

L I DU
ONLUS
Lega Italiana dei Diritti dell'Uomo
*Membro della Fédération Internationale des Ligues des Droits de
l'Homme*

Congresso Nazionale
Roma 16-17 Novembre 2013

Relazione del Presidente della Commissione Sanità
Prof. Andrea Costanzo.

I DIRITTI UMANI DISATTESI IN ITALIA, IN EUROPA, E NELL'AREA DEL MEDITERRANEO

Il diritto alla salute, definito dall'art. 32 della Costituzione quale “fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”, appare sempre più sotto scacco e compromesso dalle emergenze economiche e di bilancio pubblico. In astratto, nessuno si sogna intaccarlo esplicitamente (ci mancherebbe solo questo!), ma certo è che la configurazione che ad esso era stata data nel nostro Paese col SSN, a base universalistica ed incentrata sul “pubblico” o sul “privato convenzionato”, a carico delle Regioni, è sotto continuo e reiterato attacco, sulla motivazione che “costa troppo”.

Il rimedio finora si è basato principalmente sui “tagli finanziari”. Si taglia sui posti letto, si taglia sugli approvvigionamenti, si taglia sul personale, si taglia sulla spesa farmaceutica; si taglia sulle prestazioni. In sostanza, agli amministratori si chiede di “tagliare le spese”, indipendentemente dal fatto che siano “sprechi” o necessitati dalle esigenze.

Per la verità, sia secondo il IX Rapporto Sanità CIES-CREA dell'Università Tor Vergata (settembre 2013), sia secondo il Country Report Italia 2013 dell'Università Cattolica (gennaio 2013), la spesa sanitaria pubblica pro-capite è del 24% inferiore a quella **media** (ripeto, media); quindi rispetto ad alcuni Paesi il differenziale è ben maggiore degli altri principali Paesi europei, e la spesa farmaceutica pro-capite (390 euro) è inferiore del 21% a quella degli stessi Paesi. E tale differenziale è ben maggiore rispetto al differenziale del PIL. **(diap. 1 e 2).**

Il sistema dei “tagli lineari”, sollecitato dai disavanzi regionali e principale componente dei Piani di Rientro, sta portando indubbiamente ad un calo delle prestazioni, di cui è testimonianza l'insoddisfazione dei cittadini per le discrasie, le insufficienze, i ritardi.

Ad esse **chi può** cerca di ovviare rivolgendosi alla sanità privata: scelta obbligata, ad esempio, quando l'esecuzione di analisi od interventi per patologie gravi o anche semplicemente in gravidanza o in pazienti a rischio è possibile solo dopo mesi e mesi, quindi intempestive (**diap.3**).

Non si nega la necessità di razionalizzazioni e di lotta agli sprechi (dall'eccesso di esami inutili all'eccesso di farmaci, alle apparecchiature inutilizzate negli ospedali di microscopiche dimensioni), ma proprio per il suo carattere di "diritto fondamentale", per la salute non basta applicare criteri ragionieristico-contabili.

Occorre in primo luogo vedere se si raggiunge lo scopo, cioè "la salute" e non solo se si sono trattati X pazienti spendendo meno soldi possibile o secondo tariffe fisse. Occorre quindi tenere ben fermo il risultato finale desiderato e, all'interno di questo, vedere come raggiungerlo nel modo più efficiente e quindi più "economico".

Razionalizzazione, tecnologie, organizzazione, ricerca, auditing, formazione, informazione: sono questi gli aspetti che diventano fondamentali. Ed in questo modo si finisce con il risparmiare e sanare gli squilibri tra regioni ed aree diverse.

