

E SE LA RETTA DI RICOVERO PAGATA DALL'UTENTE FOSSE INTERAMENTE DEDUCIBILE?

di Raffaele Zinelli - Presidente associazione CartaCanta onlus

Premessa

A norma del paragrafo 9, allegato 1, della DGR n. 2110/09 sull'accreditamento transitorio, il prossimo 28 febbraio scade per i gestori il termine (comunque mai rispettato, in particolare da quelli pubblici) per il rilascio agli utenti delle certificazioni valide ai fini fiscali che quest'anno pare saranno calcolate, anche dai gestori finora renitenti, secondo quanto stabilito dalla suindicata delibera e dunque, per gli assistiti (utenti) dei servizi residenziali per anziani, con una deducibilità al 50% della retta di ricovero versata. Pare pure che la Regione stia deliberando la correzione della medesima delibera che aveva ingiustamente stabilito la stessa percentuale di deducibilità anche per gli assistiti dei servizi domiciliari che probabilmente da quest'anno beneficeranno nuovamente di una percentuale maggiore e probabilmente pari al 100%.

Dunque sembrano esserci buone notizie all'orizzonte e vedremo a breve in quali tempi e modi i gestori accreditati, finora inadempienti, onoreranno insieme agli altri dotti firmatari (AUSI e Comuni) i contratti di servizio sottoscritti e vedremo anche, nel caso dovessero insistere nel rifiuto, **se i Comuni attiveranno nei loro confronti le previste azioni** (diffida e poi se il caso la revoca dell'accreditamento con relativa perdita del contributo sanitario regionale) **rammentando però che non arriveranno mai a tanto dato che le perdite che ne deriverebbero per le ASP dovranno essere ripianate da loro stessi in qualità di soci delle medesime**. L'ennesimo conflitto d'interessi previsto dall'accreditamento.

Nel frattempo vogliamo esporre alcune considerazioni che abbiamo maturato sulla scorta delle tante riflessioni fatte in relazione al 50% di compartecipazione alla spesa di ricovero stabilita nel noto allegato 1.C del DPCM 29 novembre 2001 sui LEA (che ha assunto forza di legge con l'art. 54 della legge n. 289/2002) **e che hanno come principale sbocco, per noi, la possibilità di considerare deducibile l'intera retta versata dagli utenti**. Considerati i volumi di spesa per i servizi sostenuti dagli anziani non autosufficienti e il maggior peso della deducibilità rispetto alla detraibilità (se non altro per lo sconto sul reddito ai fini IRPEF un'aliquota marginale dal 23% al 43% anziché quella fissa del 19%), la nostra attenzione è rivolta alla deducibilità della spesa sostenuta dagli assistiti dei servizi residenziali per anziani e tuttavia gran parte delle prossime osservazioni sono valide anche per altre tipologie di servizi.

La rivendicazione di questo possibile "sconto" fiscale, soprattutto dopo anni di sua negazione da parte di molti gestori, non ci impedisce tuttavia di ricordare ai sindacati che **la deducibilità basata sulle aliquote marginali degli utenti-contribuenti è un'agevolazione iniqua perché premiante i redditi più alti e sostituita infatti nei maggiori paesi europei da un'adeguata detraibilità**.

Il DPCM 8 agosto 1985

Con un atto amministrativo (quindi senza valore normativo ma politicamente assai rilevante), il DPCM 8 agosto 1985, il cosiddetto decreto Craxi, aveva spianato la strada allo spacchettamento della cura dei malati attraverso lo spostamento degli anziani e dei disabili non autosufficienti (incapaci per le loro malattie di restare o rientrare al proprio domicilio) dal comparto della sanità pubblica, contraddistinto dal diritto soggettivo e quindi esigibile alle cure gratuite e senza limiti di durata, a quello dei servizi sociali, fondato sulla discrezionalità dei Comuni e sul pagamento, per intero o quasi, della retta di ricovero.

Per giustificare questo spostamento il decreto introduceva un distinguo tra le attività di rilievo sanitario: all'art. 1 - «Le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali di cui all'art. 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730, sono le attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti»;

e all'art. 2 - «Non rientrano tra le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, le attività direttamente ed esclusivamente socio-assistenziali, comunque estrinsecantisi, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute del cittadino. In particolare, non rientrano tra le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali l'assistenza economica in denaro o in natura e l'assistenza domestica, le comunità alloggio, le strutture diurne socio-formative, i corsi di formazione professionale, gli interventi per l'inserimento e il reinserimento lavorativo, i centri di aggregazione e di incontro diurni, i soggiorni estivi, i ricoveri in strutture protette extra-ospedaliere meramente sostitutivi, sia pure temporaneamente, dell'assistenza familiare».

