

Numero: 1 del 2017
Autore: **Rosalba Alfarano**
Consulente giuridica
del Consiglio Regionale del Lazio

Dott.ssa Daniela Runci
Consulente di economia sanitaria
del Consiglio Regionale del Lazio

Aspetti problematici sugli oneri di compartecipazione degli utenti ai costi per i servizi socio – sanitari

Sommario: *1. In generale, sul diritto alla tutela della salute, con particolare riguardo ai limiti all’attuazione del precetto costituzionale: bilanciamento di tale diritto (nella specie del diritto ai trattamenti sanitari) con i vincoli finanziari, a copertura costituzionale. 2. Inquadramento della problematica relativa agli oneri di compartecipazione degli utenti ai costi relativi alle prestazioni di integrazione socio-sanitaria, con riflessioni sui “L.E.A.”, in generale e sulla normativa in materia di I.S.E.E. (rilevante ai fini della soglia di accesso alle prestazioni). 3. Segue: analisi della specifica normativa della Regione Lazio in tema di compartecipazioni pubbliche alla spesa socio-sanitaria, con esame dei correlati costi a carico degli utenti in sede di partecipazione tariffaria. 4. I dati sulla rinuncia alle cure nel Lazio (sub specie di rinuncia ai ricoveri nelle R.S.A.) e comparazione con le altre Regioni. 5. Conclusioni.*

1. In generale, sul diritto alla tutela della salute, con particolare riguardo ai limiti all’attuazione del precetto costituzionale: bilanciamento di tale diritto (nella specie del diritto ai trattamenti sanitari) con i vincoli finanziari, a copertura costituzionale.

Il diritto alla salute¹ è, come noto, riconosciuto e tutelato dall’art. 32 Cost.².

Al precetto costituzionale è stata data attuazione dall’art. 1 della legge n. 833/1978³.

¹ In generale, sul diritto alla salute, cfr., in dottrina, STEFANELLI, *Il diritto alla salute nel disegno costituzionale*, in www.leggioggi.it, 8/1/2014; SICLARI, *L’articolo 32, primo comma, della Costituzione italiana nell’interpretazione della Corte Costituzionale*, in *Lex Social*, n. 2/2012, 79-88; PALAMONI, *L’evoluzione del diritto alla salute: riflessi giurisprudenziali ed organizzativi*, in www.ildirittoamministrativo.it, 2013.

² Segnatamente, ai sensi dell’art. 32, c. 1, Cost., “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*”.

E’, in tal modo, introdotto il principio universalistico dell’accesso alle cure per i cittadini, con riconoscimento, da un lato, del diritto ad usufruire di adeguate prestazioni di prevenzione e di cura, dirette al mantenimento o al recupero dello stato di benessere (cfr. Corte Cost., sentenza del 16/10/1990, n. 455, red. Baldassarre) e con garanzia, dall’altro lato, della gratuità, per coloro che versino in condizioni di disagio economico.

³ In particolare, ai sensi dell’art. 1, c. 1, della legge n. 833/1978, “*La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale*”.

Nell'ambito della normativa regionale del Lazio (che sarà presa particolarmente in considerazione nel corso dell'odierna esposizione), occorre avere, altresì, riguardo all'art. 7, c. 1, dello Statuto della Regione⁴.

La nostra Consulta ha chiarito che il diritto alla salute (garantito dal citato art. 32 Cost. come diritto primario e fondamentale), considerato sotto il profilo della difesa dell'integrità fisiopsichica della persona umana, è un diritto *erga omnes*, immediatamente garantito dalla Costituzione e, come tale, direttamente tutelabile e azionabile in giudizio⁵ (cfr., *ex multis*, C. Cost., sentenza n. 455/1990, red. Baldassarre; C. Cost., ordinanza n. 40/1991, red. Borzellino; C. Cost., sentenza n. 304/1994, red. Baldassarre; C. Cost., sentenza n. 267/1998, red. Capotosti; C. Cost., sentenza n. 309/1999⁶, red. Mezzanotte; C. Cost., sentenza n. 111/2005, red. Quaranta).

Per i profili maggiormente rilevanti in questa sede, il diritto alla salute inteso, invece, nella sua componente di diritto ai trattamenti sanitari, è soggetto alla determinazione degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione della relativa tutela da parte del legislatore ordinario. Ed infatti, alla pari degli altri diritti a prestazioni positive, anche il diritto ai trattamenti sanitari è basato, per

Come noto, in generale, la legge n. 833/1978 ha previsto il diritto ad ottenere le prestazioni volte alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute (fisica e psichica) nell'ambito del servizio sanitario nazionale ("S.S.N."), permettendo, contemporaneamente, alle Regioni (ed alle Province autonome), di prevedere prestazioni sanitarie aggiuntive, purché non contrastanti con i principi costituzionali, da porre a carico dei bilanci dei predetti enti.

Nell'ambito dell'organizzazione sanitaria del nostro Paese, può essere utile ricordare che il D. Lgs. n. 502/1992 (e successive modifiche ed integrazioni) ha conferito alle Regioni il compito di legiferare e di amministrare in materia sanitaria, con espressa attribuzione del potere di definire l'organizzazione delle A.s.l. e delle Aziende Ospedaliere, previa individuazione dei servizi di rilevanza sanitaria di pertinenza di queste ultime e con regolamentazione, in via autonoma, dei profili di approvvigionamento finanziario (cfr. art. 2, c. 2 e c. 2-*sexies*, del D. Lgs. n. 502/1992).

E' sempre il D. Lgs. n. 502/1992 (e successive modifiche ed integrazioni) ad avere conferito un valore più rilevante ai Comuni (cfr. art. 2, c. 2-*bis*, del D. Lgs. n. 502/1992), specialmente per quanto attiene alla qualificazione dell'assistenza socio-sanitaria in fase programmatoria (cfr. art. 1, c. 10 e c. 13, del D. Lgs. n. 502/1992).

⁴ Testualmente, in base all'art. 7, c. 1, dello Statuto della Regione Lazio, "*La Regione, ispirandosi al principio di solidarietà, ... promuove come obiettivi prioritari la salvaguardia della salute ...*".

⁵ Nel medesimo ordine di idee, ma sotto un diverso profilo di indagine, cfr. Cass. Civ., sentenza n. 796/1973 del 21/3/1973, nella quale il diritto alla salute è stato qualificato come un vero e proprio diritto soggettivo. La sentenza in esame della Suprema Corte è stata tra le prime a definire ed a riconoscere la categoria dogmatica del danno biologico.

⁶ In particolare, molto significativamente ai fini odierni e anticipando un tema di indagine che verrà ampiamente approfondito nella presente esposizione, nella pronuncia n. 309/1999 della nostra Consulta è dato leggere: "*Come la Corte ha ripetutamente affermato, la tutela del diritto alla salute, garantito dall'art. 32 Cost., non può non subire i condizionamenti che lo stesso legislatore incontra nel distribuire le risorse finanziarie delle quali dispone. Le esigenze della finanza pubblica, tuttavia, non possono assumere - come anche si è precisato - nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile di tale diritto, protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana. Ed è certamente a quest'ambito che appartiene il diritto dei cittadini in disagiate condizioni economiche - o, secondo la terminologia dell'art. 32 Cost., indigenti - a che siano loro assicurate cure gratuite*".

definizione, su norme costituzionali di carattere (meramente) programmatico (in quanto impositive di un determinato fine da raggiungere).

In altri termini, ove considerato alla luce della specifica componente presa in considerazione nei sensi che precedono, il diritto alla salute non è garantito in modo assoluto, ma condizionato, nel senso che: “*Il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è "garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà, attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti" (ex plurimis, sentenze n. 267/1998, n. 304/1994 e n. 218/1994). Bilanciamento che, tra l'altro, deve tenere conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, restando salvo, in ogni caso, quel "nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana" (sentenze n. 309/1999, n. 267/1998 e n. 247/1992), il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano, appunto, pregiudicare l'attuazione di quel diritto*” (cfr. C. Cost., sentenza n. 509/2000, red. Capotosti)⁷.

⁷ Per il necessario bilanciamento del diritto ai trattamenti sanitari con le esigenze di equilibrio della finanza pubblica, cfr. BARBERA – FUSARO, *Corso di diritto pubblico, Il Mulino*, Bologna, 2012, 1 79. Sul punto, cfr., altresì, Consiglio di Stato, Sez. V, 21/9/2010, n. 7025.

Si precisa che quanto sostenuto nel corpo del testo del presente saggio è avvalorato alla luce dei provvedimenti legislativi recentemente adottati in conseguenza della crisi economica degli ultimi anni. Il riferimento corre, anzitutto, al decreto legge sulla *spending review* n. 95/2012 (convertito con modificazioni dalla legge n. 135/2012), nonché alle varie leggi di stabilità più o meno coeve, a decorrere da quella del 2013 (vale a dire dalla n. 228/2012).

In ordine ai vincoli finanziari condizionanti la tutela del diritto alla salute, *sub specie* di diritto ai trattamenti sanitari, cfr. Cons. Stato, Sez. III, 7/12/2015, n. 5539, resa in materia di impugnazione di una delibera regionale che, previo esercizio del potere di regolazione tariffaria, aveva disposto, per due annualità, la sospensione dell'applicazione delle norme regionali sull'adeguamento delle tariffe al tasso di inflazione programmata – ovvero su altri adeguamenti automatici - per i servizi residenziali e semiresidenziali, erogati nelle strutture socio-sanitarie accreditate con il S.S.R., in relazione alle tipologie di prestazioni dell'area socio-sanitaria residenziali e semiresidenziali di cui all'allegato 1-C del D.P.C.M. del 29/11/2001 (su cui, cfr. *infra*, *sub* paragrafi II e III).

Per quanto maggiormente rileva nella sede odierna, va, inoltre, evidenziato che il Consiglio di Stato ha ritenuto legittima la delibera regionale così impugnata, ritenendo prevalente, rispetto a tutti gli altri interessi coinvolti nella vicenda (*in* compresi quelli a valenza di tutela sanitaria), il perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica, nel rispetto degli obblighi comunitari (con particolare riguardo all'attuazione del già citato decreto legge n. 95/2012 sulla *spending review*).

Sotto altro profilo, può essere utile ricordare il precedente illustre di cui a Cass. Civ., Sez. Lav., 17/6/2010, n. 14642 (sentenza edita in *Giur. It.*, 2011, 4, pag. 789 con nota di RESCIGNO), secondo cui “*La valutazione positiva ottenuta dall'U.V.G. (Unità di valutazione geriatrica) dell'A.S.L. regionale per il ricovero presso una RSA (residenza sanitaria assistita) è condizione necessaria per acquisire il diritto a percepire il contributo, ma non sufficiente, rimanendo l'acquisto subordinato alle disponibilità di bilancio*”.

In conformità al riferito insegnamento della Corte Costituzionale, il nostro legislatore ha individuato, in generale, i livelli essenziali e uniformi di assistenza (“L.E.A.”)⁸ assicurati dal Servizio sanitario nazionale (“S.S.N.”), per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, *“contestualmente all’individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l’intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria”* (cfr. art. 1, c. 3, del D. Lgs. n. 502/1992)⁹.

D’altro canto, a seguito dell’inserimento, nel nostro sistema giuridico, del principio dell’equilibrio di bilancio, a copertura costituzionale (cfr. art. 81 Cost.¹⁰), *“E’ difficile non rintracciare nel valore della sostenibilità complessiva della spesa pubblica un elemento da porre a confronto e da controbilanciare ad altri interessi rilevanti in sede costituzionale, ivi compreso quello collettivo alla salute dei cittadini”* (cfr. T.A.R. Puglia – Lecce, Sez. II, 26/2/2015, n. 699)¹¹.

⁸ Su tale tema di indagine, si ritornerà *infra, sub* paragrafi II e III.

⁹ L’art. 1, c. 3, del D. Lgs. n. 502/1992 prosegue disponendo che: *“Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente”*.

Fermo restando quanto sarà dedotto nel prosieguo della presente esposizione, è opportuno ricordare che, nel nostro ordinamento, il rispetto dei livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale (“L.E.A.”) è garantito in conformità, tra gli altri, al principio dell’economicità delle risorse (cfr. art. 1, c. 2, del D. Lgs. n. 502/1992, così come modificato dall’art. 1, c. 5, del decreto legge 18/9/2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16/11/2001, n. 405).

¹⁰ In particolare, ai sensi dell’art. 81 Cost., c. 1, c. 2 e c. 6: *“Lo Stato assicura l’equilibrio tra le entrate e le spese del proprio bilancio ... Il ricorso all’indebitamento è consentito solo al fine di considerare gli effetti del ciclo economico e, previa autorizzazione delle Camere ..., al verificarsi di eventi eccezionali. ... Il contenuto della legge di bilancio, le norme fondamentali e i criteri volti ad assicurare l’equilibrio tra le entrate e le spese dei bilanci e la sostenibilità del debito del complesso delle pubbliche amministrazioni sono stabiliti con legge approvata a maggioranza assoluta dei componenti di ciascuna Camera, nel rispetto dei principi definiti con legge costituzionale”*. Si precisa che l’appena citato sesto (ed ultimo) comma della disposizione costituzionale in esame è stato attuato con la legge 24/12/2012, n. 243, recante *“Disposizioni per l’attuazione del principio del pareggio di bilancio ai sensi dell’art. 81, c. 6, Cost.”*.

E’ opportuno ricordare che il principio del pareggio di bilancio è stato introdotto dall’art. 1, c. 1, della legge cost. n. 1/2012 (con il quale è stato, appunto, riformulato l’art. 81 Cost.), con concreta operatività a decorrere dall’esercizio finanziario relativo all’anno 2014 (cfr. art. 6, c. 1, della legge Cost. n. 1/2012).

