

AGEVOLAZIONI FISCALI PER I SOGGETTI DISABILI, INVALIDI, NON AUTOSUFFICIENTI ASSISTITI NELLE STRUTTURE PROTETTE, NEI CENTRI DIURNI O A DOMICILIO

Tabella riassuntiva

Le spese sanitarie e a valenza sanitaria possono essere portate in deduzione o detrazione, totale o parziale, in relazione alla loro tipologia e al sussistere della condizione di disabilità degli assistiti.

<i>prestazioni o costi</i>	<i>assistiti</i>	<i>luoghi di cura</i>	<i>agevolazioni</i>	<i>quanto</i>	<i>beneficiari</i>
spese mediche e paramediche di assistenza specifica fornite da personale qualificato di enti pubblici o società private	- portatori di handicap ai sensi dell'art. 3 legge 104/1992 riconosciuti dalla commissione di cui all'art. 4 della medesima - soggetti ritenuti invalidi da altre commissioni mediche per le menomazioni previste dalla legge sopracitata	- strutture pubbliche o private di tipo residenziale (Case Protette, RSA, Case Residenza Anziani) o semi-residenziali (Centri Diurni) - domicilio	deduzione	totale della spesa sanitaria e a valenza sanitaria certificata dal gestore e <u>realmente sostenuta</u> da uno o più dei soggetti indicati a lato tra i beneficiari*	assistito o dai soggetti di cui all'art. 433 c.c.: coniuge, figli naturali, legittimi, adottivi o, in mancanza, genitori, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle (gli assistiti non devono essere necessariamente a carico dei famigliari)
	- soggetti non autosufficienti non rientranti tra quelli sopra indicati		detrazione	il 19% della spesa certificata dal gestore*	assistito o dal famigliare di cui è fiscalmente a carico
spese per addetti all'assistenza personale assunti regolarmente	- persone disabili ai sensi della legge 104/1992 - persone riconosciute invalide da altre commissioni mediche con le menomazioni previste dalla medesima legge - persone non autosufficienti	- domicilio	detrazione	il 19% della spesa certificata (spesa non superiore a 2.100 euro, quindi massima detrazione pari a 399 euro) e purché il reddito del contribuente non superi i 40.000 euro annui	assistito o, in caso di sua parziale o totale incapacità fiscale, tutti i famigliari di cui all'art. 433 c.c.: coniuge, figli naturali, legittimi, adottivi o, in mancanza, genitori, generi e nuore, suoceri, fratelli e sorelle; l'agevolazione è cumulabile con la deduzione delle spese per i servizi domestici
contributi previdenziali e assistenziali per addetti ai servizi domestici (colf, badanti) assunti regolarmente, anche non a tempo pieno	tutti (anche coloro che non sono disabili, invalidi o non autosufficienti)	- domicilio	deduzione	fino a un massimo di 1.549,37 euro	assistito o il famigliare cui è fiscalmente a carico; l'agevolazione è cumulabile con la detrazione delle spese per l'assistenza personale

* Dal 2009 la Regione Emilia-Romagna ha stabilito per gli utenti occupanti i posti accreditati e convenzionati una percentuale di deducibilità/detraibilità forfettaria delle spese sostenute: con la DGR 2110/2009, il 50% per i ricoveri di tipo residenziale e semi-residenziale (confermato dalla nota congiunta PG-2014-57192 del 28/02/2014 emessa dalla Regione e dall'Agenzia delle Entrate regionale) e con la DGR 292/2014, correttiva della DGR 2110/2009, il 90% per l'assistenza domiciliare.

