

La tutela del diritto alla salute dei disabili gravi in Lombardia

I livelli essenziali di assistenza e la ripartizione degli oneri delle prestazioni socio-sanitarie

di Francesco Trebeschi

La riforma costituzionale del 2001 ha riservato allo Stato la legislazione esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117 co. 2 lett. m Cost.).

I livelli essenziali sono posti come garanzia del principio di uguaglianza sostanziale e fondamento stesso dell'unità giuridica ed economica della Repubblica¹: a tal fine l'art. 120 Cost. prevede che il Governo, ove necessario alla loro tutela, possa sostituirsi agli organi delle Regioni, Città metropolitane, delle Province e dei Comuni tenuti alla loro erogazione.

In materia sanitaria, il legislatore statale, con D.P.C.M. 29.11.2001, ha determinato i livelli essenziali di assistenza (detti anche LEA), che costi-

tuiscono "il contenuto necessario e sufficiente dell'obbligo di servizio pubblico che la legge pone a carico di ciascuna Regione nel proprio ambito territoriale, nei confronti dei destinatari del servizio sanitario"², ovvero il nucleo incompressibile del diritto alla salute sancito dall'art. 32 Cost.

Ciononostante, quest'obbligo, definito da ormai cinque anni, non viene ancora pienamente e uniformemente rispettato dalle Regioni e una parte, non indifferente, degli oneri di competenza del Servizio Sanitario Regionale è scaricato sui bilanci dei Comuni.

Emblematico è il caso delle prestazioni socio-sanitarie in Lombardia, dove la Regione non riconosce la ripartizione degli oneri tra sanità e assistenza stabilita nel D.P.C.M. 29.11.2001.

1) Come ha chiarito C.Cost. 282/2002 non si tratta propriamente di una "materia" in senso stretto, ma di una competenza del legislatore statale idonea a investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale (minimale) di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa condizionarle o limitarle.

2) CILIONE, *Diritto sanitario*, S.Arcangelo, Maggioli, 2005

Ripartizione degli oneri delle prestazioni socio-sanitarie prima dell'entrata in vigore del D.P.C.M. 29.11.2001.

Prima della definizione dei LEA la ripartizione degli oneri delle prestazioni sociosanitarie integrate aveva creato non pochi problemi interpretativi: l'art. 30 L.730/1983 poneva a carico del Servizio Sanitario Nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, che il successivo D.P.C.M. 8.8.1985, individuava in quelle che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché diretti immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino ed estrinsecantisi in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di cura e/o riabilitazione fisica e psichica.

La giurisprudenza amministrativa ha avuto modo di indagare diffusamente tale definizione, richiedendo una verifica in concreto, caso per caso, del confine tra la componente sanitaria e quella assistenziale.

Mai, però, ha posto in dubbio il principio della piena coincidenza degli oneri alla natura – sanitaria o assistenziale – della prestazione, affermando, costantemente, la piena corrispondenza tra oneri e funzioni amministrative: i servizi *meramente assi-*

stenziali, da una parte, in larga parte di competenza dei Comuni (artt. 22 segg. del DPR n. 616/77) e l'*assistenza sanitaria*, riservata al Servizio sanitario nazionale (artt. 1–26 della legge n. 833/78), indipendentemente dall'adozione di una disciplina regionale attuativa, e prescindendo persino da un preventivo inserimento della spesa nei bilanci dell'ente pubblico obbligato e dalla stessa accettazione del servizio³.

La riforma sanitaria ter. La riforma sanitaria *ter* ha dato una più ampia definizione delle prestazioni socio-sanitarie (art. 3 *septies* D.Lgs. 502/1992 come modificato dal D.Lgs. 229/1999), ora individuate nelle 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*⁴.