Merita sottolineare che è proprio a seguito della previsione del principio dell’equilibrio di bilancio *ex* art. 81 Cost. (unitamente a quella del divieto di finanziare la spesa pubblica facendo ricorso all’indebitamento) che è iniziata a proliferare, sia in dottrina che in giurisprudenza, l’espressione *“diritti finanziariamente condizionati”*, nell’ottica di evidenziare il possibile affievolimento dei diritti pretensivi (fra cui, come visto, quello alla salute, *sub specie* di diritto ai trattamenti sanitari) al cospetto di risorse finanziarie ridotte.

¹¹ Cfr., altresì, T.A.R. Lazio – Roma, Sez. III, 1°/3/2007, n. 1911, in cui, molto significativamente, in sede di decisione di un ricorso in annullamento interposto avverso una delibera regionale di ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale annuale, è stato ritenuto che: *“La fissazione dei limiti di spesa rappresenta l’adempimento di un preciso ed ineludibile obbligo dettato da insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica (Cons. di Stato, Sez. V, 31/1/2003, n. 499). Detta conclusione non lede il diritto alla salute, garantito*

A tale ultimo riguardo, è bene evidenziare che la nostra Consulta, dando seguito al proprio orientamento (sopra ricostruito), ha, ancor prima della modifica dell'art. 81 Cost. *ex lege* cost. n. 1/2012, ritenuto di dover chiarire che: *“Spetta al legislatore statale il compito di evitare l'aumento incontrollato della spesa sanitaria e di effettuare un bilanciamento tra l'esigenza di garantire ugualmente a tutti i cittadini il diritto fondamentale alla salute, nella misura più ampia possibile, e quella di rendere compatibile la spesa sanitaria con la limitatezza delle disponibilità finanziarie che è possibile ad essa destinare”* (cfr. sentenza n. 149/2010, red. Mazzella). In altri termini, secondo la nostra Consulta, il concreto articolarsi delle iniziative a tutela della salute umana, per quanto pertinente ad un bene/interesse di primario rilievo costituzionale (cfr. citato art. 32 della Carta Fondamentale), è chiamato necessariamente a confrontarsi con le ineludibili esigenze di salvaguardia dei bilanci degli enti pubblici coinvolti, conformemente al modello dei cd. *“diritti finanziariamente condizionati”*¹² (così C. Cost., sentenze n. 247/1992, red. Borzellino e n. 267/1998, red. Capotosti).

In relazione al contesto sopra ricostruito, è stato, quindi, ritenuto che: *“Nel settore dei servizi socio-sanitari¹³ operano principi consolidati quali: il coordinamento generale di tutta la finanza pubblica¹⁴; l'equilibrio dei bilanci in relazione alle risorse limitate disponibili; il contenimento delle prestazioni sanitarie con i vincoli del bilancio, assicurando il diritto alla salute e i L.E.A.¹⁵, quali livelli uniformi garantiti a tutti i cittadini, l'appropriatezza e la ragionevolezza dei fondi assegnati e delle prestazioni stesse, nell'equa distribuzione dei sacrifici e dei carichi finanziari; la imprescindibilità e la vincolatività dei piani di rientro del comparto sanitario imposti dal Parlamento e dal Governo; il conseguente obbligo delle Regioni di adottare i necessari provvedimenti organizzativi e finanziari sì di natura discrezionale ma autoritativi, volti al rigoroso*

dall'art. 32 Cost., il quale non deve essere tutelato incondizionatamente, bensì, come più volte affermato dal Giudice delle leggi (20/11/2000, n. 509; 17/7/1998, n. 267) compatibilmente con altre esigenze, prima fra tutte quella relativa alla disponibilità delle risorse finanziarie, di cui all'art. 81 Cost.”. Per l'effetto, non è stata, pertanto, ritenuta illogica la scelta della Regione di contenere il *budget* in relazione a prestazioni incidenti fortemente sulla spesa sanitaria.

¹² Cfr. T.A.R. Sicilia – Catania, Sez. III, 24/10/2013, n. 2507, secondo cui: *“Benchè bene/interesse di primario rilievo Costituzionale (già secondo l'art. 32 della Carta Fondamentale), il concreto articolarsi delle iniziative a tutela della salute umana si confronta con ineludibili esigenze di salvaguardia dei bilanci degli enti pubblici impegnati in tale attività, secondo il modello dei cd. “diritti finanziariamente condizionati””*.

¹³ Particolarmente rilevanti ai fini della presente elaborazione, come si vedrà meglio *infra*, sub paragrafi II e III.

¹⁴ Cfr. C. Cost., sentenza n. 187/2012, red. Cassese, secondo cui: *“La disciplina in materia di ticket, determinando il costo per gli assistiti dei relativi servizi sanitari, non costituisce solo un principio di coordinamento della finanza pubblica diretto al contenimento della spesa sanitaria, ma incide anche sulla quantità e sulla qualità delle prestazioni garantite, e, quindi, sui livelli essenziali di assistenza. La misura della compartecipazione deve essere omogenea su tutto il territorio nazionale, giacché non sarebbe ammissibile che l'offerta concreta di una prestazione sanitaria rientrante nei L.E.A. si presenti in modo diverso nelle varie Regioni”*.

Sulla sentenza in argomento, si tornerà più avanti, sub **nota n. 35**.

¹⁵ Sui L.E.A., cfr., più diffusamente, *infra*, sub paragrafi II e III.

contenimento e alla razionalizzazione dei costi e quindi alla costante riduzione del debito e del disavanzo (cfr. Consiglio di Stato, Sez. III, 2/4/2015, n. 1740).

Nel medesimo ordine di idee di cui sopra, è stato, altresì, rilevato che l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute e, in particolare, nell'ambito della gestione del servizio sanitario¹⁶, può, legittimamente, incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa (cfr. sent. n. 193/2007, red. De Siervo; sentenza n. 91/2012, red. Tesauro; sentenza n. 51/2013, red. Carosi; sentenze nn. 267/1998 e 252/2001, n. 218/1994, n. 247/1992, n. 455/1990, nonché n. 432/2005). Ed infatti: *“Il legislatore statale può legittimamente imporre alle Regioni vincoli alle politiche di bilancio, anche se questi ultimi, indirettamente, vengono ad incidere sull'autonomia regionale di spesa, per ragioni di coordinamento finanziario volte a salvaguardare, proprio attraverso il contenimento della spesa corrente, l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento di obiettivi nazionali, condizionati anche da obblighi comunitari”* (Corte Cost., n. 237/2009, red. Quaranta)¹⁷.

In relazione alle specificità del caso di specie che si verrà ad analizzare¹⁸, si deve anche tenere presente l'orientamento della nostra Consulta di cui alla sentenza n. 104/2013 (red. Coraggio), nella quale è stata considerata incostituzionale l'integrazione, da parte delle Regioni, dei livelli essenziali (“L.E.A.”) definiti dallo Stato, ove le Regioni medesime siano sottoposte ai piani di rientro¹⁹. E', in

¹⁶ Ai sensi dell'art. 117, c. 3, Cost.: *“Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a ... tutela della salute”*.

Sulla ripartizione delle competenze, legislative ed amministrative, tra lo Stato e le Regioni, alla luce della riforma costituzionale di cui alla legge n. 3/2001, si tornerà *infra, sub* paragrafo II.

¹⁷ La sentenza prosegue chiarendo, altresì, che: *“Il legislatore, tuttavia, può stabilire solo un limite complessivo che lasci agli enti stessi ampia libertà di allocazione delle risorse tra i diversi ambiti e obiettivi di spesa. Qualora la legge statale, invece, vincoli Regioni e Province autonome all'adozione di misure analitiche e di dettaglio, essa verrebbe a comprimere illegittimamente la loro autonomia finanziaria, esorbitando dal compito di formulare i soli principi fondamentali della materia”*.

¹⁸ Cfr. *infra, sub* paragrafi III e IV.

¹⁹ Segnatamente, si legge in tale sentenza: *“E' costituzionalmente illegittimo l'art. 3, della legge della Regione Abruzzo 17 luglio 2012, n. 33, che prevede la corresponsione, in favore dei cittadini affetti da patologie oncologiche, di rimborsi con relativa assunzione di oneri aggiuntivi a carico del bilancio regionale, poiché disponendo l'assunzione a carico del bilancio regionale di oneri aggiuntivi per garantire un livello di assistenza supplementare in contrasto con gli obiettivi di risanamento del Piano di rientro dal disavanzo sanitario previamente concordato tra lo Stato e la Regione interessata, viola il principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria, quale principio di coordinamento della finanza pubblica (art. 117, c. 3, Cost.) e inoltre, poiché introducendo un livello di assistenza aggiuntivo non contemplato nel Piano di rientro, interferisce con le funzioni e le attività del Commissario ad Acta, nella specie nominato dal Governo (ai sensi dell'art. 4, c. 2, del decreto legge n. 159 del 2007, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 222 del 2007), con violazione dell'art. 120, c. 2, Cost. - Sul contenimento dei disavanzi sanitari, v. citate sentenze nn. 91/2012 e 193/2007. - In tema di equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento di obiettivi nazionali, condizionati anche da obblighi comunitari, v. citate sentenze nn. 91/2012, 163/2011 e 52/2010. - Sulla illegittimità costituzionale di norme regionali istitutive di misure di assistenza supplementare “in contrasto con l'obiettivo*

tal modo, stabilita la preminenza delle ragioni di finanza pubblica sulle altre variabili riguardanti le opzioni politiche²⁰.

Ebbene, ferme restando tutte le considerazioni ed i ragionamenti sin qui articolati, si deve, però, contemporaneamente, osservare che la scarsità delle risorse in bilancio ed il rispetto dei vincoli finanziari (anche *sub specie* di necessario coordinamento dell'intera finanza pubblica²¹), non possono tradursi, nei vari ambiti regionali, in prestazioni di trattamenti sanitari (o socio-sanitari) a costi talmente elevati per gli utenti (in termini di partecipazione tariffaria), da indurre i medesimi a rinunciare alle cure²².

Ed invero, a tale ultimo riguardo, merita ricordare l'orientamento generale della nostra Consulta, secondo cui le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore (da intendersi, evidentemente, anche quale legislatore regionale), un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute, protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana (cfr. C. Cost., sentenza n. 354/2008, red. Amirante)²³.

dichiarato del Piano di rientro di riequilibrare il profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza", *v. citata sentenza n. 32/2012, ovvero istitutive di uffici al di fuori delle previsioni del Piano di rientro, v. citata sentenza n. 131/2012, o ancora di disposizioni regionali "in controtendenza rispetto all'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria regionale", v. citata sentenza n. 123/2011. - Sulla interferenza di norme regionali sulle funzioni amministrative del Commissario, v. citate sentenze nn. 28/2013, 131/2012, 32/2012, 78/2011 e 2/2010*".

In adesione al precedente della Consulta n. 104/2013, cit., cfr. Consiglio di Stato, Sez. III, 6/2/2015, n. 604 (ripresa, in sede di conclusioni, *sub* paragrafo V).

²⁰ Così GIGLIONI, *La riduzione dei livelli essenziali di assistenza secondo appropriatezza da parte delle Regioni*, op. cit., 530-531.

²¹ Come noto, la materia del "coordinamento della finanza pubblica" rientra nella competenza legislativa concorrente Stato/Regioni, ai sensi dell'art. 117, c. 3, Cost.

Può essere utile ricordare che rientra, ugualmente, nella competenza legislativa concorrente Stato/Regioni, la materia inerente alla "tutela della salute", mentre lo Stato ha competenza legislativa esclusiva per quanto attiene alla definizione dei livelli essenziali di assistenza ("L.E.A."), con conseguente garanzia del *minimum intangibile* delle prestazioni sanitarie (cfr. art. 117, c. 2, lett. "m", Cost.).

Le materie del coordinamento della finanza pubblica e della tutela della salute presentano, spesso, profili di commistione. A tale riguardo, si consideri che, ad es., la disciplina dei piani di rientro dai *deficit* sanitari (sui quali, cfr. quanto *infra* dedotto, *sub* paragrafo V) è stata considerata riconducibile ad entrambi gli ambiti di potestà legislativa concorrente di cui sopra (cfr. Corte Cost., sentenze n. 278/2014, red. Mattarella; n. 163/2011, red. Tesouro e n. 193/2007, red. De Siervo).

²² Cfr. *infra*, *sub* paragrafo IV.

²³ Nel "nucleo irriducibile" di tutela della salute quale diritto della persona si iscrive, secondo la Corte Costituzionale, "il diritto dei cittadini in disagiate condizioni economiche (indigenti secondo la terminologia dell'art. 32 Cost.) a che siano loro assicurate cure gratuite" e, pur nel bilanciamento dei diversi interessi coinvolti, "non può essere ignorata la posizione delle persone a favore delle quali la garanzia costituzionale è posta dall'art. 32 con il massimo di coerenza" (sentenza n. 309/1999, in tema di assistenza sanitaria a favore di cittadini che si trovino all'estero per motivi diversi dal lavoro o dalla fruizione di borse di studio). Analogamente l'esenzione generale dalla partecipazione alla spesa sanitaria disposta in favore dei pensionati di vecchiaia che abbiano redditi inferiori a determinati livelli è stata ritenuta "attuazione del contenuto minimo essenziale del diritto alla tutela della salute, garantito dall'art. 32 Cost.: il quale impone che la salute abbia una protezione piena, esaustiva ed effettiva" (cfr. Corte Cost., sentenza n. 184/1993, red. Spagnoli).

Sul punto in esame, cfr., altresì, le sentenze Consulta n. 267/1998, n. 309/1999 (già cit.), n. 509/2000, n. 252/2001, n. 233/2003, e n. 432/2005²⁴.

