

Pubblicato il 19/12/2019

N. 08608/2019REG.PROV.COLL.

N. 10100/2018 REG.RIC.



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

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Consiglio di Stato

in sede giurisdizionale (Sezione Terza)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 10100 del 2018, proposto da Roma Capitale, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'avvocato Pier Ludovico Patriarca, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso il suo studio in Roma, via del Tempio di Giove 21;

contro

Regione Lazio, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'avv. Roberta Barone, domiciliataria ex lege in Roma, via Marcantonio Colonna 27;

Presidenza del Consiglio dei Ministri, Ministero della Salute, Commissario per il Piano di Rientro dai Disavanzi Sanitari Regione Lazio, in persona dei rispettivi legali rappresentanti pro tempore, rappresentati e difesi dall'Avvocatura Generale dello Stato, presso cui domiciliano ex lege in Roma, via dei Portoghesi 12;

nei confronti

Asl Roma 1, Aresam - Onlus, Villa Palma S.r.l. - non costituiti in giudizio;

per la riforma

della sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio (Sezione Terza) n. 04769/2018, resa tra le parti, concernente i criteri e modalità per la compartecipazione a carico dell'utente o del Comune di residenza alla spesa per la fruizione di prestazioni socioriabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale.

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio della Regione Lazio, della Presidenza del Consiglio dei Ministri, del Ministero della Salute, del Commissario per il Piano di Rientro dai Disavanzi Sanitari Regione Lazio;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 12 dicembre 2019 il Cons. Giovanni Pescatore e uditi per le parti gli avvocati Pier Ludovico Patriarca, Giuseppe Allocca su delega dichiarata di Roberta Barone e l'avvocato dello Stato Wally Ferrante;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

1. Nel giudizio di primo grado Roma Capitale ha contestato una serie di atti attraverso i quali è stato programmato e attuato l'ampliamento della quota di compartecipazione, posta a carico dell'utente o del Comune di residenza, per l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie volte alla cura di patologie psichiatriche ed erogate in regime residenziale nell'ambito di strutture socio-riabilitative (S.R.S.R.).

Diversamente dal previgente regime che, in conformità al DPCM del 2001 sui Livelli essenziali di assistenza, prevedeva la compartecipazione solo in relazione alle strutture a bassa intensità assistenziale (SRSR a fasce orarie), l'onere introdotto dai

nuovi atti è stato esteso anche alle prestazioni erogate da strutture ad alta e media intensità (SRSR h12 e SRSR h24).

Di tale estensione, attuata in asserita violazione del pertinente quadro normativo, si duole, appunto, la parte qui ricorrente.

2. Nel dettaglio, l'impugnativa principale si è appuntata sui seguenti atti:

- il decreto del Commissario ad acta per il Piano di rientro nella Regione Lazio, n. 562 del 24 novembre 2015, con il quale sono stati determinati i criteri e le modalità di compartecipazione alla spesa da parte dell'utente o del Comune di residenza, per la fruizione degli interventi sanitari e socio sanitari nell'ambito della riabilitazione. E' esattamente questo l'atto che ha introdotto la compartecipazione dell'utente/Comune di residenza per le prestazioni di media ed alta intensità assistenziale;

- il decreto n. 62 del 3 marzo 2016, con il quale il Commissario ad acta ha “*differito l'attivazione della compartecipazione dal 1° gennaio al 1° luglio 2016*”, stabilendo che i costi fino a tale data continuano ad essere a carico del SSN;

- il decreto n. 126 del 20 aprile 2016, con il quale il Commissario ha provveduto a definire il livello massimo di finanziamento per l'anno 2016 per le prestazioni di assistenza psichiatrica erogate da strutture private accreditate, stabilendo per il ridetto anno, al netto della quota di compartecipazione, un importo pari a € 55.807.162,00.

