

Roma, 25 maggio 2023

Prot. n. 475.23

trasmessa a mezzo posta elettronica

A tutta la Rete Anffas

OGGETTO: CRITICITA' IN MATERIA DI COMPARTECIPAZIONE AL COSTO NELLE REALTA' LOCALI

Carissime/i

alla luce delle più volte segnalate problematiche emerse ai vari livelli territoriali in materia di compartecipazione al costo delle prestazioni socio-sanitarie da parte delle persone con disabilità, confermiamo e ribadiamo che **il soggetto che "in primis" è tenuto a garantire il pagamento della quota sociale di una prestazione sociosanitaria è il Comune e che il cittadino eventualmente, ed ove previsto, può essere chiamato a compartecipare esclusivamente in base all'ISEE, così come disciplinato dal DPCM n. 159/13.**

A tal fine, ci teniamo a chiarire i suddetti punti, operando una ricognizione normativa e giurisprudenziale in materia, in modo da supportarVi innanzi ad eventuali illegittime richieste e prassi poste in essere dai Comuni sul territorio.

PAGAMENTO IN PRIMA BATTUTA DELL'INTERA QUOTA SOCIALE DA PARTE DEL COMUNE

Constatiamo come un fenomeno diffuso in materia di compartecipazione al costo è quello operato da alcuni Comuni che ritengono di erogare un "contributo" a sostegno del pagamento da parte del fruitore dell'intera quota sociale.

Detta prassi risulta essere, tuttavia, del tutto illegittima, poiché al contrario sono proprio i Comuni chiamati a garantire per dovere istituzionale la copertura dei costi e poi eventualmente a chiedere, esclusivamente con riferimento alla "quota sociale" versata, la compartecipazione al costo della medesima (esclusivamente su base ISEE).

Infatti, dobbiamo considerare che le prestazioni socio-sanitarie si compongono di:

- una quota sanitaria, che rimane a carico del servizio sanitario;
- una quota sociale che si pone a carico degli Enti Locali, con eventuale compartecipazione da parte della persona che fruisce del servizio.

Conseguentemente, solo su quest'ultima potrà, eventualmente, calcolarsi una parte da porre a carico del beneficiario della prestazione secondo i criteri individuati dai regolamenti comunali e con riferimento all'ISEE, così come previsto dal DPCM n. 159/13 (**ISEE ristretto socio-sanitario o – qualora il richiedente lo ritenesse più conveniente – quello ordinario**).

Chiarendo che i regolamenti comunali devono risultare rispettosi della normativa nazionale in materia.

Tale assunto viene sancito direttamente dalla legge e non può conseguentemente essere diversamente o discrezionalmente interpretato da parte degli Enti locali.

In tal senso, viene in rilievo il D.P.C.M. 14 febbraio 2001, ossia l'“Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”.

In particolare, all'art. 3 si definiscono e disciplinano varie tipologie di prestazioni socio-sanitarie, ossia le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, quelle sociali a rilevanza sanitaria e quelle socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria.

Più nello specifico, si sancisce che “sono da considerare **prestazioni sanitarie a rilevanza sociale** 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”.

Il citato art. 3 prosegue, poi, stabilendo che “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 (NDR in base alla legge nazionale in materia)** e si esplicano attraverso:

- a) gli interventi di sostegno e promozione a favore dell'infanzia, dell'adolescenza e delle responsabilità familiari;
- b) gli interventi per contrastare la povertà nei riguardi dei cittadini impossibilitati a produrre reddito per limitazioni personali o sociali;
- c) gli interventi di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio di persone non autosufficienti;
- d) gli interventi di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali di adulti e anziani con limitazione dell'autonomia, non assistibili a domicilio;
- e) gli interventi, anche di natura economica, atti a favorire l'inserimento sociale di soggetti affetti da disabilità o patologia psicofisica e da dipendenza, fatto salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto al lavoro dei disabili;
- f) ogni altro intervento qualificato quale prestazione sociale a rilevanza sanitaria ed inserito tra i livelli essenziali di assistenza secondo la legislazione vigente.

