

N. 05538/2015REG.PROV.COLL.
N. 03923/2015 REG.RIC.



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

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Consiglio di Stato

in sede giurisdizionale (Sezione Terza)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 3923 del 2015, proposto da:
Regione Piemonte, in persona del Presidente pro-tempore,
rappresentato e difeso dagli avv. Gabriele Pafundi e Giovanna Scollo,
con domicilio eletto presso lo studio dell'avv. Gabriele Pafundi in
Roma, viale Giulio Cesare, n.14;

contro

Associazione "Promozione Sociale, U.T.I.M. - Unione per la tutela delle
persone con disabilità intellettiva, U.L.C.E.S. - Unione per la lotta
contro l'emarginazione sociale, G.V.A. - Gruppo volontariato assistenza
handicappati ed emarginati, A.N.G.S.A. - Associazione nazionale
genitori soggetti autistici del Piemonte - Sezione di Torino - Onlus, in
persona dei rispettivi legali rappresentati pro-tempore, rappresentati e
difesi dagli avv. Cinzia De Micheli e Roberto Carapelle, con domicilio
eletto presso lo studio dell'avv. Cinzia De Micheli in Roma, Via Tacito,
n. 23;

per la riforma

della sentenza del T.A.R. PIEMONTE – TORINO, SEZIONE II, n. 00156/2015, resa tra le parti, concernente criteri di finanziamento e gestione prestazioni domiciliari a favore delle persone non autosufficienti - approvazione programmi operativi 2013-2015.

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio di Associazione "Promozione Sociale, di U.T.I.M. - Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva, di U.L.C.E.S. - Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, di G.V.A. - Gruppo volontariato assistenza handicappati ed emarginati e di A.N.G.S.A. - Associazione nazionale genitori soggetti autistici del Piemonte - Sezione di Torino - Onlus;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 15 ottobre 2015 il Cons. Paola Alba Aurora Puliatti e uditi per le parti gli avvocati Gabriele Pafundi e Cinzia De Micheli;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

1. - Con ricorso al TAR Piemonte sono state impugnate le delibere della Giunta regionale del Piemonte n. 25-699230 del 30 dicembre 2013, avente ad oggetto: "Approvazione Programmi Operativi 2013-2015 predisposti ai sensi dell'art. 15, comma 20, del D.L. n. 95/2012 convertito, con modificazioni, in legge n. 135/2012" e n. 26-6993 del 30 dicembre 2013, concernente "Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungo-assistenza a favore delle persone non autosufficienti", oltre alcune delibere presupposte, che hanno previsto

una riorganizzazione del sistema di prestazioni domiciliari in favore degli anziani non autosufficienti, soprattutto con riguardo all'erogazione delle provvidenze finanziarie a sostegno della domiciliarità.

Tra gli atti presupposti, sono state impugnate la delibera 19 novembre 2013, n. 933, recante "Ricognizione costi extra LEA anno 2012", con la quale, tra l'altro, è stata individuata come prestazione "extra LEA" (ossia, non ricompresa tra i Livelli Essenziali di Assistenza) l'erogazione del c.d. assegno di cura e dei contributi economici pari al 50% del valore delle prestazioni di assistenza tutelare finalizzate a garantire la permanenza del paziente non autosufficiente presso il proprio domicilio; e la delibera n. 23, del 28 gennaio 2014, con la quale sono state ripartite, tra le varie ASL regionali, le somme disponibili per l'erogazione delle prestazioni domiciliari in lungo-assistenza.

Le associazioni ricorrenti, aventi quale scopo statutario la tutela delle esigenze e dei diritti delle fasce più deboli della popolazione, con particolare riguardo ai minori, agli handicappati o insufficienti mentali, agli anziani ed ai malati cronici non autosufficienti, lamentano che gli atti impugnati avrebbero classificato le prestazioni domiciliari in lungo-assistenza, in favore degli anziani non autosufficienti, come prestazioni di natura socio-assistenziale, "con l'unica eccezione delle prestazioni rese dagli operatori socio-sanitari", così finendo con l'incidere illegittimamente sui LEA.

