



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 8699 del 2018, proposto dalle seguenti Associazioni: Associazione “Promozione Sociale, Associazione “In Nome dei Diritti” Onlus, Mtd-Movimento per la Tutela dei Diritti delle Persone Diversamente Abili e Quelle Non Autosufficienti Organizzazione Onl, Associazione A.Di.N.A. - Associazione per la Difesa dei Diritti delle Persone Non Autosufficienti, Associazione Umana (Unione per la Difesa dei Diritti dei Malati Anziani Non Autosufficienti), in persona dei rispettivi legali rappresentanti *pro tempore*, tutti rappresentati e difesi dall'avvocato Maria Luisa Tezza, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso lo studio dell'avv. Alessandra Mari in Roma, via Alberto Caroncini 51;

contro

La Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, in persona dei rispettivi legali rappresentanti *pro tempore*, tutti rappresentati e difesi dall'Avvocatura Generale dello Stato, presso i cui uffici, in Roma via dei Portoghesi, 12, sono *ope legis* domiciliati;

per la riforma

della sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio (Sezione Terza) n. 04214/2018, concernente la legittimità del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri in data 12.01.2017, pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18.03.2017, avente ad oggetto: “Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio della Presidenza del Consiglio dei Ministri e dei Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 21 febbraio 2019 il Cons. Umberto Maiello e uditi per le parti gli avvocati Nikolaus Suck su delega dell'avv. Maria Luisa Tezza e l'avvocato dello Stato Tito Varrone;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

1. Le appellanti, formazioni sociali prive di scopo di lucro e operanti, come da statuto, nel campo della promozione e della difesa delle categorie sociali più deboli, come i minori, i diversamente abili, le persone non autosufficienti, chiedono la riforma della sentenza del Tar per il Lazio, sede di Roma, n. 04214/2018, pubblicata il 17.04.2018 con la quale è stato respinto il ricorso proposto avverso il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12.01.2017, pubblicato sulla G.U. n. 65 del 18.03.2017 ed avente ad oggetto la: “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”.

1.1. Deducono a sostegno della spiegata azione impugnatoria:

a) che il TAR non avrebbe rilevato l'incompetenza del Governo ad abrogare il precedente DPCM del 29.11.2001. Sotto tale profilo, assumono le odierne

appellanti che, contrariamente a quanto ritenuto dal giudice di prime cure, non rilevarebbe l'omogeneità tra le due fonti, il DPCM del 29.11.2001 e quello del 12.01.2017, il quanto l'art. 54 della legge n. 289/2002 avrebbe legificato il DPCM del 29.11.2001, di talchè, oggi, il contrasto si porrebbe tra la suddetta norma primaria - che dà forza di legge al DPCM del 29.11.2001 - e il DPCM del 12.01.2017, che tale forza non avrebbe, anche perché rispetto all'ordinaria delegificazione (di cui all'articolo 17 comma 2 della legge 400/1988), mancherebbero nella norma di investitura (e cioè nell'articolo 54 comma 3) i principi regolatori della materia e le norme abrogate;

b) il TAR non si sarebbe pronunciato sull'ulteriore censura con la quale le ricorrenti lamentavano che il DPCM del 12.01.2017 non solo non ha forza di legge, ma esula anche dalla specifica cornice di riferimento imposta dalla legge di riferimento. La legge 208/2015 (legge di stabilità 2016), all'art. 1, comma 553, fa riferimento a «la definizione e l'aggiornamento dei LEA di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre n. 502». Tale disposizione non individuerrebbe i LEA, ma si limiterebbe ad indicare e richiamare principi e criteri generali alla cui stregua inserire od escludere all'interno degli stessi, servizi e prestazioni sanitarie;

c) l'impianto regolatorio del DPCM (in forma programmatica nell'art. 21 e poi declinando il medesimo principio in via attuativa nei successivi articoli da 22 a 35) prevede che l'accesso alle cure sanitarie per il malato/persona con disabilità non autosufficiente sia mediato da una "*previa valutazione multidimensionale*" che, in quanto tale, attiene non solo ad aspetti clinici (di squisita valenza sanitaria), ma anche sociali (economici, familiari ecc.). Nei fatti si tratterebbe di una valutazione della condizione economica che affiancherebbe quella sanitaria, dalla quale si farebbe dipendere la presa in carico del malato non autosufficiente da parte del Servizio sanitario nazionale. Tanto concreterebbe una forma di discriminazione in violazione degli artt. 3 e 32 della Costituzione oltre che dell'articolo 1 della legge 833/1978;

d) il Tar non avrebbe tenuto conto del fatto che – ricadendo i LEA nelle prerogative legislative esclusive dello Stato a norma della lettera m) dell'articolo 117 della Costituzione - spetterebbe allo Stato, e non alle Regioni, il compito di garantire «uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale» nel rispetto delle leggi vigenti. Di contro, i livelli essenziali previsti dal decreto impugnato perderebbero la necessaria imprescindibile uniformità, prevista dall'articolo 117 e dalla normativa primaria, nel momento in cui il DPCM qui gravato demanda al livello regionale la determinazione dei criteri cui dovranno attenersi le commissioni di valutazione multidimensionale. Per le medesime ragioni sarebbe illegittimo l'art. 29, comma 2, che demanda alle Regioni anche la valutazione della «durata del trattamento ad elevato impegno sanitario» fissato «in base alle condizioni dell'assistito che sono oggetto di specifica valutazione multidimensionale, da effettuarsi secondo le modalità definite dalle Regioni e dalle Province autonome. In tal modo si concreterebbe anche una violazione del principio di uguaglianza, garantito dall'art. 3 Cost., e rilevante anche in ambito eurounitario, nonché del principio di non discriminazione sancito anche dalla Convenzione Europea dei Diritti dell'Uomo (art. 14) e dalla Carta europea dei diritti fondamentali (art. 21), nonché della "Convenzione O.N.U. sui diritti delle persone con disabilità" ratificata dall'Italia con L. 18/2009;

e) sarebbero illegittime le differenziazioni e separazioni (contenute negli artt. 24-35) fra le attività sanitarie e quelle socio-sanitarie e, quindi, fra prestazioni intensive, estensive, per gli infermi acuti, per gli infermi cronici, per gli infermi cronici con riacutizzazioni in quanto proprio la necessità di prestazioni sanitarie indifferibili dovrebbe, comunque, farle rientrare fra quelle sanitarie unitariamente intese;