Viene introdotta la distinzione tra: *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale*, finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite;

3) Il Tribunale amministrativo della Lombardia (Sezione di Brescia) ha avuto molte occasioni di approfondire il problema: con decisione 6.5.2003 n. 510 afferma "qualora il ricovero risulti di *natura sanitaria*, gli oneri integrativi andrebbero posti a carico del SSN, mentre, qualora risulti di *natura socio-assistenziale*, tali oneri farebbero carico al Comune; le sent. 28.11.2002 n. 2030 e 17.12.2002 sottolineano la rilevanza ai fini della decisione sulla ripartizione degli oneri "*dell'effettiva natura delle ridette prestazioni*"; con sent. 4.12.2001 n. 1229 per il quale "*la quaestio verte proprio sulla possibilità di inquadrare le prestazioni tra quelle meramente socio-assistenziali o viceversa in quelle di rilievo sanitario connesse con le attività socio-assistenziali*".

4) Sulla rilevanza della definizione delle prestazioni socio-sanitarie integrate introdotta dalla riforma sanitaria *ter*: TAR Veneto n. 510/2003

prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute e *prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria*, caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria, demandando ad un successivo *Atto di indirizzo* e coordinamento l'individuazione delle prestazioni da ricondurre alle suddette tipologie, e la precisazione dei *criteri di finanziamento delle stesse per quanto compete alle unità sanitarie locali e ai comuni*.

L'Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie integrate – D.P.C.M. 14.2.2001⁵. L'Atto di indirizzo e coordinamento previsto dall'art. 3 *septies* D.Lgs. 502/1992, preceduto dall'Intesa Stato–Regioni 21.12.2000, è stato effettivamente approvato con D.P.C.M. 14.2.2001⁶ sulla cui immediata precettività si è già pronunciato il Consiglio di Stato⁷. L'art. 4 co. 2 D.P.C.M. 14.2.2001 configura espressamente un *diritto*

soggettivo a beneficiare delle prestazioni socio–sanitarie integrate previste dal decreto.

Insieme alle nuove definizioni il D.P.C.M. 14.2.2001 procede alla ripartizione degli oneri delle prestazioni socio–sanitarie in cui la componente sanitaria e quella assistenziale risultano inscindibilmente connesse: viene superato il criterio dell'accertamento in concreto, a favore di una ripartizione *convenzionale*.

Per quanto attiene all'**area disabili**, il criterio di finanziamento fissato dalla tabella allegata al D.P.C.M. 14.2.2001 prevede che gli oneri per l'assistenza in strutture semiresidenziali⁸, e residenziali⁹ per disabili gravi, ricadano per il 70% a carico del SSN e solo per il restante 30% a carico dei Comuni, fatta salva la partecipazione dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale.

Proprio sulla ripartizione convenzionale del D.P.C.M. 14.2.2001 la Conferenza Stato–Regioni ha espressamente fondato la definizione degli oneri delle prestazioni socio–sanitarie sancita dal D.P.C.M. 29.11.2001.

5) Per un primo, ampio, commento: DEGANI, *D.P.C.M. 14.2.2001 – Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio–sanitarie*, in AAVV, *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Milano, Giuffrè, 2003 che sottolinea "il ruolo di evidente importanza che l'integrazione apporta rispetto alla effettiva esigibilità delle prestazioni ricadenti in una qualificazione di diritto soggettivo che deriva tanto dalla parziale natura sanitaria degli stessi, quanto dalla specificità degli stati di bisogno".

6) Pubblicato in G.U. il 6.6.2001

7) Cons. St. 28.3.2003 n. 3377 mette in luce come non debbano essere considerate cure "solo i trattamenti che lascino prevedere la guarigione o la riabilitazione del paziente" e ritiene "a tal fine *divinamente proprio* il D.P.C.M. del 2001 nella parte che considera di carattere sanitario i trattamenti volti al contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite".

8) Come i Centri SocioEducativi (CSE) o i Centri Diurni per Disabili (CDD) di recente istituzione.

9) Come i Centri Residenziali per Handicappati (CRH), ora Residenze Sociosanitarie per Disabili (RSD) e le Comunità alloggio per disabili gravi.

Il D.P.C.M. 29.11.2001: il contesto normativo.

Il D.P.C.M. 29.11.2001¹⁰ che ha definito *i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie (LEA) che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale* viene adottato in attuazione della riforma sanitaria ter, ma si inserisce anche nel mutato quadro costituzionale successivo alla riforma di cui alla L. Cost. 3/2001.

