce, infatti, un’interpretazione costituzionalmente orientata della perifrasi utilizzata dal d.P.C.M. 29 novembre 2001, alla luce del significato da attribuire alla salute come “fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività”, tutelato dalla Repubblica ai sensi dell’art. 32 Cost., e declinato anche alla luce del dovere di solidarietà sociale di cui all’art. 2 Cost., nonché

ai sensi dell'art. 1, comma 1, del d.lgs. n. 502 del 1992.

Quest'ultima norma, in particolare, attribuisce al Servizio Sanitario Nazionale il compito di rendere effettiva la tutela costituzionalmente richiesta: e ciò deve avvenire, afferma la norma, *“nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana”*. Orbene, ritiene il Collegio che le prestazioni di cui si discute, aventi natura di *“prestazioni sociali a rilevanza sanitaria”* (definite, dall'art. 3-septies, comma 2, lett. b, del d.lgs. n. 502 del 1992, come *“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”*), siano per l'appunto strettamente funzionali non solo ai bisogni di cura della persona anziana non autosufficiente (art. 32 Cost.), ma anche alla preservazione della sua dignità in un momento particolarmente difficile della sua vita (art. 1 d.lgs. n. 502 del 1992), allorché è maggiormente necessario che la collettività si faccia carico dei propri doveri di solidarietà costituzionalmente imposti (art. 2 Cost.) al fine di approntare tutti i mezzi possibili per alleviare il pregiudizio fisico ed esistenziale dell'assistito. Come affermato in giurisprudenza, del resto, il diritto ai trattamenti sanitari (ovvero anche socio-sanitari) necessari per la tutela della salute è bensì condizionato dalle esigenze di bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti, salva, in ogni caso, la garanzia di un nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione, come ambito inviolabile della dignità umana, il quale impone di escludere la determinazione di situazioni prive di tutela, che possano pregiudicare l'attuazione di quel diritto (così, da ultimo, TAR Calabria, Catanzaro, sez. I, sent. n. 931 del 2013). Questo, del resto, è precisamente l'insegnamento della Corte costituzionale (cfr. sent. n. 252 del 2001, ed altre successive) la quale ha anche affermato che, se pure è vero che la tutela del diritto alla salute, nel suo aspetto di pretesa all'erogazione di prestazioni, “non può non subire i condizionamenti che lo stesso legislatore incontra nel

distribuire le risorse finanziarie delle quali dispone”, è vero però anche che
“le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel
bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da
comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla
Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana” (così le sentt. n.
455 del 1990, n. 267 del 1998, n. 309 del 1999, n. 509 del 2000, n. 432 del
2005, n. 354 del 2008).

Ne deriva che, a fronte di una definizione normativa di uno specifico Livello Essenziale di Assistenza che appaia del tutto generica ed indeterminata, senza alcun preciso riferimento alle prestazioni che ne costituiscono il contenuto – come accade, nella specie, con riguardo all’astratta definizione di “*assistenza tutelare alla persona*” – l’interprete deve prediligere quel significato che sia maggiormente in linea con le istanze, di rilievo costituzionale, appena menzionate, al fine di non pregiudicare, in concreto, quel “nucleo irriducibile” del diritto alla salute che, in quanto diritto primario e fondamentale ai sensi dell’art. 32 Cost., “domanda piena ed esaustiva tutela” (così Corte cost., sent. n. 992 del 1988). E quindi, il dilemma se le prestazioni non professionali debbano o meno essere ricomprese nella generica definizione di cui al d.P.C.M. 29 novembre 2001 non può che essere risolto in senso positivo: ciò, in particolare, sulla scorta di un ragionamento ermeneutico sia letterale sia sistematico il quale – per un verso – evidenzia che simili prestazioni non risultano espressamente escluse dalla pur generica definizione normativa (la quale, è bene precisare, fa comunque riferimento alla funzione da esercitare e non anche al profilo professionale specifico richiesto per il suo esercizio) e – per altro verso – valorizza le istanze di tutela direttamente discendenti dalla Carta costituzionale.

5.3. In conclusione, deve pertanto ritenersi che – come sostenuto dal ricorrente – le prestazioni non professionali di assistenza tutelare alla

persona rientrino appieno nei Livelli Essenziali di Assistenza, quali delineati dalla normativa statale di riferimento (d.P.C.M. 29 novembre 2001), con la conseguenza che il 50% del loro costo deve essere posto a carico del Servizio sanitario e non certo accollato al comparto assistenziale.

Del resto, come di recente statuito da questa Sezione (TAR Piemonte, sez. II, sent. n. 199 del 2014) il contenuto minimo, costituzionalmente imposto, del diritto alla salute (e, per quello che qui rileva, del diritto all'assistenza socio-sanitaria) non può non essere identificato proprio nei Livelli Essenziali di Assistenza, quali attualmente delineati dal legislatore statale nell'esercizio della propria competenza legislativa esclusiva in materia di *“determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”* (art. 117, comma 2, lett. m, Cost.). Come ha di recente statuito la Corte costituzionale, peraltro, “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): se davvero, pertanto, l'esecuzione del programma di solidarietà sancito in Costituzione (e ormai avviato anche dalla legge che ha previsto i LEA) incontra ostacoli di natura economico-finanziaria per l'obiettiva carenza di risorse stanziabili (vieppiù nello scenario di una Regione sottoposta a Patto di rientro dai disavanzi della spesa sanitaria, come il Piemonte), il rimedio più immediato non è la violazione dei LEA ma è una diversa allocazione delle risorse disponibili, che spetta alle singole amministrazioni (nel caso, alla Regione) predisporre in modo tale da contemperare i vari interessi costituzionalmente protetti che domandano realizzazione (cfr. TAR Piemonte, sent. n. 199 del 2014, cit.).

6. Il ricorso deve essere pertanto accolto, con assorbimento delle restanti censure, e con conseguente annullamento degli atti impugnati nella parte in cui, nel qualificare come “extra LEA” le prestazioni non professionali di assistenza tutelare alla persona, hanno stabilito il venir meno delle

provvidenze in precedenza garantite ai sensi della normativa sui LEA.
In considerazione della complessità e della parziale novità delle questioni trattate, peraltro, il Collegio stima equo disporre la compensazione delle spese di lite. A norma dell'art. 13, comma 6-bis.1, del d.P.R. n. 115 del 2002, tuttavia, l'amministrazione resistente deve essere condannata alla refusione del contributo unificato versato dal Comune ricorrente per la presente causa.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte, Sezione seconda, definitivamente pronunciando.

Accoglie il ricorso in epigrafe e, per l'effetto, annulla gli atti impugnati nella parte indicata in motivazione.

Spese compensate, salva la restituzione del contributo unificato.

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

Così deciso in Torino nella camera di consiglio del giorno 14 gennaio 2015 con l'intervento dei magistrati:

Vincenzo Salamone, Presidente

Roberta Ravasio, Primo Referendario

Antonino Masaracchia, Primo Referendario, Estensore

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 29/01/2015

IL SEGRETARIO

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