AGEVOLAZIONI FISCALI PER SPESE MEDICHE E ASSISTENZA SPECIFICA

La composizione della retta sanitaria di ricovero nelle strutture socio-sanitarie

Come previsto dai **DPCM 14/02/2001, 29/11/2001 e 30/05/2007 sui LEA** (livelli essenziali di assistenza sanitaria) la retta sanitaria di ricovero è formata da due contribuzioni distinte: una quota del 50% (almeno) a carico del Servizio sanitario e la restante quota (erroneamente chiamata "alberghiera") a carico dell'assistito e/o del Comune in caso di sua insufficienza reddituale e calcolata, secondo i parametri dell'ISEE e le condizioni stabilite dal riformato decreto legislativo 109/1998. Tuttavia, a causa di un cronico e illegittimo sottofinanziamento, i posti letto sono suddivisi tra posti accreditati convenzionati, dove il Servizio sanitario finanzia la sua quota di retta, e posti autorizzati o accreditati non convenzionati, non finanziati dal Servizio sanitario, dove il costo complessivo della retta è totalmente a carico dell'assistito e molto più spesso anche dei suoi famigliari.

Il concetto di portatore di handicap

Per l'Agenzia delle Entrate sono considerati portatori di handicap, ai sensi dell'art. 3 della legge 104/1992, coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o d'integrazione lavorativa tale da arrecare una condizione di svantaggio sociale o di emarginazione, indipendentemente dalla circostanza che questi fruiscano o meno dell'assegno di accompagnamento; tuttavia sono tali non solo i soggetti che hanno ottenuto il riconoscimento dalla commissione medica istituita ai sensi dell'art. 4 della legge 104/1992 ma anche coloro che sono stati ritenuti invalidi da altre commissioni mediche pubbliche incaricate ai fini del riconoscimento dell'invalidità civile, di lavoro, di guerra purché presentino le condizioni di minorazione sopra descritte (**Agenzia delle Entrate - Informa - novembre 2011**). Le persone non autosufficienti ricoverate presso le strutture protette rientrano, di norma, nell'una o nell'altra delle condizioni previste (disabilità o invalidità) e dunque hanno diritto alle agevolazioni di legge più avanti specificate.

Il concetto di non autosufficienza

Un'annotazione sul concetto di non autosufficienza. La norma istitutiva dichiara soltanto che la non autosufficienza deve risultare da specifica certificazione medica e **la circolare n. 2/E-2005 dell'Agenzia delle Entrate** precisa che «*Sono considerati non autosufficienti nel compimento degli atti della vita quotidiana i soggetti che non siano in grado, ad esempio, di assumere alimenti, di espletare le funzioni fisiologiche e provvedere all'igiene personale, di deambulare, di indossare gli indumenti. Inoltre, deve essere considerata non autosufficiente anche la persona che necessita di sorveglianza continuativa. Lo stato di non autosufficienza può essere indotto dalla ricorrenza anche di una sola delle condizioni, come sopra esemplificativamente richiamate, che lo determinano*». Nessuna norma o circolare afferma che la certificazione necessaria per questa specifica agevolazione coincida con il verbale di invalidità o di handicap, pertanto può essere considerata valida anche la certificazione di un medico specialista o di famiglia.

La certificazione delle spese sanitarie e a valenza sanitaria

A fronte delle prestazioni erogate tutti i gestori sono tenuti a rilasciare agli interessati fatture, ricevute, quietanze di pagamento o dichiarazioni annuali riepilogative riportanti, distintamente dal resto, la quota di spesa per l'assistenza medica e l'assistenza specifica prestata all'assistito. Allo scopo **l'Agenzia delle Entrate nella sua circolare n. 39/E-2010** specifica che «*nell'ipotesi in cui l'istituto di cura certifichi le spese deducibili indicando come unico intestatario della fattura il paziente ricoverato, il familiare che ha sostenuto effettivamente tutto o parte del costo, per poter dedurre le spese mediche e di assistenza specifica, dovrà integrare la fattura, annotando sulla stessa l'importo da lui versato. Naturalmente, resta fermo l'obbligo di produrre, in sede di controllo, tutta la documentazione comprovante il sostenimento della spesa*». In pratica si tratta di annotare sul documento ricevuto dal gestore il nome, il cognome e il codice fiscale del familiare seguito dall'importo di spesa a valenza sanitaria da questo sostenuta; l'annotazione va ripetuta in presenza di più famigliari che hanno sostenuto parte della spesa oppure se questa è stata pagata attraverso conti cointestati; in quest'ultimo caso la spesa deducibile va suddivisa equamente tra i cointestatari, salvo se il cointestatario è un familiare fiscalmente a carico nel qual caso la spesa può essere dedotta al 100% dal familiare che l'ha a carico.

