

Per non dire «addio per sempre» alla Sanità pubblica

L'ultimo libro di Ivan Cavicchi traccia la parabola discendente del Servizio sanitario, un'assicurazione pubblica e universalistica sulla vita che non possiamo permetterci di perdere. All'aziendalizzazione di De Lorenzo e all'assalto privatista di Bindi si è affiancata, sottotraccia, la controriforma epocale di sottrazione di diritti sanitari ai malati non autosufficienti, di cui la legge non autosufficienza è l'ultimo, negativo tassello. Da dove partire per impedire il naufragio completo del Servizio nazionale e per ri-pubblicizzare le prestazioni di tutela della salute?

Mauro Perino

La leggenda del vecchio marinaio – citata da Ivan Cavicchi nelle prime pagine del suo nuovo libro intitolato *Sanità pubblica addio. Il cinismo delle incapacità* (Castelvecchi editore, Roma, 2023) racconta delle disgrazie senza fine di una nave, sul pennone della quale, dopo una tempesta, si posò un albatros, che venne ucciso da un marinaio con un colpo di balestra.

Per la sanità pubblica è accaduta più o meno la

politica è l'articolo 32 della Costituzione, quello che recita: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge».

L'articolo 32 – nel suo testo originario, ancora oggi, formale presidio del diritto alla salute – a pochi anni dal varo della legge n. 833 di riforma che ad esso si ispira smette, per ragioni soprattutto economiche, di essere un tabù e, tra gli anni Ottanta e Novanta, si sviluppa quella che Ivan Cavicchi definisce una macabra danza contro-riformatrice.

Tra gli anni Ottanta e Novanta si sviluppano le «controriforme» al Servizio sanitario nazionale pubblico nel nome della privatizzazione e della sanità-azienda



stessa cosa. Il sogno riformatore avviato nel 1978 con l'approvazione della legge n. 833 istitutiva del Servizio sanitario nazionale, nel tempo, viene meno, per cui negli anni, le sventure della sanità crescono e i presagi funesti aumentano fino a diventare, oggi, certezze di sventura.

Esattamente come l'albatros della ballata, ad essere ucciso dal cinismo e dalla incapacità della

Le controriforme. Si ha controriforma, secondo Cavicchi, quando il sistema sanitario viene peggiorato, o perde certe caratteristiche o entra in contraddizione con i suoi scopi primari, o decisamente tradisce i suoi ideali istitutori. Un esempio pratico è la sanità pubblica che nel '78 è un valore mentre nel '92 e nel '99 diventa un disvalore, al punto da giustificare l'avvento delle politiche di

privatizzazione. Sono, quelli, anni decisivi, in cui cambia nella sostanza, anche se non nella forma, il significato che viene attribuito al diritto. Nella Costituzione del 1948 e nella legge di riforma del '78 il diritto alla salute è un diritto inalienabile; a partire dal '92 e dal '99 il diritto inalienabile viene trasformato nel suo radicale opposto, cioè in un diritto pienamente alienabile.

Aziendalismo e limitazione delle risorse. I decreti legislativi che secondo l'Autore si possono definire di controriforma sono due: il n. 502 del 1992

(Ministro della salute Francesco De Lorenzo) e il n. 229 del 1999 (Ministro della salute Rosy Bindi). Con il primo si istituisce l'Azienda sanitaria che rappresenta lo strumento per rendere il pubblico molto simile al privato. Di fatto si configura un altro genere di sanità pubblica, sancendo una rottura con la legge n. 833 del 1978. Una sanità che

è chiamata ad operare con un nuovo metodo, che Cavicchi definisce della compatibilità, in base al quale il Governo decide quanti soldi si possono dare alla sanità e, nel contempo, rende "compatibili" i livelli assistenziali con le risorse assegnate. L'articolo 1, comma 3, del decreto n. 502 del 1992

Con i Livelli essenziali si afferma l'idea di una «sanità minima» nella quale spendere per la gestione diretta della salute il minimo di risorse necessarie, condizionando il diritto alla tutela della salute alle risorse messe a bilancio

lo afferma chiaramente: «L'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza (...) è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico finanziaria». La legge di controriforma modifica, inoltre, i meccanismi di finanziamento del sistema: i fondi alle regioni vengono erogati sulla base del numero degli abitanti (quota capitaria) e non più sulla «spesa storica» e sul «piè di lista»; la responsabilità del pareggio di bilancio viene attribuita alle Regioni; i Comuni vengono privati di ogni competenza e responsabilità in campo sanitario.