f) il TAR avrebbe omissso di esaminare la censura attinente all'art. 29 del DPCM impugnato (*"assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno*

sanitario”), oggetto del motivo V di ricorso, qui integralmente riproposto. In sintesi, nella disciplina di settore le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria - laddove erogate non solo in ambito “residenziale” ma anche “semiresidenziale” o “domiciliare ” - sono poste totalmente a carico del SSN (D.Lgs. 502/92, art. 3 septies ed il DPCM 14.01.2001, art. 3, comma 3). L’art. 29 introdurrebbe, invece, in modo del tutto arbitrario, una serie di limiti in patente violazione di quanto disposto dalle dette fonti normative: basterebbe citare il limite spaziale (solo quelle “residenziali” e, pertanto, non quelli domiciliari o semiresidenziali), terapeutico (“pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore ”) e sostanziale (“intensivo”) e, dunque, rimarrebbero inspiegabilmente escluse la fase “estensiva” o di “lungo assistenza” (le quali, pertanto, diverrebbero necessariamente a pagamento). Inoltre il D.P.C.M. escluderebbe analoghe prestazioni laddove rivolte a disabili gravi. Limiterebbe, infatti, l’operatività alle persone con “disabilità gravissima ”, ed ancora, contemplerebbe solo i casi di “instabilità clinica, sintomi di difficile controllo” e, dunque, escludendo tutti i casi caratterizzati da cronicità;

g) sarebbe erronea la decisione del TAR nella parte in cui ha respinto il sesto motivo di ricorso affermando che è legittimo porre a carico del paziente l’alimentazione e l’idratazione artificiale, graduando il relativo onere di “in relazione alla gravità della condizione” dello stesso. Di contro, sarebbe patrimonio giurisprudenziale il principio secondo cui l’alimentazione e l’idratazione artificiale ” sono “un trattamento sanitario di sostegno vitale. Il decreto impugnato esclude, invece, dai LEA - e, dunque, fa divenire a pagamento - le prestazioni di alimentazione ed idratazione artificiale, laddove erogate nei trattamenti estensivi e di lungoassistenza. In particolare l’art. 30 riconoscerebbe per dette prestazioni, se erogate nell’ambito di “trattamenti estensivi”, una copertura sanitaria limitata ad una durata non superiore a 60 giorni e se erogate in “trattamenti di lungo assistenza”, l’accollo al SSN “per una quota pari al 50%” con la conseguente imputazione del restante 50% al Comune/utente;

h) sarebbe erronea la valutazione compiuta dal TAR in tema di assistenza domiciliare, quanto all'accollo totale a carico del SSN della alimentazione e della idratazione artificiale solo per i primi "sessanta", in quanto non terrebbe conto del fatto che il regime delle prestazioni "sanitare a rilevanza sociale" e "socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria" non recherebbe distinzioni a seconda del contesto ambientale (id est domiciliare) in cui sono svolte. Le cure domiciliari, se presentano le caratteristiche previste dal D.Lgs. 502/92, art. 3 septies, e dal DPCM 14.02.2001 art. 3, devono essere interamente a carico del SSN. Le appellanti lamentano che l'art. 22 introduce gravissimi ed arbitrari limiti prevedendo che le "cure domiciliari" svolte mediante "prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale" sono "interamente" a "carico del Servizio sanitario nazionale" "per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi". Né varrebbe invocare il "rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica" venendo qui in rilievo il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana;

i) rispetto alle doglianze che involgono il concetto di "salute a tempo" sarebbe inconferente la statuizione del giudice di prime secondo cui "il dato temporale è connesso con l'intensità del livello assistenziale e riabilitativo", in quanto il DPCM introduce, rispetto alla copertura da parte del SSN, limiti temporali massimi, predeterminati "a tavolino". In particolare il D.Lgs. 502/92, art 3 septies ed il successivo DPCM 14.02.2001 garantiscono la possibilità di cura senza l'irragionevole ed illogicamente aprioristica predeterminazione di un termine in via astratta ed avulso dalle specifiche esigenze socio-sanitarie legate alle condizioni patologiche del malato. Di contro, e fermo restando il carattere invariato della normativa primaria e secondaria tuttora vigente *in subiecta materia*, il capo IV introdurrebbe un sistema nel quale, in fase di sub acuzie di malattia, all'esclusivo verificarsi del decorso del termine ivi prefissato, vi sarebbe una necessaria

diminuzione delle cure e terapie – peraltro a pagamento – dal precedente livello intensivo a quello inferiore, estensivo, ed a quello ulteriore di bassa intensità;

1) le deficienze sopra denunciate non potrebbero essere compensate dalle esenzioni di cui all. 8 bis del DPCM – menzionate dal TAR – che riguarderebbero le sole prestazioni diagnostiche (per gli esami e il ticket per le visite), ma non certole attività di cura, cioè la presa in carico continuativa, sulle 24 ore, degli utenti malati/persone con disabilità non autosufficienti che hanno esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili.

1.2. Le Amministrazioni intime, nonostante la particolare rilevanza e delicatezza delle questioni in rilievo, pur resistendo in giudizio, hanno affidato le proprie difese ad una mera costituzione di stile.

1.3. All'udienza camerale del 29.11.2018, fissata per la delibazione della domanda cautelare, su accordo delle parti, la trattazione del ricorso è stata abbinata al merito ed, alla successiva udienza del 21.2.2019, l'appello è stato trattenuto in decisione.

2. Tanto premesso, nello scrutinio dei motivi di gravame sopra sintetizzati, occorre muovere dalla disamina delle prime due doglianze che, involgendo entrambe, in apice, la stessa attitudine della fonte regolamentare in commento ad intervenire, con effetto innovativo, sul preesistente assetto regolatorio, possono essere trattate congiuntamente.

I suddetti motivi di gravame non sono fondati e, pertanto, il corrispondente capo della decisione di prime cure va confermato con le precisazioni ed integrazioni di seguito esposte.