3. Con tre successive serie di motivi aggiunti sono stati impugnati:

- l'ulteriore decreto n. 234 del 1° luglio 2016, con il quale il Commissario ad acta ha stabilito di differire ulteriormente il termine per l'attivazione della compartecipazione comunale in favore delle persone con problemi psichiatrici dal 1° luglio 2016 al 1° gennaio 2017;

- le note del 21.3.2017 e 5.4.2017 con le quali sono state dettate disposizioni ai Direttori delle ASL della Regione in ordine all'attuazione della compartecipazione e alla fatturazione delle prestazioni erogate dalle strutture private autorizzate;

- la deliberazione giuntale n. 395 del 5.7.2017 con la quale sono state dettate le disposizioni in materia di compartecipazione alla spesa sociale per le strutture psichiatriche.

4. Le censure si sono concentrate sia su profili di carattere procedimentale, quali l'assenza di una adeguata preventiva attività istruttoria e di una fase di confronto partecipativo con gli enti comunali interessati; sia su rilievi di portata sostanziale, intesi ad evidenziare la mancata predisposizione del trasferimento delle risorse finanziarie necessarie per l'assolvimento dei nuovi compiti e la violazione delle norme di settore - *in primis* del DPCM 29 novembre 2001 - nella parte in cui prevedono la possibilità di introdurre una quota di compartecipazione, a carico dell'utente o del Comune, nelle sole strutture "*a bassa intensità assistenziale*" e con esclusione, quindi, delle strutture ad elevata e media intensità assistenziale.

5. Il Tar Lazio ha respinto il ricorso e i motivi aggiunti con la sentenza qui impugnata n. 4769/2018, evidenziando come gli atti gravati costituiscano una mera applicazione od una necessitata conseguenza sia del Patto per la salute per gli anni 2014/2016, di cui all'Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome del 10 luglio 2014; sia degli interventi normativi susseguitisi negli anni 2008-2010 e volti alla ridefinizione della natura giuridica e assistenziale delle case di cura Neuropsichiatriche.

Il TAR ha inoltre osservato che il DPCM 29.11.2001 è stato abrogato dal nuovo DPCM del 12.1.2017 e che le censure di parte ricorrente non tengono conto della riorganizzazione delle strutture residenziali psichiatriche di cui al DCA 3.10.2014 n.310 (con cui è stato recepito l'accordo del 2013), né della legge regionale del Lazio 10 agosto 2016, n. 12, che ha stabilito le modalità della compartecipazione e sulla

quale, pertanto, avrebbero dovuto concentrarsi eventuali rilievi di illegittimità costituzionale.

6. L'appello si fonda su una sostanziale riproposizione della trama di rilievi e argomentazioni già prospettata in primo grado ed alla quale il Tar, a detta dell'appellante, non avrebbe fornito che una risposta del tutto apparente, avendo risolto con argomentazioni criptiche solo una parte delle censure esaminate e avendo del tutto ignorato altri cruciali profili controversi.

7. Si sono ritualmente costituiti nel presente grado di giudizio la Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero della Salute, il Commissario per il Piano di Rientro dai Disavanzi Sanitari Regione Lazio e la Regione Lazio, controdeducendo alle argomentazioni di parte appellante e chiedendone la reiezione.

8. A seguito dell'udienza pubblica del 20 giugno 2019, questa sezione, con ordinanza interlocutoria n. 4604 del 4/07/2019, ha invitato le amministrazioni appellate a fornire chiarimenti su alcune specifiche tematiche rilevanti ai fini della decisione.

9. L'ordinanza è stata ottemperata con la relazione di chiarimenti depositata dalla Regione Lazio – Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, in data 11 dicembre 2019.

10. All'esito dell'udienza pubblica di discussione del 12 dicembre 2019, su istanza delle parti la causa è stata trattenuta in decisione.