Dulcis in fundo viene abbandonato il sistema definito per «prestazioni» da assicurare al cittadino e vengono adottati i livelli essenziali e uniformi per garantire a tutti un'assistenza minima. Il diritto alla salute, con questa prima riforma, non è più, secondo Cavicchi, quello descritto dall'articolo 32 della Costituzione – quindi un diritto incondizionato – ma diviene un diritto condizionato di natura essenzialmente «potestativa», nel quale viene attribuito a chi governa il potere di modificarlo, con un proprio atto, condizionandolo alle risorse disponibili.

Il concetto di assistenza «essenziale» riassume da solo, secondo l'Autore, la grande rottura con la riforma del '78. E l'Azienda sanitaria è il «mezzo» per raggiungere il nuovo fine, indicato dalla controriforma, di ridurre il diritto alla salute fino a renderlo finanziariamente compa-



tibile. Ma tornare al minimo indispensabile significa tornare al principio fondamentale delle mutue, cioè spendere per la salute il minimo di risorse necessarie. Con l'Azienda si abbandona

Stato all'insostenibilità finanziaria del sistema mutualistico. Un sistema che curava e non preveniva, con bassi contributi e bassa qualità che si rivelò insostenibile e sprofondò nei debiti. Ma di

tale passata esperienza il legislatore non conserva evidentemente memoria: è così che nella politica si fa strada l'idea che i ticket e la privatizzazione siano l'unica soluzione ai problemi di sostenibilità della sanità pubblica. Un'idea, assolutamente

Con il decreto legislativo 502/1992 vengono istituiti i fondi sanitari integrativi che presto creano un sistema a pagamento che non affianca, ma sostituisce il Servizio sanitario, de-finanziato e svuotato di competenze

l'idea di sanità adeguata e si torna all'idea di sanità minima: ne è un esempio il concetto di «appropriatezza» che viene inteso essenzialmente come uno scambio favorevole tra una prestazione e il suo costo minimo. L'evidenza migliore è quella che si traduce nel costo più basso e la qualità auspicata è l'organizzazione del servizio più economica.

Dopo la prima controriforma. Dopo un primo strappo al diritto pieno – avvenuto a suon di sentenze della Corte costituzionale che sin dagli anni '80 si è espressa a favore del «contemperamento» tra i diritti e le risorse finanziarie, schema in cui queste ultime prevalgono sui primi – si è arrivati ai Lea come espressione di un diritto al limite del salva vita. Se si dovesse riformulare l'articolo 32 alla luce della prima controriforma del '92, dovremmo dunque scrivere: «La Repubblica tutela la salute attraverso i Lea e garantisce a tutti cure minime essenziali e indispensabili». E per il resto delle cure e delle prestazioni di tutela della salute?

Cavicchi ricorda che l'istituzione del Servizio sanitario nazionale è stata di fatto la risposta dello

ingenua e senza reali fondamenti secondo l'Autore, che spinge i decisori politici verso quella che, dopo la controriforma Bindi del 1999, sarà «l'assistenza sostitutiva».

L'articolo 46 della legge n. 833 del 1978 stabiliva che «È vietato agli enti, imprese ed aziende pubbliche contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal Servizio Sanitario nazionale». Questo articolo viene sostituito con il Decreto Legislativo n. 502/1992 dall'articolo 9 che istituisce per la prima volta i cosiddetti fondi sanitari integrativi quali «forme differenziate di assistenza», con la finalità di porre le basi per un secondo livello di assistenza sanitaria in grado di rappresentare una significativa integrazione alle forme di assistenza erogate dal Servizio sanitario nazionale, ma con il risvolto pratico concreto – impossibile da non vedere per i promotori della norma – di creare un sistema a pagamento che non affianca, ma velocemente sostituisce il Servizio sanitario, de-finanziato e svuotato di competenze.

LE FASI DELLA CONTRORIFORMA SANITARIA

Dall'aziendalizzazione all'esclusione dei malati non autosufficienti dalle cure sanitarie di lunga durata: trent'anni di saccheggio della sanità pubblica

1992

La prima controriforma

Con il decreto legislativo 502 si istituisce l'Azienda sanitaria che rappresenta lo strumento per rendere il pubblico molto simile al privato. Si configura un altro genere di sanità pubblica, in rottura con la legge 833 del 1978.