Nel decreto vi era già una prima sottile e volutamente confusa distinzione tra le attività socio-assistenziali di rilevanza sanitaria in quanto «dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute» e quelle «direttamente ed esclusivamente socio-assistenziali, comunque estrinsecantisi, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute».

Il successivo art. 6 poi mostrava il reale scopo di questa distinzione che non era tanto la non rilevanza sanitaria dell'assistenza economica al cittadino quanto lo stabilire la sua quota di partecipazione al complesso di prestazioni sanitarie che avrebbe ricevuto nelle strutture protette pubbliche e private:

«Rientrano tra le attività socio-assistenziali di rilievo sanitario, con imputazione dei relativi oneri sul Fondo sanitario nazionale, i ricoveri in strutture protette, comunque denominate, sempre che le stesse svolgano le attività di cui all'art. 1. Le prestazioni in esse erogate devono essere dirette, in via esclusiva o prevalente:

- [...]

*- alla cura degli anziani, limitatamente agli stati morbosi non curabili a domicilio. **Nei casi in cui non sia possibile, motivatamente, disgiungere l'intervento sanitario da quello socio-assistenziale,** le Regioni possono, nell'ambito delle disponibilità finanziarie assicurate dal Fondo sanitario nazionale, avvalersi mediante convenzione di istituzioni pubbliche o, in assenza, di istituzioni private. In questi casi le Regioni possono prevedere che l'onere sia forfettariamente posto a carico, in misura percentuale, del Fondo sanitario nazionale o degli enti tenuti all'assistenza sociale **in proporzione all'incidenza rispettivamente della tutela sanitaria e della tutela assistenziale, con eventuale partecipazione da parte dei cittadini**».*

La normativa statale sulla deducibilità della spesa sanitaria e socio-sanitaria

Poiché i pareri e le istruzioni dell'Agenzia delle Entrate non hanno valenza normativa, su questo tema **l'unico riferimento valido (poiché secondo l'art. 23 della Costituzione «nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non dalla legge»)** è costituito dal TUIR, il Testo Unico delle Imposte sui Redditi (Legge 22 dicembre 1986, n. 917) il cui art. 10 prevede genericamente:

- al comma 1, *«Dal reddito complessivo si deducono [...] i seguenti oneri sostenuti dal contribuente: [...] b) le spese mediche e quelle di assistenza specifica necessarie nei casi di grave e permanente invalidità o menomazione, sostenute dai soggetti indicati nell'articolo 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104. Ai fini della deduzione la spesa sanitaria relativa all'acquisto di medicinali deve essere certificata da fattura o da scontrino fiscale contenente la specificazione della natura, qualità e quantità dei beni e l'indicazione del codice fiscale del destinatario»;*

- e al comma 2 che: *«Le spese di cui alla lettera b) del comma 1 sono deducibili anche se sono state sostenute per le persone indicate nell'articolo 433 del codice civile».*

Ciò che non era ancora del tutto chiaro con il DPCM Craxi circa la «eventuale partecipazione» dei cittadini alla spesa sanitaria lo divenne in seguito con le Linee guida del 31 marzo 1994 emanate dal Ministero della Sanità quali «Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle Residenze Sanitarie Assistenziali» che al fine una ripartizione della spesa sanitaria tra Fondo Sanitario Regionale (F.S.R.) e utenti/Comuni li ordinava in «quattro macrolivelli omogenei di costi»:

1. **costi edilizi** (50% a carico del F.S.R. e 50% a carico dell'utente e/o del Comune)
2. **costi alberghieri e generali** (100% a carico dell'utente e/o del Comune)
3. **costi assistenza sanitaria** (100% a carico del F.S.R.)
4. **costi assistenza sociale a rilievo sanitario** (a carico sia del F.S.R. che dell'utente e/o del Comune ma in rapporto ai costi dei secondi con i terzi)

Nonostante la conferma di una partecipazione dell'utente alla spesa sanitaria questo schema aveva però il buon senso di calcolarne la quota non basandosi semplicemente sul mero costo delle varie figure componenti l'enigmatica «assistenza specifica» **ma sul loro costo inteso quale risultante del rapporto tra i costi alberghieri e sanitari** tant'è che diverse Regioni l'hanno adottato fin dall'inizio ai fini della deducibilità della retta di ricovero (il Piemonte con la DGR n. 42433/1995, la Lombardia con la DGR n. 26316/1997, ecc.) consentendo negli ultimi vent'anni agli utenti e alle famiglie un discreto recupero della spesa sostenuta.