I concetti da ultimo articolati nel presente primo paragrafo introduttivo si riveleranno di grande utilità ai fini dell'esame della concreta problematica per cui è l'odierno saggio²⁵. Su di essi si tornerà nella sede conclusiva della presente esposizione²⁶.

2. Inquadramento della problematica relativa agli oneri di compartecipazione degli utenti ai costi relativi alle prestazioni di integrazione socio-sanitaria, con riflessioni sui "L.E.A.", in generale e sulla normativa in materia di I.S.E.E. (rilevante ai fini della soglia di accesso alle prestazioni).

Riprendendo gli spunti di riflessione sviluppati in chiusura del precedente paragrafo I., si evidenzia che lo scopo specifico del presente saggio è di illustrare alcuni aspetti problematici insiti nella regolamentazione della partecipazione tariffaria degli utenti (al netto della quota posta a carico dei Comuni e parzialmente finanziata dai contributi regionali²⁷) alla spesa pubblica per i ricoveri nelle residenze sanitarie assistenziali ("R.S.A.")²⁸ ovvero per le attività riabilitative, prestazioni,

²⁴ Le sentenze Consulta n. 252/2001 (red. Contri) e n. 432/2005 (red. Flick) si segnalano anche perché hanno chiarito che il godimento dei diritti inviolabili dell'uomo non tolleri discriminazioni fra la posizione del cittadino e quella dello straniero. In particolare nelle segnalate pronunce è stato riconosciuto che il diritto ai trattamenti sanitari (necessari per la tutela della salute), nella sua componente di irriducibilità, «*deve ... essere riconosciuto anche agli stranieri, qualunque sia la loro posizione rispetto alle norme che regolano l'ingresso ed il soggiorno nello Stato, pur potendo il legislatore prevedere diverse modalità di esercizio dello stesso*», poiché «*lo straniero presente, anche irregolarmente, nello Stato ha diritto di fruire di tutte le prestazioni che risultino indifferibili ed urgenti [...] trattandosi di un diritto fondamentale della persona*». Per la diversa prospettiva assunta dal nostro legislatore nel regolamentare il fenomeno dell'immigrazione e, quindi, dell'accesso e/o della permanenza degli stranieri nel territorio della Repubblica, cfr. le disposizioni dettate dal D. Lgs. n. 286/1998, recante il "*Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero*", ponendo particolare attenzione a quelle dedicate alle fattispecie incriminatrici (cfr. ad es., art. 6, c. 3, del citato D. Lgs. n. 286/1998).

²⁵ Cfr. *infra sub* paragrafi III e IV.

²⁶ Cfr. *infra sub* paragrafo V.

²⁷ I contributi regionali di cui al testo sono erogati proporzionalmente alle spese effettivamente sostenute e rendicontate dai Comuni (cfr. art. 2, c. 88 *ter*, della legge regionale del Lazio n. 7/2014, nel testo introdotto dall'art. 6, c. 1, lettera "b", della legge regionale del Lazio n. 12/2016).

²⁸ Le residenze sanitarie assistenziali ("R.S.A.") sono state originariamente introdotte dall'art. 20 della legge n. 67/1988, "*per anziani e soggetti non autosufficienti*".

Secondo la definizione datane dal D.P.C.M. del 22/12/1989 (emanato sulla base del citato art. 20, c. 2, lettera "f", della legge n. 67/1988), *sub* "Allegato A": "*Si definisce residenza sanitaria assistenziale una struttura extra-ospedaliera finalizzata a fornire accogliimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone anziane prevalentemente non autosufficienti*".

Nell'ambito della Regione Lazio (che sarà particolarmente presa in esame ai fini della presente esposizione, come già accennato), occorre prendere in considerazione, a livello definitorio, l'art. 2 della legge regionale n. 41/1993 (abrogata dalla successiva legge regionale n. 4/2003), secondo cui "*Le residenze sanitarie sono strutture sanitarie residenziali, gestite da soggetti pubblici o privati ..., finalizzate a fornire ospitalità [e, quindi, prestazioni di tipo alberghiero, n.d.r.], prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero funzionale e di inserimento sociale nonché di prevenzione dell'aggravamento*

entrambe, rientranti nei livelli essenziali di assistenza (c.d. “**L.E.A.**”) e, specificatamente, in quelli relativi all'area della c.d. “*integrazione socio-sanitaria*”, secondo quanto previsto dall'allegato 1 al D.P.C.M. 29/11/2001²⁹.

Ed invero, come si avrà occasione di illustrare in prosieguo³⁰, in varie Regioni italiane, è stato registrato un **calo** nella domanda delle prestazioni di cui sopra, con particolare riferimento ai ricoveri nelle R.S.A. (ove gli utenti ricevono prestazioni rilevanti sia dal punto di vista sanitario che socio-assistenziale). Il dato in esame può essere letto come indice della rinuncia ai trattamenti da parte degli utenti medesimi, a motivo (evidentemente) degli insufficienti contributi pubblici alla spesa socio – sanitaria.

Ebbene, al fine di meglio intendere il dato di cui sopra (sulla rinuncia ai trattamenti), può essere utile ricordare, in relazione alle prestazioni erogate in regime di ricovero nelle R.S.A. in favore delle persone non autosufficienti, che – e qui è il punto – “*Non meno importante è anche una stretta connessione funzionale tra la RSA e l'ospedale di riferimento: in particolare, la collaborazione tra gli operatori delle due strutture facilita sia il lavoro all'inferno dei due servizi sia la dimissione programmata, con ripercussioni favorevoli anche sulla riduzione dei ricoveri ospedalieri impropri*

del danno funzionale per patologie croniche nei confronti di persone non autosufficienti, quali anziani, disabili, anche mentali, non assimilabili a domicilio e che non necessitano di ricovero in strutture di tipo ospedaliero o nei centri di riabilitazione di cui all'art. 26 della legge 23/12/1978, n. 833”.

Attualmente, le R.S.A. sono regolate, sia per i profili inerenti all'autorizzazione all'attività, che per quelli relativi all'accreditamento istituzionale, dal D. Lgs. n. 502/1992 (cfr., in particolare, gli artt. 8 *bis*, 8 *quater*, 8 *quinquies* e 19). In ambito regionale, si deve, inoltre, avere riguardo alla (già citata) legge regionale del Lazio n. 41/2003 (e successive modifiche ed integrazioni).

Con specifico riguardo alla normativa introdotta in forza dei citati artt. 8 *bis*, 8 *quater* e 8 *quinquies* del D. Lgs. n. 502/1992 (per come formulati dall'art. 8, c. 4, del D. Lgs. n. 229/1999), è stato rilevato che, con essa, è stata data la stura, in Italia, alla c.d. “*esternalizzazione dei servizi sanitari*”, giusta previsione (accanto a quella pubblica) dell'offerta privata di prestazioni sanitarie, tramite le strutture all'uopo accreditate (cfr., in Dottrina, CONTICELLI, *Privato e pubblico nel servizio sanitario*, Giuffrè editore, Milano, 2012, 147 ss.; LUCIANI, *I livelli sanitari delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in CATELANI – CERRINA FERONI – GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione – Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Giappichelli Editore, Torino, 2011, 14-15).

Per il principio di libera concorrenzialità fra le strutture pubbliche e quelle private, cfr. C. Cost., sentenza del 26/5/2005, n. 200, sui cui CORSO e LOPILATO (a cura di), *Il diritto amministrativo dopo le riforme costituzionali*, Giuffrè, Milano, 2006, 288, nota n. 64.

Può essere utile ricordare che, in generale, l'attività delle strutture sanitarie private accreditate (fra cui, appunto, le R.S.A.) è regolata dai principi dettati dagli artt. 23, 41, 4 e 36 della Costituzione (riserva di legge relativa a prestazioni personali e patrimoniali imposte, redditività dell'iniziativa e del lavoro in tutte le sue espressioni). Per il principio di libera concorrenzialità fra le strutture pubbliche e quelle private, cfr. C. Cost., sentenza del 26/5/2005, n. 200, sui cui CORSO e LOPILATO (a cura di), *Il diritto amministrativo dopo le riforme costituzionali*, Giuffrè, Milano, 2006, 288, nota n. 64.

²⁹ Temi di indagine sui quali sono state già articolate considerazioni introduttive *sub* paragrafo I.

³⁰ Cfr. *infra*, *sub* paragrafo IV.

e della durata delle degenze”³¹. Ai fini della presente analisi, in effetti, le R.S.A. vengono prese in considerazione in relazione allo specifico scopo di *“contrastare il ricorso improprio alla ospedalizzazione”* (per la Regione Lazio, cfr., ad es., l’art. 1, c. 2, della legge regionale n. 41/1993³²).

Sulle attività riabilitative, sopra pure accennate (accanto ai ricoveri nelle R.S.A. e sempre nell’ambito dei “L.E.A.”), giova precisare che esse trovano il proprio referente normativo nell’art. 26 della (già citata) legge n. 833/1978³³.

Secondo il dato normativo, le prestazioni in esame dovrebbero essere garantite in modo *“uniforme”* sull’intero territorio nazionale³⁴. Ed invero, ai sensi dell’art. 1, c. 2 e c. 3, del D. Lgs. n. 502/1992, come noto: *“Il Servizio sanitario nazionale assicura ... i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana ... [e] ... dell'equità nell'accesso all'assistenza ... L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi”*³⁵ di

³¹ Cfr. la lettera del 31/3/1994, a firma dell’allora Ministro della Sanità *pro tempore* (On. Maria Pia Garavaglia), di trasmissione, agli assessori alla sanità delle varie Regioni e Province autonome, delle linee guida recanti *“Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle residenze sanitarie assistenziali”*.

³² La disposizione regionale in argomento, dalla indubbia utilità sul piano definitorio, è stata abrogata (come già accennato alla [nota n. 28](#)), dalla successiva legge regionale n. 4/2003.

Ai fini della presente esposizione, occorre, invero, tenere presente (sempre ai fini di un migliore inquadramento generale delle problematiche che ci occupano in questa sede) anche un’altra disposizione dell’appena citata legge regionale n. 41/1993 e, segnatamente, l’art. 11, c. 2, secondo cui: *“Gravano sul fondo sanitario regionale esclusivamente gli oneri relativi alle prestazioni di carattere sanitario. Gli oneri relativi alle prestazioni di natura alberghiera e socio-assistenziale sono a carico dell’utente, fatta salva la partecipazione alla relativa spesa da parte del Comune di residenza, in tutto o in parte, in rapporto al reddito dell’utente stesso e dell’eventuale onere derivante da familiari a carico”*.

³³ In particolare, ai sensi del c. 1 del citato art. 26 (*“Prestazioni di riabilitazione”*) della legge n. 833/1978: *“Le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualunque causa, sono erogate dalle unità sanitarie locali attraverso i propri servizi. L’unità sanitaria locale, quando non sia in grado di fornire il servizio direttamente, vi provvede mediante convenzioni con istituti esistenti nella Regione in cui abita l’utente o anche in altre Regioni, aventi requisiti indicati dalla legge, stipulate in conformità ad uno schema tipo approvato dal Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale”*.

In relazione alla esegesi della norma di cui sopra, può essere opportuno almeno accennare al fatto che, secondo Cons. Giust. Amm., 6/9/2010, n. 1130 (in *Ragiusan*, 2011, 329-330, 186): *“Dal combinato disposto degli artt. 26 e 43 della legge n. 833/1978, emerge con chiarezza che il legislatore non solo ha inteso consentire agli istituti privati che garantiscono prestazioni riabilitative in favore dei minorati fisici, psichici e mentali, di stipulare convenzioni con le aziende sanitarie locali, competenti per territorio in relazione al luogo in cui le stesse hanno la sede, ma ha anche ritenuto di estendere la validità e l’efficacia di tali convenzioni alle altre aziende sanitarie locali del territorio nazionale”*.

³⁴ Se non che, come si vedrà, nel caso di specie, è evidenziabile (tra le altre, anche) la criticità inerente proprio alla mancanza di uniformità nell’accesso alle prestazioni da Regione a Regione. Il profilo sarà affrontato più diffusamente *infra*, sub paragrafi III e IV.

³⁵ Cfr. Corte Cost., n. 187/2012 (resa in tema di *ticket* e già esaminata alla [nota n. 14](#)), ove si legge che l’uniformità dei criteri di accesso deve essere considerata come parte dei livelli essenziali (“L.E.A.”), venendo, in tal modo, stabilito un concreto limite alla discrezionalità delle Regioni, nell’ambito della competenza concorrente delineata dall’art. 117, c. 2, lettera “m”, Cost..

L’illustre precedente in esame ha, invero, più specificatamente, chiarito che le misure di compartecipazione ai costi (nel caso di specie, inerenti all’assistenza farmaceutica), oltre ad attenere (come detto) ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (con determinazione riservata alla potestà legislativa esclusiva

assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, per il periodo di validità del Piano sanitario nazionale, è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria. Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente”.

Vertendo (come accennato) sia le prestazioni socio-sanitarie erogate in regime di ricovero nelle R.S.A. che quelle riabilitative sui L.E.A., agli scopi dell'odierna analisi è di imprescindibile importanza l'esame del (già citato) D.P.C.M. 29/11/2001 (adottato sulla scorta dell'art. 6, c. 1, secondo periodo, del decreto legge n. 347/2001, convertito dalla legge n. 405/2001³⁶), con il quale sono state individuate tutte le specifiche prestazioni che il S.S.N. è tenuto a fornire ai cittadini gratuitamente (nei limiti delle risorse disponibili) ovvero con quota di partecipazione da parte dell'utente³⁷.