1999

La seconda controriforma

Con il decreto legislativo 229 si istituiscono, accanto ai fondi integrativi sanitari, anche i fondi sostitutivi: viene permessa e incentivata l'offerta privata di prestazioni pubbliche Lea. Si apre il mercato di massa della salute.

Porte aperte alla privatizzazione. Il legislatore torna poi sulla materia dei fondi sanitari con la riforma Bindi del 1999. Il Decreto Legislativo n. 229 del 1999 – attuativo della legge delega n. 419 del 1998 – modifica l'articolo 9 del Decreto Legislativo n. 502/1992 introducendo la tipologia dei fondi integrativi del Servizio sanitario nazionale, i cosiddetti fondi «doc», che vengono pensati come complementari alla sanità pubblica, permettendo di garantire una copertura su base collettiva per tutte le prestazioni non garantite dal Servizio sanitario nazionale o che sono poste anche solo parzialmente a carico degli assistiti. Detti fondi sono vincolati a: non selezionare i rischi sanitari; non applicare discriminazioni nei prezzi da pagare; non operare in piena concorrenza con il Servizio sanitario nazionale limitandosi ad offrire, quali prestazioni sostitutive, quelle svolte nell'ambito della libera professione intramuraria. Contestualmente vengono definiti «non doc» i fondi che non hanno l'obbligo di rispettare i vincoli suddetti e che possono offrire anche prestazioni sostitutive rispetto a quelle pubbliche rientranti nei Lea.

Con l'istituzione delle due tipologie di fondi, viene fatto convivere ciò che è privato ed integra il pubblico, con ciò che è privato e lo sostituisce. In pratica – commenta Cavicchi – ci sono voluti sette anni tra la prima e la seconda controriforma per passare dalla sanità integrativa a quella sostitutiva che autorizzava l'istituzione di fondi per sostituire i Lea, creando in tal modo le condizioni favorevoli al welfare aziendale e cioè al ripristino del mutualismo nel mondo del lavoro. L'operazione politica era sostenuta da un clima culturale preciso: quello che «senza il concorso del privato la sanità pubblica è per definizione

insostenibile», passato presto a «una sanità pubblica è impossibile proprio perché come spesa pubblica è insostenibile» e quindi si apra al privato. «È in questo modo, cioè, che la sinistra – quella di governo, al tempo rappresentata dalla Bindi, poi passando per la Turco, fino ad arrivare a Renzi – ha accoppiato l'albatros. Tutti i ministri hanno lanciato una freccia».

Cavicchi ricorda inoltre che sulla base del «Jobs Act», in nome del «welfare on demand», cioè della presunta libertà di scelta dell'utente (ovviamente vincolata alla disponibilità e al prezzo delle prestazioni, eventualmente coperte dalla sua assicurazione privata) il Governo Renzi decise di sostenere i fondi assicurativi con incentivi fiscali mirati. Quindi lo Stato, con i soldi delle tasse incentivò (e continua a farlo) il privato contro il pubblico, cioè contro sé stesso. La tendenza non si è invertita: con il decreto Crescita 2019 (articolo

Lo Stato con i soldi delle tasse continua a incentivare il privato contro il pubblico: i fondi sanitari sono inseriti nell'ambito del no-profit e la sanità privata defiscalizzata

14) «gli speculatori, appoggiati dalla sinistra e dal M5S, ottengono di inserire i fondi sanitari integrativi nell'ambito del no profit, o meglio nell'ambito delle attività non commerciali, ritenendo che l'intermediazione finanziaria, che, come tutti sanno, è la promotrice dei fondi, non sia un soggetto speculativo. Il risultato è che oggi, dopo la Bindi, non c'è più il Servizio sanitario nazionale, ma al suo posto è subentrato un sistema a più gambe».

2001

La «rottura» del socio-sanitario (I)

Con i Dpcm del febbraio e del novembre si definiscono i Livelli essenziali delle attività sanitarie e socio-sanitarie (Lea). Si «transitano» nel socio-sanitario (con parte dei costi a carico degli utenti) i malati cronici non autosufficienti.