DIRITTO

1. La trama degli otto motivi di appello si diparte in una prima serie di censure (nn. 1 e 2) indirizzate nei confronti del DCA n. 562/2015 - recante l'innovativa regola della compartecipazione da parte dell'utente o del Comune di residenza ai costi delle prestazioni erogate non solo dalle strutture a bassa intensità assistenziale ma anche da quelle a media ed alta intensità; in una successiva serie di censure riferite a determinazioni conseguenti e attuative del DCA n. 562/2015, impugnate come viziate in via derivata (da 3 a 6); ed nelle ultime due censure riferite a due atti

normativi ritenuti dal Tar rilevanti ai fini delle tematiche in esame, ovvero il DCA 3 ottobre 2014 n. 310 recante la riorganizzazione delle strutture residenziali psichiatriche; e la legge di semplificazione regionale del Lazio del 10 agosto 2016, n. 12.

Il primo e gli ultimi due motivi si prestano ad una trattazione unitaria, in quanto convergenti su un nucleo tematico comune.

1.1 Con il primo mezzo di impugnazione, la parte appellante formula nei confronti della pronuncia di primo grado rilievi critici concernenti innanzitutto l'erroneo inquadramento giuridico della *res controversa*, in quanto impostato sul richiamo a fonti normative non pertinenti o contraddittorie rispetto alla tesi poste a base della statuizione di reiezione del ricorso.

1.1.a) Risulterebbe inappropriato, in particolare, il richiamo al Patto della salute 2014/2016, poiché in nessuna delle sue disposizioni (v. artt. 6 e 8) è dato rinvenire un qualche passaggio dispositivo che si ponga come prodromo diretto od indiretto ad una limitazione nell'accesso alle prestazioni erogate in favore di soggetti in cura presso le SRSR ad alta e media intensità assistenziale. Al contrario, la *ratio* di tale normativa viene rinvenuta dalla parte appellante nell'intento di rafforzare l'intero processo assistenziale in tale settore, tanto sul piano operativo quanto su quello dell'integrazione delle risorse messe a disposizione per le due aree, quella sociale e quella sanitaria.

Inoltre, ammesso e non concesso che se ne possa trarre il significato erroneamente attribuitogli dal Tar, il rilievo conferito al Patto della Salute non tiene conto, sempre secondo la parte appellante, della normativa nel tempo vigente e della consolidata giurisprudenza in tema di prevalenza del rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) su eventuali esigenze e discipline di contenimento dei costi sanitari. Si imputa al giudice di primo grado, in definitiva, di non aver fornito alcuna motivazione in

ordine alle ragioni per le quali il suddetto patto assumerebbe forza prevalente rispetto alle disposizioni normative innanzi richiamate.

1.1.b) Risulterebbe inoltre del tutto criptico e, quindi, meramente apparente, il passaggio motivazionale incentrato sul riferimento ad una presunta intervenuta modifica della natura giuridica e assistenziale delle case di cura Neuropsichiatriche: anche qui, il primo giudice non spiega come la Regione possa avere validamente introdotto l'obbligo di compartecipazione anche per le strutture ad alta e media intensità assistenziale a fronte di una normativa (*in primis* i DPCM del 14.2.2001 e del 29.11.2001) che, al contrario, stabilisce che le cure e le prestazioni erogate in tale strutture sono ad esclusivo carico del Servizio Sanitario Nazionale.

1.1.c) In sostanza, il TAR avrebbe del tutto omesso di considerare quanto peraltro evidenziato nel primo e principale motivo di ricorso, ossia che il d.lgs. 502/1992 e i DPCM del 14 febbraio 2001 e del 29 novembre 2001, espressamente richiamati nel DCA n. 562/2015, escludono la possibilità di introdurre la compartecipazione per le strutture ad alta e media intensità assistenziale.

1.2. Il settimo motivo di appello riguarda l'intervento di riorganizzazione delle strutture residenziali psichiatriche operato con il DCA 3 ottobre 2014 n. 310, il quale, a detta del primo giudice, costituirebbe la base fondante della rimodulazione delle quote di compartecipazione.