I famigliari fiscalmente a carico

Sono considerati fiscalmente a carico i famigliari (il coniuge, i figli o altri famigliari conviventi) il cui reddito non supera i 2.840,51 euro al lordo degli oneri deducibili. Dal calcolo del reddito sono esclusi alcuni redditi esenti come pensioni, indennità e assegni corrisposti agli invalidi civili, ai sordomuti, ai ciechi civili e le pensioni sociali mentre va calcolata l'eventuale rendita dell'abitazione principale.

La DEDUCIBILITÀ delle spese

Le agevolazioni fiscali introdotte dal legislatore con l'articolo 10 del DPR 917/1986 (TUIR) consentono ai disabili, agli invalidi e ai loro famigliari la deduzione dei costi sostenuti per le spese mediche e di assistenza specifica derivanti dal ricovero presso gli istituti socio-sanitari ma non consentono, secondo un opinabile parere dell'Agenzia delle Entrate, la deduzione delle spese relative al vitto e all'alloggio. Riguardo quindi alla retta, l'Agenzia delle Entrate consente a tutti gli occupanti i posti letto convenzionati la parziale deducibilità della quota di retta versata ed in particolare della parte costituita dalle voci a valenza sanitaria rivolte all'assistito e non rimborsate dal Servizio sanitario, e cioè: le prestazioni del personale in possesso della qualifica professionale di addetto all'assistenza di base o di operatore tecnico-assistenziale dedicato all'assistenza diretta della persona, del personale di coordinamento delle attività assistenziali di nucleo, del personale con qualifica di educatore professionale o del personale qualificato addetto ad attività di animazione e/o di terapia occupazionale comprese le voci connesse all'espletamento delle loro attività (dai camici al materiale per l'igiene personale degli assistiti). Riguardo invece gli occupanti i posti letto non convenzionati, essendo il costo complessivo della retta a loro totale carico, è possibile portare in deduzione, in aggiunta alle voci di cui sopra, anche la spesa tipicamente sanitaria non rimborsata dal Servizio sanitario e comprendente le prestazioni rese dal personale medico, infermieristico e riabilitativo.

L'agevolazione fiscale consentita ai famigliari

Se il soggetto è portatore di handicap o riconosciuto invalido, la spesa certificata dal gestore può essere portata in deduzione non solamente dal contribuente che l'ha sostenuta per sé (come diretto assistito) ma anche dai famigliari e dalle persone indicate nell'articolo 433 del codice civile come civilmente obbligate (quindi coniuge, figli naturali, legittimi, adottivi o, in mancanza, i discendenti prossimi, cioè genitori, generi e le nuore, suoceri, fratelli e sorelle), anche se l'assistito non risulta fiscalmente a carico, a condizione che dichiarino di aver effettivamente sostenuto tutto o parte del costo della retta nell'interesse dell'assistito.

La DETRAIBILITÀ delle spese

Nel caso in cui la persona ricoverata NON sia portatrice di handicap o invalida, la spesa certificata dal gestore può essere portata SOLO in detrazione (e non in deduzione) nella misura del 19% e SOLAMENTE dall'assistito o dal famigliare cui risulti fiscalmente a carico. Per esempio, di una spesa certificata di 10.000 euro, potrà essere portato in detrazione soltanto il suo 19% e cioè 1.900 euro.

Deduzione dell'intera retta di ricovero?