Tale affermazione troverebbe riscontro al par. n. 14.4.2 dell'Allegato A dell'impugnata D.G.R. n. 25-6992 del 30 dicembre 2013, con riguardo alle prestazioni domiciliari rese in favore degli anziani non autosufficienti, ove si legge che "la compartecipazione dell'utente/Comune avviene esclusivamente sulle prestazioni socio-

sanitarie di assistenza tutelare alla persona e non su quelle puramente sanitarie, mediche, infermieristiche e riabilitative. In relazione alle suddette prestazioni socio-sanitarie di assistenza tutelare, l'A.S.L. assume a proprio carico il 50% del costo, definito con riferimento al costo/orario OSS, mentre il restante 50% è a carico dell'utente/Comune”.

Dunque, le prestazioni di “assistenza tutelare” rese da operatori non professionali (ossia, non da infermieri o da operatori socio-sanitari-OSS), come ad esempio da badanti o dagli stessi familiari del paziente, non vengono considerate a carico del servizio sanitario. La conseguenza è che il contributo monetario a sostegno della domiciliarità, che prima era erogato dalle ASL per rimborsare i familiari delle spese sostenute per l'assistenza al soggetto non autosufficiente, viene interamente accollato, con decorrenza 1° gennaio 2014, al comparto assistenziale, ossia agli utenti ovvero ai Comuni e/o ai Consorzi comunali nella loro nuova veste di Enti capofila dei progetti a sostegno della domiciliarità (in tal senso la comunicazione prot. n. 12602, del 14 marzo 2014, inviata dalla ASL di Vercelli ad un utente).

2. - Le associazioni ricorrenti hanno dedotto, in primo grado, i seguenti motivi d'illegittimità:

- violazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (c.d. LEA) dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, con particolare riguardo alle “prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona”, contemplati dal D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1.C, par. n. 7, lett. e; tale definizione, secondo le ricorrenti, comprenderebbe anche quegli interventi che vengono prestati “non necessariamente da personale professionale, ma anche da congiunti, conoscenti ed assistenti familiari (ovvero le badanti)”;

- violazione delle norme di cui alla legge della Regione Piemonte n. 10 del 2010 (recante “Servizi domiciliari per persone non autosufficienti”), la quale esplicitamente ricomprende, tra le prestazioni di lungo-assistenza nella fase di cronicità, non solo le prestazioni professionali ma anche quelle, non professionali, di “assistenza familiare”, inclusi i “servizi di tregua”, di “affidamento diurno”, di “telesoccorso” e di “fornitura di pasti, servizi di lavanderia, etc. (art. 2, comma 3, lett. b, della citata legge regionale);

- violazione delle “tuttora vigenti” D.G.R. n. 51-11389, del 23 dicembre 2003, e n. 39-11190, del 6 aprile 2009, le quali avrebbero già sancito che le prestazioni di assistenza tutelare alla persona devono ricomprendere anche quelle prestate da soggetti non riconducibili alle figure professionali dell’Adest/OSS;

- contraddittorietà, carenza di motivazione, arbitrarietà.

3.- L’amministrazione regionale, ha resistito in giudizio invocando la vincolatività degli accordi di cui all’art. 1, comma 180, della legge n. 311 del 2004, finalizzati al contenimento della spesa sanitaria ed al ripianamento dei debiti delle Regioni.

4.- Con la sentenza in epigrafe il ricorso è stato accolto.

Il Tar ha ritenuto che la nozione di “assistenza tutelare alla persona” di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato 1. C, par. n. 7, lett. e. – in attuazione della generale previsione di cui all’art. 1, comma 6, del d.lgs. n. 502 del 1992, nonché dell’art. 6 del decreto-legge n. 347 del 2001, convertito in legge n. 405 del 2001 – indica un gruppo di prestazioni che, con riferimento al micro livello di assistenza domiciliare, a sua volta rientrante nell’area dell’integrazione socio-sanitaria, sono da considerarsi “Livello Essenziale” ai sensi dell’art. 117, comma 2, lett. m, Cost., come tale non comprimibile e la cui erogazione deve essere

garantita dal Servizio Sanitario, a livelli uniformi, su tutto il territorio nazionale.

Nello specifico, si stabilisce che le prestazioni di “assistenza tutelare alla persona” siano poste a carico, per il 50%, del Servizio sanitario e, per il restante 50%, dell’utente/Comune.