2017

La «rottura» del socio-sanitario (II)

L'aggiornamento del Lea con il Dpcm del 12 gennaio peggiora il quadro: introdotto il concetto di Sanità «a tempo» e si limita l'intervento sanitario domiciliare agli interventi «professionali» (medico, infermiere, parte dell'Oss)

2023

Il «ghetto» della legge 33

Con l'approvazione della legge del 23 marzo viene di fatto creato per i malati non autosufficienti un Sistema sociale parallelo al Servizio sanitario, ma con nessuna tutela e diritto universalistico.

Il più grave tradimento della legge fondativa del Servizio sanitario nazionale: espellere dal diritto universalistico alle cure le fasce di malati e persone con disabilità in condizioni di non autosufficienza

Dopo la seconda controriforma. Se si dovesse quindi riformulare nuovamente l'articolo 32 alla luce della seconda controriforma del '99, dovremo scrivere, secondo Cavicchi, che: «La Repubblica tutela la salute attraverso i Lea e garantisce, attraverso degli standard di economicità, a tutti cure minime essenziali e indispensabili. Coloro i cui bisogni di salute vanno oltre le cure minime sono autorizzati ad integrarle e sostituirle con cure private, che per questo saranno incentivate e agevolate dallo Stato a spese dei cittadini». Sembra dunque definitivamente dimostrato il teorema liberista: il reddito vince il diritto, il mercato vince lo Stato. Potrà permettersi di accedere al privato solamente chi ha adeguate condizioni di reddito; per chi non rientra in tali condizioni resterà una sanità residuale, caritatevole.

Una terza controriforma avviata sottotraccia. Il libro di Cavicchi non affronta, purtroppo, una questione nodale che è stata ed è oggetto di attenzione, di analisi e di continua denuncia da parte di questa rivista che, sin dai primi anni '80, ha lanciato l'allarme sull'avvio e sullo sviluppo di un processo normativo – finalizzato ad espellere dal diritto universalistico alle cure le fasce di assistiti in condizioni di non autosufficienza a causa di malattie croniche o di grave disabilità – che rappresenta forse il primo grave tradimento dalla legge fondativa del Servizio sanitario nazionale. Si tratta di una controriforma strisciante che inizia – ben nove anni prima della controriforma De Lorenzo, trovando poi coronamento grazie alla controriforma Bindi – con l'approvazione dell'articolo 30 della legge n.730/1983 (legge finanziaria 1984) che interviene per demarcare i confini tra la spesa sanitaria e quella socio-assistenziale nell'ambito delle attività assistenziali effettuate in forma integrata tra i servizi sanitari e quelli sociali gestiti dalle Unità sanitarie locali istituite dalla legge n.833/1978. Problema che viene affrontato in due tempi: in prima battuta stabilendo che possono esser messi a carico del fondo sanitario nazionale i soli «oneri delle attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assisten-

ziali» per poi demandare, ad un successivo apposito decreto, il non facile compito di definirle dichiarandone le specifiche caratteristiche.

Interviene in tal senso il decreto del Presidente del Consi-

glio dei Ministri 8 agosto 1985, "Atto d'indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome in materia di attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, ai sensi dell'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n.833". Conosciuto come "decreto Craxi", all'articolo 1 recita: «Le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali (...) sono le attività che richiedono personale e tipologie di intervento propri dei servizi socio-assistenziali, purché siano dirette immediatamente e in via prevalente alla tutela della salute del cittadino e si estrinsechino in interventi a sostegno dell'attività sanitaria di prevenzione, cura e/o riabilitazione fisica e psichica del medesimo, in assenza dei quali l'attività sanitaria non può svolgersi e produrre effetti». Come stabilito nella legge finanziaria del 1984, queste attività vengono fatte gravare sul fondo sanitario nazionale, mentre viene stabilito che «non rientrano tra attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali, le attività direttamente ed esclusivamente socio-assistenziali, comunque estrinsecanti, anche se indirettamente finalizzate alla tutela della salute del cittadino».

