



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 983 del 2012, integrato da motivi aggiunti, proposto da:

ASSOCIAZIONE PROMOZIONE SOCIALE, U.T.I.M. - UNIONE PER LA TUTELA DEGLI INSUFFICIENTI MENTALI, U.L.C.E.S. - UNIONE PER LA LOTTA CONTRO L'EMARGINAZIONE SOCIALE, rappresentate e difese dall'avv. Roberto Carapelle, con domicilio eletto presso Roberto Carapelle in Torino, via San Pio V, 20;

contro

REGIONE PIEMONTE, rappresentata e difesa dall'avv. Giovanna Scollo, con domicilio eletto presso Giovanna Scollo in Torino, piazza Castello, 165;

e con l'intervento di

ad adiuvandum:

ASSOCIAZIONE ALZHEIMER PIEMONTE, A.G.A.F.H. - ASSOCIAZIONE GENITORI ADULTI E FANCIULLI HANDICAPPATI, ASSOCIAZIONE VOLONTARI G.R.H. - GENITORI RAGAZZI HANDICAPPATI, CITTADINANZA ATTIVA REGIONE PIEMONTE O.N.L.U.S., SINDACATO PENSIONATI ITALIANI C.G.I.L. DELLA PROVINCIA DI TORINO, rappresentati e difesi dall'avv. Roberto Carapelle, con domicilio eletto presso Roberto Carapelle in Torino, via San Pio V, 20;
COMUNE DI NICHELINO, COMUNE DI COLLEGNO, COMUNE DI GRUGLIASCO, COMUNE DI MONCALIERI, COMUNE DI RIVOLI, CONSORZIO INTERCOMUNALE SOCIO-ASSISTENZIALE "CISA 12", CONSORZIO SERVIZI IN.RE.TE., CONSORZIO INTERCOMUNALE DI SERVIZI- CIDIS, CONSORZIO INTERCOMUNALE DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI- UNIONE DEI COMUNI DEL CIRIACESE E DEL BASSO CANAVESE, CONSORZIO INTERCOMUNALE SERVIZI SOCIALI DI PINEROLO, CONSORZIO "MONVISO SOLIDALE", CONSORZIO SOCIO ASSISTENZIALE DEL CUNEESE, CONSORZIO PER I SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI DELLE VALLI GRANA E MAIRA, CONSORZIO DEI SERVIZI SOCIO-ASSISTENZIALI DEL CHIERESE, COMUNITÀ MONTANA DELLE ALPI DEL MARE, COMUNE DI CARMAGNOLA, COMUNE DI LA LOGGIA,

COMUNE DI PINEROLO, rappresentati e difesi dall'avv. Giuseppe Michieletto, con domicilio eletto presso T.A.R. Piemonte Segreteria in Torino, corso Stati Uniti, 45;
COMUNE DI TORINO, rappresentato e difeso dagli avv. Donatella Spinelli, Marialaura Piovano, con domicilio eletto presso Donatella Spinelli in Torino, via Corte D'Appello, 16;
ASSOCIAZIONE SENZA LIMITI O.N.L.U.S., RINA BORIN, MICHELE SCHIENA, MARIA OGNIBENE, MARIA ROLANDO, rappresentati e difesi dall'avv. Roberto Cavallo Perin, con domicilio eletto presso Roberto Cavallo Perin in Torino, via Bogino, 9;

per l'annullamento

- della deliberazione della Giunta Regionale Piemonte 30 luglio 2012 n. 45-4248 avente ad oggetto: "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";

- del parere favorevole reso dal C.O.RE.SA. nella seduta del 24/05/2012;

- di qualunque altro atto presupposto, connesso e consequenziale a quello impugnato; nonchè per la declaratoria di nullità e/o inefficacia e/o per l'annullamento

previa sospensione in via cautelare dell'efficacia

- della nota prot. n. 9113/DB1900 in data 14/12/2012 della Direzione Politiche Sociali per la Famiglia della Regione Piemonte, avente ad oggetto "chiarimenti relativi all'applicazione delle D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012";

- di qualunque altro atto presupposto, connesso e consequenziale a quello impugnato, con particolare riferimento alle disposizioni contenute nella D.G.R. n. 42-8390 del 10/03/08;

nonchè per l'annullamento, previa sospensione in via cautelare dell'efficacia,

- della deliberazione della Giunta Regionale Piemonte 25 giugno 2013 n. 14-5999 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";

- di qualunque altro atto presupposto, connesso e consequenziale a quello impugnato; nonchè per l'annullamento,

previa (parziale) sospensione in via cautelare dell'efficacia,

- della deliberazione della Giunta Regionale Piemonte 2 agosto 2013 n. 85-6287 avente ad oggetto "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";

- di qualunque altro atto presupposto, connesso e consequenziale a quello impugnato.

Visti il ricorso, i motivi aggiunti 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 15 gennaio 2014 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

1. Con il ricorso introduttivo della presente causa le associazioni ricorrenti – in quanto formazioni sociali prive di scopo di lucro, aventi quale scopo statutario la promozione e la difesa, sotto diverse ma analoghe forme, delle categorie sociali più deboli come i minori, gli handicappati, gli insufficienti mentali, gli anziani non autosufficienti – 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?”*, insieme al parere favorevole reso dal CO.RE.SA. (Consiglio Regionale di Sanità ed Assistenza) nella seduta del 24 maggio 2012.

L'impugnato *“nuovo modello”*, nel superare quello in precedenza introdotto con d.G.R. n- 17-15226 del 30 marzo 2005, si è concentrato sulla rete delle strutture socio-sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti, proponendosi di migliorare gli *“aspetti di flessibilità del servizio”* e quelli di *“integrazione con il servizio di continuità assistenziale”*, sulla scorta di quanto previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale approvato il 3 aprile 2012. Il tutto, peraltro, 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”*). Obiettivi specifici della revisione organizzativa, in particolare, sarebbero a) una *“maggiore flessibilità progettuale, organizzativa, gestionale e strutturale, al fine di renderlo maggiormente adeguato ai variegati bisogni che attualmente connotano la popolazione anziana non autosufficiente”*; b) un *“più efficiente utilizzo delle risorse sanitarie al fine di incrementare i posti letto convenzionabili”*; c) fornire appropriate risposte *“alle esigenze di continuità assistenziale degli anziani in dimissione al termine dei ricoveri ospedalieri”*. Si è, infine, demandato ad un successivo provvedimento la definizione del modello di remunerazione delle prestazioni di assistenza residenziale (c.d. piano tariffario).

2. I motivi di impugnazione si dirigono avverso tre specifici contenuti del nuovo piano di organizzazione.

Anzitutto, sono oggetto di contestazione le previsioni riguardanti il percorso di continuità assistenziale nell'ambito di strutture residenziali socio-sanitarie (Allegato n. 1, par. n. 8, della d.G.R.), 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%). Si prevede però

che, a partire dal 31° giorno della fase di lungoassistenza, la retta rimane “*a carico totale della persona*”. Vengono in proposito avanzate le censure di irragionevolezza (in quanto “la durata massima di una fase terapeutico-assistenziale non può essere fissata in via astratta da una deliberazione regionale”), di violazione degli artt. 22 e 23, commi 3 e 5, della legge della Regione Piemonte n. 1 del 2004 (norme che, per l’accesso ai servizi, richiedono una previa “*valutazione del bisogno che garantisca interventi e servizi appropriati e personalizzati*” e che stabilisca la durata dell’intervento, senza spazio quindi per un’astratta durata predefinita), di contraddittorietà intrinseca (rispetto all’obiettivo di “*flessibilità*” fatto proprio dalla medesima d.G.R.), e di violazione dei LEA per l’area dell’integrazione socio-sanitaria (d.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato n. 1.C) anche sotto il profilo di una violazione “a contrario” dell’art. 23 Cost.

