

Torino, 18 febbraio 2014

PROMEMORIA

PER RICORSO TAR CONTRO DGR 26/2013 E DGR 5/2014

Premessa

Gli anziani malati cronici non autosufficienti sono persone MALATE spesso colpite da una pluralità di patologie. Si tratta di soggetti così gravemente malati da avvertire non solo continuative sofferenze, ma da piombare anche nella condizione di non autosufficienza, e cioè nella totale dipendenza dagli altri per tutte le funzioni vitali. Tali malati, la cui gravità ha raggiunto l'irreversibile stato della non autosufficienza, necessitano in maniera indifferibile di prestazioni sanitarie così come definito dalle leggi vigenti e dal Decreto del presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, reso cogente dall'articolo 54 della legge 289/2002. Le medesime norme dei Lea si applicano anche alle persone colpite da handicap invalidante in situazione di gravità.

La questione degli “extra lea”

Nella premessa della deliberazione n. 26/2013, avente ad oggetto “*Modalità di gestione delle prestazioni domiciliari in lungo assistenza a favore delle persone non autosufficienti*”, si afferma «*che il Tavolo congiunto Ministero Economia e Finanze e Ministero della Salute relativo alla spesa sanitaria regionale prevede che le Asl, a decorrere dal 1° gennaio 2014, non possano più iscrivere, nei loro bilanci, risorse per prestazioni aggiuntive oltre i Lea previsti a livello nazionale, nonché per attività a rilevanza sociale*».

Le “*risorse per prestazioni aggiuntive*” alle quali si fa riferimento vengono indicate, nel testo della deliberazione, alla lettera “D) *risorse aggiuntive provenienti del Fsr, e come tali erogate e contabilizzate dalle Asl*”¹, dell'elenco delle fonti di finanziamento che alimentano il sistema delle cure domiciliari della Regionale Piemonte.

Posto che appare del tutto comprensibile che il cosiddetto “Tavolo Massicci” – citando la sentenza della Corte Costituzionale n.104/2013 – faccia rilevare il contrasto dell'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA nelle regioni sottoposte ai Piani di rientro con gli obiettivi di risanamento fissati dai Piani stessi, quel che in primo luogo si contesta è la illegittima classificazione come “extra Lea”² di spese che in ottemperanza

¹ Nella successiva deliberazione n. 5/2014: “Criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungo assistenza” si adotta invece la seguente definizione “D) risorse regionali assegnate alle Asl per prestazioni sanitarie aggiuntive e come tali erogate e contabilizzate dalle Asl stesse”.

² Se si esamina la Determinazione dirigenziale n.933/2013 avente ad oggetto “Ricognizione dei costi extra Lea anno 2012” si rileva che tra le “Tipologie di prestazioni aggiuntive” viene indicata, tra le altre, la “Assistenza economica: assegno di cura, contributi e persone affette da patologie, rimborso spese viaggi per cure, ecc”, citando quale fonte che ne consentirebbe la codifica come extra Lea i seguenti riferimenti normativi: “erogazione di un contributo economico di importo commisurato al 50% del valore corrispondente alla prestazione di assistenza tutelare definita nel progetto individuale di lungo-assistenza, finalizzato a garantire la permanenza dell'utente non autosufficiente al proprio domicilio.

alla normativa nazionale e regionale vigente – peraltro citata nella deliberazione in esame – sono state invece utilizzate per assicurare la fornitura delle prestazioni di «*aiuto infermieristico e assistenza tutelare alla persona*» che – come risulta dal punto 7 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, avente valore di legge in base all'articolo 54 della legge 289/2002 – sono a pieno titolo inserite nei livelli essenziali di assistenza sanitaria.

Quanto alle *modalità di erogazione e di attribuzione della spesa* afferente alla suddetta prestazione di livello essenziale è opportuno fare riferimento alla normativa regionale, attraverso la quale è stata data attuazione al Dpcm del 2001, e che interviene sulla materia sempre confermando l'appartenenza della prestazione ai Lea.