Il decreto del 1985 si configura come un atto amministrativo di indirizzo e coordinamento alle Regioni che – dalla seconda metà degli anni Ottanta e per tutti gli anni Novanta – all'individuazione di una competenza professionale socio-assistenziale (o comunque non strettamente medica o infermieristica) nell'esercizio di attività sanitarie (ad esempio le lungo degenze residenziali), fanno conseguire una competenza di spesa a carico dei Comuni titolari delle funzioni sociali per il finanziamento di tutte le attività (cosiddette «alberghiere») rivolte agli anziani malati cronici non autosufficienti, agli affetti dal morbo di Alzheimer o da demenze, ai pazienti psichiatrici, ai disabili intellettivi: tutti soggetti originariamente a completo carico sanitario. Si realizza in tal modo – per le attività di rilievo sanitario connesse con quelle socio-assistenziali individuate come tali dalle Regioni – una tripartizione della spesa: una quota a carico della sanità; una quo-

ta a carico dell'utente e/o una quota a carico dei servizi socio-assistenziali dei Comuni ad integrazione o a totale copertura della spesa per gli indigenti. Il tutto a danno dell'universalità del diritto alla tutela della salute dei malati e a beneficio dei bilanci sanitari sui quali, precedentemente, gravava la totalità della spesa.

Sulla materia interviene nuovamente il già citato decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n.419". Con la «legge Bindi» viene fornita una ulteriore e più articolata definizione delle prestazioni socio-sanitarie che comprendono: a) le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale; b) le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria; c) le prestazioni ad elevata integrazione sanitaria. A norma dell'articolo 2, primo comma, lettera n) della legge delega n. 419/1998, il decreto demanda anch'esso ad un apposito atto di indirizzo e coordinamento l'individuazione delle prestazioni da ricondurre alle tipologie a), b) e c) ed i criteri di finanziamento delle stesse per quanto di competenza della sanità e dell'assistenza.

Il nuovo provvedimento amministrativo indirizzato alle Regioni viene emanato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, "Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie" firmato, oltre che dal Presidente del Consiglio Giuliano Amato e dal Ministro della Sanità Umberto Veronesi, anche dal Ministro per la Solidarietà sociale Livia Turco. Con il decreto si procede, senza ripensamento alcuno, nella direzione indicata dal "decreto Craxi", ridefinendo i confini delle prestazioni socio-sanitarie ed introducendo nuovi criteri di ripartizione della spesa tra Aziende sanitarie e Comuni. Si «transitano» inoltre dal comparto sanitario a quello socio-sanitario (con il conseguente accollo degli oneri di intervento relativi alle attività non ritenute strettamente sanitarie agli utenti o, per loro, ai Comuni) le competenze su alcune tipologie di assistiti risparmiati

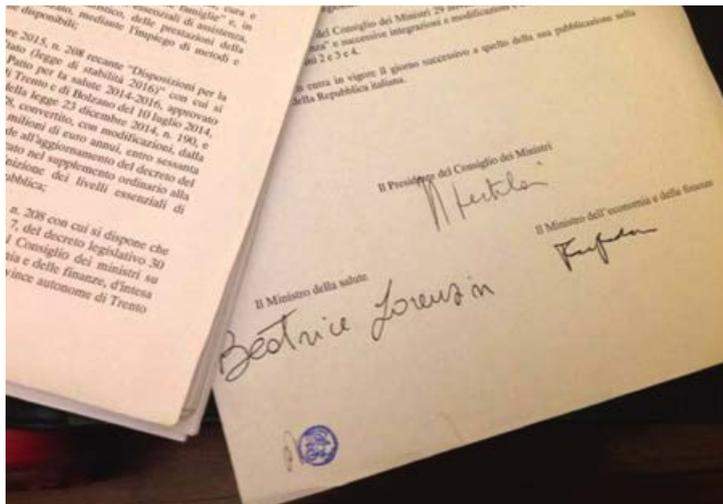
dal decreto del 1985. All'utenza a suo tempo individuata dalle Regioni in applicazione del precedente Atto di indirizzo si aggiungono infatti le persone non autosufficienti con patologie cronico-degenerative; i soggetti dipendenti da alcool e da droga; gli affetti da patologie psichiatriche; gli affetti da Hiv. Anche questo secondo Atto di indirizzo chiama in causa la Regione che «nell'ambito della programmazione degli interventi socio-sanitari determina gli obiettivi, le funzioni, i criteri di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie, ivi compresi i criteri di finanziamento», naturalmente senza potersi discostare dalle percentuali di addebito dei costi delle prestazioni dettagliatamente elencati nella tabella allegata al decreto.