Con specifico riferimento alla “*presa in carico*” dell’anziano, poi, l’impugnata d.G.R. è contestata nella parte in cui essa prevede 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*”, con la specificazione che “*Le graduatorie devono essere aggiornate sulla base dell’inserimento nelle liste d’attesa dei nuovi valutati, sulla base degli avvenuti inserimenti, dei decessi, delle dimissioni/trasferimenti e delle rivalutazioni effettuate in seguito alle variazioni delle condizioni sanitarie e/o sociali*” (così l’Allegato n. 6, paragrafo “*Selezione e attivazione*”). Le associazioni ricorrenti si riferiscono qui, nuovamente, alla violazione dei LEA, parlando di “*illegittimo diniego di prestazioni obbligatorie, le quali vengono ad essere posticipate sine die, in base ad una non meglio precisata indisponibilità delle risorse*”.

Oggetto di contestazione è, infine, la previsione per la quale i pazienti che non fruiscono dell’integrazione tariffaria (da parte dell’ente gestore delle funzioni socio-assistenziali) devono provvedere in proprio al pagamento dei trasferimenti in ambulanza per l’effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche (Allegato n. 1, par. n. 5.5, ultimo cpv.). Si tratterebbe, secondo le ricorrenti, di vere e proprie “*prestazioni sanitarie*” le quali non potrebbero essere poste a carico del paziente; e si solleva anche un profilo di disparità di trattamento tra utenti, “*in quanto il pagamento del trasferimento è dovuto esclusivamente da coloro che – per scelta del medico – debbono effettuare esami che non sono erogati direttamente nell’ambito della struttura residenziale*”.

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 del gravame.

Nel segnalare che le disposizioni contestate “sono in realtà presenti anche in delibere precedenti” mai impugnate, la Regione evidenzia la necessità di non confondere “*le cure sanitarie con l’assistenza*” e si riferisce anch’essa alla normativa sui LEA precisando – quanto al primo dei tre profili di impugnazione – che, dopo la durata massima di sessanta giorni delle prestazioni, i costi graveranno sull’utente “*salvo che le condizioni di disabilità si consolidino in una vera e propria condizione di non autosufficienza*” nel qual caso verranno attivati “*percorsi di lungo periodo anche in RSA con la compartecipazione del SSN per il 50%*”. Sulle graduatorie per la presa in carico degli anziani la Regione si richiama “*ad insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica*”, precisando comunque “*la percorribilità di ipotesi*

alternative anche di tipo domiciliare”. Quanto infine ai trasporti in ambulanza, le censure di parte ricorrente non sarebbero supportate “da alcun riferimento normativo o giurisdizionale”.

Ne è seguita una memoria di replica delle ricorrenti, depositata il 16 novembre 2012.

4. Con ordinanza n. 609 del 2012 questo TAR ha accolto parzialmente la domanda cautelare, con esclusivo riferimento all’istituzione delle liste di attesa per la presa in carico dell’anziano non autosufficiente, in accoglimento della censura incentrata sulla violazione dei LEA.

5. Nelle more del giudizio 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 *de quibus*, che – vista la sospensione cautelare, *in parte qua*, dell’impugnata d.G.R. n. 45-4248 del 30 luglio 2012 – 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, facendo valere il vizio di violazione del giudicato cautelare (con invocazione della norma di cui all’art. 21-*septies* della legge n. 241 del 1990) e ribadendo, per illegittimità derivata, la perdurante lesione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Al contempo, sono state chieste misure di ottemperanza all’ordinanza cautelare n. 609 del 2012 di questo TAR.

La Regione Piemonte ha formulato difese (memoria depositata il 22 marzo 2013) invocando la sostanziale sovrapposibilità della d.G.R. del 2012 con quella del 2008, in punto di disciplina sulle liste di attesa.

Con ordinanza n. 141 del 2013 questo TAR ha accolto la nuova domanda cautelare, ancora per violazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), al contempo ordinando 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”,

6. Stante l’inerzia nel provvedere della Regione, le associazioni ricorrenti hanno nuovamente domandato a questo TAR l’adozione di misure attuative, ai sensi degli artt. 59 e 114, comma 6, cod. proc. amm.

La Regione, nel difendersi (memoria depositata il 28 giugno 2013), ha riferito dell’avvenuta adozione della d.G.R. n. 14-5999, del 25 giugno 2013, recante “*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*” contenente, a suo dire, “misure atte a ottemperare a quanto richiesto dal TAR”.

Questo TAR, con ordinanza n. 281 del 2013, ha quindi preso atto dell’avvio di “un percorso di spontanea esecuzione” ed ha quindi respinto la domanda di esecuzione delle

associazioni ricorrenti, “anche in assenza di specifiche contestazioni della sopravvenuta d.G.R.”.

7. 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*”.

Con i nuovi motivi di impugnazione le ricorrenti hanno lamentato la violazione sostanziale del “giudicato cautelare” di questo TAR, ai sensi dell’art. 21-*septies* della legge n. 241 del 1990, in quanto – a loro dire – le sopravvenute deliberazioni di Giunta si proporrebbero “di cancellare il problema delle liste di attesa riducendo il numero degli aventi diritto alle prestazioni o, comunque, posticipando quanto più possibile la presa in carico residenziale dell’anziano”. Viene così contestato, nel dettaglio, il sistema delineato dalla d.G.R. n. 14-5999, del 25 giugno 2013, consistente nell’attribuzione di un punteggio ai vari pazienti e nella conseguente esclusione della residenzialità per coloro cui venga attribuito un punteggio inferiore a 19 punti. Del resto – proseguono le ricorrenti – anche per gli anziani che si vedessero attribuire un punteggio maggiore o uguale a 19, “il percorso non è scevro da ostacoli e complicazioni di ogni sorta”, in quanto si prevedono “priorità di accesso” con la possibilità di posticipare nel tempo gli ingressi perfino per i casi definiti “urgenti”. Viene quindi riproposta, nuovamente, la censura di violazione dei LEA, in termini analoghi al ricorso introduttivo.

Con riguardo al nuovo piano tariffario, di cui alla parimenti impugnata d.G.R. n. 85-6287, del 2 agosto 2013, si contesta l’avvenuto innalzamento dei costi delle prestazioni a carico dell’utente. Ciò avverrebbe, anzitutto, in violazione delle quote di compartecipazione tra Servizio sanitario regionale ed utente/Comune stabilite dal d.P.C.M. 29 novembre 2001, in particolare con riferimento ai malati di Alzheimer (da equipararsi ai malati gravi psichiatrici) inseriti nei “Nuclei Alzheimer Temporanei” (NAT) e nei Centri diurni. Altra illegittimità discenderebbe dalla mancata previsione di un “minimo vitale”, per cui le tariffe sono dovute anche se il soggetto bisognoso versa in stato di povertà: sono qui invocate a parametro le norme della d.G.R. n. 39-11190, del 6 aprile 2009 (recante “*Requisiti organizzativi, gestionali e strutturali dei Centri Diurni e dei Nuclei per persone affette da Morbo di Alzheimer ed altre demenze*”: doc. n. 8 del Comune di Torino), e della d.G.R. n. 37-6500, del 23 luglio 2007 (recante “*Criteri per la compartecipazione degli anziani non autosufficienti al costo della retta e criteri per l'erogazione degli incentivi previsti dalla Delib.G.R. 31 luglio 2006, n. 2-3520 a favore di comuni ed enti gestori*”, non depositata in giudizio). Oggetto di doglianza è 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. Si solleva, infine, il vizio di “difetto di istruttoria” per la d.G.R. n. 85-6287.