Già l'art. 53 della legge 833/1978 aveva introdotto nel nostro ordinamento la nozione di *livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini*, e, anche sul fronte regionale, l'art. 1 co.4 L.R. 31/1997 prevede che "la Regione assicuri la erogazione dei livelli uniformi di assistenza previsti dalla legislazione nazionale ed, eventualmente, assicuri livelli più elevati sulla base di proprie risorse.

Ora, per l'art. 1 co. 2 D.Lgs 502/1992, come modificato dal D.Lgs. 229/1999, 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, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse.*

È quindi la L. Cost. 3/2001 ad inserire, come detto, fra le materie di legi-

slazione esclusiva dello Stato, la *determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.*

L'art. 6 L. 405/2001, per coordinare le due normative, ha disciplinato il procedimento di adozione dei LEA attribuendone la definizione ad un apposito D.P.C.M., e richiedendo al contempo, in ossequio al principio di leale collaborazione, il coinvolgimento delle Regioni attraverso la previa intesa con il Governo, da conseguire in sede di Conferenza Stato-Regioni-Province autonome¹¹.

Tale intesa è stata raggiunta con gli accordi 8.8.2001 e 22.11.2001, il cui contenuto è poi confluito nel D.P.C.M. 29.11.2001.

Sulla piena corrispondenza dei LEA sanitari così definiti con la fattispecie di cui all'art. 117 co. 2 lett. m) la Corte costituzionale si è già ampiamente pronunciata¹² riconoscendone l'importanza quale "fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata *uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti*, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto"¹³.

I LEA vengono quindi posti sul *piano dei diritti soggettivi* pienamente esigibili e azionabili, non risolvendosi in altro se non nel nucleo incomprimi-

10) Pubblicato in G.U. l'8.2.2002.

11) Il rispetto delle modalità procedurali nella definizione dei LEA è stato confermato da Cons. Stato, Sez.IV, 15.6.2004 n. 3983.

12) E plurimis C.cost. 282/2002, C.cost. 13.3.2003 n.88, C.cost. 353/2003, C.cost. 383/2003.

13) C.cost. 13.3.2003 n.88.

bile del diritto alla salute¹⁴.

Da ultimo, l'art 54 L. 289/2002, ha confermato contenuto e metodo di definizione dei LEA di cui all'art. 1 d.lgs 502/1992: tale norma appropiandosi dei contenuti del D.P.C.M. 29.11.2001 ha pertanto conferito valenza di fonte primaria alla determinazione dei LEA¹⁵.

Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale – precisa, infatti, il co.2 dell'art. 54 L.289/2002 – sono quelle individuate all'all. 1 D.P.C.M. 29.11.2001.

L'individuazione delle risorse.

Per l'art. 1 co. 3 D.Lgs. 502/1992 l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza assicurati dal Servizio sanitario nazionale, deve essere 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.

In sede di conferenza Stato-Regioni-Province autonome, l'accordo 8.8.2001 ha pertanto determinato la disponibilità complessiva ed onni-

comprensiva di risorse da destinare al finanziamento del SSN nella misura di £ 138.000 mld per il 2001, 146.376 mld per il 2002, 152.122 mld per il 2003 e 157.371 per il 2004¹⁶.

Le Regioni inoltre, che pure, come si è detto, hanno contribuito alla definizione dei LEA, così come alla valutazione sulla congruità delle risorse necessarie a coprire tutte le prestazioni che si sarebbero poi trovate a dover assicurare¹⁷, si sono impegnate, come risulta dalle *Linee guida relative al ruolo delle Regioni in materia di LEA* – all. 4 D.P.C.M. 29.11.2001 – *a far fronte alle eventuali ulteriori esigenze finanziarie con mezzi propri.*

Le linee guida sottolineano la necessità di prevenire e controllare fenomeni di improprio assorbimento di risorse da parte di un livello essenziale con conseguente scopertura di altri livelli essenziali disattendendo in tal modo ai diritti da garantire a tutti i cittadini e significativamente stigmatizzano proprio la sottrazione di risorse all'area dell'integrazione socio-sanitaria.

La giurisprudenza amministrativa ha già sottolineato come il D.P.C.M. 29.11.01, per sua natura, costituisce atto destinato ad avere effetti estesi

14) Nemmeno le esigenze della finanza pubblica, infatti, possono assumere un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della persona umana (C.Cost. 309/1999).

