Prestazioni di Livello essenziale: spese obbligatorie, non discrezionali

Le prestazioni di livello essenziale come le cure del Servizio sanitario godono dello status di prioritarie, comprese quelle di lunga durata per i malati non autosufficienti. Le risorse vanno trovate e non lasciate alle scelte estemporanee della politica

«Non ci sono i soldi». È la risposta tipica di molti servizi pubblici alle richieste di cure a casa o in struttura dei malati cronici non autosufficienti. Talmente tipica che è entrata nel sentire comune e sono gli stessi cittadini a sostenerlo: «Non ci sono soldi». Talmente tipica che è uno shock culturale scoprire che non è così e che per legge ci sono prestazioni che devono essere garantite, per le quali non è legittimo per le istituzioni appellarsi alla carenza (presunta) di risorse.

I diritti prima delle risorse. Per affrontare il tema c'è bisogno di ricalibrare la bussola con qualche riferimento normativo e di giurisprudenza. La sentenza n. 509/2000 ha evidenziato che «secondo un principio desumibile dalla giurisprudenza di questa 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».
Nella sentenza n. 275/2016 la Corte costituzionale ha precisato che «il diritto all'istruzione del disabile è consacrato nell'articolo 38 della Costituzione, e spetta al legislatore predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di esso, affinché la sua affermazione non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale. La natura fondamentale del diritto, che è tutelato anche a livello internazionale dall'articolo 24 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, adottata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva con legge 3 marzo 2009, n. 18, impone alla discrezionalità del legislatore un limite invalicabile nel "rispetto di un nucleo indefettibile di garanzie per gli interessati" (sentenza n. 80 del 2010), tra le quali rientra il servizio di trasporto scolastico e di assistenza poiché, per lo studente disabile, esso costituisce una componente essenziale ad assicurare l'effettività del medesimo diritto». La sentenza n. 275/2016 sancisce inoltre che «è la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione».

Nella sentenza n. 157/2020 la Corte costituzionale ha evidenziato che «mentre di regola la garanzia delle prestazioni sociali [e quindi tutte quelle dell'assistenza sociale] deve fare i conti con la disponibilità delle risorse pubbliche, dimensionando il livello della prestazione attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, tale ponderazione non può riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei Lea [Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie], la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa (sentenza n. 62/2020)».

Lo stesso Consiglio di Stato, con sentenza n. 1/2020, dopo aver precisato che il diritto alla salute è «un diritto soggettivo pieno ed incondizionato», ha evidenziato che «l'affermato principio dell'equilibrio di bilancio in materia sanitaria (...) non possa essere invocato in astratto, ma debba essere dimostrato concretamente come impeditivo, nel singolo caso, all'erogazione delle prestazioni e, comunque, nel caso in cui la disabilità dovesse comportare esigenze terapeutiche indifferibili, il nucleo essenziale del diritto alla salute deve essere salvaguardato (cfr. Corte Costituzionale n. 304 del 15 luglio 1994)» e che, pertanto, «l'Ente pubblico dovrebbe dimostrare che non vi sono alternative organizzative e di essersi, comunque, adoperato in ogni modo per

rinvenirle o reperire ulteriori risorse finanziarie».
Quelli sopra elencate sono una serie di pronunce delle massime corti dello Stato, che confermano la preminenza dei diritti sui vincoli di bilancio nelle materie normate dai Lea, come le cure sanitarie e socio-sanitarie per i malati non autosufficienti. Si tratta di un ambito dove non è legittimo affermare «non ci sono i soldi»; a chi lo sostiene, va risposto «è obbligatorio trovarli».

Le risorse. Tolta una serie di spese tecniche rigide (obbligatorie, non comprimibili…) la spesa regionale da destinare agli ambiti di intervento dell'ente è (dati 2023) di circa 13 miliardi e 600 milioni di euro. La «missione» dalla tutela della salute assorbe il 72,03 delle spese disponibili ed è pari a poco più di 10 miliardi di euro. Tutti gli altri comparti regionali si "battagliano" il rimanente: 22 «missioni istituzionali» per 3 miliardi e 600 milioni. Anche da queste cifre è chiaro (oltre che giusto) come «conviene stare in sanità» ai malati cronici non autosufficienti.