8. Sono successivamente intervenute nel presente giudizio, *ad adiuvandum*, le seguenti associazioni di categoria: Associazione Alzheimer Piemonte; Associazione Genitori

Adulti e Fanciulli Handicappati (A.G.A.F.); Associazione Volontari G.R.H. (Genitori Ragazzi Handicappati); Cittadinanzattiva Regione Piemonte o.n.l.u.s.; Sindacato Pensionati Italiani CGIL- Provincia di Torino. Tutte le predette associazioni, nel richiamarsi ai motivi di impugnazione già proposti dalle associazioni ricorrenti, hanno in particolare posto l'accento sulle conseguenze negative derivanti dall'ultima delle deliberazioni impugnate (la d.G.R. n. 85-6287, del 2 agosto 2013) la quale, nell'aumentare le tariffe e nell'imporre numerosi servizi aggiuntivi a pagamento, "rende più gravoso per i malati e per le loro famiglie il percorso sanitario e assistenziale".

Sono intervenuti *ad adiuvandum*, con atto collettivo (depositato in giudizio il 23 dicembre 2013), anche i Comuni di Carmagnola, di La Loggia e di Pinerolo, nonché, con diverso atto collettivo (depositato in giudizio il 18 novembre 2013), i Comuni di Nichelino, di Collegno, di Grugliasco, di Moncalieri e di Rivoli, insieme al Consorzio Intercomunale socio-assistenziale "CISA 12", al Consorzio Servizi IN.RE.TE., al Consorzio Intercomunale di Servizi- CIDIS, al Consorzio Intercomunale dei Servizi socio-assistenziali- Unione dei Comuni del Ciriace e del Basso Canavese, al Consorzio Intercomunale Servizi Sociali di Pinerolo, al Consorzio "Monviso Solidale", al Consorzio Socio Assistenziale del Cuneese, al Consorzio per i Servizi socio-assistenziali delle Valli Grana e Maira, al Consorzio dei Servizi socio-assistenziali del Chierese ed alla Comunità Montana delle Alpi del Mare. Tutti gli Enti intervenienti, nel richiamarsi ai motivi di gravame delle associazioni ricorrenti, in particolare quelli concernenti la d.G.R. n. 14-5999 del 25 giugno 2013 (sulle nuove modalità di presa in carico degli anziani non autosufficienti) e la d.G.R. n. 85-6287, del 2 agosto 2013 (il nuovo piano tariffario), si soffermano in particolare sull'equiparazione delle varie fasce assistenziali in punto di compartecipazione alla spesa dell'utente/Comune, equiparazione avvenuta, a loro dire, "a prescindere dalle esigenze di cura e dall'intensità della risposta sanitaria" e senza idonea istruttoria e/o motivazione. Vengono anche sollevati nuovi e diversi motivi di impugnazione.

Anche il Comune di Torino, con diverso atto (depositato in giudizio il 22 novembre 2013), è intervenuto *ad adiuvandum*, precisando il proprio interesse all'accoglimento del gravame "essendo, da una parte, garante dei diritti delle persone che si trovano nel territorio cittadino" e, dall'altra parte, "ente gestore dei servizi socio-assistenziali per il territorio" nella cui veste "è tenuto a fornire gli interventi previsti dalla normativa in materia di LEA".

Con ulteriore atto collettivo depositato il 17 dicembre 2013, hanno spiegato intervento *ad adiuvandum* anche l'Associazione Senza Limiti o.n.l.u.s. ed i signori Rina Borin, Michele Schiena, Maria Ognibene e Maria Rolando, i quali si definiscono tutti come persone anziane, gravemente malate e non autosufficienti, tuttora in attesa che l'Azienda Sanitaria territorialmente competente si faccia carico della loro assistenza. Le loro doglianze – riguardanti, specificamente, il problema delle liste d'attesa per la presa in carico dell'anziano non autosufficiente – ripercorrono, nella sostanza, quelle già avanzate dalle associazioni ricorrenti.

9. Con memoria depositata in giudizio il 22 novembre 2013 la Regione Piemonte ha controdedotto rispetto alle censure da ultimo sollevate con i secondi motivi aggiunti (e riguardanti la d.G.R. n. 14-5999, del 25 giugno 2013, sulle nuove modalità di presa in

carico degli anziani non autosufficienti, e la d.G.R. n. 85-6287, del 2 agosto 2013, sul nuovo piano tariffario). Sul problema delle liste di attesa, in particolare, l'amministrazione ha ricordato le conclusioni tracciate dal "Piano Nazionale di Contenimento dei Tempi di Attesa 2010-2012" (di cui all'art. 1, comma 280, della legge n. 266 del 2005) ed ha evidenziato gli aspetti ritenuti migliorativi introdotti dalle impugnate delibere del 2013.

10. Alla camera di consiglio del 27 novembre 2013, chiamata per la discussione dell'incidente cautelare sui secondi motivi aggiunti, la trattazione è stata rinviata al merito.

In vista della pubblica discussione, le associazioni ricorrenti hanno depositato una memoria (13 dicembre 2013) con la quale hanno sinteticamente ribadito tutte le doglianze di cui ai precedenti atti di impugnazione.

Anche i Comuni ed i Consorzi intervenienti hanno depositato (in pari data) una memoria difensiva, volta a ribadire l'illegittimità degli atti impugnati.

La Regione Piemonte ha brevemente replicato con memoria depositata il 24 dicembre 2013, provvedendo anche al deposito di un verbale del 13 novembre 2013 concernente "Riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la Verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza".

Alla pubblica udienza del 15 gennaio 2014, dopo ampia discussione orale, la causa è stata quindi trattenuta in decisione.

DIRITTO

1. Viene in decisione il ricorso proposto da tre associazioni senza fini di lucro, rappresentative degli interessi collettivi degli anziani non autosufficienti, avverso alcune deliberazioni della Giunta regionale del Piemonte adottate tra il 2012 ed il 2013 e concernenti le modalità di erogazione dei servizi di assistenza residenziale e semi-residenziale resi da parte delle apposite strutture socio-sanitarie dislocate sul territorio regionale.

L'impugnazione, in particolare, è anzitutto diretta avverso la d.G.R. n. 45-4248, del 30 luglio 2012, con la quale è stato approvato un nuovo "modello integrato di assistenza" per gli anziani non autosufficienti. Oggetto di contestazione, in tale quadro, sono in primo luogo le previsioni che stabiliscono una durata massima e prestabilita delle tre fasi di assistenza (intensiva, estensiva e di lungoassistenza) con la precisazione che, dal 61° giorno, la retta per la lungoassistenza rimane a totale carico della persona (Allegato n. 1, par. n. 8, della d.G.R. cit.).

In secondo luogo, è impugnata la previsione secondo la quale, allorché le risorse per realizzare il "Progetto individualizzato" non siano immediatamente disponibili, la presa in carico dell'anziano è sottoposta a liste di attesa, previa compilazione di apposite graduatorie mediante l'attribuzione, ad ogni richiedente, di un punteggio (derivante dalla somma della valutazione sociale e sanitaria) (Allegato n. 6, par. "Selezione e attivazione", della d.G.R. cit.). Peraltro, a seguito dei pronunciamenti cautelari di questo TAR, siffatta previsione sulle liste di attesa è stata via via modificata dalla Regione Piemonte, dapprima stabilendo il ritorno in vigore della disciplina previgente (di cui alla d.G.R. n. 42-8390,

del 10 marzo 2008) e dipoi mediante l'adozione di una nuova d.G.R., la n. 14-5999 del 25 giugno 2013, con la quale sono state dettate nuove misure organizzative. Tutti questi successivi atti, peraltro, sono stati impugnati dalle associazioni ricorrenti, in quanto ritenuti non soddisfattivi perché riproduttivi, nella sostanza, delle medesime illegittimità già denunciate con il ricorso introduttivo.

