

LEA sociosanitari e “quota sociale”: l’annosa questione lombarda

Contributo dell’Avv. **Massimiliano Gioncada** - avvocato in Piacenza, Milano, Brescia. Consulente legale degli Ordini regionali degli assistenti sociali della Lombardia, Liguria, Trentino Alto-Adige

In connessione al dibattito sull’introduzione del nuovo Isee, l’articolo si sofferma sulla questione correlata del rispetto dei LEA sociosanitari e della definizione della cosiddetta “quota sociale”. La rivisitazione dei LEA sociosanitari è una delle strade praticabili per superare la polarizzazione tra l’esigibilità di un diritto e la sostenibilità economica; la declinazione della quota sociale una questione di equità.

a cura di **Valentina Ghetti** - lunedì, luglio 11, 2016

<http://www.lombardiasociale.it/2016/07/11/lea-sociosanitari-e-quota-sociale-lannosa-questione-lombarda/>

Il dibattito sull’[Isee e residenzialità](#) ha reso evidente una questione nodale: la difficile conciliazione tra l’esigibilità di un diritto e la sostenibilità economica. Senza sacrificare l’una o l’altra, una terza via è possibile a suo avviso?

Rammentando che recentissimamente il T.A.R. della Lombardia, sez. di Milano, è intervenuto sul tema I.S.E.E. e residenzialità, evidenziando che “*sulla normativa locale prevale la normativa statale sull’I.S.E.E.*” e che “*l’amministrazione dovrà applicare in primo luogo le disposizioni nazionali in materia*” (v. T.A.R. Lombardia, Milano, sez. III, 29-06-2016, Ord. n. 808), questa terza via non è facile da tracciare, ma certamente a legislazione vigente non può che passare per il tramite di un intervento normativo, o giurisprudenziale delle più alte Corti, riguardo sia alla vincolatività, o meno, delle ripartizioni percentuali delineate del d.P.C.M. 14 febbraio 2001 e nel d.P.C.M. 29 novembre 2001, sia a una **rivisitazione del LEA stessi, senza che il legislatore ceda a “pressioni di piazza”, prevedendo retoricamente il riconoscimento di una pletora di diritti, senza poi predisporre le risorse opportune allo scopo**, da garantirsi, ovviamente, diacronicamente e in modo sufficientemente elastico.

La proposta ipotizzata nel [precedente articolo](#) di Merlo, di procedere a una rinegoziazione dei LEA con la Regione, mi pare vada nel senso giusto.

E come mai è così difficile intraprenderla?

Qui si aggancia un’altra grande questione lombarda: **la mancata disciplina uniforme su base regionale della c.d. “quota sociale”, così come fatto per la cosiddetta “quota sanitaria” tramite il sistema S.I.Di.**

[1] e quello So.S.I.A. [\[2\]](#).

Riguardo al primo, è agevole osservare che sin dalla l. 27 dicembre 1983, n. 730, rubricata *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato*, è stata introdotta una differenziazione tra finanziamenti e competenze relative all’ambito sanitario rispetto a quelle relative all’ambito sociale, ponendo in carico al fondo sanitario nazionale gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, e mantenendo gli oneri concernenti le attività socio-assistenziali in capo all’utente oppure all’Ente locale.

La successiva normativa, nazionale e regionale, non ha modificato questa generale impostazione, tipica del nostro sistema di *welfare* nazionale. I Comuni sanno (*rectius*: dovrebbero sapere) che **la ripartizione dei costi delle prestazioni socio-sanitarie prevista dalla legge[3], non è (mai stata) rispettata, così come è delineata nel d.P.C.M. 29 novembre 2001, dalla Regione.**

Secondo Regione Lombardia, infatti, l’attuale sistema di remunerazione è in linea con quanto definito dalla normativa di riferimento, di modo che le percentuali di ripartizione dianzi richiamate sarebbero comunque rispettate, allineandosi il sistema tariffario regionale a quanto previsto dai d.P.C.M 14 febbraio 2001 e 29 novembre 2001, siccome ricondotto sul costo medio regionale di produzione del servizio.