15) Cons. Stato, Sez.IV, 15.6.2004 n. 3983.

16) La sentenza 16.1.2004 la Corte costituzionale offre un qualche spunto in materia, escludendo la legittimità di fondi vincolati al di fuori delle previsioni dell'art. 117 co. 2 lett. m), sembra *a contrario* proprio affermare la piena legittimità della destinazione vincolata delle risorse nelle materie di legislazione esclusiva statale, specie se, come del caso dei LEA, la determinazione è stata concordata con le regioni stesse.

17) Gli accordi Stato-Regioni infatti che ex art. 4 D.Lgs. 281/1997 vengono conclusi in attuazione del principio di leale collaborazione e nel perseguimento di obiettivi di funzionalità, economicità ed efficacia dell'azione amministrativa, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze, *non si perfezionano* senza l'espressione dell'assenso del Governo e dei Presidenti delle regioni – di *tutte* le regioni – e delle province autonome.

al territorio nazionale, da cui l'obbligo delle Regioni di rispettare le determinazioni statali in materia, salvo ed impregiudicato il potere delle Regioni stesse di *accrescere* i livelli essenziali di assistenza fissati per il territorio nazionale, con oneri a carico del bilancio regionale¹⁸.

Il D.P.C.M. 29.11.2001: contenuto.

L'all.1C D.P.C.M. 29.11.2001 definisce i livelli essenziali di assistenza per l'area dell'integrazione sociosanitaria ed *evidenzia* 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 è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale.*

Il punto 8 stabilisce il totale finanziamento del D.P.C.M. 14.2.2001 per l'attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici psichici e sensoriali e, pertanto, (lett.b) per le prestazioni in *regime semi-residenziale per disabili gravi* (CSE CDD) viene confermata una partecipazione del SSN pari al 70%.

Il punto 9 relativo all'assistenza territoriale *residenziale* prevede che gli oneri a carico dei Comuni non possano superare il 30% per le prestazioni terapeutiche e socio-riabilitative

in regime residenziale (CRH, RSD e Comunità Alloggio CSS) per disabili gravi (lett.c) e comunque non superino il 60% quelle per disabili privi di sostegno familiare.

Secondo una stima ufficiosa della Regione Lombardia nel solo 2001 l'attuazione dell'Atto di indirizzo, e quindi ora dei LEA, avrebbe comportato un maggior esborso per il Fondo sanitario regionale di ca. 242 mld di vecchie lire di cui 100 per le prestazioni dell'area disabili.

Oneri di natura inequivocabilmente sanitaria che gravano quasi interamente sulle casse dei Comuni, limitandone le possibilità di sviluppare i servizi di natura meramente assistenziale di loro competenza, di crearne di nuovi, ed impedendo di ridurre i costi a carico degli utenti.

Utenti che, a loro volta, sono chiamati dai Comuni a compartecipare a tali costi, che per gli altri cittadini sono sostanzialmente gratuiti.

Per avere un'idea della dimensione del fenomeno può essere utile fare un paio di esempi.

CSE-CDD. Fino a tutto il 2002 il Fondo Sanitario Regionale contribuiva agli oneri CSE (Centri socio-educativi che svolgono servizio semi-residenziale per disabili gravi) per circa € 22 al giorno su un costo complessivo variabile, allora, tra € 60 e € 90.

Con D.G.R. 7.4.2003 n 12622 la Regione ha aumentato, a partire dal 1.1.2003, il contributo del Fondo Sanitario fino a € 35, ancora molto

¹⁸) Cons. Stato, Sez.IV 3.11.2004 n. 7106

lontano¹⁹ dal convenuto 70%, al contempo riducendo i contributi del Fondo Sociale Regionale.

Con DD.G.R. 30.9.2003 n. 14369, 23.7.2004 n. 7/18334 e 16.12.2004 n. 7/19874 la Regione ha individuato, all'interno del sistema socio sanitario regionale, quale nuova unità di offerta, il *Centro Diurno per persone con Disabilità (CDD)*, servizio semiresidenziale *per disabili gravi* che necessitano di prestazioni di natura socio-sanitaria (fino ad ora erogate dai CSE).

