

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 1 luglio 2016, n. U00234

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." Differimento termini

**Decreto del Presidente
in qualità di Commissario ad acta**

OGGETTO: 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.*” Differimento termini

IL 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;

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”;

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 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 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*”;

DATO ATTO che con il DCA 00562/15 la Regione ha provveduto a stabilire le quote di compartecipazione del cittadino alla spesa per quanto riguarda i programmi riabilitativi nelle strutture socio-riabilitative;

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)*;

VISTO il DCA 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*” con il quale la Regione Lazio ha differito i termini di attivazione della compartecipazione al 1 luglio 2016;

CONSIDERATO che la Regione Lazio sta regolamentando le modalità e le procedure con cui la struttura che eroga il servizio si debba relazionare con il Comune titolare dell'eventuale agevolazione all'utente (convenzione, fatturazione, rendicontazione);

CONSIDERATO che non sono ancora state definite le modalità di presa in carico dell'utente da parte dei servizi sociali comunali né stanziati gli importi necessari per l'assunzione della relativa spesa nei propri bilanci;

CONSIDERATO, altresì, che l'esatta definizione degli importi di spesa a carico di ciascun comune può avvenire più agevolmente in fase di predisposizione del Bilancio di previsione;

CONSIDERATO che per garantire una stima puntuale dell'impatto finanziario della compartecipazione sul territorio regionale e definire, compatibilmente con le risorse disponibili, una cornice equa e sostenibile, entro la quale garantire l'accesso alle prestazioni, è necessario elaborare una simulazione attendibile delle dichiarazioni ISEE relative ai cittadini residenti nel Lazio;

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;

VISTA la sentenza del Consiglio di Stato del 3 dicembre 2015 pubblicata il 29 febbraio 2016, che ha accolto il ricorso delle Associazioni dei disabili e che modifica la disciplina ISEE in senso favorevole ai cittadini disabili, con conseguente aumento di oneri a carico delle pubbliche amministrazioni;

VISTO il Decreto Ministeriale del 1 giugno 2016 che recepisce la prescrizione adottata dal Consiglio di Stato sopra indicata;

CONSIDERATO che le modifiche introdotte dal citato Decreto comportano ulteriori oneri finanziari regionali e comunali;

VALUTATA la necessità di garantire alle famiglie i tempi e le indicazioni per programmare la propria spesa per la compartecipazione e ottenere un ISEE aggiornato con le nuove regole;

CONSIDERATA, inoltre, l'opportunità di disciplinare da parte della Regione la modalità di determinazione della componente di spesa sanitaria della retta deducibile/detraibile ai fini fiscali;

VALUTATA la nota dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale del 21 giugno 2016 con la quale si invoca un differimento termini al fine di prevenire ulteriori disagi a carico delle famiglie degli utenti;

RITENUTO, per i motivi suesposti, di differire l'attivazione della compartecipazione, così come previsto dal DCA 62/2016, dal 1 luglio 2016 al 1 gennaio 2017;

RITENUTO di valutare un possibile recupero con altri fondi regionali delle somme anticipate dal FSR per il periodo di differimento dei termini;

DECRETA

- di differire l'attivazione della compartecipazione dal 1 luglio 2016 al 1 gennaio 2017;
- 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.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

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