

## Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 3 marzo 2016, n. U00062

**DCA 562/2015: Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001. Differimento termini.**

IL PRESIDENTE  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Oggetto : DCA 562/2015: Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001. Differimento termini.

DECRETO DEL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio approvato con Legge Regionale 11 novembre 2004, n. 1;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, con la quale il Presidente della Regione Lazio dott. Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi nel settore sanitario della Regione, secondo i programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88 della Legge n. 191 del 2009 e successive modificazioni ed integrazioni;

PRESO ATTO che, con Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 1 dicembre 2014, l'Arch. Giovanni Bissoni è stato nominato, sub Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente ed efficace delle risorse;

VISTA la DGR n.66 del 12 febbraio 2007 concernente "Approvazione del Piano di Rientro per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, c.180, della Legge 311/2004";

VISTA la DGR 6 marzo 2007, n. 149, avente ad oggetto "*Presa d'atto dell'Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del "Piano di Rientro"*";

VISTA la legge 3 marzo 2009, n. 18 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità;

VISTA la legge 23 dicembre 1978, n. 833 che all'art. 26 stabilisce che le prestazioni sanitarie dirette al recupero funzionale e sociale delle persone affette da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali sono da erogarsi a carico delle Aziende Sanitarie Locali;

VISTA la legge Regionale 29 aprile 2013, n. 2 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2013 (art.11, legge regionale 20 novembre 2001, n. 25)", ed in particolare l'art. 3, che approva il "Quadro A" allegato alla medesima, contenente l'elenco delle leggi regionali per le quali è autorizzata la spesa relativamente all'anno finanziario 2013, suddivise per missioni e programmi;

IL PRESIDENTE  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni, che stabilisce che le prestazioni socio-sanitarie a elevata integrazione sanitaria sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e devono essere realizzati programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento all'assistenza per patologie croniche di lunga durata;

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994, n.18, e successive modificazioni recante: "Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali";

VISTO il DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" che delinea tre categorie principali di servizi:

- Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale: prestazioni assistenziali di medio-lungo periodo finalizzate alla prevenzione della salute o al contenimento di esiti degenerativi di patologie invalidanti. Sono di competenza delle A.S.L. e possono essere erogate sia ambulatorialmente, sia a domicilio, sia in strutture di tipo residenziale o semiresidenziale.
- Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria: servizi sociali in favore di persone con problemi di salute o con fragilità che possono mettere a rischio la loro salute (per esempio, contrasto alla povertà nei confronti di persone disabili, assistenza domiciliare a soggetti non autosufficienti, inclusione sociale di soggetti affetti da patologie, etc.). Sono attività di competenza dei comuni, per le quali è richiesta una compartecipazione da parte dei cittadini che ne beneficiano.
- Prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria: servizi assistenziali caratterizzati da elevata rilevanza della parte sanitaria (per esempio, prestazioni erogate nella fase post-acuta di patologie invalidanti). Sono di competenza delle A.S.L.

Alle regioni spetta il compito di programmare gli interventi in ambito socio-sanitario, di determinare i criteri di finanziamento e la quota di compartecipazione dei cittadini, laddove necessario.

VISTO l'art.3, comma 2 del DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" che definisce nel definire le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, stabilisce che le stesse sono prestate con partecipazione alla spesa da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi ("*2. Sono da considerare prestazioni sociali a rilevanza sanitaria 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, di competenza dei comuni, sono prestate con partecipazione alla spesa, da parte dei cittadini, stabilita dai comuni stessi...*")

VISTO art.5, comma 2 del DPCM 14 febbraio 2001 "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" che nell'indicare i criteri di finanziamento stabilisce che "*La regione definisce i criteri per la definizione della partecipazione alla spesa degli utenti in rapporto ai singoli interventi, fatto salvo quanto previsto per le prestazioni sanitarie dal decreto legislativo n. 124 del 1998 e per quelle sociali dal decreto legislativo n. 109 del 1998 e successive modifiche e integrazioni*";

VISTA la L. n.328/2000, recante "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", in particolare l'art. 20 della L. n. 328/2000 che istituisce il fondo nazionale per le politiche sociali, di seguito denominato FNPS;

IL PRESIDENTE  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

VISTA la L.R. n. 38/1996, "Riordino, programmazione e gestione degli interventi e dei servizi socio-assistenziali nel Lazio" e successive modifiche e integrazioni;

