

PUBBLICATO SULLA RIVISTA "APPUNTI" 5/2003

CURE ALL'ESTERO PER I PORTATORI DI HANDICAP

Alcune considerazioni sulle implicazioni derivanti dall'Accordo del 6 febbraio 2003 che commisura i rimborsi delle spese di soggiorno per le cure in centri all'estero all'ISEE.

Mauro Perino

Sulla Gazzetta Ufficiale del 5 marzo 2003, n.53 è stato pubblicato l'accordo – datato 6 febbraio 2003 – tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, relativo alla definizione delle modalità applicative per il rimborso delle spese di soggiorno per cure dei soggetti portatori di handicap in centri all'estero di elevata specializzazione.

Per capire le implicazioni presenti e future dell'accordo è opportuno risalire al comma 50 dell'articolo 59 della legge 449/1997 (*Misure di stabilizzazione della finanza pubblica*) dal quale trae origine il processo attraverso il quale si intende *"..assicurare una maggiore equità del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria e delle relative esenzioni , nonché di evitare l'utilizzazione impropria dei diversi regimi di erogazione delle prestazioni sanitarie"*. A tal fine *"il governo è delegato ad emanare....uno o più decreti legislativi di riordino, con decorrenza 1° maggio 1998, della partecipazione alla spesa e delle esenzioni, nel rispetto dei seguenti principi e criteri direttivi:*

- a) *il servizio sanitario nazionale garantisce la tutela della salute e l'accesso ai servizi della totalità dei cittadini senza distinzioni individuali o sociali;*
- b) *nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, efficaci, appropriati e uniformi, posti a carico del Fondo sanitario nazionale, sono individuate, anche in rapporto a linee guida e percorsi diagnostico – terapeutici, le prestazioni la cui fruizione è subordinata al pagamento diretto, da parte dell'utente, di una quota limitata di spesa;*
- c) *sono escluse dalla partecipazione alla spesa le prestazioni rientranti in programmi, anche regionali, di prevenzione e diagnosi precoce, le prestazioni di medicina generale e di pediatria di libera scelta, i trattamenti erogati in regime di ricovero ordinario, nonché le prestazioni di cui alla lettera f);*
- d) *l'esenzione dei cittadini dalla partecipazione alla spesa è stabilita in relazione alla sostenibilità della stessa da parte dell'utente, tenuto conto delle condizioni economiche, del nucleo familiare, dell'età dell'assistito e del bisogno di prestazioni sanitarie legate a particolari patologie;*
- e) *la condizione economica che da diritto all'esenzione è definita con riferimento al nucleo familiare, tenuto conto di elementi di reddito e di patrimonio determinati in base ai criteri stabiliti dai decreti legislativi previsti dal comma 51 del presente articolo, in relazione alla composizione qualitativa e quantitativa della famiglia , prescindendo dalla posizione del capo famiglia rispetto al lavoro e superando la discriminazione fra persone in cerca di prima occupazione e disoccupati; è prevista l'adozione di fattori correttivi volti a favorire l'autonomia dell'anziano convivente e a rafforzare la tutela dei nuclei che comprendono al loro interno individui con elevati bisogni di assistenza;*
- f) *l'esenzione per patologie prevede la revisione delle forme morbose che danno diritto all'esenzione delle correlate prestazioni di assistenza sanitaria, farmaceutica e specialistica, ivi comprese quelle di alta specializzazione, in particolare quando trattasi di condizioni croniche e/o invalidanti; specifiche forme di tutela sono garantite alle patologie rare e ai farmaci orfani....."*

Dettate le linee per la ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie si procede – con il Decreto legislativo 29 aprile 1998 n.124¹ - alla concreta attuazione della “..nuova filosofia, ormai consolidata anche in altri paesi occidentali” secondo la quale “il Servizio sanitario nazionale garantisce la tutela della salute e l’accesso ai servizi alla totalità dei propri assistiti, senza distinzioni individuali o sociali, ma nell’ambito dei livelli essenziali di assistenza efficaci, appropriati e uniformi posti a carico del servizio stesso, sono individuate le prestazioni la cui fruizione è subordinata al pagamento diretto da parte dell’assistito di una quota limitata di spesa, finalizzata a promuovere la consapevolezza al costo delle prestazioni stesse”². Del resto – come osserva Gian Paolo Zanetta – si deve alla legge 833/1978 l’estensione del concetto di gratuità delle prestazioni in quanto “ L’articolo 32 della Costituzione stabilisce che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti: secondo tale dettato” – quindi – “solo coloro non in grado di avere i mezzi di sostentamento potrebbero ricorrere alla gratuità del servizio”.