2.1. Ed, invero, contrariamente a quanto dedotto, nessuna invasione del livello di normazione primaria può dirsi consumata per effetto dell'approvazione del qui gravato D.P.C.M. del 12.1.2017.

E' pur vero che la richiamata fonte regolamentare, all'articolo 64 comma 5, prevede l'abrogazione – alle condizioni previste nei precedenti commi – del DPCM del 29.11.2001, al quale integralmente si sostituisce ponendosi, oggi, come la fonte diretta per la definizione delle attività, dei servizi e delle prestazioni garantite ai

cittadini con le risorse pubbliche messe a disposizione dal SSN.

Ciò nondimeno, il divisato processo di sostituzione delle fonti di regolazione della materia non riflette le denunciate distonie di sistema in quanto si ascrive nel solco di una coerente ed espressa investitura che trova il suo fondamento genetico in disposizione di rango primario di talchè, nell'ambito di una necessaria visione di insieme, non risulta giammai smarrita la piena simmetria che ha governato il passaggio di consegne tra le suddette fonti, vale a dire il DPCM del 29.11.2001 ed il DPCM del 12.1.2017.

Ed, invero, l'intervento di legificazione da cui prendono abbrivio le doglianze qui in rilievo, previsto dall'articolo 54 della legge n. 289 del 2002, non ha assunto carattere permanente: se il comma 2 della disposizione citata ha, infatti, previsto che *“le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all'allegato 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 33 dell'8 febbraio 2002, con le esclusioni e i limiti di cui agli allegati 2 e 3 del citato decreto, con decorrenza dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto”* il successivo comma 3 ha, al contempo, disposto che *la individuazione di prestazioni che non soddisfano i principi e le condizioni stabiliti dall'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, nonché le modifiche agli allegati richiamati al comma 2 del presente articolo sono definite con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.*

Orbene, ad una piana e sistemica lettura delle suindicate disposizioni, appare di tutta evidenza come, in disparte le modifiche indotte dalla necessità di assicurare, sulla scorta delle più attuali evidenze scientifiche, l'effettiva e riconosciuta efficacia

delle prestazioni esigibili dal SSN (ai sensi dell'articolo 1 comma 7 del d. lgs 502/1992), il legislatore non abbia affatto definitivamente irrigidito sul piano della normazione primaria, conferendogli in via permanente valore e forza di legge, i LEA quali definiti negli allegati al DPCM del 29.11.2001, affidando, da subito, il loro aggiornamento – “*..mediante modifiche agli allegati richiamati al comma 2*”- ad un DPCM, ripristinando, così, in via immediata un pieno parallelismo tra le fonti di intervento, onde assicurare, nel rispetto dei principi mutuabili dalla normazione primaria di settore, elasticità alla concreta e dettagliata definizione dell'elenco di prestazioni da includere nei LEA, ben consapevole della necessità di affidare tale incombente a strumenti più duttili rispetto a quelli della legge ordinaria.

Né può dirsi che siffatto intervento di adeguamento, rimesso ad un atto del Governo, si ponga al di fuori di una cornice di riferimento che, per effetto di superiori principi normativi, valga ad orientarne le scelte.

2.2. Ed, invero, l'ambito di operatività è tracciato, in termini generali, anzitutto, dalle leggi quadro in materia sanitaria (legge 833/73 e d. lgs 502/1992) che ne predicano lo stretto raccordo con il piano sanitario nazionale e, poi, dal rigido iter procedurale che impone un'ampia partecipazione, inclusa quella della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, dovendosi dunque ritenere il testo approvato come espressione, ai più elevati livelli di rappresentanza, della sintesi e della mediazione degli interessi in gioco.

2.3. A ciò occorre aggiungere la concorrente investitura rinveniente dall'articolo 1 commi 553 e 554 della legge 208/2015 che espressamente affidano ad un d.p.c.m. la definizione e l'aggiornamento del d.p.c.m. 29.11.2001 nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica ed in attuazione dell'articolo 1, comma 3, del Patto per la salute 2014-2016.

Tale investitura – con i limiti di sistema già sopra anticipati - è ad ampio raggio e, involgendo anche la definizione dei LEA, non può essere indotta solo

dall'aggiornamento di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, senza contare che anche solo tali esigenze di aggiornamento legittimano modifiche all'elenco delle prestazioni esigibili a carico del SSN.

3. Analogamente, prive di pregio si rivelano le doglianze compendiate nei motivi di gravame nn. 3 e 4, suscettive di un'unica articolata valutazione in quanto involgono, sotto profili diversi, la metodica privilegiata nel testo qui gravato di affidare ad una preliminare valutazione multidisciplinare l'accesso all'assistenza socio-sanitaria.

3.1. Segnatamente, secondo la prospettazione delle appellanti si introdurrebbero arbitrariamente nella definizione dei setting clinici profili, di natura essenzialmente economica, ad essi ontologicamente estranei, rimettendo, poi, alle singole Regioni il varo degli specifici criteri per la concreta declinazione, organizzativa ed operativa, di siffatte valutazioni.

3.2. Orbene, ritiene il Collegio che non possa essere, anzitutto, condivisa la lettura offerta nel mezzo oggetto di scrutinio, secondo cui confluirebbero nella dinamica delle scelte assistenziali criteri di ordine essenzialmente economico capaci impropriamente di condizionare tipo, intensità e durata dei trattamenti clinici necessari.

Ai fini un corretto approccio esegetico della disciplina qui in rilievo occorre, infatti, avere chiara consapevolezza della particolarità della materia regolata che inerisce a particolari categorie di soggetti i cui bisogni intercettano forme di assistenza riconducibili tanto all'area sanitaria che a quella propria dei servizi sociali, soggette in astratto, come meglio di seguito evidenziato, a regime differenziati e, rispetto alle quali, in presenza di determinati presupposti, è stata del tutto condivisibilmente prevista un'erogazione congiunta.

Da qui lo sforzo di definire un trattamento personalizzato che tenga conto, alla luce della complessità dei bisogni del paziente, delle plurime variabili in cui è possibile combinare la misura delle singole forme di assistenza oscillandosi tra prestazioni

socio-assistenziale "inscindibili" dalla prestazione sanitaria a prestazioni socio-assistenziali "pure".

