

FRANCO PESARESI

LA RIPARTIZIONE DELLA SPESA NEI SERVIZI SOCIALI E SOCIOSANITARI

La suddivisione della spesa fra sociale e sanità

18/09/2024

Articolo pubblicato su *I Luoghi della cura online* n. 4/2024
www.luoghicura.it

La suddivisione della spesa fra sociale e sanità dei servizi sociali e sociosanitari. La compartecipazione alla spesa da parte dell'utente.

LA RIPARTIZIONE DELLA SPESA NEI SERVIZI SOCIALI E SOCIOSANITARI

Franco Pesaresi¹

Sommario

Introduzione al tema.....	2
1. La tipologia del servizio	2
1.1. I servizi sociali	2
1.2. Le prestazioni sociosanitarie	3
2. La suddivisione della spesa fra sanità e sociale	9
2.1. Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria	9
2.2. L'attuazione regionale.....	12
3. La suddivisione della spesa fra utente e comune	14
3.1. I criteri per la suddivisione della spesa. Il ruolo delle regioni	14
3.2. Le ragioni della compartecipazione dell'utenza	16
3.3. La dimensione economica complessiva della compartecipazione al costo dell'utenza	16
3.4. Come misurare il reddito degli assistiti?	16
3.5. La prova dei mezzi in Europa	18
3.6. Metodi per il calcolo della compartecipazione	20
3.7. Redditi esclusi dalla compartecipazione dell'utente	21
3.8. Chi paga quando i redditi dell'utente sono insufficienti?	22
4. Punti di attenzione per il futuro	25
Bibliografia	28

¹ Direttore ASP "Ambito 9" Jesi (AN); Network non Autosufficienza (NNA), Asiquas.

Introduzione

I servizi sociali e sociosanitari, in base alle norme vigenti, possono essere finanziati da più soggetti. Per esempio, il servizio di assistenza domiciliare socioassistenziale (SAD) viene finanziato dal comune che in genere richiede anche una compartecipazione da parte dell'utente mentre i centri diurni per anziani non autosufficienti sono finanziati dal Servizio sanitario, dal comune e dal beneficiario del servizio.

Come viene suddivisa la spesa per il finanziamento dei servizi? Ci sono delle regole da osservare?

Il tema è piuttosto complesso perché la suddivisione degli oneri dipende dalla tipologia dei diversi servizi, dalle norme e dai regolamenti approvati dai diversi livelli di governo e dalla discrezionalità politica dei diversi enti locali.

Conseguentemente, per affrontare il tema e dare le risposte appropriate occorre trattare i seguenti argomenti:

1. La tipologia del servizio (sociale o sociosanitario);
2. la suddivisione della spesa fra il settore sanitario e il settore sociale;
3. la suddivisione della spesa sociale fra utente e comune e, all'interno di questo, le modalità di determinazione della compartecipazione dell'utente.

1. LA TIPOLOGIA DEL SERVIZIO

I servizi/prestazioni sottoposti alla suddivisione della spesa possono essere:

- a) Le prestazioni sociali, i cui costi possono essere suddivisi tra il comune e l'utente;
- b) Le prestazioni sociosanitarie, i cui costi sono suddivisi tra sanità (ASL) e il sociale (utente/comune).

Le due tipologie devono essere distinte perché hanno regole di funzionamento diverse ai fini della ripartizione o della compartecipazione alla spesa.

Tab. 1 – La ripartizione della spesa per i servizi in base alla tipologia delle prestazioni

TIPOLOGIA PRESTAZIONI	RIPARTIZIONE DELLA SPESA
Prestazioni sociali	I costi possono essere ripartiti tra il comune e l'utente
Prestazioni sociosanitarie	I costi sono suddivisi tra sanità (ASL) e il sociale (utente/comune).

1.1. I servizi/prestazioni sociali

Occorre innanzitutto precisare che i servizi sociali pubblici possono essere gratuiti o a pagamento. Questa possibilità deriva dall'unica definizione di servizi sociali prevista dalla normativa italiana. Infatti, è proprio l'art. 128 del d.lgs. 31 marzo 1998, n. 112² a stabilire che per "Servizi sociali si intendono tutte le attività concernenti la predisposizione ed erogazione di servizi, **gratuiti e a pagamento**, o di prestazioni economiche destinate a rimuovere e superare le situazioni di bisogno o di difficoltà che la persona umana incontra nel corso della sua vita, escluse soltanto quelle assicurate dal sistema previdenziale e da quello sanitario, nonché quelle assicurate in sede di amministrazione della giustizia".

Nell'unica e peraltro molto generica definizione di Servizi sociali, il legislatore si premura di stabilire che ci può essere una compartecipazione alla spesa da parte dell'utente del servizio.

A chi spetta stabilire i costi del servizio fra il comune, titolare del servizio, e l'utente?

² Avente ad oggetto: "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni ed agli Enti locali, in attuazione del capo I della l. 15 marzo 1997, n. 59".

Spetta innanzitutto alle regioni, in base all'art. 8 della Legge 328/2000 definire i criteri per la determinazione del concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni³.

In assenza di tali criteri – nella realtà sono spesso assenti – spetta ai comuni stabilire se e come applicare ai servizi sociali una compartecipazione alla spesa a carico dei beneficiari dei servizi. In definitiva, quindi, spesso sono i comuni a stabilire le regole per una eventuale compartecipazione alla spesa dei servizi da parte degli utenti e questo ha fatto sì che non ci siano regole omogenee neanche su base regionale. Ogni comune ha i propri regolamenti diversi da quelli degli altri.

La suddivisione della spesa per i servizi sociali riguarda quindi solo i comuni e gli utenti dei servizi ma stante il carattere di svantaggio o di disagio di molti dei beneficiari dei servizi sociali comunali la compartecipazione alla spesa da parte degli utenti si realizza solo per pochissimi servizi ed in modo contenuto.

La compartecipazione dell'utenza avviene soprattutto per i servizi domiciliari per gli anziani. Quasi tutti i comuni applicano una quota di compartecipazione alla spesa per il Servizio di assistenza domiciliare (SAD), per gli altri servizi domiciliari come i pasti e/o la lavanderia a domicilio e per il servizio di telesoccorso e teleassistenza. Molto più raro è il coinvolgimento degli utenti negli altri servizi. Nell'area di intervento dei "Minori" i comuni chiedono una retta per i centri estivi mentre solo una minoranza di comuni chiede alle famiglie di contribuire alla spesa per gli incontri protetti genitori/figli e per le spese per i minori collocati in comunità residenziali educative. Nel settore di intervento della disabilità, una minoranza di comuni richiede una compartecipazione ai familiari per l'assistenza educativa domiciliare per i disabili.

In genere le quote che vengono richieste sono molto contenute; nella maggior parte dei casi le entrate relative a questi servizi (ad eccezione dei centri estivi, dei pasti a domicilio e del telesoccorso) non superano il 15% delle spese complessive del servizio.

1.2. Le prestazioni sociosanitarie

Le prestazioni socio-sanitarie sono tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione. Le prestazioni sociosanitarie si differenziano dalle prestazioni sociali proprio perché hanno contenuti sia sociali che sanitari.

Le prestazioni sociosanitarie (Cfr. Tab. 2) sono state identificate dal DPCM 12 gennaio 2017 che ha approvato l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, con poche innovazioni rispetto al precedente decreto sui LEA del 2001.

Il DPCM 12/1/2017 sui LEA ha individuato 32 prestazioni sociosanitarie elencate nella tab. 2 ma non sono tutte coinvolte dal tema della suddivisione della spesa: la maggioranza di queste prestazioni sono a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale mentre i costi solo di alcune prestazioni sono da ripartire fra il Servizio Sanitario e l'utente. Per esempio, l'assistenza sociosanitaria nei consultori, o alle persone con disturbi mentali o con dipendenze patologiche è totalmente a carico del Servizio Sanitario mentre l'assistenza sociosanitaria alle persone non autosufficienti nei centri diurni prevede una compartecipazione sanitaria del 50%. Stessa percentuale che si applica all'assistenza sociosanitaria di lungoassistenza alle persone non autosufficienti ricoverate nelle strutture residenziali.

Tab. 2 – Il riparto della spesa fra il sociale e il sanitario in base al DPCM 12/1/2017

Prestazione	Sub prestazione	Riparto della spesa
Cure domiciliari		
Cure domiciliari		A carico del SSN con le seguenti eccezioni. Le

³ Attività che dovrebbe essere svolta sulla base dei criteri del Piano sociale nazionale che però non ha fornito indicazioni di sorta.

		prestazioni di aiuto infermieristico e di assistenza tutelare professionale sono interamente a carico del SSN per i primi 30 giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50% nei giorni successivi.
Cure palliative domiciliari		A totale carico del SSN, comprese anche le prestazioni di aiuto infermieristico e di assistenza tutelare professionale.
Assistenza distrettuale, territoriale e domiciliare		
Assistenza sociosanitaria alle donne, alle coppie, alle famiglie		A totale carico del SSN
Assistenza sociosanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo		A totale carico del SSN
Assistenza sociosanitaria alle persone con disturbi mentali		A totale carico del SSN
Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche		A totale carico del SSN
Assistenza distrettuale e territoriale		
Assistenza sociosanitaria alle persone con disabilità		A totale carico del SSN per le persone con disabilità complesse
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale		
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo		A totale carico del SSN
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale alle persone con disturbi mentali		A totale carico del SSN
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale alle persone con dipendenze patologiche	Trattamenti terapeutico-riabilitativi	A totale carico del SSN
	Trattamenti pedagogico-riabilitativi	
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale alle persone con disabilità	Trattamenti di riabilitazione estensiva	A totale carico del SSN
	Trattamenti di recupero e mantenimento	70% a carico del SSN
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale alle persone non autosufficienti		50% a carico del SSN*
Assistenza sociosanitaria residenziale		
Assistenza residenziale extraospedaliera ad elevato impegno sanitario		A totale carico del SSN
Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita		A totale carico del SSN**
Assistenza sociosanitaria residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo	Trattamenti ad alta intensità terapeutico-riabilitativa	A totale carico del SSN
	Trattamenti a media intensità terapeutico-riabilitativa	
	Trattamenti a bassa intensità terapeutico-riabilitativa	
	Trattamenti specialistici	

Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone con dipendenze patologiche	Trattamenti terapeutico-riabilitativi	A totale carico del SSN
	Trattamenti pedagogico-riabilitativi	
Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone con disturbi mentali	Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (REMS)	A totale carico del SSN
	Trattamenti terapeutico-riabilitativi ad alta intensità riabilitativa ed elevata tutela sanitaria (liv. intensivo)	A totale carico del SSN
	Trattamenti terapeutico-riabilitativi a carattere estensivo	A totale carico del SSN
	Trattamenti socio-riabilitativi per pazienti che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa	40% a carico del SSN
Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone con disabilità	Trattamenti di riabilitazione intensiva	A totale carico del SSN
	Trattamenti di riabilitazione estensiva	A totale carico del SSN
	Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento per disabili in condizioni di gravità	70% a carico del SSN
	Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento per disabili che richiedono un moderato impegno assistenziale	40% a carico del SSN
Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti	Trattamenti estensivi	A totale carico del SSN
	Trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale	50% a carico del SSN (della tariffa giornaliera)***

Note: *compresi interventi di sollievo; **comprese le prestazioni sociali; ***comprese le attività di socializzazione e animazione. Fonte: nostra elaborazione del DPCM 12/1/2017.