Perché sennò si costringono i cittadini (come è successo in Calabria) a rivolgersi ad Emèrgency per poter avere un pronto soccorso in grado di servire in modo efficiente un bacino di 60.000 abitanti dispersi in 15 comuni, rimasti privi di assistenza dopo un "taglio" improvvido e che si è rivelato disastroso. Oppure si incentiva la transumanza dei pazienti da regioni disagiate e sprovviste di strutture ed organizzazione efficiente (e nonostante ciò costose) verso altre regioni, aumentando i costi economici e sociali. Ed a questo proposito sarà cruciale vedere come si attuerà in Italia la Direttiva 2011/24 sull'assistenza transfrontaliera, ad integrazione di due regolamenti comunitari (883/04 e 987/09) che già regolamentano la materia. Con la direttiva si amplieranno le informazioni sulle strutture disponibili, si riconosceranno reciprocamente le terapie, in sostanza si faciliterà l'utilizzo di strutture straniere, seppur in regime di rimborso al paziente, a tariffa ASL, delle spese sostenute. Già oggi siamo esportatori di pazienti ed è possibile che lo diventeremo ancora di più, soprattutto per interventi chirurgici di alta specializzazione o per accedere a terapie innovative.

Ma c'è un modo ancora più sottile per minare il diritto alla salute, se non vogliamo ridurlo al "diritto alla terapia". La salute, l'abbiamo detto, deve essere il risultato, per il quale la terapia, la cura, è un mezzo, non uno scopo. Ma se questo diritto ("fondamentale e di interesse per la collettività", dice la Costituzione) viene violato da altri, e l'esito di cure e terapie non è in grado di fornirmi la "salute" (o quantomeno lo status quo ante, se la perfetta salute era già compromessa per altri motivi), in che modo viene compensato il differenziale di salute perduta? In un incidente subisco un trauma ma le cure e le terapie, seppur perfette, non mi ricostituiscono quel *quantum* di integrità fisica e funzionale che possedevo prima.

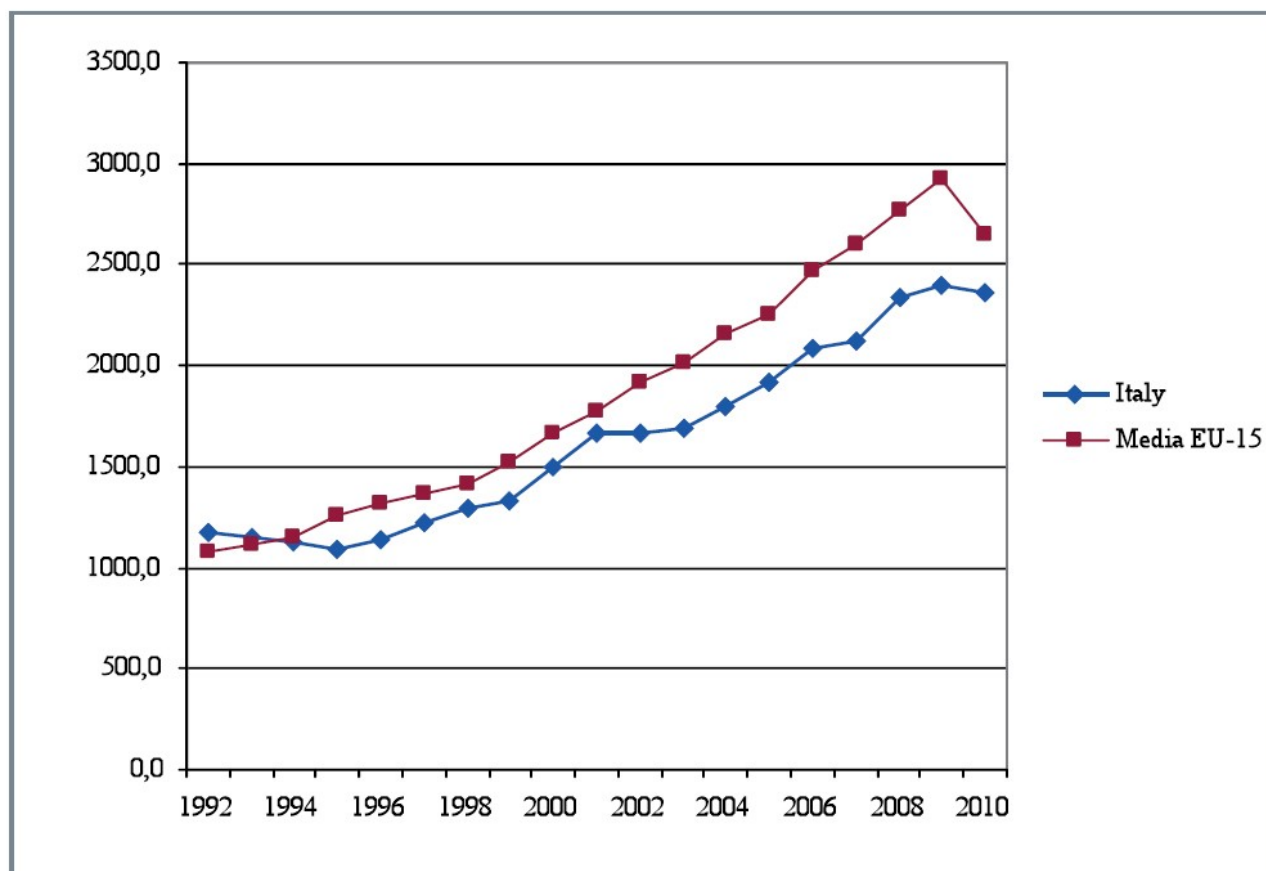
Qui non entrano in gioco lo Stato, l'Asl, la Regione, quanto piuttosto il risarcimento del danno, che non è la semplice contropartita del danno economico ma la "consolazione" per il *quantum* di integrità fisica e funzionale (quindi di "salute") persa. Uno Stato che dichiara solennemente il carattere fondamentale del "diritto alla salute" non lo fa solo rispetto alla Asl o all'ospedale, imponendo ad essi ma