Orbene, ciò che emerge da una piana lettura dell'articolato qui in rilievo è, dunque, lo sforzo di assicurare, attraverso un unico passaggio valutativo intestato al SSN, una necessaria visione multidisciplinare nell'organizzare, da subito, un'adeguata risposta assistenziale lì dove i particolari bisogni del paziente hanno natura eterogenea.

E', dunque, nella suddetta prospettiva che l'articolo 21 comma 2 prevede che *“il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale”*.

La valutazione multidimensionale si ascrive, dunque, all'esigenza, del tutto logica, di differenziare ed individualizzare il trattamento, articolandolo tra attività eterogenee in funzione dei plurimi e specifici bisogni del paziente che acquisiscono concreta evidenza nel PAI (Progetto di assistenza individuale).

Non trovano, dunque, riscontro le paventate, eccentriche ingerenze di parametri esterni nelle scelte dei trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, che restano tuttora garantiti – nella loro sinergia declinazione clinica, funzionale e sociale - dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla detta valutazione multidimensionale.

D'altronde, occorre aggiungere che tale opzione organizzativa e metodologica non costituisce nemmeno una novità nel quadro della disciplina vigente: ed, invero, lo stesso d.p.c.m. del 14.2.2001, più volte evocato dalle appellanti quale paradigma normativo di riferimento, anche in ragione del rinvio ad esso effettuato dal disposto di cui all'articolo 3 septies del d, lgs 502/1992, nel perimetrare il campo dell'assistenza socio – sanitaria, valorizza, all'articolo 2 comma 1, la stessa metodica di definire tipo e misura del trattamento sulla scorta di *“valutazioni multidimensionali”*.

3.3. Né, sotto diverso profilo, hanno pregio le ulteriori argomentazioni difensive

con le quali le appellanti lamentano una violazione dei principi di uguaglianza e non discriminazione a cagione del coinvolgimento delle Regioni nella organizzazione delle attività rimesse alle commissioni di valutazione multidimensionale.

Vale, a tal riguardo, premettere che, effettivamente, sul punto, non appare pertinente ed appropriata la statuizione del giudice di prime cure, nella parte in cui ha inteso superare le censure in commento facendo un generico rinvio alla previsione di cui all'articolo 117 comma 3 della Costituzione valorizzando il fatto che la tutela della salute, a mente della detta disposizione, ricade nel campo operativo della legislazione concorrente, con la conseguenza di ritenere possibili differenze di trattamento in ragione della diversità delle realtà socio – economiche radicate sui diversi territori.

Sfugge, invero, al giudice di prime cure che i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, di cui all'art. 117 Cost., comma 2, lett. m), tra cui vanno evidentemente inclusi i livelli essenziali di assistenza, intesi come espressione delle soglie minime di prestazione idonee a garantire, nel rispetto dei fondamentali principi di uguaglianza e solidarietà, la tutela del diritto costituzionalmente garantita alla salute, ex art. 32 Cost., non costituiscono una "materia" in senso stretto, ai fini del riparto delle competenze legislative fra Stato e Regioni, rappresentando piuttosto una competenza trasversale del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento del contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarli o condizionarli (così, Corte Costituzionale, sentenza 26 giugno 2002, n. 282).

Ed è proprio in ragione di ciò che del tutto coerentemente la legislazione di settore radica in capo al legislatore statale la definizione dei predetti livelli essenziali di assistenza.

3.4. Tanto premesso deve, comunque, rilevarsi come il coinvolgimento della Regione nella organizzazione dei servizi qui rilievo non costituisca affatto, con la pretesa automaticità contenuta nel gravame, la negazione della suddetta esigenza di omogeneizzazione nei trattamenti sanitari essenziali sulla scorta di standard uniformi replicabili sull'intero territorio nazionale.

Nel costrutto giuridico attoreo risulta, invero, del tutto obliata l'espressa previsione, nella norma principio di cui all'articolo 21, della necessità di un apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, in cui vanno definite apposite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni.

E nello stesso senso di un necessario raccordo operante a livello nazionale depone anche l'articolo 64 comma 1 del d.p.c.m. in esame nella parte in cui espressamente prevede che, con successivi appositi accordi, sanciti dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome, su proposta del Ministro della salute sono fissati criteri uniformi per la individuazione di limiti e modalità di erogazione delle prestazioni che il presente decreto demanda alle regioni e alle province autonome.

In altri termini, le competenze organizzative delle Regioni non saranno del tutto libere ma verranno conformate da prescrizioni varate a livello nazionale onde orientarne l'azione in un'ottica di omogeneizzazione verso standard uniformi.

Né sul punto le appellanti hanno articolato mirate censure volte a porre in discussione l'adeguatezza dei suddetti strumenti di raccordo.

Anche rispetto al profilo in esame non può essere sottaciuta la sostanziale linea di continuità che lega il d.p.c.m. qui impugnato con l'atto di indirizzo adottato con il già citato d.p.c.m. del 14.2.2001 che, proprio in funzione della definizione di

progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali, reca una previsione normativa analoga a quella qui contestata prevedendo, all'ultimo periodo del comma 1 dell'articolo 2, che *“Le Regioni disciplinano le modalità ed i criteri di definizione dei progetti assistenziali personalizzati”*.

Tanto più che il legislatore ha previsto in sede nazionale un monitoraggio continuo nell'applicazione dei LEA rimettendo ad apposita commissione istituita, presso il Ministero della salute, tra l'altro il compito di valutare che l'applicazione dei LEA avvenga in tutte le Regioni con lo stesso standard di qualità e includa tutte le prestazioni previste dagli specifici LEA.

4. Con il seguente gruppo di censure le appellanti attraggono nel fuoco della contestazione ora trasversalmente più disposizioni (motivo sub e) ora singole disposizioni, lamentando, per ragioni diverse, la complessiva dequotazione degli standard di garanzia precedentemente assicurati.