Per comprendere quali siano quelle i cui i costi sono da ripartire fra più soggetti occorre procedere con la classificazione delle prestazioni, secondo quanto previsto dalla legge.

La classificazione delle prestazioni sociosanitarie

Le prestazioni sociosanitarie sono classificate in tre tipologie:

1. prestazioni sanitarie a rilevanza sociale;
2. prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria;
3. prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (D. Lgs. 502/1992 Art 3-septies).

Le caratteristiche e le differenze fra i tre diversi gruppi di prestazioni sociosanitarie sono indicate nella Tab.3 ma, ai nostri fini di suddivisione della spesa, occorre rilevare che:

- le *prestazioni sanitarie a rilevanza sociale* sono le attività finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite. Esse sono di competenza delle ASL e a carico delle stesse essendo finanziate sulla base di quote capitarie correlate ai livelli essenziali di assistenza. Per tali prestazioni non è prevista la partecipazione alla spesa da parte degli utenti o dei comuni.

- le *prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria* sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria. Esse sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario ma possono prevedere delle quote di partecipazione ai costi da parte dell'utenza e/o dei comuni secondo quanto indicato nei DPCM del 12/1/2017 e del 14/2/2001.
- le *prestazioni sociali a rilevanza sanitaria* sono 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. Esse sono di competenza dei comuni che provvedono al loro finanziamento. Di norma, non è prevista la partecipazione alla spesa da parte della ASL. I comuni possono stabilire quote di partecipazione ai costi da parte dell'utenza sulla base dei criteri stabiliti dalla regione (laddove approvati).

Questa classificazione però è ancora insufficiente per identificare le prestazioni, la competenza alla erogazione delle prestazioni e la suddivisione dei costi fra il sociale e il sanitario. Occorre per questo definire le caratteristiche delle prestazioni socio-sanitarie e le procedure di accesso all'assistenza.

Innanzitutto, occorre dire che l'assistenza sociosanitaria interviene solo dopo la valutazione multidimensionale della persona da assistere e la conseguente elaborazione del progetto personalizzato di intervento che può contenere la previsione di una o più prestazioni socio-sanitarie da erogare.

Tali prestazioni, le cui caratteristiche sono indicate nella tab.3, sono identificate tenendo conto dei seguenti criteri:

- la natura del bisogno che richiede la prestazione socio-sanitaria;
- la complessità dell'intervento assistenziale;
- l'intensità dell'intervento assistenziale;
- la durata dell'intervento assistenziale.

Tab. 3 – Le caratteristiche delle prestazioni socio-sanitarie per tipologia.

Prestazioni	Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale	Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria	Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria
Definizione	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, considerando le componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale.	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 cronico-degenerative. Tali prestazioni sono quelle attribuite alla fase post-acuta caratterizzate dall'inscindibilità del concorso di più apporti professionali sanitari e sociali nell'ambito del processo personalizzato di assistenza, dall'indivisibilità dell'impatto congiunto sui risultati della assistenza e dalla preminenza dei fattori produttivi sanitari impegnati nell'assistenza. Tali prestazioni sono riferite, in particolare, alla copertura degli aspetti del bisogno socio-sanitario inerenti le funzioni psicofisiche e la limitazione delle	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 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 limitazioni dell'autonomia, non assistibili al 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; f) ogni altro intervento inserito tra i livelli essenziali di assistenza.

		attività del soggetto.	
Competenza delle prestazioni	ASL	ASL o ASL/Utenza/Comune	Comune o Comune/Utenza
Oneri	A carico delle ASL.	A carico delle ASL con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini e del comune. La regione definisce i criteri per la partecipazione alla spesa degli utenti/comuni.	A carico del comune con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini fruitori. La regione definisce i criteri per la definizione della partecipazione alla spesa degli utenti.
Durata	Progetti personalizzati di durata medio/lunga		Progetti personalizzati di durata non limitata
Regime assistenziale	ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale residenziale.	ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale.	
Intensità dell'intervento		Fasi estensive o di lungoassistenza.	Fasi estensive o di lungoassistenza.

Fonte: D. Lgs. 229/1999, DPCM 14/2/2001.

Di tutte le prestazioni indicate nella tab. 2 solo le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria (Cfr. Tab.3) sono sottoposte alla suddivisione della spesa fra i vari soggetti. Si tratta quindi di identificarle più chiaramente.

L'intensità dell'intervento assistenziale

Abbiamo visto nella Tab.3 che le prestazioni sociosanitarie sottoposte alla compartecipazione alla spesa da parte di ASL/ Utenza/Comuni sono quelle la cui assistenza viene collocata nella fase estensiva o di lungoassistenza. L'elemento che sembra essere più importante per la ripartizione degli oneri è costituito proprio dalla intensità dell'intervento assistenziale che è stato graduato in tre diversi livelli:

- fase intensiva,
- estensiva e
- di lungoassistenza.

Da cosa sono caratterizzate queste fasi?

La fase intensiva è caratterizzata da un impegno riabilitativo specialistico di tipo diagnostico e terapeutico, da una elevata complessità dell'intervento e da una durata breve e definita. Le prestazioni socio-sanitarie ambulatoriali, domiciliari, semiresidenziali e residenziali erogate nella fase intensiva sono, in genere, a completo carico del SSN.

La fase estensiva è caratterizzata da una minore intensità terapeutica e da una durata dell'intervento media o prolungata ma comunque definita.

La fase di lungoassistenza è finalizzata a mantenere l'autonomia funzionale possibile e a rallentare il suo deterioramento, nonché a favorire la partecipazione alla vita sociale anche attraverso percorsi educativi. L'intervento è di lungo periodo o permanente.

Questa distinzione in fasi dell'assistenza ha un impatto sulle prestazioni residenziali e semiresidenziali. Infatti, la logica della ripartizione degli oneri prevede che nella fase intensiva ed estensiva sia il SSN a farsi carico integralmente degli oneri legati alle prestazioni sociosanitarie da erogare mentre la partecipazione ai costi da parte dell'utente o del comune è prevista nella fase di lungoassistenza dell'assistenza residenziale e semiresidenziale per gli anziani, per i disabili (esclusi

quelli a responsabilità minimale) e per le persone con problemi psichiatrici collocate in strutture a bassa intensità assistenziale.

Le prestazioni di assistenza distrettuale, territoriale e domiciliare, invece, sono a totale carico del Servizio Sanitario ad eccezione dell'assistenza tutelare (OSS) dell'ADI per gli anziani non autosufficienti (laddove venga erogata oltre i primi 30 giorni).

A questo punto, per poter applicare questi criteri occorre rispondere ad ulteriori quesiti e cioè chi è che definisce la fase dell'assistenza, in che modo e quanto durano le singole fasi? Cominciamo da questo ultimo aspetto. L'unico atto normativo nazionale che si occupa delle caratteristiche delle fasi assistenziali intensive ed estensive è costituito dalle "Linee guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione" del 1998. In tale documento, ovviamente calato nella realtà riabilitativa, si stabilisce che, di norma, la fase intensiva deve essere contenuta entro i 120 giorni mentre quella estensiva non può superare i 240 giorni. Non sono stati stabiliti i limiti di tempo per la durata della lungoassistenza che quando passa anche attraverso la fase assistenziale estensiva non può iniziare più tardi del 241° giorno di assistenza. In assenza di altre disposizioni questi sono i soli punti di riferimento a cui possiamo affidarci anche se occorre precisare che nella prassi regionale la durata delle varie fasi è molto più breve (30-90 giorni).

Chi decide la fase assistenziale e le prestazioni in essa contenute per l'assistito? Su questo la norma stabilisce che è l'unità valutativa multidimensionale a definire il piano di intervento individualizzato con le prestazioni da erogare. E' dunque l'unità valutativa che definisce la collocazione dell'intervento nelle varie fasi e la loro durata ed eventualmente il passaggio ad una nuova fase tenendo comunque conto della durata massima di ogni fase.

Tab. 4 – Le caratteristiche principali delle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali ai fini della ripartizione degli oneri

PRESTAZIONI	COMPETENZA DELLE PRESTAZIONI	ONERI	IL DETTAGLIO DELLE PRESTAZIONI
Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale	ASL.	A carico delle ASL.	Le prestazioni ricomprese sono individuate dal DPCM 12/1/2017. Sono tutte quelle a totale carico del SSN indicate nella Tab.2.
Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria	ASL o ASL/Utenza/Comune	A carico delle ASL con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini e del comune. La regione definisce i criteri per la partecipazione alla spesa degli utenti/comuni.	Le prestazioni ricomprese sono individuate dal DPCM 12/1/2017. Sono tutte quelle che non sono a totale carico del SSN (ma a carico in %) indicate nella Tab.2.
Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria	Comune o Comune/Utenza	A carico del comune con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini fruitori. La regione definisce i criteri per la definizione della partecipazione alla spesa degli utenti.	Tutte le attività del sistema sociale comunale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Non ci sono atti normativi che elencano tutti i servizi sociali comunali.

Fonte: nostra elaborazione da D. Lgs. 229/1999, DPCM 14/2/2001, DPCM 12/1/2017.

2. LA SUDDIVISIONE DELLA SPESA FRA SANITA' E SOCIALE

La prima ripartizione della spesa per le prestazioni avviene fra il settore sanitario e quello sociale⁴ e riguarda solo le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria. In tutti gli altri casi le prestazioni sono a totale carico del SSN (Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale) oppure non prevedono la partecipazione alla spesa da parte della sanità (prestazioni sociali).

Quello che il Servizio sanitario non paga viene coperto dal settore sociale (comune e/o utenza).

2.1. Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria

Scorrendo il Decreto 2017 sui LEA non è difficile identificare tutte le prestazioni sociosanitarie per le quali viene prevista una suddivisione della spesa fra diversi soggetti. Il DPCM 12/1/2017, in effetti, individua una serie di prestazioni sociosanitarie con una percentuale di copertura dei costi a carico del SSN inferiore al 100% per cui, gioco forza, la parte rimanente dovrà essere coperta da altri soggetti, che si intendono essere i comuni e/o l'utenza (nelle modalità stabilite dai comuni). Si tratta comunque di sette prestazioni, indicate puntualmente nella tab. 5.

Tab. 5 – Le prestazioni sociosanitarie che prevedono una compartecipazione alla spesa sociale e sanitaria

Prestazione	Sub prestazione	Riparto della spesa
Cure domiciliari		
Cure domiciliari		A carico del SSN con le seguenti eccezioni. Le prestazioni di aiuto infermieristico e di assistenza tutelare professionale sono interamente a carico del SSN per i primi 30 giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta e per una quota pari al 50% nei giorni successivi.
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale		
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale alle persone con disabilità	Trattamenti di recupero e mantenimento	70% a carico del SSN
Assistenza sociosanitaria semiresidenziale alle persone non autosufficienti		50% a carico del SSN*
Assistenza sociosanitaria residenziale		
Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone con disturbi mentali	Trattamenti socio-riabilitativi per pazienti che richiedono interventi a bassa intensità riabilitativa	40% a carico del SSN
Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone con disabilità	Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento per disabili in condizioni di gravità	70% a carico del SSN
	Trattamenti socio-riabilitativi di recupero e mantenimento per disabili	40% a carico del SSN

⁴ La quota sociale è di competenza del comune e/o dell'utenza.

	che richiedono un moderato impegno assistenziale	
Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone non autosufficienti	Trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale	50% a carico del SSN (della tariffa giornaliera)**

Note: *compresi interventi di sollievo; **comprese le attività di socializzazione e animazione.

