

LE GUIDE DI ANFFAS NAZIONALE

Ed. settembre 2025



S. A. 
Sportello
Accoglienza e
Informazione
Anffas



COMPARTECIPAZIONE AL COSTO E ISEE

Pubblicazione realizzata da:

Anffas Nazionale

Via Latina, 20 - 00179 Roma (RM)

Tel. 06/3611524 - 06/3212391

nazionale@anffas.net - www.anffas.net

Contenuti a cura di:

Avv. Alessia Maria Gatto

Avv. Corinne Ceraolo Spurio

Avv. Mariapaola Giardina

Centro Studi Giuridici e Sociale Anffas Nazionale

Supervisione a cura di:

Roberto Speziale, Presidente Nazionale Anffas

Grafica a cura di:

Miriam Prete - Ufficio Comunicazione Anffas Nazionale

Edizione del mese di settembre 2025

La presente guida è disponibile in formato digitale
sul sito di Anffas Nazionale

INDICE

CAPITOLO I - COMPARTECIPAZIONE AL COSTO 1

1.1 Premessa 1

CAPITOLO II - L'ISEE 3

2.1 ISEE socio-sanitario o "ristretto" 3

2.2 ISEE socio-sanitario "residenze" 6

2.3 ISEE quale criterio di calcolo della compartecipazione al costo: le
pronunce giurisprudenziali in materia 7

2.4 ISEE e prestazioni assistenziali 8

2.5 ISEE e le persone obbligate agli alimenti di cui all'art. 433 c.c. 10

2.6 Richieste illegittime 11

CAPITOLO III - RIPARTO TRA QUOTA SANITARIA E QUOTA SOCIALE 12

CAPITOLO IV - PAGAMENTO IN PRIMA BATTUTA DELL'INTERA QUOTA SOCIALE DA PARTE DEL COMUNE 16

4.1 Soggetto legittimato alla riscossione della compartecipazione 18

CAPITOLO I - COMPARTECIPAZIONE AL COSTO

1.1 Premessa

Si parla di “compartecipazione al costo”, quando si prevede che la persona che fruisce di prestazioni socio-sanitarie **rimborse** una parte del costo delle stesse all’Ente pubblico.

Quest’ultimo è comunque chiamato a coprire, **in prima battuta**, l’intera “quota sociale” della prestazione, con eventuale facoltà di recuperare, rispetto a quanto pagato, una somma dalla persona beneficiaria della prestazione stessa, ma sempre ed esclusivamente parametrata rispetto al suo ISEE.

N.B.: La quota di compartecipazione al costo delle prestazioni socio-sanitarie, è sempre eventuale.

Al fine di delineare la corretta modalità di calcolo della eventuale compartecipazione al costo, occorre chiarire 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 della persona beneficiaria della prestazione, secondo i criteri individuati dai regolamenti comunali e con esclusivo riferimento all’ISEE della stessa, nel rispetto delle regole previste dal [DPCM n. 159/2013](#) (che, come vedremo, prevede l’ISEE “ristretto” socio-sanitario o, a scelta del richiedente, quello ordinario).

In particolare, l’art. 2 del citato DPCM n. 159/2013 stabilisce che **lo strumento di valutazione, attraverso criteri unificati a livello nazionale, della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni sociali agevolate è rappresentato dall’ISEE**, al quale si deve fare riferimento **per definire il livello di eventuale compartecipazione al costo delle medesime**.

La determinazione e l’applicazione dell’indicatore a tali fini, costituisce, infatti, **livello essenziale delle prestazioni**, ai sensi dell’art. 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione.

Proprio per tale motivo, risultano illegittime le richieste di somme non calcolate in coerenza con tale normativa (es. richiedere il versamento delle somme equivalenti all’indennità di accompagnamento o delle

Livelli essenziali delle prestazioni (LEP)

I LEP rappresentano i livelli essenziali delle prestazioni (ossia tutte le tipologie di prestazioni ad esempio in ambito culturale, educativo, ambientale, etc.) che, essendo connessi a diritti civili e sociali, devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Dopo la riforma costituzionale del 2001, sono previsti all’art. 117 lett. m) Cost., che assegna allo Stato il compito di definirli.

prestazioni pensionistiche, anche quando venga lasciata alla persona con disabilità una piccola somma per le sue necessità).