Le gravi responsabilità della Regione Emilia-Romagna

In relazione alle suindicate linee guida ministeriali è interessante il risultato di una nostra simulazione di ripartizione della spesa sanitaria fatta nel febbraio 2012 di concerto con un gestore privato inserendo nello schema di cui sopra i dati delle schede analitiche elaborate dalla Regione per le strutture residenziali per anziani accreditate (con retta omogenea di riferimento di 49,50 € a carico dell'utente/Comune e una quota di 40,75 € a carico della Sanità regionale - in aggiunta al rimborso delle spese propriamente sanitarie) **che ha confermato per l'utente una retta composta dal 44,97% di costi a valenza sanitaria (22,26 €), quindi deducibili, e dal 55,03% di costi non sanitari (27,24 €), indeducibili.**

Si tratta quindi di una percentuale di deducibilità della retta inferiore di soli 5 punti al 50% forfettariamente stabilito dalla Regione con la DGR 2110/09 **ma che non va affatto a suo merito dato che la delibera prevede un'identica percentuale di costi sanitari anche per i servizi domiciliari quando la nostra medesima simulazione ha dato per questi un risultato del 100%**, peraltro la stessa percentuale certificata in precedenza dalla stragrande maggioranza dei gestori sia pubblici che privati.

Comunque, come s'è visto diversamente da altre importanti Regioni che per il calcolo della quota sanitaria per anziani e disabili hanno adottato lo schema ministeriale del 1994 che forniva una chiara risposta interpretativa alla genericità della deducibilità delle «*spese mediche e di assistenza specifica*» contenuta nel TUIR del 1986, **la nostra Regione con la DGR n. 477/99 non soltanto ha scartato quello schema motivando che «gli indirizzi ministeriali di cui alle Linee Guida sulle RSA sono esclusivamente indicativi e che comunque necessitano di alcuni adattamenti alla normativa fiscale vigente ed al contesto ed al sistema regionale» ma, come ha riferito il 27 maggio 2013 (prot. n. 22235) in Assemblea Legislativa l'assessore regionale alla Salute Carlo Lusenti, con quella delibera la Regione si è fatta addirittura promotrice presso l'Agenzia delle Entrate della «declinazione del concetto di «assistenza specifica»» ed ha ristretto il computo delle voci socio-assistenziali a valenza sanitaria deducibile per l'utente ai soli costi strettamente riferiti al personale legato a quel concetto** "dimenticandosi" però di chiarire quali dei suoi costi prendere in considerazione e così generando tra i gestori pubblici e privati il marasma delle dichiarazioni fiscali con le percentuali di deducibilità dal 7 al 70% da noi denunciate da anni ma con poco o nullo riscontro politico e tanto meno da parte dei sindacati che curiosamente attraverso i CAF e i patronati gestiscono la maggior parte degli adempimenti fiscali degli utenti.

Questo perché anche volendosi limitare a considerare il costo del solo personale come sopra individuato, i criteri per definirlo sarebbero stati almeno due, uno più riduttivo e sfavorevole agli utenti (adottato appunto dalla Regione e quindi dalla maggioranza dei gestori pubblici e da qualche privato) e l'altro più estensivo e quindi favorevole agli utenti (adottato da pochissimi gestori pubblici e molti privati):

1. considerare soltanto il costo "nudo e crudo" del personale individuato dalla Regione;
2. includere anche altre voci di costo riferibili al personale e senza le quali la loro attività non potrebbe svolgersi o produrre effetti, per esempio: fornitura e lavaggio divise e dispositivi di protezione individuale, ausili, pannoloni, materiali igiene personale a perdere, trasporti ambulanza, ecc..

Ad ogni modo come abbiamo già detto il primo punto ha avuto la meglio tra i gestori. Ma nella comunicazione dell'assessore Lusenti ci sono due passi interessanti: **il primo è la scusa di un «vuoto interpretativo» sul concetto di «assistenza specifica» (scusa falsa data l'esistenza dal 1944 delle Linee Guida ministeriali) e il secondo che a partire dal 2000, da quando l'Agenzia delle Entrate aveva fatto propria la soluzione interpretativa suggerita dalla Regione, la DGR 477/99 era da ritenersi «superata e con ciò anche il significato ed il contenuto della delibera stessa».**

Eppure sappiamo che non soltanto la delibera è stata di riferimento ai gestori fino all'avvio dell'accreditamento ma viene ancora citata come paravento per la certificazione della quota sanitaria pro-utente per i posti accreditati sia convenzionati che autorizzati (i non convenzionati con quota sanitaria a carico dell'utente) e di tutto questo la Regione pare non rendersene conto. Qui sotto la prima parte della comunicazione di Lusenti:

La materia fiscale inerente la deducibilità/detraibilità di alcune spese rispetto all'IRPEF è di esclusiva competenza nazionale. La Regione non può intervenire su tale materia.

