

Continuo a preferire
la severa giustizia
alla generosa solidarietà.
Norberto Bobbio

DIRITTO ALLA SALUTE: RIPARTIRE DALLE RADICI DEL SERVIZIO SANITARIO UNIVERSALISTICO

Il diritto costituzionale alla tutela della salute di tutti gli individui e quello universalistico alla cura di tutti i malati sancito con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale 40 anni fa sono sulla linea di un fronte assediato da violente minacce. A segnare una nuova tappa nell'offensiva contro il diritto e a favore della negazione delle prestazioni di cura concrete per i malati (specialmente i più malati tra essi, cioè i non autosufficienti) sono stati il nefasto, pericolosissimo decreto sui nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) e le ultime Sentenze del Tar del Lazio e del Consiglio di Stato che lo hanno confermato. Si tratta di provvedimenti che abbiamo illustrato a più riprese sulle pagine di questa rivista, mentre in questo numero dedichiamo un servizio al commento della recente sentenza 1858 del 2019 che ha avallato i nuovi Lea (1), insieme a spunti per continuare nella fondamentale opera di affermazione e difesa delle garanzie del Servizio sanitario universalistico. Ne avevamo segnalato la minaccia concreta nei confronti dei cittadini malati e, in generale, di tutta la popolazione affermando – e siamo a confermarlo – che prosegue la strada dell'eugenetica sociale (2): la deliberata operazione istituzionale che opera una selezione tra coloro che sono degni o meno di ricevere le cure sanitarie, con l'esclusione di questi ultimi dal diritto stesso alle prestazioni.

La «controriforma» del Servizio sanitario

I nuovi Livelli essenziali delle prestazioni che la sanità è tenuta a fornire – definiti con un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri il 12 gennaio 2017, mai sottoposto al dibattito pubblico e alla discussione parlamen-

tare – hanno disegnato una «controriforma» della sanità italiana di proporzioni epocali: il trasferimento delle competenze diagnostiche e terapeutiche di tutti i malati non autosufficienti – di qualsiasi età – dal Servizio sanitario nazionale gratuito e universalistico ad un settore parallelo, definito Socio-sanitario, e separato da esso. Tale articolazione – che è incostituzionale secondo le argomentazioni delle associazioni ricorrenti, sposate da questa rivista – comporta pesanti vincoli all'accesso alle prestazioni (leggasi valutazione economica in base alla quale i pazienti vengono esclusi dalle cure) e, anche in caso di erogazione della prestazione, oneri molto rilevanti a carico degli utenti, nell'ordine dell'intera pensione e dell'indennità di accompagnamento, se non di risorse ulteriori che costringono ad intaccare i risparmi accumulati e a (s)vendere proprietà.

È, nei fatti, la negazione e il sovvertimento della legge 833 del 1978 con la quale quarant'anni fa il Parlamento aveva istituito il Servizio sanitario nazionale e compiuto una straordinaria opera di tutela collettiva, giustizia sociale e inclusione. Il primo articolo di quella legge, pienamente in vigore, ne definisce "Principi e obiettivi" e stabilisce che «*il Servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio*».

L'articolo 2 precisa che il Servizio sanitario è tenuto a fornire «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, la fenomenologia e la durata*» a tutti i malati, non solo minorenni e adulti, acuti o cronici, autosufficienti o meno, ma anche ricchi e con una situazione sociale di benessere, così come poveri e in un contesto di difficoltà sociale.

(1) Cfr. pagina 10.

(2) Cfr. l'editoriale "Nuovi Lea, sanità di serie B e a pagamento: per tutte le persone malate croniche e non autosufficienti discriminazioni e vincoli all'accesso", *Prospettive assistenziali*, n. 197, 2017.

