

FONDO SOCIO-SANITARIO REGIONALE, ECCO COME ESCLUDE I MALATI DALLA PRESA IN CARICO DELL'ASL E DALLE PRESTAZIONI SANITARIE: L'ESEMPIO DELLA TOSCANA

a cura di *ULCES*

«Non ci sono i soldi». Presunte legittime motivazioni di ordine economico sono quasi ovunque, in realtà, il pretesto utilizzato da istituzioni e Asl per negare agli infermi anziani malati cronici non autosufficienti il diritto alle prestazioni comprese nei Lea, Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie e la presa in carico sanitaria sancita dalla legge 833/1978. Poiché il Servizio sanitario deve operare «senza distinzioni di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'uguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio» (1), l'istituzione di Fondi socio-sanitari con leggi regionali è lo stratagemma escogitato per non garantire l'esigibilità del diritto alla presa in carico ai malati non autosufficienti. Un recente caso di negazione del diritto alle cure in Toscana affrontato dalla Fondazione promozione sociale e dalle organizzazioni del Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base ben dimostra quanto sia deleteria l'istituzione di Fondi socio-sanitari regionali per il riconoscimento del diritto alla tutela della salute dei malati non autosufficienti. E per la garanzia delle prestazioni sanitarie di cui hanno indifferibile necessità.

Nel corso di un cosiddetto «ricovero di sollievo» disposto dall'Azienda Usl Toscana centro, nei confronti di una persona anziana malata cronica non autosufficiente affetta da demenza di tipo Alzheimer, vista l'impossibilità di accettare un rientro al domicilio, la figlia ha deciso di presentare formale opposizione alle dimissioni e richiesta di continuità terapeutica, fino alla presa in carico definitiva dell'Asl di residenza per un ricovero convenzionato in Rsa (2).

La Società della Salute di Firenze (3), in con-

certo con l'Azienda Usl, dopo aver riconosciuto il diritto della paziente al ricovero definitivo in convenzione in quanto «nella condizione di non autosufficienza con alto indice di gravità», nega tuttavia di disporre immediatamente il ricovero definitivo con diritto alla compartecipazione dell'Asl al pagamento della retta sanitaria, in quanto la persona non si sarebbe ancora trovata in posizione utile nella graduatoria.

Il «malato» diventa «assistito», così è escluso illegittimamente dalla quota sanitaria

La Società della Salute di Firenze si è così giustificata nel ritardare l'erogazione della quota sanitaria:

«La corresponsione della quota sanitaria presuppone necessariamente il raggiungimento di una posizione utile nella c.d. lista di attesa, cioè nell'elenco degli assistiti [si noti come si evita la parola «malati» o «pazienti», indubitabilmente

(1) Articolo 1 della legge 833/1978.

(2) La richiesta viene avanzata ai sensi dell'articolo 2 della legge 833/1978 e s.m.i. e dell'articolo 30, comma 1, lettera b) del Dpcm 12 gennaio 2017, aggiornamento dei Lea, Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie.

(3) La Società della Salute di Firenze è un consorzio pubblico tra il Comune di Firenze e l'Azienda Sanitaria di Firenze di Firenze nata nel 2004. È sconcertante quanto pubblicato sul sito della stessa Società nella pagina di presentazione: «La necessità di questo nuovo organismo deriva dall'introduzione di un nuovo concetto che segna la differenza tra 'sanità' e 'salute'. La salute, infatti, intesa come benessere fisico, psichico e sociale, non si può ottenere che con una visione complessiva dei servizi rivolti al cittadino poiché si realizza anche attraverso canali non prettamente sanitari, ma anzi – e forse in maniera preponderante – dipende da fattori legati al contesto socio-economico, ambientale e culturale in cui le persone vivono». È esattamente il contrario dei dati consolidati in tutti i paesi Ocse: il più importante determinante di salute e dell'incremento della durata media della vita

e della vita attiva è l'esistenza e l'operatività di un Servizio sanitario nazionale pubblico e accessibile a tutti i malati. Cfr. A. CIATAGLIA, G. FORNERO "La garanzia delle cure del Servizio sanitario è il più importante determinante di salute" pubblicato su *Prospettive assistenziali* n. 210, 2020.

appartenente al campo sanitario, ndr] *appositamente predisposto dalla Società della Salute di Firenze (...). L'elenco in parola, aggiornato secondo le disponibilità di budget, risponde a principi ineliminabili di appropriatezza, buona amministrazione e imparzialità (art. 97 della Costituzione), nonché di corretta allocazione delle risorse economiche e di reale intervento sul territorio nei confronti di persone con disabilità o non autosufficienti. A tale ultimo proposito ci preme sottolineare come anche la giurisprudenza prevalente riconosca corretta la condotta osservata da questa Amministrazione Sanitaria, ovvero la predisposizione di una lista di attesa che tenga conto di diversi parametri di valutazione (...)*».

