

# **La presa in carico della persona disabile**

**Alessandro CANDIDO**

Ricercatore senior di Istituzioni di diritto pubblico  
nell'Università degli Studi di Milano Bicocca  
Avvocato del Foro di Piacenza

5 maggio 2022

## Il corso executive in Diritto dei servizi sociosanitari e socioassistenziali (DISESO)

<https://diseso.b4m.unimib.it/>

- Obiettivo: formare figure specializzate nell'ambito dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, nella prospettiva di tutti i soggetti coinvolti: l'utente e i suoi familiari; la pubblica amministrazione; le strutture assistenziali;
- Approccio multidisciplinare (giuridico, economico-gestionale, sociale)
- Formula flessibile (è garantita la possibilità di frequenza da remoto)
- In partnership con l'Ordine degli Avvocati di Piacenza, accreditato con 20 CFU
- 10 venerdì da 4 ore ciascuno: dalle ore 14,30 alle ore 18,30
- Prossimi open day on line: 7/6 h. 18,00; 18/7, h. 18,00

**PNRR, Missione 5**→ contiene la previsione di una riforma ad hoc che ha il suo fulcro nel progetto di vita personalizzato e partecipato, mirante a: favorire l'inclusione sociale delle persone con disabilità; semplificare l'accesso ai servizi e ai procedimenti di accertamento della disabilità; potenziare gli strumenti finalizzati alla definizione del progetto di vita personalizzato e partecipato conseguente alla valutazione multidimensionale.

**Legge delega sulla disabilità (l. n. 227/2021)**→ definizione della condizione di disabilità e revisione della normativa di settore; accertamento della condizione di disabilità e revisione dei suoi processi valutativi di base; valutazione multidimensionale della disabilità, realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato; informatizzazione dei processi valutativi e di archiviazione; riqualificazione dei servizi pubblici in materia di inclusione e accessibilità; istituzione di un Garante nazionale delle disabilità.

# Approfondimento sui vincoli istituzionali

## Art. 117 Cost.

### **comma 2** (*competenza esclusiva dello Stato*):

- determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (lett. m);
- previdenza sociale (lett. o)

### **comma 3** (*competenza concorrente*):

- tutela della salute
- coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario;

### **comma 4** (*competenze residuali regionali*):

- organizzazione dei sistemi per l'erogazione delle prestazioni.

➤ **Funzioni fondamentali dei Comuni:** progettazione e gestione del sistema locale dei servizi sociali ed erogazione delle relative prestazioni ai cittadini.

## **L'art. 3-septies, d.lgs. n. 502/1992**

### ***Integrazione sociosanitaria***

*“[s]i definiscono prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona 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”*

## **EXCURSUS NORMATIVO IN MATERIA DI «PRESTAZIONI SOCIO-ASSISTENZIALI»**

**-Dpcm 14.2.2001** → viene emanato l'atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie;

**-Dpcm 29.11.2001** → Livelli essenziali di assistenza (LEA). Nella Tabella 1 si chiarisce che accanto alle "prestazioni sanitarie" in senso stretto, interamente a carico del Servizio sanitario pubblico, si collocano le «prestazioni sanitarie di rilevanza sociale», tali dovendo intendersi «le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili»;

**NB art. 6, co. 4, l. n. 328/2000** → “Per i soggetti per i quali si renda necessario il ricovero stabile presso strutture residenziali, il comune nel quale essi hanno la residenza prima del ricovero, previamente informato, assume gli obblighi connessi all'eventuale integrazione economica.

# **I nuovi Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria:**

**il d.p.c.m. 12 gennaio 2017**

Sono a carico del servizio sanitario nazionale "*i trattamenti estensivi di cura e di recupero funzionale per persone richiedenti elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale*" ed a carico del servizio sanitario nazionale nella misura del 50% della tariffa giornaliera "*i trattamenti di lungo-assistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti*" nonché "*le prestazioni rese nell'ambito dell'assistenza semi residenziale, di lungo assistenza, di recupero, di mantenimento funzionale e di riorientamento, a persone non autosufficienti con bassa necessità di tutela sanitaria*".

