



quality^{italia}

Documento Politico – parte 3 “Integrazioni alla Riflessione sul tema Salute”

Equality Italia e i Diritti alla Salute

Articolo 32 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. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

IL CONTESTO LEGISLATIVO DI RIFERIMENTO

L'art. 32 della Costituzione Italiana, sancisce la tutela della salute come "diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività": questo comporta che il mantenimento di uno stato di completo benessere psico-fisico e sociale sia da considerare non solo un diritto fondamentale per il singolo cittadino, per i valori di cui lo stesso è portatore come persona, ma anche un fondamentale interesse della collettività, con la conseguenza dell'impegno dello Stato per adottare precisi comportamenti finalizzati alla migliore tutela possibile della salute in termini di, individualità, generalità e globalità.

Inizialmente il dettato dell'art. 32 è stato interpretato come se la norma avesse solo contenuto programmatico e non anche precettivo, e l'assistenza sanitaria era considerata da limitarsi alle sole cure riferite alla patologia insorta e non anche prestazioni di riabilitazione e di recupero.

Solo nel corso degli anni settanta, in sede di ulteriore interpretazione dell'art. 32 del dettato costituzionale, tale articolo è stato venne considerato non solo programmatico, ma anche immediatamente precettivo e si è ritenuto che l'individuo, come cittadino, vantasse nei confronti dello Stato un vero e proprio diritto soggettivo alla tutela della propria salute intesa non solo come bene personale, ma anche come bene dell'intera collettività, che ha bisogno della salute di tutti i suoi componenti per meglio crescere ed affermare i propri valori.

Da qui l'obbligo dello Stato a fornire ogni servizio ritenuto utile, essenziale e indispensabile alla tutela della salute, fornendo le risorse necessarie senza alcuna limitazione. Con legge n° 833 del 1978 venne, così, istituito il Servizio Sanitario Nazionale che avviò, per la prima volta nel Paese, un processo di riordino della sanità con l'introduzione di un sistema sanitario pubblico, universalistico, solidaristico, finanziato attraverso la fiscalità generale.

La tutela della salute è stata così estesa a tutti e non più limitata a talune categorie, come avveniva con le mutue dedicate ai lavoratori, ai pensionati e ai loro familiari.

I principi cardine del SSN divengono:

- la generalità dei destinatari (tutti i cittadini indistintamente);
- la globalità delle prestazioni (prevenzione, cura e riabilitazione);
- la uguaglianza di trattamento.

Nel corso degli anni, in seguito alla difficoltà di perseguire le ambiziose finalità del SSN, l'art. 32 della Costituzione ha subito un'ulteriore interpretazione, ritenendo che il principio enunciato fosse solo "relativamente" precettivo, nel senso che il diritto alla tutela della salute cittadino non è assoluto, ma limitato dalle risorse economiche all'uso destinate. Tali spinte riformatrici hanno caratterizzato il finire degli anni ottanta e l'inizio degli anni novanta e portato ai Decreti Legislativi n° 502/1992 e n°229 del 1999 e successive integrazioni e modificazioni, con la soppressione delle vecchie UU.SS.LL. e la costituzione delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere.

Il decreto legislativo 502/92, così come modificato e integrato dal decreto legislativo 517/93, conferma la tutela del diritto alla salute delineato dalla 833/78 e cerca di disegnare un modello organizzativo di aziende sanitarie "dinamico", in grado cioè, attraverso la flessibilità funzionale e la impostazione per obiettivi, di rispondere pienamente, in termini quantitativi e qualitativi, alla domanda sanitaria.