In terzo luogo, sono oggetto di contestazione le previsioni concernenti i trasferimenti in ambulanza degli utenti delle strutture residenziali e semi-residenziali, per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche non reperibili presso la struttura ospitante. Qui si prevede che gli utenti privi di convenzione (ossia, con integrazione tariffaria da parte dell'ente gestore) dovranno provvedere in proprio al pagamento del costo del trasferimento (Allegato n. 1, par. n. 5.5, ultimo cpv., della d.G.R. n. 45-4248, del 30 luglio 2012, peraltro poi confluito nell'Allegato A, par. n. 1.7, della successiva d.G.R. n. 85-6287 del 2 agosto 2013, impugnata con i secondi motivi aggiunti).

Infine oggetto di ricorso è anche il nuovo Piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per gli anziani non autosufficienti, approvato dalla Giunta regionale con la d.G.R. n. 85-6287, del 2 agosto 2013, soprattutto laddove sono state innalzate le quote di compartecipazione ai costi delle prestazioni a carico dell'utente/Comune.

A sostegno dell'impugnativa sono anche intervenute – mediante deposito di diversi atti di interventi *ad adiuvandum* – altre associazioni rappresentative di interessi collettivi, oltre a diversi Comuni (e Comunità montane) del territorio piemontese ed oltre a singoli soggetti, anziani non autosufficienti, tuttora in attesa di ricevere le prestazioni socio-sanitarie di cui hanno bisogno.

Resiste in giudizio la Regione Piemonte.

2. Deve anzitutto premettersi la sicura legittimazione ad agire delle associazioni ricorrenti, tutte aventi lo scopo statutario di proteggere le categorie sociali più deboli, in particolare quella degli anziani non autosufficienti, come emerge dai rispettivi statuti, depositati in giudizio. Si tratta quindi di soggetti sicuramente portatori degli interessi collettivi di categoria azionati nel presente giudizio.

Al contempo, devono considerarsi ammissibili, ai sensi dell'art. 28 cod. proc. amm., i vari atti di intervento *ad adiuvandum* proposti in corso di causa. Deve in proposito ricordarsi che, secondo la giurisprudenza amministrativa, l'intervento adesivo dipendente non richiede la lesione di un interesse giuridicamente rilevante, potendo essere svolto per far valere un interesse di mero fatto, sul quale si riverberano indirettamente gli effetti dei provvedimenti impugnati con il ricorso giurisdizionale (cfr. *ex multis*, di recente, TAR Marche, sez. I, n. 592 del 2013). I soggetti intervenienti nel presente giudizio, invero, fanno indubbiamente valere un proprio interesse di fatto, collegato e dipendente rispetto alle posizioni giuridiche azionate con il ricorso principale. Tanto è a dire, anzitutto, per i Comuni, le Comunità montane e per i Consorzi intercomunali per l'erogazione dei servizi socio-sanitari, in quanto si tratta di enti che istituzionalmente concorrono allo svolgimento, in favore degli anziani non autosufficienti, delle attività oggetto degli atti impugnati. Analogamente, peraltro, è a dirsi per le varie associazioni rappresentative

degli interessi delle c.d. fasce deboli della popolazione, ivi comprese quelle che, per proprio scopo statutario, pur non rivolgendosi direttamente alla protezione degli interessi degli anziani, si prefiggono tuttavia lo scopo di tutelare altre fasce deboli della popolazione le quali, di fatto, possono subire un pregiudizio indiretto dalle lamentate illegittimità (si pensi, ad esempio, alle associazioni che hanno, quale proprio scopo statutario, la protezione dei pensionati o, più in generale, delle famiglie più disagiate, essendo quindi evidente un loro interesse al miglioramento delle condizioni di vita anche degli anziani non autosufficienti, nella misura in cui tale miglioramento può comportare un beneficio riflesso pure per i soggetti espressamente oggetto della loro tutela). *A fortiori*, è senz'altro ammissibile l'intervento adesivo spiegato nel presente giudizio, direttamente, da alcuni soggetti anziani non autosufficienti, i quali si trovano tuttora in attesa di ricevere le cure e l'assistenza necessarie per la propria dignitosa sopravvivenza.

Allo stesso tempo, però, deve ricordarsi che l'interveniente *ad adiuvandum* non può ampliare il *thema decidendum*, quale delimitato dall'atto introduttivo del giudizio, e quindi non può aggiungere motivi nuovi rispetto a quelli già introdotti nel processo, ma solo sviluppare quelli dedotti dal ricorrente (cfr., *ex multis*, di recente: Cons. Stato, sez. V, n. 2325 del 2012; Id., sez. VI, n. 698 del 2011; TAR Campania, Napoli, sez. VI, n. 760 del 2013; TAR Basilicata, n. 55 del 2012). Ciò, in quanto la situazione giuridica soggettiva che autorizza la sua partecipazione al processo, coincidente con un interesse di mero fatto all'accoglimento del ricorso, qualifica la sua posizione solamente come "indiretta" rispetto a quella principale che pertiene al ricorrente, e non è quindi tale da consentire l'introduzione di domande nuove, proponibili solo dal *dominus* del processo. Sono pertanto inammissibili tutti i motivi nuovi che i vari interventori *ad adiuvandum* hanno proposto nell'ambito del presente giudizio, con specifico riferimento alle doglianze concernenti i seguenti aspetti (tutti riconducibili alla d.G.R. n. 85-627, del 2 agosto 2013, impugnata con i secondi motivi aggiunti, ma non specificamente trattati, nelle censure in diritto, da parte delle associazioni ricorrenti): avvenuta equiparazione tra le varie fasce assistenziali in punto di compartecipazione alla spesa; spostamento della spesa gravante sull'utente/Comune non accompagnata da una riduzione dei minutaggi di impiego del personale sanitario (ed altri simili); mancato adeguamento del nuovo Piano tariffario al tasso di inflazione programmata 2014; l'eliminazione dalle prestazioni a carico delle ASL della fornitura di pannoloni.

3. Entrando nel merito del gravame, deve anzitutto farsi chiarezza in ordine all'ambito di intervento delle impuginate delibere regionali, al fine di un corretto inquadramento giuridico delle fattispecie *sub iudice*.

Si tratta di previsioni rientranti nell'area della c.d. "integrazione socio-sanitaria", quale definita, a livello legislativo, dall'art. 3-*septies* del d.lgs. n. 502 del 1992 (introdotta dalla d.lgs. n. 229 del 1999): "*Si definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione*" (così il comma 1 dell'art. 3-*septies* cit.). Tali prestazioni comprendono sia le "*prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*", ossia "*le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite*" (art. 3-*septies* cit., comma 2, lett. a),

sia le “prestazioni sociali a rilevanza sanitaria”, cioè “tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute” (art. 3-*septies* cit., comma 2, lett. *b*).

Nell'ambito dell'area dell'integrazione socio-sanitaria il d.P.C.M. del 29 novembre 2001 (Allegato n. 1.C) è intervenuto a delineare i Livelli Essenziali di Assistenza (c.d. LEA) ai sensi dell'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 502 del 1992, ossia quelle prestazioni che devono essere garantite dal Servizio Sanitario, in modo uniforme, su tutto il territorio nazionale, e 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.