Fonte: nostra elaborazione del DPCM 12/1/2017.

A proposito di quanto previsto per l'ADI nella Tab. 5, sulla base di fonti ministeriali, occorre precisare che cosa si intenda per prestazioni di "aiuto infermieristico" e di assistenza tutelare professionale. Il Tavolo di monitoraggio e verifica sui LEA⁵ ha stabilito unitariamente che le prestazioni di aiuto infermieristico indicate nell'ambito dell'assistenza programmata a domicilio, non coincidono con le prestazioni proprie dell'infermiere professionale ma rappresentano prestazioni eseguite da operatori diversi che, svolgendo compiti di assistenza tutelare, collaborano con l'infermiere professionale.

Più recentemente, il sito del Ministero della Salute ha precisato che "Le cure domiciliari sono integrate da prestazioni di aiuto infermieristico e assistenza tutelare professionale alla persona (ad es. cura e igiene della persona, aiuto nella deambulazione, supervisione assunzione terapia farmacologica). Tali prestazioni sono interamente a carico del Servizio sanitario nazionale per i primi trenta giorni dopo la dimissione ospedaliera protetta, e per una quota pari al 50% nei giorni successivi, il restante 50% è a carico del Comune che ha facoltà di chiedere all'utente di coprire con risorse proprie parte della quota (su base ISEE), secondo quanto previsto dalla normativa regionale e comunale (Ministero Salute, 2020).

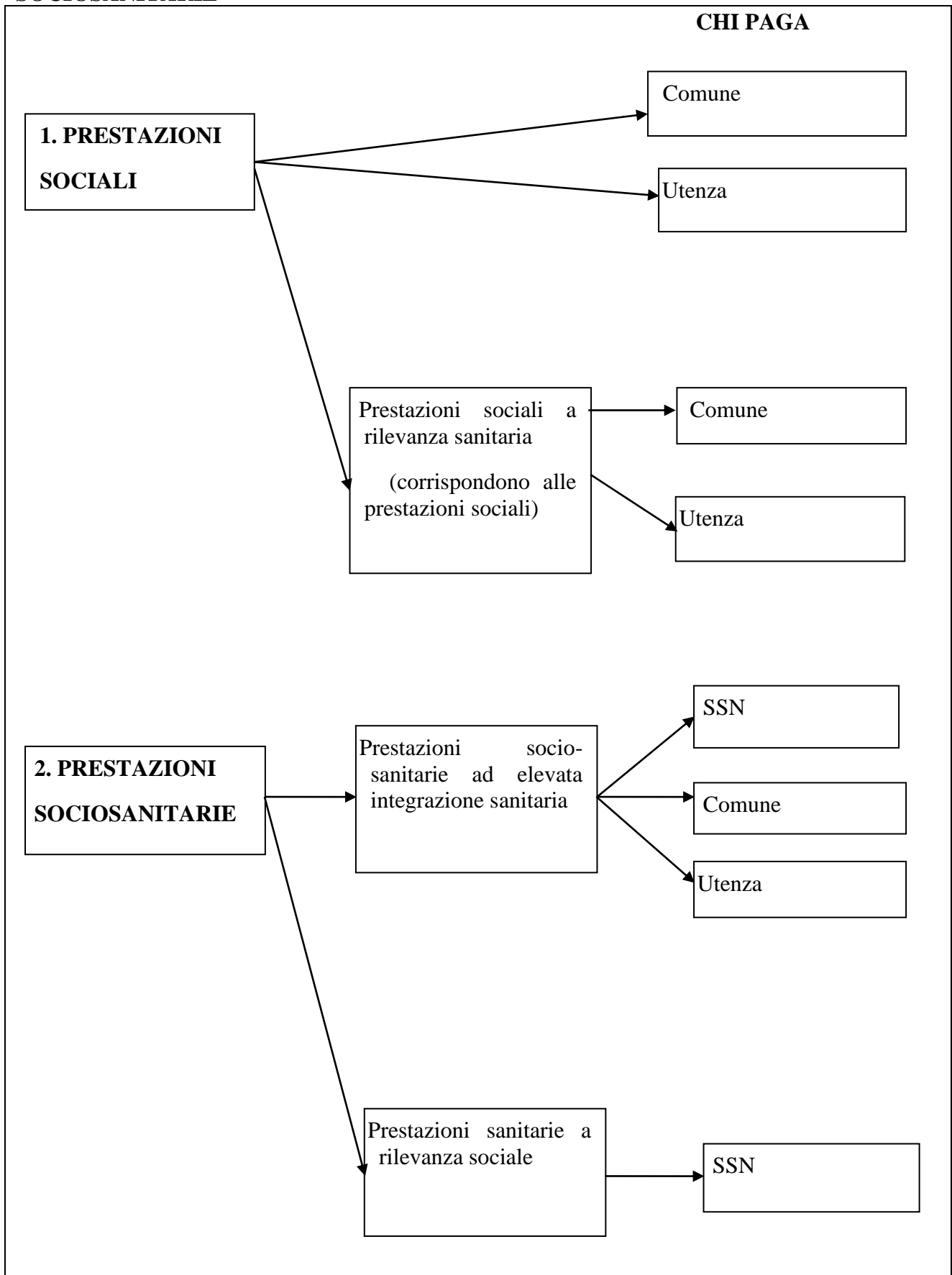
Tutte e sette le prestazioni (una domiciliare, 2 semiresidenziali e 4 residenziali) costituiscono, in base al quadro normativo, le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, che sono le uniche prestazioni sociosanitarie ad essere sottoposte alla suddivisione della spesa fra vari soggetti. Il linguaggio delle norme è spesso arido per cui, per facilitare al massimo la comprensione di ciò di cui stiamo parlando può essere utile fare alcuni esempi. Quando parliamo di prestazioni domiciliari ci riferiamo all'assistenza domiciliare integrata (ADI), quando parliamo di assistenza semiresidenziale ci riferiamo all'accoglienza nei Centri diurni per anziani o per disabili, così come quando parliamo di assistenza residenziale ci riferiamo all'accoglienza nelle strutture residenziali per disabili o per anziani (Cfr. Tab. 5).

La differenziazione che abbiamo operato fra prestazioni sociali e prestazioni sociosanitarie si giustifica proprio con i diversi soggetti che compartecipano alla spesa del servizio:

- nelle prestazioni sociali la spesa è a carico del comune e/o dell'utente,
- mentre nelle prestazioni sociosanitarie la spesa è a carico del Servizio sanitario nazionale e del comune che a sua volta può chiamare l'utente a compartecipare (in tutto o in parte) (Cfr. Figura 1).

⁵ Organismo istituito dalla Conferenza Stato-Regioni in attuazione del punto 15 dell'accordo dell'8 agosto 2001. L'interpretazione formale è stata approvata nella riunione del 17 luglio 2002 e riportata nella Relazione conclusiva sullo stato dei lavori del tavolo di monitoraggio e verifica sui livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui al punto 15 dell'accordo 8 agosto 2001 dell'aprile 2003.

Figura 1 – LA SUDDIVISIONE DELLA SPESA PER LE PRESTAZIONI SOCIALI E SOCIOSANITARIE



2.2. L'attuazione regionale

La misura della suddivisione dei costi delle prestazioni socio-sanitarie fra il settore sociale e sanitario è proposta dal DPCM del 12/1/2017 ma spetta alle singole regioni assumere le determinazioni definitive sulla materia, con pochi margini di modificare le quote a carico del SSN ma con molta autonomia per quel che riguarda le norme di dettaglio. In realtà, le quote a carico del SSN possono anche essere aumentate dalle regioni ma solamente se i maggiori costi che da questo derivano non sono coperti dal Fondo sanitario nazionale ma sono affrontati con risorse proprie delle regioni.

Una volta definita la quota sanitaria, la quota sociale a carico del comune/utenza si ottiene, in via residuale, per differenza.

L'esperienza degli anni passati ci ha dimostrato che le regioni, nel loro complesso, danno attuazione alle norme nazionali sulla suddivisione della spesa con molto ritardo, spesso dopo anni, ed in una minoranza di casi anche apportando delle modificazioni rispetto a quanto stabilito dalla legge. Tali difformità, con il tempo, sono spesso rientrate nella norma nelle regioni sottoposte a commissariamento per disavanzo eccessivo mentre sono state tollerate dal Ministero della Salute nelle regioni in equilibrio finanziario. Le regioni hanno innovato poco rispetto al quadro proposto dalle norme nazionali cosicché è rimasto elevato l'onere a carico delle famiglie nell'assistenza residenziale. In qualche caso, pochi per fortuna, la regione non ha neanche riconosciuto il 50% dei costi sanitari per le strutture residenziali sociosanitarie. Si registra però anche il tentativo, in alcune regioni, di sostenere gli oneri sanitari in modo superiore alla norma nazionale nell'assistenza dei disabili gravi e nell'assistenza semiresidenziale degli anziani.

Nei pochi casi in cui le regioni non riconoscono almeno la quota sanitaria del 50% del costo della struttura residenziale per anziani si pone con forza il problema di come garantire il diritto dell'anziano. Questo compito spetta soprattutto allo Stato che lo deve esercitare attivando un monitoraggio puntuale su questi aspetti, rendendo pubblici i dati relativi e, se del caso, sanzionando i comportamenti irrispettosi dei Livelli essenziali di assistenza. Il sistema degli indicatori elaborati dal Ministero della Salute per verificare l'attuazione dei LEA nel settore delle prestazioni sociosanitarie, però, è assolutamente inadeguato a rilevare queste problematiche per cui va profondamente rivisto. In questo caso, addirittura, i rilevamenti ministeriali assommano i dati relativi all'assistenza residenziale a quella semiresidenziale rendendo inutilizzabili gli uni e gli altri.

Numerose differenze seppur di modesta entità si registrano nell'applicazione da parte delle regioni dei criteri relativi alle fasi dell'assistenza residenziale. L'orientamento prevalente delle regioni prevede comunque che l'assistenza residenziale degli anziani non autosufficienti in fase intensiva ed estensiva, generalmente contenuta entro i primi tre mesi di ricovero (ma spesso di minor durata), sia a completo carico delle ASL mentre nella fase di lungoassistenza tale quota a carico della ASL si riduce sostanzialmente al 50% circa del totale dei costi. Le differenze regionali si sviluppano soprattutto nella diversa durata temporale delle fasi intensiva ed estensiva, comunque delimitate, superate le quali si entra nella fase della lungoassistenza con applicazione della compartecipazione alla spesa all'assistito e al comune. Facciamo un esempio: Mario Rossi viene ricoverato in una residenza sanitaria assistenziale (RSA) il primo marzo. La regione di residenza di Mario Rossi ha deciso di considerare unitariamente la fase intensiva ed estensiva delle RSA (capita spesso) stabilendo la sua durata in 60 giorni. Il ricovero del signor Mario Rossi si protrae per 90 giorni. Ebbene, nella fase intensiva/estensiva di 60 giorni il ricovero è totalmente a carico del Servizio sanitario regionale mentre dal sessantunesimo giorno di ricovero il signor Mario Rossi deve pagare la sua quota di spesa relativa al ricovero nella RSA.