4.1. Segnatamente, con il quinto motivo di gravame le appellanti lamentano l'illegittimità delle “differenziazioni e separazioni” (contenute negli artt. 24-35) fra le attività sanitarie e quelle socio-sanitarie e, quindi, fra prestazioni intensive, estensive, per gli infermi acuti, per gli infermi cronici, per gli infermi cronici con riacutizzazioni in quanto proprio la necessità di prestazioni sanitarie indifferibili dovrebbe, comunque, farle rientrare fra quelle sanitarie unitariamente intese. Assumono, invero, le appellanti che la sola presenza di un'esigenza assistenziale di tipo sanitario imporrebbe che il SSN si facesse carico dell'intera prestazione. In tal senso deporrebbe l'articolo 30 comma 2 della legge 730/1983 nella parte in cui prevede che *“Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali”*.

Il suddetto motivo di gravame non può che essere dichiarato inammissibile essendo rimasto confinato ad uno stadio astratto di mera enunciazione di principio e, come tale, per la sua genericità non consente, in apice, di individuare all'interno delle plurime disposizioni citate quali sarebbero le effettive, indebite scissioni che,

nell'ambito di un trattamento sanitario inscindibilmente unitario, varrebbero a scorporare le attività sanitarie da quelle di rilievo sociale assoggettandole ad un regime di erogazione nettamente distinto.

4.2. Con ulteriore motivo, le appellanti lamentano che il TAR avrebbe omesso di esaminare la censura articolata avverso l'art. 29 del DPCM impugnato (*"assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario"*), oggetto del motivo V di ricorso, qui integralmente riproposto. In sintesi, nella disciplina di settore le prestazioni socio sanitarie ad elevata integrazione sanitaria - laddove erogate non solo in ambito "residenziale" ma anche "semiresidenziale" o "domiciliare" - sono poste totalmente a carico del SSN (D.Lgs. 502/92, art. 3 septies ed il DPCM 14.01.2001, art. 3, comma 3). L'art. 29 introdurrebbe, invece, in modo del tutto arbitrario, una serie di limiti in patente violazione di quanto disposto dalle dette fonti normative: basterebbe citare il limite spaziale (solo quelle "residenziali" e, pertanto, non quelli domiciliari o semiresidenziali), terapeutico ("pronta disponibilità medica e presenza infermieristica sulle 24 ore ") e sostanziale ("intensivo") e, dunque, rimarrebbero inspiegabilmente escluse la fase "estensiva" o di "lungo assistenza" (le quali, pertanto, diverrebbero necessariamente a pagamento). Inoltre il D.P.C.M. escluderebbe analoghe prestazioni laddove rivolte a disabili gravi. Limiterebbe, infatti, l'operatività alle persone con "disabilità gravissima", ed ancora, contemplerebbe solo i casi di "instabilità clinica, sintomi di difficile controllo" e, dunque, escludendo tutti i casi caratterizzati da cronicità.

Anche in questo caso il Collegio non condivide la prospettiva di lettura privilegiata dalle appellanti che, sulla scorta di una valutazione atomistica della disposizione in commento, giungono ad escludere dall'ambito operativo delle prestazioni di assistenza garantite dal SSN, tutte quelle che, ad esempio per diverso luogo di somministrazione (non riconducibile all'ambito residenziale) ovvero per intensità di trattamento (intensivo), non ricadono nella previsione operativa della suddetta disposizione.

Al riguardo, va, anzitutto, premesso che la suindicata norma risulta, invero,

calibrata sulla specificità dei bisogni di determinati pazienti che – a cagione delle patologie da cui sono affetti, contraddistinte da alto livello di complessità, instabilità clinica, sintomi di difficile controllo, necessità di supporto alle funzioni vitali e/o gravissima disabilità - rendono appunto necessario un trattamento contraddistinto da elevato impegno sanitario, continuativo e con pronta disponibilità, da somministrare, proprio in virtù del suddetto grave quadro clinico, necessariamente in ambito residenziale siccome “non erogabile al domicilio o in altri setting assistenziali di minore intensità”.

Al contempo, non va smarrita la necessaria visione di insieme del testo regolamentare che parimenti intesta al SSN, alle condizioni ivi di volta in volta previste, anche ulteriori e concorrenti forme di assistenza, domiciliari (ad esempio articolo 22, 23) residenziali e semi – residenziali (articolo 30 e ss), secondo crescenti livelli di assistenza che includono i trattamenti estensivi e di lungoassistenza, con una ripartizione degli oneri tra SSN ed utente/Comune che non sembra divergere dal previgente assetto regolamentare.

5. Possono essere qui congiuntamente trattati i motivi articolati alle lettere g) ed h), con i quali le appellanti lamentano la violazione del principio secondo cui, ove il carattere oggettivo della prestazione rifletta natura essenzialmente sanitaria, il relativo trattamento deve intendersi integralmente a carico del SSN senza distinzione di ambiti ovvero frammentazione in quote di partecipazione.

Sarebbe, dunque, erronea la decisione del TAR nella parte in cui ha respinto il sesto motivo di ricorso affermando che è legittimo porre a carico del paziente l'alimentazione e l'idratazione artificiale, graduando il relativo onere di “ripartizione in relazione alla gravità della condizione” dello stesso. Il decreto impugnato illegittimamente escluderebbe dai LEA - e, dunque, farebbe divenire a pagamento - le prestazioni di alimentazione ed idratazione artificiale, laddove erogate nei trattamenti estensivi e di lungoassistenza. In particolare l'art. 30 riconoscerebbe per dette prestazioni, se erogate nell'ambito di “trattamenti

estensivi”, una copertura sanitaria limitata ad una durata non superiore a 60 giorni e se erogate in “trattamenti di lungo assistenza”, l’accollo al SSN “per una quota pari al 50%” con conseguente imputazione del restante 50% al Comune/utente.

Del pari, sarebbe erronea la valutazione compiuta dal TAR in tema di assistenza domiciliare, quanto all’accollo totale a carico del SSN - della alimentazione e della idratazione artificiale - solo per i primi “sessanta” in quanto non terrebbe conto del fatto che il regime delle prestazioni “sanitare a rilevanza sociale” e “socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria” non recherebbe distinzioni a seconda del contesto ambientale (id est domiciliare) in cui sono svolte. Le cure domiciliari, se presentano le caratteristiche previste dal D.Lgs. 502/92, art. 3 septies, e dal DPCM 14.02.2001 art. 3, devono essere interamente a carico del SSN. Le appellanti lamentano, invece, che l’art. 22 introdurrebbe gravissimi ed arbitrari limiti prevedendo che le “cure domiciliari ” svolte mediante “prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale” sono “interamente“ a “carico del Servizio sanitario nazionale” “per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50 per cento nei giorni successivi ”. Né varrebbe invocare il “rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica” venendo qui in rilievo il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana.