Un tema particolarmente importante è quello della deducibilità o meno del costo dell'intera retta di ricovero. Poiché esiste da tempo una lunga controversia tra le posizioni della magistratura tributaria e il ministero delle finanze sulla tipologia delle spese da portare in deduzione (quelle cosiddette "alberghiere" e non solo quelle mediche e di assistenza specifica), riteniamo utile fare conoscere la posizione del servizio di consulenza legale della Federazione Alzheimer Italia:

«La Commissione Tributaria Centrale, invece, con un indirizzo ormai costante, ammette la deducibilità di tutte le spese sostenute per l'assistenza a un invalido in situazione di grave handicap, che non potrebbe fare a meno dell'aiuto di un'altra persona, rilevando come in tal caso l'assistenza non richieda una particolare specializzazione, concretandosi in un aiuto nello svolgimento delle funzioni più elementari di deambulazione, alimentazione, igiene e cura della persona che ben può essere prestata da un semplice collaboratore; riconosce e afferma, pertanto, che il termine «assistenza specifica» non presuppone che l'assistenza sia prestata da personale specializzato, ma solo che sia funzionale e connessa alla grave e permanente invalidità o menomazione dell'assistito.

Agli effetti pratici, detta presa di posizione della magistratura tributaria consente ai soggetti beneficiari di dedurre dal proprio reddito, come spese di assistenza specifica dei portatori di handicap, i compensi ai collaboratori familiari addetti all'assistenza di persone invalide o gravemente menomate, pur se detti collaboratori non ricoprono la qualificazione o specializzazione propria del personale paramedico; così come consente di dedurre, nel caso di ricovero della persona in apposito istituto, pubblico o privato, l'intera retta di degenza, senza distinzione tra spese di cura e spese di ricovero, in quanto nel caso di degente non autosufficiente le spese di vitto e alloggio costituiscono il necessario materiale accessorio delle prestazioni mediche ed infermieristiche che devono venire rese con continuità.

E' bene avvertire che l'indirizzo dei giudici tributari non è stato ad oggi ancora recepito dall'amministrazione fiscale e che pertanto la deduzione totale delle spese in questione espone il contribuente al rischio di un accertamento tributario con conseguente necessità di far valere le proprie ragioni in un processo».

In realtà con la sentenza della Cassazione n. 4558/2012 quest'ultimo timore si è molto affievolito e almeno per i casi di grave non autosufficienza (nella vertenza in specie si trattava di una donna affetta da Alzheimer ricoverata presso una struttura protetta). Più esattamente per la Corte:

«Non può sottacersi, in primo luogo, l'esigenza di un'interpretazione che tenga conto del nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana ... In tale quadro, ed alla luce del principio affermato, in linea generale, dalla legge di riforma sanitaria, che prevede la erogazione gratuita delle prestazioni a tutti i cittadini, da parte del servizio sanitario nazionale, entro i livelli di assistenza uniformi definiti con il piano sanitario nazionale (artt. 1, 3, 19, 53 e 63 legge n. 833 del 1978), di per sé ostativa a qualsiasi azione di rivalsa ... la lettura della norma contenuta nell'art. 30 della l. n. 730 del 1983 deve effettuarsi, per altro in maniera conforme al tenore letterale della disposizione, nel senso di ritenere che gli oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio assistenziali sono a carico del fondo sanitario nazionale.

In tale prospettiva si è consolidato un indirizzo interpretativo del tutto omogeneo, tale da costituire diritto vivente, nel senso che, nel caso in cui oltre alle prestazioni socio assistenziali siano erogate prestazioni sanitarie, l'attività va considerata comunque di rilievo sanitario e, pertanto, di competenza del Servizio Sanitario Nazionale.

Tale interpretazione, che il collegio condivide ed alla quale intende dare continuità, è corroborata dalla precisazione fornita nel d.P.C.M. 8 agosto 1985, soprattutto laddove, all'art. 1, definisce attività di rilievo sanitario quelle «che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano diretti immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo [in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi o produrre effetti]».