L'area dell'integrazione socio-sanitaria, così individuata, deve peraltro essere inquadrata anche nell'ambito del “sistema integrato di interventi e servizi sociali”, di cui alla legge-quadro n. 388 del 2000, il quale – dal canto suo – si riferisce al complesso dei servizi sociali quali definiti dall'art. 128, comma 2, del d.lgs. n. 112 del 1998, ossia alle “attività relative alla predisposizione ed erogazione di servizi, gratuiti ed a pagamento, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno e di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia”. La legge della Regione Piemonte n. 1 del 2004 – variamente invocata, in questa sede, dalle associazioni ricorrenti – ha dettato norme proprio per la realizzazione del sistema regionale integrato di interventi e servizi sociali (cfr. l'art. 1), richiamandosi sia alle definizioni di “servizi sociali”, di cui alle leggi statali, sia alla nozione di “integrazione socio-sanitaria” di cui all'art. 3-*septies* del d.lgs. n. 502 del 1992.

Non vi è dubbio che l'oggetto delle impugnate delibere di Giunta regionale ha riguardo proprio all'integrazione socio-sanitaria, in quanto (come peraltro emerge dalla lettura del “modello” adottato dalla Regione) la “presa in carico” dell'anziano non autosufficiente richiede unitariamente, ed in modo quasi indistinguibile, sia prestazioni sanitarie sia azioni di protezione sociale, così come prevede la già citata definizione di cui all'art. 3-*septies*, comma 1, del d.lgs. n. 502 del 1992. Ciò del resto è affermato esplicitamente, ad esempio, nell'Allegato A dell'impugnata d.G.R. n. 14-5999, del 25 giugno 2013, laddove – nel delineare il sistema della presa in carico della persona anziana – si riconosce che le prestazioni sono “atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona, che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale”.

A differenza di quanto sostenuto dalla Regione resistente, pertanto, gli aspetti sanitari sono ben presenti e radicati nelle attività da erogarsi; per converso, è comunque vero che altra cosa è il percorso sanitario strettamente ospedaliero il quale, comunque – e proprio in omaggio alla nozione di cui all'art. 3-*septies*, comma 1, del d.lgs. n. 502 del 1992 –, non può essere considerato a sé stante, ma deve essere necessariamente fatto confluire nel percorso continuativo di cura e di riabilitazione che, in base alla legge, va garantito, anche nel lungo periodo, all'anziano non autosufficiente.

Deve inoltre precisarsi che – se pure è vero, come evidenziato dalla Regione, che l'impugnato nuovo modello organizzativo varato dalla Giunta regionale piemontese appare riproduttivo, per alcuni aspetti, di precedenti disposizioni mai impugnate – è pur

vero, però, che le nuove delibere di Giunta regionale hanno completamente ridisciplinato, fin dalle fondamenta, il complessivo sistema di assistenza socio-sanitaria per gli anziani non autosufficienti, con l'intenzione di revisionarlo e quindi di porsi in soluzione di continuità rispetto al passato. Tale considerazione è, di per sé, sufficiente ai fini di ritenere la tempestività delle odierne impugnazioni, dirette avverso provvedimenti che non appaiono affatto meramente confermativi di quelli in precedenza in vigore.

4. Così delineato il quadro normativo di riferimento, ragioni espositive e sistematiche inducono ad iniziare la disamina delle censure di parte ricorrente dal secondo degli aspetti portati all'attenzione di questo TAR, ossia la problematica delle "liste di attesa" per la presa in carico dell'anziano non autosufficiente.

In proposito non può non rilevarsi che l'originaria predisposizione del modello (di cui all'Allegato n. 6, paragrafo "*Selezione e attivazione*", della d.G.R. n. 45-4248, del 30 luglio 2012) è stata notevolmente incisa – anche a seguito delle pronunce cautelari di questo TAR – dalla sopravvenuta d.G.R. n. 14-5999, del 25 giugno 2013, il cui Allegato A (intitolato "*Modalità di presa in carico della persona anziana non autosufficiente da parte della rete regionale dei servizi socio-sanitari*") ha riscritto tutte le regole rilevanti per la presente disamina. Ne deriva l'improcedibilità, per sopravvenuta carenza di interesse, della parte del ricorso principale che aveva riguardato l'impugnazione dell'Allegato n. 6 della precedente d.G.R., in quanto sostituita dalla d.G.R. successiva. Analoga conclusione, peraltro, è da tracciare 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, soltanto in considerazione dell'avvenuta sospensione cautelare (ad opera dell'ordinanza n. 609 del 2012 di questo 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 deve ormai considerarsi venuto meno, in una con l'interesse all'impugnazione della nota regionale che l'aveva riportato in vigore.

4.1. L'impugnazione dell'Allegato A della d.G.R. n. 14-5999, del 25 giugno 2013, è fondata.

In base a tale Allegato la persona che ha presentato richiesta di un intervento di sostegno della rete dei servizi socio-sanitari (e che, per far ciò, ha già presentato un'impegnativa del proprio medico di base) viene dapprima sottoposta ad una "*valutazione sanitaria*" il cui risultato, se "*pari a 5 o superiore*", determina il riconoscimento di "persona non autosufficiente". A quel punto subentra un'ulteriore valutazione, ad opera dell'UVG (Unità di Valutazione Geriatrica, presente presso ciascuna ASL), volta ad individuare il "*progetto residenziale*" più adatto al caso di specie (a scelta tra i seguenti, in ordine decrescente di intensità: residenzialità; residenzialità temporanea; semiresidenzialità; domiciliarità). Qui si prevede l'attribuzione al paziente di un ulteriore punteggio dal quale "*scaturisce l'individuazione dell'intensità assistenziale*": solo chi raggiunge un punteggio pari o superiore a 19 avrà quindi pieno diritto di ottenere una risposta socio-sanitaria, rimanendo comunque salva la possibilità discrezionale, per i casi di punteggio inferiore, di individuare un progetto residenziale previa adeguata motivazione

dell'UVG. Subentra, a questo punto, la valutazione dell'“urgenza” del progetto individuale di residenzialità, sempre da parte dell'UVG, con la precisazione che un punteggio pari o superiore a 24 equivale di per sé all'urgenza. Si prevede quindi che i casi valutati “*differibili*” non abbiano un tempo di risposta, “*ma dovranno essere monitorati periodicamente*”, in vista di una successiva nuova valutazione dell'UVG; per i casi valutati “*non urgenti*”, si prevede “*il tempo standard di risposta di un anno dalla valutazione*”; i progetti valutati come “*urgenti*” dovranno invece “*trovare risposta attuativa entro 90 giorni dalla valutazione*”. Si demanda, infine, ad un successivo provvedimento dirigenziale (di competenza della Direzione regionale delle Politiche sociali, di concerto con la Direzione regionale della Sanità) l'adozione di appositi “*modelli di rilevazione dei ‘Tempi di attesa previsti’ e dei ‘Tempi medi di Attesa effettivi’ per ciascuna tipologia di prestazione erogata*”.

