

 <p>UTIM OdV Unione per la tutela delle persone con disabilità intellettiva ISCRITTA NEL REGISTRO UNICO NAZIONALE TERZO SETTORE (RUNTS) Repertorio n. 55198 Via Artisti 36, 10124 Torino Tel. 011/88.94.84 www.utimdirittihandicap.it utim@utimdirittihandicap.it CF 97549820013</p>	 <p>Fondazione Promozione sociale ONLUS</p> <p>Via Artisti 36 - 10124 Torino Tel. 011.8124469 - Fax 011.8122595 info@fondazionepromozionesociale.it www.fondazionepromozionesociale.it C.F. 97638290011 Costituita l'8 aprile 2003</p>	<p>ULCES OdV - Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale</p> <p>Via Artisti 36 - 10124 Torino Tel. 011 8124469 Fax 011 8122595 ulces@pec.it C.F. 80097790010 Iscritta nel RUNTS (Determina dirigenziale 11/10/2022 n. 1867/A1419A/2022)</p>
--	---	--

NOTA PER L'INCONTRO CON L'ASSESSORE REGIONALE ALLE POLITICHE SOCIALI, MAURIZIO MARRONE

Torino, 18 Settembre 2023

In sintesi

*I. La delibera della Regione Piemonte 10-6984/2023 ha adottato l'Isee (10 anni dopo la sua approvazione con il Dpcm 159/2013). **Nessuna proroga ulteriore è legittima e accettabile: l'Isee deve essere l'unico strumento, di Livello essenziale delle prestazioni, di conteggio della capacità di compartecipazione degli utenti alle prestazioni socio-sanitarie.***

*II. I Comuni (Consorti di gestione delle funzioni socio-assistenziali) **sono tenuti ad applicare la legge (Isee), non a interpretarla e, intanto, far pagare alle famiglie e ai ricoverati cifre che non devono.***

*III. Con l'Isee per la determinazione della quota di compartecipazione alle prestazioni socio-sanitarie ci troviamo di fronte ad un **doppio Livello essenziale**: quello Lea delle prestazioni socio-sanitarie (Dpcm 12 gennaio 2017) e l'Isee (Dpcm 159/2013).*

*IV. **Trovare le risorse.** Avanzi di bilancio, spese non indispensabili, adeguamento quote-pro-capite, trasferimenti Regionali, ritorno all'origine tradita del Fondo per la non autosufficienza, inadempienze regionali.*

La Regione Piemonte ha approvato il 5 giugno 2023 la delibera 10-6984/2023 "Linee guida per l'applicazione dell'Isee" (con riferimento al Dpcm 159/2013!) per il calcolo della compartecipazione degli utenti alle quote socio-assistenziali delle prestazioni socio-sanitarie. Il provvedimento costituisce una «*modifica in autotutela*» della Dgr 23-6180/2022 della Regione Piemonte in merito alla quale le associazioni Utim e Ulces avevano presentato ricorso al Tar del Piemonte perché le Linee guida allora definite istituivano modelli di conteggio contrastanti con la norma nazionale, e quindi illegittimi, a danno degli utenti (nello specifico, 1) discrezionalità sul conteggio dell'indennità di accompagnamento come cifra disponibile per la corresponsione della retta e 2) conteggio dei valori immobiliari eccedenti le regole nazionali Isee).

L'approvazione della Dgr 10-6984 – che ha ricevuto il plauso delle organizzazioni ricorrenti e di quelle aderenti al Csa (Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base), nonché della Fondazione promozione sociale onlus – ha, invece, scatenato la reazione degli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali dei Comuni (c.d. Consorzi) che hanno opposto all'applicazione della norma, motivazioni a nostro avviso inaccettabili inerenti la presunta carenza di risorse e la presunta "iniquità" dell'Isee. Si tratta, come dettagliamo in questa nota redatta per l'incontro con l'Assessore regionale alle Politiche sociali della Regione Piemonte, Maurizio Marrone (18 settembre 2023) di motivazioni non fondate.

Avanti con l'applicazione, nessuna proroga.

La delibera 10-6984 costituisce l'ottava proroga dell'applicazione dell'Isee – norma nazionale, elevata a rango di Livello essenziale delle prestazioni dal Dpcm 2013 – da parte della Regione Piemonte. Una scelta politica – quella delle proroghe, reiterate fino ad oggi – in contrasto con la legge 89/2016 che, recependo le sentenze del Consiglio di Stato in materia di Isee (838, 841 e 842/2016) – aveva determinato che entro trenta giorni (ovvero entro il 28/6/2016!) i Comuni e i Consorzi dovessero attivarsi per il conteggio corretto della situazione economica degli utenti.