Molto diversificate nelle diverse regioni rimangono le quote di partecipazione alla spesa a carico dell'utente dell'assistenza residenziale. In questo quadro è difficile anche costruire delle categorie interpretative o dei modelli esemplificativi dei comportamenti regionali. Per valutare correttamente questa situazione occorre anche tener conto delle rilevanti differenze regionali negli standard

assistenziali delle strutture e della diversa composizione della rete residenziale (RSA, residenze sociosanitarie e residenze assistenziali).

Nel caso dell'ultimo Decreto sui LEA del 2017, stante il fatto che i nuovi LEA hanno apportato solo poche modifiche al quadro precedente (LEA del 2001), le regioni non si sono affrettate a recepire le ultime innovazioni (per esempio, non sono più previste le strutture residenziali per chi non ha un sostegno familiare ed al loro posto sono previste le strutture residenziali per disabili che richiedono un moderato impegno assistenziale) preferendo, in maggioranza, procedere con lentezza mantenendo il vecchio ordinamento che in gran parte è ancora in linea con la nuova normativa.

Un ruolo molto importante continua dunque ad essere svolto dalle regioni che hanno innanzitutto il compito di determinare le tariffe di riferimento delle strutture con la ripartizione fra quota sanitaria e quota sociale. Spetta inoltre sempre alle regioni vigilare direttamente nei confronti delle aziende sanitarie e delle strutture convenzionate affinché quanto deciso venga rispettato.

3. LA SUDDIVISIONE DELLA SPESA FRA UTENTE E COMUNE

Le regole e le quote di partecipazione alla spesa delle ASL, dei comuni e delle famiglie sono strettamente interdipendenti. La suddivisione della spesa sociale fra utente e comune dipende ovviamente anche dalla suddivisione della spesa fra il settore sanitario e il settore sociale. E' del tutto evidente, per fare un esempio, che se la Regione decide di coprire una certa quota sanitaria di spesa delle strutture residenziali questa influisce automaticamente sulla dimensione della rimanente quota sociale.

Le prestazioni sociali di competenza dei comuni possono prevedere il concorso al costo delle prestazioni da parte degli utenti. Lo stabilisce la L. 328/2000 in diversi dei suoi articoli (artt. 8, 18 e 25).

Le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria, oltre alla quota sanitaria, possono prevedere una compartecipazione alla spesa da parte del comune, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente prevista dalla disciplina regionale e comunale (D.P.C.M. 14 febbraio 2001).

Per tutte e due le tipologie di prestazioni - sociali e sociosanitarie -, dunque, si pone il problema della eventuale ripartizione della spesa fra il comune e l'utente. La ripartizione viene effettuata sul costo pieno nel caso delle prestazioni sociali mentre nel caso delle prestazioni sociosanitarie viene effettuata sul costo detratto della quota sanitaria.

L'approccio al problema, comunque, non cambia per cui la questione della suddivisione della spesa fra comune ed utente delle prestazioni sociali e sociosanitarie verrà trattata in questo paragrafo in modo unitario.

3.1. I criteri per la suddivisione della spesa

Una volta stabilita la quota sociale (costo pieno nel caso di prestazioni sociali e costo pieno detratto della quota sanitaria nel caso di prestazioni sociosanitarie) della tariffa giornaliera occorre definire come essa viene ripartita sull'assistito e sul comune di residenza.

La legge 328/2000 (art 8, comma 3 lettera l) prevede che siano le Regioni a determinare i criteri per il concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni. L'applicazione spetta poi ai comuni che, attraverso l'adozione della Carta dei Servizi sociali (art. 13 comma 2 della L. 328/2000), definiscono i criteri per l'accesso ai servizi unitamente ai parametri per valutare le condizioni di chi può accedere prioritariamente ai servizi (art 6, come 2 lett. e).

La regione deve determinare i criteri per il concorso degli utenti al costo delle prestazioni sulla base dei criteri stabiliti dal Piano sociale nazionale che a sua volta deve tener conto dei principi stabiliti dal d.lgs. n. 109 del 1998 (ora abrogato), che, come è noto, ha introdotto l'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE). Occorre però rammentare che il Piano sociale nazionale non ha fissato alcun criterio per la partecipazione alla spesa e non ha richiamato alcun principio stabilito dal D. Lgs. n. 109 del 1998 per cui le regioni possono decidere in piena libertà.

Le regioni, però, devono stabilire i criteri per la compartecipazione dell'utenza utilizzando obbligatoriamente l'ISEE, in quanto livello essenziale delle prestazioni sociali, ai fini dell'accesso e della definizione del livello di compartecipazione al costo delle prestazioni sociali agevolate (art 2, comma 1, del D. Lgs. 159/2013). L'obbligo non vale, evidentemente, per le prestazioni sociali non agevolate e cioè quelle per le quali all'utenza viene richiesto il pagamento del costo pieno della prestazione.

Box 1 - I criteri regionali per la suddivisione della spesa. Sintesi

La legge 328/2000 (art 8, comma 3 lettera l) prevede che siano le Regioni a determinare i criteri per il concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni.

Possono farlo con ampia libertà ma prevedendo obbligatoriamente l'utilizzo dell'ISEE, ma solo per le prestazioni sociali agevolate.

L'errore più comune in cui incappano coloro che definiscono i criteri di compartecipazione alla spesa è quello di equiparare l'ISEE al reddito disponibile. Ad un ISEE di 7.000 euro alcuni pensano che corrisponda un reddito mensile di 600 euro. Non è così. In una famiglia di 5 persone che abita in affitto, un ISEE di 7.000 euro potrebbe corrispondere un reddito annuo di 28.000 euro. In realtà, l'ISEE è un indicatore convenzionale che serve a comparare i redditi e i patrimoni familiari ma non è rappresentativo del reddito disponibile per cui non può essere utilizzato come unico elemento per determinare il concorso alla spesa dell'assistito. Facciamo un altro esempio. Potrebbero esserci anziani con la pensione al minimo ma con un ISEE elevato perché proprietari di una abitazione di valore. A questi anziani con un ISEE elevato non si dovrebbe chiedere una quota di compartecipazione elevata perché non sarebbero in grado di pagarla.

Questi sono alcuni degli elementi di complessità che devono affrontare le regioni e poi anche i comuni quando affrontano il tema.

Alcune realtà regionali hanno affrontato l'adempimento della determinazione dei criteri per il concorso da parte degli utenti al costo delle prestazioni in modo organico mentre altre l'hanno affrontato in modo generico o non l'hanno affrontato lasciando ampia autonomia ai comuni. Il risultato è costituito da un'ampia differenziazione regionale a cui si aggiunge anche una grande varietà tra i vari Comuni, anche appartenenti alla stessa Regione.

Per dare una idea della grande varietà presente nel territorio nazionale si tenga conto che per taluni servizi (per esempio l'assistenza scolastica per disabili), spesso, non viene prevista una compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza mentre in altri servizi (per esempio l'assistenza residenziale per anziani) tutti gli oneri economici sono posti a carico dell'utente e della sua famiglia lasciando un intervento residuale al comune solo nel caso in cui l'anziano non sia in grado di pagare integralmente la retta residenziale.

Nei comuni italiani, la quota effettiva di costo che si chiede di pagare al singolo utente dipende prioritariamente dagli eventuali criteri stabiliti dalla regione, a cui si possono aggiungere i seguenti elementi e criteri di interesse comunale:

- i requisiti di accesso alle prestazioni (criteri di accesso poco o molto selettivi condizionando la spesa complessiva possono influire anche sul livello di compartecipazione) in relazione al numero di utenti potenziali presenti in un territorio (livello del bisogno);
- la condizione economica del beneficiario e del suo nucleo familiare;
- la tipologia dei servizi utilizzati ed, in alcuni casi, dalla quantità di servizio richiesto;
- il costo del servizio;
- le risorse a disposizione.

Le scelte dei comuni, dunque, tenuto conto che gli eventuali criteri regionali lasciano sempre una certa autonomia ai comuni, in genere, sono caratterizzate da ampia varietà.

3.2. Le ragioni della compartecipazione dell'utenza

La compartecipazione dell'utenza ai costi può avere diverse motivazioni, non alternative fra loro, come la riduzione del rischio di moral hazard⁶, la volontà aumentare le entrate o di contenere i costi riducendo la domanda di servizi o come quella che le riassume tutte di favorire l'avvicinamento di domanda e offerta, sia sostenendo il finanziamento dei servizi, sia scremando la domanda.

Occorre tener conto che il settore dei servizi sociali e sociosanitari rispetto agli altri comparti del welfare soffre di alcune problematiche specifiche: primo fra tutti quello dell'insufficienza dell'offerta rispetto alla potenziale domanda, che rimane il dilemma maggiore nell'organizzazione di questo genere di servizi.

La scelta della compartecipazione, quindi, tenderebbe a risolvere, pur parzialmente, due problemi: quello della sostenibilità finanziaria dei servizi e quello della regolazione dell'incontro fra domanda e offerta.

Per quanto riguarda il primo aspetto, la scelta di ricorrere alla compartecipazione, pur motivata da ragioni di sostenibilità, pone problemi di equità sul piano della distribuzione del costo dei servizi tra la popolazione: centrale da questo punto di vista risulterebbe dunque la modalità con cui avviene il calcolo dei vari livelli di compartecipazione.

Per quanto attiene invece al secondo punto - la modalità regolativa del *matching* domanda/offerta - occorre rammentare i rischi connessi all'esercizio di questa funzione che con relativa facilità può passare dal contrasto al moral hazard alla razionalizzazione dei servizi attraverso la leva tariffaria.

3.3. La dimensione economica complessiva della compartecipazione al costo dell'utenza.

Solo una quantità minoritaria di prestazioni sociali e sociosanitarie viene sottoposta alla compartecipazione alla spesa da parte dell'utenza. Non ci sono regole uniformi e fisse. La compartecipazione alla spesa da parte degli utenti viene applicata soprattutto nei servizi per gli anziani e, in misura minore, nei servizi per disabili. Nei servizi in cui la compartecipazione viene applicata gli oneri a carico dell'utenza variano molto, in genere aumentando in relazione all'onerosità del servizio. In sostanza, più è costoso il servizio e più è elevata la quota percentuale di compartecipazione dell'utenza. E' stato, infatti, stimato che la quota di compartecipazione dell'utenza del Servizio comunale di assistenza domiciliare (SAD) sia mediamente del 13% circa dell'intero costo, che la quota di compartecipazione per i centri diurni per anziani sia del 30% e che la quota di compartecipazione per le strutture residenziali per anziani sia del 48% circa del costo complessivo (Pesaresi, 2019).