Il tutto, secondo Regione Lombardia, in base ai requisiti di accreditamento definiti per le singole tipologie di unità di offerta, e non invece facendo riferimento ai costi delle singole strutture (affermazione questa non rinvenibile in alcun dato normativo).

Ad oggi, l’intera fattispecie dell’integrazione, per quanto concerne una precisa definizione delle prestazioni, e riparti di competenza economica, può dedursi dalle disposizioni dei sopracitati d.P.C.M. (in particolare l’allegato 1 C): in sintesi 70% a carico della sanità per RSD e CDD; 40% per CSS (sebbene la questione per questi ultimi sia comunque controversa)[4].

Senonché **Regione Lombardia unendo criteri sostanziali e criteri finanziari, predetermina a priori il volume delle risorse a disposizione, il che sarebbe di per sé legittimo, ma così facendo introduce una sorta di “livelli di assistenza regionali”, peggiorativi rispetto a quelli nazionali,** giacché per accedere alle medesime prestazioni garantite in altre Regioni, il cittadino e i Comuni lombardi sono chiamati a farsi carico di oneri aggiuntivi, sanitari, rispetto ad altri territori regionali.

Si pretende, a mio avviso, di determinare i livelli essenziali di assistenza non in relazione agli obiettivi di tutela della salute individuati a livello internazionale e ai dati epidemiologici e clinici (*rectius*: riguardo ai bisogni effettivi dell’utenza e al corretto rapporto istituzionale con i Comuni), ma sulla base delle risorse che la Regione (non) intende investire. E ciò grazie al machiavellico sistema di quantificazione del bisogno assistenziale, delineato in classi di gravità stabilite a tavolino, operato in applicazione di una pretesa, e nella specie insussistente, competenza normativa in materia.

La c.d. quota sociale della prestazione dovrebbe rappresentare (quantomeno in linea teorica) il corrispettivo per tutte le prestazioni di natura non prettamente sanitaria erogate nelle strutture socio-sanitarie (spese vitto, alloggio, costo personale sociale/educativo, etc.), mentre la restante quota a carico della Regione, la c.d. quota sanitaria, dovrebbe rappresentare il corrispettivo per le prestazioni di natura più prettamente sanitaria. L’utilizzo dei criteri S.I.Di. e So.S.I.A. vanifica il tutto, come è documentalmente ricavabile anche dai risultati di una rilevazione eseguita da ANFFAS Lombardia Onlus, di concerto con diversi enti gestori operanti nella Regione, quindi su base regionale, e che copre più del 20% degli utenti che, nell’intero territorio, frequentano le strutture colà indicate.

Se ne ricava un quadro chiaro e inequivoco: su tutto il territorio regionale lombardo, il rispetto delle percentuali di ripartizione del costo della prestazione tra sanità e assistenza, così come delineato nei livelli essenziali di assistenza, è pressoché sistematicamente disatteso dalla Regione Lombardia, che “scaricando” sui Comuni e sugli utenti oneri di propria competenza, sfruttando il singolare sistema delle classi di gravità e del minutaggio assistenziale, non rispetta le percentuali indicate nei d.P.C.M. dianzi indicati.

Orbene, è evidente che se Regione Lombardia certamente garantisce uniformità di comportamenti a livello territoriale, perché applica le suindicate classi S.I.Di. e So.S.I.A. in modo omogeneo in tutta la Regione, è altrettanto vero ch’essa, non intervenendo sulla quota alberghiera (*rectius*: sociale) della retta, pur essendovi a ciò tenuta[5], **ha creato e implementato un *welfare* regionale che, quanto alla**

remunerazione della quota sociale, ben si può definire “a macchia di leopardo”, riguardo al quale i Comuni non possono incidere, atteso che da un lato la stessa Regione (!) garantisce la libertà di scelta al cittadino, dall’altro è proprio l’ente gestore che stabilisce le proprie tariffe, in relazione ai vari costi dai quali deve rientrare e, in certi casi, in base al profitto programmato.

Perché questo differente comportamento tra sistema remunerativo socio-sanitario e sociale?