1.2.a) Di contro, la parte appellante osserva che il DCA n. 310/2014 ha recepito l'Accordo n.116/CU del 17 ottobre 2013 ove viene stabilita, per l'intero territorio nazionale, la tipologia delle strutture residenziali psichiatriche; e che al punto 4 del suddetto Accordo figura un esplicito richiamo al DPCM del 2001, del seguente tenore: *“Per quanto concerne la compartecipazione alla spesa, il riferimento normativo è rappresentato dal decreto del Presidente del Consiglio 29 novembre 2001- Definizione dei livelli essenziali di assistenza”*. Risulta quindi confermato che la normazione nazionale in materia di Livelli essenziali di assistenza è quella che fornisce le indicazioni decisive

e inderogabili in materia di riparto degli oneri di spesa delle prestazioni socio-sanitarie.

1.2.b) A detta della parte appellante il Tar avrebbe inoltre omesso di pronunciarsi sul vizio di carenza di motivazione e di istruttoria eccepito in relazione al fatto che la delibera n. 395/2017, travisando ed contraddicendo quanto stabilito dal DCA n. 562/2015 (che, proprio alla luce dell'alta intensità assistenziale, aveva limitato per le SRSR h24 la compartecipazione ad un periodo di 12 mesi), ha esteso tale compartecipazione per le SRSR ad alta intensità assistenziale 24/h anche agli anni successivi, aumentando, peraltro, la quota sociale a carico del comune/utente dal 40 al 60%.

1.3. Ai sensi dell'ottavo motivo di appello, egualmente erroneo ed illogico appare alla parte ricorrente il richiamo alla legge di semplificazione regionale del Lazio del 10 agosto 2016, n. 12, essendone stato totalmente travisato l'effettivo significato.

1.3.a). Osserva sul punto Roma Capitale che la legge regionale è intervenuta per stabilire i criteri di suddivisione della quota sociale tra utente e Comune (in base al reddito) e le modalità con le quali la Regione è chiamata a partecipare agli oneri posti a carico dei Comuni (attraverso il rimborso del 50% della quota sociale complessiva pagata da questi). La legge regionale, però, in alcun modo ha stabilito a quali "strutture" ed a quali "prestazioni socioriabilitative psichiatriche" debba applicarsi, in relazione alla quota sociale, la "compartecipazione" del Comune e/o dell'utente, sicché ad essa è estranea la questione cruciale oggetto della presente contesa.

D'altra parte, la scelta di fondo in materia, proprio perché rimessa alle fonti normative di rango statale e vincolata ai LEA (valevoli in tutto il territorio nazionale), non può costituire oggetto di intervento della normativa regionale, potendo questa occuparsi della sola regolamentazione delle modalità attuative della compartecipazione, ove dovuta.

1.3.b) L'eventuale diversa interpretazione, che intendesse la suddetta legge regionale del 2016 come valida copertura legislativa della innovativa regola della compartecipazione, viene avversata dalla parte appellante con l'ulteriore richiesta dell'attivazione di un incidente di legittimità costituzionale in relazione al suo art. 6, per asserita violazione degli artt. 3 e 32 della Costituzione.

1.4. Così riepilogati i motivi di impugnazione, il Collegio ritiene che essi siano fondati, nei limiti e per le ragioni che di seguito si vanno a illustrare.

1.5. Occorre premettere che il DCA n. 562/2015 – sviluppando una impostazione poi ampiamente ricalcata nella memoria difensiva regionale depositata il 12 aprile 2019:

a) illustra lo schema delle strutture SRSR a elevata (24 ore/24), media (12 ore/24) e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria, come previste nei DCA n. 101/2010 e n. 8/2011, individuando il fattore ad esse comune nell'erogazione di prestazioni di supporto socio-riabilitativo a carattere non prevalentemente terapeutico (pag. 7);

b) elenca le nuove tre tipologie di struttura residenziale individuate dall'Accordo Nazionale n. 116/CU del 17.10.2013 e differenziate in SRP1 (per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere intensivo), SRP2 (per trattamenti terapeutico riabilitativi a carattere estensivo) ed SRP3 (per interventi socio riabilitativi ripartiti in tre sottolivelli di intensità assistenziale su 24, 12 ore e fasce orarie) (pag. 8);