A fronte di un vuoto interpretativo per quanto riguarda la declinazione del concetto di «assistenza specifica», nel 1999 la Regione approvò la Delibera di Giunta Regionale n. 477/1999, previo confronto informale con l'Agenzia delle Entrate a livello nazionale, per fornire una base comune interpretativa in virtù delle proprie competenze in materia di definizione dei criteri e degli standard per i servizi sociosanitari per anziani e disabili. Il lavoro svolto dalla Regione Emilia-Romagna fu apprezzato a livello nazionale tanto che nella sua parte essenziale è stato fatto proprio dall'Agenzia delle entrate ed è diventato parte integrante delle norme interpretative contenute dal 2000 in avanti nelle istruzioni dei modelli Unico e 730. In tal modo la situazione che aveva motivato l'intervento di interpretazione uniforme da parte della Regione (DGR 477/1999) è stata superata e con ciò anche il significato ed il contenuto della delibera stessa.

Quindi le norme e le istruzioni nazionali costituiscono l'unico e chiaro riferimento per cittadini e soggetti gestori di servizi sociosanitari.

Tuttavia la Regione dopo aver comunque tenuto in vita per 13 anni la DGR 477/99 e dopo aver ribadito la competenza nazionale in materia fiscale ci conferma tramite Lusenti di un suo nuovo ribaltone e cioè che con la nuova delibera 2110/09, valida solo per i servizi per anziani, ha di fatto rimesso ancora una volta in mano alla Regione il pallino della materia fiscale.

E infatti nella medesima comunicazione si legge:

Nell'ambito delle norme regionali dei servizi sociosanitari accreditati, la Regione ha definito un sistema di remunerazione omogeneo per ogni tipologia di servizio accreditato, vincolante per tutti i soggetti gestori dei servizi accreditati.

L'accettazione di questo sistema di remunerazione è elemento fondamentale per la concessione dell'accreditamento. Tale sistema di remunerazione è frutto di una attenta analisi dei costi standard di produzione.

E' sulla base di questa analisi che sono state definite le remunerazioni delle diverse tipologie di servizio e che è stato possibile per la Regione individuare la quota di assistenza specifica che grava sulla parte dei costi oggetto della contribuzione degli utenti; ciò nel pieno rispetto delle indicazioni normative ed applicative nazionali, tenendo conto della destinazione decisa dalla Regione della quota a carico del FRNA.

Sulla base di questa analisi la Regione ha individuato nella Delibera di Giunta Regionale n. 2110/2009 un riferimento percentuale (50% della contribuzione a carico dell'ospite) dei costi di assistenza specifica che, su richiesta dei cittadini, i soggetti gestori di servizi sociosanitari residenziali e diurni per anziani accreditati sono tenuti a documentare, facendo riferimento alla norma regionale.

Se a prima vista il «sistema di remunerazione omogeneo» previsto dalla DGR 2110 del 2009 (ancora oggi ampiamente disapplicata) sembra rispondere a criteri più ampi e diversi da quelli rigidamente individuati dalla Regione con la DGR 477 del 1999 **tuttavia va detto che questa non ha mai fornito alcuna spiegazione sul suo nuovo calcolo ed anzi, imponendo il 50% di deducibilità della spesa anche ai servizi domiciliari per anziani, che da sempre hanno dato diritto, unanimemente, ad una deducibilità del 100%, ha dimostrato di aver fatto dei conti da "media del pollo" tra servizi diversi [(residenziali+semiresidenziali+domiciliari)/3 = 50% di deducibilità!] che contrastano con l'elementare diritto degli utenti di beneficiare degli "sconti" fiscali corrispondenti alle spese a valenza sanitaria effettivamente sostenute.**

Certamente anche questo modo pressapochista e autoritario (per il rifiuto a spiegazioni) della Regione di affrontare le modalità di calcolo della spesa deducibile ha avuto il suo peso nel determinare il rifiuto da parte di molti gestori di applicare, nel merito, la nuova direttiva regionale ma occorre dire che questi hanno dimostrato poca ampiezza di vedute e che infatti dopo aver indossato il paraocchi si sono concentrati sui loro calcoli tanto meticolosi e intimi da non accorgersi che ognuno di loro, seppure operando con rette molto simili e identici parametri assistenziali stabiliti dalle direttive regionali, stava giungendo a percentuali di deducibilità radicalmente diverse (dal 7 al 70%) e senza accorgersi che disparità così elevate non potevano che dipendere dal riferimento ad una direttiva, la 477/99, che aveva confuso ancora di più e non chiarito il concetto di «assistenza specifica» di cui all'art. 10 del TUIR.

