

# IL NUOVO ISEE NELLE PRESTAZIONI SOCIO-SANITARIE: COSA CAMBIA

**Alessandro CANDIDO**

Assegnista di ricerca in diritto pubblico, Università Cattolica di Piacenza  
Professore a contratto di legislazione dei beni culturali, Università di Firenze

Firenze, 20 gennaio 2016

## Il d.P.C.M. n. 159/2013

- Gli obiettivi annunciati dal Governo: migliorare l'equità sociale e combattere gli abusi.
- **ISEE** =  $\text{Reddito} + 20\% \times \text{patrimonio} / \text{scala equivalenza}$
- Il nuovo ISEE nelle intenzioni del Governo:
  - Adotta una **nozione di reddito** disponibile più adatta alle finalità dello strumento, che include anche le somme fiscalmente esenti;
  - Migliora la **capacità selettiva** dell'indicatore mediante una maggiore valorizzazione della componente patrimoniale;
  - Considera le caratteristiche dei nuclei familiari con **carichi** gravosi (es. famiglie numerose e persone con disabilità);
  - **Differenzia** l'indicatore in base al tipo di prestazione richiesta;
  - Riduce l'area dell'**autodichiarazione**, con maggiori controlli.
- **art. 10, co. 4, d.P.C.M. 159/2013:** *“L'INPS determina l'ISEE sulla base delle componenti autodichiarate dal dichiarante, degli elementi acquisiti dall'Agenzia delle entrate e di quelli presenti nei propri archivi amministrativi”*.

## Le prestazioni sociali agevolate nel vecchio ISEE

### Art. 3, co. 2-ter, d.lgs. n. 109/1998

Con riferimento alle prestazioni sociali agevolate erogate a domicilio o in RSA in favore di soggetti con handicap permanente grave, nonché di persone ultrasessantacinquenni non autosufficienti, *«le disposizioni del presente decreto si applicano nei limiti stabiliti con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri [...]»*; quest'ultimo deve essere adottato con l'espresso fine di *«favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza e di evidenziare la situazione economica del solo assistito, anche in relazione alle modalità di contribuzione al costo della prestazione [...]»*.

**Il d.p.c.m. non è stato adottato.**

## La giurisprudenza amministrativa dominante fino a Corte cost. n. 296/2012

- a) L'art. 3, co. 2-ter contiene un **principio immediatamente applicabile**: l'evidenziazione della situazione economica dei soli interessati (per persone con *handicap* permanente grave o soggetti di oltre sessantacinque anni non autosufficienti);
- b) le leggi regionali e i regolamenti devono attenersi a tale principio, «*idoneo a costituire uno dei **livelli essenziali** delle prestazioni [...], mirando proprio a una facilitazione dell'accesso ai servizi sociali per le persone più bisognose*»;
- c) la tesi dell'immediata applicabilità dell'art. 3, co. 2-ter si fonda anche sulla **Convenzione sui diritti delle persone con disabilità**, che impone agli Stati aderenti un dovere di solidarietà nei confronti dei disabili, sottolineando la necessità di valorizzare questi ultimi come soggetti autonomi e a prescindere dal contesto familiare in cui sono collocati.



## Corte cost. n. 296/2012

a) il tenore letterale dell'art. 3, co. 2-ter del d.lgs. n. 109 del 1998 non è stato considerato dal giudice remittente nella sua interezza, posto che il principio dell'evidenziazione della situazione economica del solo assistito rappresenterebbe soltanto uno degli scopi del d.p.c.m. previsto (e non emanato) dalla disposizione, il cui ulteriore obiettivo è altresì quello di *“favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare di appartenenza”*;

b) Mancando i LIVEAS, le Regioni possono legiferare nel modo in cui ritengono più opportuno.

## **Il nuovo ISEE**

### **Art. 6 d.p.c.m. n. 159/2013**

#### **Prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria**

1. Per le prestazioni agevolate di natura socio-sanitaria rivolte a persone di maggiore età, l'ISEE è calcolato in riferimento al nucleo familiare di cui al comma 2, fatto salvo quanto previsto al comma 3. [...]

2. Esclusivamente ai fini delle prestazioni di cui al presente articolo e fatta comunque salva la possibilità per il beneficiario di costituire il nucleo familiare secondo le regole ordinarie di cui all'articolo 3, il nucleo familiare del beneficiario è composto dal coniuge, dai figli minori di anni 18, nonché dai figli maggiorenni [...].

**Il c.d. nucleo familiare ristretto**

# Il nuovo ISEE

## Art. 1 d.p.c.m. n. 159/2013 Definizioni

1. Ai fini del presente decreto valgono le seguenti definizioni:  
[...]

f) «**Prestazioni agevolate di natura sociosanitaria**»: 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, 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.