La creazione del ghetto socio-sanitario. Ma per escludere i malati non autosufficienti dal diritto alla tutela della salute e tagliare in modo strut-



Per escludere i malati non autosufficienti dalla sanità e dalle cure a lungo termine prima si approvano i Lea (2001, 2017), poi la «legge sulla non autosufficienza» (2023)

turale la spesa sanitaria – accollandone almeno una parte ai cittadini ed ai loro Comuni – il legislatore va ben oltre. Dopo la riforma del titolo V della Costituzione la ripartizione convenzionale ed in percentuale degli oneri finanziari degli interventi prevista dal decreto del 14 febbraio 2001, approvato dal Governo Amato, viene integralmente ripresa dal decreto del Presidente del



Il concetto dell'integrazione socio-sanitaria è stato utilizzato strumentalmente per ridimensionare il sistema universalistico di protezione della salute disegnato dalla legge n. 833/1978

Consiglio del 29 novembre 2001, "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", approvato dal governo Berlusconi subentrato in quell'anno. A testimonianza della pressante esigenza di «razionalizzare» il sistema sanitario, il decreto procede con inconsueta tempestività all'applicazione dell'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione riformata che, così come riformulato, riserva allo Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni – nella fattispecie quelle sanitarie e socio sanitarie – che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale. I Lea previsti dal decreto divengono però cogenti, e quindi esigibili ed azionabili, solo in forza dell'approvazione dell'articolo 54 della legge n. 289/2002 (legge finanziaria 2003).

Il nuovo decreto ha sicuramente due pregi rispetto a quello precedente: in primo luogo la encomiabile franchezza con cui, nell'allegato I.C. "Area dell'integrazione socio-sanitaria", si afferma che: «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. In particolare per ciascun livello sono individuate le prestazioni a favore di minori, donne, famiglia, anziani, disabili, pazienti psichiatrici, persone con dipendenza da alcool, droghe e farmaci, malati terminali, persone con patologie da Hiv».

Quanto al secondo pregio del decreto, esso risiede nel fatto che – a fronte della presa d'atto dell'impossibilità di distinguere tra ciò che è assistenza e ciò che è sanità sul piano della pratica operatività e della conseguente adozione, da parte del Governo, della scelta, tutta politica, di non porre gli oneri delle stesse ad intero carico della sanità, ma solamente per una percentuale convenzionalmente determinata – nel provvedimento viene dato atto che le prestazioni socio-sanitarie elencate nell'allegato I.C., in quanto rientranti tra le competenze del Servizio sanitario nazionale, rappresentano un diritto soggettivo esigibile. Titolarità sanitaria degli interventi, dunque, con una quota degli oneri economici, però, posta a diretto carico del cittadino assistito o del Comune nel quale risiede se privo dei mezzi per far fronte alla spesa.

L'obiettivo di ridurre la spesa sanitaria strumentalizzando il concetto dell'integrazione socio-sanitaria ed utilizzando il comparto socio-assistenziale come «cavallo di Troia» per ridimensionare selettivamente il sistema universalistico di protezione della salute disegnato dalla legge n. 833/1978 istitutiva del servizio sanitario nazionale, viene in questo modo raggiunto e poi confermato, dopo sedici anni dal primo, dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502", firmato dal Presidente del Consiglio dei Ministri, Paolo Gentiloni e dal ministro della Salute, Beatrice Lorenzin, che lascia inalterate le percentuali di suddivisione della spesa e conferma l'istituzione, nei fatti, di una sanità di serie A, destinata ai malati acuti o comunque alle situazioni di malattia che rivestono un qualche interesse scientifico e/o economico sul piano della ricerca e della sperimentazione, e una sanità di serie B che viene estesa a tutte le persone malate non autosufficienti o gravemente disabili con esigenze di cure continuative.

Purtroppo, la parabola di privatizzazione e di sottrazione del diritto alle cure ed alla tutela della salute non si arresta ed anzi appare oggi ancor più nitida e nociva con l'approvazione della legge n. 33 del 23 marzo 2023, "Delega al governo in materia

di politiche in favore delle persone anziane” che si caratterizza come una controriforma epocale che introduce un “Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente (SNAA)” escludendo di fatto i malati non autosufficienti dall’accesso alle cure di lunga durata fornite dal Servizio sanitario: per ora quelli gli anziani ma con prevedibile estensione a tutte le persone ad essi assimilabili per condizioni di salute come le persone con grave disabilità. Inoltre, la legge prevede la revisione dei criteri di concessione e delle modalità di utilizzo dell’indennità di accompagnamento. Per una puntuale analisi di merito sui punti più negativi di un testo, sostanzialmente finalizzato ad istituire un ghetto socio-sanitario degli inguaribili, si fa rimando agli articoli specificamente dedicati al tema su questo stesso numero della rivista e nei precedenti.