Il Fondo socio-sanitario della Regione Toscana: una fregatura per i malati non autosufficienti

La Società della Salute di Firenze richiama a sostegno delle proprie motivazioni la sentenza n. 17997/2019 della Corte di Cassazione. Tale sentenza dà una lettura fuorviante delle norme che regolano la materia. Assume infatti che *«dalle fonti di rango normativo indicate nei mezzi d'impugnazione, coordinate con le fonti normative regionali (...) si evince il vincolo della disponibilità delle risorse che impone la graduazione del rimborso – mediante utile collocazione in graduatoria – in relazione all'intensità del bisogno delle persone non autosufficienti e delle loro possibilità economiche, con la conseguente erogazione del rimborso della quota sanitaria per il ricovero dell'assistito presso la Rsa alla stregua delle disponibilità finanziarie»*.

A sostegno di ciò vi sarebbe la normativa regionale della Toscana ed in particolare: *«la L.R. Toscana 24 febbraio 2005, n. 40, art. 4, comma 1 garantisce espressamente le attività assistenziali sulla base della compatibilità con le risorse disponibili; la successiva L.R. 18 dicembre 2008, n. 66, nell'istituire il Fondo per la non autosufficienza, con previsione di aggiornamento annuale delle risorse a esso dedicate, riconnette implicitamente i servizi sociosanitari alla disponibilità delle risorse a tal fine preordinate, anno per anno»* (4).

(4) Sulla devastante legge 66/2008 della Regione Toscana si vedano gli articoli pubblicati su Prospettive assistenziali "La

Insiste inoltre la Corte nel ribadire che *«la graduazione nell'accesso al rimborso risponde a criteri di appropriatezza, efficienza e solidarietà tra cittadini (art. 2 Cost.) e di rispetto dei vincoli di bilancio (art. 81 Cost.) senza che risulti in alcun modo compresso il nucleo inviolabile del diritto alla salute giacché la collocazione in graduatoria, agli effetti del diritto al rimborso della quota sanitaria, non osta all'erogazione della prestazione sanitaria alla persona non autosufficiente»*. Peccato che la prestazione viene erogata, ma a fronte della sottoscrizione di contratti privati e con oneri a totale carico del malato e del garante chiamato ad integrare se necessario. Si tratta in media di 3.000-3.500 euro al mese! In questo modo si dà fondo ai risparmi di una vita. Senza considerare che è iniquo applicare tale criterio solo ai malati cronici non autosufficienti e non a tutti i malati acuti e cronici, che si rivolgono al Servizio sanitario nazionale.

Le motivazioni – presunte legittime – sulla limitazione delle prestazioni per la limitazione delle risorse sono state spazzate via da due notevolissime sentenze della Corte costituzionale, le numero 62 e 157 del 2020, che hanno invertito la rotta in questa materia e che abbiamo commentato nel recente articolo "Due fondamentali sentenze della Corte costituzionale: le cure del Servizio sanitario nazionale non possono essere negate per ragioni di bilancio", pubblicato sul numero 211/2020 della rivista. Di fatto, la Consulta ha riconosciuto nelle sentenze citate che la questione delle risorse disponibili è fondamentale per la garanzia dei Livelli essenziali delle prestazioni (Lea), ma non può essere la – spesso presunta – carenza/indisponibilità di risorse, a volte anche distrazione di esse dai fini sanitari, a determinare le mancate prestazioni: *«La stretta interdipendenza dei parametri costituzionali evocati e delle norme attuative configura il diritto alla salute come diritto sociale di primaria importanza e ne*

sconvolgente sentenza n. 296/2012 della Corte costituzionale", 181, 2013; "Le Asl e i Comuni della Toscana violano le leggi sul diritto esigibile alle cure sanitarie e creano povertà", Specchio nero, n. 172, 2010; "Molto negativa la legge della Regione Toscana sulla non autosufficienza: Cgil, Cisl e Uil plaudono", n. 165, 2009; "Allarmante ordine del giorno approvato dal Consiglio regionale della Toscana sui contributi economici illegalmente imposti ai congiunti degli assistiti", n. 161, 2008.