## Art. 2, d.p.c.m. 14.2.2001

Per definire le prestazioni socio-sanitarie si guarda ai seguenti fattori:

- natura del bisogno*: funzioni psico-fisiche; natura delle attività del soggetto e relative limitazioni; modalità di partecipazione alla vita sociale; fattori di contesto ambientale e familiare che incidono nella risposta al bisogno e nel suo superamento;
- complessità e intensità* dell'intervento assistenziale;
- durata* dell'intervento assistenziale.



# Le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria

*Art. 3, co. 2, d.p.c.m. 14.2.2001*

- ▶ 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?**

## **Alle origini del contenzioso: la ripartizione tra la quota sanitaria e quella sociale**

*“mentre la quota sanitaria [...] è a totale carico della ASL, la quota sociale è ripartita tra l’utente del servizio e il Comune secondo parametri disciplinati dalla legge che tengono conto della situazione reddituale e patrimoniale del soggetto assistito e di altri soggetti individuati dalla normativa con riferimento al nucleo familiare di appartenenza”*

**(Cons. Stato, sez. V, 23.2.2015, n. 886)**

## Alle origini del contenzioso:

### la ripartizione tra la quota sanitaria e quella sociale

*“[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, 22.3.2012, n. 4558)*

*“nel caso in cui ai malati cronici mentali, oltre alle prestazioni socio-assistenziali, vengano erogate anche prestazioni sanitarie, l’intera attività va considerata di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del sistema sanitario nazionale, senza che assuma rilievo, in contrario, la circostanza dell’impossibilità di guarigione o di miglioramento della malattia psichica trattata” (Cons. Stato, sez. III, 9.7.2012, n. 3997)*

*“il diritto costituzionalmente garantito della salute va infatti sempre [...] tutelato nei limiti dei relativi stanziamenti, dovendosi comunque effettuare un bilanciamento con altri interessi costituzionalmente garantiti” (Cass., sez. III, 13.11.2019, n. 29334)*

## Alle origini del contenzioso:

### la ripartizione tra la quota sanitaria e quella sociale

*“ciò che connota la prestazione sanitaria integrata, inscindibile da quella socio assistenziale, non è dato dalla situazione di limitata autonomia del soggetto destinatario, non altrimenti assistibile che nella struttura residenziale, ma risiede nella individuazione di un trattamento terapeutico personalizzato che non può essere somministrato se non congiuntamente alla prestazione socio - assistenziale” (Trib. Milano, n. 5905/2019)*

*“per le prestazioni di lungo assistenza destinate ad anziani e persone non autosufficienti affette da malattie croniche e degenerative, [...] è prevista la ripartizione forfettaria del costo complessivo nella misura del 50% a carico del SSN e del 50% a carico del Comune con la compartecipazione dell'utente” (Trib. Milano, n. 4623/2019)*

*“nel caso di natura inscindibile ed integrata delle prestazioni [...] l'intervento sanitario-socio assistenziale rimane interamente assorbito nelle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Pubblico” (Trib. Ancona, n. 1043/2020)*

*«nell'ipotesi ricorrente nel caso di specie, di patologie mentali (demenza fronto-temporale), nel caso in cui, oltre alle prestazioni socio-assistenziali, siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività deve essere comunque considerata di rilievo sanitario e pertanto di competenza del Servizio Sanitario Nazionale, atteso che le prestazioni rese in favore del malato psichico rientrano tra le prestazioni socio-assistenziali ad elevata integrazione sanitaria, interamente a carico del S.S.N.»*

*«La sentenza impugnata, pertanto, ha fatto corretta applicazione del consolidato principio della giurisprudenza di legittimità secondo cui è determinante l'indagine relativa alla esistenza e alle caratteristiche di un eventuale trattamento terapeutico personalizzato»*