Inoltre, non può mai essere prevista una compartecipazione sproporzionata o che configuri un sostanziale pagamento della prestazione ricevuta dovendosi, più che altro, qualificare alla stregua di un “ticket”, come avviene, per esempio, per i farmaci o per le prestazioni diagnostiche.

Prestazioni sociali agevolate (art. 1, comma 1, lett. e) DPCM n. 159/2013)

“Prestazioni sociali non destinate alla generalità dei soggetti, ma limitate a coloro in possesso di particolari requisiti di natura economica, ovvero prestazioni sociali non limitate dal possesso di tali requisiti, ma comunque, collegate nella misura o nel costo a determinate situazioni economiche, fermo restando il diritto ad usufruire delle prestazioni e dei servizi assicurati a tutti dalla Costituzione e dalle altre disposizioni vigenti”.

Pertanto, le Regioni, i Comuni ed altri enti erogatori di prestazioni sociali agevolate non possono prevedere una somma da pagare, anche ove fosse minima, in presenza di **ISEE pari a zero**. Allo stesso tempo, nel caso in cui la compartecipazione al costo fosse dovuta per legge ed in base al proprio ISEE, la stessa non può essere, in nessun modo, praticamente **prossima o uguale al costo intero della prestazione**. In tal caso, infatti, ciò sarebbe incoerente con lo

stesso concetto di prestazione sociale “agevolata”.

CAPITOLO II - L'ISEE

L'ISEE (Indicatore della Situazione Economica Equivalente), secondo quanto previsto dall'art. 2 DPCM n. 159/2013, rappresenta, come già detto, *“lo strumento di valutazione, attraverso criteri unificati, della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni sociali agevolate”*.

Questo indicatore fornisce una valutazione della situazione economica familiare, tenendo conto del reddito di tutti i componenti, del loro patrimonio e di una scala di equivalenza che varia in base alla composizione del nucleo familiare.

N.B.: L'ISEE non è una dichiarazione obbligatoria, come, ad esempio, la dichiarazione dei redditi, ma risulta necessario solo ove si volesse accedere ad agevolazioni o prestazioni.

ISEE corrente (art. 9, DPCM n. 159/2013)

L'ISEE può essere sostituito da analogo indicatore, definito “ISEE corrente” e calcolato con riferimento ad un periodo di tempo più ravvicinato al momento della richiesta della prestazione, quando si siano **verificate rilevanti variazioni del reddito** ovvero **eventi avversi**, come la perdita del posto di lavoro o l'interruzione dei trattamenti percepiti.

Novità introdotta dal D.P.C.M. n. 13 del 14 gennaio 2025

Il comma 4 bis dell'art. 5 del D.P.C.M. n. 159 del 2013, inserito dal DPCM n. 13 del 14 gennaio 2025, dispone l'esclusione dal patrimonio mobiliare dei titoli di Stato, dei buoni fruttiferi postali, ivi inclusi quelli trasferiti allo Stato, e dei libretti di risparmio postale, nel limite complessivo di 50.000 euro.

2.1 ISEE socio-sanitario o “ristretto”

Accanto al c.d. ISEE ordinario, che contiene le principali informazioni sulla situazione anagrafica, reddituale e patrimoniale del nucleo familiare nella sua interezza, il DPCM n. 159/2013 prevede la possibilità di utilizzare, in determinate ipotesi, il c.d. ISEE socio-sanitario o “ristretto”.

In particolare, l'art. 6 di detto decreto stabilisce che, con riguardo alle *“prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria”*, le persone **maggioresni** 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.: Rimane sempre salva la possibilità di optare per l'ISEE ordinario, ove più favorevole.

Secondo quanto previsto dall'art. 6, comma 2, del DPCM n. 159/2013, **il nucleo ristretto “è composto dal coniuge, dai figli minori di anni 18, nonché dai figli maggiori, secondo le regole di cui ai commi da 2 a 6 dell'articolo 3”**.

Tale ultima disposizione prevede delle specifiche regole riguardanti la costituzione del nucleo familiare e, in particolare:

“2. I coniugi che hanno diversa residenza anagrafica fanno parte dello stesso nucleo familiare. A tal fine, identificata di comune accordo la residenza familiare, il coniuge con residenza anagrafica diversa è attratto ai fini del presente decreto nel nucleo la cui residenza anagrafica coincide con quella familiare. In caso di mancato accordo, la residenza familiare è individuata nell'ultima residenza comune ovvero, in assenza di una residenza comune, nella residenza del coniuge di maggior durata. Il coniuge iscritto nelle anagrafi dei cittadini italiani residenti all'estero (AIRE), ai sensi della [legge 27 ottobre 1988, n. 470](#), è attratto ai fini del presente decreto, nel nucleo anagrafico dell'altro coniuge.