conforma il contenuto attraverso la determinazione dei Lea, di cui il finanziamento adeguato costituisce condizione necessaria ma non sufficiente per assicurare prestazioni direttamente riconducibili al fondamentale diritto alla salute. È in questo senso che deve essere ribadito il principio secondo cui, 'una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo [il diritto alla prestazione sociale di natura fondamentale, esso] non può essere finanziaria mente condizionato in termini assoluti e generali' (sentenza n. 275 del 2016)».

Qualsiasi fondo *ad hoc* sarà sempre inevitabilmente limitato e limitabile

A chi sostiene la necessità dell'istituzione di un Fondo socio-sanitario, facciamo presente che la legislazione richiamata della Regione Toscana si basa sul c.d. "Fondo per la non autosufficienza", strumento adottato «*al fine di sostenere ed estendere il sistema pubblico dei servizi sociosanitari integrati a favore delle persone non autosufficienti*» (articolo 1, legge regionale della Toscana 66/2008), aggiornato annualmente dalla Giunta regionale in relazione ad un fabbisogno che non è calcolato sulla base dell'effettiva necessità dei cittadini, ma da vincoli di bilancio predefiniti, come dimostra il caso in esame seguito dalla Fondazione promozione sociale. Un fondo che è del comparto assistenza, per cui non riconosce che un anziano è malato cronico non autosufficiente e quindi non può rivendicare diritti al Servizio sanitario nazionale.

Il Fondo socio-sanitario, istituito nell'ambito di politiche assistenziali, è il trucco utilizzato per scaricare oneri e responsabilità sui cittadini malati non autosufficienti e le loro famiglie. I primi non vengono riconosciuti come malati, ma come persone da assistere; di conseguenza si devono rivolgere all'assistenza sociale (e non alla sanità) e, quindi, non hanno più diritti esigibili, ma devono attendere, per mesi e mesi, in liste d'attesa quasi mai trasparenti.

Occorre poi osservare che la stessa sentenza n. 17997/2019, in discorso, riconosce l'illegittimità di una preponderanza delle esigenze di bilanciamento della finanza pubblica nei confronti del diritto alle cure, nel momento in cui si precisa che «*il Giudice delle leggi, con la sen-*

tenza n. 354 del 2008, nell'affermare la necessità di bilanciamento tra le esigenze della finanza pubblica e la tutela del diritto alla salute, ha chiarito che la prima non può in alcun modo assumere un peso preponderante e comprimere il nucleo inviolabile del diritto alla salute».

Con il trucco del fondo socio-sanitario e di una legge regionale mistificatoria, la Regione Toscana ha declassato il malato cronico non autosufficiente ad «*assistito*» e lo ha escluso dall'esigibilità delle prestazioni Lea (5).

Il Magistrato conosce le norme, ma accetta l'interpretazione mistificatoria sostenuta dalla legge regionale, che condanna i malati cronici non autosufficienti e le loro famiglie ad affrontare da soli la responsabilità e gli oneri delle cure.

Come si è concluso il caso di specie

Nel caso citato, la Fondazione promozione sociale è intervenuta nei confronti del Consiglio regionale e del Difensore civico regionale per sollecitare il loro intervento nei confronti dell'Azienda Usl Toscana Centro e della Società della Salute di Firenze.

L'Asl ha previsto l'attivazione della convenzione entro 6 mesi. Il familiare ha ritenuto accettabile il tempo indicato e pertanto ha accettato le condizioni di pagamento. Pertanto, non è stato possibile proseguire l'azione intrapresa finalizzata ad ottenere il diritto al versamento di tutte le quote sanitarie per il ricovero della paziente malata cronica non autosufficiente.