I CSE già autorizzati e accreditati, sono invitati a scegliere di accreditarsi come CDD ovvero svolgere un

servizio diurno meramente socio-assistenziale al quale viene mantenute la denominazione di CSE.

In quest'ultimo caso perdono ogni contributo dal Fondo Sanitario e vengono fatti rientrare nel sistema dell'assistenza scaricandone *interamente* i costi sui Comuni.

In caso di riconversione in CDD la nuova normativa prevede che gli ospiti siano ripartiti in 5 diverse classi di fragilità, alle quali corrisponde un diverso livello di remunerazione del servizio a carico del SSR nella misura corrispondente alla seguente tabella:

Classe	1	2	3	4	5
Minuti assistenza settimanali per ospite	1.300	1.100	900	750	600
Tariffa sanitaria giornaliera pro capite	€ 55,00	€ 52,00	€ 49,00	€ 46,00	€ 44,00

All'aumento della quota sanitaria viene fatto, da una parte, corrispondere un aumento degli standard a carico delle cooperative, che, al momento è difficilmente quantificabile, e dall'altra un minutaggio assistenziale assolutamente insufficiente per le situazioni di maggior carico assistenziale²⁰.

Di fatto, con la suddivisione in 5 classi di fragilità la Regione aggira il criterio previsto dal D.P.C.M. 29.11.2001, che, come si è detto, fa

invece riferimento alla nozione di gravità.

A sensi dell'art. 3 co. 3 L. 104/1992 l'handicap assume la connotazione di gravità quando la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l'autonomia personale, correlata all'età, in modo da rendere necessario un intervento assistenziale permanente, continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, mentre l'art. 4 della stessa legge prevede che il relativo accertamento sia

¹⁹ Come da esplicita ammissione della Regione: la delibera parla di progressivo avvicinamento.

²⁰ In caso di utenti che richiedono un rapporto assistenziale 1/1 non viene in alcun modo chiarito chi e come si deve far carico degli 800 minuti che restano scoperti.

effettuato dalle unità sanitarie locali mediante le commissioni mediche di cui all'art. 1 della 295/1990 integrate da un operatore sociale e da un esperto nei casi da esaminare, in servizio presso le unità sanitarie locali; contro le decisioni della Commissione è, naturalmente, ammesso il ricorso al Giudice Ordinario.

In un recente parere²¹, il Consiglio di Stato ha chiarito come la L. 104/1992²², detti i principi fondamentali dell'ordinamento nella materia²³ che fissano, senza alcun dubbio, per le persone con handicap, livelli essenziali di prestazioni per l'attuazione dei loro diritti civili e sociali, rispetto ai quali lo Stato mantiene il potere regolamentare e ha in particolare sottolineato che presupposto per l'applicazione delle disposizioni della L. 104/1992 è proprio l'individuazione dei soggetti aventi diritto alle prestazioni ivi contemplate: in tale quadro *le modalità di individuazione dei soggetti con handicap*, segnano il confine sostanziale tra gli aventi diritto o meno alle prestazioni, confine *che non può patire differenze sull'intero territorio nazionale*, perché da tali differenze potrebbe scaturire

un diverso trattamento di persone affette dal medesimo handicap.

Le classi regionali, invece, vengono definite con uno strumento appositamente elaborato: la c.d. Scheda Individuale del Disabile (SIDi). Spetta agli enti gestori rilevare, tramite il SIDi, il *profilo di fragilità* degli utenti; inviata quindi la scheda all'ASL di competenza, sarà la Regione, in base a non precisati criteri, a identificare la classe di appartenenza dell'ospite.

L'oscurità dei criteri rende impossibile qualsiasi valutazione sul corretto operato dell'Amministrazione precedente, con gravissimo vulnus al principio presidiato sul piano costituzionale dagli artt. 103 e 24 Cost., che vuole sempre garantita la possibilità di un sindacato della ragionevolezza, della coerenza e della logicità delle valutazioni, anche al fine di verificare la fruibilità di un ricorso giurisdizionale²⁴.