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

Mentre, poi, quanto alle **prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria** di cui all'art. 3-septies, comma 4, del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni, si fa riferimento a “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,

Via Latina, 20 – 00179 Roma
www.anffas.net - nazionale@anffas.net - nazionale@pec.anffas.net
Tel. 06.3611524 / 06.3212391 – Cell. 3440236482 – Fax. 06.3212383

inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle, in particolare, attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dalla indivisibilità dell'impatto congiunto degli interventi sanitari e sociali sui risultati dell'assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. **Dette prestazioni a elevata integrazione sanitaria sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario.** Esse possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali e sono in particolare riferite alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle attività del soggetto, nelle fasi estensive e di lungoassistenza”.

Il detto DPCM 14.02.2001, all'articolo 4, comma 1, ha, poi, previsto che “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.(...)”.

In essa, quanto alle persone con disabilità, leggiamo:

AREA	PRESTAZIONI-FUNZIONI	FONTE LEGISLATIVA	CRITERI DI FINANZIAMENTO (% di attribuzione della spesa)
Disabili	1. Assistenza ai disabili attraverso interventi diretti al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali e tramite prestazioni domiciliari, ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali e assistenza protesica	L. 23/12/1978, n.833 art.26 Provvedimento 7/5/1998: linee guida del Ministero della Sanità per l'attività di riabilitazione	100% SSN l'assistenza in fase intensiva e le prestazioni ad elevata integrazione nella fase estensiva e nei casi di responsività minimale. 100% SSN l'accoglienza in strutture terapeutiche di minori affetti da disturbi comportamentali o patologie di interesse neuropsichiatrico.
	2. Tutela del disabile attraverso prestazioni di riabilitazione, educative e di socializzazione, di facilitazione dell'inserimento scolastico e lavorativo, in regime domiciliare, semiresidenziale e residenziale, nella fase di lungo assistenza, compresi gli interventi e servizi di sollievo alla famiglia	L. 5/2/1992, n.104 L. 21/5/1998, n. 162 Leggi regionali	100% SSN le prestazioni diagnostiche, riabilitative e di consulenza specialistica. 70% SSN e 30% a carico dei Comuni, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale, l'assistenza in strutture semiresidenziali e residenziali per disabili gravi, in strutture accreditate sulla base di standard regionali. 40% SSN - 60% Comuni, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale, l'assistenza ai disabili gravi privi di sostegno

Via Latina, 20 – 00179 Roma
www.anffas.net - nazionale@anffas.net - nazionale@pec.anffas.net
 Tel. 06.3611524 / 06.3212391 – Cell. 3440236482 – Fax. 06.3212383

			familiare, nei servizi di residenza permanente. 100% a carico dei Comuni l'assistenza sociale, scolastica ed educativa e i programmi di inserimento sociale e lavorativo
--	--	--	---

Per cui, da tale Tabella evinciamo che, ad esempio, quanto ai criteri di finanziamento delle prestazioni per l'“assistenza in strutture semiresidenziali e residenziali per disabili gravi” si prevede che la retta sia per il 70% a carico del SSN e **per il 30% a carico dei Comuni, facendo poi “salva la compartecipazione da parte dell’utente prevista dalla disciplina regionale e comunale”.**

Analogamente, il DPCM 12.01.2017, in materia di definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), ha stabilito all’articolo 34 che *“I trattamenti residenziali si articolano nelle seguenti tipologie: a) .. omissis ... ; b) ...omissis; c) i trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento delle abilità funzionali residue, erogati congiuntamente a prestazioni assistenziali e tutelari di diversa intensità a persone non autosufficienti con disabilità fisiche, psichiche e sensoriali stabilizzate. In considerazione del diverso impegno assistenziale necessario in relazione alla gravità delle condizioni degli ospiti, le strutture residenziali socio-riabilitative possono articolarsi in moduli, differenziati in base alla tipologia degli ospiti: 1) disabili in condizioni di gravità che richiedono elevato impegno assistenziale e tutelare; 2) disabili che richiedono moderato impegno assistenziale e tutelare.*

I trattamenti di cui al comma 1, lettera a) e b) sono a totale carico del Servizio sanitario nazionale.