Tale modello – come denunciato dalle associazioni ricorrenti – presenta almeno tre criticità. Anzitutto, non tutte le persone, pur riconosciute “non autosufficienti” da un punto di vista prettamente sanitario (in quanto hanno ottenuto il punteggio di “5” all'esito dell'apposita valutazione sanitaria), potranno accedere ai servizi socio-sanitari, in quanto è necessario il raggiungimento dell'ulteriore punteggio minimo di “19” all'esito della valutazione demandata all'UVG. In secondo luogo, 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. In terzo luogo, perfino i casi riconosciuti come “urgenti”, e quindi con punteggio pari a 24 o superiore, potranno dover attendere fino a novanta giorni per l'accesso ai servizi. In altre parole, non esiste neanche un caso (nemmeno quello definito “urgente”) che possa aspirare all'inserimento immediato nelle strutture. Rilevante, in tale quadro, è quanto affermato dal dott. Pietro Landra, geriatra, le cui dichiarazioni (relazione del 15 luglio 2013) sono depositate in giudizio dalle associazioni ricorrenti: “... la soglia del 24 punti, individuata per definire l'urgenza, che è l'unica che garantisce l'intervento, anche se non immediato (entro 3 mesi, dopo aver atteso altri 3 mesi per ottenere la visita U.V.G.), corrisponde a una condizione praticamente di totale dipendenza, ad esempio, ad un soggetto in situazione terminale, povero e senza famiglia: una persona che avrebbe bisogno di un ricovero immediato. [...] oltretutto i pazienti con questo punteggio, per i motivi sovraesposti, sono una minoranza esigua ed irrilevante”. Si tratta di affermazioni non specificamente contestate, nel merito, dalla Regione Piemonte, la quale – nei propri scritti difensivi – si è limitata ad osservazioni del tutto generiche, prive del necessario supporto scientifico; non è pertanto necessario, in questa sede, l'esperimento di apposita verifica giurisdizionale volta ad appurare l'attendibilità scientifica delle affermazioni del dott. Landra.

Ne deriva un quadro complessivo 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. Rilevante, in proposito, è quanto stabilito dall'Allegato 1.C, punto 9 (“*Assistenza territoriale e residenziale*”) del d.P.C.M. 29 novembre 2001, a norma del quale rientrano nei Livelli Essenziali di Assistenza dell'area dell'integrazione socio-sanitaria anche l'“*Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani*”, ricomprendenti sia le “*prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in fase intensiva ed estensiva*” (prestazioni, peraltro, a

totale carico del Servizio sanitario), sia le “*prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi interventi di sollievo*” (con compartecipazione dell’utente/Comune al 50% della spesa) (cfr., sul punto, la recente sent. n. 36 del 2013 della Corte costituzionale). Il differimento *sine die* delle prestazioni, ovvero la possibilità, per i casi pur definiti “urgenti”, di un’attesa fino a 90 giorni, determinano un’evidente compromissione dei LEA per soggetti i quali invece, in base alla predetta normativa, avrebbero diritto ad ottenere le prestazioni; ed 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).

4.2. Né possono addursi a giustificazione gli obblighi stabiliti dalla legge per le Regioni soggette al c.d. piano di rientro (art. 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004) e la previsione, a livello legislativo, dello strumento delle “liste di attesa” di cui all’art. 1, comma 280, della legge n. 266 del 2005.

Per un verso, infatti, non può dimenticarsi che le pur stringenti esigenze di contenimento dei costi, anche per quelle Regioni (come il Piemonte) che si trovino nelle condizioni di squilibrio economico-finanziario, non può ridondare in danno del diritto dei cittadini – costituzionalmente protetto – al godimento del già ricordato “nucleo irriducibile” della tutela della salute, coincidente, per quello che qui interessa, con la previsione dei LEA dell’area dell’integrazione socio-sanitaria. Ciò, non foss’altro perché si trovano contrapposti, nella specie, due interessi di rango diverso: da un lato, l’interesse all’equilibrio dei conti economici nel settore della sanità, protetto dalla legge; dall’altro lato, l’interesse dei cittadini a vedersi garantito il bene della salute umana che “rappresenta, in forza dell’art. 32 Cost., quel diritto primario e fondamentale che [...] impone piena ed esaustiva tutela” (così Corte cost., sent. n. 992 del 1988). Peraltro, 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. Quest’ultima, infatti, dovrebbe pur sempre essere salvaguardata almeno nel suo contenuto minimo, al di sotto del quale essa rimarrebbe un guscio vuoto. E quel contenuto minimo non può non essere identificato proprio nei Livelli Essenziali di Assistenza, quali 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'obiettivo carenza di risorse stanziabili, 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.

Per altro verso, anche volendo valorizzare il disposto di cui all'art. 1, comma 280, lett. a, della legge n. 266 del 2005 – il quale, come è noto, 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 – la sua invocazione non può tornare utile, nel presente giudizio, all'amministrazione resistente. Tale norma, infatti, stabilisce che tali “*tempi massimi di attesa*” debbano essere oggetto di preventiva fissazione da parte della Regione entro il termine di novanta giorni dalla stipula dell'apposita intesa tra Stato e Regioni concernente il Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa. E' dunque evidente che la fissazione regionale dei tempi di attesa deve muoversi nel rispetto delle indicazioni provenienti dal citato Piano nazionale la cui ultima edizione, valida per il triennio 2010-2012, è stata pubblicata sulla *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana* n. 274 del 23 novembre 2010 (suppl. ord.). Quest'ultimo, nel prefiggersi lo scopo del “*contenimento*” dei tempi di attesa (e non, all'opposto, di giustificare qualsiasi estensione temporale del ritardo delle prestazioni), e nel fissare di conseguenza l'obiettivo di “*intercettare il reale bisogno di salute, di ridurre l'inappropriatezza e di rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA*”, ha stabilito che la soluzione del problema delle liste di attesa “*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 ancora che il governo delle liste di attesa deve essere “*finalizzato a garantire un appropriato accesso dei cittadini ai servizi sanitari*”. Dunque il vero criterio centrale che deve guidare le Regioni nella fissazione dei tempi massimi di attesa, in base all'apposito Piano nazionale, è quello dell'appropriatezza della risposta sanitaria, in uno con l'adeguatezza delle strategie di governo della domanda: una disciplina delle liste di attesa che si sveli essere “*inappropriata*” o “*inadeguata*” non potrà, dunque, essere considerata legittima. Proprio questa è la situazione delle liste di attesa stabilite dalla d.G.R. n. 14-5999, del 25 giugno 2013: esse, alla luce delle gravi criticità prima segnalate, non possono affatto dirsi “*appropriate*” rispetto agli obiettivi di intercettare il reale bisogno di salute degli anziani non autosufficienti, posto che perfino i casi definiti “*urgenti*” (e coincidenti, come detto, con un'esigua minoranza) sono destinati ad ottenere l'accesso alle prestazioni entro un termine abnorme (90 giorni); né esse possono affatto dirsi “*adeguate*” in punto di governo della domanda, in quanto – come visto – non tutti gli anziani non autosufficienti sono ammessi con sicurezza al godimento delle prestazioni, ma solo quelli che ottengono un punteggio uguale o superiore a 19.

In definitiva, anche sotto questo aspetto, rimane confermata la violazione dei LEA (in quanto le liste di attesa non si mostrano in grado di “*rendere compatibile la domanda con la garanzia dei LEA*”, come stabilito dal Piano nazionale) e, quindi, la loro illegittimità, con assorbimento delle restanti censure.

5. Può ora passarsi alla disamina di quella parte del ricorso introduttivo riguardante la previsione, nel modello integrato dei servizi socio-sanitari per gli anziani non autosufficienti (di cui alla d.G.R. n. 45-4248, del 30 luglio 2012, Allegato n. 1, par. n. 8), delle tre fasi dei servizi residenziali extra-ospedalieri (intensiva, estensiva e di lungoassistenza), con fissazione di una durata massima prestabilita per ciascuna delle tre fasi (rispettivamente: 10 giorni, 20 giorni e 30 giorni) e con la previsione che, dal 61° giorno, la prestazione diventi a totale carico del paziente.