Le principali innovazioni introdotte con il 502/92 riguardano la regionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, che viene a essere costituito dai Servizi Sanitari Regionali, l'attribuzione alle Aziende sanitarie della personalità giuridica pubblica, il finanziamento per quota capitaria, l'accreditamento e il finanziamento a tariffa delle strutture.



quality^{italia}

Le ASL sono chiamate a erogare prestazioni sanitarie in un contesto territoriale ben definito dalle rispettive Regioni. Le prestazioni erogate sono fornite da strutture pubbliche e private accreditate presso il Servizio Sanitario Nazionale o sono prodotte dalle stesse aziende, come nel caso di prestazioni specialistiche ambulatoriali o ospedaliere. Le stesse sono, inoltre, chiamate a gestire direttamente tutta una serie di servizi preposti ad attività finalizzate alla prevenzione e alla riabilitazione nei diversi campi e con riferimento ai diversi utenti: anziani, tossicodipendenti, malati psichici, ecc.. Le “nuove” aziende sono, così, chiamate a garantire i livelli essenziali di assistenza quali definiti dal piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute espresso, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità della cura, della sua appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse disponibili per il miglior uso possibile delle stesse in un contesto fortemente caratterizzato da bisogni crescenti a fronte di risorse non sempre sufficienti a garantire risposte immediate e rispondenti alle attese.

Questo è un elemento molto importante su cui riflettere nell’affrontare il tema dei diritti in sanità.

Il decreto legislativo n. 229/99 "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale" ha portato a compimento il processo di regionalizzazione del sistema e aziendalizzazione delle strutture; ha potenziato il ruolo dei Comuni nella programmazione e nella valutazione dei servizi; ha sottolineato il forte rilievo della integrazione sociosanitaria; ha focalizzato l’attenzione sulla qualità, appropriatezza ed efficacia delle prestazioni, provvedendo ad affermare il principio di contestualità tra identificazione dei livelli di assistenza garantiti dal Servizio sanitario nazionale e la definizione del fabbisogno nazionale.

L’evoluzione in senso federalista del sistema di tutela della salute, dopo i primi passi compiuti con il decreto legislativo n. 112/98, si è affermato più compiutamente con il decreto legislativo n. 56/2000, recante il nuovo sistema di finanziamento regionale dei servizi, e con la riforma generale apportata con la revisione del titolo V, parte II, della Costituzione, attuata con la legge n. 3/2001, che contiene i presupposti per la futura approvazione di nuove e distinte discipline regionali della sanità pubblica.

L’integrazione socio-sanitaria, infine, è affrontata dalla legge n. 328/2000, "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali", finalizzata a promuovere interventi sociali, assistenziali e sociosanitari diretti ad offrire un aiuto concreto alle persone e alle famiglie in difficoltà, fornendo sostegni ai singoli anche all’interno del proprio nucleo familiare. Oggi, dopo la modifica del Titolo V anche la materia assistenziale è di competenza delle regioni, che in gran parte hanno recepito le indicazioni della legge 328/2000.

Con il decreto del presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 sono stati definiti i servizi che rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

UN INDIRIZZO DI FONDO

Prima di identificare i temi su cui si propone che l’associazione si spenda nell’ambito della tutela della salute è opportuna una riflessione su un tema di fondo della massima rilevanza: il rapporto tra diritto e dovere.

Equality, per sua essenza, è orientata all’identificazione dei diritti negati ed alla loro protezione, nel fare questo ha come punto di riferimento il diritto teorico che viene leso.

Dal un punto di vista giuridico il mio diritto finisce dove inizia il diritto degli altri, e da questa semplice constatazione nasce il fatto che dove finisce il mio diritto nasce il mio dovere di rispettare il diritto dell’altro: sembra una ovvietà ma solo partendo da una riflessione su questo punto è possibile trovare un equilibrio tra diversi interessi ed esigenze, aspetto particolarmente importante trattando i temi relativi all’equilibrio dei sistemi di welfare sociosanitario.

Il tema dei doveri sociali è molto importante se si analizza il fatto che la Costituzione non considera la salute un bene personale, ma un bene collettivo, un diritto di cui ognuno è titolare non solo per il proprio ma anche per l’altrui benessere. In questo senso il mio diritto a stare in salute comporta anche un mio dovere a compiere quegli atti che consentiranno di mantenere in salute anche gli altri, atti in positivo, fare qualche cosa, o in negativo, accettare che un mio diritto sia limitato a favore di un altro.