3. I coniugi che hanno diversa residenza anagrafica costituiscono nuclei familiari distinti esclusivamente nei seguenti casi:

a) quando è stata pronunciata separazione giudiziale o è intervenuta l'omologazione della separazione consensuale ai sensi dell'[articolo 711 del codice di procedura civile](#), ovvero quando è stata ordinata la separazione ai sensi dell'[articolo 126 del codice civile](#);

b) quando la diversa residenza è consentita a seguito dei provvedimenti temporanei ed urgenti di cui all'[articolo 708 del codice di procedura civile](#);

c) quando uno dei coniugi è stato escluso dalla potestà sui figli o è stato adottato, ai sensi dell'articolo 333 del [codice civile](#), il provvedimento di allontanamento dalla residenza familiare;

d) quando si è verificato uno dei casi di cui all'[articolo 3 della legge 1° dicembre 1970, n. 898](#), e successive modificazioni, ed è stata proposta domanda di scioglimento o cessazione degli effetti civili del matrimonio;

e) quando sussiste abbandono del coniuge, accertato in sede giurisdizionale o dalla pubblica autorità competente in materia di servizi sociali.

4. Il figlio minore di anni 18 fa parte del nucleo familiare del genitore con il quale convive. Il minore che si trovi in affidamento preadottivo fa parte del nucleo familiare dell'affidatario, ancorché risulti nella famiglia anagrafica del genitore. Il minore in affidamento temporaneo ai sensi dell'[articolo 2 della legge 4 maggio 1983, n. 184](#), e successive modificazioni, è considerato nucleo familiare a sé stante, fatta salva la facoltà del genitore affidatario di considerarlo parte del proprio nucleo familiare. Il minore in affidamento e collocato presso comunità è considerato nucleo familiare a sé stante.

5. Il figlio maggiorenne non convivente con i genitori e a loro carico ai fini IRPEF, nel caso non sia coniugato e non abbia figli, fa parte del nucleo familiare dei genitori. Nel caso i genitori appartengano a nuclei familiari distinti, il figlio maggiorenne, se a carico di entrambi, fa parte del nucleo familiare di uno dei genitori, da lui identificato.

6. Il soggetto che si trova in convivenza anagrafica ai sensi del [decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 1989, n. 223](#), è considerato nucleo familiare a sé stante, salvo che debba essere considerato componente del nucleo familiare del coniuge, ai sensi del comma 2. Il figlio minore fa parte del nucleo del genitore con cui conviveva prima dell'ingresso in convivenza anagrafica, fatto salvo quanto previsto al comma 4. Se della medesima convivenza anagrafica fanno parte il genitore e il figlio minore, quest'ultimo è considerato componente dello stesso nucleo familiare del genitore”.

Per quanto riguarda le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria rivolte a **persone minori di anni 18**, l'art. 6 su citato, specifica che *“l'ISEE è calcolato nelle modalità di cui all'articolo 7”*.

In particolare, secondo detta disposizione, ai fini del calcolo dell'ISEE, il genitore **non convivente** nel nucleo familiare, **non coniugato** con l'altro genitore, che abbia riconosciuto il figlio, fa parte del nucleo familiare del figlio, a meno che non ricorra uno dei seguenti casi:

- a) quando il genitore risulti coniugato con persona diversa dall'altro genitore;
- b) quando il genitore risulti avere figli con persona diversa dall'altro genitore;
- c) quando con provvedimento dell'autorità giudiziaria sia stato stabilito il versamento di assegni periodici destinato al mantenimento dei figli;
- d) quando sussiste esclusione dalla responsabilità genitoriale sui figli o è stato adottato, ai sensi dell'[art. 333 del Codice civile](#), il provvedimento di allontanamento dalla residenza familiare;
- e) quando risulti accertato in sede giurisdizionale o dalla pubblica autorità competente in materia di servizi sociali la estraneità in termini di rapporti affettivi ed economici.