Del resto sulla **inscindibilità delle prestazioni sanitarie** anche il DPCM 29/11/2001 introducendo la tabella riepilogativa per le prestazioni nell'area dell'integrazione socio-sanitaria ha precisato:

«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».

Il successivo DPCM 30/05/2007 è ancora più esplicitivo:

«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

La prestazione residenziale si caratterizza di norma come prestazione di assistenza a lungo termine a soggetti non autosufficienti in condizioni di cronicità e/o relativa stabilizzazione delle condizioni cliniche, distinguendosi quindi dalle prestazioni di "terapia post-acuzie" (Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie) svolte di norma in regime ospedaliero.

Gli stessi principi di "cronicità" e "stabilizzazione" meritano del resto un approfondimento, assumendo che un paziente anziano affetto da una patologia cronica invalidante non potrà essere definito stabile in senso assoluto e rilevando che le strutture residenziali devono essere in grado di affrontare la relativa instabilità clinica connessa alla patologia, o polipatologia, che accompagna le condizioni di non autosufficienza nell'anziano, nonché problematiche intercorrenti, anche acute, gestibili in ambiente extra-ospedaliero.

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».

Pertanto, a nostro avviso, nel caso di ricoveri a seguito di patologie particolarmente invalidanti o in presenza di soggetti in stato vegetativo o a questo assimilabili è corretto e legittimo rivendicare, se non l'addebito dell'intera retta al Servizio sanitario, quanto meno la sua intera deducibilità o detraibilità.

AGEVOLAZIONI FISCALI PER SPESE DI SERVIZI DOMESTICI E ASSISTENZA PERSONALE

Nota

Poiché grande è la confusione e la disinformazione sulle agevolazioni fiscali a beneficio dei disabili, invalidi e non autosufficienti, abbiamo ritenuto importante far conoscere le altre agevolazioni previste per tutti gli altri soggetti che ricevono assistenza al proprio domicilio e che spesso non sono meno deboli e fragili di coloro che sono ricoverati presso le strutture protette. Le indicazioni precedenti hanno dunque riguardato unicamente questi ultimi e ora, grazie al centro documentazione di HandyLex, completiamo il quadro con le indicazioni per tutte le altre situazioni.

La deduzione per servizi domestici

L'intento del Legislatore (legge 342/2000, articolo 30) è stato di supportare le famiglie (tutte e non solo quelle che hanno in carico una persona disabile) che si avvalgono di addetti ai servizi domestici (colf, badanti, ecc.). Onde evitare elusioni fiscali e contributive (anche se, per l'insufficienza della misura adottata, si è sortito l'effetto contrario) l'agevolazione viene concessa solo nel caso in cui la colf o badante sia regolarmente assunta (anche non a tempo pieno) attraverso la possibilità di una deduzione dal reddito fino a 1.549,37 euro, indipendentemente dal suo ammontare. Possono essere dedotti però solo i contributi previdenziali e assistenziali relativi alla retribuzione dell'operatore: quindi non può essere dedotta nessuna quota della sua retribuzione finale ma solo quella parte che ogni datore di lavoro è tenuto a versare agli istituti previdenziali al momento della retribuzione. La deduzione spetta al diretto interessato o al familiare che l'abbia a carico fiscale.