3.4. Come misurare il reddito degli assistiti?

La determinazione del livello di compartecipazione al costo dei servizi avviene quasi sempre prendendo in considerazione la condizione economica del beneficiario e del suo nucleo familiare. E' quella che in Europa si chiama "prova dei mezzi, intendendo per mezzi le risorse economiche a disposizione di coloro che richiedono le prestazioni agevolate. In genere, all'aumentare del reddito,

⁶ Il rischio morale o moral hazard ricorre in macroeconomia laddove gli operatori economici possono sentirsi incentivati a intraprendere comportamenti eccessivamente rischiosi, qualora essi possano contare una significativa probabilità che i costi associati a un eventuale esito negativo delle loro azioni ricadano sulla collettività, o su altri operatori o categorie di operatori. Applicato ai servizi sociali e sociosanitari consiste nel rischio che l'utenza usufruisca di servizi anche se non necessari perché sono forniti gratuitamente.

aumenta il livello di compartecipazione dell'utenza. Lo strumento individuato a livello nazionale per l'accesso alle prestazioni e, in molti casi, per calcolare il livello di compartecipazione dell'utenza al costo del servizio è costituito dall'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)⁷. Esso è lo strumento di valutazione della condizione economica di coloro i quali richiedono prestazioni e servizi sociali e sociosanitari agevolati. E' questo il criterio unificato più idoneo a cui far ricorso ogni volta che una politica richiede la valutazione della condizione economica dei potenziali beneficiari.

Con l'approvazione del DPCM n. 159/2013, relativo al "Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente" (ISEE) è stato aggiornato lo strumento di valutazione della condizione economica di coloro che richiedono le prestazioni sociali agevolate.

Il nuovo Decreto prevede sei diverse tipologie di ISEE in relazione alla tipologia di prestazione richiesta, che sono:

1. ISEE Standard o ordinario, per la generalità delle prestazioni;
1. ISEE Minorenni con genitori non coniugati tra loro e non conviventi per prestazioni agevolate rivolte a minorenni;
2. ISEE Università, per l'accesso alle prestazioni per il diritto allo studio universitario;
3. ISEE Sociosanitario per prestazioni agevolate di natura sociosanitaria (escluse le prestazioni residenziali). Si applica anche ai corsi di dottorato;
4. ISEE Sociosanitario-Residenze, per i ricoveri nelle RSA, residenze protette e residenze assistenziali;
5. ISEE corrente calcolato con riferimento ad un periodo di tempo più ravvicinato al momento della richiesta della prestazione.

Le diverse tipologie di ISEE presentano metodologie di calcolo differenziate basate soprattutto su un diverso nucleo familiare di riferimento.

L'art 2, comma 1, del D. Lgs. 159/2013 stabilisce che la determinazione e l'applicazione dell'ISEE ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate, nonché della definizione del livello di compartecipazione al costo delle medesime, costituisce livello essenziale delle prestazioni. In relazione a tipologie di prestazioni che per la loro natura lo rendano necessario e ove non diversamente disciplinato in sede di definizione dei livelli essenziali relativi alle medesime tipologie di prestazioni, gli enti erogatori possono prevedere, accanto all'ISEE, criteri ulteriori di selezione volti ad identificare specifiche platee di beneficiari, tenuto conto delle disposizioni regionali in materia e delle attribuzioni regionali specificamente dettate in tema di servizi sociali e sociosanitari. L'individuazione dell'ISEE quale Livello Essenziale comporta che il suo utilizzo sia obbligatorio per determinare l'accesso e il livello di compartecipazione al costo alle prestazioni sociali e sociosanitarie agevolate. Si rammenta che le prestazioni agevolate sono quelle per le quali all'utenza viene richiesto il pagamento di una quota inferiore al costo complessivo della prestazione. Questo significa che l'ipotesi di Indicatori della situazione economica equivalente regionali che differiscano da quanto stabilito dal D. Lgs. 159/2013 non sono permessi.

La previsione di strumenti di valutazione del reddito degli assistiti diversi da regione a regione, infatti, crea immediatamente una disparità di trattamento fra i residenti delle varie regioni e mette in discussione le finalità dei Livelli essenziali. Per contro avere uno strumento nazionale per la valutazione dei redditi - tenuto conto della permanenza delle diverse soglie regionali di compartecipazione alla spesa - è il dato minimo per dare dignità ed equità ai Livelli essenziali.

I requisiti di accesso alle prestazioni, e quindi l'ISEE, sono decisivi per l'ammissione alle prestazioni sociali e sociosanitarie agevolate. Operando sulle fasce ISEE di compartecipazione si

⁷ Art. 25 della L. 328/2000.

possono ampliare o restringere le possibilità di accesso ai servizi assistenziali determinando, con scelte politiche da non sottovalutare, l'equità di accesso alle prestazioni.

3.5. La prova dei mezzi in Europa

Il percorso di questi ultimi anni dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) è stato abbastanza tortuoso, fra ricorsi amministrativi, una comprensione dello strumento sovente non adeguata ed un suo uso non sempre esteso a tutti i servizi. Eppure l'ISEE e gli altri strumenti simili sono utilizzati in tutti i paesi europei per valutare le risorse delle persone che chiedono l'accesso alle prestazioni del welfare. I diversi strumenti e procedure utilizzati a questo scopo vengono raggruppati nella locuzione di "*means test*" ovvero di "prova dei mezzi", intendendo per mezzi le risorse economiche a disposizione di coloro che richiedono le prestazioni previdenziali, assistenziali, scolastiche, sanitarie, familiari ecc.

La prova dei mezzi (o "*means test*") consiste in una forma di valutazione da parte di un'autorità pubblica, della situazione economica di chi richiede una prestazione di assistenza o l'accesso a condizioni agevolate ad un servizio. Il termine "prova dei mezzi" riassume una serie di indicatori delle disponibilità economiche del soggetto richiedente (reddito individuale, reddito familiare, ricchezza patrimoniale); in base ai valori che tali indicatori assumono viene dichiarata l'esistenza del diritto di un soggetto a determinati trasferimenti monetari o servizi (Ferrera, 2006). In altre situazioni, in base alla prova dei mezzi può essere richiesta al cittadino una partecipazione alle spese sostenute per l'erogazione di un servizio, secondo una progressività definita su base reddituale e/o patrimoniale. Le prestazioni sociali di tipo *means-tested* corrispondono a un'impostazione di accesso selettivo e possono essere intese come strumenti di redistribuzione e perequazione, seppure più spesso abbiano finalità legate a vincoli di bilancio.

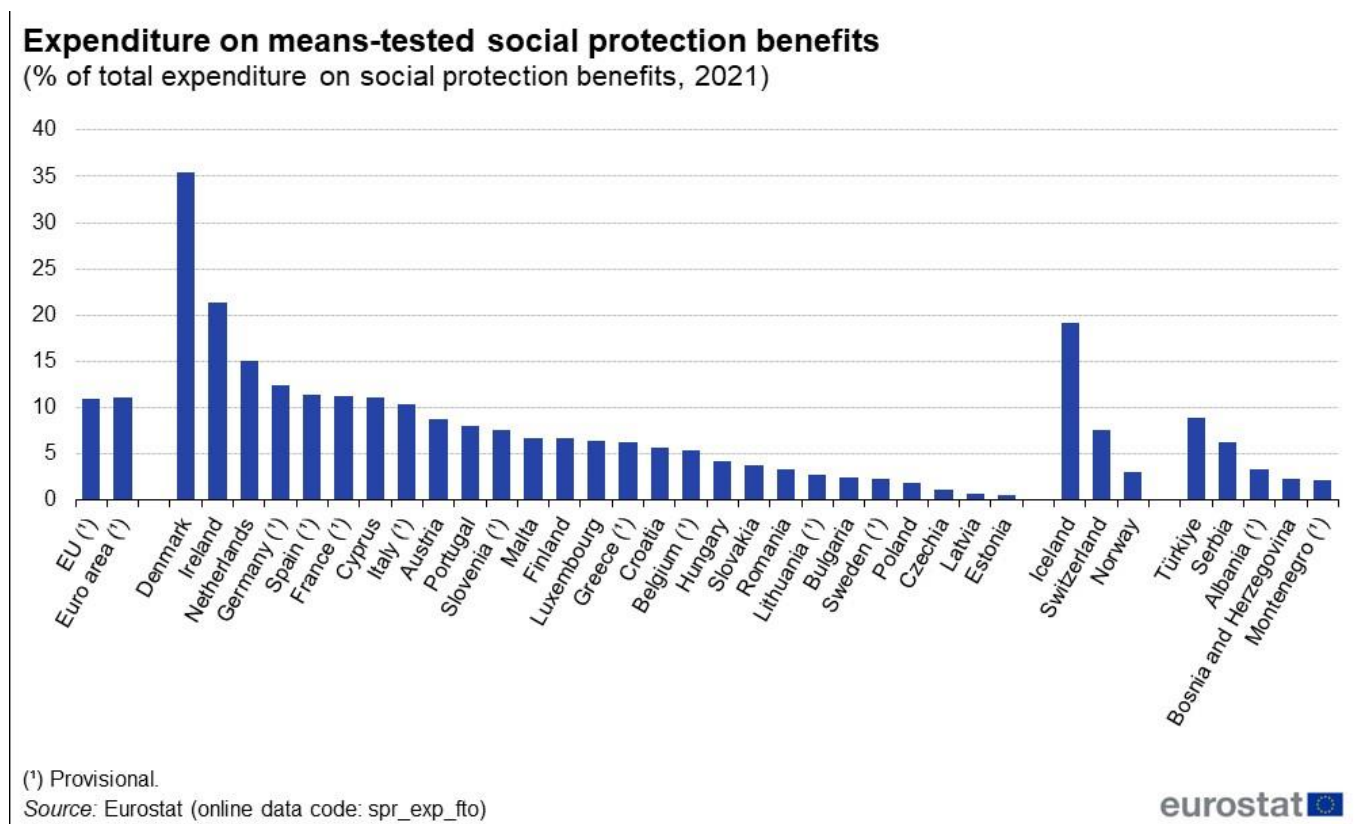
In Italia, la prova dei mezzi si effettua attraverso lo strumento dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) ma in Europa questa assume forme e contenuti estremamente diversificati tanto che non esiste una definizione legale, almeno degli organismi internazionali, della prova dei mezzi.

Secondo le statistiche disponibili le prestazioni di protezione sociale sottoposte alla prova dei mezzi, in Europa, costituiscono il 10,9% (2021) di tutte le prestazioni⁸ (Cfr. fig. 2) (Eurostat, Social protection statistics, 2023). Una parte relativamente elevata di tali spese è stata erogata in relazione alla funzione abitativa e di esclusione sociale. Siamo pertanto in presenza di quote ancora basse che fanno svolgere alla prova dei mezzi un ruolo secondario nel sistema di welfare europeo. Inoltre, la spesa sociale sottoposta alla prova dei mezzi è in diminuzione rispetto al 2017, quando costituiva l'11,8% del totale.