I trattamenti di cui al comma 1 lettera c), punto 1) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 70 per cento della tariffa giornaliera. I trattamenti di cui al comma 1, lettera c), punto 2) sono a carico del Servizio sanitario per una quota pari al 40 per cento della tariffa giornaliera.”

Quindi, a mero titolo esemplificativo, a fronte di una retta giornaliera per struttura residenziale pari a 100,00 euro, 70 euro sono posti a carico del Servizio sanitario in quanto quota sanitaria e 30 al Comune in quanto quota sociale.

Pertanto, già solo dal dato testuale emerge chiaramente come sia proprio l’Ente locale ad essere chiamato a coprire in prima battuta l’intera “quota sociale”, con facoltà di recuperare rispetto a quanto pagato una somma dall’utente parametrata rispetto al suo ISEE calcolato in base a quanto previsto nel DPCM 159/2013.

Se poi tale dato testuale lo si legge unitamente ad una lettura sistematica dell’intero DPCM 14.02.2001 e all’impianto assestatosi a seguito dell’introduzione del DPCM 159/2013 (che ha definito il ricorso all’Isee un livello essenziale in sé da garantire su tutto il territorio nazionale) è ancora più chiara l’illegittima determinazione assunta dai Comuni.

Vi è poi un ulteriore aspetto da considerare, ossia quello che l’inserimento in un servizio o l’attivazione di una prestazione avviene in base ad una determinazione pubblica ed è, quindi, la Pubblica Amministrazione che, stabilendo l’inserimento/attivazione, deve contrarre con l’Ente gestore che eroga il servizio. Non si può,

Via Latina, 20 – 00179 Roma
www.anffas.net - nazionale@anffas.net - nazionale@pec.anffas.net
 Tel. 06.3611524 / 06.3212391 – Cell. 3440236482 – Fax. 06.3212383

conseguentemente, pretendere che la presa in carico pubblica poi in parte si tramuti in acquisto privato da parte dell'utente del servizio (tra l'altro solo nella sua parte sociale, nelle prestazioni socio-sanitarie) e poi lo stesso richieda un contributo al Comune per intervenire a concorrere al raggiungimento della quota sociale dove l'utente stesso non arrivi. Sul punto, il Tar Milano, nella sentenza n. 2192/2021, pronunciandosi in un caso di inserimento di una persona con disabilità grave presso una struttura sociosanitaria residenziale, ha sancito espressamente che **"spetta direttamente ai comuni l'obbligo di provvedere al versamento delle rette da corrispondere alle strutture residenziali ove sono inseriti soggetti disabili residenti nel loro territorio, salvo richiesta di compartecipazione all'assistito in base all'ISEE"**.

Conseguentemente, tutto ciò comporta, inevitabilmente, che l'eventuale compartecipazione al costo debba essere corrisposta, da parte della persona con disabilità, direttamente nei confronti dell'Ente Pubblico, in modo da garantire sempre e comunque all'Ente gestore l'intera quota, compresa quella sociale.

A tal fine, si ribadisce che si ritiene pacifico che il titolare della prestazione è l'Ente pubblico. Ciò sia per quanto attiene i servizi gestiti ex art. 26 della L. n. 833/1978 che i servizi gestiti in forza dell'art. 1, comma 3, della L. n. 328/2000, o altra diversa normativa di riferimento.

Per esempio, l'art. 1 comma 3 della legge 328/2000, stabilisce espressamente che la programmazione e l'organizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali compete agli Enti locali, alle Regioni ed allo Stato e deve essere realizzata secondo i principi di sussidiarietà, cooperazione, efficacia, efficienza ed economicità, omogeneità, copertura finanziaria e patrimoniale, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, autonomia organizzativa e regolamentare degli Enti locali. E, più nello specifico, gli artt. da 6 a 9 (sempre della medesima legge) vanno proprio a snocciolare le funzioni che ogni Ente è chiamato a porre in essere.