Deve qui premettersi che, con la successiva d.G.R. n. 85-6287, del 2 agosto 2013, la Giunta regionale pare aver inciso sulla materia *de qua* in quanto il punto 1.9 dell'Allegato A così ha disposto: “*Nell'Allegato 1 [della d.G.R. n. 45-4248, n.d.r.], il punto 8 'Il percorso di continuità assistenziale nell'ambito di strutture residenziali socio-sanitarie' è abrogato*”. Tale “abrogazione”, tuttavia, non esplicita qual è la normativa di risulta: non si dispone la reviviscenza della normativa previgente, ma si precisa solo che “*si procederà con successivo provvedimento alla revisione delle prestazioni di continuità assistenziale*”, per il momento consentendo peraltro il mantenimento di queste ultime “*nelle RSA adeguando i requisiti organizzativi alla continuità assistenziale a valenza sanitaria di cui alla DGR 6-5519 del 14 marzo 2013*”. Non è chiaro, comunque, in base a quale normativa i percorsi di continuità assistenziale saranno, in quest'ultima ipotesi, disciplinati. Nell'obiettiva situazione di incertezza interpretativa che ciò determina – incertezza sulla quale nemmeno l'amministrazione resistente è intervenuta a far luce, nelle ultime memorie difensive depositate – questo TAR ritiene opportuno esaminare, nel merito, le censure che il ricorso introduttivo aveva diretto avverso il sistema di continuità assistenziale quale disegnato dalla d.G.R. n. 45-4248, del 30 luglio 2012, Allegato n. 1, par. n. 8, anche per indirizzare la futura attività conformativa dell'amministrazione.

Le censure al riguardo formulate dalle associazioni ricorrenti non sono fondate, nei sensi di cui appresso si dirà.

Le disposizioni impugnate debbono infatti essere correttamente intese. Nell'ambito del percorso integrato socio-sanitario che assiste l'anziano non autosufficiente, il passaggio dal ricovero ospedaliero al ricovero residenziale è finalizzato alla garanzia di una continuità assistenziale che accompagni il paziente verso il recupero funzionale ed il suo inserimento presso strutture domiciliari o di minore impegno sanitario. L'avvenuto ricovero residenziale, a seguito delle dimissioni ospedaliere, presuppone quindi l'attivazione della seconda fase del percorso socio-sanitario, ossia quella a maggiore caratterizzazione sociale, la quale a sua volta si articolerà nei successivi tre passaggi (dal più intensivo al meno intensivo). Il tutto, nella prospettiva di un recupero dell'autosufficienza che può individuarsi quale momento terminale del percorso di continuità assistenziale (nell'accezione, come detto, di integrazione socio-sanitaria). In modo non manifestamente irragionevole le impugnate disposizioni hanno quindi 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 – evidentemente – si prevede la fine della non autosufficienza del paziente. Tale modello è in linea con le sopra evidenziate necessità di bilanciamento tra valori contrapposti, fintanto che la condizione di non autosufficienza

rimanga oggetto delle tutele stabilite dalle norme sui LEA: se al 61° giorno, come si prevede astrattamente, la non autosufficienza è cessata, ben si giustificherà l'accollo totale della spesa al paziente, ormai funzionalmente recuperato e quindi in grado di transitare presso altre strutture a minor impatto sanitario; ma se al 61° giorno, contrariamente alle aspettative, la condizione di non autosufficienza dovesse permanere, la previsione della spesa a totale carico del paziente cozzerebbe con le norme sui LEA le quali, all'Allegato n. 1.C, punto 9, del d.P.C.M. 29 novembre 2001, stabiliscono la compartecipazione dell'utente/Comune al 50% della spesa per la fase di lungoassistenza. Questa è dunque la condizione di legittimità in presenza della quale le impugnate disposizioni possono essere salvate: esse 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. Così interpretate le impugnate disposizioni si sottraggono alle proposte censure di legittimità, in quanto si svelano in linea con la normativa sui LEA.

Quanto, poi, alle censure che lamentano la mancata previa valutazione del "bisogno" della persona, anch'esse devono essere respinte per ragioni analoghe: ciò in quanto, una volta stabilito che le disposizioni della d.G.R. impugnata non escludono la permanenza dell'anziano non autosufficiente nei centri residenziali pur alla scadenza del 61° giorno (e pur non più gratuitamente, ma con l'applicazione della compartecipazione alla spesa nella misura stabilita dal d.P.C.M. 29 novembre 2001), si rende evidente che spetterà all'apposito U.V.G. la previa valutazione del bisogno dell'anziano finalizzata proprio all'applicazione del suddetto regime, anche in chiave di costante monitoraggio del percorso assistenziale, nella misura e con le modalità peraltro già prescritte dalla medesima d.G.R. (cfr., al riguardo, i paragrafi 9 e ss. dell'Allegato 1).

6. Deve adesso passarsi all'ulteriore aspetto di censura nell'ambito del modello di assistenza socio-sanitaria per gli anziani non autosufficienti, ossia quello concernente i trasferimenti in ambulanza per l'effettuazione di prestazioni diagnostiche e specialistiche non reperibili presso la struttura ospitante (Allegato A, par. n. 1.7, della successiva d.G.R. n. 85-6287 del 2 agosto 2013, impugnata con i secondi motivi aggiunti), trasporti messi a totale carico del paziente nell'ipotesi in cui quest'ultimo sia privo di convenzione.

Va qui premessa la sopravvenuta carenza di interesse delle associazioni ricorrenti in ordine alla disamina di quella parte del ricorso introduttivo che aveva affrontato analoga problematica: l'originaria fonte della disciplina impugnata (l'Allegato n. 1, par. n. 5.5, ultimo cpv., della d.G.R. n. 45-4248, del 30 luglio 2012) è stata infatti sostituita dalla successiva d.G.R. n. 85-6287, del 2 agosto 2013, in termini peraltro del tutto analoghi. La relativa impugnazione va, pertanto, dichiarata improcedibile.

L'impugnazione della successiva d.G.R. n. 85-6287, del 2 agosto 2013 (di cui ai secondi motivi aggiunti), per tale parte, non è fondata. La doglianza si presenta, anzitutto, generica laddove afferma che i trasferimenti in ambulanza "rappresentano 'prestazioni sanitarie' e non possono essere poste a totale carico dell'assistito": non viene infatti indicato alcun parametro di legittimità rispetto al quale sia possibile concludere che, in quanto "prestazioni sanitarie", tali trasferimenti dovrebbero essere gratuiti. Sul punto, è comunque da escludere che ci si trovi nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA): come già statuito da questa Sezione in alcuni analoghi precedenti, tale

tipo di trasporto costituisce una prestazione di carattere strumentale ed accessorio rispetto a quelle più propriamente socio-sanitarie, tant'è vero che esso non appare nell'elenco dei LEA (di cui al d.P.C.M. 29 novembre 2001) laddove vengono menzionate solo le prestazioni direttamente afferenti alla cura ed all'assistenza del disabile (come quelle ambulatoriali, riabilitative, diagnostiche, terapeutiche, di assistenza protesica, di rimborso di spese di cura e di soggiorno all'estero per programmi riabilitativi in centri di elevata specializzazione, ecc.) ma non anche quelle che si assumono essere strumentali alle prime, salvo alcune eccezioni che vengono espressamente stabilite (come per le ipotesi del trasporto effettuato in regime di urgenza o il trasporto al centro dialisi per i nefropatici cronici) (cfr. TAR Piemonte, sez. II, sentt. nn. 695 e 1334 del 2013). Non è poi condivisibile il profilo di disparità di trattamento adombrato nelle censure di parte ricorrente, mediante il quale si evidenzia che il pagamento così chiesto all'anziano dipende dalla circostanza, a lui non imputabile, che un determinato esame sanitario non sia erogabile presso la struttura residenziale che lo ospita: si tratta, infatti, di un pregiudizio fattuale che non discende direttamente dall'impugnata previsione ma che è direttamente ascrivibile ad una mancanza (o presunta tale) della struttura ospitante, e che dunque non può assumere alcuna giuridica rilevanza in punto di legittimità della disposizione che impone il pagamento del trasporto.