La detrazione per l'assistenza personale

In aggiunta alla deduzione delle spese per i servizi domestici di cui sopra estesa a tutte le famiglie, alle persone non autosufficienti e ai loro familiari è concessa l'opportunità aggiuntiva di recuperare, in sede di denuncia dei redditi, anche una parte della spesa sostenuta per retribuire l'assistenza personale (ad esempio le badanti). Fino al 2006 (art. 1, comma 349, legge 311/2004), era prevista una deduzione forfetaria di 1.820 euro che diminuiva in funzione del reddito e di altri indicatori. La legge finanziaria 2007 (art. 1, comma 319, legge 296/2006) ha inspiegabilmente ristretto questa opportunità: dal 1° gennaio 2007 infatti le spese non sono più deducibili (dal reddito imponibile) ma sono diventate detraibili (dall'imposta sui redditi) nella percentuale del 19% e calcolabile su un ammontare di spesa non superiore a 2.100 euro; inoltre è stato introdotto un limite di reddito del contribuente: se supera i 40.000 euro la detrazione non viene concessa. Quindi, se un contribuente spende, supponiamo, 8.000 euro, può portare in detrazione solo 2.100 euro e di questi soltanto il 19% (399 euro) potrà essere detratto dall'imposta dovuta all'erario. Va però precisato che, diversamente da altre spese sanitarie o per l'acquisto di veicoli destinati alle persone con disabilità, questa detrazione può essere operata, oltre che dal diretto interessato o dai familiari cui sia fiscalmente a carico, anche dagli altri familiari civilmente obbligati agli alimenti di cui all'art. 433 del Codice Civile. Va poi precisato che il limite di 2.100 euro rimane il montante massimo per ogni contribuente, cioè se anche questi sostiene spese per più persone non autosufficienti, il massimo che potrà detrarre sarà comunque solo il 19% di 2.100 euro e cioè 399 euro, con un'unica aggiunta positiva: la detrazione delle spese per l'assistenza personale è cumulabile con la deduzione delle spese per i servizi domestici. Per ottenere questa detrazione è necessario disporre di ricevuta rilasciata da chi effettua la prestazione con indicazione del codice fiscale e dei dati anagrafici di chi presta l'assistenza e di chi effettua il pagamento.

ALTRE AGEVOLAZIONI FISCALI PER ALCUNE SPESE SANITARIE

La detrazione delle spese sanitarie

I costi per le cure mediche e l'assistenza sanitaria (ad esempio, analisi, ausili, prestazioni chirurgiche o visite specialistiche, medicinali non rimborsabili, apparecchiature mediche, ecc.) possono essere detratte (scalate cioè dalle tasse da versare) nella misura del 19% sul totale delle spese sostenute. La detrazione è applicata per somme eccedenti la franchigia di 129,11 euro.

IMPORTANTE: Per i portatori di handicap e gli invalidi sono inoltre ammesse integralmente alla detrazione del 19%, quindi senza applicazione della franchigia dei 129,11 euro, le spese riguardanti i mezzi necessari all'accompagnamento, alla deambulazione e al sollevamento. La detrazione del 19% sull'intero importo delle suddette spese spetta anche al familiare del disabile se questo risulta fiscalmente a carico. Il contribuente invece che nell'interesse di un familiare titolare di redditi tali da non poter essere considerato fiscalmente a carico, e cioè redditi bassi ma comunque non superiori a 2.840,51 euro, sostenga spese sanitarie relative a patologie esenti dal ticket (e che quindi possono riguardare anche i disabili), può considerare onere detraibile dall'Irpef la parte di spesa che non trova capienza nell'imposta dovuta dal familiare affetto dalle predette patologie. In questo caso, l'ammontare massimo delle spese sanitarie, sulle quali il familiare può fruire della detrazione del 19% (dopo aver tolto la franchigia di 129,11 euro), è pari a 6.197,48 euro.