In primo luogo occorre segnalare che la decisione di ricondurre la prestazione domiciliare riconosciuta come Lea al solo costo, in percentuale, dell'Operatore socio-sanitario, è in palese contrasto con la legge regionale n.10 del 18.2.2010 "*Servizi domiciliari per persone non autosufficienti*" che all'articolo 5, comma 1, prevede che le prestazioni domiciliari siano assicurate attraverso: «*a) servizi congiuntamente resi dalle aziende sanitarie e dagli enti gestori dei servizi socio assistenziali con gestione diretta o attraverso servizi accreditati; b) contributi economici o titoli per l'acquisto, riconosciuti alla persona non autosufficiente, finalizzati all'acquisto di servizi da soggetti accreditati, da persone abilitate all'esercizio di professioni sanitarie infermieristiche e sanitarie riabilitative, da operatori socio-sanitari, da persone in possesso dell'attestato di assistente familiare; c) contributi economici destinati ai familiari, finalizzati a rendere economicamente sostenibile l'impegno di cura del proprio congiunto; d) contributi economici ad affidatari e rimborsi spese a volontari*».

Quanto ai "*Criteri di compartecipazione al costo da parte dei cittadini*", l'articolo 9 della legge regionale 10/2010 dispone quanto segue: «*1. La quota sanitaria è a carico del servizio sanitario regionale. 2. La quota assistenziale è definita in conformità con le normative nazionali e con gli accordi applicativi dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) siglati a livello regionale. La Giunta regionale delibera i criteri di compartecipazione alla quota assistenziale da parte dei cittadini sulla base dei seguenti principi: a) considerazione del reddito e del patrimonio del solo beneficiario; b) definizione, a tutela del reddito minimo, di franchigie nella compartecipazione alla spesa del beneficiario*».

Risulta quindi evidente che le delibere della Giunta regionale n. 25/2013 e 5/2014 sono illegittime, avendo contenuti incompatibili con le indicazioni della legge regionale n. 10/2010. Dall'esame della normativa citata si evince che il fatto che la Regione Piemonte contabilizzi il finanziamento delle suddette prestazioni tra le spese cosiddette extra lea contravviene al dettato del decreto legislativo 502/1992 che, all'articolo 13, comma 1, prevede che «*le Regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari conseguenti all'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli uniformi di cui all'articolo 1, all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento di cui al medesimo articolo 1, nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*».

Appare infatti evidente, se si considera la rilevante consistenza numerica delle illegittime liste d'attesa per l'accesso alle prestazioni domiciliari (e residenziali), che la

Regione non solo non fornisce «*livelli di assistenza superiori*», ma purtroppo non soddisfa nemmeno l'essenza di «*quelli uniformi*». Quanto ai «*modelli organizzativi diversi*», se quelli configurati in applicazione della normativa regionale citata fossero stati fatti rientrare erroneamente tra quelli «*diversi*» – e non già «*assunti come base per la determinazione del parametro capitarlo di finanziamento*» da richiedere allo Stato – si configurerebbe allora una ulteriore grave responsabilità del livello regionale.

Precedenti positivi provvedimenti della Giunta della Regione Piemonte

Segnaliamo che la Dgr 51-11389 del 23.12.2003 “*Dpcm 29 novembre 2001, Allegato 1, Punto 1.C. Applicazione Livelli Essenziali di Assistenza all’area dell’integrazione socio-sanitaria*” all’allegato A, “*L’articolazione delle cure domiciliari nella fase della lungo assistenza*”, afferma che l’area di prestazioni interessata dall’allegato appartiene alla tipologia di «*quelle che sono le prestazioni sanitarie e quelle sanitarie a rilevanza sociale nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali è stata prevista una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al SSN*». Nel rispetto del disposto del Dpcm la deliberazione regionale stabilisce pertanto che «*la compartecipazione dell’utente/Comune, in questa fase del percorso, avviene esclusivamente sulle prestazioni socio-sanitarie di assistenza tutelare alla persona e non su quelle puramente sanitarie, mediche, infermieristiche e riabilitative. Sulle suddette prestazioni socio-sanitarie di assistenza tutelare, l’Asl assume a proprio carico il 50% del costo, definito con riferimento al costo orario Adest/Oss, mentre il restante 50% è a carico dell’utente/comune*».