5.1. A tal riguardo, rileva preliminarmente il Collegio che non è qui in discussione la valenza sanitaria delle prestazioni di cura che implicano l’alimentazione e l’idratazione artificiale in sé, ma il regime di riparto degli oneri connessi ai complessivi trattamenti che inglobano anche tali prestazioni e che restano soggetti ad un regime differenziato in ragione della incidenza della componente sanitario.

Occorre, dunque, verificare se effettivamente si ponga nei peggiorativi termini prospettati l’impatto del D.P.C.M. qui gravato sulla pregressa disciplina di settore in cui, quale momento di sintesi, inevitabilmente confluiscono anche ulteriori esigenze, quali ad esempio quelle di contenimento della spesa.

E’, infatti, di tutta evidenza che il vincolo di bilancio e il rispetto dei diritti

fondamentali siano in rapporto di reciproca implicazione 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.

5.2. Il D.P.C.M. qui in rilievo vale a definire 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).

Vale soggiungere che, nelle enunciazioni di principio contenute nella richiamata disciplina di settore, appare di tutta evidenza come la definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale risulta effettuata in stretto connubio (articolo 1 comma 4 del d. lgs 502/1992) con l'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, di talchè l'inclusione delle prestazioni sanitarie nei livelli di assistenza, pur garantite dal Servizio sanitario nazionale, non acquisiscono per definizione, e con inaccettabile pretesa di automaticità, un'ontologica vocazione gratuita, potendo comunque essere prevista una partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente (articolo 1 comma 3 d. lgs 502/1992).

5.3. Occorre, poi, rammentare che le previsioni oggetto di contestazione con il gravame in epigrafe afferiscono all'area della c.d. "integrazione socio-sanitaria".

Lo sviluppo normativo che ha caratterizzato la disciplina di tale materia – quanto anche ai profili di riparto dei relativi oneri – è caratterizzato dai seguenti significativi snodi.

La L. 27 dicembre 1983, n. 730 (legge finanziaria 1984), onde ripartire la spesa pubblica gravante sul fondo sanitario nazionale di cui alla L. 23 dicembre 1978, n. 833, art. 51, distingueva tra "attività di tipo socio-assistenziale" rientranti nelle

competenze attribuite per materia alle regioni, per le quali gli enti territoriali potevano avvalersi delle strutture organizzative delle UU.SS.LL., ma facendosi interamente carico della spesa, ed invece le "attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali", con oneri interamente a carico del fondo sanitario nazionale (L. n. 730 del 1983, art. 30).

Su tale base normativa si è poi innestato il D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502/92, fatto oggetto di modifiche ed integrazioni, che dedica alla materia qui in rilievo l'art. 3-*septies* (introdotto 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:

- le *“prestazioni sanitarie a rilevanza sociale”*, ossia *“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). Al riguardo, la Regione determina - sulla base dei criteri posti dall'atto di indirizzo e coordinamento di cui al comma 3 - il finanziamento per le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza (id., comma 6, seconda parte);
- 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). Tali prestazioni sono di competenza dei Comuni (id., comma 6, prima parte).

Il comma 3 della disposizione in commento rinvia, poi, ad apposito atto di indirizzo per l'individuazione delle prestazioni da ricondurre alle tipologie di cui al comma 2, lettere a) e b), e la definizione dei criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni, demandando ad esso anche

l'individuazione delle prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria, definite come quelle *caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV e patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative*, con la precisazione che tali prestazioni devono essere *assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo le modalità individuate dalla vigente normativa e dai piani nazionali e regionali, nonché dai progetti-obiettivo nazionali e regionali* (articolo 3 septies comma 5).

Con D.P.C.M. 14 febbraio 2001 è stato emanato l'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazione socio-sanitarie che ha individuato le caratteristiche di tali prestazioni secondo la natura del bisogno, la complessità, la intensità e la durata dell'intervento assistenziale, diversificando le *"prestazioni sanitarie a rilevanza sociale"* (erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali o semiresidenziali) di competenza delle Aziende sanitarie locali ed interamente a carico delle stesse, dalle *"prestazioni sociali e rilevanza sanitaria"* tra le quali vengono ricompresi anche *"c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti"* d) *"gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti ed anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio"* che sono invece di competenza dei Comuni e sono erogate con partecipazione alla spesa - stabilita dai Comuni da parte dei cittadini. In particolare, con riferimento alle prestazioni sanitarie da erogare inscindibilmente alle prestazioni socio-assistenziali nelle forme di *"lungo-assistenza semiresidenziali o residenziali"*, l'Atto di indirizzo, nella Tabella allegata, individuava la partecipazione alla spesa a carico del servizio sanitario regionale nella misura del 50% (per cento) del costo complessivo della retta (o in

alternativa, nell'accollo dei costi integrali del personale sanitario, e del 30%(percento) delle altre voci di costo componenti la retta) ed a carico dei Comuni nella misura del residuo 50%(percento), fatta salva la quota di detta percentuale che la Regione od i Comuni avessero inteso determinare a titolo di compartecipazione degli utenti.

Allo stesso modo, quanto all'assistenza domiciliare integrata, il predetto Atto di indirizzo poneva a carico del SSN solo il 50 % dell'assistenza tutelare ed il restante 50 % a carico del Comune/utente, facendo carico ai Comuni del 100% delle voci di costo relative all'aiuto domestico e familiare.

Con D.P.C.M. 29 novembre 2001, ed in riferimento alla approvazione del Piano sanitario 1998-2000, sono stati definiti i "Livelli Essenziali di Assistenza" (LEA) ed è stato disciplinato il riparto di spesa per le prestazioni ricomprese nella allegata Tabella 1, punto "1.C Area Integrazione Socio-Sanitaria", venendo definitivamente ad essere chiarito che, accanto alle "prestazioni sanitarie" in senso stretto, interamente a carico del Servizio sanitario pubblico, si collocavano - in quanto ricomprese nei LEA - le "prestazioni sanitarie di rilevanza sociale", tali dovendo intendersi *"le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale"*.