Ed infatti, ai sensi dell'art. 1 del citato D.P.C.M. 29/11/2001: *“Il presente decreto definisce, ai sensi dell'art. 1 del D. Lgs. 30/12/1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, e dell'art. 6 del decreto legge 18/9/2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16/11/2001, n. 405, e conformemente agli Accordi fra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sanciti dalla Conferenza permanente per il rapporti fra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in data 8/8/2001 e 22/11/2001, i livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui agli allegati 1, 2, 3 e 3.1 che costituiscono parte integrante del presente decreto e alle linee guida di cui all'allegato 4”*³⁸.

E' opportuno ricordare, sotto altro profilo, che, nell'ambito del sistema di riparto di competenze tra Stato e Regioni in materia di *“determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”* (cfr. art. 117, c. 2,

statale, ai sensi del citato art. 117, c. 2, lett. “m”, Cost.), riguardano anche il coordinamento della finanza pubblica e la tutela della salute (oggetto della potestà legislativa concorrente dello Stato e delle Regioni ex art. 117, c. 3, Cost., secondo quanto già accennato alle [note n. 16](#) e [n. 21](#)).

³⁶ Segnatamente, ai sensi dell'art. 6, c. 1, del decreto legge n. 347/2001: *“Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro il 30 novembre, su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definiti i livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'art. 1 del D. Lgs. 30/12/1992, n. 502, e successive modificazioni”.*

³⁷ Cfr. l'art. 1, c. 3, del D. Lgs. n. 502/1992, già citato sub [nota n. 9](#).

³⁸ I L.E.A. riconosciuti nel D.P.C.M. 29/11/2001 sono stati, successivamente, aggiornati con i D.P.C.M. del 28/11/2003 e del 23/4/2008.

lettera “m”, Cost., per come riformulato dalla legge costituzionale n. 3/2001 del 18/10/2001³⁹), dovendo la definizione dei livelli essenziali di assistenza rivestire (necessariamente) la forma dell’atto legislativo (così Consiglio di Stato, Sez. IV, 4/2/2004, n. 398⁴⁰), e non anche quella dell’atto regolamentare⁴¹ (*ibidem*), le prestazioni individuate all’allegato 1 del D.P.C.M. del 29/11/2001 (da garantirsi sull’intero territorio nazionale *sub specie* di “L.E.A.”) sono state integralmente confermate e recepite (con l’efficacia e la forza della norma di legge ordinaria) dall’art. 54 della legge n. 289/2002⁴².

D’altro canto, nell’ambito del contesto sopra ricostruito, le Regioni ricoprono un ruolo indefettibile per l’attuazione dei livelli essenziali⁴³, compatibilmente con il perseguimento dell’obiettivo di

³⁹ Per interessanti riflessioni sul nuovo sistema di riparto di competenze tra Stato e Regioni ai sensi dell’art. 117, c. 2, lettera “m”, Cost., nel testo *post* riforma di cui alla citata legge costituzionale n. 3/2001, cfr. TUBERTINI, *I livelli essenziali di assistenza sanitaria e l’effettività del diritto alla salute*, commento a Consiglio di Stato, Sez. V, 13/12/2005, n. 7085, *Giornale di diritto amministrativo*, n. 5/2006, 508 e ss..

⁴⁰ La sentenza è stata commentata da GIGLIONI, *Le procedure di determinazione dei livelli essenziali di assistenza*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2004, 1103 ss..

Per gli aspetti di maggiore significatività, la sentenza n. 398/2004 del Consiglio di Stato ha anche avuto il pregio di chiarire che: “*In materia di organizzazione degli strumenti di tutela della salute, l’art. 117 c. 2 e c. 3, Cost., dispone una suddivisione dei compiti legislativi (ed amministrativi) tra lo Stato e le Regioni, nel senso che al primo è attribuita quella competenza che garantisce il valore della solidarietà e dell’uguaglianza generali, con l’indicazione dei livelli minimi di prestazione sociale, e alle seconde la competenza concorrente sull’organizzazione dei servizi, sulla scorta dei principi fondamentali fissati dalla legislazione statale*”, con l’ulteriore considerazione per cui: “*Alla luce del nuovo titolo V, parte seconda, della Costituzione, lo Stato può adottare regolamenti nelle materie nelle quali conservi la legislazione esclusiva (art. 117, c. 6, Cost.), salva la possibilità di delega alle Regioni, compresa dunque la materia attinente alla definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria*”.

⁴¹ Sempre Consiglio di Stato, n. 398/2004, cit., ha chiarito che “*Il D.P.C.M. 29/11/2001 ... è un atto a contenuto generale e di indirizzo e, come tale, non soggiace né all’obbligo di motivazione, ex art. 3, c. 2, della legge 7/8/1990 n. 241, né alle formalità partecipative del procedimento amministrativo ... [scil: essendo, n.d.r.] espressione del potere para-regolamentare dell’esecutivo, caratterizzato da un’amplessissima discrezionalità (non meramente amministrativa, ma anche tecnica), finalizzato alla concreta tutela degli interessi pubblici (con particolare riguardo al controllo della spesa pubblica in materia sanitaria)*”.

Sulla legittimità del D.P.C.M. 29/11/2001 (oltre a Consiglio di Stato, n. 398/2004, cit.) si sono pronunciati: Consiglio di Stato, Sez. IV, 15/6/2004 n. 3983 e Consiglio di Stato, Sez. IV, 3/11/2004 n. 7196. Cfr., inoltre, Corte Costituzionale, sentenza n. 88/2003, nella quale è stato risolto, in senso positivo, il dubbio relativo alla compatibilità della disciplina dei livelli essenziali di assistenza sanitaria dettata dal D.P.C.M. 29/11/2001 con le previsioni del “nuovo” art. 117, c. 2, lett. “m”, Cost., nel testo introdotto a seguito della novella legislativa costituzionale n. 3/2001.

⁴² Segnatamente, sulla base dell’art. 54, c. 1 e c. 2, della legge n. 289/2002, è stato disposto che: “*Dal 1°/1/2001 sono confermati i livelli essenziali di assistenza previsti dall’art. 1, c. 6, del D. Lgs. 30/12/1992, n. 502, e successive modificazioni. Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all’allegato 1 del D.P.C.M. 29/11/2001 ..., con decorrenza dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto*”.

⁴³ Così MOLASCHI, *Le disuguaglianze sostenibili nella sanità*, CAPUTI JAMBRENGHI e AA. (a cura di), *Le disuguaglianze sostenibili nei sistemi autonomistici multilivello*, Torino, 2006, 35.

equilibrio economico-finanziario delle Regioni medesime, delle loro aziende sanitarie e degli altri enti che partecipano al servizio sanitario regionale (“S.S.R.”) (cfr. l’art. 1, c. 169 e c. 173, della legge n. 311/2004⁴⁴ e decreto del Ministero della Salute 2/4/2015, n. 70)⁴⁵, nonché, più in generale, compatibilmente con il rispetto dei vari vincoli finanziari previsti dalla normativa vigente (cfr., ad es., l’art. 32, c. 8, della legge n. 449/1997⁴⁶)⁴⁷.

Precisato quanto sopra, occorre ricordare che, come in parte già accennato, ai fini della presente esposizione, rilevano particolarmente i “L.E.A.” inerenti all’area della c.d. “*integrazione socio-sanitaria*”, per come definita dell’art. 3 *septies*, c. 1, del D. Lgs. n. 502/1992.

Ed invero, ai sensi della norma da ultimo citata (inserita dall’art. 3, c. 3, del D. Lgs. n. 229/1999): “*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*”.

Ai fini di un eventuale approfondimento sulla tematica dei L.E.A., cfr. GIGLIONI, *La riduzione dei livelli essenziali di assistenza secondo appropriatezza da parte delle Regioni*, commento a Consiglio di Stato, Sez. III, 6/2/2015, n. 604, *Giornale di diritto amministrativo*, n. 4/2015, 529 e ss..

⁴⁴ Per un commento su tale normativa, cfr. GIGLIONI, *La riduzione dei livelli essenziali di assistenza secondo appropriatezza da parte delle Regioni*, op. cit., 531 e ss..

⁴⁵ Recante il “*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera*”.

⁴⁶ Segnatamente, secondo tale norma: “*Le Regioni, in attuazione della programmazione sanitaria ed in coerenza con gli indici di cui all’art. 2, c. 5, della legge 28/12/1995, n. 549, e successive modificazioni, individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata, ivi compresi i presidi ospedalieri di cui al comma 7, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all’art. 1, comma 32, della legge 23/12/1996, n. 662*”.

In giurisprudenza, è stato ritenuto che: “*Ai sensi dell’art. 32, c. 8, della legge 27/12/1997, n. 449, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario ... spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale*” (cfr. Consiglio di Stato, Ad. Plen., 12/4/2012, n. 3, con commento di PROIETTI, *Tetti di spesa sanitaria e contenimento con le esigenze di assistenza*, *Quotidiano giuridico*, <http://pluris-cedam.utetgiuridica.it>, 7/6/2012).

⁴⁷ Può essere utile ricordare che, da ultimo, la legge n. 208/2015 (legge di stabilità 2016), in forza dei commi 553-563, ha dettato disposizioni in materia di aggiornamento dei L.E.A., nonché del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* per l’anno 2016. A tale riguardo, cfr. lo schema di d.P.C.M., attuativo delle disposizioni della legge di stabilità 2016 in tema di aggiornamento dei L.E.A., inviato alle Regioni il 4/8/2016.

La Conferenza Stato-Regioni-Province autonome ha approvato i nuovi L.E.A. in occasione della riunione del 7/9/2016, siglando, in tal modo, l’intesa prevista dall’art.1, c. 553-559, della legge n. 208/2015 (cfr. anche l’art. 54 della legge n. 289/2002). Il provvedimento di aggiornamento dei L.E.A. così approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni dovrà ricevere il parere delle competenti Commissioni parlamentari, in conformità a quanto previsto dall’art. 1, c. 554, della medesima legge n. 208/2015.

In Dottrina, per un interessante commento alle varie misure della legge di stabilità 2016 collegate con i profili di rilevanza sanitaria, cfr. CONTICELLI, *La salute: misure per l’efficienza e la produttività*, in *Giornale di diritto amministrativo*, n. 2/2016, 198-206.

Ebbene, nell'ambito delle prestazioni "*socio-sanitarie*"⁴⁸, per esigenze di completezza espositiva, giova rammentare la distinzione generale tra:

- (i) le "*prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*", coincidenti con "*le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali*" (cfr. art. 3, c. 1, del D.P.C.M. 14/2/2001⁴⁹; nello stesso senso cfr. art. 3 *septies*, c. 2, lett. "a", del D. Lgs. n. 502/1992);
- (ii) le "*prestazioni sociali a rilevanza sanitaria*", consistenti in "*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.*" (cfr. art. 3, c. 2, del citato D.P.C.M. 14/2/2001, nonché, in termini, l'art. 3 *septies*, c. 2, lett. "b", del D. Lgs. n. 502/1992);
- (iii) le prestazioni ad "*ad elevata integrazione sanitaria*", aventi ad oggetto "*tutte le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, le quali attengono prevalentemente alle aree materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche e dipendenze da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da H.I.V. e patologie terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative*"(cfr. art. 3, c. 3, del citato D.P.C.M. 14/2/2001e, nello stesso senso, cfr. art. 3 *septies*, c. 4, del D. Lgs. n. 502/1992).

E', altresì, opportuno ricordare che, la puntuale individuazione normativa delle varie tipologie di prestazioni "*socio-sanitarie*" (nei termini sopra evidenziati) è avvenuta sulla base della previsione dell'art. 2, c. 1, lett. "n", della legge n. 419/1998, con la quale il Governo (sulla scorta del sopra

⁴⁸ Per interessanti pronunce in materia di prestazioni socio-sanitarie, cfr. T.A.R. Molise – Campobasso, Sez. I, 14/5/2015, nn. 207, 208, 209 e 210.

Cfr., altresì, Cons. di Stato, Sez. V, 19/11/2009, n. 7237.

⁴⁹ Su tale fonte normativa, si ritornerà *infra*, sempre nel presente paragrafo II.

citato art. 3 *septies* del D. Lgs. n. 502/1992) è stato delegato a “prevedere tempi, modalità e aree di attività per pervenire ad una effettiva integrazione a livello distrettuale dei servizi sanitari con quelli sociali, disciplinando altresì la partecipazione dei Comuni alle spese connesse alle prestazioni sociali; stabilire principi e criteri per l'adozione ... di un atto di indirizzo e coordinamento ... che assicuri livelli uniformi delle prestazioni socio-sanitarie ad alta integrazione sanitaria, anche in attuazione del Piano sanitario nazionale”.

Ed invero, è proprio in conformità all'art. 2, c. 1, lett. “n”, della legge n. 419/1998 (da ultimo menzionato), che è stato emanato il sopra citato D.P.C.M. del 14/2/2001, in forza del quale, previa ratifica degli accordi Stato-Regioni intervenuti *in subiecta materia*⁵⁰, sono stati definiti, specificatamente, i L.E.A. in ambito socio sanitario, con definizione delle competenze delle amministrazioni coinvolte (S.S.R. e Comuni), delle aree di riferimento, delle prestazioni-funzioni ad essi riconducibili, nonché, infine, dei criteri di finanziamento e di attribuzione della spesa.

A tale riguardo, più precisamente, con riferimento all'individuazione dei soggetti finanziatori tenuti a sostenere le spese per le prestazioni socio-sanitarie che ci occupano odiernamente, vertendo l'assistenza socio-sanitaria sul complesso di attività rivolte alle persone che presentino bisogni di salute richiedenti prestazioni (integrate) sanitarie ed azioni di protezione sociale, il D.P.C.M. del 14/2/2001 ha individuato la componente **sociale** delle predette prestazioni, ponendola a carico dei Comuni⁵¹. Ed invero, la predetta fonte normativa (regolamentare) ha stabilito che le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria “di competenza dei Comuni, sono prestate con **partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai Comuni stessi**” (cfr. art. 3, c. 2, del D.P.C.M. 14/2/2001, in conformità a quanto previsto dall'art. 3 *septies*, c. 2, lett. “b”, del D. Lgs. n. 502/1992)⁵².