c) evidenzia la corrispondenza tra i due sistemi a confronto, mediante un tabella nella quale tutte le preesistenti SRSR (24h, 12h e fasce orarie) confluiscono nelle attuali SRP3 (pag. 9): da tale schema si evince che le SRSR e le SRP3 condividono la funzione di erogare esclusivamente prestazioni a carattere socio-riabilitativo;

d) dà atto che, ai sensi del DPCM del 2001 (definizione dei livelli essenziali di assistenza) *“i trattamenti residenziali socio riabilitativi (sono) a carico del Servizio Sanitario Nazionale per una quota pari al 40% della tariffa giornaliera”*, diversamente dai *“trattamenti*

residenziali terapeutico-riabilitativi intensivi ed estensivi totalmente a carico del Servizio Sanitario Nazionale” (pag. 9);

e) applica, infine, la regola della compartecipazione alla spesa a carico dell’utente o del Comune a tutte le tipologie di SRSR, ivi incluse quelle 24h/24 ad elevata intensità assistenziale (pag. 11).

1.6. Si tratta a questo punto di appurare quale sia la linea di ragionamento che interpreta i DPCM del 2001 nel senso che l’obbligo di compartecipazione a carico dell’utente o del Comune riguarda tutti i *“trattamenti residenziali socio-riabilitativi”* (pag. 9 del DCA 562/2015) e non già le sole prestazioni *“socio riabilitative a bassa intensità assistenziale”*.

Il punto critico è rappresentato, infatti, dall’inquadramento dei servizi resi 12h/24 e 24h/24 presso le SRSR (ora confluite tra le SRP3) tra quelli a *“bassa intensità assistenziale”*.

1.7. Va premesso che le prestazioni *“socio - riabilitative”* rientrano tra quelle a carattere *“socio-sanitario”* (quindi non puramente assistenziale), nelle quali la componente sanitaria non è nettamente distinguibile da quella sociale: è questa la ragione per la quale tali prestazioni non possono gravare interamente sul cittadino o sul Comune - pur potendosi ammettere, a certe condizioni, un concorso alla spesa da parte dell’utente del servizio.

1.8. La seconda premessa è che il DPCM del 14 febbraio 2001 (atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie) prevede per le *“patologie psichiatriche”* l’eventuale compartecipazione dei Comuni per la sola accoglienza in strutture *“a bassa intensità assistenziale e programmi di reinserimento sociale e lavorativo”* (tabella prevista dall’art. 4, comma 1 del decreto). A seguire ed in coerenza con il precedente atto di indirizzo, il DPCM 29.11.2001 (recante la definizione dei livelli essenziali di assistenza) prevede la compartecipazione a carico dell’utente o del

Comune nella misura del 60% per le sole *“prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale”* (allegato 1, parte 1C, punto 9, pag. 38).

Può dunque dirsi che nell’ambito del più ampio *genus* delle prestazioni socio-riabilitative, la compartecipazione vale solo per le prestazioni riabilitative *“a bassa intensità assistenziale”*.

1.9. Il DCA n. 562/2015, nell’illustrare la soluzione qui controversa, fa richiamo al Documento sulle strutture residenziali psichiatriche sancito dalla Conferenza Unificata con l’Accordo del 17 ottobre 2013 ed evidenzia come in esso le strutture residenziali psichiatriche risultino distinte sia per il livello di intervento terapeutico-riabilitativo, sia per il livello di intensità assistenziale offerto.

Ebbene, le strutture catalogate come SRP 3, ai sensi del documento del 2013, sono tutte caratterizzate da una componente terapeutica marginale e dalla prevalente presenza di prestazioni socio-riabilitative. Nell’ambito delle SRP 3, la componente assistenziale è modulata per livelli di *“intensità”* diversificati in 24h, 12h e fasce orarie (pag. 8 del DCA 2015).

Sempre nell’Accordo del 17 ottobre 2013 (recepito con DCA 310/2014), come già anticipato, vi è un esplicito richiamo al DPCM del 2001 in quanto, al punto 4, si precisa che *“Per quanto concerne la compartecipazione alla spesa, il riferimento normativo è rappresentato dal decreto del Presidente del Consiglio 29 novembre 2001- Definizione dei livelli essenziali di assistenza”*.