La disciplina introdotta dal D.P.C.M. 29 novembre 2001 ha quindi abbandonato la precedente classificazione, riconducendo nell'ambito del servizio sanitario le prestazioni cd. integrate (di natura sanitaria e socio-assistenziale), con la limitazione dell'intervento della spesa pubblica alla sola parte sanitaria della prestazione che, in quanto non distinguibile sul piano dei singoli servizi erogati, è stata individuata "forfetariamente" - secondo una valutazione legale presuntiva - in termini percentuali rispetto all'importo della retta.

5.4. Appare, dunque, di tutta evidenza come anche all'interno della previgente cornice normativa di riferimento (id est LEA del 2001), utilizzata dalle appellanti

come parametro di riferimento e che mirerebbero a ripristinare coltivando l'impugnazione qui spiegata, i trattamenti sociosanitari, ancorchè assorbiti nelle prestazioni erogate dal Sistema sanitario pubblico, contemplano, come sopra anticipato, anche la compartecipazione alla spesa di altri enti o degli utenti pur in riferimento a prestazioni contraddistinte da una qualificata componente sanitaria.

Resta, dunque, confermata la già evidenziata omogeneità di impostazione tra la previgente regolazione ed il nuovo DPCM.

5.5. E ciò deve affermarsi proprio in relazione al regime delle prestazioni fatte qui oggetto di specifica contestazione, quanto cioè al trattamento domiciliare di cui all'articolo 22 ed ai trattamenti residenziali estensivi e di lungo assistenza ex articolo 30.

Ed, invero, per le cure domiciliari, il comma 4 dell'articolo 22 prevede che le prestazioni di aiuto infermieristico ed assistenza tutelare professionale restano a carico del servizio nazionale per i primi 30 gg dopo la dimissione protetta e per una quota del 50 % nei giorni successivi.

Orbene, anche nei LEA garantiti dal D.P.C.M. 29 novembre 2001, per le medesime prestazioni qui in rilievo – punto 1.C. 7 lettera e) *prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona* - la quota a carico del SSN era stimata nel 50 %, con la restante parte a carico del Comune/utente, senza peraltro la previsione – da intendersi dunque più favorevole – del periodo di franchigia dei primi 30 gg dopo la dimissione protetta.

5.6. Quanto poi alle residue argomentazioni difensive vale ribadire che non è qui in discussione la valenza sanitaria delle prestazioni di cura che implicano l'alimentazione e l'idratazione artificiale in sé, ma il regime di riparto degli oneri connessi ai complessivi trattamenti che inglobano anche tali prestazioni erogati in regime domiciliare (appena esaminati e che, contrariamente a quanto dedotto, includono la fornitura dei preparati per la nutrizione artificiale) ovvero residenziale e semiresidenziale alle persone non autosufficienti cui fa riferimento l'articolo 30

Nella suddetta prospettiva nemmeno può dirsi corretta la ricostruzione operata dalle appellanti, dal momento che la misura della compartecipazione economica del SSN è prevista nei termini di seguito indicati.

Quanto all'assistenza socio sanitaria residenziale delle persone non autosufficienti i trattamenti estensivi sono interamente a carico del SSN (articolo 30 comma 2 prima parte). La previsione di un limite temporale di durata del trattamento estensivo, fissata in 60 gg. e legata evidentemente alle condizioni di appropriatezza del trattamento, non è cogente, come è fatto palese dalla indicazione "*di norma*", dovendo, dunque, escludersi ogni paventato automatismo nella definizione della durata del trattamento che, pertanto, andrà stimata sulla scorta delle effettive condizioni dell'assistito e sulla scorta di una specifica valutazione multidimensionale. Ove permangano le esigenze di un trattamento estensivo gli oneri resteranno, dunque, a carico del SSN.

I trattamenti di lungo assistenza in regime residenziale sono a carico del SSN per una quota pari al 50% (articolo 30 comma 2 seconda parte).

I trattamenti di lungoassistenza in regime di assistenza semiresidenziale, riferiti a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria, di cui al comma 3 sono a carico del SSN per una quota pari al 50 % (articolo 30 comma 4).

Resta, dunque, confermato per tale tipologia di trattamento – salvo che per i trattamenti intensivi ed estensivi - il tetto di partecipazione alla spesa del Servizio sanitario regionale nella misura del 50% del costo complessivo, così come previsto nel previgente d.p.c.m. del 2001.

Vale, altresì, soggiungere – per completezza espositiva - che l'esclusione della valenza sanitaria del trattamento assistenziale della persona non autosufficiente non determina evidentemente il disinteresse dell'apparato organizzativo pubblico venendo in supporto la L. 8 novembre 2000 n. 328 (Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali) che, in modo complementare alle previsioni normative sopra richiamate, include nei livelli essenziali delle prestazioni sociali attività destinate a categorie di soggetti spesso

sovrapponibili a quelle qui in rilievo, contemplando, ad esempio, "interventi per le persone anziane e disabili per favorire la permanenza a domicilio, per l'inserimento presso famiglie, persone e strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare, nonchè per l'accoglienza e la socializzazione presso strutture residenziali e semiresidenziali per coloro che, in ragione della elevata fragilità personale o di limitazione dell'autonomia, non siano assistibili a domicilio;..." (art. 22, comma 3, lett. g).

6. Con le residue censure le appellanti contestano l'introduzione del concetto di "salute a tempo", la cui illegittimità non sarebbe stata colta dal giudice di prime cure secondo cui "il dato temporale è connesso con l'intensità del livello assistenziale e riabilitativo", laddove, invece, il DPCM gravato introdurrebbe, rispetto alla copertura da parte del SSN, limiti temporali massimi, predeterminati "a tavolino".

Il costrutto giuridico dell'appellante è parzialmente fondato nei soli limiti di seguito indicati.

6.1. Vale premettere che la fissazione di una durata prestabilita per ciascuna delle fasi in cui si articola, a seconda dei concreti bisogni, l'assistenza, riflette, in via generale, l'idea ordinaria di quello che dovrebbe essere il progressivo percorso di recupero del paziente che viene, dunque, accompagnato, per progressivi passaggi, verso forme sempre più ridotte di impegno sanitario fino all'auspicabile recupero della piena autosufficienza.