## **Dal vecchio al nuovo ISEE**

art. 5 del d.l. n. 201/2011: delega per un d.P.C.M. che riformi l'ISEE;

delegificazione (art. 32, co. 12-*bis*, l. n. 135/2012);

Corte Cost., sent. n. 297/2012;

il difficile accordo in Conferenza Unificata (l'iniziale ostruzionismo della Regione Lombardia e delle Province autonome di Trento e Bolzano);

L'approvazione del d.P.C.M. n. 159/2013 (il 3.12.2013) e la sua entrata in vigore (8.2.2014);

L'adozione (in ritardo rispetto alla tempistica dettata dal d.P.C.M. n. 159/2014) del nuovo modello di DSU: il d.m. 7.11.2014, pubblicato in G.U. il 17.11.2014;

1 gennaio 2015: l'entrata a regime del nuovo strumento.



## ISEE e livelli essenziali delle prestazioni

- **Art. 2, d.P.C.M. 159/2013:** «L'ISEE è lo strumento di valutazione, attraverso criteri unificati, della situazione economica di coloro che richiedono prestazioni sociali agevolate. La determinazione e l'applicazione dell'indicatore ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali agevolate, nonché della definizione del livello di compartecipazione al costo delle medesime, costituisce **livello essenziale delle prestazioni**, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, fatte salve le competenze regionali in materia di normazione, programmazione e gestione delle politiche sociali e socio-sanitarie e ferme restando le prerogative dei comuni. 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 socio-sanitari. È comunque fatta salva la valutazione della condizione economica complessiva del nucleo familiare attraverso l'ISEE».

## **L'ISEE quale livello essenziale**

### **Art. 2 d.P.C.M. n. 159/2013**

- L'ISEE è livello essenziale: tutti sono tenuti a utilizzarlo.
- Gli enti erogatori possono prevedere criteri ulteriori (ma non alternativi o paralleli all'ISEE) di selezione volti a individuare specifiche platee di beneficiari.
- Gli enti erogatori devono adeguare i propri regolamenti con l'individuazione delle nuove soglie.

**Tar Lazio, 11.2.2015, nn. 2454, 2458, 2459**  
**(in attesa del Consiglio di Stato: udienza tenutasi il 3.12.15)**

- Il problema delle somme esenti da imposizione fiscale → “[n]on è dato comprendere per quale ragione, nella nozione di “reddito”, che dovrebbe riferirsi a incrementi di ricchezza idonei alla partecipazione alla componente fiscale di ogni ordinamento, sono stati compresi anche gli emolumenti riconosciuti a titolo meramente compensativo e/o risarcitorio a favore delle situazioni di “disabilità”, quali le indennità di accompagnamento, le pensioni INPS alle persone che versano in stato di disabilità e bisogno economico, gli indennizzi da danno biologico invalidante, di carattere risarcitorio, gli assegni mensili da indennizzo ex ll. nn. 210/92 e 229/05. Tali somme, e tutte le altre che possono identificarsi a tale titolo, non possono costituire “reddito” in senso lato né possono essere comprensive della nozione di “reddito disponibile” di cui all’art. 5 d.l. cit., che proprio ai fini di revisione dell’ISEE e della tutela della “disabilità”, è stato adottato” (nn. 2454, 2458, 2459).
- Il problema delle franchigie (n. 2458)

## Fonti che disciplinano la materia

- Artt. 2, 3, 38 Cost.

- 117 Cost.

**co. 1:** obblighi internazionali → Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità

**co. 2:** «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali» (lett m); «previdenza sociale» (lett. o)

**co. 3:** «tutela della salute»; «coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario».

**co. 4:** competenze residuali → servizi e politiche sociali



# La Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità

## L'ordinanza di rimessione alla Corte cost. n. 207/2013

- *“non appare conforme alla Convenzione una normativa interna che imponga di prendere in considerazione la situazione economica dei familiari del soggetto portatore di handicap”*, perché siffatta normativa priverebbe i soggetti disabili della propria indipendenza, essendo questi ultimi obbligati a rivolgersi ai propri familiari per il pagamento delle rette da sostenere per il ricovero nelle case di cura;
- la *ratio* della Convenzione è evitare che il disabile *“sia costretto ad attendersi da altre persone quanto è necessario per la sua esistenza dignitosa”*;
- *“la persona disabile deve essere tutelata nella sua individualità, vale a dire a prescindere da ogni altro eventuale rapporto che egli possa avere con i terzi”*.

## Corte costituzionale, sentenza n. 2 del 14.1.2016

- l'assunto relativo all'indipendenza economica del disabile risulta *“in diretta e palese antitesi con l'opposta tendenza – dichiaratamente e non irragionevolmente privilegiata tanto dalla normativa provinciale quanto, più di recente, da quella statale di settore – a far sì che sia proprio la famiglia la sede privilegiata del più partecipe soddisfacimento delle esigenze connesse ai disagi del relativo componente, così da mantenere intra moenia il relativo rapporto affettivo e di opportuna e necessaria assistenza, configurando solo come sussidiaria – e comunque secondaria e complementare – la scelta verso soluzioni assistenziali esterne”*.