## Alle origini del contenzioso:

### la ripartizione tra la quota sanitaria e quella sociale

*“in base al principio della presa in carico personalizzata, desumibile dagli artt. 6 e 14 della legge 328/2000, nonché 2 e 7 della l.r. 3/2008, e comunque ai principi di sussidiarietà, cooperazione, omogeneità, responsabilità ed unicità dell’amministrazione, affermati dall’art. 1, comma 3, della legge stessa 328/2000, quali principi informativi del sistema integrato di interventi e servizi sociali, **È IL COMUNE CHE DEVE GARANTIRE IL SERVIZIO AL CITTADINO.** Salvo poi agire nei confronti degli altri soggetti onerati, per l’eventuale recupero delle somme necessarie al pagamento del servizio, che non possono certo essere scaricate sull’utente o sulla famiglia. Tali considerazioni conducono a ritenere che – fermo restando l’obbligo definitivo del Comune di sopportare la quota pari al 30% della retta, al netto della compartecipazione alla spesa dell’assistita (come definita in primo grado) – **IL COMUNE NON POSSA SOTTRARSI ALL’ULTERIORE ONERE DI ANTICIPARE LA PARTE RESIDUA NON COPERTA DAL CONTRIBUTO STABILITO DALLA REGIONE LOMBARDIA, QUALORA CIÒ SIA NECESSARIO AL FINE DI EVITARE LA SOSPENSIONE DEL SERVIZIO IN FAVORE DELL’ASSISTITA”***

**(Cons. Stato, sez. III, 14.3.2018, n. 1623)**

# Alle origini del contenzioso: la ripartizione tra la quota sanitaria e quella sociale

Decreto ingiuntivo n. /2018 del 07/06/2018  
RG n. /2018

N. R.G. /2018



## TRIBUNALE ORDINARIO di MILANO DECRETO INGIUNTIVO TELEMATICO

Il Giudice dott. Enrica Alessandra Manfredini,  
letto il ricorso per la concessione di decreto ingiuntivo depositato da  
**SOCIETÀ COOPERATIVA**

rilevato che dai documenti prodotti il credito risulta certo, liquido ed esigibile;  
considerato che sussistono le condizioni previste dall'art. 633 e seguenti c.p.c.;

### INGIUNGE A

**COMUNE DI**

di pagare alla parte ricorrente per le causali di cui al ricorso, entro quaranta giorni dalla notifica del presente decreto:

1. la somma di € 121244,00;
2. gli interessi come da domanda;
3. le spese di questa procedura di ingiunzione, liquidate in € 2500,00 per compensi, in € 406,50 per spese, oltre rimborso forfetario 15% spese generali, i.v.a. e c.p.a. ed oltre alle successive occorrendo;

### AVVERTE

la parte ingiunta che ha diritto di proporre opposizione contro il presente decreto avanti a questo Tribunale nel termine perentorio di quaranta giorni dalla notifica e che in difetto il decreto diverrà esecutivo e definitivo.

Milano, 13 maggio 2018

Il Giudice  
dott. Enrica Alessandra Manfredini

## Problemi attuali

- le Regioni tendono a non aggravare le competenze a proprio carico;
- i Comuni scaricano i costi sull'utenza (e sulle strutture);
- l'utenza tende a limitare il più possibile la propria compartecipazione alla spesa;
- l'ammontare delle rette inevase delle strutture assistenziali cresce inesorabilmente;
- conseguentemente, aumenta il contenzioso.

Sulla ripartizione della c.d. quota sociale delle prestazioni sociosanitarie si innescano i problemi di ripartizione della spesa tra Amministrazioni e utenza → il **D.P.C.M. 5 dicembre 2013, n. 159 (il nuovo ISEE)**



## Obiettivi della presa in carico

- Garantire all'utente quel nucleo indefettibile di garanzie idoneo a promuovere l'autorealizzazione della persona e il superamento di ogni condizione di esclusione sociale (obiettivo della legge delega n. 227/2021);
- **È una sorta di contratto tra beneficiari ed enti pubblici competenti**, un insieme di interventi e prestazioni multidisciplinari da erogare in modo organico e continuativo, così da assicurare quelle condizioni ottimali di assistenza, recupero funzionale, riabilitazione e inserimento sociale ed educativo della persona con disabilità;
- Una volta riconosciuto il progetto di vita, occorre attuarlo, altrimenti l'interessato può azionare la propria pretesa innanzi al Giudice ordinario (se la lite riguarda l'attuazione del progetto) o amministrativo (se la lite riguarda la fase che precede la formalizzazione del progetto).