Per converso, la componente (più propriamente) **sanitaria** delle prestazioni di integrazione socio – sanitaria che ci interessano nella presente sede è a carico del sistema sanitario (nell'ambito dei L.E.A.)⁵³. Ed invero, il nostro legislatore statale ha, sul punto, statuito che: “La Regione determina ... il finanziamento per le prestazioni **sanitarie** a rilevanza sociale, sulla base di quote capitarie

⁵⁰ Cfr. accordi del 3/8/2000, del 22/3/2001 e del 8/8/2001.

⁵¹ Con particolare riguardo alle attività prestate in regime residenziale o semiresidenziale ovvero agli interventi praticati ed alle procedure applicate, presso le strutture accreditate, in favore di soggetti non autosufficienti, in condizioni di cronicità e/o con stabilizzazione relativa delle condizioni cliniche.

⁵² Nello specifico, i Comuni “provvedono al loro finanziamento negli ambiti previsti dalla legge regionale ai sensi dell'art. 3, c. 2, del D. Lgs. 31/3/1998, n. 112” (cfr. art. 3 *septies*, c. 6, primo periodo del D. Lgs. n. 502/1992, inseriti dall'art. 3, c. 3, del D. Lgs. n. 229/1999).

⁵³ Può essere utile ricordare che, ai sensi dell'art. 2 del D.P.C.M. 14/2/2001: “L'assistenza socio-sanitaria viene prestata alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo”.

correlate ai livelli essenziali di assistenza” (cfr. art. 3 *septies*, c. 6, secondo periodo del D. Lgs. n. 502/1992, inseriti dall'art. 3, c. 3, del D. Lgs. n. 229/1999). Nello stesso senso, con riferimento alle prestazioni ad elevata integrazione sanitaria, è stato previsto che: *“Sono assicurate dalle aziende sanitarie e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria”* (cfr. art. 3 *septies*, c. 5 del D. Lgs. n. 502/1992, inseriti dall'art. 3, c. 3, del D. Lgs. n. 229/1999), con l’ulteriore specificazione per cui, stando al D.P.C.M. 14/2/2001, *“Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario”*⁵⁴ (cfr. art. 3, c. 3, del D.P.C.M. 14/2/2001).

E’ opportuno evidenziare che il D.P.C.M. del 14/2/2001 (sulle prestazioni di integrazione socio - sanitaria) va applicato in combinato disposto con il D.P.C.M. del 29/11/2001 (sui “L.E.A.”, sopra esaminato), con particolare riguardo, quanto alla fonte regolamentare menzionata per ultima, alle previsioni dettate dall’allegato n. 1/C⁵⁵.

Ai fini della presente esposizione, è necessario segnalare le criticità originate, in fase applicativa, dall’art. 4, c. 1, del D.P.C.M. del 14/2/2001, con riguardo a varie Regioni, fra cui il Lazio⁵⁶.

Ed invero, ai sensi del testè citato art. 4, c. 1, del D.P.C.M. del 14/2/2001: *“La Regione, nell’ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari, determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento, tenendo conto di quanto espresso nella tabella allegata”*. Conformemente a tale disposizione, ogni Regione, sia pure tenendo conto dei principi generali dettati nell’allegato unico al D.P.C.M. del 14/2/2001, ha, in fase attuativa, previsto i **più svariati** criteri di finanziamento, dando vita ad una proliferazione difforme di testi normativi e generando problematiche diversità sostanziali di **accesso** alle

⁵⁴ E’ opportuno aggiungere che, ai sensi dell’art. 30, c. 1, della legge n. 730/1983: *“Sono a carico del fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali”*. In ordine al profilo in argomento, occorre tenere, altresì, conto del fatto che le prestazioni contemplate dal D.P.C.M. 14/2/2001 sono finanziate previa *“ripartizione delle risorse del fondo per il servizio sanitario regionale”* (cfr. art. 5 del D.P.C.M. 14/2/2001 medesimo).

In relazione al fondo per il servizio sanitario regionale, cfr. l’art. 2, c. 2-*sexies*, lett. “d”, del D. Lgs. n. 502/92 (e successive modificazioni ed integrazioni). Con riguardo al caso specifico della Regione Lazio (preso particolarmente in esame ai fini della presente indagine), cfr. il D.C.A. n. U00605 del 29/12/2015, avente ad oggetto la ripartizione del fondo sanitario regionale per l’anno 2015.

⁵⁵ In tale allegato, sono state evidenziate: *“Per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario ..., accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle sanitarie di rilevanza sociale ovvero 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”*.

Sui problemi inerenti alle sovrapposizioni non coordinate tra l’allegato 1/C del D.P.C.M. 29/11/2001 e il D.P.C.M. 14/2/2001, cfr. MOLASCHI, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, Torino, 2008, 222-226.

⁵⁶ Sul punto si ritornerà *infra*, sub paragrafi III e IV.

prestazioni⁵⁷, nonostante il D. Lgs. n. 502/1992⁵⁸, da un lato e gli accordi Stato-Regioni⁵⁹, dall'altro, avessero previsto l'**omogeneità** e l'**uniformità** dei livelli di assistenza nazionali.

Sulle problematicità del profilo in esame, si ritornerà più avanti, nel prosieguo della presente esposizione⁶⁰.

A questo punto dell'esposizione, è, invece, necessario soffermarsi (sia pure brevemente) sulla normativa in materia di "*Indicatore della Situazione Economica Equivalente*" ("I.S.E.E."), dato che, come noto, sulla base del predetto Indice, sono definiti, da un lato, **(i)** la soglia di accesso alle prestazioni sociali agevolate e, dall'altro lato, **(ii)** l'eventuale livello di compartecipazione al costo delle predette prestazioni.

Quanto precede dovrebbe avvenire secondo criteri di equità (più avanti saranno, però, illustrati i profili di criticità, particolarmente rilevanti in sede di accesso alle prestazioni e/o di compartecipazione ai costi inerenti ai servizi socio – sanitari, nell'ambito delle varie Regioni italiane, fra cui il Lazio⁶¹).

L'I.S.E.E. è stato, notoriamente, introdotto dal D. Lgs. 31/3/1998, n. 109⁶², con lo scopo di fissare criteri **uniformi** per la valutazione della situazione economica di coloro che richiedano prestazioni o servizi sociali/assistenziali non destinati alla generalità dei soggetti o, ad ogni modo, collegati nella misura o nel costo a determinate situazioni economiche.

La normativa originariamente emanata in base al citato D. Lgs. n. 109/1998 si è, però, rilevata, per vari aspetti, alquanto inefficace ad assicurare un sufficiente grado di equità nell'individuazione dei

⁵⁷ In particolare, nella Regione Lazio, è stato introdotto un modello compartecipativo sulle attività socio-sanitarie (residenziali e semiresidenziali) estremamente gravoso (e solo parzialmente giustificato dal fine di soddisfare gli obiettivi del piano di rientro), che ha condotto ad evidenti distorsioni nell'accesso alle prestazioni (cfr. art. 2, c. 87 e ss., della legge regionale n. 7/2014 e D.G.R. n. 933/2014). Le criticità messe in evidenza sono state colte dalla "*Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*", costituita presso il Ministero della Salute, la quale ha evidenziato la **forte eterogeneità** tra i vari modelli regionali autorizzativi ed organizzativi, anche sotto il profilo delle modalità di erogazione del servizio. La situazione di cui sopra ha, da ultimo, indotto il legislatore regionale alla revisione del modello (cfr. art. 6 della legge regionale n. 12/2016).

Su tutti i profili, si tornerà *infra, sub* paragrafi III e IV.

⁵⁸ Cfr. art. 1, c. 2, del D. Lgs. n. 502/1992, sulla uniformità dei livelli essenziali di assistenza.

⁵⁹ Cfr. gli accordi citati alla **nota n. 50**.

⁶⁰ Cfr. *infra, sub* paragrafo IV.

⁶¹ Cfr. *infra, sub* paragrafi III e IV.

⁶² Tale legge delegata ha, testualmente, ad oggetto le "*Definizioni di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate, a norma dell'art. 59, comma 51, della legge 27/12/1997, n. 449*", quest'ultima norma vertente su "*Disposizioni in materia di previdenza, assistenza, solidarietà sociale e sanità*".

beneficiari, non avendo considerato correttamente tutte le diverse fonti di reddito disponibile nonché di ricchezza patrimoniale delle famiglie⁶³.

La normativa di cui sopra è stata, pertanto, sostituita dall'art. 5 del decreto legge n. 201 del 2011 (convertito, con modificazioni, dalla legge n. 214/2011) (e successive modifiche ed integrazioni), il quale ha demandato ad un successivo regolamento⁶⁴ la revisione de “*le modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'... (I.S.E.E.), al fine di: adottare una definizione di reddito disponibile che includa la percezione di somme, anche se esenti da imposizione fiscale, e che tenga conto delle quote di patrimonio e di reddito dei diversi componenti della famiglia nonché dei pesi dei carichi familiari, in particolare dei figli successivi al secondo e di persone disabili a carico; migliorare la capacità selettiva dell'indicatore, valorizzando in misura maggiore la componente patrimoniale sia in Italia sia all'estero...; permettere una differenziazione dell'indicatore per le diverse tipologie di prestazioni ...*”.

Ai sensi, quindi, dell'art. 2 del D.P.C.M. n. 159/2013 (emanato sulla scorta del citato art. 5 del decreto legge n. 201 del 2011), “*L'I.S.E.E. è lo strumento di valutazione, attraverso criteri unificati, della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni sociali agevolate. La determinazione e l'applicazione dell'indicatore ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate, nonché della definizione del livello di compartecipazione al costo delle medesime, costituisce livello essenziale delle prestazioni, ai sensi dell'art. 117, c. 2, lett. “m”, Cost., fatte salve le competenze regionali in materia di normazione, programmazione e gestione delle politiche sociali e sociosanitarie e ferme restando le prerogative dei Comuni*”⁶⁵.

⁶³ Cfr. Consiglio di Stato, Sez. IV, sentenza del 29/2/2016, n. 841, resa in un giudizio di impugnativa avente ad oggetto il regolamento di cui al D.P.C.M n. 159/2013 del 5/12/2013 (su cui *infra, sub nota n. 64*).

⁶⁴ Cfr. il D.P.C.M n. 159/2013 del 5/12/2013, avente ad oggetto il “Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (I.S.E.E.)”, con il quale, *sub art. 15, c. 1*, è stato, in effetti, abrogato il D. Lgs. n. 109/1998, a far data dai trenta giorni successivi all'entrata in vigore del decreto direttoriale del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali del 7/11/2014, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 17/11/2014, n. 267, S.O..

⁶⁵ La norma in esame prosegue, disponendo che: “*In relazione a tipologie di prestazioni che per la loro natura lo rendano necessario e ove non diversamente disciplinato in sede di definizione dei livelli essenziali relativi alle medesime tipologie di prestazioni, gli enti erogatori possono prevedere, accanto all'I.S.E.E., criteri ulteriori di selezione volti ad identificare specifiche platee di beneficiari, tenuto conto delle disposizioni regionali in materia e delle attribuzioni regionali specificamente dettate in tema di servizi sociali e sociosanitari. È comunque fatta salva la valutazione della condizione economica complessiva del nucleo familiare attraverso l'I.S.E.E.*”.

Sulla legittimità della previsione del suddetto potere degli enti erogatori di dettare “*criteri ulteriori di selezione*”, cfr. Consiglio di Stato, sentenza n. 841/2016, citata *sub nota n. 63* (e su cui si ritornerà *sub nota n. 66*). In ordine alla tematica da ultimo affrontata, cfr. T.A.R. Veneto – Venezia, Sez. III, 24/10/2013, n. 1218, secondo cui: “*Per la compartecipazione alla spesa di determinate prestazioni assistenziali (come per il ricovero in una struttura assistenziale) non può escludersi che si possa tener conto anche di redditi che non sono normalmente considerati ai fini della determinazione del reddito utile ai fini I.S.E.E.. Pertanto, deve ritenersi ammissibile che gli enti erogatori integrino la disciplina in tema di I.S.E.E., prevedendo nei loro regolamenti di tener conto anche di redditi non imponibili e non considerati nella I.S.E.E., quali la pensione di*

Nell'ambito delle prestazioni economiche agevolate, cui l'I.S.E.E. si riferisce, rientrano, per quanto maggiormente interessa ai nostri fini, anche le “prestazioni agevolate di natura sociosanitaria”, per tali intendendosi le “prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria rivolte a persone con disabilità e limitazioni dell'autonomia, ovvero interventi in favore di tali soggetti” (cfr. art. 1, c. 1, lett. “f”, del citato D.P.C.M. n. 159/2013)⁶⁶.

3. Segue: analisi della specifica normativa della Regione Lazio in tema di compartecipazioni pubbliche alla spesa socio-sanitaria, con esame dei correlati costi a carico degli utenti in sede di partecipazione tariffaria.

invalidità e l'indennità di accompagnamento, ai fini della valutazione della situazione economica degli assistiti per la compartecipazione alle spese per il ricovero in strutture assistenziali, anche se tali redditi non rientrano tra quelli utili per il calcolo dell'I.S.E.E.” (in termini, anche T.A.R. Veneto – Venezia, Sez. III, 7/5/2013, n. 653).