La proposta è che Equality, in linea generale, non lotti per la difesa aprioristica di ogni diritto teorico alla salute, ma che ricerchi un equilibrio tra i diversi diritti, denunciando la violazione di quelli calpestati ma accettando la compressione di quelli che potrebbero comportare una stortura del sistema.

I TEMI DA PRESIDARE



quality^{italia}

In questa fase di contrazione del sistema di welfare sociale e sanitario esistono alcuni temi che è particolarmente necessario presidiare, attraverso un monitoraggio dei fenomeni e una esplicitazione delle criticità.

1. Il primo tema riguarda l'effettiva universalità dell'assistenza sanitaria. Se è vero che l'art. 32 non ha come punto di riferimento il solo diritto sanitario del singolo ma anche il diritto alla salute della collettività, è evidente che questo elemento deve essere tenuto sotto osservazione e ogni tentativo di limitare le prestazioni erogate dai Sistemi Sanitari Regionali dovrà essere censurato. Questo significa, per esempio, che la possibilità di spostarsi in un'altra Regione per ricevere le cure di alta specializzazione ritenute necessarie non potrà essere negata, si veda la recente decisione della Lombardia, vuole però anche dire che le Regioni che non pagano quanto dovuto per l'assistenza dei propri cittadini dovranno essere denunciate, in quanto lesive dei diritti di una parte della comunità.

L'assistenza sanitaria, inoltre, deve essere uguale per tutti, e questo significa che ovunque nel nostro Paese si devono poter ricevere cure analoghe, che non debba essere necessario intraprendere i viaggi della speranza per curare patologie normali, che richiedono semplicemente una buona struttura sanitaria. Definire alcuni centri di eccellenza per patologie complesse, non facilmente replicabili a costi sostenibili, è un discorso, accettare che molte patologie possano essere curate bene solo in alcuni centri, è un altro.

Significa anche prendere posizione sul fatto che negare l'assistenza alle persone immigrate non può essere tollerato, ma anche ribadire un corrispondente diritto della collettività a intervenire ove necessario ed un dovere di queste persone a curarsi adeguatamente.

2. Il secondo tema riguarda l'ampiezza delle garanzie offerte dal sistema sanitario. Esiste la necessità di presidiare i LEA, di renderli efficaci nella declinazione di quanto il servizio pubblico è tenuto ad offrire. Dichiarare che una certa prestazione rientra nei LEA ma non indicare entro quanto tempo, a quali costi, dove e come tale prestazione dovrà essere erogata significa di fatto rendere i LEA un semplice elenco di ipotetiche prestazioni.

I LEA, ad oggi, sono declinati in una logica esclusiva, dicono cosa non viene erogato dai SSR, non in una logica di diritto: scorrendo i livelli essenziali è chiaro a cosa i sistemi sanitari pubblici non intendono offrire risposta, mentre nulla viene detto su come verranno erogate le prestazioni dovute. La fase di declinazione normativa dei LEA dovrà vedere Equality pronta a valutare se eventuali limitazioni siano da considerarsi necessarie per l'equilibrio del sistema sanitario, o indice di una illegittima compressione del diritto alla salute.

I dati Cergas riferiti al 2007, indicano 102 miliardi di euro di spesa sanitaria pubblica e 28 miliardi di spesa sanitaria privata, il che significa che già qualche anno fa il 27,5% della spesa sanitaria era a carico dei cittadini, e quest'ultima percentuale è in costante aumento.

Nel 2009 ben 338.000 nuclei familiari, pari a oltre un milione di persone, sono stati soggetti a fenomeni di impoverimento a causa di spesa sanitarie o sociali non coperte dal SSN, soprattutto per problemi di non autosufficienza; altre 992.000 famiglie, per un totale di circa 3 milioni di persone, sono state costrette a sostenere spese per la sanità molto elevate rispetto ai propri redditi; fatto ancora più grave in oltre 2.600.000 famiglie almeno un componente ha dovuto rinunciare a sostenere spese sanitarie per il peso economico che avrebbero comportato, talvolta con possibili conseguenze anche per la salute della collettività.