Anche le prestazioni di assistenza tutelare messe in atto da operatori non professionali (e quindi diversi dall’operatore socio-sanitario: ad es., assistente familiare, badante, familiari medesimi, ecc.), sarebbero da ricondurre ai LEA, con conseguente mantenimento del 50% del loro costo a carico del Servizio sanitario.

4. - Propone appello la Regione Piemonte deducendo che la sentenza è affetta da errore di fatto e di diritto, violazione del DPCM 29.11.2001, in relazione anche al DPCM 14.2.2001 e all’art. 3 septies del D.lgs 502/190, ai principi che sovrintendono alle competenze delle regioni sottoposte a piano di rientro, eccesso di potere giurisdizionale sotto il profilo dell’insindacabilità delle scelte della p.a., laddove sorrette da congrua motivazione e adeguata istruttoria in relazione ai vincoli di legge.

La Regione invoca la recente sentenza n. 604/2015 di questa Sezione, che si è pronunciata su questione analoga in punto di LEA/extra LEA circa le liste di attesa nelle RSA e le quote di compartecipazione della spesa tra SSN e utenti/comuni, per gli inserimenti nei NAT (Nuclei Alzheimer temporanei) e nei Centri diurni per gli stessi malati.

Il TAR erra nel ritenere che le prestazioni in questione possano rientrare nei LEA in assenza di un riferimento normativo preciso e in presenza di un diniego espresso del tavolo tecnico.

Non si negherebbe un diritto, ma si ritiene che lo stesso possa trovare parziale soddisfazione con fondi assistenziali di competenza comunale.

4.1 - Resistono in giudizio le associazioni intime, le quali rappresentano la pendenza di altri appelli (N.R.G. 7769/2015 e N.R.G. 7771/2015) proposti dalla Regione avverso le sentenze nn. 154 e 157 del 2015 dello stesso TAR, nei quali vengono evocati in giudizio anche alcuni comuni piemontesi interessati, in quanto concretamente tenuti alla erogazione delle prestazioni di cui si discute e chiedono la riunione dei diversi giudizi.

Nel merito, le appellate associazioni ribadiscono che illegittimamente le delibere annullate classificano le prestazioni domiciliari in lungo-assistenza in favore degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite da demenza senile come prestazioni aggiuntive extra LEA (escluso quelle rese da operatori socio sanitari) pervenendo alla conseguenza assurda che tali prestazioni vengono fatte fuoriuscire dall'ambito dei diritti soggettivi immediatamente esigibili per transitare nell'ambito degli interessi legittimi; enunciano, quindi, il contrasto con il DPCM 9.11.2001 allegato 1.C e con la legge regionale piemontese n. 10 del 18.2.2010, art. 5.

5. - All'udienza del 15 ottobre 2015 la causa è stata trattenuta in decisione.

DIRITTO

1. - L'appello è fondato.

1.1. - Secondo il TAR, si impone un'interpretazione costituzionalmente orientata dell'"assistenza tutelare alla persona", perifrasi utilizzata dal D.P.C.M. 29 novembre 2001, alla luce del significato da attribuire alla salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", tutelato dalla Repubblica ai sensi dell'art. 32 Cost., e declinato anche alla luce del dovere di solidarietà sociale di cui all'art. 2 Cost., nonché ai sensi dell'art. 1, comma 1, del d.lgs. n. 502 del 1992.

La tutela della salute, afferma il primo giudice, pur essendo condizionata dalle esigenze di bilanciamento con altri interessi costituzionalmente protetti, garantisce in ogni caso un “nucleo irriducibile” di diritti protetti dalla Costituzione, come ambito inviolabile della dignità umana, come insegna anche la Corte costituzionale (cfr. sent. n. 252 del 2001, ed altre successive) secondo cui “le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana” (così le sentenze n. 455 del 1990, n. 267 del 1998, n. 309 del 1999, n. 509 del 2000, n. 432 del 2005, n. 354 del 2008).