7. Si passa adesso alla disamina delle altre censure riguardanti la d.G.R. n. 85-6287, del 2 agosto 2013 (di cui ai secondi motivi aggiunti).

E' anzitutto fondata la censura concernente l'avvenuto aumento delle quote di compartecipazione tra Servizio sanitario regionale ed utente/Comune, per gli inserimenti nei Nuclei Alzheimer Temporanei (NAT) e nei Centri diurni per malati di Alzheimer. La delibera impugnata ha qui previsto una compartecipazione della spesa al 50% (a fronte della previgente disciplina che, invece, aveva stabilito quote di compartecipazione diverse e più favorevoli per l'utente). Il d.P.C.M. 29 novembre 2001, all'Allegato 1.C, tuttavia, 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. Tali attività vengono poste a totale carico del Servizio sanitario sia nelle ipotesi di assistenza domiciliare e semi-residenziale (cfr. le relative tabelle ai punti 7 e 8), sia in quella di assistenza residenziale (laddove l'unica eccezione è costituita dalle prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative svolte in strutture a bassa intensità assistenziale, per le quali si prevede una quota di compartecipazione alla spesa, per l'utente/Comune, pari al 60%: eccezione che, tuttavia, non viene in rilievo nella presente fattispecie).

Non fondato è, invece, il profilo concernente la mancata previsione del c.d. minimo vitale. Nell'ambito degli aumenti tariffari introdotti, in generale, per tutti i ricoveri in RSA degli anziani malati cronici non autosufficienti, le ricorrenti hanno qui lamentato la mancata garanzia, a favore dell'utente, di un c.d. "minimo vitale", invocando a parametro di legittimità le norme di cui alla d.G.R. n. 39-11190, del 6 aprile 2009, ed alla d.G.R. n. 37-6500, del 23 luglio 2007. Queste ultime, tuttavia, come recentemente statuito da questa Sezione (cfr. sent. n. 326 del 2013), sono caratterizzate da una natura meramente programmatica e non immediatamente cogente, in quanto sia la previsione di una "franchigia" per le spese personali dell'utente (di cui alla d.G.R. n. 39-11190, del 6 aprile

2009), sia la previsione di una somma minima da lasciare a disposizione del beneficiario per le proprie esigenze e spese personali (di cui alla d.G.R. n. 37-6500, del 23 luglio 2007) sono state inserite in un più complesso quadro di misure incentivanti per gli enti erogatori delle prestazioni, tale per cui l'adeguamento a siffatte previsioni costituiva solo un mero invito (assistito, per l'appunto, dalla previsione di un incentivo economico) e non un obbligo. Nei confronti della stessa Regione, peraltro, non può non osservarsi che le invocate previsioni erano contenute in atti aventi pari rango (delibere di Giunta regionale) rispetto a quella, adesso impugnata, che le ha eliminate: ne discende, sotto questo profilo, la legittimità dell'avvenuta loro eliminazione, in quanto fenomeno riconducibile ad una mera successione temporale di fonti equiordinate.

Generico, e quindi inammissibile, è infine il profilo di censura concernente un presunto difetto di istruttoria della d.G.R. n. 85-6287, argomentato a partire dalla previsione di un futuro aumento del 15% dei posti letto disponibili per il servizio sanitario regionale entro la fine del 2015. Lamentano qui le ricorrenti che, nel prevedere ciò, la Regione non avrebbe fornito alcun dato "che consenta di comprendere l'andamento delle liste di attesa"; ma esse non si premurano di specificare qual è, in concreto, la lesione prodotta da siffatta situazione nella sfera giuridica dei propri associati.

8. In conclusione, i secondi motivi aggiunti vanno accolti solo in parte, con conseguente annullamento dell'Allegato A della d.G.R. n. 14-5999, del 25 giugno 2013 (concernente il sistema delle liste di attesa per la presa in carico dell'anziano non autosufficiente), e della d.G.R. n. 85-6287, del 2 agosto 2013, nella parte in cui quest'ultima, per gli inserimenti nei Nuclei Alzheimer Temporanei (NAT) e nei Centri diurni per malati di Alzheimer, stabilisce la quota di compartecipazione per l'utente/Comune nella misura del 50% (cfr. parr. nn. 4.1 e 4.2).

Il ricorso introduttivo deve invece essere respinto, nei sensi di cui in motivazione, per la parte riguardante la previsione, nel modello integrato dei servizi socio-sanitari per gli anziani non autosufficienti (di cui alla d.G.R. n. 45-4248, del 30 luglio 2012, Allegato n. 1, par. n. 8), delle tre fasi dei servizi residenziali extra-ospedalieri (intensiva, estensiva e di lungoassistenza), con fissazione di una durata massima prestabilita per ciascuna delle tre fasi (rispettivamente: 10 giorni, 20 giorni e 30 giorni) e con la previsione che, dal 61° giorno, la prestazione diventi a totale carico del paziente, in quanto quest'ultima previsione deve essere interpretata – così come illustrato *supra*, al par. n. 5 – alla luce della percentuale di compartecipazione alla spesa stabilita dall'Allegato n. 1.C, punto 9, del d.P.C.M. 29 novembre 2001.

Le restanti parti del ricorso introduttivo, nonché i primi motivi aggiunti, vanno dichiarati improcedibili per sopravvenuta carenza di interesse (parr. nn. 4 e 6).

Le restanti parti dei secondi motivi aggiunti vanno in parte respinte, in quanto non fondate, ed in parte dichiarate inammissibili (par. n. 7)

Gli atti di intervento *ad adiuvandum*, infine, vanno dichiarati inammissibili nella parte in cui essi hanno introdotto censure nuove e diverse rispetto a quelle specificamente trattate dalle associazioni ricorrenti (par. n. 2).

In considerazione della soccombenza reciproca, nonché della delicatezza e della complessità delle questioni trattate, il Collegio rinviene giusti motivi per disporre la compensazione delle spese di lite tra tutte le parti costituite.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Piemonte, Sezione seconda, definitivamente pronunciando sul ricorso in epigrafe,

a) accoglie in parte i secondi motivi aggiunti e, per l'effetto, annulla l'Allegato A della d.G.R. n. 14-5999, del 25 giugno 2013, e la d.G.R. n. 85-6287, del 2 agosto 2013, nella parte indicata in motivazione;

b) respinge in parte il ricorso introduttivo, nei sensi di cui in motivazione;

c) dichiara la restante parte del ricorso introduttivo, nonché i primi motivi aggiunti, improcedibili per sopravvenuta carenza di interesse;

d) respinge, per la restante parte, i secondi motivi aggiunti ed in parte li dichiara inammissibili;

e) dichiara parzialmente inammissibili gli atti di intervento *ad adiuvandum*, nella parte specificata in motivazione;

f) compensa le spese di giudizio tra tutte le parti costituite.

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

Così deciso in Torino nella camera di consiglio del giorno 15 gennaio 2014 con l'intervento dei magistrati:

Vincenzo Salamone, Presidente

Savio Picone, Primo Referendario

Antonino Masaracchia, Primo Referendario, Estensore

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 31/01/2014

IL SEGRETARIO

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