Riaffermare l'universalismo del Servizio sanitario

La legge 833 resta il baluardo al quale fare riferimento e al quale sempre riferire le azioni a tutela del diritto alle cure per i malati non autosufficienti. È nella norma istitutiva del Servizio sanitario nazionale che ha fondamento l'istanza per richiedere le cure per i malati (ricoveri in Residenze sanitarie in convenzione, prestazioni domiciliari...) alle Aziende sanitarie. La pratica ha sempre esito positivo se avanzata con la «lettera di opposizione alle dimissioni da ospedali e case di cura convenzionate» che garantisce in ogni caso la continuazione della presa in carico da parte dell'Azienda sanitaria di competenza. Dal 1978 ad oggi almeno 10mila anziani malati non autosufficienti hanno ottenuto il rispetto del loro fondamentale diritto alle cure sanitarie grazie a questo strumento utilizzato dai loro parenti/conoscenti su indicazione del Csa e della Fondazione promozione sociale. Si tratta, a nostro avviso, di una battaglia di diritto minima che dovrebbe unire tutte le organizzazioni che sostengono di «battersi per i diritti dei deboli». Non è forse coerente con tale fine la difesa del Servizio sanitario nazionale e dell'universalità dell'accesso alle sue prestazioni?

È dimostrato che il Servizio sanitario nazionale è uno strumento di abbattimento delle differenze sociali straordinario. A parità di Prodotto interno lordo, i livelli di salute e l'aspettativa di vita dei cittadini italiani sono decisamente maggiori di quelli di altri paesi con lo stesso Pil pro capite, dove però la sanità non è pubblica e universalistica (3).

Oltre che di azione di giustizia collettiva, si tratta di una pratica di autotutela individuale. È nell'interesse di ogni individuo agire per la difesa della legge istitutiva del nostro Servizio sanitario nazionale. Ognuno di noi, a qualsiasi età, può ritrovarsi non più autosufficiente ed avere l'esigenza di ottenere tempestivamente diagnosi, cura e prestazioni indispensabili per la sua sopravvivenza. Certo, le condizioni economiche personali possono fare la differenza nella qualità delle cure, ma è un'illusio-

(3) C.r.e.a. Sanità – Università di Tor Vergata 2019, elaborazione su dati Istat, Eurostat.

ne credere che trovarsi in una situazione di benessere economico – o anche di ricchezza – renda superfluo avere un Servizio nazionale pubblico garantito e funzionante.

Di fronte alla minaccia arretrante non c'è tempo da perdere: bisogna agire per difendere il diritto a ricevere le cure necessarie pensando al momento in cui si sarà incapaci di difendersi. Bisogna intervenire per contrastare l'eutanasia da abbandono terapeutico in atto da anni e drammatica causa di dolore e impoverimento delle famiglie italiane.

Il VII rapporto redatto da Rbm assicurazione salute – Censis sulla sanità pubblica, privata e integrativa del 7 giugno 2017 ha segnalato che *«ben il 51,4% delle famiglie con un non autosufficiente che ha affrontato spese sanitarie di tasca propria ha avuto difficoltà nell'affrontarle: ne discende che chi più ha bisogno di cure, più soffre sul piano economico»* e che nell'area dei «salute impoveriti», e cioè delle persone (1,8 milioni) che *«dichiarano di essere entrate nell'area della povertà a causa di spese sanitarie private di tasca propria»*, *«ci sono finiti anche il 3,7% di persone con reddito medio, a testimonianza del fatto che la malattia può generare flussi di spesa tali da colpire duro anche chi si posiziona in livelli non bassi della piramide sociale»*.

Complicità con la negazione del diritto alle cure (e possibili alleanze)

I fatti e le osservazioni fin qui articolate costringono ad un approfondimento su un contesto più allargato e sugli attori sociali che intervengono (con azioni o omissioni) sulla delicatissima questione della promozione e della tutela del diritto alle cure dei malati non autosufficienti. L'estesa violazione dei diritti alle cure da parte delle istituzioni che non forniscono concretamente le prestazioni necessarie (salvavita!) ai malati non autosufficienti, non trova altrettanto estesa contestazione e impegno per la promozione del diritto alle cure da parte delle organizzazioni (Sindacati, associazioni) e delle Chiese, compresi enti e organizzazioni che vi fanno esplicito riferimento. Proviamo brevemente a fotografare e spiegare il fenomeno.

Contrariamente alla «vulgata» diffusa tra chi non ha dimestichezza con il settore, il volonta-

riato che fa riferimento alle Chiese (Caritas, uffici diocesani, confraternite...) non interviene – né è mai intervenuto – per difendere i diritti esigibili e le esigenze vitali degli anziani e degli adulti malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite da demenza senile.