⁸ Tra gli Stati membri dell'UE, la quota di prestazioni accertate sottoposte alla prova dei mezzi sulla spesa totale per le prestazioni di protezione sociale ha raggiunto un massimo del 5,5% in Danimarca, mentre una quota relativamente elevata è stata registrata anche in Irlanda (21,3%); le loro quote erano considerevolmente più elevate rispetto ai restanti Stati membri, poiché la terza quota più elevata era il 15,0%, registrata in Olanda. All'altro estremo della gamma, i benefici di welfare sottoposti alla valutazione della prova dei mezzi rappresentano meno del 3,0% della spesa totale per prestazioni di protezione sociale in sette Stati membri, con le quote più basse registrate in Lettonia ed Estonia, entrambe allo 0,6%. La spesa sociale sottoposta alla prova dei mezzi è in diminuzione rispetto al 2017, quando costituiva l'11,8% del totale.

In Italia la spesa complessiva per le prestazioni sociali sottoposte alla prova dei mezzi ammonta al 10,3% (nel 2021), una quota più bassa di quella media europea ma in sensibile crescita (nel 2012 era del 5,6%), soprattutto dopo l'introduzione del Reddito di cittadinanza. (Eurostat, 2023). Il valore dell'Italia è relativamente basso perché il 78,8% della spesa per la protezione sociale è assorbito da tre funzioni del welfare la cui spesa non è condizionata alla prova dei mezzi: salute, vecchiaia e superstiti.

Figura 2 – Le prestazioni di protezione sociale (%) sottoposte alla prova dei mezzi in Europa, 2021. Dati in % della spesa totale.



Fonte: Eurostat, Social protection statistics, 2021

Se anche il suo scopo differisce da un paese all'altro (c'è anche la necessità di selezionare la domanda di prestazioni) e anche all'interno dei paesi stessi, un obiettivo chiave è condiviso: in un contesto di restrizioni di bilancio, la prova dei mezzi applicata alle prestazioni mira a combattere la povertà puntando a fornire aiuto a coloro che sono considerati in un stato di grande bisogno.

I due principali modelli applicativi della prova dei mezzi sono:

- 1) modello del "ciglio del burrone";
- 2) modello della riduzione dei benefici.

Modello del “ciglio del burrone”

La prova dei mezzi è talvolta associata con un potenziale effetto acuto, denominato "ciglio del burrone". In questo modello, i richiedenti con reddito o patrimonio al di sopra di un livello di soglia non sono ammissibili al sostegno, mentre quelli il cui reddito o patrimonio sono al di sotto del livello di soglia ricevono il pacchetto completo. Di conseguenza, alle persone il cui reddito è leggermente al di sopra di una soglia viene negato il beneficio mentre quelli il cui reddito è appena sotto lo stesso tetto possono godere appieno del beneficio. Esistono solo due categorie di richiedenti: coloro che sono ammissibili al beneficio e quelli che non lo sono.

In Europa non è questo il modello applicativo più diffuso.

Modello della riduzione dei benefici

Il sistema della diminuzione dei benefici di welfare è di gran lunga la tecnica più diffusa nei paesi europei.

Alcuni paesi hanno sviluppato in alternativa (o in aggiunta) un sistema in cui la prova dei mezzi cerca di evitare l'effetto “ciglio del burrone” attraverso la creazione di meccanismi di riduzione dei benefici in base al reddito disponibile. Il collegamento dell'importo del beneficio con le risorse disponibili dell'utente consente un'equa redistribuzione delle risorse pubbliche tra i richiedenti senza inibire altri obiettivi. Uno degli aspetti interessanti della tecnica della diminuzione è la flessibilità. I principali metodi utilizzati, che possono mutare anche in relazione alle diverse prestazioni e ai diversi obiettivi, sono:

- La creazione di diverse fasce di reddito/risorse. Una quantità di beneficio, inversamente proporzionale alle risorse disponibili, sarà distribuita in modo uniforme a ciascuna fascia. In altre parole, i benefici più elevati vengono erogati alle fasce di reddito più basse; benefici che si riducono al crescere delle fasce di reddito. Alla fine può anche essere previsto che le persone con il reddito più alto non ricevano alcun beneficio.
- Il beneficio viene ridotto proporzionalmente all'aumentare del reddito del beneficiario. Alcuni sistemi più raffinati prevedono la proporzione di riduzione del beneficio che è la velocità con cui il beneficio viene ridotto per tener conto dell'ammontare dei redditi. Per esempio, se il parametro è del 60%, significa che il beneficio sarà ridotto del 60% per ogni reddito ulteriore rispetto alla soglia. Ad esempio, se il reddito aumenta di 100 euro, 60 € saranno ritirate dal beneficio.
- La realizzazione di benefici differenziati. Lo scopo del beneficio è quello di integrare le risorse del richiedente in modo tale che un livello minimo venga raggiunto da tutti. Per esempio, nel caso in cui si voglia garantire a tutti i beneficiari il raggiungimento di un livello minimo di reddito, il beneficio sarà determinato dalla differenza fra il livello minimo di reddito da raggiungere e il reddito posseduto dal beneficiario.

La riduzione dei benefici in base al reddito ha lo scopo di realizzare una più equa redistribuzione delle risorse, ma occorre tener conto anche degli inconvenienti relativi all'attuazione di questo metodo che sono relativi agli alti costi amministrativi e alle difficoltà di comprensione del meccanismo da parte dei beneficiari (Pesaresi, 2019).

3.6. Metodi per il calcolo della compartecipazione in Italia

In Italia, i metodi per determinare la dimensione della compartecipazione alla spesa sono soprattutto due:

1. l'utilizzo di fasce di contribuzione;
2. l'utilizzo del metodo lineare.

Ambedue i metodi, che non sono esaustivi di tutti quelli presenti in Italia (c'è anche quello di una quota fissa di partecipazione alla spesa), sono assimilabili al modello della riduzione dei benefici visto nel paragrafo precedente.

Il metodo delle fasce di contribuzione prevede la definizione di fasce crescenti di reddito ISEE a cui corrispondono delle quote crescenti di compartecipazione al costo dei servizi: Le fasce possono comprendere:

- a) Una soglia di reddito ISEE al di sotto della quale gli utenti sono esentati dal concorrere al costo del servizio;
- b) Una o più fasce di reddito ISEE di valore crescente che prevedono una compartecipazione parziale al costo del servizio, che in genere è percentualmente crescente;
- c) Una soglia di reddito ISEE al di sopra della quale gli utenti pagano integralmente il costo del servizio o l'importo totale della retta.

Questo modo di procedere per l'individuazione della quota di compartecipazione è molto rapido. Va detto, però, che esso presenta un limite; infatti non è mai perfettamente proporzionale alla condizione economica del beneficiario. Per esempio, due individui con un valore ISEE molto simile possono pagare quote diverse solo perché l'uno vicino al limite inferiore di una fascia più alta e l'altro vicino al limite superiore di quella immediatamente più bassa.

L'altro sistema di determinazione della compartecipazione alla spesa è dato dal metodo lineare. In questo caso, la quota di compartecipazione ovvero la tariffa è determinata dalla seguente formula: "ISEE moltiplicato per la percentuale predefinita".

La percentuale rimane fissa mentre le tariffe a carico delle famiglie crescono in relazione all'aumentare del loro reddito. Chi ha redditi ISEE più elevati paga di più (o riceve di meno). Le quote di partecipazione, fatta eccezione per la fascia di esenzione totale e di partecipazione piena alla spesa, crescono proporzionalmente all'indicatore ISEE in base alla percentuale di compartecipazione stabilita ed uguale per tutti. Si crea così un continuum di valori di compartecipazione limitando per questa via la divisione in categorie di individui (che si genera inevitabilmente con la individuazione di fasce di individui). Questo metodo è ancora poco usato.

Le fasce di reddito ISEE stabilite dalla varie regioni presentano grandi disomogeneità, in particolare nella identificazione di quel livello al di sotto del quale gli utenti sono esentati dal pagamento della quota di partecipazione alla spesa che peraltro spesso cambia nella stessa Regione al cambiare del servizio a cui si riferisce.

3.7. Redditi esclusi dalla compartecipazione dell'utente

Quando la compartecipazione alla spesa rischia di essere molto elevata, in genere, si applicano delle regole speciali. Per esempio, non tutte le risorse economiche dell'assistito possono essere utilizzate per pagare le rette delle strutture residenziali. Una parte delle sue entrate mensili devono essere prioritariamente garantite all'assistito per le piccole spese personali (o per eventuali servizi aggiuntivi richiesti dall'ospite). La maggioranza delle regioni ha regolato la materia ma con orientamenti assai diversificati circa la cifra da riservare all'utente mentre le altre regioni hanno lasciato ai regolamenti dei comuni la definizione della materia. Nella maggior parte dei casi regolati dalle regioni la somma da garantire mensilmente all'anziano ricoverato è ricompresa nel range 100-150 euro.

In generale, è preferibile che tutte le regioni regolamentino la materia in modo da garantire ad ogni assistito la disponibilità di una piccola somma mensile (100-200 euro) per le piccole spese personali ed un trattamento equo che le diversificate regolamentazioni comunali non sono in grado di assicurare.

Queste somme mensili lasciate nella disponibilità diretta e personale dell'assistito vanno preliminarmente sottratte dal suo reddito disponibile prima di provvedere al calcolo della retta per la permanenza nella struttura residenziale.

3.8. Chi paga quando i redditi dell'utente sono insufficienti?

Quando i redditi dell'utente sono insufficienti a pagare in tutto o in parte la compartecipazione richiesta, chi viene chiamato a farsi carico della spesa? Questo è uno dei quesiti centrali e ricorrenti nel dibattito giuridico e tecnico relativo alla ripartizione dei costi dei servizi più onerosi per l'utenza, quali possono essere per esempio le strutture residenziali per anziani e, in misura minore, i centri diurni.

In questa situazione possono ricorrere tre ipotesi che, in genere, vengono esperite con la sequenza escludente⁹ di seguito indicata:

1. La richiesta degli "alimenti" ai familiari;
2. Il coinvolgimento dei familiari sulla base di leggi regionali e/o regolamenti comunali;
3. Il coinvolgimento del comune.

3.8.1. *Gli alimenti*

Quando una persona si trova nella necessità di dover fruire di un servizio importante come la collocazione in una struttura residenziale o in un centro diurno (o potenzialmente anche altri servizi) e non riesce in tutto o in parte a pagare la retta prevista perché non ha le risorse sufficienti può richiedere ai familiari di contribuire al pagamento della retta attraverso l'istituto degli "alimenti legali".

Gli alimenti legali sono prestazioni di assistenza materiale dovute per legge alla persona che si trova in stato di bisogno economico e che trovano la fonte, anche costituzionale, nel dovere di solidarietà (art. 2 Cost.).

L'"obbligo degli alimenti" legali è regolato dall'art. 433 e seguenti del codice civile e sorge quando uno dei familiari è incapace di provvedersi il necessario per vivere e deve essere proporzionato alle possibilità economiche dell'obbligato ed è indipendente dalla convivenza.

A tale obbligo sono tenuti nell'ordine: 1) il coniuge; 2) i figli legittimi, legittimati, naturali, adottivi o, in loro mancanza, i discendenti prossimi anche naturali; 3) i genitori, o in loro mancanza, gli ascendenti prossimi anche naturali; 4) gli adottanti; 5) i generi e le nuore; 6) il suocero e la suocera; 7) i fratelli e le sorelle (Art. 438 c.c.).