anche a sé stesso di provvedere a cure e terapie adeguate, ma lo dichiara solennemente rispetto a tutta la collettività, incluso quindi il responsabile del danno o chi si assume la responsabilità economica per il danno : una violazione, sottile, insidiosa, del diritto alla salute, si è realizzata da qualche tempo con l'adozione obbligatoria della tabella dei risarcimenti per danni micropermanenti.

Se il diritto alla salute come recita la Costituzione, è “fondamentale e di interesse della collettività”, sarà dovere della società verso gli individui a garantire loro il rispetto sostanziale e non formale.

Andrea Costanzo

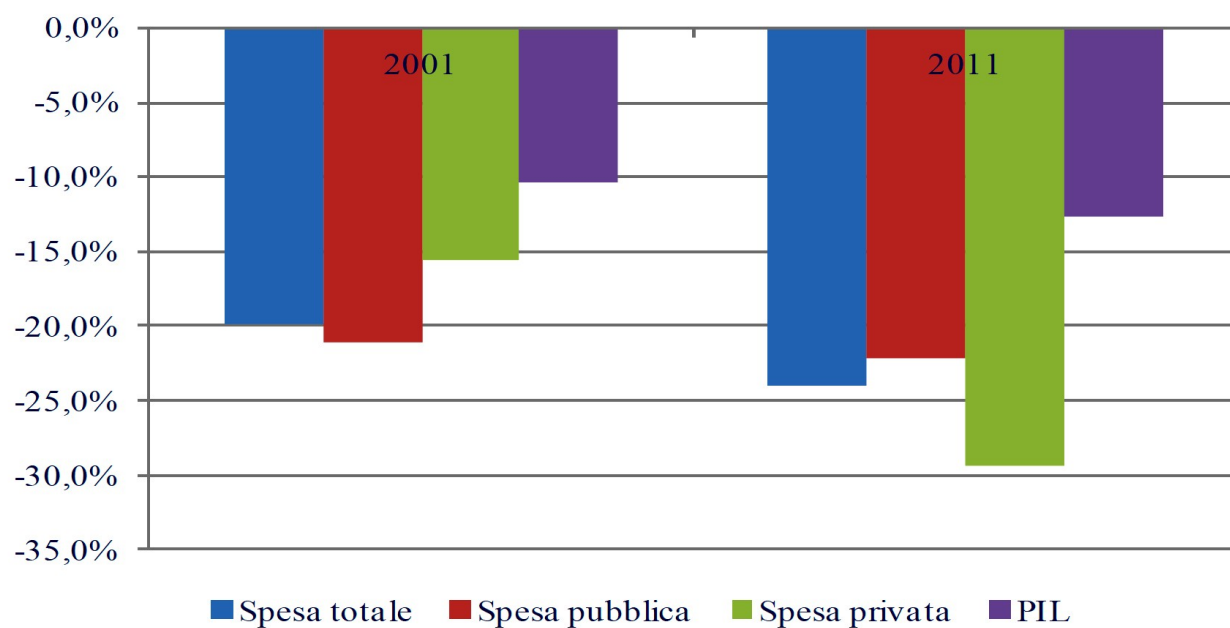
*Spesa pubblica pro capite. Confronto Italia ed Unione Europea-15.
Anni 1992-2010 (\$ a Parità Potere d'Acquisto)*