Si specifica, altresì, che in presenza di **genitori non conviventi**, qualora ricorrano i casi di cui alle lettere a) e b) - genitore coniugato con altra persona e genitore che abbia figli con altra persona - l'ISEE è **integrato di una componente aggiuntiva**, calcolata sulla base della situazione economica del genitore non convivente.

Per **“prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria”**, secondo quanto previsto dall'art. 1 del citato DPCM n. 159/13, si intendono le *“prestazioni sociali agevolate assicurate nell'ambito di percorsi assistenziali integrati di natura sociosanitaria rivolte a persone con disabilità e limitazioni dell'autonomia, ovvero interventi in favore di tali soggetti:*

- 1) **di sostegno e di aiuto domestico familiare finalizzati a favorire l'autonomia e la permanenza nel proprio domicilio;**
- 2) **di ospitalità alberghiera presso strutture residenziali e semiresidenziali, incluse le prestazioni strumentali ed accessorie alla loro fruizione,**

In forza di quanto previsto dall'art. 1, comma 1, lett. f) n. 2), del DPCM n. 159/2013 anche per le **prestazioni strumentali ed accessorie a quelle sociosanitarie** (es. trasporto da e per la struttura/centro) può essere chiesta la compartecipazione al costo nel rispetto esclusivamente dell'ISEE socio-sanitario della persona con disabilità (in tal senso, [TAR Lombardia, sentenza n. 1528/2016](#), nel cui giudizio un ruolo fondamentale è stato svolto da Anffas).

rivolte a persone non assistibili a domicilio;

- 3) **atti a favorire l'inserimento sociale**, inclusi gli interventi di natura economica o di buoni spendibili per l'acquisto di servizi".

L'INPS, con [FAQ V 27-26/01/2016](#), ha chiarito che nella locuzione "interventi a favore di tali soggetti" di cui all'art. 1, comma 1, lett. f) del DPCM n. 159/2013, possano essere ricompresi anche i servizi offerti dai **Centri Socio Educativi (CSE)**, ove rivolti all'inserimento sociale delle persone con disabilità.

Pertanto, anche in tali casi dovrà essere applicato l'ISEE socio-sanitario o "ristretto".

2.2 ISEE socio-sanitario "residenze"

Dall'ISEE socio-sanitario o "ristretto", previsto per la generalità delle prestazioni socio-sanitarie, si distingue il c.d. ISEE socio-sanitario "residenze", che si applica esclusivamente alle ipotesi di prestazioni erogate in ambiente residenziale a ciclo continuativo, come i ricoveri presso Residenze Socio Sanitarie Assistenziali (RSA, RSSA, etc.).

Anche in questo caso è possibile optare per la dichiarazione del nucleo più ristretto rispetto a quello ordinario, ma, a differenza di quanto visto nel paragrafo precedente, ai fini del calcolo dell'ISEE **si tiene conto della condizione economica anche dei figli del beneficiario non inclusi nel nucleo familiare**, integrando l'indicatore con una componente aggiuntiva per ciascun figlio.

Tale componente **non** è calcolata esclusivamente in due ipotesi:

- 1) quando sia stata accertata una condizione di disabilità media, grave o non autosufficienza per i figli medesimi o per un componente del loro nucleo;
- 2) quando sia stata accertata dalle amministrazioni competenti (autorità giudiziaria, servizi sociali) l'estraneità dei figli in termini di rapporti affettivi ed economici rispetto al beneficiario della prestazione.

In entrambi i casi occorre indicare l'eventuale condizione che comporta l'esclusione, ad esempio, la certificazione di disabilità, la sentenza dell'autorità giudiziaria o il provvedimento dei servizi sociali sull'estraneità in termini di rapporti affettivi ed economici.

Oltre a questo, si prevede anche che continuano ad essere valorizzate nel patrimonio del donante le donazioni di cespiti effettuate successivamente alla prima richiesta di prestazione, nonché le donazioni effettuate nei tre anni precedenti tale richiesta se in favore di persone tenute agli alimenti.

2.3 ISEE quale criterio di calcolo della compartecipazione al costo: le pronunce giurisprudenziali in materia

Come già detto, l'ISEE è l'unico strumento in grado di determinare, in modo equo ed uniforme, il livello di compartecipazione al costo delle prestazioni agevolate, in quanto rappresenta un livello essenziale delle prestazioni, ai sensi dell'art. 117 secondo comma, lettera m), della Costituzione.