La spesa complessivamente destinata alla sanità è finanziata con tasse pagate da cittadini e imprese: più dell'89 per cento della spesa sanitaria arriva da lì. In particolare, dall'addizionale regionale dell'Imposta sul reddito delle persone fisiche (Irap) e all' Imposta sulle attività produttive (Irap). Vale la pena di tenere a mente questi elementi, perché le prestazioni che spesso vengono negate ai malati non autosufficienti con la motivazione della carenza delle risorse, le hanno già pagate. E quindi, se le ripagano perché sono costretti alle cure private, le stanno pagando per intero una seconda volta!
Prendendo come valore di riferimento gli oltre 30mila posti letto Rsa accreditati attualmente dalla Regione Piemonte e un costo medio di 1.500 euro/mese per la quota sanitaria, la copertura dell'intero stock di posti con quote sanitarie cuberebbe sul bilancio regionale 540 milioni di euro, il doppio degli attuali. Pochi, molti? Il dato assoluto non significa alcunché, se non è messo in relazione con i dati generali economici regionali, secondo i quali 540 milioni di euro sono circa il 5% del bilancio sanitario annuale della Regione Piemonte.

Confrontando con altre voci delle entrate regionali – secondo i dati consolidati del bilancio 2019 – si tratta dei due terzi dell'addizionale Irpef Sanità pagata da tutti i contribuenti piemontesi. Oppure un terzo della quota Irap destinata alla sanità piemontese. O, ancora, la decima parte della quota Iva destinata alla sanità regionale piemontese.
Insomma, la spesa per coprire l'intera residenzialità per la presa in carico dei malati non autosufficienti appare di fatto residuale rispetto al bilancio complessivo. Per un'esigenza che viene riconosciuta come «l'emergenza sanitaria e sociale del secolo che stiamo vivendo» (come se il vivere più a lungo fosse un problema, ma questo è un altro discorso) si tratta di appena un euro su venti di quelli che la sanità regionale ha a disposizione.
Come sempre sostenuto da Fondazione promozione sociale, è chiaro che la questione è culturale ben prima e ben più che economica. La pandemia Covid ha rivelato molto in questo senso. Per fortuna nessuno avrebbe accettato che si facesse selezione su chi curare e chi no tra i bambini; nessuno avrebbe accettato che i bambini malati venissero tenuti in strutture separate, a bassissimo se non nullo contenuto sanitario (come spesso sono le Rsa), con l'indicazione precisa di non farli arrivare in ospedale dove avrebbero affollato i reparti; per fortuna nessuno avrebbe accettato che una disposizione regionale avesse trasferito soggetti ancora contagiosi in strutture piene di bambini malati... Tutto questo è avvenuto per i malati non autosufficienti (anziani ma non solo), ritenuti meno degni di altri di essere curati, in quanto soggetti improduttivi, di scarto... per i quali non era opportuno spendere risorse che pure si trovavano in grande quantità per altro.

Diritti fondamentali. In materia di prestazioni di Livello essenziale delle attività sanitarie e socio-santiarie (Lea) viene spesso ignorato - anche dal legislatore - che «la garanzia dei livelli delle prestazioni indicate non è soddisfatta con la semplice loro elencazione. Essa richiede innanzitutto una cornice costituzionale di tutela e uno stanziamento di bilancio dello Stato che garantisca le risorse per far concretamente fronte alle esigenze degli utenti» (Giovanni Maria Flick, *Prospettive* n. 222). I diritti, quindi, prima delle risorse, che però devono essere trovate nel bilancio statale e destinate alla concreta realizzazione dei diritti. L'allarme più importante, a fronte di norme poco tutelanti in questo senso - è il caso della legge 33 sulla non autosufficienza, del 2023 - sta proprio in questo: che intendono affrontare i temi della persona anziana malata non autosufficiente, ma si presentano in realtà come raccolte di deleghe ampie e articolate che promettono di intervenire su un vasto perimetro (la legge 33 ha una prima parte tutta dedicata all'invecchiamento attivo, che pertiene ad ambiti diversi da quelli delle prestazioni socio-sanitarie e previdenziali per la non autosufficienza).
In questi casi, proprio evitare lo scivolamento dalla sanità alla meno tutelante assistenza, in sede di scrittura delle norme quadro e dei decreti attuativi, ottiene il risultato che i provvedimenti applicativi non si riducano a elenchi di promesse senza i requisiti richiamati ancora recentemente dalla Corte costituzionale (sentenza n. 71 del 2023) per i livelli essenziali delle prestazioni e le competenze nelle materie regionali.

Insomma, se l'ambito istituzionale è quello giusto (i Lea sanitari), le risorse si devono trovare e le prestazioni vengono di conseguenza. Abdicare a questo principio non vuol dire solo «prendere i soldi da un'altra parte» (in ambiti che per loro conformazione non sono tutelanti allo stesso modo e che hanno meccanismi selettivi di formazione dei bilanci e individuazione degli utenti), ma rinunciare alla tutela - anche economica - di prestazioni garantite dalla legge, derivanti dalla tutela costituzionale «fondamentale» dell'articolo 32 della Carta.