Il dilemma se le prestazioni non professionali debbano o meno essere ricomprese nella generica definizione di cui al d.P.C.M. 29 novembre 2001 non può che essere risolto, pertanto, in senso affermativo, sulla scorta di un ragionamento ermeneutico sia letterale sia sistematico il quale – per un verso – evidenzia che simili prestazioni non risultano espressamente escluse dalla pur generica definizione normativa (la quale, è bene precisare, fa comunque riferimento alla funzione da esercitare e non anche al profilo professionale specifico richiesto per il suo esercizio) e – per altro verso – valorizzi le istanze di tutela direttamente discendenti dalla Carta costituzionale.

Dunque, il primo giudice conclude nel senso che le prestazioni non professionali di assistenza tutelare alla persona rientrano appieno nei Livelli Essenziali di Assistenza, quali delineati dalla normativa statale di riferimento (d.P.C.M. 29 novembre 2001), con la conseguenza che il 50% del loro costo deve essere posto a carico del Servizio sanitario e non certo accollato al comparto assistenziale.

1.2. – Il Collegio, pur concordando con le considerazioni espresse dal primo giudice circa il valore del diritto alla salute come “fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività”, ritiene che la questione della natura e delle finalità assistenziali delle prestazioni socio-sanitarie oggetto delle delibere impugnate ha, in definitiva, poco rilievo alla luce dell’attuale quadro normativo che delinea vincoli ineludibili a carico delle Regioni, sottoposte a piani di rientro, in materia di spesa sanitaria.

1.3. - Va richiamato, preliminarmente, l’indirizzo di questa Sezione che ha compiutamente esaminato la disciplina concernente i LEA ed i rapporti con la recente normativa in materia di vincoli nascenti dai piani di rientro in materia sanitaria (cfr. sentenza n. 604/2015, invocata dalla Regione appellante).

La sentenza n. 604/2015, di cui si riportano alcuni passaggi decisivi, perviene alla conclusione, alla luce di recentissime pronunce della Corte Costituzionale, che nel bilanciamento di interessi, tutti di pari rango costituzionale, la tutela del diritto alla salute può trovare accoglimento nei limiti delle risorse finanziarie disponibili, cosicché la limitazione delle risorse impedisce legittimamente di coprire interamente la spesa per prestazioni di carattere socio – sanitario, che pur avendo carattere di essenzialità, siano assicurate ad un livello maggiore rispetto al rimanente territorio nazionale.

E per le prestazioni “extra LEA”, la sentenza n. 604/2015 citata ha ritenuto che l’ampia discrezionalità di cui gode la Regione fa sì che non sia censurabile la scelta di non coprirne i costi in situazioni di carenti risorse, salvo vizi macroscopici di ragionevolezza.

1.4. - Va, quindi, precisato che le prestazioni di cui si discute nella controversia in esame, oggetto della DGR n. 25-6992 del 30 dicembre

2013, che ha approvato i programmi operativi 2013-2015 (in particolare, azione 14.4.3, riguardante l'assistenza domiciliare integrata) e della D.G.R. n. 26-6993 del 30.12.2013, che ha modificato in parte le precedenti DD.GG.RR. n. 39-11190 del 6.4.2009 e 56-13332 del 15.2.2010 (con cui erano stati introdotti contributi economici a sostegno della domiciliarità in LA), afferiscono all'area assistenziale "cure domiciliari nella fase di lunga assistenza" – integrazione di prestazioni professionali (OOS) e non professionali (assistenti familiari), mediante contributi economici a supporto della domiciliarità".

Il Tavolo tecnico congiunto Ministero Economia e Finanze e Ministero della salute relativo alla spesa sanitaria regionale ha previsto che dal 1° gennaio 2014 non possono più le ASL iscrivere in bilancio risorse per prestazioni aggiuntive oltre i LEA previsti a livello nazionale, nonché per attività a rilevanza sociale.

Il Tavolo tecnico ed il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza in data 13.11.2013 hanno imposto l'osservanza di alcune prescrizioni, recepite dai Programmi operativi 2013-2015 adottati dalla Regione Piemonte.

Conseguentemente, la Regione ha previsto, nel triennio considerato, la revisione del sistema delle cure domiciliari in lungo assistenza, già in vigore in attuazione della l.r. 10/2010, adottando criteri più restrittivi di erogazione delle cure domiciliari e prevedendo "l'istituzione di titoli per l'acquisto (voucher) di servizi da soggetti accreditati, da persone abilitate all'esercizio di professioni sanitarie infermieristiche e sanitarie riabilitative, da operatori socio sanitari, da persone in possesso dell'attestato di assistente familiare, nonché una revisione dei massimali economici fino ad ora erogati ed una omogeneizzazione dei criteri di

compartecipazione alla spesa sulla base dell' ISEE" (così si legge nell'allegato alla delibera n. 25-6992/2013 impugnata, nella parte concernente il programma operativo per le prestazioni domiciliari nella fase di cronicità).