Dopo la terza controriforma. Se si dovesse quindi riformulare nuovamente l’articolo 32 alla luce di quest’ultima controriforma – marcatamente ageista in quanto discrimina e marginalizza le persone in relazione all’età avanzata – dovremmo scrivere, integrando il testo già rivisto da Cavicchi, che: «La Repubblica tutela la salute attraverso i Lea e garantisce, attraverso degli standard di economicità, a tutti cure minime essenziali e indispensabili. Coloro i cui bisogni di salute vanno oltre le cure minime sono autorizzati ad integrarle e sostituirle con cure private, che per questo saranno incentivate e agevolate dallo Stato a spese dei cittadini. Per i soggetti afferenti all’area socio-sanitaria dei Lea, una quota predefinita degli oneri economici delle cure viene posta a diretto carico del cittadino assistito o del Comune nel quale risiede se privo dei mezzi per far fronte alla spesa». Dovremmo poi aggiungere che «i servizi, gli interventi e le prestazioni sanitarie, sociali e assistenziali rivolte alla popolazione anziana non autosufficiente sono programmati dallo SNAA sulla base delle indicazioni fornite dal “Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA)”, presieduto dal Presidente del Consiglio dei ministri o, su sua delega, dal Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali». A ben vedere però, quest’ultima specificazione andrebbe coerentemente espunta dall’articolo 32 e collocata nell’articolo 38 della Costituzione in quanto materia assegnata di fatto, dal legislatore, all’assistenza sociale (latamente e strumentalmente intesa) al fine di condizionare l’accesso alle prestazioni e l’erogazione delle stesse, al reddito dell’anziano malato cronico non autosufficiente da assistere.

Proposte. Che fare dunque per salvare l’articolo 32, colpito a morte dai contro riformatori? Secondo Ivan Cavicchi è possibile, attraverso il combinato disposto degli articoli 32, 9 e 41 della Costituzione, emancipare il diritto alla salute dalle logiche neo-liberiste che lo hanno arbitrariamente negoziato (di fatto, negandolo nella sua universalità) e ripensarne l’organizzazione. Con le modifiche apportate agli articoli 9 e 41 della Carta dalla legge costituzionale 11 febbraio 2022, n. 1, la salute e l’ambiente vengono considerati beni e valori costituzionali da tutelare, mettendo giustamente dei limiti all’economia e non ai diritti ed offrendo perciò «la possibilità politica di cancellare la legge 229 del 1999, o meglio di cancellare le controriforme che sono in aperta contraddizione sia con l’articolo 32 che con gli articoli 9 e 41».

Naturalmente ci auguriamo, con Ivan Cavicchi, che tale possibilità venga colta (anche con riferimento alla più recente legge delega n.33/2023): facendo però osservare che, a ben vedere, già con il vecchio testo dell’articolo 41 della Costituzione si imponeva al legislatore di orientare l’attività economica e di vigilare affinché non si svolgesse in contrasto con l’utilità sociale o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà, alla dignità umana. L’ulteriore specificazione che il diritto all’iniziativa economica privata non può esercitarsi in danno di salute ed ambiente rischia infatti paradossalmente – in mancanza di una precisa volontà politica di dare finalmente attuazione ai doveri, anch’essi inderogabili, di solidarietà politica, economica e sociale di cui all’articolo 2 della nostra Costituzione – di fornire nuove frecce alla balestra di chi vuole colpire l’albatros. Cioè di quei potentati economico-finanziari anche sovranazionali che – attendendo cinicamente alla libertà ed alla dignità umana – si sono già dimostrati ampiamente capaci di utilizzare strumentalmente la tutela della salute e dell’ambiente per acquisire potere e ricavare indebiti profitti dalla messa sul mercato di beni comuni che andrebbero, invece, tutelati dallo Stato e resi universalmente fruibili.

L’esito delle controriforme: una sanità «minima» e vincolata alle risorse, che incentiva il privato, ma non la qualità degli interventi, e abbandona i soggetti afferenti all’area socio-sanitaria dei Lea