Eppure questa mostruosità viene certificata da 13 anni e la responsabilità continua a ricadere soltanto sui gestori quando invece è dimostrato che la Regione non ha mai fornito loro uno straccio di schema da seguire e che neppure dai Comuni, dalle AUSL, dai sindacati e dai partiti è giunto un contributo per un'omogenea, ragionata e aggiornata interpretazione del concetto di «assistenza specifica».

In sostanza la Regione ha sfornato prima una delibera assolutamente vuota (la DGR 477/99) che si è infatti prestata alle più insensate interpretazioni e poi 10 anni dopo se n'è inventata un'altra (l'infelice DGR 2110/09 dell'interminabile accreditamento) contenente un blindatissimo e contestatissimo 50% di deducibilità per tutti i servizi per anziani, quindi di contenuto diametralmente opposto alla prima.

Aliquota di contribuzione alla spesa sanitaria e % di deducibilità

L'art. 2 della legge n. 833/78 stabilisce che il Servizio Sanitario Nazionale deve assicurare a tutti, indistintamente, «**la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata**» e in particolare la «**tutela della salute degli anziani anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione**».

Ora, senza fare la storia di come la cura dell'anziano malato cronico sia passata dal comparto sanitario (che oggi prevede cure gratuite soltanto per le patologie acute) a quello assistenziale (in capo ai Comuni e con il concorso alla spesa da parte degli utenti), sappiamo che il DPCM sui LEA del 29 novembre 2001 ha stabilito per quell'anziano (e per il Comune in caso di sua insufficienza reddituale) ricoverato in una struttura protetta un'aliquota di contribuzione pari al 50% della spesa per le «prestazioni sanitarie di rilevanza sociale» da ricevere e che la Regione ha pure consentito un finanziamento extra ai gestori consentendo loro di obbligare gli utenti al versamento di una caparra al momento del ricovero.

Nelle prossime pagine proveremo a spiegare com'è stata intesa la ripartizione tra Servizio Sanitario Nazionale e utenti degli oneri per le prestazioni «*sanitarie di rilevanza sociale*», **ma intanto è bene sapere che alla base di tutto c'è stata la sminuizione della loro valenza sanitaria con l'aperto tentativo di declassarle al livello di "assistenziali" e sempre più spesso di "alberghiere" (spese queste ultime, se prese a parte, indeducibili)**, e questo al solo scopo di far accettare ai cittadini e alle famiglie anche il pagamento di parte dell'assistenza sanitaria, in aggiunta ai *ticket* sulle prestazioni specialistiche e diagnostiche e alla spesa già sostenuta *out-of-pocket*.

Diamo allora una breve rispolverata al DPCM 29 novembre 2001 sui LEA che invece prevede:

1.C AREA INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

Nella tabella riepilogativa, per le singole tipologie erogative di carattere socio sanitario, sono evidenziate, 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.

Un esempio della combinazione tra livelli, prestazioni e costi è quella raffigurata nella tabella sottostante e, **come si può notare nella parte destra, sia il DPCM del 14 febbraio 2001 che le Linee guida del Ministero della Sanità del 1994 costituiscono parte integrante degli indirizzi e della normativa di riferimento**. Pertanto se la nostra Regione nel 1999, prima del DPCM sui LEA, aveva avuto una scusa nel considerare le Linee guida puramente "*indicative*" non ci sembra che dal 2002 potesse continuare a guardarle con la consueta sufficienza e tuttavia, sorda a ogni sollecitazione, lo ha fatto.