⁶⁶ Può essere utile aggiungere che, sulla base della sentenza del Consiglio di Stato n. 841/2016 (citata *infra*, sub nota n. 63), con la quale è stata integralmente confermata la precedente pronuncia di cui a T.A.R. Lazio Roma, Sez. I, n. 2454/2015, è stato annullato l'art. 4, c. 2, lett. “f”, del D.P.C.M. n. 159/2013, nella parte in cui ha incluso, tra i dati da considerare ai fini I.S.E.E. per la situazione reddituale, (anche) i trattamenti assistenziali, previdenziali ed indennitari percepiti dai soggetti portatori di disabilità (su identiche questioni, cfr. anche, rispettivamente, T.A.R. Lazio Roma, Sez. I, sentenza n. 2458 del 11/2/2015, confermata in appello da Consiglio di Stato, Sez. IV, 29/2/2016, n. 838).

Il Consiglio di Stato, nella sopra citata sentenza n. 841/2016, ha, in particolare, ritenuto pienamente legittima la previsione contenuta nell'art. 6 del D.P.C.M. n. 159/2013, nella parte in cui considera come nucleo a sé stante il solo disabile maggiorenne non coniugato. Ed invero, il citato art. 6, c. 1 e c. 2, del D.P.C.M. n. 159/2013, per quanto concerne le prestazioni di natura socio-sanitaria erogate a disabili maggiorenni, calcola l'I.S.E.E. con riferimento esclusivo al beneficiario disabile ed al di lui nucleo familiare c.d. “ristretto”, rappresentato dal coniuge, dai figli minori e dai figli maggiorenni a carico, se del caso con l'aggiunta per ogni figlio non appartenente al nucleo. “*Il che*” – secondo il Consiglio di Stato - “*è come dire che il disabile maggiorenne fa sempre nucleo a sé, quand'anche conviva ancora con i propri genitori. In tal caso (cfr. Consiglio di Stato, Sez. III, 3/7/2013 n. 3574), il mantenimento di un adeguato rapporto con le famiglie per i disabili gravi e gli anziani non autosufficienti realizza non solo un maggior beneficio per l'assistito, ma anche risultati migliori a parità di costo dei programmi di assistenza. Tutto questo risponde, se adeguatamente applicato, ai criteri di economicità, buon andamento e proporzionalità nella ripartizione dei costi dell'assistenza. Rettamente, quindi, il D.P.C.M. chiede che le famiglie siano chiamate ad un ruolo più mirato e attivo, ma anche a fornire il loro contributo alle spese di funzionamento del sistema assistenziale, quando questo s'invera in prestazioni in ambienti protetti. La previsione d'una compartecipazione ai costi delle prestazioni, da parte dei familiari, può costituire un incentivo indiretto che contribuisce a favorire la permanenza del disabile presso il nucleo familiare, come espressione di un dovere di solidarietà che, prima ancora che sulla collettività, grava anzitutto sui prossimi congiunti?*”.

Sulla tematica da ultimo accennata, cfr. anche Cons. Stato, Sez. III, 8/11/2013, n. 5355 e Cons. Stato, Sez. V, 16/3/2011, n. 1607, secondo cui la determinazione della contribuzione a carico dei portatori di *handicap* permanente grave per le prestazioni sociali agevolate, assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria ed erogate a domicilio o in ambiente residenziale a ciclo diurno o continuativo, con sovvenzione del fondo sanitario regionale, va valutata tenendo conto (in via derogatoria) esclusivamente della situazione economica dell'assistito e non di quella del suo nucleo familiare. Nel medesimo ordine di idee, cfr. anche Cass. Civ., Sez. I, 27/7/2015, n. 15679, in forza della quale è stata ritenuta l'illegittimità di una cartella esattoriale che aveva determinato il contributo al pagamento delle rette per il servizio di refezione sulla base del reddito dell'intero nucleo familiare e non anche di quello del solo assistito disabile.

Riprendendo spunti di riflessione articolati nel precedente paragrafo **II.**, giova ricordare che le quote di compartecipazione pubblica alla spesa socio-sanitaria si ricavano sulla base di quanto disposto dal D.P.C.M. del 29/11/2001 (all. 1/C) e dal D.P.C.M. del 14/2/2001 (all. unico), ribadendo che la componente sanitaria delle prestazioni è a carico delle Regioni, mentre la componente sociale delle stesse è a carico dei Comuni (con eventuale compartecipazione tariffaria dell'utente, sulla base dell'I.S.E.E.⁶⁷, per la parte eccedente la "quota sociale" finanziata dai Comuni medesimi).

In particolare, l'allegato unico al D.P.C.M. del 14/2/2001 ha, invero, previsto differenti percentuali di intervento (in ragione dell'intensità delle cure), per le attività di riabilitazione rivolte agli anziani ed alle persone non autosufficienti (con patologie cronico-degenerative), erogate nelle R.S.A.⁶⁸. Più in particolare, l'assistenza intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva sono a completo carico del S.S.R.. Diversamente, per gli inserimenti estensivi, il 50% della retta, relativa al ricovero in R.S.A., è a carico del S.S.R., mentre il restante 50% è a carico del Comune (con eventuale compartecipazione tariffaria dell'utente).

In relazione, invece, alle prestazioni di riabilitazione residenziale e semiresidenziale, l'allegato unico al D.P.C.M. del 14/2/2001 ha dettato un *distinguo* tra le attività di tipo estensivo⁶⁹ e le attività di mantenimento⁷⁰, prevedendo, nello specifico, per le attività riabilitative di mantenimento, sia in regime residenziale che in regime semiresidenziale, la percentuale del 70% come quota sanitaria a carico del S.S.R., mentre, per la componente sociale, è prevista la percentuale del rimanente 30% a carico del Comune (fatta salva, nuovamente, l'eventuale compartecipazione dell'utente, sulla base dell'I.S.E.E.).

Infine, per le prestazioni socioriabilitative psichiatriche, l'allegato unico al D.P.C.M. del 14/2/2001 ha previsto la percentuale a valenza sanitaria del 60%, mentre la (restante) percentuale a valenza sociale è stata stimata nel 40%.

Ebbene, individuate (nei termini di cui sopra) le misure di compartecipazione dei soggetti pubblici alla spesa socio-sanitaria, occorre rilevare che tutte le Regioni, in base alla legislazione statale di principio vigente, sono chiamate a fissare una soglia reddituale annuale I.S.E.E., oltre la quale le

⁶⁷ Cfr. *supra*, *sub* paragrafo II.

⁶⁸ Sulle R.S.A., cfr. quanto dedotto *sub* nota n. 28.

⁶⁹ Per tali intendendosi il complesso di prestazioni rivolte ai pazienti che abbiano superato la eventuale fase di acuzie e di immediata *post-acuzie* e che necessitino di interventi orientati a garantire loro un ulteriore recupero funzionale, da conseguirsi in un tempo definito (di norma, entro sei mesi dalla dimissione ospedaliera e/o dalla riacutizzazione o recidiva dell'episodio patologico).

⁷⁰ Per tali intendendosi il complesso di prestazioni rivolte ai pazienti affetti da esiti stabilizzati di precedenti patologie psicofisiche, che necessitino di interventi orientati a mantenere l'eventuale residua capacità funzionale ovvero a contenere il deterioramento.

spese sanitarie sono a carico del cittadino. L'individuazione concreta di tale soglia, ai fini della presente analisi, ha una valenza non soltanto economica, ma **anche giuridica**, perché il legislatore regionale (nel razionale esercizio della sua discrezionalità normativa) dovrebbe operare un attento bilanciamento tra il diritto alla salute (inteso nel senso più ampio del termine) e gli equilibri della finanza pubblica. Ed invero: *"Il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti"* (ex plurimis, *sentenze n. 267 del 1998, n. 304 del 1994, n. 218 del 1994*). *Bilanciamento che, tra l'altro, deve tenere conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, restando salvo, in ogni caso, quel "nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana"* (*sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del 1998, n. 247 del 1992*), *il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto"* (C. Cost., sentenza n. 509/2000, red. Capotosti⁷¹).

Nel caso di specie, la Regione Lazio⁷², chiamata ad attuare la normativa dettata dal D.P.C.M. del 14/2/2001⁷³, ha, in particolare, stabilito che abbiano diritto al contributo comunale gli utenti R.S.A. con reddito annuale I.S.E.E. di importo non superiore a € 20.000,00, per i ricoveri nelle R.S.A., ovvero non superiore ad € 26.000, per le attività riabilitative di mantenimento rivolte ai minori, con la precisazione che la soglia I.S.E.E. rilevante ai fini in discorso è calcolata (come già accennato) secondo quanto stabilito dall'art. 6⁷⁴ del D.P.C.M. n. 159/2013⁷⁵, sulle *"Prestazioni agevolate di natura sociosanitaria"*.

⁷¹ L'autorevole precedente della Consulta è stato già citato al paragrafo I.

⁷² Con particolare riguardo alle specificità della Regione Lazio, può essere utile ricordare che tale Regione, in prima istanza, ha introdotto la compartecipazione esclusivamente per gli adulti, in riferimento alle attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento, in regime residenziale e semiresidenziale (cfr. D.C.A. n. U00095 del 28/12/2009). Successivamente, in più corretta e legittima applicazione dei criteri dettati dal D.P.C.M. del 14/2/2001, la compartecipazione in argomento è stata estesa anche ai minori, sulla base del D.C.A. n. U00051 del 1°/7/2010.

Quanto alle compartecipazioni inerenti all'area della socioriabilitativa psichiatrica per l'età adulta, la Regione Lazio è intervenuta solamente nel 2015, sulla base del D.C.A. n. 562/2015, distinguendo tra l'elevato impegno riabilitativo (con percentuale del 60% a valenza sanitaria a carico del S.S.R., mentre la restante percentuale del 40% è stata riconosciuta a valenza sociale, a carico del Comune) e l'impegno riabilitativo medio-basso (valenza sanitaria del 40% e ambito sociale per il restante 60%). (Per la riorganizzazione delle strutture neuropsichiatriche, si rinvia all'esame del D.C.A. n. U00101 del 9/12/2010).

⁷³ Cfr. le criticità sopra anticipate, in merito all'attuazione dell'art. 4, c. 1, del D.P.C.M. del 14/2/2001, *sub* paragrafo II.

⁷⁴ Su tale norma hanno inciso, da ultimo, le modifiche apportate dall'art. 2 *sexies* del decreto legge 29/3/2016, n. 42 (convertito, con modificazioni, dalla legge 26/5/2016, n. 89), in tema di calcolo dell'I.S.E.E. per i nuclei

Segnatamente, ai sensi dell'art. 6⁷⁶ della legge regionale del Lazio n. 12/2016⁷⁷ (con il quale sono stati riformulati i c. 87 e 88 dell'art. 2 della legge regionale n. 7/2014⁷⁸): **“La quota sociale per le degenze presso le residenze sanitarie assistenziali⁷⁹ o per le attività riabilitative erogate in regime residenziale e semiresidenziale⁸⁰ a carico dell'assistito è corrisposta dal Comune ovvero compartecipata in misura integrale o parziale dall'assistito, nei limiti e secondo le fasce di reddito ai fini I.S.E.E., fissate, nel rispetto delle disposizioni statali vigenti in materia, con deliberazione della Giunta regionale, acquisito il parere della commissione consiliare competente. La partecipazione del comune è graduata proporzionalmente fino al raggiungimento della fascia di reddito ai fini I.S.E.E. di 20.000,00 euro, al di sopra della quale la quota sociale resta interamente a carico dell'assistito ... In caso di compartecipazione, integrale o parziale, il Comune è direttamente responsabile del pagamento della quota a suo carico di fronte alla struttura di degenza⁸¹.**

La Regione concorre agli oneri a carico dei comuni ai sensi del comma 87 in misura pari al 50 per cento della quota sociale complessiva di compartecipazione comunale”.

familiari con componenti con disabilità. Sul profilo in esame, cfr., altresì, la circolare I.N.P.S. n. 137 del 25/7/2016) e la nota del Dipartimento di Roma Capitale del 27/7/2016.

⁷⁵ Sul quale, cfr. *supra sub* nota n. 64.

⁷⁶ L'art. 6 della legge regionale n. 12/2016 è, precisamente, rubricato: “*Modifiche alla legge regionale 14/7/2014, n. 7, relative alle disposizioni in materia di compartecipazione alla spesa sociale per le residenze sanitarie assistenziali (R.S.A.) e per le attività riabilitative erogate in modalità di mantenimento, in regime residenziale e semiresidenziale. Sostegno al reddito di soggetti a rischio di esclusione sociale*”.

La normativa di cui alla citata legge regionale n. 12/2016 è collegata anche ad altra recentissima normativa della Regione Lazio e, precisamente, alla legge regionale n. 11/2016 (“*Sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali della Regione Lazio*”): cfr. art. 6, c. 1, lettera “d”, della legge regionale n. 12/2016 (con cui è stato riformulato il comma 88 *quater* dell'art. 2 della legge regionale n. 7/2014) e art. 46 della legge regionale n. 11/2016 (quest'ultimo rubricato “*Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali*”).

⁷⁷ La legge regionale del Lazio n. 12/2016 è stata pubblicata sul bollettino ufficiale della Regione Lazio del 11/8/2016, n. 64, s.o. n. 2 ed è entrata in vigore il giorno successivo alla pubblicazione (*id est*, il 12/8/2016).

⁷⁸ Cfr. art. 2, c. da 87 a 91, della legge regionale del Lazio n. 7/2014.

⁷⁹ Per le R.S.A., oltre ai riferimenti già citati alla nota n. 28, cfr. la D.G.R. n. 859/2001 (richiamata dalla D.G.R. n. 933/2014), nella quale è stato definito il concorso regionale agli oneri R.S.A. a carico dei Comuni.