Conseguentemente, sia le leggi regionali che i regolamenti comunali devono rispettare quanto previsto in materia dal DPCM n. 159/2013 e considerare vincolanti le sue prescrizioni.

La determinazione della misura della compartecipazione è, infatti, rimessa, proprio attraverso l'ISEE, alla fonte statale (Consiglio di Stato, Sentenza del 20/04/2022, n. 2979).

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 in conformità alle prescrizioni delle indicate norme costituzionali e dei trattati internazionali sottoscritti dall'Italia per la tutela delle persone con disabilità gravi, e deve pertanto scandire le condizioni e la proporzione di accesso alle prestazioni agevolate al fine di garantire, in particolare, il diritto al mantenimento e all'assistenza sociale e sanitaria ad ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere alla stregua degli artt. 32, 38 e 53 della Costituzione, non essendo consentita la pretesa di creare criteri avulsi dall'ISEE con valenza derogatoria o sostitutiva”*** (Consiglio di Stato, sez. III, 27 novembre 2018, n. 6708; 2 marzo 2020, n. 1505).

Infatti, ***“non è in alcun modo possibile accreditare in detta 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”*** (sul punto si veda Consiglio di Stato, III Sez., n. 6371 del 13.11.2018; n. 6708 del 27.11.2018).

E, nello stesso senso, ***“la compartecipazione al costo delle prestazioni sociosanitarie e sociali è stabilito avendo come base la disciplina statale sull'indicatore della situazione economica equivalente, ragion per cui i comuni non possono, con i loro regolamenti, dare rilievo ad elementi diversi rispetto a quelli specificamente indicati nel DPCM n. 159 del 2013 al fine di determinare il livello di capacità economica dell'assistito, con la conseguenza che non sono ammessi altri sistemi di calcolo delle disponibilità economiche dei soggetti che chiedono prestazioni di tipo assistenziale”*** (Consiglio di Stato, sentenza del 23/03/2023, n. 498; Tar Lombardia, sentenza n. 1545/2019).

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**

Un ulteriore fondamentale pronunciamento in materia, che richiama i principi individuati nel presente paragrafo è quello rappresentato dalla sentenza del [TAR Veneto, Sez. III, n. 682/2022](#), in cui un ruolo fondamentale è stato svolto da Anffas Nazionale insieme ad alcune Anffas locali e ad altre associazioni che operano nel campo della tutela delle persone con disabilità.

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 partecipazione personale” ([Consiglio di Stato, sentenza n. 7850 del 2020](#)).

Tra l’altro, come precisato dal Consiglio di Stato (sent. n. 3072/2023) **“la giurisprudenza è consolidata nell’affermare che l’ISEE rappresenta anche il livello massimo di partecipazione dell’assistito ai costi (cfr. Cons. Stato, III, n. 1505/2020 e n. 2979/2022, ed altre ivi citt.), soglia che spetta allo Stato determinare, venendo in rilievo la garanzia di assicurare l’uniformità delle prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza (cfr. Corte Cost. n. 91/2020). In definitiva, l’ISEE costituisce la soglia della eventuale sopportazione della spesa del ricovero, da parte del beneficiario della prestazione assistenziale”.**

2.4 ISEE e prestazioni assistenziali

I trattamenti assistenziali, previdenziali e indennitari, percepiti per la disabilità (es. l’indennità di accompagnamento e la pensione di invalidità) non possono essere computati ai fini ISEE né costituire indicatori della situazione reddituale del richiedente o divenire criteri ulteriori di selezione della platea dei beneficiari delle prestazioni socio-sanitarie.

Il Consiglio di Stato con le sentenze nn. 838, 841 e 842 del 2016, ha affrontato la questione relativa al rapporto tra tali prestazioni e l'ISEE.

In particolare, è stato **escluso** che l'indennità di accompagnamento possa essere valutata come un reddito, in quanto essa *“unitamente alle altre forme risarcitorie servono non a remunerare alcunché, né certo all'accumulo del patrimonio personale, bensì a **compensare un'oggettiva ed ontologica (...) situazione d'inabilità che provoca in sé e per sé disagi e diminuzione di capacità reddituale.** Tali indennità o il risarcimento sono accordati a chi si trova già così com'è in uno svantaggio (...) non determinano infatti una migliore situazione economica del disabile rispetto al non disabile, al più mirando a colmare tale situazione di svantaggio subita da chi richiede la prestazione assistenziale”*.