Livelli di Assistenza Macro-livelli	Livelli di Assistenza micro-livelli	Prestazioni	% costi a carico dell'utente o del Comune	Atto indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie DPCM 14.2.2001	Normativa di riferimento
9. Assistenza territoriale residenziale					
	Attività sanitaria e sociosanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani	a) prestazioni di cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti <u>in fase intensiva ed estensiva</u> ; b) prestazioni terapeutiche, di recupero e mantenimento funzionale delle abilità per non autosufficienti <u>in regime residenziale</u> , ivi compresi interventi di sollievo [cfr. % colonna a fianco]	<i>prestazioni sanitarie</i> (0%) <i>prestazioni sanitarie</i> 50% <i>di rilevanza sociale</i>	Cura e recupero funzionale di soggetti non autosufficienti non curabili a domicilio, tramite servizi residenziali a ciclo continuativo, compresi interventi e servizi di sollievo	Linee guida Min. Sanità 31.3.1994 L. n. 67/1988 L. n. 451/ 1998 D. Lgs. n. 229/99 D.P.R. 23.7.1998 "Piano Sanitario 1998/2000" Leggi e Piani regionali*

Adesso se vogliamo un'ulteriore spiegazione del significato di **prestazioni «sanitarie di rilevanza sociale»** dobbiamo fare riferimento normativo all'art. 3-septies del D.Lgs. 502/92 altrimenti condensato al paragrafo 3, comma 1, del **DPCM 14 febbraio 2001** che così recita:

1. Sono da considerare prestazioni sanitarie a rilevanza sociale le prestazioni assistenziali che, erogate contestualmente ad adeguati interventi sociali, sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite, contribuendo, tenuto conto delle componenti ambientali, alla partecipazione alla vita sociale e alla espressione personale. Dette prestazioni, di competenza delle aziende unità sanitarie locali ed a carico delle stesse, sono inserite in progetti personalizzati di durata medio/lunga e sono erogate in regime ambulatoriale, domiciliare o nell'ambito di strutture residenziali e semiresidenziali.

Ma se ci limitassimo a tutto questo non diremmo nulla di nuovo ed ecco allora come il documento della Commissione sui LEA del 30 maggio 2007 spiega «**il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti**»:

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI
ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

Prestazioni Residenziali e Semiresidenziali

1.1. Definizione di prestazione residenziale.

Si intende per prestazione residenziale e semiresidenziale il complesso integrato di interventi, procedure e attività sanitarie e socio-sanitarie erogate a soggetti non autosufficienti, non assistibili a domicilio all'interno di idonei "nuclei" accreditati per la specifica funzione.

La prestazione non si configura come un singolo atto assistenziale, ma come il complesso di prestazioni di carattere sanitario, tutelare, assistenziale e alberghiero erogate nell'arco delle 24 ore.

1.1.2. La Prestazione Residenziale nel sistema dei Livelli Essenziali

E' inoltre opportuno sottolineare che la prestazione "residenziale" non si differenzia necessariamente da quella "ospedaliera" per un minore gradiente di assistenza.

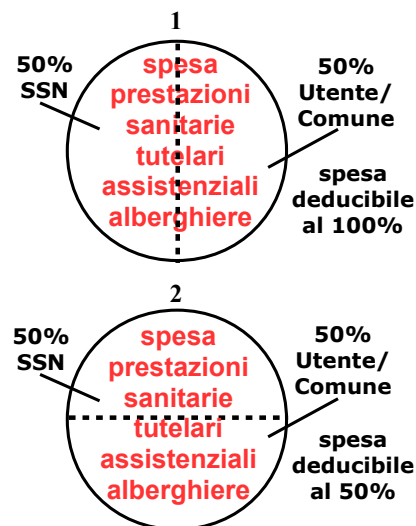
Sussistono infatti condizioni di cronicità che impongono significativi e continui trattamenti di natura sanitaria, anche per il supporto alle funzioni vitali (respirazione, nutrizione), nelle quali il gradiente assistenziale globale richiesto può risultare anche superiore a quello di alcune prestazioni di ricovero in condizioni di acuzie.

Dunque da quanto si legge nel DPCM 14 febbraio 2001, nel DPCM del 29 novembre 2001 e nel documento della Commissione ministeriale sui LEA del 30 maggio 2007, **le prestazioni residenziali e semi-residenziali per i soggetti non autosufficienti sono un complesso integrato, continuativo di interventi, procedure e azioni sanitarie e socio-sanitarie, non operativamente distinguibili tra loro, di competenza e a carico del Servizio Sanitario Nazionale ma con una percentuale di costo attribuita all'utente e/o al Comune di sua ultima residenza.**

Ma se queste prestazioni rappresentano un complesso di azioni non operativamente distinguibili, come va intesa la ripartizione al 50% di questa «spesa sanitaria di rilevanza sociale» (sanitaria, tutelare, assistenziale e alberghiera) tra SSN e utente/Comune? E con quale percentuale di deducibilità per l'utente? Come nella figura 1 o nella 2?