In giurisprudenza, cfr. T.A.R. Lazio – Roma, Sez. II *bis*, 20/6/2016, n. 7118. La decisione si segnala per avere chiarito l'illegittimità della decisione assunta da un Comune laziale, il quale si era rifiutato di prendere in carico utenti di varie R.S.A. dal reddito inferiore alla (previgente) soglia reddito I.S.E.E. di € 13.000 (cfr. D.G.R. Lazio n. 933/2014) (su cui anche *infra, sub* nota n. 87), sostenendo che l'obbligo dell'amministrazione comunale di compartecipare alle spesa per le rette assistenziali (c.d. “quota socio-assistenziale”) fosse subordinato alla “capienza” dei contributi regionali.

⁸⁰ Cfr. il D.P.C.M. 29/11/2001. Si vedano, altresì, i D.C.A. n. U0095 del 29/12/2009 e n. U0051 del 1°/7/2010, nonché la D.G.R. Lazio del 7/8/2010, n. 380.

⁸¹ La precisazione contenuta nell'inciso di cui al testo si è resa quanto mai opportuna, alla luce del fatto che, come si vedrà meglio in una successiva pubblicazione, molti Comuni si sono rifiutati di coprire le quote sociali, motivando con (dedotti) ritardi nella erogazione dei contributi regionali. Il profilo è trattato anche *sub* nota n. 79 della presente esposizione.

E' opportuno precisare che la disposizione in esame (art. 6 della legge regionale del Lazio n. 12/2016) ha modificato le previgenti disposizioni sulla compartecipazione alla spesa per le degenze presso le R.S.A. e per le attività riabilitative erogate, in regime residenziale e semiresidenziale (cfr. art. 2, c. 87 e ss. della legge regionale n. 7/2014, attuati con D.G.R. Lazio n. 933/2014), “*anche in riferimento alla quota sociale per le prestazioni socioriabilitative psichiatriche*”⁸². In particolare, il legislatore regionale del Lazio del 2016 ha stabilito che la quota sociale, per tutte le predette prestazioni (degenze in R.S.A., attività riabilitative e socioriabilitativa psichiatrica), debba rimanere interamente a carico degli utenti con reddito I.S.E.E. annuale **superiore** a € 20.000, venendo, invece, la quota sociale, al di sotto della appena menzionata fascia di reddito⁸³, corrisposta interamente dal Comune o compartecipata dall'utente, secondo fasce di reddito I.S.E.E. che dovranno essere stabilite dalla Giunta Regionale del Lazio con apposita deliberazione.

Il concorso della Regione Lazio agli oneri a carico dei Comuni (nei sensi sopra chiariti), è stato fissato, come già accennato, nella misura del 50% della quota di compartecipazione comunale.

A livello tecnico, le modifiche così apportate dalla legge regionale del Lazio n. 12/2016 sono state rese necessarie per il fatto che, in seguito alla revisione sostanziale dei criteri di computo dell'I.S.E.E., effettuata dal D.P.C.M. n. 159/2013⁸⁴, anche in riferimento all'I.S.E.E. inerente alla richiesta di “*prestazioni agevolate di natura socio – sanitaria, erogate in ambiente residenziale a ciclo continuativo*”⁸⁵, sono stati registrati “*molteplici ed articolati ... effetti sui valori dell'indicatore della situazione economica equivalente, ... con una tendenza ad un netto aumento ... [tale per cui] ... gli enti erogatori di prestazioni agevolate a compartecipazione variabile sulla base dell'I.S.E.E. ... si trovano nella necessità di ridefinire le soglie di accesso e graduazione della compartecipazione, se si vuole evitare una significativa riduzione dei beneficiari e del costo di questa categoria di agevolazioni pubbliche*”⁸⁶.

D'altro canto, con riguardo al sistema previgente (attuato con la D.G.R. Lazio n. 933/2014)⁸⁷, era stata prevista, quale soglia I.S.E.E. di accesso alle prestazioni, quella (ben inferiore) di € 13.000. In

⁸² Cfr. comma 88 *bis* aggiunto all'art. 2 della legge regionale n. 7/2014, ad opera dell'art. 6, c. 1, lett. “*b*”, della legge regionale n. 12/2016.

Cfr. quanto dedotto in argomento anche *sub* nota n. 72.

⁸³ Per il sistema previgente *ante* novella regionale n. 12/2016, cfr. (oltre alla citata D.G.R. Lazio n. 933/2014) le disposizioni applicative sulla compartecipazione della Regione alla spesa comunale contenute nella nota prot. n. 081/D4/4K/03 del 2/1/08 della Regione Lazio

⁸⁴ Su cui, cfr. quanto dedotto *sub* note n. 63 e n. 64.

⁸⁵ Vale a dire nelle residenze R.S.A. per anziani.

⁸⁶ Cfr. la “*Relazione tecnica all'articolo 6 della proposta di legge regionale concernente “Disposizioni per la semplificazione, la competitività e lo sviluppo della Regione”*”, *sub* “*Allegato A*”.

⁸⁷ Cfr. nota n. 79.

ragione di ciò, le parti sociali, in forza del protocollo di intesa AIOP-ARIS-CGIL-CISL-UIL e Regione Lazio del marzo 2016, *sub* punto n. 1, avevano testualmente richiesto alla Regione “*che siano rivisti i parametri dell’I.S.E.E., elevandoli dagli attuali € 13.000 ad un importo che si avvicini a quanto applicato in altre Regioni e alla media nazionale, con il conseguenziale riallineamento graduale della compartecipazione*” (sul confronto con le altre Regioni si tornerà più avanti, nel prosieguo dell’esposizione).

Concludendo sulla novella legislativa regionale del Lazio del 2016, per esigenze di completezza, può essere utile ricordare che, in relazione alle necessarie coperture finanziarie, l’art. 6, c. 3, della legge regionale n. 12/2016 ha disposto che: “*Agli oneri derivanti dall’attuazione del presente articolo si provvede, ai sensi dell’art. 2, c. 89, della legge regionale n. 7/2014, nell’ambito delle risorse iscritte, a legislazione vigente, nel programma 02 “Interventi per la disabilità” della missione 12 “Diritti sociali, politiche sociali e famiglia” che, per l’anno 2016, ammontano a 41.000.000,00 euro, di cui 3.500.000,00 euro relative al contributo regionale per le prestazioni socioriabilitative psichiatriche. A decorrere dall’anno 2017⁸⁸ si provvede nell’ambito della legge di stabilità regionale, ai sensi del D. Lgs. 23/6/2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli artt. 1 e 2 della legge 5/5/2009, n. 42) e successive modifiche e relativi principi applicativi*”⁸⁹.

Ebbene, con riguardo specifico alla Regione Lazio, i termini della compartecipazione ai costi, per come previsti (e limitati) dal legislatore regionale (sulla base delle disponibilità di bilancio) nei sensi sopra ricostruiti, hanno, di fatto, comportato, in molti casi, la **rinuncia** alle cure, secondo

⁸⁸ Cfr. art. 38 del D. Lgs. n. 118/2011, citato nella disposizione.

La differenza tra il regime del finanziamento 2016 e quello del 2017 poggia sul fatto che, rispetto al 2016, le risorse finanziarie sono state già individuate nel bilancio di previsione finanziario triennale 2016-2018 (cfr. legge regionale n. 18/2015 del 31/12/2015 e relativi allegati), mentre, rispetto al 2017, ciò sarà fatto nella legge di stabilità autunnale.

Può essere, inoltre, opportuno ricordare che, rispetto al bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio per il triennio 2016-2018, approvato con legge regionale n. 18/2015, sono state approvate le variazioni di bilancio di cui alle D.G.R. n. 240/2016, n. 350/2016 e n. 460/2016, ai sensi degli artt. 1, c. da 19 a 21, della legge regionale n. 18/2015 e 51 del D. Lgs. n. 118/2011, con le quali è stata incrementata, per il 2016, il contributo regionale alle spese di compartecipazione per la quota sociale degli utenti in RSA e soggetti disabili *ex* art. 26 della legge n. 833/1978 dei Comuni del Lazio e/o per interventi relativi alla compartecipazione regionale alla quota sociale degli utenti in RSA per le prestazioni socioriabilitative e/o alle spese di compartecipazione per la quota sociale degli utenti in RSA e soggetti disabili *ex* art. 26 della legge n. 833/1978 dei Comuni del Lazio, anche in riferimento alla quota sociale per le prestazioni socioriabilitative psichiatriche.

⁸⁹ Può essere utile ricordare che i capitoli di bilancio interessati sono, nello specifico, il H41940, il H41903 e il H41131.

quanto comprovato dai dati pubblicamente consultabili, ai quali verrà *infra* fatto riferimento al paragrafo **IV**. che segue, in merito alla rinuncia ai ricoveri nelle R.S.A.⁹⁰.

Sotto altro profilo, merita ricordare che anche in sede di Conferenza Stato – Regioni, era stato sollevato il dubbio che la definizione di un sistema compartecipativo sulle rette delle R.S.A. potesse costituire, *de facto*, una criticabile **barriera per l'accesso ai servizi**, in violazione dei principi di universalismo e di equità dell'assistenza, posti dal D. Lgs. n. 502/1992 (cfr., in particolare, l'art. 8 della Intesa Stato-Regioni, rep. n. 82/CSR del 10/7/2014, contenente il “*Patto per la salute*” 2014-2016)⁹¹.

4. I dati sulla rinuncia alle cure nel Lazio (sub specie di rinuncia ai ricoveri nelle R.S.A.) e comparazione con le altre Regioni.

Come già accennato, gli effetti del recepimento del contenuto dell'allegato unico al D.P.C.M. del 14/2/2001 hanno generato un diffuso disagio, manifestato sia dagli utenti che dalle associazioni di categoria⁹², da cui è originato, in riferimento specifico alla Regione Lazio, un **calo** nella domanda di ricoveri nelle R.S.A.⁹³, seppur differenziato tra gli ambiti territoriali di riferimento *intra*-regionali.

⁹⁰ In merito alle prestazioni socio-sanitarie erogate nelle R.S.A., anche al fine di meglio comprendere la “gravità” della rinuncia alle cure di cui al testo, occorre precisare che la prestazione “residenziale” non si differenzia, necessariamente, da quella ospedaliera vera e propria, in termini di incisività dell'assistenza. A tale riguardo, la Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, incardinata presso il Ministero della Salute, ha, significativamente rilevato che: “*La prestazione residenziale si caratterizza, di norma, come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti, in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi, quindi, dalle prestazioni di “terapia post-acuzie” (riabilitazione e lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero ... E’, inoltre, opportuno sottolineare che la prestazione “residenziale” non si differenzia necessariamente da quella “ospedaliera” per un minore gradiente di assistenza. Sussistono, infatti, condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), nelle quali il gradiente assistenziale globale richiesto può risultare anche superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie*” (cfr. il documento approvato dalla sopra menzionata Commissione nella seduta del 30/5/2007, con il titolo: “Prestazioni residenziali e semiresidenziali per gli anziani non autosufficienti”).

Sui profili in argomento, giova richiamare anche quanto *supra* dedotto, in apertura del paragrafo II, in merito al fatto che le R.S.A. sono state istituite allo scopo di “*contrastare il ricorso improprio alla ospedalizzazione*”, secondo quanto previsto dall'art. 1, c. 2, della legge regionale del Lazio n. 41/1993.

⁹¹ E’ proprio nel contesto dei dubbi espressi in senso alla Conferenza Stato/Regioni che deve essere letto ed interpretato il D.C.A. Lazio n. U00062 del 3/3/2016, di differimento dei termini di attuazione del disposto introduttivo della compartecipazione sull'attività socio-sanitaria in favore delle persone con problemi psichiatrici (sul profilo, cfr. anche quanto dedotto alla [nota n. 72](#)).

Cfr., altresì, da ultimo, il D.C.A. n. U000234 del 1°/7/2016, con il quale i termini in esame sono stati ulteriormente differiti al 1°/1/2017.

⁹² Cfr. paragrafo II.

⁹³ Cfr. paragrafo III.

Dalla situazione così descritta, pare lecito porsi seri dubbi in merito al rispetto del principio del (necessario) bilanciamento tra le istanze di tutela del diritto alla salute e le esigenze di equilibrio finanziario della pubblica amministrazione sanitaria.

Ed invero, quanto ai dati sull'accennata rinuncia ai ricoveri in R.S.A., giova evidenziare che, benché i sistemi informativi per la riabilitativa verso gli anziani non abbiano ancora raggiunto livelli di efficienza soddisfacenti nella Regione Lazio, le statistiche, condotte all'interno delle differenti realtà aziendali, dimostrano una riduzione media dei ricoveri del 10%, in particolare nel territorio di insidenza della A.S.L. di Frosinone, ove è stata registrata una flessione del 13%⁹⁴, in relazione al periodo decorrente dalla adozione del sistema partecipativo fino al 2013.

L'analisi della concreta incidenza degli oneri di compartecipazione tariffaria a carico degli utenti (per la parte eccedente la quota sociale, a carico dei Comuni di residenza) può fornire delle agevoli chiarificazioni.

Ed invero, sulla base del D.C.A. Lazio n. U00101 del 9/4/2013, è possibile desumere che, in regime di ricovero in R.S.A., la tariffa giornaliera relativa al mantenimento in classe "A" è pari ad € 118,40, a cui corrisponde una quota sociale (a carico comunale) di € 59,20. In termini mensili, la retta media, sempre per i ricoveri in mantenimento "A", è pari a € 1.776,00, con oneri a carico totale dell'utente/assistito avente reddito I.S.E.E. superiore a € 20.000,00. Quanto precede si traduce, assumendo un reddito di € 20.000,00, in una spesa (mensile) che incide sul reddito annuale nella misura di circa il 8,9%.