N.B.: I suddetti principi vanno estesi all'**intero nucleo familiare** all'interno del quale la persona con disabilità vive.

A fronte delle suddette statuizioni è, poi, intervenuto il legislatore, con [l'art. 2 sexies del D.L. 29 marzo 2016, n. 42](#), con cui si è stabilito che *“Nelle more dell'adozione delle modifiche al regolamento di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 5 dicembre 2013, n. 159, volte a recepire le sentenze del Consiglio di Stato, sezione IV, nn. 00841, 00842 e 00838 del 2016, nel calcolo dell'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) del nucleo familiare che ha tra i suoi componenti **persone con disabilità o non autosufficienti**, come definite dall'[allegato 3](#) al citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 159 del 2013, anche ai fini del riconoscimento di prestazioni scolastiche agevolate”* apportando le seguenti modificazioni:

- a) *“**sono esclusi** dal reddito disponibile di cui all'articolo 5 del decreto-legge 6 dicembre 2011, n. 201, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 dicembre 2011, n. 214, **i trattamenti assistenziali, previdenziali e indennitari, comprese le carte di debito, a qualunque titolo percepiti da amministrazioni pubbliche in ragione della condizione di disabilità, laddove non rientranti nel reddito complessivo ai fini dell'IRPEF**”*.

Quanto sopra è stato recepito con il DPCM del 14 gennaio 2015 n. 13 il quale ha espressamente modificato l'art. 4, comma 2, lett. f) del DPCM n. 159 del 2013 prevedendo che i *“trattamenti assistenziali, previdenziali e indennitari, incluse carte di debito, a qualunque titolo percepiti da amministrazioni pubbliche, laddove non siano già inclusi nel reddito complessivo di cui alla lettera a), esclusi i trattamenti percepiti in ragione della condizione di disabilità, laddove non rientranti nel reddito complessivo ai fini dell'IRPEF, ai sensi dell'articolo 2-sexies, comma 1, lettera a) del decreto-legge 29 marzo 2016, n. 42 convertito con modificazioni dalla legge 26 maggio 2016, n. 89)”*.

Pertanto, sia la pensione di invalidità che l'indennità di accompagnamento esulano dalla nozione di reddito ai fini del calcolo ISEE, in quanto non costituiscono incrementi di ricchezza, ma importi riconosciuti **a titolo meramente compensativo o risarcitorio** a favore delle situazioni di "disabilità" (Cons. Stato, Sez. III, n. 6371/2018; n. 1458/2019).

Conseguentemente, la definizione del livello di compartecipazione al costo delle prestazioni deve avvenire mediante l'applicazione dell'indicatore ISEE e le suddette indennità **non possono essere ad altro titolo considerate reddito da valutare ai fini della compartecipazione al costo dei servizi erogati** (Consiglio di Stato, sent. n. 7850/20 cit. *ex multis* TAR Lombardia, Sezione di Milano, n. 175 del 24 gennaio 2024, n. 219 del 29 gennaio 2024, n. 730 del 13 marzo 2024 e n. 731 del 13 marzo 2024).

2.5 ISEE e le persone obbligate agli alimenti di cui all'art. 433 c.c.

L'ISEE, quale criterio per la determinazione della eventuale quota di compartecipazione al costo della prestazione, è, come già detto, quello relativo al nucleo familiare ristretto (o, a scelta del cittadino, quello ordinario) del richiedente la prestazione agevolata stessa.

L'unico "debitore" dei costi del servizio è, quindi, la persona beneficiaria dello stesso. Pertanto, nulla può essere richiesto ad altri familiari o alle persone obbligate agli alimenti di cui all'[art. 433 c.c.](#), i quali, tra l'altro, non vengono citati nella normativa nazionale.

In particolare, in forza di tale disposizione, le persone tenute all'obbligo di prestare gli alimenti sono, nell'ordine:

- il coniuge;
- i figli anche adottivi, e, in loro mancanza, i discendenti prossimi;
- i genitori e, in loro mancanza, gli ascendenti prossimi; gli adottanti;
- i generi e le nuore;
- il suocero e la suocera;
- i fratelli e le sorelle germani o unilaterali, con precedenza dei germani sugli unilaterali.

Per cui, potrebbero venire erroneamente in rilievo anche alcuni familiari che, secondo quanto previsto dal DPCM n. 159/13, sono già presi in considerazione nel nucleo ISEE, con conseguente duplicazione di un valore già considerato nel computo.