Si tratta di un obbligo che può essere graduato in relazione alle concrete capacità reddituali del singolo¹⁰. Infatti, quanto alla misura degli alimenti, l'art. 438 c.c. precisa che devono essere assegnati in proporzione del bisogno di chi li domanda e delle condizioni economiche di chi deve somministrarli e non devono, tuttavia, superare quanto sia necessario per la vita dell'alimentando, avuto però riguardo alla sua posizione sociale.

La norma vigente prevede che la richiesta degli "alimenti" ovvero della partecipazione al pagamento della retta di degenza rimanga un rapporto tra privati (tra familiari) e quindi può essere richiesta solo dal beneficiario ai suoi familiari. Non può essere il comune o l'ente gestore della struttura che accoglie l'assistito a sostituirsi all'interessato e richiedere (più o meno coattivamente) ai familiari una contribuzione per il pagamento della retta al soggetto destinatario della prestazione sulla base dell'istituto degli "alimenti legali"¹¹.

⁹ Nel senso che si segue l'ordine e nel caso in cui una delle ipotesi previste risolva il problema della piena copertura della quota di compartecipazione non si passa all'ipotesi successiva.

¹⁰ L'inadempimento espone al rischio di integrare il delitto di violazione degli obblighi di assistenza familiare di cui all'art. 570 c.p., che prevede la reclusione fino a un anno e la multa da euro 103 a euro 1.032 anche per chi faccia mancare i mezzi di sussistenza agli ascendenti.

¹¹ In realtà dal 2004 al 2008 i familiari potevano subire delle azioni di rivalsa da parte degli enti gestori delle strutture che accoglievano delle persone non in grado di pagare interamente la retta sulla base della sentenza del 24/02/2004 n. 3629 della Prima Sezione Civile della Corte di Cassazione che pronunciandosi su una questione insorta tra la ASL n. 3 di Genova ed una famiglia il cui congiunto era stato ricoverato nel corso del 1995 presso una struttura residenziale, ha stabilito che i parenti tenuti agli alimenti (ai sensi dell'art. 433 del codice civile), possono essere obbligati, ove ne sussistano le condizioni, a contribuire al pagamento della retta di ricovero dei loro congiunti nell'ipotesi in cui questi ultimi non abbiano mezzi sufficienti a provvedervi

3.8.2. *Il coinvolgimento dei familiari*

Il dibattito degli anni scorsi è stato fortemente influenzato da un ampio contenzioso amministrativo davanti ai TAR di tutta Italia chiamati a stabilire chi dovesse pagare le rette alberghiere di disabili ed anziani collocati in strutture residenziali quando gli stessi non avevano le risorse necessarie per pagarle integralmente.

Innanzitutto, è opportuno sciogliere il nodo relativo alla legittimità dell'eventuale coinvolgimento dei familiari nel pagamento della compartecipazione al costo di una retta per una struttura residenziale o semiresidenziale di un congiunto i cui redditi siano insufficiente allo scopo.

Il dubbio è stato risolto dalla Corte Costituzionale che con la sentenza n. 296 del 19 dicembre 2012 ha riconosciuto i profili di costituzionalità alla previsione di un coinvolgimento dei familiari nel pagamento delle rette degli anziani ospitati nelle strutture residenziali.

La sentenza è stata rilasciata all'esito del giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 14 della Legge della Regione Toscana 18 dicembre 2008, n. 66, promosso dal Tribunale amministrativo regionale, che recita che nel caso di prestazioni residenziali *“la quota di compartecipazione dovuta dalla persona assistita ultrasessantacinquenne è calcolata tenendo conto altresì della situazione reddituale e patrimoniale del coniuge e dei parenti in linea retta entro il primo grado”*.

La Corte Costituzionale ha stabilito che la questione di costituzionalità sollevata dal TAR Toscano non fosse fondata ritenendo legittima la previsione della legge regionale toscana che prevede la partecipazione alla spesa dei parenti prossimi nel pagamento della retta per l'assistenza residenziale. Il coinvolgimento dei parenti più prossimi per il pagamento della quota di compartecipazione a carico dell'assistito è quindi una eventualità legittima se è stata definita, come nel caso analizzato, da una legge regionale, nel rispetto quindi della ripartizione delle competenze fra i vari livelli di governo pubblico. Possiamo quindi sintetizzare alcuni punti fermi nel caso in cui una persona che abbia bisogno di fruire di un servizio assistenziale ma che non abbia risorse sufficienti per pagare la quota di compartecipazione al costo del servizio stesso:

- 1) E' possibile chiamare a contribuire al pagamento della retta sociale i familiari;
- 2) I familiari coinvolti possono essere il coniuge e/o i parenti in linea retta entro il primo grado e cioè i genitori o i figli (non è escluso che possano essere coinvolti anche altri familiari ma su quelli indicati la Corte Costituzionale non ha fatto rilievi);
- 3) L'eventuale coinvolgimento dei familiari deve essere stabilito da una legge regionale (le delibere di Giunta regionale possono invece servire a dettagliare i contenuti della legge regionale).

Non è chiaro, invece, se, in assenza di disposizioni di legge regionale, lo stesso potere può essere esercitato dai comuni nell'ambito della loro autonomia regolamentare anche se l'attuale equiparazione costituzionale di regioni e comuni lascerebbe propendere per una risposta positiva.

Il tema dell'eventuale coinvolgimento dei familiari nel pagamento di un servizio assistenziale per un loro congiunto, pone ovviamente sul piatto una serie di altre valutazioni di politica sociale e di ordine etico oltre che economico.

Coinvolgere il solo assistito nel pagamento della retta favorirebbe la famiglia del beneficiario, che, nel caso di utenti disabili, sarebbe spesso costituita dai genitori e nel caso degli anziani sarebbe spesso costituita, oltre che dal coniuge, dai figli dell'anziano. Il rispetto di questo eventuale orientamento comporterebbe molto probabilmente un aggravio di costi per gli enti erogatori ed una

direttamente. La sentenza aveva disposto che i familiari (a prescindere dalle ipotesi di convivenza o di un loro obbligo ereditario), possono subire un'azione degli enti assistenziali per la rivalsa di quanto speso dall'ente pubblico per la sorveglianza dell'anziano parente tornando ad applicare una vecchia legge del 1931, la n. 1580. Poi, però, nel 2008, l'art. 24 del D.L. 25/6/2008, n. 112 (conv. In L. 6/8/2008, n. 133) ha abrogato la L. 1580/1931 per cui la citata sentenza ha perduto ogni fondamento giuridico.

riduzione degli oneri familiari. L'argomento, peraltro, si presta anche ad altre valutazioni. Se si valuta la condizione economica soltanto della persona e non dei suoi familiari, si ottiene l'effetto distorto di dover applicare la stessa contribuzione a utenti che sono in condizioni radicalmente diverse. Ad esempio due anziani con identico scarso reddito personale, ma dei quali:

- il primo viva solo e non abbia rete familiare che possa sostenerlo,
- il secondo viva con altri parenti e abbia una rete familiare (ad esempio figli conviventi o meno) che possiede mezzi economici anche rilevanti,

che dovrebbero essere valutati con identica condizione economica e con identica richiesta di compartecipazione al costo del servizio.

In realtà, la letteratura economica propone senza tentennamenti che la valutazione del benessere di un soggetto debba fare riferimento alla condizione economica del proprio nucleo familiare. Però, occorre anche aggiungere che non esiste una definizione univoca di cosa debba intendersi per "nucleo familiare" anche se è evidente che esso deve essere inteso come l'unità economica a cui i singoli membri concorrono con le proprie entrate e che sostiene le spese di tutti i membri. Non considerare i redditi della famiglia dell'assistito nel pagamento della retta può portare a risultati iniqui perché può ammettere all'assistenza pubblica nuclei familiari anagrafici che non sono in condizioni di bisogno economico. Questo sottrarrebbe risorse a chi, invece, è in condizione di bisogno.

Inoltre, nel caso dell'assistenza residenziale l'idea di tener conto del solo reddito dell'utente si presenta come una politica sociale sbagliata perché produce una deresponsabilizzazione familiare che induce inesorabilmente verso un aumento dell'istituzionalizzazione dei non autosufficienti. Esattamente il contrario dell'obiettivo prioritario di ogni politica sociale che consiste invece nel contrastare l'istituzionalizzazione di anziani e disabili e nel favorire la domiciliarizzazione degli interventi assistenziali. In queste vicende si giocano e si combinano l'alchimia degli affetti e delle opportunità che finora hanno prodotto un risultato accettabile (un basso numero di anziani collocati nelle strutture residenziali rispetto al resto d'Europa) e che, invece, norme poco ponderate rischierebbero di affossare.

3.8.3. *Il coinvolgimento del comune*

Quando l'utente non abbia un reddito sufficiente a far fronte alla compartecipazione richiesta e risulti privo di congiunti o abbia congiunti economicamente incapaci di provvedervi (e quindi insensibili ad una eventuale azione alimentare) interviene il comune a farsi carico della quota dell'utente, al fine di tutelare le persone più fragili e bisognose.

Occorre però sottolineare che l'azione sostitutiva del comune, stante la normativa attuale e l'assenza dei Livelli essenziali delle prestazioni sociali, in situazioni ordinarie non costituisce un obbligo da parte del comune in quanto l'intervento è vincolato alla effettiva disponibilità delle risorse e alla discrezionalità del comune che si esercita con l'attività regolamentare.

L'intervento del comune finalizzato a coprire totalmente o parzialmente la compartecipazione dell'utente incapace a farlo è invece obbligatorio quando il mancato intervento potrebbe mettere a repentaglio la soddisfazione dei bisogni primari di sussistenza, la dignità personale e la sicurezza dell'assistito.

Per esempio, sarebbe obbligatorio un intervento del comune a copertura della retta di un anziano non autosufficiente solo e senza parenti che chiede di entrare in una struttura residenziale per anziani ma che non riesce con la propria pensione a coprire integralmente la retta prevista. In questo caso, la permanenza in casa da solo di una persona che non è in grado di compiere tutti gli atti della vita quotidiana mettono a serio rischio la sua sicurezza per cui l'intervento del comune dovrebbe essere obbligatorio.

Molto importanti, se non addirittura strategici, sono dunque i regolamenti comunali che disciplinano i criteri e i limiti di compartecipazione alla spesa degli utenti, i soggetti eventualmente tenuti al pagamento in luogo dei diretti interessati ed i criteri e i vincoli per l'intervento sussidiario del

comune.

4. PUNTI DI ATTENZIONE PER IL FUTURO

Non esiste una normativa organica sulla suddivisione della spesa dei servizi sociali e socio-sanitari anche se non mancano indicazioni normative disperse però in disposizioni di rango diverso emanate da soggetti diversi. Non bisogna infatti dimenticare che sulla disciplina della compartecipazione alla spesa insistono oggi **tre livelli di normazione**: quello statale, quello regionale e quello comunale.

Per fornire un quadro completo del tema è stato quindi necessario ricostruire e ricollocare le diverse disposizioni di legge fornendo altresì le indicazioni sugli elementi rimessi alla competenza delle regioni quando non anche dei comuni.