Per questo motivo – trattiamo qui di una legge entrata in vigore nel 2013 – non riteniamo giustificabile alcun tipo di ventilata/esplicitamente richiesta/approvata deroga sui tempi indicati dalla Dgr 10-6984/2023 per la redazione da parte degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali (Consorzi o Comuni) dei regolamenti tecnici in materia di compartecipazione delle quote assistenziali/alberghiere delle prestazioni socio-sanitarie.

Un "doppio" Livello essenziale: applicare la legge, non interpretarla.

In materia di compartecipazione per la determinazione della parte di quota alberghiera a carico degli utenti di prestazioni socio-sanitarie, siamo in presenza di un doppio Livello essenziale delle prestazioni: 1) il Lea "socio-sanitario" (domiciliare, semi-residenziale, residenziale) e 2) il Livello essenziale costituito dall'Isee, unico legittimo strumento di conteggio della consistenza economica e della capacità di compartecipazione degli utenti al costo del servizio (quota alberghiera) ¹.

Questo "doppio" Livello rafforza la necessità di applicare la legge, senza ulteriori rinvii e, soprattutto, senza subordinare l'intervento dei Comuni/Consorzi alla "revisione" dell'indennità di accompagnamento in modo da poterla in qualche modo legittimamente comprendere all'interno delle cifre richiedibili all'utente di servizi socio-sanitari. Il dibattito, a livello politico, è legittimo in qualsiasi momento (e, in effetti, la "misura universale per la non autosufficienza" della legge 33/2023 già interviene pesantemente in materia, a nostro avviso senza risposta vera per l'utente e lesione del suo diritto alla tutela della salute), ma dal punto di vista amministrativo – che in questo caso è quello che interessa a Comuni e Consorzi, il dibattito deve partire

¹ Si veda la Circolare del **28 giugno 2016** (prot. 23133/A/1508°) della Regione Piemonte (ALLEGATA).

dall'applicazione della legge e non può partire senza che l'applicazione dell'Isee sia in vigore e rigorosa.

Va ricordato che l'indennità di accompagnamento è personale e la legge 18 del 1980 l'ha istituita «*al solo titolo della minorazione*», senz'altri vincoli di accesso alla misura o di obblighi di utilizzo.

Trovare le risorse.

I Comuni/Consorti hanno pubblicamente sostenuto che «*non ci sono le risorse*» per applicare l'Isee per la definizione della compartecipazione degli utenti al costo della retta alberghiera delle prestazioni socio-sanitarie.

Prima di individuare alcune soluzioni/percorsi possibili rispetto a questo, vale la pena di ricordare che, proprio per il suo carattere di prestazione soggetta a “doppio” Livello essenziale delle prestazioni, la materia della compartecipazione a prestazioni Lea in base all'Isee offre ai Comuni nei confronti della Regione e alla Regione nei confronti di Parlamento e Governo una leva forte per esigere le risorse corrispondenti al fabbisogno.

La sentenza della Corte Costituzionale n. 62/2020, ripresa dalla successiva sentenza n. 157/2020, stabilisce che «*l'effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guisa che il finanziamento stesso costituisce condizione necessaria ma non sufficiente del corretto adempimento del precetto costituzionale. Nei sensi precisati deve essere letta l'affermazione secondo cui “una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...] È la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione” (sentenza n. 275 del 2016)*» con la precisazione che «*mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa*».

Questo carattere di Livello essenziale delle prestazioni consente agli utenti di rivendicare – e agli Enti locali pone l'obbligo di erogare – l'integrazione della quota alberghiera di prestazioni socio-sanitarie come prestazione che ha precedenza sulle altre, non tutelate dal rango di Livello essenziale. I Comuni non possono quindi sostenere legittimamente che «non hanno risorse» per le spese essenziali che gli sono imputate dalla normativa, se stanno affrontando spese non essenziali.

Va inoltre aggiunto che diversi bilanci degli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali (Consorti) risultano chiudere con avanzi di bilancio, anche – addirittura – già preventivati per gli anni a venire. È chiaro che, in presenza di livelli essenziali non rispettati, anche questa occorrenza non è giustificabile. E, tantomeno, in presenza di risorse avanzate dalla gestione annuale, è accettabile dichiarare l'assenza di «risorse disponibili» per coprire l'integrazione delle rette.