VISTA la L.R. n.41/2003, concernente "Norme in materia di autorizzazione all'apertura ed al funzionamento di strutture che prestano servizi socioassistenziali" e le relative deliberazioni attuative n. 1304/2004 e n. 1305/2004 e successive modificazioni;

ATTESO che, in coerenza con le indicazioni contenute nella L. n.328/2000, gli obiettivi della programmazione regionale in campo socio-assistenziale tendono a promuovere:

a) la realizzazione di forme associative tra i comuni a livello distrettuale per la programmazione degli interventi; b) l'integrazione tra gli interventi socioassistenziali e sociosanitari; c) la creazione di un sistema a rete dei servizi; d) la qualificazione degli interventi e dei servizi che devono rispondere in modo adeguato alle esigenze dei cittadini; e) la ricomposizione dei finanziamenti all'interno dei distretti sociosanitari, allo scopo di ottimizzare la spesa;

VISTA la DGR 10 maggio 2002, n. 583 "Attività riabilitativa estensiva e di mantenimento - Definizione della cartella clinica riabilitativa, degli standard di attività e di personale e del flusso informativo. Tariffe dell'attività riabilitativa nei diversi livelli assistenziali";

VISTA l'Intesa (Rep. n.82/CSR del 10 luglio 2014), ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016, in particolare l'art.8 (Revisione disciplina partecipazione alla spesa sanitaria ed esenzioni) "*1.E' necessaria una revisione del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria e delle esenzioni che eviti che la partecipazione rappresenti una barriera per l'accesso ai servizi ed alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità ed universalismo. Il sistema, in fase di prima applicazione, dovrà considerare la condizione reddituale e la composizione del nucleo familiare e dovrà connotarsi per chiarezza e semplicità applicativa. Successivamente, compatibilmente con le informazioni disponibili, potrà essere presa in considerazione la condizione "economica" del nucleo familiare. 2.Si conviene altresì che il nuovo sistema della partecipazione dovrà garantire per ciascuna regione il medesimo gettito previsto dalla vigente legislazione nazionale, garantendo comunque l'unitarietà del sistema. 3.A tal fine si conviene che uno specifico gruppo di lavoro misto con la partecipazione di rappresentanti delle Regioni, del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, di Agenas, coordinato dal Ministero della salute, definisca i contenuti della revisione del sistema di partecipazione entro il 30 novembre 2014.*"

VISTA la DGR 8 febbraio 2000, n.236 Approvazione progetto obiettivo regionale: "Promozione e tutela della salute mentale 2000-2002". Attuazione del progetto obiettivo nazionale: "Tutela salute mentale 1998-2000" approvato con DPR 10 novembre 1999;

CONSIDERATO che la DGR 8 febbraio 2000, n.236 nella premessa al progetto obiettivo regionale "Promozione e tutela della salute mentale 2000-2002" individua tra i punti più significativi: la necessità d'integrare funzionalmente con altri servizi sanitari dell'AAUSL e con i servizi sociali dei Comuni le attività di prevenzione, cura e riabilitazione del DSM;

VISTO il D.P.C.M. 29 novembre 2001 Definizione dei livelli essenziali di assistenza;

VISTO, in particolare l'Allegato 1 – parte 1.C - AREA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA del D.P.C.M. 29 novembre 2001 che nella tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario, evidenzia, accanto al richiamo alle prestazioni sanitarie, anche quelle

IL PRESIDENTE  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA  
(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

sanitarie di rilevanza sociale ovvero le prestazioni nelle quali la componente sanitaria e quella sociale non risultano operativamente distinguibili e per le quali si è convenuta una percentuale di costo non attribuibile alle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale. In particolare, per ciascun livello sono individuate le prestazioni a favore di minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da HIV.

VISTO il DCA 00562 /2015 avente ad oggetto "Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001";

CONSIDERATO che tale Decreto si dispone : "...che le presenti disposizioni entreranno in vigore a far data dal 1° gennaio 2016 ";

DATO ATTO che con il DCA 00562 la Regione ha provveduto a stabilire le quote di compartecipazione del cittadino alla spesa per quanto riguarda i programmi riabilitativi nelle strutture socioriabilitative e che quindi la data del 1 gennaio è da intendersi quale data di inizio delle procedure atte a stabilire i criteri generali;

CONSIDERATO che la Regione Lazio sta regolamentando le modalità di individuazione del soggetto a carico del quale grava il costo della prestazione sociale ovvero, i criteri per l'individuazione del Comune quale titolare del pagamento piuttosto che l'utente;