A titolo esemplificativo, basti pensare che, con riguardo alle funzioni attribuite ai Comuni si stabilisce che gli stessi sono titolari delle funzioni amministrative concernenti gli interventi sociali svolti a livello locale e che si occupano di tutta una serie di attività, tra cui l'erogazione dei servizi, l'autorizzazione, accreditamento e vigilanza dei servizi sociali e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale a gestione pubblica o dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 5 (organismi non lucrativi di utilità sociale, organismi della cooperazione, organizzazioni di volontariato, associazioni ed enti di promozione sociale, fondazioni, enti di patronato e altri soggetti privati), promozione, nell'ambito del sistema locale dei servizi sociali a rete, di risorse delle collettività locali tramite forme innovative di collaborazione per lo sviluppo di interventi di auto-aiuto e per favorire la reciprocità tra cittadini nell'ambito della vita comunitaria, etc.

Pertanto, l'unico soggetto con il quale l'Ente erogatore instaura un rapporto contrattuale, assumendone le relative e reciproche obbligazioni, è l'Ente pubblico a cui compete anche il controllo sul corretto assolvimento degli obblighi contrattuali e a nulla rileva, con riguardo agli obblighi normativi su di esso gravanti, il fatto che l'Ente pubblico stesso possa liberamente decidere, nell'erogare tali prestazioni, di avvalersi di un soggetto terzo avente i prescritti requisiti, piuttosto che farlo direttamente.

Conseguentemente, è proprio l'Ente pubblico stesso che è tenuto, a sua volta, a garantire che l'Ente erogatore venga messo nelle migliori condizioni per assolvere gli obblighi contrattuali. E ciò si traduce nel fatto che esso deve assicurare la corretta remunerazione delle prestazioni rese – evitando, così, di procurarsi

Via Latina, 20 – 00179 Roma
www.anffas.net - nazionale@anffas.net - nazionale@pec.anffas.net
Tel. 06.3611524 / 06.3212391 – Cell. 3440236482 – Fax. 06.3212383

un ingiustificato arricchimento che si verifica ogni qualvolta l'Ente pubblico pone l'Ente erogatore in condizione di dover effettuare la prestazione con risorse insufficienti o, comunque, inferiori rispetto a quelle che l'Ente pubblico stesso avrebbe impiegato, laddove avesse gestito direttamente quel dato servizio – sia corrispondendo con regolarità quanto dovuto, sia non ponendo a carico dell'Ente gestore attività non dovute o esorbitanti il rapporto in essere o non essenziali per il corretto assolvimento dello stesso.

Conseguentemente, nessun ulteriore rapporto contrattuale si instaura, o meglio, si dovrebbe instaurare tra l'Ente gestore ed il cittadino che fruisce del servizio o con chi ne cura gli interessi.

Le illegittime prassi sopra descritte, tra l'altro, comportano gravissime conseguenze:

1) il cittadino potrebbe essere costretto a coprire costi per le prestazioni socio-sanitarie in maniera diversa e più ampia rispetto al conteggio secondo ISEE e tra l'altro non vedrebbe garantita la presa in carico pubblica da parte del suo Comune anche nell'interlocuzione con il servizio. E' come se un minore andasse a scuola ed i genitori, invece di pagare le tasse scolastiche, si dovessero occupare di ingaggiare il team docenti e rivolgersi direttamente a loro (come materialmente erogatori di servizi) anche rispetto ad aspetti della più ampia organizzazione della scuola;

2) la quota sociale pagata direttamente all'Ente gestore dall'utente, semmai familiare di un associato (come nel caso molto frequente di Anffas) sarebbe automaticamente (per l'art. 79 comma 6 del D. lgs n. 117/2017) considerata come provento da attività commerciale, laddove invece, qualora fosse incassata da un Ente pubblico, sarebbe volta per volta individuata se non commerciale o commerciale secondo il rispetto dei paletti di cui ai commi 2 e 3 dell'articolo 79. Né sarebbe perseguibile una terza ipotesi secondo la quale l'Ente gestore dovrebbe emettere, oltre alla fattura per la quota sanitaria, due fatture per la quota sociale, rispettivamente per l'utente che pagasse in prima battuta e per il Comune che pagasse l'integrazione fino a concorrenza della retta, direttamente all'Ente gestore (e non al cittadino sotto forma di rimborso). In tal caso, infatti, l'Ente gestore non potrebbe mai sincerarsi se gli importi del beneficiario della prestazione e del Comune siano per entrambi corretti ovvero se in base all'ISEE della persona si debbano riparametrare le proporzioni semmai con un maggior impegno del Comune; ciò perché l'Ente gestore non avrebbe titolo a richiedere l'ISEE (richiesta, questa, che tra l'altro sarebbe violativa della privacy). Ma così facendo correrebbe il rischio di trovarsi ad ipotizzare legittima l'entità dei vari incassi dall'utente, che però potrebbe essere chiamato a restituire in tutto o in parte a fronte di un'eventuale contestazione della somma della compartecipazione in base all'ISEE non conosciuto dallo stesso Ente.