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati OECD. Health Data. Anno 2012. Country Report 2013

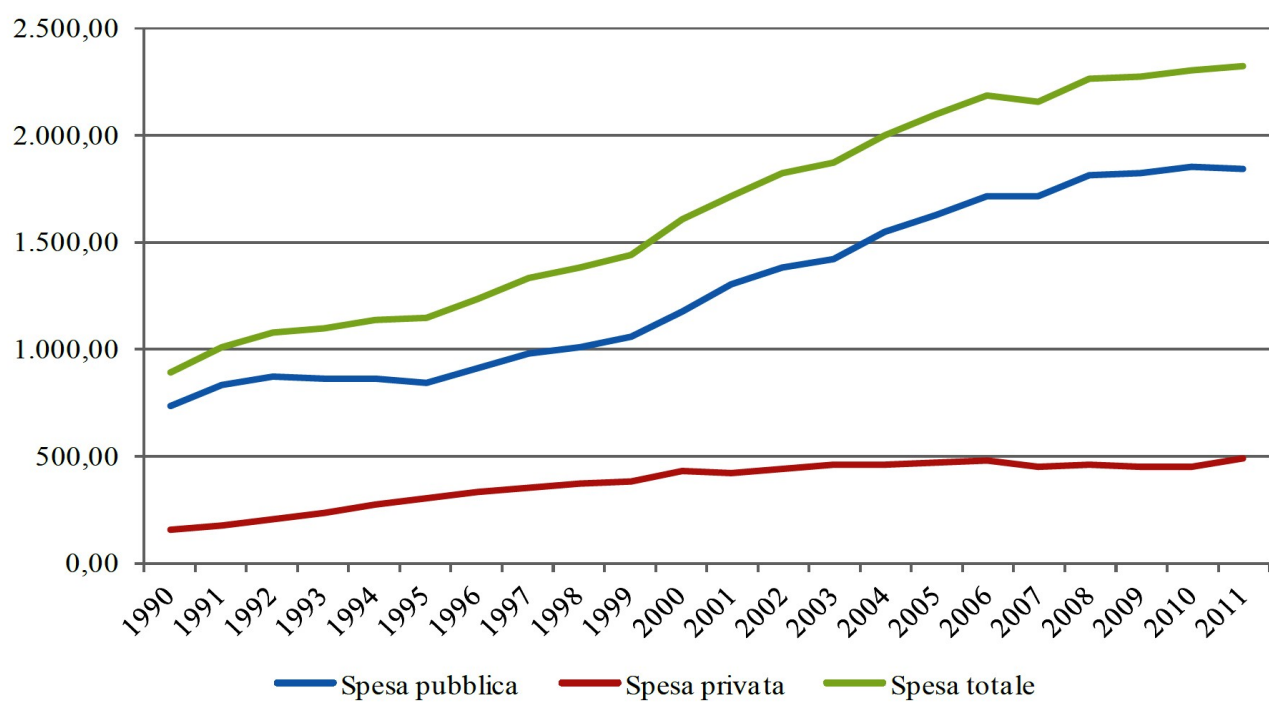
Spesa sanitaria totale, pubblica, privata pro-capite e PIL (€)

Gap Italia vs. EU 14 - Valori %, anni 2001 e 2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati OECD 2013

Spesa sanitaria pubblica, privata e totale pro-capite Valori assoluti (€), anni 1990-2011



Fonte: Elaborazione CREA Sanità su dati Istat