Tra l'altro, [l'art. 438 c.c.](#) prevede che gli alimenti possano essere richiesti solo da chi versa in stato di bisogno e non è in grado di provvedere al proprio mantenimento.

2.6 Richieste illegittime

Alla luce di quanto rilevato nei paragrafi precedenti, ai fini del calcolo della compartecipazione al costo il criterio indefettibile da prendere in considerazione e, conseguentemente, vincolante per le Regioni e i Comuni, è quello dell'ISEE, secondo le regole previste nel DPCM n. 159/2013.

Pertanto, alle persone con disabilità o a chi ne cura gli interessi non può essere richiesto:

- di corrispondere altre somme, come l'indennità di accompagnamento o la pensione di invalidità civile, essendo escluse dal computo dell'ISEE;
- di erogare una somma seppur minima a titolo di compartecipazione al costo, nonostante l'ISEE sia pari a zero, o una somma prossima o uguale al costo intero della prestazione;
- di attestare la situazione finanziaria e patrimoniale, stante il fatto che entrambe le situazioni sono già considerate nel calcolo dell'ISEE;
- di comunicare la presenza o meno di persone tenute all'obbligo di prestare gli alimenti, a norma dell'art. 433 c.c., nei confronti della persona con disabilità.

Richieste di tal tipo, o, comunque, che si discostino dalla normativa nazionale sopra vista sono illegittime e, pertanto, la persona con disabilità o chi ne cura gli interessi potrà opporvisi.

CAPITOLO III - RIPARTO TRA QUOTA SANITARIA E QUOTA SOCIALE

Come già detto, la compartecipazione al costo delle prestazioni socio-sanitarie, qualora dovuta, può essere calcolata esclusivamente sulla quota sociale, mentre la quota sanitaria rimane sempre a carico del servizio sanitario.

Per comprendere secondo quali modalità e percentuali si ripartiscono tali quote, di assoluto rilievo è il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 14 febbraio 2001, ossia l'“*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie*”.

In particolare, all'art. 3 di detto decreto, 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, stabilite 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, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronicodegenerative. 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'art. 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 prestazioni socio-sanitarie erogate in favore delle persone con disabilità, si prevede:

AREA	PRESTAZIONI-FUNZIONI	FONTE LEGISLATIVA	CRITERI DI FINANZIAMENTO (% di attribuzione della spesa)
Disabilità	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	Legge del 23 dicembre 1978, n. 833 art. 26 Provvedimento 7 del maggio 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 responsabilità minimale - 100% SSN l'accoglienza in strutture terapeutiche di minori affetti da disturbi comportamentali o

	residenziali e assistenza protesica		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	Legge del 5 febbraio 1992, n. 104; Legge del 21 maggio 1998, n. 162; Leggi regionali	<ul style="list-style-type: none"> - 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 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’art. 34 che *“I trattamenti residenziali si articolano nelle seguenti tipologie: (...) 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 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 euro, 70 euro sono posti a carico del Servizio sanitario in quanto quota sanitaria e 30 in capo al Comune in quanto quota sociale.

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

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 della persona che fruisce di una determinata prestazione, dell'intera quota sociale della stessa.

Detta prassi risulta essere, tuttavia, 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 sulla base dell'ISEE del beneficiario, calcolato in base alle regole previste dal DPCM n. 159/2013.

Già da quanto espressamente previsto nel DPCM 14 febbraio 2001 - analizzato nel paragrafo precedente - emerge chiaramente come **sia l'Ente locale ad essere chiamato a coprire in prima battuta l'intera "quota sociale" della prestazione.**

È necessario, altresì, considerare 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.

Conseguentemente, è illegittimo pretendere che la presa in carico pubblica in parte si tramuti in acquisto privato da parte della persona beneficiaria del servizio (tra l'altro solo nella sua parte sociale) e poi la stessa richieda un contributo al Comune per intervenire a concorrere al raggiungimento della quota sociale ove la persona stessa non disponga delle risorse sufficienti a coprirne il costo.

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"**.

Pertanto, il titolare della prestazione è, come già detto, l'Ente pubblico. Ciò sia per quanto attiene i servizi gestiti a norma dell'[art. 26 della l.n. 833/78](#) che i servizi gestiti in forza della [l.n. 328/00](#), o altra diversa normativa di riferimento.