Da notare che la deliberazione non condiziona la compartecipazione sanitaria – pari al 50% del costo dell’intervento – al fatto che la prestazione venga erogata dalla figura professionale dell’Oss (come erroneamente indicato nella Dgr 26/2013) ma che è il valore monetario del Pai da ripartire pro quota che viene quantificato «*con riferimento al costo orario Adest/Oss*» e quindi alla componente di assistenza alla persona svolta da figure non strettamente sanitarie.

Intendimento del resto confermato dalla successiva Dgr n. 39-11190 del 6 aprile 2009, il cui impianto è tutt’ora valido in quanto la Dgr 26/2013 si limita a modificarla «*nella parte che prevede la possibilità di individuare le Aziende sanitarie Locali come Enti capofila*». Nell’allegato A della deliberazione, significativamente intitolato “*Riordino delle prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria e istituzione del contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungo assistenza di anziani non autosufficienti*”, si rileva – con riferimento alle criticità nell’applicazione della Dgr 51-11389 del 23.12.2003 – che «*emerge, in particolare, la necessità di una ridefinizione più adeguata ed attuale delle ‘Prestazioni di assistenza tutelare socio-sanitaria’, che non possono più essere esclusivamente ricondotte alla figura professionale dell’Adest/Oss, ma devono essere estese al riconoscimento del lavoro di cura prestato da familiari e/o conviventi, da volontari riconosciuti, attraverso lo strumento ‘dell’affidamento’, nonché da assistenti familiari*».

Inoltre la deliberazione stabilisce che il lavoro di cura prestato da questi soggetti nell’ambito di un Pai definito delle competenti unità di valutazione può essere remunerato con il «*contributo economico a sostegno della domiciliarità per la lungo assistenza*» che la stessa delibera istituisce definendone i massimali ed indicando i criteri di ripartizione delle spese nel rispetto della originaria suddivisione al 50% tra ASL e Utente/Comune.

Ad ulteriore testimonianza del fatto che tali contributi costituiscono una modalità di erogazione del livello essenziale della prestazione (e non un innalzamento opzionale dello

stesso) viene la disposizione, contenuta nel testo, che «*i beneficiari del Contributo economico a sostegno della domiciliarità in lungo assistenza sono esclusi dalla lista di attesa per un Progetto di residenzialità, fatto salvo quanto previsto dalla DGR.42-8390/2008*».

La questione della delega alle Aziende

La contestata delibera 26/2013 prevede che «*le Aziende sanitarie locali possano gestire l'erogazione delle prestazioni domiciliari*» di lungo assistenza «*per la parte di rilevanza sociale mediante delega stabilita da accordi stipulati in sede locale con gli Enti gestori delle funzioni socio assistenziali*» e che le risorse per l'erogazione delle suddette prestazioni «*assegnate alle Aziende Sanitarie Locali abbiano una specifica contabilizzazione a copertura di tutti i costi*».

Occorre qui precisare che in base ai Lea la quota sanitaria delle prestazioni socio-sanitarie domiciliari, semi-residenziali e residenziali deve essere interamente coperta dal Servizio sanitario e dal relativo Fondo sanitario, mentre gli stanziamenti statali relativi al Fondo per le non autosufficienze (articolo 1, comma 1264 della legge 296/2006) sono destinati esclusivamente agli Enti gestori delle attività socio assistenziali relative alle prestazioni domiciliari, semi-residenziali e residenziali fornite agli anziani malati cronici non autosufficienti, alle persone colpite da demenza senile, ai soggetti con handicap intellettivo in situazione di gravità, ai pazienti con rilevanti disturbi psichiatrici e limitata autonomia. Ne consegue che la Regione non può utilizzare questi ultimi fondi per gli oneri a carico del Servizio sanitario.

Come si è inteso dimostrare, il complesso delle prestazioni domiciliari in lungo assistenza oggetto della Dgr 26/2013 costituisce un diritto esigibile (sancito dai Lea) per l'anziano non autosufficiente e per la persona con handicap grave, riconosciuti tali dalle competenti commissioni aziendali di valutazione. Inoltre le risorse di cui alla lettera «D) risorse aggiuntive provenienti dal Fsr, e come tali erogate e contabilizzate dalle Asl» andrebbero, per le ragioni esposte, unificate con quelle di cui alla lettera «C) risorse provenienti dal Fondo Sanitario Regionale per prestazioni riconducibili ai Lea (50% costo OSS)».