I Comuni, tutti, ma, in generale, i cittadini, dovrebbero chiederselo: perché la Regione ha chirurgicamente definito il sistema remunerativo della c.d. “quota sanitaria” dei servizi socio-sanitari, mentre ha lasciato al libero mercato, con tutto quel che ne consegue per i Comuni e l’utenza, la quantificazione della c.d. “quota sociale” dei medesimi servizi?

Regione Lombardia ha formalmente recepito i LEA definiti a livello statale[6] ma in realtà tali atti non forniscono particolari informazioni circa le intenzioni della Regione in merito ad una “personalizzazione” in chiave regionale dei livelli essenziali di assistenza. Una volontà chiaramente espressa qualche anno più tardi, descritta nell’art. 17 della l.r. n. 3/2008, anche se rimasta del tutto inattuata, **fino ad arrivare ad una sorta di incompatibilità tra il modello di welfare lombardo disegnato e in via di definizione e un modello di welfare basato sulla definizione di livelli essenziali di assistenza e delle prestazioni sociali.**

Se si esclude il riferimento alle persone affette da ludopatia e alle strutture residenziali e semiresidenziali extra-ospedaliere di assistenza alle persone affette da HIV/AIDS[7], ove, in quest’ultimo caso, si parla espressamente di 30% della retta a carico dell’interessato o del Comune competente, il riferimento ai livelli essenziali è inesistente anche sul piano formale, oltre che sostanziale. Perché Regione Lombardia ha (così pare) correttamente applicato i LEA in quelle occasioni e non l’ha fatto per tutte le altre unità di offerta socio-sanitarie riconducibili nel prefato Allegato 1C?

Se fosse vero che Regione Lombardia rispetta le c.d. “ripartizioni LEA”, perché, ad esempio, i valori delle remunerazioni sanitarie medie per le unità di offerta denominate RSD, sono così diversi (cfr Tab.1)? Come è possibile che la Regione stessa rispetti i d.P.C.M, quando, all’interno dello stesso territorio regionale sono presenti strutture, del tutto identicamente accreditate, che erogano lo stesso servizio assistenziale a prezzi quasi doppi tra l’una (Milano 2, 84,24 €/die) e l’altra (Sondrio, 43,46 €/die)?

Tab.1 – dati derivanti dalla D.G.R. n. IX/4574 del 19/12/2012

A.S.L.	Remunerazione sanitaria media RSD (2011) – €/die
Bergamo	51,44
Brescia	57,49
Como	61,70
Cremona	51,11
Lecco	54,03
Lodi	62,76
Mantova	63,50
Milano	70,16
Milano 1	72,94

Milano 2

84,24

Se la percentuale di ripartizione di cui ai noti d.P.C.M. fosse effettivamente rispettata, che necessità avrebbe la Regione di avviare una ricognizione della situazione al fine dell’introduzione dei c.d. “costi standard”? Non si tratta, forse, di un’esplicita ammissione dell’inottemperanza al dato normativo nazionale?

E perché nella delibera delle regole 2014 (D.G.R. n. X/1185 – link), con riferimento alle RSA, si è evidenziata la necessità di “*rivedere il sistema di remunerazione per i servizi residenziali*”, poiché “*Con l’adozione del “costo standard RSA” la Regione, definito sui servizi base che devono essere assicurati da tutte le RSA, disporrà dello strumento su cui basare la definizione dell’entità economica relativa alla compartecipazione del servizio sanitario. In un quadro più generale di revisione del sistema della residenzialità, i costi standard sono un importante elemento per consentire non solo la definizione del nuovo sistema di remunerazione, **garantendo la relazione tra spesa sociosanitaria e spesa sociale così come definito nei LEA**”?*

Quante risorse si libererebbero, per i Comuni, se la Regione rispettasse la ripartizione percentuale di legge?

Mi rendo conto di aver introdotto qui più domande di quante risposte ho fornito, ma una soddisfacente replica all’ultimo quesito passa dalla disamina di questi aspetti.