In tutto, quindi, si può presumere che siano oltre 5.000.000 gli italiani che hanno avuto problemi di diversa entità nell'accesso alle cure nel corso del 2009, a fronte di un SSN che si dichiara universalistico, e questo in aperta contraddizione con l'art. 32 della Costituzione.

Esiste, peraltro, la necessità di definire quale sia un livello di richiesta di cure accettabile e quale sia invece eccessivo: chiedere che i SSR si occupino di odontoiatria per chi non ha la possibilità di pagare il dentista privato, più o meno il 98% degli italiani che pagano le tasse e contribuiscono al SSN, è un discorso, chiedere che la sanità pubblica spenda, per allungare di 10 giorni la vita di un paziente terminale, quanto costerebbe ricoverare un anno un anziano in RSA, probabilmente è un altro.

3. Il secondo tema riguarda l'ampiezza del concetto di salute. Oggi si sta tornando a considerare l'intervento sanitario come cura della patologia clinica, stiamo tornando a prima degli anni settanta. La salute è un concetto più ampio, che comprende la prevenzione, la riabilitazione, l'assistenza



quality^{italia}

sociosanitaria, le cure integrate per anziani e disabili, il miglioramento della qualità della vita dei pazienti cronici, la cura del proprio fisico.

Questo già oggi non è sempre vero: per quanto concerne i servizi residenziali per la terza età, un livello di assistenza considerato essenziale sia a livello sanitario che assistenziale, essi sono di fatto in larga misura a carico dei cittadini: partecipano infatti di tasca propria alle spese delle strutture di ricovero il 94% degli assistiti in residenze per anziani non autosufficienti e il 90% degli assistiti in RSA: di fatto in oltre il 50% delle residenze per anziani non autosufficienti, e nel 28% delle RSA, la quota di compartecipazione rappresenta oltre il 50% delle entrate delle strutture.

Anche nel caso del concetto ampio di salute, però, esiste un problema di doveri. Chi può negare che l'obesità sia un problema sanitario, e che lo sia ben prima di comportare una malattia conclamata. Anche in questo caso esistono solo diritti? Ho il diritto di fare quello che voglio del mio corpo fino a che credo di stare bene, infischiamoci delle elementari norme di prevenzione, per poi pesare sulla collettività con cure costose? Posso non pagare le tasse tutta la vita e poi chiedere di essere curato da anziano in nome del diritto alla salute? Sono quesiti difficili da risolvere per un'associazione come Equality, ma sarebbe difficile trattare i temi sanitari senza avere una chiara linea di pensiero al riguardo.

4. In molti settori sociosanitari sta radicandosi la tendenza a ipotizzare i servizi a due livelli: quelli pubblici, elementari, e quelli privati, ben più soddisfacenti. La doppia sanità, la doppia assistenza, sono ormai una realtà, e l'introduzione della assistenza integrativa non potrà che amplificare i fenomeni in atto. Il crescente impegno, nel nostro Paese, di gruppi assicurativi che si stanno attrezzando a erogare direttamente servizi di alta qualità ai propri clienti anziani, per esempio, è un chiaro indicatore che l'assistenza sociosanitaria a due livelli è già presente. Anche in questo caso stiamo tornando indietro a prima del SSN, quando le mutue offrivano ottimi servizi a pochi cittadini; oggi la differenza, forse, è che le assicurazioni che offrono ottimi servizi sono sempre meno.
5. Alcuni temi, infine, come la fecondazione assistita o il testamento biologico, hanno una forte rilevanza politica oltre che tecnica. Su questi Equality deve spingere per portare il nostro Paese ai livelli dei Paesi più avanzati, contribuendo a scardinare i vincoli che la legislazione ha cercato di mettere all'espressione dei diritti, non solo sanitari, della persona e tutelando i diritti sanciti dall'art. 32 della Costituzione.