La delibera del resto, evidentemente al fine di indirizzare il maggior numero possibile di utenti verso la rete assistenziale, stabilisce che, per caratterizzarsi come unità d'offerta socio-sanitaria con significativo rilievo sanitario il CDD debba accogliere perso-

21) Cons. Stato, Sez. consultiva per gli atti normativi, ad. 29.8.2005.

22) *Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate*.

23) Per il Consiglio di Stato i principi fondamentali della legislazione concorrente, come la Corte Costituzionale ha più volte affermato implicitamente (sentt. 268/2002, 445/2002, 282/2004) o esplicitamente (sent. 97/2004, 33/2005, 50/2005) possono essere obiettivamente dedotti dalla legislazione vigente, con riferimento ai principi costituzionali ai quali danno attuazione. La legge n. 104/1992 ha dato attuazione, per le persone con handicap, ai principi dettati da un lato dall'articolo 3, primo e secondo comma, della Costituzione garantendo loro pari dignità sociale e stabilendo le modalità con le quali la Repubblica si impegna a rimuovere gli ostacoli che ne impediscono il pieno sviluppo e l'effettiva partecipazione alla vita politica, economica e sociale del paese; da un altro all'articolo 4, che riconosce a tutti i cittadini il diritto al lavoro; da un altro all'articolo 34, che impone l'obbligo di istruzione per tutti i cittadini; da un altro ancora all'articolo 35, concernente la formazione e l'elevazione professionale; da un altro ancora all'articolo 38, che attribuisce agli inabili e minorati il diritto all'educazione e all'avviamento professionale.

24) Cons. Stato, Sez. VI, 13.2.2004 n. 558; TAR Brescia, 17.7.2004 n. 781

ne disabili distribuite nelle classi SIDi in maniera equilibrata, ma con un mix orientato verso livelli di fragilità alti e medio alti, così da non superare l'85% di utenti in classe 4 e 5.

Comunità Alloggio. La situazione delle Comunità Alloggio è ancora più grave: infatti sino ad oggi (nonostante il costo non indifferente) *non era prevista alcuna contribuzione* del Fondo Sanitario.

Con D.G.R. 23.7.2004 n. 7/18333 la Regione ha istituito, all'interno del sistema socio sanitario regionale, la Comunità Socio Sanitaria per Disabili (CSS), *unità di offerta residenziale per disabili gravi* definita come Comunità Alloggio socioassistenziale autorizzata al funzionamento che, essendo disponibile anche all'accoglienza di persone adulte con grave disabilità prive di sostegno familiare ed essendo stata scelta dall'utente come sua dimora abituale, sia accreditata al sistema sociosanitario regionale.

Anche le Comunità Alloggio sono invitate a scegliere di accreditarsi come CSS ovvero a svolgere un servizio per l'utenza meno grave, in tal caso rinunciando a qualsiasi contributo sanitario.

In base alla nuova normativa gli ospiti delle CSS sono ripartiti in 5 diverse classi di fragilità²⁵, alle quali corrispondono 3 diversi *voucher* so-

cio-sanitari mensili a carico del SSR, questi, in base alla D.G.R. 16.12.2004 n. 7/19874 saranno pari a € 619 per le classi 1 e 2, pari a € 464 per le classi 3 e 4 e pari a € 362 per la classe 5.

Ben lungi dal 70% previsto dai LEA tale somma si aggira intorno al 10-20% del costo del servizio con onere sanitario annuo per utente che viene indebitamente addossato ai Comuni e agli utenti stessi pari a circa € 25-30.000.

Conclusioni. Significativamente, il legislatore aveva messo in correlazione l'attuazione del principio, di cui all'art. 3 co. 2 ter D.Lgs. 130/2000, in base al quale la partecipazione al costo dei servizi a favore dei disabili gravi avrebbe dovuto avvenire in base alla situazione economica del solo utente, proprio all'attuazione del D.P.C.M. 14.2.2001: i minori oneri per le famiglie non sarebbero dovuti ricadere sulle casse comunali, ma sarebbero stati ampiamente compensati dall'accresciuto intervento dei fondi sanitari²⁶.