1.10. Se dunque la regola della compartecipazione vale solo per le *“prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture a bassa intensità assistenziale”* (pag. 38 DPCM 29.11.2001), vi è da chiedersi se prestazioni connotate al contempo da livelli di *“bassa intensità riabilitativa”* e da diversificati livelli di *“intensità assistenziale”*, possano essere complessivamente e indistintamente ricondotte nell’area della compartecipazione dei costi, in quanto appartenenti alla tipologia delle *“prestazioni socio riabilitative a bassa intensità assistenziale”*.

1.11. Il Collegio ritiene di dovere rendere una risposta negativa sul punto.

Se, infatti, le strutture SRP3 sono tutte caratterizzate da una componente prestazionale “*riabilitativa*” (sia pure di bassa intensità) che ne connota la comune finalità “*socio-riabilitativa*”; è altresì vero che il DPCM del 2001 correla la compartecipazione alla sola “*bassa intensità assistenziale*” e, anche sotto questo punto di vista, è innegabile che una parte delle SRP3 presenta programmi assistenziali non a “*bassa intensità*”.

A pag. 10 e ss. del documento del 17.10.2013, a proposito delle SRP3, si precisa trattarsi di “*strutture che accolgono pazienti .. con quadri variabili di autosufficienza e di compromissione del funzionamento personale e sociale*”: in relazione al diverso grado di autosufficienza si determinano, appunto, diversificati livelli di assistenza (24h, 12h e fasce orarie).

Il tutto in conformità alla definizione dei “*Livelli di intensità assistenziale*” contenuta a pag. 5 del medesimo documento, ove si precisa che “*il livello di intensità assistenziale offerto deve essere correlato al grado di autonomia complessivo rilevato nel paziente. In particolare, un ruolo fondamentale nella valutazione assumono gli aspetti correlati alla vita di relazione, quali ad esempio, essere in grado di gestirsi autonomamente per alcune ore da soli; stabilire rapporti di fiducia con gli operatori, accettando regole e limitazioni proposti; prestare attenzione anche alle esigenze altrui (capacità di convivenza); curare l'igiene personale*”.

1.12. D'altra parte, mentre nel campo delle prestazioni a carattere prevalentemente terapeutico, l'intensità della prestazione è proporzionale alla sua complessità e normalmente si associa ad interventi di durata breve e definita (pag. 7 DPCM 14.2.2001); nel diverso campo delle prestazioni a prevalente carattere socio-sanitario o socio riabilitativo, l'intensità si accentua nei percorsi di lunga durata (12 e 24h), poiché ad un minor grado di autonomia complessiva dell'individuo corrisponde un programma di protezione assistenziale socio-sanitaria maggiormente continuativo e temporalmente esteso (v. pag. 6 Accordo 2013).

Dunque, nella differenziazione delle SRP3 il tempo di durata del supporto assistenziale spicca quale indice proporzionale del grado di intensità del servizio prestato.

1.13. Tornando allo specifico tema di interesse, che la dizione “*bassa intensità assistenziale*” non si addica a tutte le SRP3, è constatazione evincibile dallo stesso prospetto contenuto alla pag. 9 del DCA del 2015, nel quale tutte le preesistenti SRSR (24h, 12h e fasce orarie) confluiscono nelle attuali SRP3. Orbene, se le SRSR 24h e 12h nel previgente sistema non costituivano strutture eroganti prestazioni a bassa intensità assistenziale, non si vede come il loro transito ad una nuova denominazione (SRP3) possa giustificare una diversa valutazione sul punto.