3) il contributo erogato da parte del Comune nei confronti dell'utente potrebbe, per lo stesso, concorrere a far reddito, ad es. in materia di spese di giustizia, con riguardo quindi alla possibilità di avvalersi del gratuito patrocinio;

4) nella ipotesi in cui la persona che fruisce del servizio dovesse risultare inadempiente con riguardo al pagamento della quota ad essa spettante nei confronti dell'Ente erogatore chiamato a riscuoterla, verrebbe a determinarsi una condizione di potenziale o reale conflitto che incide in modo negativo o altera quel necessario rapporto collaborativo che va sempre ricercato e garantito tra il soggetto che eroga la prestazione e colui che ne beneficia. Inoltre, non possiamo non rilevare come l'Ente erogatore non ha gli strumenti per agire nei confronti del fruitore del servizio che si fosse reso inadempiente o moroso; mentre,

Via Latina, 20 – 00179 Roma
www.anffas.net - nazionale@anffas.net - nazionale@pec.anffas.net
Tel. 06.3611524 / 06.3212391 – Cell. 3440236482 – Fax. 06.3212383

al contrario, l'Ente pubblico potrebbe molto più agevolmente ed efficacemente intervenire per tutelare le proprie ragioni. In buona sostanza e in concreto, l'Ente gestore in caso di inadempimento dell'obbligazione in capo all'utente non avrebbe altra scelta che: a) procedere, anche giudizialmente, per recuperare il credito, con ingente aggravio di costi; b) dimettere dal servizio la persona interessata, con inevitabile lesione dei diritti in capo alla persona bisognosa di assistenza. In tal senso, ad esempio, il Consiglio di Stato (sentenza n. 5549/2011) ha affermato che *"va infatti considerato, da una parte, che gli istituti di ricovero hanno necessità di ricevere subito il denaro delle rette con cui devono provvedere alla cura di persone che non possono certo dimettere per mancato pagamento, dall'altra, che l'amministrazione di tali istituti non può essere gravata di incumbenti che non le sono connaturali; laddove il comune di residenza del ricoverato è anche l'ente che, normalmente, conosce la situazione economica e familiare del ricoverato e che, in ogni caso, ha i mezzi e gli uffici idonei per effettuare le ricerche e ottenere le certificazioni eventualmente occorrenti; oltre al fatto che può rendersi necessario che il Comune debba determinare la quota di spesa a proprio carico e quella per la quale rivalersi"*.

L'ISEE QUALE CRITERIO DI CALCOLO DELLA COMPARTECIPAZIONE AL COSTO

Altro assunto inconfutabile è quello in forza del quale per calcolare l'entità della compartecipazione al costo da parte della persona beneficiaria della prestazione deve considerarsi necessariamente il suo ISEE, non potendosi ricorrere ad altri diversi criteri o, peggio, facendo pagare tutta la quota sociale alla persona che fruisce del servizio fino all'esaurimento parziale o totale delle sue risorse (anche costringendola a vendere immobili), intervenendo dopo tale fase col pagamento della quota sociale.

Già nell'articolo 5, comma 2, del DPCM 14.02.2001 nel disciplinare la *"partecipazione alla spesa da parte dell'utente"*, si prevede che *"La regione definisce i criteri per la definizione della partecipazione alla spesa degli utenti in rapporto ai singoli interventi, fatto salvo quanto previsto per le prestazioni sanitarie dal decreto legislativo n. 124 del 1998 e per quelle sociali dal decreto legislativo n. 109 del 1998 (NDR contenente la prima disciplina dell'ISEE) e successive modifiche e integrazioni"*.