È evidente (v. fig. 1) che la ripartizione stabilita dal DPCM sui LEA è in misura forfettaria, non distinguibile per tipologia di prestazioni, e che infatti richiede al SSN e all'utente/Comune una compartecipazione alla spesa nel suo complesso, eppure l'interpretazione diffusa (e abilmente indotta) tende a considerare la quota a carico dell'utente (anzi dell'ospite) con una valenza di tipo assistenziale e perfino alberghiera (fig. 2) e dunque a limitata deducibilità.

Questa interpretazione rispecchia esattamente il concetto previsto dal DPCM Craxi del 1985 che infatti abbiamo definito all'inizio "senza valore normativo ma politicamente assai rilevante".



Ebbene, a fronte di questa pericolosa deviazione noi rilanciamo che se le prestazioni previste nel DPCM 2001 sui LEA sono «sanitarie di rilevanza sociale» anche la quota di contribuzione richiesta all'utente è di natura sanitaria e pertanto interamente e non parzialmente deducibile.

Pareri forti ma non vincolanti

Ma davanti a questa opzione in tanti obietteranno che l'Agenzia delle Entrate ha dato, grazie alla nostra Regione, una sua lettura (a nostro avviso restrittiva) del concetto di «assistenza specifica» e inoltre ha escluso il vitto e l'alloggio dalle voci deducibili e quindi che sarebbe obbligo sia del gestore che del contribuente attenersi a questa versione che l'Agenzia ha espresso in più circolari e pareri.

Ciò nonostante andrebbe ricordato che i pareri dell'Agenzia sono delle semplici, ancorché importanti, interpretazioni di una norma tributaria e pertanto non vincolanti come infatti chiarito dalla Suprema Corte di Cassazione, a sezioni unite civili, con la sentenza n. 23031/2007:

«In realtà, la circolare interpretativa esprime, come è stato efficacemente detto, una "dottrina dell'amministrazione", vale a dire l'opinione di una parte (anche se "forte") del rapporto tributario, che, peraltro, può essere discussa e disattesa dal giudice tributario. E, qualora il giudizio di quest'ultimo corrisponda al parere espresso dall'amministrazione, caso sarà pur sempre l'interpretazione del giudice che avrà esclusivo valore ed efficacia. Alla luce delle considerazioni svolte può, pertanto, affermarsi il seguente principio di diritto: «La circolare con la quale l'Agenzia delle Entrate interpreta una norma tributaria, anche qualora contenga una direttiva agli uffici gerarchicamente subordinati perché vi si uniformino, esprime esclusivamente un parere dell'amministrazione non vincolante per il contribuente, e non è, quindi, impugnabile né innanzi al giudice amministrativo, non essendo un atto generale di imposizione, né innanzi al giudice tributario, non essendo atto di esercizio di potestà impositiva».

Inoltre i pareri e le circolari dell'Agenzia delle Entrate sono ancor meno utilizzabili da quei gestori che nel giugno 2012 hanno capziosamente presentato più interPELLI identici per ottenere da questa un parere negativo sulla misura forfettaria del 50% di costi a valenza sanitaria sulla retta dell'utente prevista dalla DGR n. 2110/09 ricevendone in risposta, il mese successivo, una netta inammissibilità della richiesta:

«Si fa presente che l'art. [...] subordina l'ammissibilità dell'istanza di interpello di cui all'art. [...] alla sussistenza di "obiettive condizioni di incertezza sull'interpretazione di una disposizione normativa di natura tributaria". Alla luce della disposizione sopra richiamata, l'istanza in esame è da ritenersi inammissibile in quanto non concerne l'interpretazione di norme tributarie. Il calcolo e incidenza dei costi sanitari e di assistenza specifica sul costo totale della retta sostenuta dagli ospiti di case di riposo o centri diurni, infatti, è materia regolata da norme non fiscali [...] Pertanto questa Direzione non è competente ad autorizzare una quantificazione forfettaria al 50% di tali costi. Ciò premesso, si ritiene tuttavia, che se l'incidenza al 50% delle spese mediche e di assistenza specifica sulla retta totale, trovi effettivo riscontro nei costi e nei bilanci delle varie strutture socio-sanitarie, sia teoricamente possibile forfettizzare la determinazione di tali spese con una quantificazione media, così come previsto dalla delibera regionale n. 2110 del 21/12/2009».