Le risorse per le prestazioni socio-sanitarie domiciliari andrebbero destinate direttamente dalla Giunta regionale alle Aziende sanitarie responsabili della presa in carico dei soggetti aventi diritto alle prestazioni. Analogamente, le restanti risorse finalizzate al finanziamento del sistema delle cure domiciliari che vengono indicate nella Dgr 26/2013 – nella fattispecie quelle di cui alle lettere «A) risorse statali stanziato attraverso il Fondo per le non autosufficienze assegnate agli Enti capofila, Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e AL, individuati dalla DGR 39-11190/2009; B) risorse regionali assegnate agli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali per i servizi domiciliari con apposito stanziamento di bilancio» – andrebbero destinate direttamente agli Enti gestori socio-assistenziali tenuti (in quanto soggetti responsabili dell'erogazione delle prestazioni sociali e rilevanza sanitaria afferenti ai Lea) ad integrare la quota del 50% del costo delle prestazioni quando l'utente, al quale tale quota è addebitata, non è in grado di far fronte, in tutto o in parte, alla spesa.

Se la Giunta regionale si muovesse, secondo le linee sopraindicate, nel pieno rispetto delle competenze di ognuno dei soggetti istituzionali coinvolti si eviterebbe il ricorso a «deleghe» che, a ben vedere, appaiono come un mezzo furbesco per attribuire una spesa sanitaria al comparto assistenziale ledendo il diritto soggettivo dell'assistito alle prestazioni

socio – sanitarie. Illuminante in tal senso è il capoverso della premessa della deliberazione in cui si afferma *«che al fine di garantire la continuità nell'erogazione delle prestazioni di tale natura (quelle “collegate alla non autosufficienza e alla disabilità”), le risorse regionali destinate al finanziamento delle prestazioni regionali aggiuntive, di cui al precedente punto D), confluiscono nei capitoli della Direzione regionale alla Politiche Sociali»* che tornerà a destinarle alle ASL o agli Enti capifila se – come auspicato dalla Giunta – gli enti gestori provvederanno a delegare la gestione delle prestazioni stesse.

Coerentemente con tale impostazione, risulta che le indicazioni contenute nella delibera 26/2013 vanno esattamente, in maniera illegittima e contro le leggi vigenti, nella direzione contraria.

La previsione, deliberata dalla Dgr 26/2013, *«che le Aziende Sanitarie Locali possano gestire l'erogazione delle prestazioni domiciliari di cui alla lettera B, comma 3, art.2 della L.R. 10 72010 per la parte di rilevanza sociale mediante delega stabilita da accordi stipulati in sede locale con gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali»* e *«che gli accordi tra gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali ed Aziende Sanitarie Locali dovranno riguardare l'erogazione di tali prestazioni con decorrenza 1° gennaio 2014, ed essere predisposti ed inviati entro il 31 gennaio alla Direzione Regionale Politiche Sociali e Politiche per la Famiglia»*, risulta però palesemente contraddittoria con il successivo disposto *«di modificare la Dgr n. 39-11190 del 6.04.2009 e la Dgr. n. 56-13332 del 15.02.2010 nella parte che prevede la possibilità di individuare le Aziende Sanitarie Locali come Enti capofila e di prevedere che gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali possano, mediante accordi locali, delegare le Aziende Sanitarie Locali alla gestione delle prestazioni domiciliari in lungo assistenza per la parte di rilevanza sociale»*.

Perché mandare a monte gli accordi vigenti se subito dopo occorre farne altri sostanzialmente identici ai primi?