Allo stesso modo, va riscontrata una forte disparità territoriale nei Comuni piemontesi in merito alla “quota pro-capite” comunale destinata al finanziamento dei servizi socio-assistenziali: si tratta di un altro fattore sul quale è possibile incidere per recuperare risorse.

Infine, una volta dimostrata la scarsità di risorse dei Comuni per rispondere al fabbisogno, è pacifico che tocchi alla Regione coprire, con trasferimenti ai Comuni/Enti gestori i fondi mancanti.

Trattandosi, però, a propria volta, di risorse derivanti da trasferimenti statali, andrebbe posta attenzione sulla contestazione - anche sul piano tecnico-giuridico - del “*Piano per la non autosufficienza*”. In particolare, idem vale per quello in vigore attualmente, quello approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 21 novembre 2019² ed il relativo riparto del Fondo per le non autosufficienze di cui all’art.1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n.296 e successive modificazioni. Entrambi di durata triennale (2019 – 2021) con stanziamento di 573,2 milioni di euro per il 2019; 571 milioni per il 2020 e 568,9 milioni per il 2021 da ripartire tra le Regioni con i medesimi criteri degli anni precedenti: 60 per cento in base alla popolazione con 75 anni e oltre residente nella regione; 40% in base ai criteri già utilizzati per il riparto del Fondo nazionale per le politiche sociali.

Giova ricordare che allora la Fondazione e le associazioni delle persone disabili e degli anziani segnarono puntualmente “l’originale” interpretazione, fornita dal Piano, sulle finalità per le quali sarebbe stato istituito il Fondo per le non autosufficienze che, secondo gli estensori, «(...) trova la sua ragion d’essere proprio nel “fine di garantire l’attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alle persone non autosufficienti”». «(...) livelli essenziali delle prestazioni da assicurare, nei limiti delle risorse del FNA, alle persone non autosufficienti» assumendo impropriamente come riferimento il decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali del 26 settembre 2016 che «può essere considerato il primo documento programmatico nazionale – una sorta di Piano “zero” – che fa propria la dimensione sopravvenuta di structuralità delle risorse e avvia sperimentalmente un percorso di definizione dei beneficiari degli interventi in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale».

Ribadito, oggi come allora, che affermare che una prestazione di livello essenziale deve essere assicurata nei limiti delle risorse del Fondo equivale a negare il *diritto* alla prestazione (che è tale solo se le risorse che lo tutelano vengono in ogni caso assicurate) – e che, con tale logica, la prestazione viene ricondotta al rango *interesse legittimo* (vi si accede solamente se e quando vi sono risorse disponibili) – quel che allora denunciavamo è la lettura strumentale delle norme istitutive del Fondo: una interpretazione palesemente finalizzata a prevedere che sulla condizione di non autosufficienza si operi attraverso il comparto socio-assistenziale, individuato di fatto come *sostitutivo* di quello sanitario.

Base giuridica di tale finalità è la fuorviante interpretazione dei commi 1264 e 1265 dell’articolo 1 della legge 27 dicembre 2006, n.296 che recitano testualmente: «1264. Al fine di garantire

² Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 21 novembre 2019 “Adozione del Piano nazionale per la non autosufficienza e riparto del Fondo per le non autosufficienze del triennio 2019 2021”, pubblicato sulla “Gazzetta ufficiale” del 4 febbraio 2020.

l'attuazione dei livelli essenziali delle prestazioni assistenziali da garantire su tutto il territorio nazionale con riguardo alla persona non autosufficienti, è istituito presso il Ministero della solidarietà sociale un fondo denominato "Fondo per le non autosufficienze", al quale è assegnata la somma di 100 milioni di euro per l'anno 2007 e di 200 milioni di euro per ciascuno degli anni 2008 e 2009»; «1265. Gli atti e provvedimenti concernenti l'utilizzazione del Fondo di cui al comma 1264 sono adottati dal Ministro della Solidarietà sociale, di concerto con il Ministro della salute, con il Ministro delle politiche per la famiglia e con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281».