1.14. Al dato normativo si aggiunge, quale ulteriore elemento ermeneutico, la prassi inverteasi nel tempo e, sotto questo specifico profilo, è utile constatare che l'interpretazione sino ad ora invalsa del DPCM del 2001 escludeva le SRSR 12/h e 24/h dall'ambito delle compartecipazione. Di contro, le parti resistenti - espressamente sollecitate dalla sezione a fornire chiarimenti sul punto - non hanno addotto fattori innovativi in grado di giustificare il superamento della prassi interpretativa sino ad ora seguita dall'amministrazione, che includeva le prestazioni socio riabilitative tra quelle a carico del SSN, tranne per la tipologia a bassa intensità assistenziale.

1.15. Concludendo sul punto può dunque dirsi che il quadro normativo di riferimento dal quale attingere i limiti della compartecipazione - costituito dai DPCM del 2001 - è rimasto invariato, almeno alla data di adozione del DCA n. 562/2015; e che la configurazione delle strutture residenziali ha sì subito una riorganizzazione, all'esito della quale, tuttavia, al di là di una mutata nomenclatura, è rimasta immutata la differenziazione degli interventi socio-riabilitativi in tre sottolivelli di intensità assistenziale (in quanto articolati su 24 ore, 12 ore e fasce orarie). Costituisce un dato pacifico, infine, che nell'assetto descritto, gli interventi articolati sulle 12/h e 24/h

sono stati finora intesi come di media e alta intensità assistenziale e, quindi, sottratti all'obbligo della compartecipazione.

1.16. Tutto ciò posto, la motivazione del DCA n. 562/2015 non offre una traccia logico-motivazionale in grado di giustificare l'innovativa soluzione accolta.

1.17. Al contempo, tutti i diversi argomenti addotti dalle parti ed avallati dal Tar per giustificare il mutamento del quadro regolativo appaiono complessivamente inconferenti, in quanto:

- le disposizioni del Patto della salute per gli anni 2014/2016 richiamate nel DCA n. 562/2015 (pag. 4) non contengono indicazioni nel senso di una limitazione nell'accesso alle prestazioni erogate in strutture socio riabilitative ad alta e media intensità assistenziale; vi si enuncia, al contrario, l'intendimento di procedere ad *“una revisione del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria e delle esenzioni che eviti che la partecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi ed alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità ed universalismo”* (art. 8 comma 1).

- neppure gli elementi ricavabili dalla normativa di settore in ordine alla natura giuridica e assistenziale delle case di cura Neuropsichiatriche, sin qui analizzati, offrono spunti apprezzabili in senso favorevole alla innovazione del regime della compartecipazione. In particolare, il mero raffronto tra la classificazione delle strutture residenziali psichiatriche e le tipologie assistenziali previste dal DCA 3 febbraio 2011 n. 8 e quelle illustrate nell'Accordo n.116/CU del 17 ottobre 2013, poi recepito dal DCA n. 310 del 3.10.2014, non può essere individuato come motivazione del mutamento di regolazione, in quanto esso non fornisce alcuna spiegazione della estensione della compartecipazione anche a strutture ad alta e media intensità assistenziale a fronte di una normativa nazionale e inderogabile, di cui ai DPCM del 14.2.2001 e del 29 novembre 2001, che invece stabilisce che le cure e le prestazioni erogate in tale strutture sono ad esclusivo carico del Servizio Sanitario Nazionale;

- il fatto, poi, che il DPCM del 29.11.2001 sia stato abrogato dal successivo DPCM del 12.1.2017 è argomento del tutto ininfluyente, in quanto non è dubitabile che la compartecipazione oggetto dell'impugnativa è stata introdotta con il DCA n. 562/2015, nella vigenza dei DPCM del 14.2.2011 e del 29.11.2001, così come è indubbio che tutti gli atti impugnati facciano riferimento ai DPCM del 2001;

- il richiamo, contenuto nella relazione di chiarimenti dell'11.12.2019 (pag. 11 e 12), all'art. 33 comma 4 del DPCM del 12 gennaio 2017, quale disposizione introduttiva di una regola di generalizzata compartecipazione del Comune/privato ai costi dei trattamenti socio-riabilitativi, depone a sfavore delle tesi difensive perorate della parte appellata, perché, anche a voler ammettere che l'articolo in questione debba essere inteso nel senso sostenuto dalla Regione, la sua asserita innovatività comprova che analoga regola di riparto era estranea al previgente quadro normativo;