Con il decreto legislativo 29 aprile 1998 n.124³, – conosciuto come “sanitometro” – “In armonia con i principi e le finalità del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109⁴” si fissano, all’articolo 1, comma 2, “i criteri, gli ambiti e le modalità di applicazione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni, nonché i criteri di esenzione dalla stessa per i singolo assistiti in relazione alla situazione economica del nucleo familiare e alle condizioni di malattia”.

Proprio al “sanitometro” faceva riferimento l’“Atto di indirizzo e coordinamento concernente il rimborso delle spese di soggiorno per cure dei soggetti portatori di handicap in centri all’estero di elevata specializzazione” sul quale interviene l’accordo siglato in sede di Conferenza Stato Regioni del 6 febbraio 2003.

il D.P.C.M 1° dicembre 2000, n.118⁵ – all’articolo 3, comma 1, decretava infatti che “Le regioni e le province autonome, in attuazione di quanto disposto dall’art. 2, comma 3, riconoscono il concorso alle spese di cura all’estero ai soggetti indicati nello stesso art. 2, attenendosi, con riferimento a quanto previsto dal decreto legislativo 29 aprile 1998 n.124, in ordine alle modalità di calcolo della situazione economica del nucleo familiare di appartenenza ai seguenti criteri:

- a) un concorso pari al 100 per cento della spesa rimasta a carico, qualora trattasi di un nucleo familiare per il quale l’indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) sia inferiore a 62 milioni;
- b) un concorso pari all’80 per cento della spesa rimasta a carico, qualora trattasi di un nucleo familiare per il quale l’indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) sia inferiore a 100 milioni;
- c) un concorso pari all’80 per cento delle spese di soggiorno, così come individuate dall’art.2, comma 1, qualora trattasi di un nucleo familiare per il quale l’indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) sia superiore a 100 milioni”

¹ “Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell’articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n.449” – Gazzetta Ufficiale del 30 aprile 1998, n.99.

² Gian Paolo Zanetta: “La rivoluzione del sistema parte dal riordino del welfare locale “Il Sole 24 ore – Guida agli Enti Locali n. 27 – 11 luglio 1998

³ “Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell’articolo 59, comma 50, della legge 27 dicembre 1997, n.449” – Gazzetta Ufficiale del 30 aprile 1998, n.99.

⁴ “definizione di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate, a norma dell’articolo 59, comma 51, della legge 27 dicembre 1997, n. 449” pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 18 aprile 1998, n. 90.

⁵ “Atto di indirizzo e coordinamento concernente il rimborso delle spese di soggiorno per cure dei soggetti portatori di handicap in centri all’estero di elevata specializzazione”, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 23 maggio 2001, n.118.

A seguito del decadere della normativa relativa all'ISEE sanitaria conseguente all'adozione – quale unico indicatore della situazione economica equivalente – del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 109, nel frattempo modificato, si rendeva dunque necessario il riesame del D.P.C.M 1° dicembre 2000, n.118. Alla luce delle modifiche apportate al Titolo V della Costituzione – che assegna la “tutela della salute” alla potestà concorrente delle regioni – si è pertanto provveduto a riparametrare il concorso alle spese di cura all'estero dei soggetti portatori di handicap in centri all'estero di elevata specializzazione applicando gli articoli 2, comma 2, lettera b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano alla Conferenza Stato – Regioni il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo, Regioni e Province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune.

Si arriva così alla formulazione dell'articolo 2 (*concorso alla spesa*) dell'accordo del 6 febbraio 2003 che recita: “ *Le regioni, in attuazione di quanto disposto dall'art. 2, comma 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° dicembre 2002, riconoscono ai soggetti previsti dallo stesso art. 2, comma 1, il concorso alle spese di cura all'estero, attenendosi, ai fini delle modalità di calcolo della situazione economica del nucleo familiare di appartenenza previste dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n.109, e successive modificazioni, ai seguenti criteri:*

- a) *un concorso pari al 100 per cento della spesa rimasta a carico, qualora si tratti di un nucleo familiare per il quale l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) sia inferiore ad Euro 8.000;*
- b) *un concorso pari all'80 per cento della spesa rimasta a carico, qualora si tratti di un nucleo familiare per il quale l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) sia compreso tra 8.000 e 13.000 Euro;*
- c) *un concorso pari all'80 per cento delle spese di soggiorno, così come individuate dall'art.2, comma 1, qualora si tratti di un nucleo familiare per il quale l'indicatore della situazione economica equivalente (ISEE) sia superiore a 13.000 Euro”*

Nel rinviare alla lettura del testo dell'accordo per quanto attiene alle altre questioni di applicabilità poste dalla precedente normativa (articolo 4, comma 1 e comma 7) vorrei focalizzare l'attenzione su alcune implicazioni dell'accordo in oggetto.