A testimonianza delle limitatissime funzioni attribuite al settore socio assistenziale ed ai Comuni titolari delle funzioni sociali dai commi sopracitati (sostanzialmente l'integrazione rette per prestazioni lea semiresidenziali e residenziali), è opportuno rimarcare che il primo provvedimento attuativo di detti commi – il decreto del Ministro della solidarietà sociale del 12 ottobre 2007 – fa esplicito riferimento al decreto legislativo 502/1992 "Riordino delle materie sanitarie, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421". Inoltre il comma 2 dell'articolo 2 dello stesso decreto del 12 ottobre 2007 precisa che «le risorse di cui al presente decreto sono finalizzate alla copertura dei costi di rilevanza sociale dell'assistenza socio-sanitaria e sono aggiuntive rispetto alle risorse già destinate alle prestazioni e ai servizi a favore delle persone non autosufficienti da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, nonché da parte delle autonomie locali. Le prestazioni e i servizi di cui al comma precedente non sono sostitutivi dei quelli sanitari». Anche i successivi decreti del Ministro del lavoro e delle politiche sociali per gli anni 2008, 2009 e 2010 contengono l'identica dicitura concernente i vincoli per l'utilizzo delle risorse del Fondo per le non autosufficienze.

Risulta pertanto incontrovertibile che i Lea ai quali si fa riferimento al comma 1264, non possono che essere quelli indicati dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001, aventi valore di legge in base all'articolo 54 della legge n. 289/2002, oggi ridefiniti ed aggiornati con il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017. Di qui l'obbligo, per tutti i decreti di riparto, di rispettare le finalità previste della legge istitutiva del Fondo per quanto attiene ad un utilizzo delle risorse che non vada a sostituire i doverosi impegni finanziari posti a carico del Fondo sanitario nazionale (nel quale confluirono, per il 2019, 114,474 miliardi di euro, a fronte dei 573,2 milioni di euro del Fondo per le non autosufficienze).

Nonostante le prese di posizioni delle associazioni d'utenza oggi accusate di "corporativismo" I Comuni ed i loro Enti gestori si limitarono a prendere atto della contingentata dotazione del Fondo, facendo propria la proclamata volontà di prevedere prestazioni "essenziali" che fossero però compatibili con lo stanziamento disponibile. Ciò ha fatto sì che nel Piano venisse fornita l'indicazione *politica* di operare una selezione all'interno della condizione di non autosufficienza al fine di individuare e definire un *target* "sostenibile" di beneficiari - procedendo all'assurda suddivisione dei non autosufficienti in gravi e gravissimi - ed alla nostra Regione fosse consentito (con il beneplacito degli Enti gestori tutti) di continuare a derogare ai propri obblighi procrastinando illegittimamente l'applicazione dell'Isee nazionale sino al dicembre 2022 : cosa

che ha permesso ai Comuni titolari ed ai gestori dei servizi socio-assistenziali di continuare, per anni, a vessare in modo discrezionale gli assistiti e le loro famiglie.

È importante, altresì, sottolineare alcune aree di mancata attuazione della Legge regionale 1/2004 sull'assistenza da parte della Regione Piemonte. Di seguito sono elencate le competenze non esercitate e i provvedimenti non adottati, elementi che contribuiscono alla situazione attuale riguardante l'applicazione dei Lea.

(Funzioni della Regione). Art. 4, comma 2, "La Regione attua l'integrazione socio-sanitaria e ne determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri e le modalità di erogazione dei servizi, compresi quelli di finanziamento, nell'ambito della normativa nazionale vigente e di quanto previsto dal Piano socio-sanitario regionale".

(Integrazione socio-sanitaria). Art.20, comma 1, "In attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui all'articolo 3-septies commi 6 e 8 del d.lgs.502/1992 e successive modificazioni, ed al fine di rispondere a bisogni che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, il benessere delle persone, la Giunta regionale sentita la competente commissione consiliare, di concerto con la Conferenza regionale permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria (...) con propria deliberazione, sulla base di quanto disposto dalla normativa nazionale in materia, fornisce indicazioni relative alle prestazioni essenziali ad integrazione sanitaria, determinandone gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione, di funzionamento e di finanziamento". [L'atto di indirizzo tutt'ora vigente è il dpcm 14 febbraio 2001, ndr].

(Le risorse finanziarie di parte corrente). Art.35, comma 2, " I comuni, in quanto titolari delle funzioni amministrative relative alla realizzazione delle attività e degli interventi sociali, garantiscono risorse finanziarie che, affiancandosi alle risorse messe a disposizione dallo Stato, dalle regione e dagli utenti assicurino il raggiungimento di livelli di assistenza adeguati ai bisogni espressi dal proprio territorio. La Giunta regionale, di concerto con i comuni singoli o associati, individua una quota capitaria sociale necessaria per assicurare i livelli essenziali e omogenei di cui all'articolo 19".