INDENNITÀ ACCOMPAGNAMENTO E RICOVERI – LEGGE 18/1980

Ricovero a pagamento

Si considera a pagamento il ricovero per il quale l'assistito o i suoi familiari versano l'intera retta oppure solo una parte e la restante è a carico di un ente pubblico (Comune, Regione, Azienda sanitaria locale): **è il caso dei soggetti portatori di handicap, invalidi o non autosufficienti ricoverati temporaneamente o permanentemente presso strutture protette (Case Protette, RSA o Case Residenza Anziani) per i quali l'indennità di accompagnamento non può essere sospesa.**

Ricovero gratuito

Si considera ricovero gratuito ai sensi dell'articolo 1 legge n. 18/1980 quello con retta o mantenimento a totale carico di un ente pubblico; il ricovero viene considerato gratuito anche nel caso che venga corrisposta una contribuzione da parte dell'assistito o dei familiari per ottenere un trattamento migliore rispetto a quello di base. L'indennità non è corrisposta in caso di ricovero ospedaliero per 30 o più giorni oppure di ricovero in reparti di lungodegenza o riabilitativi.

A prima vista sembrerebbe dunque che il soggetto ricoverato gratuitamente in istituti pubblici e privati convenzionati sia escluso dal diritto a beneficiare, contemporaneamente, dell'indennità di accompagnamento e tuttavia esistono importanti chiarimenti. Il primo è arrivato con la sentenza della Corte Costituzionale del 22-29 aprile 1991, n. 183 nella quale è stato precisato che l'indennità di accompagnamento deve essere corrisposta durante i periodi di ricovero per terapie contingenti di durata connessa al corso della malattia o durante i periodi di allontanamento dalla struttura di ricovero di durata non superiore al mese. Anche la Corte di Cassazione, uniformandosi alla pronuncia della Consulta, ha inteso la nozione di ricovero come situazione limitata ai soli casi di lunga degenza e terapie riabilitative, escludendo, in questo modo, le situazioni contingenti (sentenza n. 1436/1998). Ugualmente, con la sentenza n. 1021/2004, ha rimarcato che la prestazione economica potrà essere riconosciuta anche per periodi di ricovero molto brevi, eventualmente inferiori al mese. In aggiunta, con la sentenza 2 febbraio 2007 n. 2270, la Cassazione ha affermato che il ricovero presso un ospedale pubblico non costituisce di per sé l'equivalente del ricovero in Istituto al quale fa riferimento l'art. 1 della legge n. 18/1980, che esclude dall'indennità gli «invalidi civili ricoverati gratuitamente in istituto». La Suprema Corte infatti, rigettando la sentenza del Tribunale, ha spiegato che: «la Corte di Appello ha fondato la propria decisione su di una interpretazione meramente letterale della norma, la quale intende invece incoraggiare i familiari all'assistenza, ma non osta al riconoscimento dell'indennità di accompagnamento quando l'invalido, pur ricoverato in ospedale e curato, non è totalmente assistito dalla struttura e quindi necessita della continua assistenza anche dei familiari per sopravvivere. Detti familiari, in ospedale come a domicilio, dovranno pur sempre pagare infermieri ed assistenti, abbandonare il lavoro, effettuare un sostegno economico aggiuntivo (...) va dunque affermato che il ricovero presso un ospedale pubblico non costituisce "sic et simpliciter" l'equivalente del "ricovero in istituto" ai sensi della legge n. 18 del 1980, art. 1, co. 3 e che pertanto l'indennità di accompagnamento può spettare all'invalido civile grave anche durante il ricovero in ospedale, ove si dimostri che le prestazioni assicurate dall'ospedale medesimo non esauriscono tutte le forme di assistenza di cui il paziente necessita per la vita quotidiana».

Obblighi periodici

Sulla scorta delle precedenti sentenze l'INPS con il **messaggio 18291 del 26/09/2011** ha fornito delle precisazioni che sono state riprese da tutti i CAF che oggi escludono i titolari dell'indennità che hanno beneficiato di ricoveri "gratuiti" in istituti pubblici o privati convenzionati dall'obbligo previsto dalla legge n. 662/1996 di dichiarare ogni anno nel modello ICRIC tali ricoveri se riferiti a periodi di:

- **qualsiasi durata in cui il ricoverato presso l'ospedale continua a pagare una retta presso una struttura protetta (RSA, Casa Protetta, Casa Residenza Anziani, ecc.);**
- **qualsiasi durata per la cura di malattie contingenti e cioè diverse da quelle che hanno dato titolo all'indennità;**
- **qualsiasi durata in cui durante il ricovero in ospedale, hospice, lungodegenza o istituto di riabilitazione è stata necessaria un'assistenza esterna e a carico del malato (ragione che deve essere dichiarata dalla struttura sanitaria);**
- day-hospital;
- chemio e radioterapia;
- ricoveri comunque inferiori a 30 giorni anche se relativi a più eventi durante l'anno.