La delibera di Giunta n. 26 -6993/2013, inoltre, ha sostanzialmente previsto che le ASL possono gestire solo l'erogazione delle prestazioni domiciliari in forza di delega degli enti gestori delle funzioni assistenziali, mentre non possono essere individuati come enti capofila. Seppure alla luce del DPCM del 2001 le prestazioni domiciliari agli anziani non autosufficienti rientrano genericamente nei LEA (cfr. art. A.1 punto 2 lett. G "assistenza programmata a domicilio (assistenza domiciliare integrata, assistenza programmata domiciliare, comprese le varie forme di assistenza infermieristica territoriale"), per definire l'ampiezza e la tipologia delle prestazioni che vi sono incluse va considerato il limite derivante dal piano di rientro; ed, inoltre, la Regione non può ignorare l'attività del Tavolo tecnico nazionale e del Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, cui è rimesso il costante monitoraggio circa l'adeguatezza dei LEA, a livello nazionale.

Il contributo economico a sostegno della domiciliarità in LA, erogato dalla Regione Piemonte ai sensi della DGR 39-1190 del 6.4.2009 e della DGR 56-13332 del 15.2.2010, finalizzato alla remunerazione di prestazioni di cura familiare ed all'assunzione di assistente familiare, è legittimamente considerato dalla Regione, nelle delibere impugate, prestazione aggiuntiva "oltre i LEA" previsti a livello nazionale, avente rilevanza sociale, e rientrante, pertanto, nella sua ampia discrezionalità; cosicché non è irragionevole che ne venga ridotto l'importo sulla base dell'ISEE, nè che ne venga imposto l'impiego per l'acquisto di

prestazioni offerte da soggetti abilitati alle professioni sanitarie, operatori socio sanitari, etc..

1.5. - Come ha affermato questa Sezione nella citata sentenza n. 604/2015, “nei sistemi costituzionali contemporanei, è certo che non vi è garanzia di effettività e di rispetto per i diritti fondamentali fuori da un determinato equilibrio di bilancio democraticamente fissato (entrate, spese, e indebitamento autorizzato), che garantisca la sostenibilità e la durata dei diritti medesimi, che coordini in vario modo i conti, tra risorse e prestazioni, e tra le generazioni presenti e quelle future, come spiega la giurisprudenza costituzionale.

Questa dialettica tra i valori più alti del nostro sistema costituzionale, tutti inderogabili e al tempo tutti necessariamente attenti alle condizioni della loro effettiva implementazione e sostenibilità, si manifesta nel settore sanitario e socio-assistenziale con maggiore evidenza e con alta valenza simbolica e sostanziale.

Per quanto concerne in particolare la sanità, il sistema di contenimento e controllo della spesa - come espressione dei sopra esposti principi - si è da tempo compiutamente configurato in via normativa fino a costituire un vero, organico e assai incisivo ordinamento di settore.

Il punto di partenza può, infatti, individuarsi nel Patto della Salute del 2001; poi il sistema procede attraverso una serie di intese a scadenza triennale Stato Regioni seguite dal recepimento nella legislazione statale: l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001, recepito dal decreto legge n. 347/2001 e dalla legge finanziaria per l'anno 2002 (legge n. 448/2001); la introduzione della procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali - che reca tra l'altro il meccanismo dell'incremento automatico delle aliquote fiscali in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo - (articolo 1, commi 174 e

seguenti, della legge n. 311/2004), confermata dall'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005; il Patto per la Salute 2007-2009 (Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006) recepito dalla legge 27 dicembre 2006, n. 296, legge finanziaria per il 2007; il Patto per la Salute 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009) recepito dall'articolo 2, commi 66-105, della legge 191/2009 (legge finanziaria 2010); fino all'art. 15, comma 20, del decreto-legge 95/2012 che ha previsto per un ulteriore triennio, dal 2013 al 2015, che le Regioni in piano di rientro e non commissariate proseguano i programmi previsti nel piano di rientro.