Data 28 GIU. 2016

Protocollo 23133/A 1508A

Classificazione 15.110.10.4/2014C

Trasmissione via e-mail

**Al Coordinamento Enti Gestori
delle funzioni socio-assistenziali
della Regione Piemonte**

**p.c. alle Direzioni Generali delle ASL
del Piemonte**

**ai Direttori degli Enti Gestori
delle funzioni socio-assistenziali**

**al Difensore Civico della
Regione Piemonte**

LORO INDIRIZZI

Oggetto: quesito sulla corretta classificazione del pagamento delle “rette ed integrazione rette in struttura”.

Il Coordinamento Enti Gestori delle Funzioni Socio assistenziali della Regione Piemonte ha invitato gli uffici regionali ad esprimersi sul tema del pagamento delle “rette ed integrazione rette in struttura” qualificandolo tra le categorie dei contributi economici o della prestazione di servizio.

Il tema, come evidenziato nella nota pervenuta, ha riflessi su molteplici aspetti correlati alla procedura ma, in particolare, in conseguenza della diversa considerazione rilevata sul territorio, si riscontra un diverso atteggiamento verso il

cittadino destinatario beneficiario dell'integrazione retta, in taluni casi ritenuto unico titolare del rapporto giuridico con la struttura, in altri casi contitolare con l'Ente gestore.

Con riferimento in particolare al rapporto tra struttura ospitante-ente gestore dei servizi socioassistenziali-ospite si osserva quanto segue.

La Direzione Coesione Sociale si è già espressa in materia nei confronti del Difensore Civico (nota prot. 8804/A1508A del 23/03/2016) ritenendo contraria al quadro normativo sottostante la qualificazione dell'integrazione retta come contributo economico, al fine di allocare la responsabilità giuridica del rapporto con la struttura ospitante esclusivamente sul beneficiario della prestazione.

In particolare si è precisato quanto segue.

- a) Con la D.G.R. 7 dicembre 2009, n. 44-12758, modificata dalla D.G.R. 2 agosto 2013, n. 85-6287, è stato approvato lo schema contrattuale per la definizione dei rapporti tra soggetti pubblici (Aziende Sanitarie Locali e Enti gestori dei servizi socio-assistenziali) e presidi socio-sanitari accreditati. Gli articoli di tale schema contrattuale che è complementare all'accreditamento istituzionale delle strutture socio-sanitarie (capo n. 30 del dispositivo della D.G.R. 14 settembre 2009, n. 25-12129, "Requisiti e procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture socio sanitarie") sono qualificati come "non derogabili" dalla stessa D.G.R. n. 44-12758/2009, fatta salva la possibilità di concordare eventuali pattuizioni integrative limitatamente alle strutture per disabili e per minori. Nelle premesse dello schema, che, per effetto dell'articolo 1, comma 2, dello stesso costituiscono parte integrante e sostanziale del contratto, è previsto che *"il soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali intende avvalersi del presidio socio-sanitario ... per le prestazioni previste nei confronti degli utenti della tipologia individuata nel*

- rispetto della normativa di riferimento e si impegna, sulla base dei propri regolamenti in materia, ad integrare la retta giornaliera a carico del cittadino/utente nei confronti degli utenti che ne hanno diritto".*
- Parallelamente, all'articolo 5, comma 13, che segue il comma 12 contemplante le emissioni delle fatture da parte del Presidio, come sostituito dalla D.G.R. n. 85-6287/2013, si prevede: *"E' fatta salva la facoltà dell'ASL (e nei casi previsti del Soggetto gestore delle funzioni socio assistenziali) di sospendere i pagamenti nei limiti delle contestazioni elevate, ogni qual volta siano in corso contestazioni"*. Dal testo dello schema contrattuale riportato e dalla inderogabilità prevista si rileva che l'impegno del pagamento dell'integrazione della retta giornaliera (nei casi previsti) è posto in capo al soggetto gestore delle funzioni socio-assistenziali.
- b) Pertanto, considerato anche che lo schema di contratto regionale di cui alle predette deliberazioni della Giunta regionale è sottoscritto da RSA, ASL ed Ente gestore delle funzioni socio assistenziali, quest'ultimo diventa pienamente obbligato agli adempimenti legati all'eventuale integrazione della retta per i soggetti in carenza di reddito sufficiente a coprire la quota sociale di ricovero. Infatti, il predetto contratto non prevede la possibilità di trasferire questa responsabilità sull'utente, neppure nel caso di difficoltà finanziarie dell'Ente gestore.
- c) Inoltre, assegnare la responsabilità della copertura della quota sociale interamente all'ospite richiede la capacità economica di questi di "anticipare" anche l'eventuale integrazione dell'Ente Gestore, (ancorché si precisi la possibilità di delegare al pagamento l'Ente Gestore), il che appare in contraddizione con l'istituto dell'integrazione stessa. Al contempo, tale prassi aggrava impropriamente l'utente della responsabilità giuridica del pagamento qualora l'Ente gestore ritardi o non assolva in tutto o in parte al suo obbligo di copertura.