Versamento indennità accompagnamento a struttura protetta in caso di ricovero ospedaliero

L'articolo 24, co. 1, lett. g) della legge 328/2000 prevede il «*riconoscimento degli emolumenti anche ai disabili o agli anziani ospitati in strutture residenziali, in termini di pari opportunità con i soggetti non ricoverati, prevedendo l'utilizzo di parte degli emolumenti come partecipazione alla spesa per l'assistenza fornita, ferma restando la conservazione di una quota, pari al 50 per cento del reddito minimo di inserimento di cui all'articolo 23, a diretto beneficio dell'assistito*».

Richiamando allora le precedenti pronunce è evidente che in occasione di ricoveri ospedalieri, dove la struttura di provenienza sospende l'erogazione delle prestazioni pur pretendendo il pagamento intero o parziale della retta e l'ospedale non eroghi all'assistito le necessarie prestazioni e quindi debba essere prestata un'assistenza aggiuntiva familiare o privata, a pagamento, sia lecito interrompere, limitatamente alla durata del ricovero, il versamento dell'indennità di accompagnamento al gestore.

PERMESSI E RICOVERO IN ISTITUTO – LEGGE 104/1992

grazie a Carlo Giacobini (responsabile Centro Documentazione UILDM) e a Handylex

Nota del Ministero del Lavoro

L'articolo 33 della Legge 104/1992 esclude la concessione dei tre giorni di permesso lavorativo ai familiari del disabile con età superiore ai 3 anni ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati (strutture protette o strutture ospedaliere). La **circolare 90/2007 dell'INPS** ha tuttavia introdotto due importanti precisazioni:

- il ricovero è da intendersi a tempo pieno quando si svolge nelle 24 ore e sono pertanto da ritenersi NON a tempo pieno i ricoveri in day hospital e in centri diurni con finalità assistenziali o riabilitative o occupazionali;
- la concessione dei permessi lavorativi nel caso di ricovero a tempo pieno di una persona con handicap grave (indipendentemente dall'età) è prevista nel caso in cui questi si trovi in coma vigile o in stato terminale; queste condizioni sanitarie e la necessità di assistenza sono accertate dal dirigente responsabile del Centro medico legale della Sede INPS.

Successivamente il Ministero del Lavoro, su interpello dell'ANCI, ha poi fissato una nuova eccezione che ha formulato nella Nota n. 13 del 20 febbraio 2009. L'ANCI aveva chiesto di conoscere se i permessi siano concedibili nel caso in cui l'istituto ospitante non garantisca l'assistenza per le visite specialistiche e terapie al di fuori della struttura e affidi nuovamente il disabile alla responsabilità dei parenti per tutto il periodo di tempo in cui lo stesso si trova all'esterno della casa di riposo. Ebbene, il Ministero del Lavoro ha risposto affermativamente: nel caso in cui il disabile debba recarsi al di fuori della struttura che lo ospita per effettuare visite e terapie interrompe effettivamente il tempo pieno del ricovero e determina il necessario affidamento del disabile all'assistenza del familiare il quale, ricorrendone dunque gli altri presupposti di legge (parentela e affinità), avrà diritto alla fruizione dei permessi e ad una condizione: che il lavoratore presenti apposita documentazione rilasciata dalla struttura competente attestante che le visite o le terapie effettuate e i permessi potevano essere concessi solo in quella occasione.