Con riguardo, invece, al mantenimento in classe "B" in regime di ricovero in R.S.A., sempre in base al citato D.C.A. n. U00101/2013, la quota sociale è di € 49,2, corrispondente ad una retta media mensile di € 1.476. Quanto precede si traduce, assumendo un reddito di € 20.000,00, in una spesa (mensile) che incide sul reddito annuale nella misura di circa 7,4%.

Nell'ambito della riabilitativa per disabilità, invece, il mantenimento residenziale elevato prevede una quota sociale di € 36,64 e per quello medio di € 29,44, con conseguenti oneri economici mensili medi pari a € 1.099,20, per l'elevato e di € 883,00, per il medio. Per il semiresidenziale in mantenimento elevato la quota è, invece, pari ad € 18,73, per il medio € 14,98 e per il lieve € 13,11. In riferimento, poi, alle prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative in favore delle persone adulte con problemi psichiatrici e/o delle loro famiglie, in applicazione del D.C.A. n. U00562/2015, la quota sociale, nelle strutture di bassa intensità assistenziale (con impegno assistenziale sulle 12h o a

⁹⁴ I dati sono stati evidenziati dalla direzione Aziendale della A.S.L. FR, a supporto della stesura dell'atto di programmazione organizzativa aziendale e del piano strategico aziendale, approvato con delibera del direttore generale n. 370 del 23/3/2015.

fasce orarie), corrisponde a € 48,60 al giorno, pari ad una retta mensile di € 1.458. Nell'ambito della media intensità assistenziale (impegno riabilitativo 24h), invece, la quota sociale è di € 43,20 al giorno.

Occorre, d'altro canto, evidenziare che, nel sistema di compartecipazione sopra descritto, la soglia I.S.E.E. di € 20.000,00, per gli adulti e di € 26.000,00, per i minori, non costituisce uno spartiacque netto, dato che, per i valori di I.S.E.E. non superiori alla soglia di cui sopra, la compartecipazione è modulata in base a scaglioni, con ripartizione degli oneri tra il Comune e gli utenti, fatta salva la sola soglia di garanzia di € 4.500, al di sotto della quale è prevista l'esenzione integrale⁹⁵. Ciò comporta, **paradossalmente**, che potrebbero verificarsi delle ipotesi in cui, tenuto conto dell'esistenza di scaglioni e considerato un reddito annuale anche inferiore ad € 20.000,00, l'incidenza percentuale della spesa sanitaria a carico dell'utente, per l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie, potrebbe essere addirittura **superiore** a quanto riscontrato nella casistica sopra riportata.

Passando ad esaminare la comparazione con le altre Regioni, occorre rimarcare la criticità, già in parte rilevata⁹⁶, relativa alla censurabile differenziazione dei più diversi e disparati modelli di compartecipazione, nell'ambito delle varie realtà regionali, in spregio totale agli obblighi normativi di uniformità inerenti all'attuazione dei L.E.A..

Ed invero, i diversi legislatori regionali hanno stabilito vari gradienti per la soglia I.S.E.E. di completa compartecipazione, con valori (nei differenti casi) superiori a € 25.000,00, fino ad arrivare a € 40.000,00⁹⁷. Quanto precede dimostra come la soglia reddituale I.S.E.E., individuata dalla Regione Lazio, potrebbe non essere affatto idonea a garantire il rispetto del *"nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana ... il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto"* (C. Cost., sentenza n. 509/2000, red. Capotosti⁹⁸).

In approfondimento dei profili di difformità della Regione Lazio, basti considerare che, nel regime *ante* novella *ex lege* regionale n. 12/2016, era in vigore la soglia I.S.E.E. annuale pari a € 13.000,00 (introdotta, per la prima volta, attraverso il D.C.A. n. U00095/2009 e confermata dalla legge

⁹⁵ Cfr. Regione Lazio, Direzione Regionale Politiche Sociali e Salute, nota prot. n. 081/D4/4K/03 del 2/1/2008, con la precisazione che la nota in esame conserva validità anche nel nuovo regime disciplinato dall'art. 6 della legge regionale n. 12/2016.

⁹⁶ Cfr. *supra*, *sub* paragrafi II e III.

⁹⁷ Per l'Abruzzo, cfr., ad es., i dati ricavabili dalla lettura del decreto del 5/8/2015, n. 4, recante *"Linee guida per il concorso alla spesa dei Comuni per il sostegno ai costi a carico degli utenti relativi alle prestazioni sociosanitarie semiresidenziali e residenziali per l'anno 2015"*.

⁹⁸ La sentenza della Consulta è stata citata anche ai paragrafi I e III.

regionale n. 7/2014, nonchè dalla D.G.R. n. 933/2014)⁹⁹, con modulazione delle misure di compartecipazione al di sotto della predetta soglia¹⁰⁰. Ebbene, dalla situazione appena descritta (mutata solamente a fronte della normativa entrata in vigore il 12/8/2016), a fronte di una insufficiente quantificazione delle misure di compartecipazione pubblica alla spesa socio – sanitaria (anche *sub specie* di insoddisfacente determinazione della soglia di accesso alle agevolazioni), è scaturita la già accennata **rinuncia** degli utenti ai ricoveri in R.S.A..

Per gli effetti della testè riferita rinuncia alle prestazioni erogate in regime di ricovero nelle R.S.A., gli utenti del S.S.R. del Lazio sono stati costretti a ricorrere ad altre forme assistenziali di soddisfacimento delle necessità di prestazioni socio-sanitarie (previste sempre dal D.P.C.M. del 14/2/2001), fra cui (principalmente) l'assistenza domiciliare integrata. Se non che, a tale ultimo riguardo, si deve evidenziare la minore risolutività dell'assistenza domiciliare integrata, data la minore intensità delle cure e le maggiori difficoltà di accesso alle prestazioni, stanti le lunghe liste di attesa, almeno per il Lazio¹⁰¹.

5. Conclusioni.

Come visto, con specifico riguardo alla Regione Lazio, la legge regionale n. 12/2016, entrata in vigore nel mese di agosto del corrente anno, ha (finalmente) ampliato la soglia di accesso I.S.E.E., al fine di poter estendere l'ambito di applicazione della c.d. quota sociale, relativamente alle prestazioni di ricovero nelle R.S.A. o ai trattamenti riabilitativi, **(i)** in vista di un avvicinamento a quanto applicato nelle altre Regioni e alla media nazionale, con conseguente riallineamento graduale della compartecipazione e **(ii)** per evitare che, in seguito alle modifiche sostanziali sui criteri di computo dell'I.S.E.E. apportate dal D.P.C.M. n. 159/2013, si riducesse eccessivamente la platea degli ammessi alla contribuzione pubblica, in un contesto, peraltro, in cui **(iii)** la sanità regionale era (ed è) soggetta al piano di rientro ed al pedissequo regime di commissariamento¹⁰²,

⁹⁹ Cfr. *supra*, *sub* note n. 79 e n. 87.

¹⁰⁰ Per le critiche avanzate a tale regime di compartecipazione, da cui è scaturita la novella *ex lege* regionale n. 12/2016, cfr. *supra*, *sub* paragrafo III.

¹⁰¹ Vale la pena, comunque, di ricordare che, in riferimento all'assistenza domiciliare integrata, fermi restando gli aspetti problematici evidenziati nel testo, le prestazioni di assistenza infermieristica, di controllo, specialistiche e riabilitative sono a completo carico del S.S.R., secondo quanto stabilito dal D.P.C.M. del 14/2/2001.

¹⁰² La Regione Lazio è soggetta al piano di rientro dal disavanzo sanitario ed alla gestione commissariale, affidata al Presidente della Regione quale Commissario *ad Acta* (in veste di organo governativo e su delega del Consiglio dei Ministri) per la prosecuzione del suddetto piano di rientro. I poteri del Commissario *ad Acta* traggono origine, precisamente, nel nostro caso, dalla delibera del Consiglio dei Ministri del 21/3/2013, adottata ai sensi dell'art. 1, c. 174, della legge n. 311/2004, con cui il Presidente della Regione Lazio è stato nominato (quale funzionario governativo) Commissario ai sensi dell'art. 2, c. 88, della legge n. 191/2009 (e successive modificazioni ed

mentre **(iv)** molti utenti, dati pubblici alla mano, sono stati indotti a rinunciare alle cure (*recte*: ai ricoveri in R.S.A.), non essendo, evidentemente, in grado di sostenere gli oneri contributivi posti a loro carico, per la parte eccedente la c.d. quota sociale (entro il limite della soglia I.S.E.E.).

Ebbene, riprendendo il profilo di riflessione articolato *sub* **(iv)**, occorre ricordare, nel solco del precedente della Consulta di cui alla sentenza n. 104/2013, ripresa da Consiglio di Stato, n. 604/2015¹⁰³, alle Regioni soggette al piano di rientro (come è il caso del Lazio)¹⁰⁴, è vietato di integrare *in melius* i livelli essenziali nazionali. Conseguentemente, i “L.E.A.” (*ivi* compresi quelli inerenti all’area socio-sanitaria, particolarmente rilevante ai fini odierni) possono e debbono essere garantiti, esclusivamente nei **limiti** della **piena** compatibilità con il perseguimento delle esigenze di risanamento e rientro economico-finanziario.

A tale ultimo riguardo, sia pure in sede di chiusura del presente elaborato, è opportuno approfondire l’analisi delle *rationes decidendi* sottese alla citata pronuncia del Consiglio di Stato, n. 604/2015, secondo cui la implementazione di prestazioni ulteriori o superiori rispetto al livello essenziale, quale risulta stabilito in ambito nazionale, non è consentita, se non è contemplata dal piano di rientro, per cui “una delimitazione o anche una riduzione delle prestazioni che sono al di sopra dei livelli essenziali non costituisce una loro violazione, ma al contrario, per una Regione sottoposta al piano di rientro, costituisce un obbligo o un atto necessario, che può essere evitato solo previa dimostrazione della sua inutilità. Pertanto, gli atti di programmazione sanitaria e socio-assistenziale in attuazione del piano di rientro comportano scelte di recupero o redistribuzione di risorse anche con riferimento ai L.E.A. se questi sono erogati al di sopra degli standard nazionali”. Molto significativamente, è stato anche, *ibidem*, chiarito che: “In materia sanitaria, 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”¹⁰⁵.

integrazioni). Per le norme applicabili in materia, cfr., altresì, l’art. 8, c. 1, della legge n. 131/2003, l’art. 1, c. 180, della legge n. 311/2004, le D.G.R. Lazio n. 66/2007 e n. 149/2007 e, infine, il D.C.A. n. U00247 del 25/7/2014. In Dottrina, cfr. COSMELLI, *Sostituzione normativa e piani di rientro dal disavanzo sanitario: torna alla Corte la questione dei poteri “legislativi” del commissario governativo*, in *Rassegna parlamentare*, n. 1/2014. Si rinvia, infine, alla lettura di C. Cost., sentenze n. 361/2010 e n. 78/2011.

¹⁰³ Cfr. *supra*, *sub* paragrafo I.

¹⁰⁴ Cfr. riferimenti *sub* nota n. 102.

¹⁰⁵ La sentenza ha, altresì, statuito nel senso che “Nel settore sanitario, 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

Nonostante quanto sopra evidenziato, non paiono, però, potersi elidere le esigenze di **uniformità** sull'intero territorio nazionale, donde la necessità di **riallineare** il caso del Lazio (benchè soggetto al piano di rientro) alle previsioni delle altre Regioni ed alla media nazionale, anche al fine di porre rimedio alla registrata e preoccupante rinuncia alle cure (*sub specie* di rinuncia ai ricoveri in R.S.A.)¹⁰⁶, con orientamento degli utenti verso altre forme assistenziali di soddisfacimento delle necessità di prestazioni socio-sanitarie, probabilmente meno risolutive.

In altri termini, fermi restando il limite delle disponibilità in bilancio e l'onere di dover rispettare i vincoli finanziari (anche in sede di necessario coordinamento dell'intera finanza pubblica), non sembrano accettabili, negli ambiti regionali, sia pure interessati dai piani di rientro, prestazioni di trattamenti sanitari (*recte*: di integrazione socio-sanitaria) a costi talmente elevati per gli utenti (in termini di partecipazione tariffaria), da indurre i medesimi a rinunciare alle cure (*id est*, ai ricoveri nelle R.S.A.). Quanto precede è avvalorato anche alla luce dell'illustre ed autorevole insegnamento della nostra Consulta, secondo cui (come visto) le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore (evidentemente, anche regionale), un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute, protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana.

autorizzato) che garantisca la sostenibilità e la durata dei diritti medesimi, coordini in vario modo i conti tra risorse e prestazioni e tra le generazioni presenti e quelle future”.

Il provvedimento in esame ha, molto significativamente, ritenuto la non coincidenza tra i livelli essenziali delle prestazioni (cfr. D.P.C.M. 29/11/2001 e D.P.C.M. 14/2/2001) e il nucleo essenziale/irriducibile del diritto alla salute, con l'ulteriore precisazione per cui i soli livelli essenziali sarebbero condizionati dalle disponibilità delle risorse economiche, nel rispetto sia dei principi posti dagli artt. 81 e 119 Cost., che dei vincoli europei determinati dal c.d. “*Fiscal Compact*” e altri atti simili di origine europea. Nello stesso solco di Consiglio di Stato, sentenza n. 604/2015, cfr. Consiglio di Stato, Sez. III, 9/8/2011, n. 4751 e n. 4753; Consiglio di Stato, Sez. V, 21/9/2010, n. 7025; Cons. Giust. Amm., 12/5/2010, n. 645; Consiglio di Stato, 15/6/2004, n. 3983; Consiglio di Stato, n. 398/2004, cit..

¹⁰⁶ Cfr. *supra*, *sub* paragrafo IV.