Ecco perché ritengo che la proposta di “rivisitare i LEA”, nel senso suindicato, debba essere presa in serissima considerazione da tutti i Comuni lombardi, anche per il tramite di ANCI Lombardia, perché dalla ridefinizione di questi aspetti, affatto di dettaglio, ne può sortire un beneficio non indifferente per tutti i Comuni e, conseguentemente, per tutti i cittadini.

Basterebbe a suo avviso?

Affrontare solo questo aspetto non gioverebbe se, al contempo, non si dovesse **procedere a una definizione puntuale, almeno tracciando un range, del valore della quota sociale dei medesimi servizi, che non può e non deve essere lasciata alla libertà degli enti gestori, i quali devono assumersi il rischio d’impresa.**

Non possiamo certo negare ch’essi suppliscono alla carenza del sistema pubblico, poiché erogano prestazioni che, diversamente, dovrebbero essere erogate direttamente dalla pubblica amministrazione, siccome rientranti tra le funzioni fondamentali di questa, che però non è in grado di farlo, **ma in un mondo di risorse contingentate è inammissibile che tutti gli attori del sistema siano chiamati a razionalizzare certosamente la spesa, mentre uno di essi è messo in condizione di poter applicare “liberamente” le proprie tariffe di mercato e di vedersi comunque remunerata la prestazione (dall’utenza e/o dal Comune).**

Non ci sono apoditticamente “buoni o cattivi” in questa storia, ma tutti i soggetti coinvolti devono fare i conti con una finanza pubblica in agonia, per cui se è giusto che Regione Lombardia quantifichi esattamente il proprio livello di spesa (sanitario), è altrettanto giusto che i Comuni siano messi in condizione di (esattamente) programmare e sostenere la quota (sociale) di propria competenza in modo matematicamente del tutto analogo, che all’utenza sia richiesto un valore di compartecipazione equo e sostenibile e che agli enti gestori sia riconosciuto il prezzo delle proprie attività, con il giusto margine di lucro, laddove possibile.

Il tutto nel rispetto della legge. È forse troppo?

[1] Un criterio che ripartisce gli utenti secondo una valutazione della rispettiva fragilità, ricollegando a ciascuna classe una determinata remunerazione a carico del Fondo Sanitario Regionale, diversificata in base ai diversi carichi assistenziali (classi S.I.Di., appunto) espressi in minuti di assistenza per ospite

[2] Strumento adottato dalla Regione Lombardia che valuta la gravità clinica/complessità assistenziale, con il quale vengono presi in considerazione gli indicatori relativi a mobilità, cognitività e comorbidità, sempre espresso in minuti di assistenza per ospite

[3] Prevista *ex lege* in misura varia, e contenuta in particolare nell’Allegato 1 C del d.P.C.M. 29 novembre 2001

[4] Le Residenze socio-sanitarie per i disabili (RSD) sono strutture a carattere socio-sanitario che, nel citato allegato 1 C del d.P.C.M. 29 novembre 2001, rientrano nell’area dell’Assistenza Territoriale residenziale erogante attività sanitaria e sociosanitaria nell’ambito di programmi riabilitativi a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali e, in particolare, erogante prestazioni terapeutiche e socioriabilitative in regime residenziale per disabili gravi, con previsione di costi ascritti per il 70% a carico della sanità e per il 30 % a carico dell’utente e/o del Comune. Analogamente i Centri Diurni per persone con Disabilità (CDD) per l’Assistenza Territoriale semiresidenziale erogante attività sanitaria e sociosanitaria , mentre le *Comunità Alloggio sociosanitarie per persone con disabilità (CSS)*, sono riconducibili nell’area dell’Assistenza Territoriale residenziale, con previsione di costi ascritti (ma la questione è comunque controversa) per il 40% a carico della sanità e per il 60 % a carico dell’utente e/o del Comune

[5] v. gli artt. 2 co. 2, 8 co. 2, 11 e 17 della l.r. n. 3/2008

[6] la D.G.R. VII/8077 del 18.02.2002; – la D.G.R. VII/8866 del 24.04.2002; – la D.G.R. VII/9569 del 28.06.2002

[7] D.G.R. n. VII-20766 del 16 febbraio 2005