Per esempio, l'art. 1 comma 3 della l.n. 328/00, 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 gestore 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.

Va considerata, dunque, illegittima la prassi di porre automaticamente a carico della persona con disabilità la quota sociale (dovendosi calcolare il suo ISEE e di conseguenza l'eventuale compartecipazione al costo), così come è del pari illegittimo stabilire una contribuzione fissa a priori a carico del beneficiario della prestazione, a fronte della quale il Comune intervenga solo in seconda battuta a colmare l'eventuale differenza a concorrenza dell'importo totale della retta sociale.

Sul punto la giurisprudenza ha chiarito che *"in base al principio della presa in carico personalizzata, desumibile dagli artt. 6 e 14 della legge 328/2000, nonché 2 e 7 della l.r. 3/2008, e comunque ai principi di sussidiarietà, cooperazione, omogeneità, responsabilità ed unicità dell'amministrazione, affermati dall'art. 1, comma 3, della legge stessa 328/2000, quali principi informativi del sistema integrato di interventi e servizi sociali, **è il Comune che deve garantire il servizio al cittadino.** Salvo poi agire nei confronti degli altri soggetti onerati, per l'eventuale recupero delle somme necessarie al pagamento del servizio, che non possono certo essere scaricate*

sull'utente o sulla famiglia" (Cons. Stato, sentt. 14.3.2018 n. 1623, 10.6.2021 n. 4481, 10.1.2021 n. 316, 12.8.2019 n. 5684; TAR Milano, n. 2069/2024).

4.1 Soggetto legittimato alla riscossione della compartecipazione

In forza di quanto esplicitato nel paragrafo precedente, è consequenziale il fatto 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.

Infatti, è proprio l'Ente pubblico che è tenuto, a sua volta, a garantire che l'Ente erogatore venga posto nelle migliori condizioni per assolvere gli obblighi contrattuali. Ciò si traduce nel fatto che esso deve assicurare la corretta remunerazione delle prestazioni rese - evitando, così, di procurarsi un ingiustificato arricchimento che si verifica ogni qualvolta l'Ente pubblico pone l'Ente gestore 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 dovrebbe instaurare tra l'Ente gestore ed il cittadino che fruisce del servizio o con chi ne cura gli interessi. Infatti, qualora si attribuisse all'Ente gestore il compito di riscuotere le somme erogate dalle persone beneficiarie dei servizi, potrebbero realizzarsi gravissime conseguenze, soprattutto nella ipotesi in cui la persona che fruisce del servizio dovesse risultare inadempiente.

In tali casi, infatti, potrebbe determinarsi una condizione di potenziale o reale conflitto che inciderebbe 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, l'Ente gestore non ha gli strumenti per agire nei confronti del fruitore del servizio che si fosse reso inadempiente o moroso; mentre, al contrario, l'Ente pubblico potrebbe molto più agevolmente ed efficacemente intervenire per tutelare le proprie ragioni.

L'Ente gestore, in caso di inadempimento dell'obbligazione in capo alla persona che fruisce del servizio, 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 incombenzi 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”*.

Tra l’altro, attribuendo in capo all’Ente gestore il compito di riscuotere la parte di quota sociale posta a carico della persona beneficiaria del servizio, l’Ente gestore dovrebbe emettere, oltre alla fattura per la quota sanitaria, due fatture per la quota sociale, rispettivamente per la persona che fruisce del servizio e per il Comune. In tale ipotesi, l’Ente gestore non potrebbe verificare, però, se gli importi corrisposti dal beneficiario della prestazione e dal Comune siano per entrambi corretti ovvero se in base all’ISEE della persona si debbano riparametrare le proporzioni. Ricordiamo, infatti, che l’Ente gestore non avrebbe titolo a richiedere l’ISEE (richiesta, questa, che tra l’altro sarebbe violativa della *privacy*).

Pertanto, si potrebbe correre il rischio che l’Ente consideri legittima l’entità dei vari incassi percepiti dalla persona che fruisce del servizio, e, poi, si trovi ad essere chiamato a restituire in tutto o in parte quanto ottenuto a fronte di un’eventuale contestazione della somma della compartecipazione in base all’ISEE non conosciuto dallo stesso Ente.

Conseguentemente, ci si auspica che tali prassi vengano evitate e, ove, utilizzate, modificate.

Per scaricare questi contenuti

Inquadra il QR-CODE con il tuo smartphone
e scarica la versione online