- peraltro, pur non costituendo oggetto specifico di questo giudizio, è lecito dubitare che l'art. 33 comma 4 del DPCM del 12 gennaio 2017 abbia alterato l'assetto regolatorio degli oneri di compartecipazione: in realtà, anche tale disposizione prevede una contribuzione al 40% da parte del Servizio Sanitario nazionale limitatamente ai trattamenti residenziali socio-riabilitativi di cui al comma 2, lettera c) – connotati da bassa intensità riabilitativa; mentre risulta confermato che i trattamenti residenziali di alta e media intensità riabilitativa di cui al comma 2, lettere a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale;

- anche dalla legge di semplificazione regionale del Lazio del 10 agosto 2016 n. 12 non si traggono indicazioni di qualche rilievo ai fini delle questioni qui in esame, posto che l'art.6 interviene su aspetti collaterali a quelli qui controversi, ovvero stabilisce come vada suddivisa, ove prevista, la quota sociale tra utente e Comune (in base al reddito) ed indica le modalità con cui la Regione partecipa agli oneri a carico dei Comuni (attraverso il rimborso del 50% della quota sociale complessiva pagata da questi). Nessuna disposizione investe, invece, il tema cruciale della

individuazione delle “*prestazioni socioriabilitative psichiatriche*” per le quali deve applicarsi la “*compartecipazione*” del Comune e/o dell’utente;

- quanto alle misure di risanamento finanziario previste nel piano di rientro, esse non assumono nel corpo del DCA n. 562/2015 la rilevanza centrale che il Tar ha inteso attribuire loro, in quanto le stesse vengono fatte oggetto di una menzione (“*tenuto conto*” di pag. 8) del tutto fugace e marginale rispetto al più corposo apparato di successive deduzioni motivazionali. In ogni caso, l’attuazione delle politiche di rientro dal disavanzo non può che coniugarsi con la necessaria salvaguardia dei livelli essenziali di assistenza poiché, come più volte chiarito da questa sezione, “.. *la ratio profonda ed essenziale che anima il procedimento del Piano di Rientro è proprio la garanzia del rispetto dei livelli essenziali e la loro sostenibilità nel futuro*” (v. Cons. Stato, sez. III, nn. 3201 e 1244/2016).

2. Per tali ragioni, riconosciuta la fondatezza dei motivi di appello sin qui scrutinati e assorbite le ulteriori deduzioni, deve disporsi l’accoglimento del ricorso di prime cure, dal che consegue l’annullamento degli atti con esso impugnati. Per le medesime ragioni (veicolate nei motivi di appello da 3 a 6), vanno annullati, in quanto viziati in via derivata, anche le determinazioni attuative del DCA n. 562/2015, fatte oggetto dei motivi aggiunti al ricorso di primo grado.

3. Le spese di lite relative ai due gradi di giudizio seguono la soccombenza e vengono liquidate come da dispositivo.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sull’appello, come in epigrafe proposto, lo accoglie e per l’effetto, in parziale riforma della sentenza impugnata, accoglie il ricorso di primo grado (come integrato dai motivi aggiunti) e annulla gli atti con esso impugnati, ai sensi e nei limiti delle ragioni illustrate in motivazione.

Condanna le parti appellate costitutesi in giudizio, in solido tra di loro, a rifondere in favore della parte appellante le spese dei due gradi di giudizio che liquida nell'importo onnicomprensivo di €. 6.000,00, oltre accessori di legge.

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

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 12 dicembre 2019 con l'intervento dei magistrati:

Franco Frattini, Presidente

Massimiliano Noccelli, Consigliere

Paola Alba Aurora Puliatti, Consigliere

Giovanni Pescatore, Consigliere, Estensore

Giulia Ferrari, Consigliere

L'ESTENSORE
Giovanni Pescatore

IL PRESIDENTE
Franco Frattini

IL SEGRETARIO