Ad aggravare la confusione contribuisce la citazione – riportata in premessa della deliberazione – dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 502/1992 e s.m.i. in ordine alla possibilità da parte delle Aziende Sanitarie Locali di gestire su delega servizi socio assistenziali. Detto articolo non può infatti essere invocato (come la Giunta sembra intendere) a supporto della legittimità dei nuovi *«accordi stipulati in sede locale»* in quanto non sono gli Enti gestori che possono delegare i servizi ma solamente i singoli comuni titolari delle funzioni. L'articolo citato recita infatti che *«L'unità sanitaria locale può assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali su delega dei singoli enti locali con oneri a totale carico degli stessi, ivi compresi quelli relativi al personale, e con specifica contabilizzazione. L'unità sanitaria locale procede alle erogazioni solo dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie»*.

La DGR 5/2014 e la DD 23/2014

Giova in conclusione menzionare un passaggio della sentenza del Tar del Piemonte n.326/2013 ove si afferma che sono illegittime *“le liste d’attesa per la fruizione dei servizi (...) di assistenza domiciliare per i disabili”* poiché si tratta di *“servizi che rientrano, a tutta evidenza, nelle definizioni di cui all'allegato 1.C., punti 8 e 9 (dedicati nel quadro dei servizi socio-sanitari all'assistenza territoriale semiresidenziale e residenziale del disabile, la quale deve comprendere anche prestazioni di riabilitazione)”*.

E' da considerare inoltre che il Tar con la successiva sentenza n.199/2014 ha specificato che *“a differenza di quanto sostenuto dalla Regione, gli aspetti sanitari sono ben presenti nelle attività da erogarsi”* a favore degli assistiti ed in particolare che *“il*

percorso sanitario strettamente ospedaliero non può essere considerato a sé stante, ma deve necessariamente di fatto confluire nel percorso continuativo di cura e riabilitazione che, in base alla legge va garantito, anche nel lungo periodo all'anziano non autosufficiente".

Per le ragioni sin qui rappresentate si ritiene che sia un preciso obbligo di legge per le Aziende Sanitarie e per gli Enti gestori ad essa afferenti non solo non interrompere la contribuzione economica a favore degli utenti in carico alle competenti Unità di valutazione aziendali con Pai in lungo assistenza al fine di evitare che si ingenerino situazioni gravemente pregiudizievoli per gli assistiti, ma anche garantire a tutti coloro che ne hanno diritto l'erogazione delle prestazioni socio sanitarie domiciliari, semi-residenziali e residenziali.

Della necessità di garantire la continuità delle prestazioni domiciliari in lungo assistenza in atto sembra essersi resa conto anche la Giunta regionale che, con l'adozione della Dgr n. 5 del 27 gennaio 2014 *"Criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungo assistenza"*, provvede a quantificare le risorse – già definite alla lettera "D) risorse aggiuntive provenienti del Fsr, e come tali erogate e contabilizzate dalle ASL" della DGR 26/2013 – *«in euro 29.879.570,55 assegnabili agli ambiti territoriali corrispondenti alla ASL del Piemonte per garantire la continuità dell'erogazione delle prestazioni domiciliari in lungo assistenza, sulla base degli esiti della rilevazione della spesa sostenuta dalle ASL nell'anno 2013».*

La nuova Dgr si presta ai medesimi i rilievi ed alle censure espresse con riferimento alla Dgr 26/2013. L'elemento di novità che rafforza le tesi espresse in questa nota è l'esplicito riconoscimento della necessità di non interrompere gli interventi attivati e finanziati dalla Asl attraverso le proprie unità di valutazione anziani e disabili nel corso del 2013 ed ancora attivi. Interventi che – come si è detto – costituiscono prestazioni di livello essenziale e non, come affermato negli atti regionali, delle semplici prestazioni aggiuntive.

Tanto è vero che esse non possono venire interrotte come evidenziato anche dalla Determinazione del Direttore Regionale Raffaella Vitale n. 23 del 28 gennaio 2014 avente ad oggetto *"Dgr.5-70335 del 27.01.2014 "Criteri di finanziamento delle prestazioni domiciliari in lungo assistenza". Assegnazione risorse per euro 29.879.570,55 (UPB DB 19021, cap. 152840/2014"* che indica tra le motivazione del provvedimento la necessità di *«mantenere il sostegno alle famiglie con a carico persone non autosufficienti (...) al fine di evitare o rimandare l'inserimento in struttura residenziale con il conseguente distacco dal contesto familiare e sociale della persona».*