Il quadro normativo a disposizione permette comunque di delineare un sistema abbastanza completo anche se non mancano zone grigie da riempire di contenuti ed ipotesi di miglioramento della normativa soprattutto per superare l'ampio contenzioso amministrativo (ricorsi al TAR) che ha sempre contraddistinto la materia.

In questa situazione, le Regioni, che avrebbero dovuto approvare autonomamente i criteri per i modelli di compartecipazione degli utenti e regolarne l'omogeneità applicativa, spesso si sono mosse con grande ritardo e la storica eterogeneità politica, culturale e amministrativa presente nel nostro Paese ha prodotto un quadro estremamente variegato della normazione regionale relativa al tema della compartecipazione al costo dei servizi.

In un sistema in cui si voglia bilanciare l'efficienza nella erogazione dei servizi con l'equità della distribuzione dei loro costi, **quale ruolo** dovrebbe avere lo strumento della compartecipazione? Da un punto di vista ideale non dovrebbe avere nessun ruolo o molto modesto qualora i servizi fruiti dovessero essere inclusi nei Livelli essenziali di assistenza e dunque venissero intesi come diritti esigibili: in questo caso l'unica ragione per l'introduzione di forme di compartecipazione potrebbe essere quella di limitare i fenomeni di "moral hazard", cioè tentare di limitare la domanda ai casi di reale bisogno. La realtà, però, è spesso piuttosto diversa: solitamente infatti l'insufficienza dell'offerta e l'inadeguatezza delle risorse finanziarie complica la reale esigibilità di tali diritti, per cui il sistema di compartecipazione si trova anche a svolgere il ruolo di favorire l'avvicinamento di domanda e offerta (Busilacchi, Pesaresi, 2005), soprattutto nei servizi sociali non identificati come Livelli essenziali.

C'è poi un problema di **omogeneità di comportamento delle regioni** per quel che riguarda i servizi socio-sanitari ricompresi nei LEA. Proprio per assicurare l'uniformità delle prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), spetta allo Stato determinare la ripartizione dei costi relativi a tali prestazioni tra il Servizio sanitario nazionale e gli assistiti, sia prevedendo specifici casi di esenzione a favore di determinate categorie di soggetti, sia stabilendo soglie di compartecipazione ai costi, uguali in tutto il territorio nazionale. Dentro questo quadro i criteri di compartecipazione devono assumere dunque un carattere omogeneo. Né potrebbe essere diversamente, giacché non sarebbe ammissibile che l'offerta concreta di una prestazione sanitaria rientrante nei LEA si presenti in modo diverso nelle varie regioni. Giova precisare che dell'offerta concreta fanno parte non solo la quantità delle prestazioni che devono essere assicurate sul territorio, ma anche le soglie di accesso, dal punto di vista economico, per la fruizione da parte dei cittadini.

Si sta andando in questa direzione? In realtà, per quel che riguarda le strutture residenziali per anziani, c'è ancora una minoranza di regioni che non applica la prevista suddivisione della spesa fra sanità e sociale al 50%. Per esempio, nel caso delle Residenze protette per anziani, la grande maggioranza delle regioni rispetta questo che è un obbligo di legge ma rimane un piccolo gruppo di

regioni che non riesce ancora ad adeguarsi pienamente. Nel 2018, la quota sanitaria media pagata da tutte le regioni italiane raggiungeva il 48,2% dei costi perché tre regioni (Marche, Friuli Venezia Giulia e Liguria) avevano adottato un livello di compartecipazione sanitario sensibilmente più basso di quello previsto (Pesaresi, 2018). La stessa situazione si registra per le residenze sanitarie assistenziali (RSA) della Lombardia, regione nella quale la quota sanitaria della retta è sensibilmente inferiore al 50%. Per interpretare in modo adeguato il dato occorre rammentare che la regione Lombardia gestisce da sola la maggioranza dei posti letto italiani di RSA (Pesaresi, 2016).

Proprio nel settore dell'assistenza residenziale agli anziani non autosufficienti le **quote** di compartecipazione (le rette) sono **molto elevate**. Questo deriva dai costi della residenzialità e dalla ripartizione degli oneri fra sanità e sociale al 50% stabilita da norme nazionali. Una quota significativa di anziani non riesce a pagare integralmente la retta con la propria pensione e questo rende gravosi anche gli oneri che devono essere sostenuti dalle loro famiglie. Occorre pertanto ripensare le politiche per i non autosufficienti che determinano la suddivisione della spesa fra i vari soggetti ma anche al finanziamento di tali politiche prevedendo un supporto finanziario per gli utenti dei servizi residenziali.

La normativa sull'ISEE prevede, in sede di valutazione delle risorse economiche, la non valutazione di alcuni **redditi non fiscalmente rilevanti** come l'indennità di accompagnamento, la pensione di invalidità o anche i contributi economici assistenziali forniti dal comune¹². Un altro dei grandi temi della discussione ruota attorno alla possibilità di utilizzare tali risorse, da parte dell'utente, per pagare la propria quota di compartecipazione alla spesa; infatti, taluni hanno interpretato tale esclusione dall'ISEE anche come esclusione dai redditi disponibili dell'utente. In realtà, alcuni di tali redditi come per esempio l'indennità di accompagnamento sono erogati dallo Stato proprio perché il beneficiario la utilizza per la propria assistenza (e non a caso quando questa viene garantita gratuitamente da una struttura sanitaria l'indennità viene sospesa). Il tema è importante perché l'esclusione di tali redditi non soggetti ad Irpef dalle disponibilità economiche dell'utente potrebbe portare a risultati iniqui nella suddivisione della spesa fra comune e beneficiario del servizio.

Sull'eventuale **coinvolgimento della famiglia** dell'utente nel pagamento della compartecipazione alla spesa del servizio continua a permanere un contenzioso amministrativo significativo e costante. Segno che il quadro normativo è incompleto e confuso ed è indubbio che il problema possa essere risolto solo da una nuova normativa nazionale che definisca meglio le responsabilità degli assistiti e dei loro familiari. In generale, sarebbe opportuno che la famiglia dell'assistito, se necessario, partecipasse alle spese per la compartecipazione ma nei limiti delle possibilità della famiglia stessa. Alcune indicazioni, in questo senso, ma solo per l'assistenza residenziale, vengono anche dal DPCM 159/2013 sull'ISEE, che all'art. 6 stabilisce di aggiungere all'ISEE dell'assistito una componente aggiuntiva per ciascun figlio non convivente calcolata sulla base della situazione economica dei figli medesimi. Questa disposizione, ovviamente, non determina di per sé l'obbligo di compartecipazione alla spesa da parte dei figli non conviventi. Esprime però il principio di corresponsabilità dei figli nell'assistenza dei propri genitori, in caso di bisogno. Sempre il DPCM 159/2013 riconosce implicitamente che nella compartecipazione alla spesa non dovrebbero essere coinvolti altri familiari se non quelli indicati nel decreto stesso a proposito della valutazione dei redditi che deve considerare, nel caso dell'anziano, il suo coniuge e i suoi figli conviventi o meno. L'ISEE serve a valutare i redditi ma non definisce le quote di compartecipazione e chi deve garantirle. E' per questo che i principi individuati devono poi essere tramutati o meno in obblighi

¹² Sono diversi i redditi di cui non si tiene conto nel calcolo dell'Irpef e dell'ISEE. Essi sono: le pensioni di guerra, le pensioni privilegiate ordinarie corrisposte ai militari di leva, le pensioni, indennità, comprese le indennità di accompagnamento e assegni, erogate dal Ministero dell'interno ai ciechi civili, ai sordomuti e agli invalidi civili, i sussidi a favore degli anziani, le pensioni sociali, gli assegni sociali e le maggiorazioni sociali, le borse di studio corrisposte a studenti universitari, le rendite Inail esclusivamente per invalidità o morte, i contributi assistenziali locali.

dalle leggi nazionali e regionali e dai regolamenti comunali e degli enti gestori delle strutture residenziali. Per cui si impone la necessità di completare in modo esplicito il quadro normativo stabilendo dei limiti entro i quali tale partecipazione familiare si esprima per evitare gravami economici insopportabili. Ci deve essere una partecipazione alla spesa nel caso in cui le risorse dell'assistito non siano sufficienti che mantenga il coinvolgimento e la responsabilizzazione della famiglia senza impoverirla e tenendo anche conto del grado di parentela. Da questo punto di vista i riferimenti del Codice Civile vanno precisati e limitati (per esempio solo coniuge, figli, genitori) per evitare coinvolgimenti troppo ampi che oggettivamente appaiono superati. In questo senso le normative vanno adeguate e completate per responsabilizzare i vari soggetti in campo, dare certezza del diritto alle famiglie e piena potestà programmatica alle regioni.

Bibliografia

- Botturi M.G., ISEE dalla riforma alla dichiarazione precompilata, Roma, Gangemi editore, 2020.

- Busilacchi G., Pesaresi F., “Diverse strategie nella richiesta di contributi agli utenti: un’analisi dei modelli di compartecipazione al costo dei servizi LTC nelle regioni”, in *La rivista delle Politiche sociali*, n. 2/2005, Ediesse Editore.
- Eurostat, *Social protection statistics – social benefits*, 2023: sito web: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Social_protection_statistics_-_social_benefits#Means-tested_benefits (accesso 11/5/2024).
- Ministero della Salute, sito web, *Cure domiciliari*, accesso del 12/7/2020: <http://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioContenutiLea.jsp?lingua=italiano&id=4706&area=Lea&menu=socioSanitaria>
- Pesaresi F., “*La prova dei mezzi in Europa*”, in “Welfare Oggi”, n.6/2018. Pesaresi F., *La suddivisione della spesa tra utenti e servizi*, in Gori C. (a cura di) “Le riforme regionali per i non autosufficienti”, Roma, Carocci, 2008.
- Pesaresi F., *Quanto costa la RSA?*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2015 (in particolare il capitolo 6 sulla compartecipazione alla spesa nelle strutture residenziali per anziani).
- Pesaresi F., *Le tariffe delle Residenze protette per anziani*, *I Luoghi della Cura*, 5/10/2018. Link: <https://www.luoghicura.it/servizi/residenzialita/2018/10/le-tariffe-delle-residenze-protette-per-anziani/>
- Pesaresi F., *Anziani e non autosufficienza. Scenari evolutivi*, relazione presentata al Forum non Autosufficienza di Bologna il 27/11/2019. Link: <https://francopesaresi.blogspot.com/2020/01/anziani-e-non-autosufficienza-scenari.html>
- Pesaresi F., *La prova dei mezzi nella LTC in Europa*, *I Luoghi della Cura*, 6/5/2019. Link: <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2019/05/la-prova-dei-mezzi-nella-long-term-care-in-europa/>

Normativa nazionale di riferimento

- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502: Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- Decreto Lgs. 31 marzo 1998, n. 112: "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni ed agli enti locali, in attuazione del capo I della legge 15 marzo 1997, n. 59".
- Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229: “Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale a norma dell’art. 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419”.
- Legge 8 novembre 2000, n. 328: "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001: “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie”.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001: “*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*”.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 5 dicembre 2013, n. 159: “Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente”.
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017: “Definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.
- Provvedimento - Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano - 7 maggio 1998: "Linee-guida del Ministro della sanità per le attività di riabilitazione".