Va detto che solo attraverso l'azione giudiziaria dell'interessata (in questo caso la figlia) si poteva contestare l'incostituzionalità della legge regionale della Toscana n. 40 del 2005, impugnando l'eventuale ingiunzione di pagamento che la Rsa avrebbe sicuramente inviato per il mancato pagamento e chiamando in causa l'Asl. Fatto che non si è verificato, perché

(5) E' doveroso ricordare che la norma di riferimento è la legge n. 833/1978, che all'articolo 2 stabilisce che il Servizio sanitario è tenuto a garantire «*la diagnosi e la terapia degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» e che neppure nelle norme seguenti, compreso il Dpcm 12 gennaio 2017, relativo all'aggiornamento dei Lea – Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, si fa riferimento ad alcun "Fondo per la non autosufficienza", lasciando intendere che le risorse volte alla loro attuazione devono giocoforza essere già ricomprese nella loro previsione normativa nazionale nell'ambito del Fondo sanitario.

i parenti hanno accettato di pagare il ricovero totalmente privato, anche solo se per pochi mesi.

Conclusioni

Come ha precisato la Corte Costituzionale (6), le prestazioni Lea, in quanto prestazioni del

(6) Nella sentenza della Corte Costituzionale n. 62/2020, al fine di sottolineare la differenza che intercorre tra le spese per le prestazioni Lea (sanitarie) e le spese per le prestazioni "sociali", si precisa che «*in sede di programmazione finanziaria i costi unitari fissati dal d.P.C.M. del 12 gennaio 2017 avrebbero dovuto essere sviluppati sulla base del fabbisogno storico delle singole realtà regionali e sulle altre circostanze, normative e fattuali, che incidono sulla dinamica della spesa per le prestazioni sanitarie. Successivamente tale proiezione estimatoria avrebbe dovuto essere aggiornata in corso di esercizio sulla base delle risultanze del monitoraggio del Tavolo tecnico di verifica.*

In questa prospettiva è stato già individuato il contenuto del principio di leale cooperazione tra Stato e Regione con riguardo alla concreta garanzia dei LEA spetta al legislatore predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di essa, affinché la sua affermazione non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale impegnando le Regioni a collaborare nella separazione del fabbisogno finanziario destinato a spese incomprimibili da quello afferente ad altri servizi suscettibili di un giudizio in termini di sostenibilità finanziaria (sentenza n. 169 del 2017).

Infatti, mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione

servizio sanitario nazionale, non possono dipendere da vincoli di bilancio e pertanto le Regioni non possono decidere di destinare risorse limitate all'attuazione delle stesse. Ricordiamo infatti che i Lea sono spese obbligatorie e, quindi, si devono soddisfare prima delle spese facoltative. È questa la ragione per cui bisogna contrastare ogni tentativo di spostare in assistenza i malati cronici non autosufficienti. Quanto sopra vale anche per le persone con disabilità con limitatissima o nulla autonomia.

razione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei LEA, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa. (...) La stessa sentenza precisa inoltre che «l'effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guisa che il finanziamento stesso costituisce condizione necessaria ma non sufficiente del corretto adempimento del precetto costituzionale. Nei sensi precisati deve essere letta l'affermazione secondo cui "una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto [fondamentale] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali [...]. È la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione" (sentenza n. 275 del 2016)».

Appunto sul diritto costituzionale alla salute dei malati... (segue da pag. 13)

amministrativi che, direttamente o indirettamente, comportino:

i) il differimento temporale della presa in carico delle persone malate croniche non autosufficienti;

ii) la subordinazione della presa in carico all'esistenza di requisiti privi di rilevanza sanitaria (come, per esempio: il disagio economico, la mancanza di familiari, l'isolamento sociale) non prevista per gli altri malati e, quindi, discriminante per chi è inguaribile, ma sempre curabile;

iii) l'iscrizione di prestazioni aventi natura sanitaria nell'ambito, legislativamente meno

tutelato, delle prestazioni assistenziali e/o sociali (iscrizione, oltretutto, prodromica alla valutazione della situazione economica tramite Isee familiare) erogate dagli enti locali (Comuni singoli e associati) nei limiti delle risorse disponibili;

iv) la predeterminazione della durata temporale della condizione di non autosufficienza e dell'erogazione delle prestazioni sanitarie ospedaliere o residenziali (quantomeno, senza che sia prevista una verifica sulle condizioni di salute del paziente che ne consenta la prosecuzione in caso di persistenza della malattia) e con la garanzia della continuità terapeutica senza interruzione delle cure da parte della Asl di residenza.