d) Infine, si osserva che l' "integrazione retta" spetta al Comune secondo quanto previsto dal D.P.C.M. 29 novembre 2001, Allegato I C, "**Definizione dei livelli essenziali di assistenza**", "Area Integrazione Socio-sanitaria" (per l'attuazione D.G.R. 30 luglio 2012, n. 45-4248 e D.G.R. 2 agosto 2013, n. 85-6287)".

Tale impostazione è perfettamente conforme alla normativa nazionale in materia, laddove il citato D.P.C.M. 14 febbraio 2001, all'art. 3 "Definizioni" sancisce: "*Sono da considerare **prestazioni sociali a rilevanza sanitaria** 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. Tali attività, **di competenza dei comuni**, sono prestate con **partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini**, stabilita dai comuni stessi e si esplicano attraverso: [...]*

d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio; [...]

Dette prestazioni, inserite in progetti personalizzati di durata non limitata, sono erogate nelle fasi estensive e di lungoassistenza."

Non trova, invece, positivo riscontro l'ipotesi per la quale l'integrazione della retta sia da considerarsi, in termini generali e per ogni effetto, come "**contributo economico continuativo**" sulla base della classificazione contenuta nel **Decreto** del Ministro del lavoro e delle politiche sociali 16 dicembre 2014, n. 206. Quest'ultimo, infatti, è un atto di natura regolamentare riguardante uno speciale ambito settoriale (le modalità attuative del Casellario dell'assistenza), non avente efficacia costitutiva – in termini generali e per effetti giuridici non contemplati nel decreto stesso - in merito agli obblighi derivanti dalle prestazioni ricomprese nei

livelli essenziali.

Sia il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, sia il successivo del 29 novembre 2001, intervengono per regolare una competenza affidata dalla Costituzione (art. 117, comma 2, lett. m) al livello normativo statale, al fine di garantire su tutto il territorio nazionale i Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (attuati nella Regione Piemonte con D.G.R. 30 luglio 2012, n. 45-4248 e D.G.R. 2 agosto 2013, n. 85-6287).

Inoltre, se si concordasse con la tesi favorevole a considerare l'integrazione retta quale semplice contributo economico, paradossalmente si escluderebbe tale prestazione da quelle previste dai LEA. Il D.P.C.M. 29 novembre 2001, infatti, non prevede tra le prestazioni incluse nei LEA i contributi economici, salvo il *“rimborso delle spese di cura e soggiorno per programmi riabilitativi all'estero in centri di elevata specializzazione”*.

L'integrazione retta alle prestazioni residenziali e semiresidenziali non è un contributo economico bensì una modalità di allocazione dei costi del servizio pubblico *“a carico dell'utente o del comune”* e come tale direttamente ascrivibile a carico dell'utente o, nei casi di indigenza, del comune/Ente gestore. La strutturazione e l'organizzazione del servizio socio-sanitario, in questione, e la prestazione dello stesso sono normativamente configurate con la previsione di una compartecipazione dell'utente o del comune/Ente gestore alla copertura dei costi (D.lgs. 502/1992 e s.m.i., D.P.C.M. 29 novembre 2001, legge regionale 1/2004 e s.m.i. e Deliberazioni della Giunta regionale sopra citate) e non con la concessione di contributi all'utente.

Stante il quadro ricostruito, l'integrazione retta, contrariamente a quanto

affermato nel testo della nota, dal momento della presa in carico da parte dell'ASL (e conseguentemente da parte dell'Ente gestore della funzioni s.a.), diventa un diritto esigibile direttamente nei confronti dell'Ente gestore, qualora si configurino le condizioni di indigenza economica.

Restando a disposizione per eventuali chiarimenti, si porgono cordiali saluti.

IL DIRIGENTE DEL SETTORE

(dott. Sergio Di GIACOMO)



GS / Gianfranco Scarcali : tel. 011/4325871

MLG / Maria Luisa Ghibaudo : tel. 011/4325796