Di fronte alla negazione dei diritti e delle relative concrete prestazioni di cura per i malati non autosufficienti perpetrata dalle istituzioni, l'atteggiamento più diffuso del volontariato cattolico – e in generale della beneficenza – è quello "consolatorio", che non contrasta l'emarginazione sociale dovuta alla negazione del diritto, non si preoccupa di intervenire sulle cause dell'ingiustizia, ma cerca di lenirne gli effetti negativi. Va detto, peraltro, in quasi tutti i casi gli interventi sono molto al di sotto del fabbisogno minimo di chi li riceve. Non c'è infatti un solo malato non autosufficiente che viva grazie al passaggio a casa di un volontario per qualche ora a settimana, né alcun povero che viva solo grazie ai pacchi viveri della Caritas.

Se è molto scarso sul fronte dei servizi erogati, a maggior ragione il contributo dei cattolici è del tutto assente nel contrasto alle radici dell'ingiustizia, cioè contro la negazione delle cure ai non autosufficienti, che i volontari consolatori danno per assodata e non contestata. E però, quando i diritti vengono negati, il silenzio non è neutro: «chi tace acconsente» e, di fatto, diventa un complice delle istituzioni che compiono azioni illegittime e non rispettose delle esigenze fondamentali delle persone coinvolte. La voce del dissenso si spegne e quella autocelebrativa istituzionale è l'unica udibile.

Analogo è l'atteggiamento dei sindacati Cgil, Cisl, Uil, comprese le relative sezioni dei pensionati che, con iniziative autolesioniste, continuano a sostenere la loro proposta di legge di iniziativa popolare per il trasferimento delle competenze sulla non autosufficienza dalla sanità all'assistenza sociale, avvallando di fatto quello spostamento dai diritti esigibili sanitari (che quantomeno consentono di contestarne la negazione delle cure come illegittimità giuridica, al limite impugnabile di fronte ad un giudice) alla discrezionalità dell'assistenza.

La riprova dell'assoluto deserto di opposizio-

ne alle grandi manovre dell'esclusione sociale in atto è data dal fatto che nessuna delle organizzazioni citate ha preso posizione nei confronti dei nuovi Lea (decreto del Presidente del Consiglio Gentiloni del 12 gennaio 2017) che ha disegnato la controriforma della sanità nei termini di cui sopra.

Per capillarità di presenza sul territorio nazionale e dimensioni delle loro strutture (centinaia di migliaia di iscritti, sportelli sul territorio, parrocchie, centri d'ascolto...), il mancato impegno di Chiesa e Sindacati per la rimozione delle cause dell'emarginazione sociale costituisce un rammarico costante. La loro azione per la promozione dei diritti avrebbe un peso risolutivo.

Sarebbe da ingenui non vedere gli estesi interessi che legano queste organizzazioni alle istituzioni e che rendono difficile (impossibile?) la denuncia e la presa di posizione contro Regioni, Asl, Comuni nel momento in cui negano a malati e persone con disabilità le prestazioni cui hanno diritto (si pensi ad esempio alle numerose Residenze sanitarie e socio-sanitarie, comunità alloggio e servizi territoriali gestiti da organizzazioni di ispirazione religiosa che sono, a tutti gli effetti, attività imprenditoriali di gestione – pagate dalle Aziende sanitarie e dai Comuni – paragonabili a quelle di altri soggetti privati che operano nello stesso settore).

Le basi dell'agire del volontariato dei diritti – che ispira l'azione della Fondazione promozione sociale onlus e del Csa – sono state e sono le norme costituzionali sui diritti inviolabili delle persone, la legge 833 del 1978 che istituisce il Servizio sanitario universalistico e la "barra ferma" nell'affermare la competenza dello Stato, come azione di giustizia sociale (e non caritativa), a rimuovere gli ostacoli che impediscono il pieno riconoscimento delle esigenze dei bambini, dei giovani, degli adulti e degli anziani non autosufficienti. È questo il terreno per un'alleanza minima sulla difesa e promozione dei diritti dei più deboli. A partire dall'informazione, primo tassello della lotta personale e sociale all'emarginazione.