Quindi, già nel 2001 era chiaro che la Regione non potesse stabilire diversamente nell'ambito della compartecipazione al costo delle cc.dd. *"prestazioni sociali agevolate"* di cui al D. lgs n. 109/1998, stante il fatto che tali prestazioni erano appunto assoggettate, per tale decreto legislativo, al calcolo della compartecipazione da parte dell'utente sulla base dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente – ISEE.

Tale principio non è venuto meno allorché il D.lgs. 109/1998 è stato sostituito dal c.d. *"Nuovo Isee"* con il DPCM 159/2013.

Infatti, l'art. 2 del DPCM 159/2013 indica espressamente che il nuovo ISEE costituisce *"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 delle prestazioni sociali agevolate, nonché della definizione del livello di compartecipazione al costo delle medesime, costituisce livello essenziale delle prestazioni, ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione"*.

La giurisprudenza del Consiglio di Stato, ormai granitica sul punto, è proprio nel senso che *"l'ISEE costituisce l'indefettibile strumento di calcolo della capacità contributiva dei privati e deve scandire le condizioni e la"*

Via Latina, 20 – 00179 Roma
www.anffas.net - nazionale@anffas.net - nazionale@pec.anffas.net
Tel. 06.3611524 / 06.3212391 – Cell. 3440236482 – Fax. 06.3212383

proporzione di accesso alle prestazioni agevolate, non essendo consentita la pretesa del Comune di creare criteri avulsi dall'ISEE con valenza derogatoria ovvero neanche sostitutiva; sicché non è in alcun modo possibile accreditare in subiecta materia spazi di autonomia regolamentare in capo ai Comuni in distonia con i vincoli rinvenienti dalla sopra richiamata cornice normativa di riferimento al punto da consentire (...) la introduzione di criteri ulteriori e derogatori rispetto a quelli che il legislatore riserva, dopo aver accordato preferenza all'indicatore ISEE, in prima battuta, allo Stato e, in via integrativa, alla Regione".

Principio consolidato in materia è, infatti, quello secondo cui *"Le entrate reddituali o le evidenze patrimoniali non calcolate ai fini ISEE, oltre che la presenza di sola pensione di invalidità o dell'indennità di accompagnamento, non possono costituire indicatori della situazione reddituale del richiedente e divenire criteri ulteriori di selezione, accanto all'ISEE, volti ad identificare specifiche platee di beneficiari, né divenire mezzo per l'ampliamento di tali platee, come vorrebbe il Comune. (...) L'art. 2, comma 1, DPCM n. 159/2013, seppure ammette che possano essere introdotti altri criteri di selezione volti ad identificare specifiche platee di beneficiari, tenuto conto delle disposizioni regionali in materia, tuttavia, categoricamente, fa salva la valutazione della condizione economica complessiva del nucleo familiare attraverso l'ISEE, **con ciò escludendo che possano essere utilizzati altri parametri di valutazione della condizione economica del richiedente quali criteri selettivi**". (...) "L'ISEE rappresenta **"livello essenziale delle prestazioni"**, con la conseguenza che le leggi regionali e i regolamenti comunali devono considerare vincolanti le sue prescrizioni..." e, ancora, **"...Il principio costituzionale di uguaglianza e il criterio di proporzionalità impongono una valutazione differenziata a seconda delle diverse situazioni personali dei richiedenti che rispetti adeguatamente e in modo sostanzialmente equo il rapporto tra disponibilità economica, come fotografata dall'ISEE, e compartecipazione personale"**.*

Quindi, dalla ricostruzione fin qui svolta, è chiaro che è illegittimo che in via assoluta si scarichi sulle persone con disabilità in automatico la quota sociale (dovendosi calcolare il loro ISEE e di conseguenza la loro eventuale compartecipazione al costo). Ugualmente illegittimo è il caso in cui stabilisca una contribuzione fissa a priori per l'utente con il Comune che decida di intervenire solo in seconda battuta a colmare l'eventuale differenza a concorrenza dell'importo totale della retta sociale o richiedere il versamento delle somme equivalenti all'indennità di accompagnamento o delle prestazioni pensionistiche (magari lasciando alla persona una piccola quota economica per le sue necessità) o qualsiasi altra modalità che non assoggetti l'eventuale compartecipazione al costo alla preventiva verifica della situazione economica equivalente (ISEE). Ricordiamo che il DPCM n. 159/13 sancisce che con riguardo alla ipotesi di prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria, è applicabile l'isee "socio sanitario" o "ristretto". In tal caso, infatti, le persone con disabilità maggiorenni possono scegliere un nucleo più ristretto rispetto a quello ordinario e che, potrebbe, in mancanza di coniuge e figli, anche coincidere con il solo beneficiario.