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

modificazioni, come integrati dagli accordi di cui all'articolo 1, commi 278 e 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sono vincolanti per la regione che ha sottoscritto l'accordo (...)); l'art. 2, commi 80 e 95, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2010), che prevede che «gli interventi individuati dal piano di rientro sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro». Nello stesso senso va con decisione la giurisprudenza del Consiglio di Stato lungo le linee fissate in via generale sugli atti di programmazione finanziaria dall'Adunanza plenaria con le decisioni 2 maggio 2006, n. 8, e 12 aprile 2012, n. 3 e n. 4, e poi - sui temi dell'applicazione dei piani di rientro - con la costante giurisprudenza di questa Sezione per la quale si vedano da ultimo le sentenze: Consiglio di Stato, sez. III, 7 gennaio 2014, n. 2, e 2 aprile 2014, n. 1582).

In base all'esposta disciplina normativa, come convalidata e interpretata dalla Corte costituzionale e dalla giustizia amministrativa, il piano di rientro persegue contestualmente e paritariamente due ordini di obiettivi vincolanti e sottoposti a penetranti controlli nelle sedi nazionali, con conseguenti meccanismi premiali o sanzionatori: a) l'esigenza di ripristinare l'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale interessato; b) la necessità di salvaguardare il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni secondo gli standard acquisiti in campo nazionale.

Per il controllo dell'effettivo e contestuale perseguimento di questi due ordini di obiettivi sono stati istituiti dalla intesa Stato - Regioni 23 marzo 2005 - rispettivamente all'articolo 12 e all'articolo 9 - due Tavoli

di monitoraggio: a) il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, coordinato da un rappresentante del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato; b) il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della salute.

Entrambi i Tavoli di monitoraggio vedono la partecipazione dei due livelli di governo del settore sanitario, lo Stato e le Regioni, oltre che la partecipazione ed il supporto delle agenzie sanitarie, l'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e l'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa).

La stessa definizione ed effettiva costante operatività del tavolo di monitoraggio dimostra che gli standard relativi ai livelli essenziali anche nei processi attuativi emergono da processi negoziali e determinativi a livello nazionale, secondo la logica intrinseca al livello essenziale, e non possono ovviamente essere definiti nell'ambito di singole Regioni.”

1.6. - Conclusivamente, ritiene il Collegio che sia dal quadro normativo, che dalla giurisprudenza richiamati, si ricava che una delimitazione o anche una riduzione delle prestazioni che sono al di sopra dei livelli essenziali, secondo standard nazionali costantemente monitorati dai Tavoli tecnici, non costituisce una loro violazione, ma al contrario, per una Regione sottoposta al Piano di rientro, costituisce un obbligo o un atto necessario, che può essere evitato solo previa dimostrazione della sua inutilità.

Pertanto, gli atti di programmazione sanitaria e socio-assistenziale in attuazione del Piano di rientro comportano scelte di recupero o redistribuzione di risorse anche con riferimento ai LEA, se questi sono erogati al di sopra degli standard nazionali.

Al di fuori dei LEA, nelle valutazioni relative al recupero o alla

redistribuzione di risorse derivanti dalla ridefinizione o riduzione delle prestazioni - per riportarle nei limiti risultanti dai LEA secondo la logica propria del Piano di rientro -, la discrezionalità da riconoscere alla autorità politico amministrativa è assai ampia.

L'appello della Regione, alla luce delle argomentazioni svolte, va accolto.

2. - Le spese di giudizio si compensano tra le parti, in considerazione della novità delle questioni trattate.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza) definitivamente pronunciando sull'appello, come in epigrafe proposto, lo accoglie e, per l'effetto, in riforma della sentenza appellata, rigetta il ricorso originario.

Spese compensate.

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

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 15 ottobre 2015 con l'intervento dei magistrati:

Gianpiero Paolo Cirillo, Presidente

Salvatore Cacace, Consigliere

Dante D'Alessio, Consigliere

Lydia Ada Orsola Spiezia, Consigliere

Paola Alba Aurora Puliatti, Consigliere, Estensore

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 07/12/2015

IL SEGRETARIO

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