DATO ATTO che la Regione sta considerando un proprio intervento finanziario a valere sulle risorse del proprio bilancio a supporto delle quote di compartecipazione a carico dei Comuni del Lazio in analogia con la compartecipazione regionale ad altre tipologie di intervento di cui al DPCM del 2001;

CONSIDERATO altresì che allo stato attuale preliminarmente alla presa in carico i comuni di residenza degli utenti non possono definire lo stanziamento per sostenere la nuova spesa a carico del proprio bilancio 2016;

VISTO il DPR 26 ottobre 1972 n. 633 -Istituzione e disciplina dell'imposta sul valore aggiuntoe in particolare l'art.10;

RITENUTO pertanto di rettificare il DCA 562/2015: (Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001) eliminando nelle tabelle ivi presenti, il riferimento all'IVA (+IVA);

VISTO il D.P.C.M. 05.12.2013, n. 159: *Regolamento concernente la revisione delle modalità di determinazione e i campi di applicazione dell'Indicatore della situazione economica equivalente (ISEE)*;

VISTA la legge 31 dicembre 2015, n.17 "Legge di stabilità regionale 2016" e in particolare il comma 26 dell'art.9: "26. *Ai fini dell'accesso alle prestazioni sociali e socio-sanitarie agevolate nonché alla definizione del livello di compartecipazione delle medesime, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, gli enti erogatori dei servizi finanziati con risorse regionali individuano, fatta salva la valutazione della condizione economica complessiva del nucleo*

IL PRESIDENTE  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA

(Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

*familiare di cui all'Indicatore di situazione economica equivalente (ISEE), ulteriori criteri di selezione, in conformità a quanto previsto ai sensi dell'articolo 2, comma 1, del 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 - ISEE), finalizzati a favorire l'accesso agevolato ai predetti servizi da parte dei nuclei familiari in cui sono presenti portatori di handicap nonché da parte di nuclei familiari per i quali l'indennità istituita ai sensi della legge 11 febbraio 1980, n. 18 (Indennità di accompagnamento agli invalidi civili totalmente inabili) ed il trattamento pensionistico di invalidità concorrono per il 50 per cento ed oltre alla determinazione della condizione economica complessiva del nucleo familiare di cui all'ISEE.”;*

CONSIDERATO che per effetto delle nuove disposizioni sono operate modifiche ai parametri di natura reddituale e patrimoniale che concorrono alla determinazione della capacità contributiva dell'individuo e del nucleo familiare di appartenenza e che pertanto la nuova disciplina dell'ISEE può incidere sulla capacità di accesso alle prestazioni pubbliche in via agevolata da parte dei singoli individui;

CONSIDERATO altresì che per garantire l'accesso agevolato a tali prestazioni è necessario conoscere il dettaglio analitico delle dichiarazioni ISEE relative ai cittadini residenti nel Lazio, che tale patrimonio informativo ci consentirà di definire, compatibilmente con le risorse disponibili, una cornice equa e sostenibile entro la quale garantire l'accesso alle prestazioni;

RITENUTO, altresì, per i motivi suesposti e in particolare per quanto disposto dalla citata normativa di differire l'attivazione della compartecipazione dal 1 gennaio 2016 al 1 luglio 2016

DECRETA

- di rettificare il DCA 562/2015: (Attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore delle persone con problemi psichiatrici e/o delle famiglie; prestazioni terapeutiche e socio riabilitative in strutture ad alta, media e bassa intensità assistenziale socio-sanitaria. Compartecipazione alla spesa ai sensi del DPCM 29 novembre 2001) eliminando nelle tabelle ivi presenti, il riferimento all'IVA (+IVA);
- di differire l'attivazione della compartecipazione dal 1 gennaio al 1 luglio 2016 nelle more dell'attivazione della definizione di quanto sopra
- di stabilire che i costi fino a tale data saranno a carico del servizio sanitario regionale;
- di inviare il presente provvedimento ai Direttori generali delle Aziende sanitarie regionali per gli adempimenti di competenza.
- Avverso il presente provvedimento è possibile proporre ricorso giurisdizionale al TAR entro 60 giorni o, alternativamente, ricorso amministrativo straordinario al Presidente della Repubblica entro 120 giorni dalla notifica, comunicazione o pubblicazione dello stesso.

**NICOLA ZINGARETTI**