Quindi, dato che l'Agenzia delle Entrate ha riconosciuto che né il calcolo né l'incidenza dei costi sanitari e di assistenza specifica sono regolati da norme fiscali non occorre molto altro per capire che anche la restrittiva "declinazione del concetto di assistenza specifica" suggeritagli dalla Regione con la DGR n. 477/09 (che ora con la DGR 2110/09 l'ha completamente ribaltato) non risponde a norme fiscali **come non lo risponde neppure l'esclusione dal beneficio della deducibilità dei costi del vitto e dell'alloggio di un riconosciuto portatore di handicap ricoverato presso una struttura residenziale o semi-residenziale socio-sanitaria ai sensi del DPCM 2001 sui LEA.**

Possiamo infatti ricordare che al proposito già nel 1994 la circolare n. 73/E del Ministero delle Finanze, in un'interpretazione tanto autorevole quanto non vincolante al pari di quella dell'Agenzia delle Entrate, limitava la non deducibilità della spesa a quella sostenuta per le «prestazioni di carattere meramente alberghiero (ricovero in case di cura o gerontocomi privati)» e cioè soltanto per quella erogata negli istituti privati non in convenzione con il Sanitario Nazionale nell'ambito del quale le stesse prestazioni venivano invece erogate a titolo gratuito.

Tuttavia, dimentichi di tutto questo i gestori renitenti (le ASP di Parma, Colorno, Langhirano e Compiano affiancati da privati come il gruppo Emmaus della Curia Vescovile e seguiti da molti altri a livello regionale), sono scesi da tempo nell'agone "non tributario" prima sposando la posizione assunta dall'Agenzia delle Entrate e dalla DGR 477/99 con l'interpretazione restrittiva del concetto di «assistenza specifica» e poi, una volta uscita la delibera n. 2110/09, attaccando frontalmente la Regione (con tanto di copia all'Agenzia delle Entrate) che nella suddetta delibera prevede la valenza sanitaria del 50% della quota di retta versata dall'utente dei servizi per anziani.

Di conseguenza, visto che la Regione e la Direzione regionale dell'Agenzia delle Entrate pare che abbiano ora concordato una risposta definitiva da dare ai gestori e che andrebbe nel senso della validità della misura forfettaria del 50% di deducibilità/detraibilità della retta utente stabilita dalla DGR 2110/09, i gestori saranno presto obbligati a rilasciare per l'esercizio 2013 delle certificazioni conseguenti a questa decisione e pure chiamati anche a consegnare agli utenti delle certificazioni fiscali integrative per il passato esercizio 2012 che erano state precedentemente calcolate con percentuali più basse del dovuto.

Conclusioni

Giunti a questo punto registriamo almeno 5 elementi certi:

1. da circa 15 anni gli utenti della Regione Emilia-Romagna (e di molte altre) sono stati defraudati del loro diritto alla deduzione/detrazione di importi rilevanti delle spese di ricovero; questo risulta ancora più grave a seguito della lunga crisi economica in cui è precipitato il Paese i cui effetti si sono scaricati, come sempre, sui pensionati e sulle famiglie meno abbienti;
2. questo diritto degli utenti è stato finora subordinato al possesso di una certificazione fiscale ottenuta passando obbligatoriamente dal collo di bottiglia dei gestori ai quali in tutti questi anni è stato concesso in materia un esclusivo potere interpretativo e soprattutto da quelli pubblici puntualmente usato per tagliare la deducibilità/detraibilità della spesa sanitaria di ricovero;
3. ai colli di bottiglia dei gestori fanno compagnia gli imbuto dei CAF che da bravi cottimisti si sono ampiamente dimostrati più interessati a incamerare il maggior numero possibile di rimborsi statali sui modelli 730 piuttosto che a tutelare i diritti degli utenti;
4. il costante silenzio-ignoranza-assenso da parte della totalità dei partiti, dei sindacati, dei Comuni, delle AUSL e di ogni altro ente istituzionale a livello locale (con la sola eccezione dell'amministrazione provinciale di Parma), regionale e nazionale sulle basse e radicalmente diverse certificazioni rilasciate dai gestori;
5. la totale assenza della Regione sia nel governo della spesa socio-sanitaria che nel monitoraggio dell'applicazione delle sue stesse circolari e direttive sulle previste agevolazioni fiscali a favore degli utenti.

"C'eravamo tanto armati" (niente paura, soltanto di pazienza) ma purtroppo non è servito a molto e quindi ci auguriamo che i cittadini sappiano punire chi di dovere al momento del voto.