N.B.: è facoltà del cittadino optare rispetto all'isee familiare per quello ristretto, se più conveniente. A tal fine si ricorda che l'indennità di accompagnamento ha natura risarcitoria (concetto esteso anche al contesto familiare) e non concorre a determinare il reddito.

Via Latina, 20 – 00179 Roma
www.anffas.net - nazionale@anffas.net - nazionale@pec.anffas.net
Tel. 06.3611524 / 06.3212391 – Cell. 3440236482 – Fax. 06.3212383

In conclusione della analisi e opera di ricognizione effettuata, precisiamo, da ultimo, come non sia possibile giungere a conseguenze diverse neppure nelle ipotesi in cui in determinati territori sussistano sistemi normativi regionali e locali sensibilmente differenti da quanto previsto a livello nazionale.

Infatti, questo non può mai tradursi nell'avvalorare come corrette eventuali illegittime prassi poste in essere dagli Enti locali, in quanto gli stessi devono sempre operare in maniera coerente e rispettosa della normativa nazionale dettata in materia.

Ad esempio, esistono leggi regionali che istituiscono fondi volti a finanziare l'accesso alle prestazioni e ai servizi sociali e socio-sanitari che limitano l'importo di detti emolumenti in misura pari alle somme percepite a titolo di trattamento pensionistico, con l'inevitabile conseguenza che se viene percepita una pensione di invalidità civile, questa, pur essendo stata dichiarata per giurisprudenza del Consiglio di Stato non rientrante nell'ISEE, viene considerata utile ai fini della compartecipazione al costo, tanto da determinarne una corrispondente minor erogazione di somme da parte del fondo volto al sostentamento delle quote sociali. E ciò vorrebbe, altresì, dire che se viene percepita una pensione di reversibilità, questa, nonostante sia già calcolata nell'ISEE, viene valorizzata diversamente a priori e nella sua totalità, non certo in base ai parametri di equivalenza propri dell'ISEE.

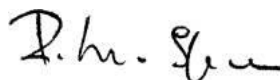
Tutta questa costruzione è assolutamente illegittima, stante il fatto che, come abbiamo già detto, il calcolo va rapportato in base all'ISEE, ai sensi del DPCM 159/13.

Alla luce di tutto ciò, è, allora, del tutto evidente come risulti di fondamentale ed imprescindibile importanza **porre adeguata attenzione nel verificare che sia gli atti regionali, applicativi della norma nazionale, sia i regolamenti dei Comuni in merito alla compartecipazione al costo per le prestazioni sociali agevolate, a domanda individuale, siano conformi alle vigenti normative in materia, nonché che i rapporti contrattuali in essere con gli enti erogatori dei servizi non pongano a carico degli stessi oneri o adempimenti non dovuti e che le prestazioni rese siano adeguatamente remunerate**, perché in caso contrario andranno, come già avvenuto e continua ad avvenire, impugnati ed annullati.

Auspico che questo ulteriore approfondimento possa agevolarVi nelle interlocuzioni con i Vostri Comuni e far aggiornare il loro approccio alla questione che, diversamente, potrebbe essere foriero di notevole contenzioso, che va sempre considerato quale "extrema ratio" ed attivato solo dopo aver esperito ogni utile tentativo di dialogo con gli Enti nostri interlocutori, rimaniamo a disposizione, qualora necessitaste di chiarimenti o ulteriore supporto.

Cordiali saluti

Roberto Speciale
Presidente Nazionale Anffas

A handwritten signature in black ink, appearing to read "R. Speciale".

Via Latina, 20 – 00179 Roma
www.anffas.net - nazionale@anffas.net - nazionale@pec.anffas.net
Tel. 06.3611524 / 06.3212391 – Cell. 3440236482 – Fax. 06.3212383