- La Convenzione ONU *“si configura alla stregua, per così dire, di obblighi di risultato”*. Essa sembra presupporre *“la tendenza a prevedere l'intervento dei pubblici poteri, con l'onere per l'intera collettività, in funzione prevalentemente sussidiaria e in presenza di condizioni di difficoltà economiche anche delle relative famiglie”*.

## A monte si colloca



La questione della corretta determinazione della quota sanitaria e di quella sociale, dato che sulla ripartizione della c.d. quota sociale delle prestazioni sociosanitarie si innescano i problemi di ripartizione della spesa tra Amministrazioni e utenza.

## Le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale

*Art. 3, co. 1, d.p.c.m. 14.02.2001*

- ▶ 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.
- ▶ Sono di competenza delle ASL e 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.



## Le prestazioni sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria - *Art. 3, co. 3, d.p.c.m. 14.02.2001*

- ▶ Sono le prestazioni caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria (attinenti soprattutto 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).
- ▶ Sono erogate dalle aziende sanitarie e sono a carico del fondo sanitario.
- ▶ Possono essere erogate in regime ambulatoriale domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

## Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

*Art. 3, co. 2, d.p.c.m. 14.02.2001*

- ▶ Sono le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona bisognosa, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute, compresi gli adulti e gli anziani con limitata autonomia che necessitano di ospitalità in strutture residenziali.
- ▶ Sono di competenza dei Comuni e sono prestate con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini.
- ▶ **Problema:** quando prevale l'aspetto sociale? E quando quello sanitario?

## Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

*Art. 3, co. 2, d.p.c.m. 14.02.2001*

▶ *“la giurisprudenza [...] si è ampiamente espressa, non solo riportandosi al criterio della prevalenza delle prestazioni, nel senso di attribuire i relativi oneri economici alle Servizio Sanitario Nazionale oppure ai Comuni in dipendenza della rilevanza o meno delle cure sanitarie rispetto al più contenuto elemento dell’assistenza, ma anche chiarendo che deve considerarsi prevalente il primo aspetto nell’ipotesi di trattamenti farmacologici finalizzati al contenimento di esiti degenerativi e invalidanti di patologie congenite o acquisite”.*

**(Tar Emilia Romagna, sez. I, 5.02.2008, n. 176).**

## Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

*Art. 3, co. 2, d.p.c.m. 14.02.2001*

▶ *“[s]i è consolidato un indirizzo interpretativo del tutto omogeneo, tale da costituire diritto vivente, nel senso che, nel caso in cui oltre alle prestazioni socio assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l’attività va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del Servizio Sanitario Nazionale”.*

**(Cass., sez. I, 22.03.2012, n. 4558)**



## Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

*Art. 3, co. 2, d.p.c.m. 14.02.2001*

► *“Il D.P.C.M. 29 novembre 2001, all'Allegato 1.C, tuttavia, fa rientrare tra i LEA anche le attività socio-sanitarie a favore di persone con problemi psichiatrici, categoria nella quale sono sicuramente da ascrivere i pazienti malati di Alzheimer.”*

**(Tar Piemonte-Torino, sez. II, 31.01.2014, n. 199)**

## **Alcuni esempi inerenti le prestazioni e i criteri di finanziamento**

Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di *anziani e non autosufficienti con patologie cronico-degenerative*:

a) prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti in fase intensiva ed estensiva;

b) prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti in regime residenziale, ivi compresi servizi di sollievo alla famiglia.

**50% a carico del SSN**

**50% a carico dell'utente o del Comune**

Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di *disabili*:

- 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.

**100% a carico del SSN** per le prestazioni: diagnostiche, riabilitative e di consulenza specialistica; di assistenza sociale, scolastica ed educativa e i programmi di inserimento sociale e lavorativo.

Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di *disabili*:

- interventi semiresidenziali, residenziali e assistenza protesica, diretti al recupero funzionale/sociale di soggetti affetti da minorazioni;

**100% a carico del SSN:** per l'assistenza in fase intensiva e prestazioni a elevata integrazione nella fase estensiva; per l'accoglienza in strutture terapeutiche di minori affetti da disturbi comportamentali o patologie di interesse neuropsichiatrico.



Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di *disabili gravi*:

**- 70% a carico del 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% a carico del SSN e 60% a carico dei Comuni, fatta salva la compartecipazione da parte dell'utente** prevista dalla disciplina regionale e comunale, l'assistenza ai disabili gravi privi del sostegno familiare, nei servizi di residenza permanente.

## Problemi aperti

- Il contenzioso amministrativo sul nuovo ISEE
- La sostenibilità finanziaria del ricometro
- La mancanza dei LIVEAS
- La corretta determinazione e imputazione della quota sanitaria (a carico del Servizio Sanitario Nazionale) e della quota sociale (a carico del Comune, in eventuale compartecipazione con l'utente). Il contenzioso civile e amministrativo.