In tale ottica la previsione di soglie temporali che, in un'ottica anche di efficienza ed appropriatezza, scandiscono temporalmente le fasi a maggiore intensità assistenziale non appare, di per sé, né irragionevole né illogica.

D'altro canto lo stesso atto di indirizzo di cui al d.p.c.m. del 14.2.2001 nell'articolare il progetto assistenziale in fasi a diversa intensità con impegno decrescente (intensiva, estensiva, lungoassistenza) postula, pur senza quotarle, che, in particolare, le prime due restino circoscritte a periodi definiti (nel primo caso,

durata breve e definita e, nel secondo caso, medio o prolungato periodo definito).

E', però, di tutta evidenza come siffatto schema operativo non può essere ancorato a previsioni rigide, che, per effetto del maturare delle previste scadenze temporali, modificano, in via automatica, il livello di intensità assistenziale in atto, senza ammettere, cioè, in ragione degli specifici bisogni del paziente, valutati in concreto, deroghe o eccezioni al protocollo terapeutico standard.

Non può, infatti, escludersi che le aspettative su cui si fondano le previsioni temporali in argomento possano risultare, poi, in concreto disattese da un decorso delle sollecitazioni del paziente alle cure diverso da quello programmato.

In siffatte evenienze, appare illogico, oltre che non consentito, immaginare una brusca interruzione o modifica delle specifiche necessità assistenziali, ben potendo in astratto esigersi, come fatto palese dalla stessa piana lettura del comma 1 dell'articolo 3 septies del d. lgs. 502/1992, anche nel lungo periodo, prestazioni sinergiche, sanitarie e di protezione sociale, per garantire il dovuto trattamento di cura e riabilitativo.

Ciò nondimeno, deve rilevarsi come la divisata criticità, rispetto al ventaglio delle ipotesi prospettate dalle appellanti, alle quali va circoscritto il relativo scrutinio in ossequio all'effetto devolutivo dell'appello, si riscontra solo in riferimento ad alcune delle previsioni menzionate.

6.2. Segnatamente, un'illegittima e cogente previsione temporale del trattamento risulta prevista quanto:

- alle forme di assistenza socio sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disturbi mentali di cui all'art. 33, comma 2 lettere a) e b) che prevedono trattamenti della *“durata massima di 18 mesi, prorogabili per ulteriori 6 mesi”* se *“a carattere intensivo”*, e *“di 36 mesi, prorogabili per ulteriori 12 mesi”* se *“a carattere estensivo”*;

- alle forme di assistenza socio sanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche, abuso di sostanze, ludopatia ecc. di cui all'art. 35, limitatamente alle ipotesi di cui alle previsioni di cui al comma 2 lettera a) e c) e 4

lettera b) con termini massimi di 18 mesi o 30 mesi.

Nei limiti suddetti, quanto cioè alla previsione di un rigido termine di scadenza del trattamento, senza la possibilità di eventuali connesse a valutazioni concrete che confermino l'utilità del trattamento, il d.p.c.m. impugnato deve ritenersi illegittimo e, pertanto, nei limiti suddetti va annullato.

6.3. Si rivelano, viceversa, immuni dai prospettati motivi di gravame:

- la previsione di cui all'articolo 30 comma 1 lettera a), quanto alle persone non autosufficienti con patologie con elevata tutela sanitaria, per le quali, pur contenendosi in via ordinaria il trattamento programmato in un periodo "*non superiore a sessanta giorni*", la precisazione che tale limite temporale vale "*di norma*" consente di ritenere valicabile il suddetto limite in presenza del protrarsi delle necessità assistenziali;
- la previsione di cui all'articolo 34 recante assistenza sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con disabilità, essendo anche in questo caso previste scadenze temporali predefinite (da 45 giorni a 60 giorni) solo in via "*di norma*", facendo espressamente salva la possibilità che la rivalutazione multidimensionale rilevi il persistere del bisogno riabilitativo;
- la previsione di cui all'articolo 22 comma 4, riferito alle "*prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale*", rispetto alla quale è prevista – ma solo con riferimento a prestazioni di aiuto infermieristico e di assistenza tutelare professionale – la piena gratuita nei primi 30 gg dopo la dimissione ospedaliera protetta. Tale previsione – che, peraltro, appare migliorativa rispetto a quanto previsto dal d.p.c.m. del 2001 con conseguente insussistenza di un interesse alla sua impugnativa - sembra coerente con le prescrizioni contenute nell'atto di indirizzo del d.p.c.m. del 14.2.1001 che, nel declinare le prestazioni socio – sanitaria ad elevata integrazione sanitaria, le identifica, in particolare, con quelle ascrivibili alla fase post – acuta dove ancora può assumere particolare rilevanza ed intensità l'assistenza sanitaria sì da giustificare l'accollo di ogni onere finanziario al SSN.

Le considerazioni suesposte assorbono il residuo motivo di gravame riferito alla statuizione del TAR, in merito al regime di esenzione previsto per talune categorie di soggetti, siccome richiamato dal giudice di prime cure per compensare la previsione di una scadenza temporale al trattamento di assistenza previsto per le persone non autosufficienti.

Conclusivamente, ribadite le svolte considerazioni, l'appello va parzialmente accolto nei limiti suindicati e, per l'effetto, in parziale riforma della sentenza impugnata, l'atto impugnato in prime cure va annullato nei soli limiti suddetti.

Le spese, in ragione della novità, della complessità e della natura obiettivamente controversa delle questioni affrontate, vanno compensate.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sull'appello, come in epigrafe proposto, lo accoglie in parte, nei limiti indicati in parte motiva, e, per l'effetto, nei soli limiti suddetti, in parziale riforma della sentenza impugnata, annulla l'atto gravato in prime cure.

Spese compensate.

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

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 21 febbraio 2019 con l'intervento dei magistrati:

Marco Lipari, Presidente

Massimiliano Nocelli, Consigliere

Stefania Santoleri, Consigliere

Giorgio Calderoni, Consigliere

Umberto Maiello, Consigliere, Estensore

L'ESTENSORE
Umberto Maiello

IL PRESIDENTE
Marco Lipari

IL SEGRETARIO