Diritti e risorse economiche

Nel 3° rapporto della Fondazione Gimbe sulla sostenibilità del Sistema sanitario nazio-

nale (2018) è stato evidenziato chiaramente che il Sistema sanitario italiano è da ormai lungo tempo sottofinanziato sia rispetto al fabbisogno e alla crescita della spesa pubblica generale, sia rispetto – e il confronto è qui impietoso – agli altri paesi europei, perfino di quelli dell'Europa dell'est nei quali si verifica un processo di crescita della spesa sanitaria pubblica.

«A fronte di un tasso di crescita medio annuo del 7,4% nel periodo 2001-2005 – osserva il rapporto riferendosi alla spesa sanitaria pubblica italiana – il tasso nel quinquennio 2006-2010 scende al 3,1%, quindi diventa negativo nel periodo 2011-2016 (-0,1%)». E, più in dettaglio: «La curva del finanziamento pubblico si è progressivamente appiattita in conseguenza di scelte politiche che a partire dal 2010 hanno contribuito a contenere in modo significativo la spesa sanitaria. In termini percentuali il finanziamento pubblico tra il 2010 e il 2017 è cresciuto in media dell'1% annuo in termini nominali, tasso inferiore all'inflazione media annua pari a 1,19%».

La spesa sanitaria in Italia continua inesorabilmente a perdere terreno. *«In particolare – chiarisce la relazione Gimbe – se oggi in Italia la percentuale del Pil destinato alla spesa sanitaria totale è poco sotto alla media Ocse (8,9% vs 9%), in Europa siamo fanalino di coda insieme al Portogallo tra i paesi dell'Europa occidentale, dove Svizzera, Germania, Svezia, Francia, Olanda, Norvegia, Belgio, Austria, Danimarca, Regno Unito, Finlandia e Spagna destinano alla sanità una percentuale del Pil superiore alla nostra. (...) La situazione peggiora ulteriormente prendendo in considerazione la spesa pro-capite totale, inferiore alla media Ocse (3.391 dollari contro 3.978 dollari) che colloca l'Italia in prima posizione tra i paesi più poveri dell'Europa [in quanto a risorse pubbliche sanitarie, ndr]: Spagna, Slovenia, Portogallo, Repubblica Ceca, Grecia, Slovacchia, Ungheria, Estonia, Polonia e Lettonia».*

Il defianziamento progressivo è stato, in ogni caso, attuato senza tener conto delle raccomandazioni dell'Ocse che nel gennaio 2015 aveva già richiamato il nostro Paese a *«garantire che gli sforzi in atto per contenere la spesa*

sanitaria non vadano a intaccare la qualità dell'assistenza».

Il crescente dibattito pubblico sulla *flat tax* (l'ipotesi di tassa ad aliquota unica, che elimini gli scaglioni contributivi, indipendente quindi dal reddito percepito) dovrebbe far tremare le vene ai polsi nell'ottica della tenuta dei servizi. È chiaro infatti che in un panorama come quello descritto – posto anche che si possano realizzare rilevanti migliori utilizzi delle risorse rispetto all'attuale situazione, ma che il fenomeno del finanziamento rimane innegabile e serio – ad un minore gettito fiscale equivale direttamente un minore finanziamento dei servizi.

In ogni caso è bene ricordare che ogni volta che trattiamo di prestazioni Lea e di diritto alla salute, unico fra i diritti enunciato come *«fondamentale»* dalla Costituzione italiana (articolo 32), stiamo trattando di prestazioni che non possono essere negate per ragioni di bilancio. La Corte costituzionale si è espressa in maniera chiara: la natura fondamentale del diritto (...) impone alla discrezionalità del legislatore un limite invalicabile nel *«rispetto di un nucleo indefettibile di garanzie per gli interessati»* (sentenza n. 80 del 2010) (...), è quindi *«la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione».*

Nella sentenza n. 509/2000 la medesima Corte *«il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è “garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti” (ex plurimis, sentenza n. 267 del 1988, n. 304 del 1994, n. 218 del 1994). Bilanciamento che, tra l'altro, deve tener conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, restando salvo, in ogni caso, quel “nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana” (sentenze n. 309 del 1999, n. 267 del 1998, n. 247 del 1992), il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto».*