Al contrario nell'attuale situazione i disabili gravi, sono chiamati a contribuire doppiamente al costo di servizi, rientranti tra i Livelli Essenziali di Assistenza e quindi garantiti a tutti gli

25) Anche in questo caso definite in base allo strumento SIDi

26) Secondo quanto riportato dalla Commissione tecnica per la spesa pubblica del Ministero del Tesoro "va sottolineato che, stando alle dichiarazioni dell'(allora) Ministro per la solidarietà sociale, on. Livia Turco, seguite all'approvazione del decreto, il maggior onere finanziario non dovrebbe ricadere sulle amministrazioni comunali, ma sarebbe posto a carico del Sistema Sanitario Nazionale dal momento che queste prestazioni sarebbero classificate come sanitarie sulla base di uno specifico atto di indirizzo e coordinamento del Ministero della sanità" (Commissione tecnica per la spesa pubblica, *Prime esperienze di applicazione dell'Indicatore della situazione economica*, Roma, Gennaio 2001, in www.tesoro.it, in AA.VV., *Il sistema integrato dei servizi sociali*, cit..

altri cittadini dal Servizio Sanitario. I Comuni, a loro volta, si trovano così, da una parte, a sostenere con i maggiori oneri, derivanti dalle accresciute competenze in campo sociale anche oneri comunque impropri, che spetterebbero alla Regione, dall'altra a dover fronteggiare il crescente malcontento degli utenti che dal Comune ricevono le prestazioni e che in base alla disciplina comunale sono chiamati a partecipare al costo dei servizi.

A questo punto sembra necessario chiedersi: può un Comune farsi, ancorché volontariamente, carico di oneri di natura indubitabilmente sanitaria? Può imporre ai suoi cittadini, paradossalmente, proprio a quei cittadini ai quali dovrebbe garantire prioritariamente l'assistenza sociale, una compartecipazione al costo di tali oneri?

È comprensibile, e comunque legittimo il comportamento inerte dei Comuni che non si attivano per richiedere i dovuti finanziamenti? La giurisprudenza²⁷, constatata "l'indubbia presenza nell'ambito dell'ordinamento, di un principio di ordine generale che tende ad assicurare a tutti i sog-

getti portatori di handicap l'eliminazione di ogni impedimento al raggiungimento di un livello di vita e di inserimento sociale soddisfacente, in grado di attenuare le difficoltà insite nella particolare condizione in cui si trovano le persone disabili" ha censurato il comportamento di un Comune che non aveva tenuto conto anche solo della *possibilità*²⁸ "di ottenere dagli organi preposti – nella specie la Regione – il supporto economico per sostenere l'impegno" richiesto e non si era attivato per ottenere contributi previsti dalla normativa regionale. Nel caso dei finanziamenti previsti dal D.P.C.M. 29.11.2001, i contributi, non risultano solo possibili, ma addirittura dovuti.

Mentre numerosi Comuni piemontesi hanno impugnato avanti il Giudice Amministrativo lo stesso D.P.C.M. 29.11.2001, in quanto ritenuto insufficiente a garantire il diritto alla salute dei loro cittadini, e comunque gravatorio per gli oneri comunque imposti all'assistenza, la quasi totalità dei Comuni lombardi²⁹, ha accettato supinamente e continua ad accettare le imposizioni della Regione.

27) TAR Lombardia – Brescia 11.4.2001 n. 240.

28) Si trattava dei finanziamenti di cui all'art. 12 lett. d) L.R. 31/1980 che prevede l'erogazione – non automatica – da parte della Regione di contributi straordinari per gli interventi integrativi, anche "*di trasporto*", a favore dei soggetti portatori di handicap.

29) La legittimazione attiva dei Comuni nei confronti di atti di pianificazione sanitaria regionale, pacifica, soprattutto in questo caso, è stata approfondita dai TAR pugliesi che hanno messo in luce come "le amministrazioni comunali in quanto enti esponenziali degli interessi generali della comunità locale e quindi tra essi, anche di quelli attinenti ad una di *organizzazione sanitaria in grado di garantire, al livello maggiore di efficacia ed effettività, il diritto alla salute della popolazione insediata nel territorio comunale*": e plurimis TAR Lecce 27.2.2003 n. 793, TAR Bari 16.12.2002 n. 5637.