Il “*soggiorno per cure dei portatori di handicap in centri all'estero di elevata specializzazione*” è una delle prestazioni inserite tra i LEA. Di essa si fa infatti menzione - nell'allegato 1.B⁶ - tra le prestazioni poste a carico dell' “*Assistenza territoriale ambulatoriale e domiciliare*” che deve fornirle in ottemperanza al disposto delle fonti normative citate nella tabella di pag.27: legge 23 dicembre 1978, n.833, art.26; D. Lgs. 29 aprile 1998 n. 124, art.3; linee guida 7 maggio 1998 per le attività di riabilitazione; D.P.C.M 1.12.2000; D.P.C.M 14 febbraio 2001.

Siamo dunque di fronte ad una prestazione *esigibile come diritto soggettivo* che l'Accordo del 6 febbraio assoggetta, però, ad una contribuzione da parte dell'assistito da determinare applicando il decreto legislativo 31 marzo 1998, n.109, e successive modificazioni.

Sorge spontanea la domanda: si può fare tutto ciò senza una legge? Procediamo con ordine. In primo luogo il citato allegato 1.B del D.P.C.M 29 novembre 2001 precisa, nella premessa di pag.10, che “*Tra le fonti dei LEA sono stati inseriti anche gli Accordi sanciti in sede di Conferenza Stato – Regioni per il raggiungimento degli obiettivi del PSN e secondo quanto disposto dall'art. 4 del d. lgs. 28 agosto 1997, n. 281 che dispone in tal senso: ‘1. Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano, in attuazione del principio di leale*

⁶D.P.C.M 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” Allegato 1.B “Ricognizione della normativa vigente, con l'indicazione delle prestazioni erogabili, delle strutture di offerta e delle funzioni” pubblicato sulla G.U. 8 febbraio 2002, n. 26 p.10.

collaborazione e nel perseguimento degli obiettivi di funzionalità, economicità dell'azione amministrativa, possono concludere in sede di conferenza Stato – Regioni accordi, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune. 2. Gli accordi si perfezionano con l'espressione dell'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano'. Le prestazioni individuate dagli accordi fanno parte dei LEA nei limiti previsti dal grado di cogenza degli Accordi medesimi, desumibile da quanto in essi convenuto".

In secondo luogo credo si possa ragionevolmente sostenere che i LEA - con l'inserimento nell'ultima legge finanziaria dell'articolo 54 ad essi specificamente dedicato - si possono ormai considerare *legge dello Stato*. Il comma 2 dell'articolo precisa infatti che *"Le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate all'allegato 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n.33 dell'8 febbraio 2002, con le esclusioni e i limiti di cui agli allegati 2 e 3 del citato decreto, con decorrenza dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto"*.

A parte la dubbia legittimità dell'applicazione di una efficacia retroattiva del decreto, appare purtroppo chiaro che ci troviamo di fronte ad un inquietante scenario nel quale non solo le prestazioni socio- sanitarie di cui all'allegato 1.C del D.P.C.M sui LEA ma anche *tutte* le altre contenute nel decreto potranno essere assoggettate al pagamento da parte dell'assistito con i criteri del decreto legislativo 31 marzo 1998, n.109, e successive modificazioni.

Se fino ad oggi il sistema sanitario (che la 833/78 voleva universalistico) è stato finanziato prevalentemente con la fiscalità generale – fatta salva l'introduzione dei Ticket finalizzati *"a promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni"* - per il prossimo futuro è facile prevedere che si tenderà ad imporre (in nome dell'equità) l'adozione generalizzata dell'ISEE per accedere alle prestazioni.

Non resta dunque che vigilare affinché a nessuno venga in mente di derogare all'adozione dei *"fattori correttivi volti a favorire l'autonomia dell'anziano convivente e a rafforzare la tutela dei nuclei che comprendono al loro interno individui con elevati bisogni di assistenza"* introdotti con il decreto legislativo n. 130/2000 che – molto opportunamente - prevede non vengano considerati i redditi dei congiunti nella determinazione delle quote di contribuzione al pagamento delle prestazioni erogate a beneficio di anziani non autosufficienti e di persone gravemente disabili.