

Riforma costituzionale e sanità

2016-10-12 14:10:29 Redazione SI

pubblicato su:
SSANI.A



Marco Geddes

Dai sostenitori della riforma costituzionale è stata evocata, quale conseguenza di una vittoria del SI anche un presunto miglioramento del nostro sistema sanitario! A ciò è stato dedicato recentemente un convegno a Roma: “*Riforma costituzionale e salute*”, introdotto – guarda caso – dall’Amministratore Delegato dell’industria farmaceutica Roche. Ma né il SI (e neanche il NO) sono destinati a curare il nostro sistema sanitario. Sono le politiche del governo che lo stanno distruggendo.

Quando si parla di riforma della costituzione, di salute e di malattia, ci vorrebbe un po’ di pacatezza e di “amore per la verità”. Proviamo a ragionare.

Referendum, rapporto Stato-Regioni e sanità.

- 1. La revisione dell’articolo 117 contenuta nella riforma costituzionale conferisce allo Stato disposizioni generali e comuni per la tutela della salute (*comma m*) e alle Regioni “*la programmazione e organizzazione dei servizi sanitari e sociali*”.** In cosa questo si espletterà – se non in una serie di contenziosi fra Stato e Regioni (e fra Camera e Senato) – è assai poco chiaro. Si tenga infatti presente che già ora lo Stato interviene definendo nelle diverse finanziarie, o leggi di stabilità, le risorse per le Regioni, e che il pareggio di bilancio, al cui risultato le Regioni partecipano, è stato introdotto nella Costituzione.
- 2. Viene modificato il Senato, che non è più un “doppione” della Camera, unica titolare del voto di fiducia.** Se è, come si afferma, il Senato delle Regioni (senza entrare in merito alla confusa composizione e modalità di elezioni) l’elemento centrale di confronto sulle materie di interesse delle Autonomie è la ripartizione dei finanziamenti, cioè la legge di bilancio. E’ in tale atto che si concretizza quanto si intende realmente realizzare di asili nido, di trasporti locali e, certamente, di **politiche sanitarie**. **Se si sottrae questo passaggio al Senato, come afferma l’articolo 81 della riforma, la ipotetica funzione del Senato quale luogo di rappresentanza delle regioni è solo uno slogan.**
- 3. Esiste – e sussiste anche con la riforma costituzionale – la Conferenza Stato Regioni, sede di confronto fra i due livelli costituzionali.** Le Regioni che “sfiorano” i bilanci sono sottoposte a i “... *Piani di rientro che si configurano come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale che incide sui fattori di spesa sfuggiti al controllo delle Regioni*” (dichiarazione del Ministro della Salute). Per l’esecuzione dei Piani di rientro (tagliando servizi ai cittadini) in 5 regioni sono stati nominati anche i Commissari ad acta. Quindi uno strumento di controllo dei bilanci e di correzione è già in atto!

4. **I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono stabiliti da un Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della Salute, con il parere della Conferenza Stato Regioni (che appunto permane) e sentito il Ministero delle Finanze.** In altri termini, se ci sono voluti 15 anni per aggiornare i LEA, ciò è dovuto essenzialmente all'inefficienze del Governo e non alle Regioni o alla vetustà di norme costituzionali, che vanno cambiate!
5. **Vi sono Regioni che, per motivi incomprensibili, sono “esentate” da questo ritorno centralistico – scarsamente efficace, a mio parere – dei sistemi sanitari, previsto dalle modifiche all’articolo 117.** Non si tratta solo delle provincie di Trento e Bolzano, la cui autonomia è oggetto di un trattato internazionale, ma anche delle Regioni autonome di Sicilia e Sardegna. Ora, dovete spiegarmi perché la Toscana e il Veneto, o l’Emilia Romagna, dovrebbero essere soggette ad un più cogente indirizzo centralista, mentre Sicilia e Sardegna no. Sono più virtuose? Hanno performance migliori? I cittadini sono soddisfatti dei servizi sanitari di quelle regioni e quindi non è necessario un maggior centralismo?

Vediamo qualche dato di sintesi nella successiva tabella, basato su una serie di indicatori e con una valutazione di quattro performance tramite un punteggio da 1 a 10: Stato di salute, Equità, Efficienza offerta, Qualità offerta; della percentuale di pazienti che rinunciano alle prestazioni per motivi economici (percentuale); della percentuale degli utenti che si dichiara soddisfatta del servizio sanitario regionale.

Parametro	Veneto	Emilia Romagna	Toscana	Sardegna	Sicilia
Stato di salute	7,0	6,9	6,8	5,3	3,8
Equità	6,7	7,8	6,6	4,5	3,8
Efficienza offerta	6,2	7,7	7,7	3,8	4,9
Qualità offerta	5,8	6,7	6,7	5,6	5,4
Rinuncia alle prestazioni	7,5%	7%	6,5%	15%	13%
Soddisfazione utenza	64%	64%	60%	57%	48%

Fonte: Meridiano sanità, Rapporto 2015. Test Salute 110 – Giugno 2014

Se si ritiene che una revisione dell’articolo 117 sia necessaria per una maggiore efficienza e una maggiore efficacia, le prime Regioni a cui applicare le nuove regole dovevano essere proprio quelle a statuto speciale!

Referendum e farmaci oncologici

A proposito dei presunti effetti benefici della riforma costituzionale su ogni aspetto della vita dei cittadini italiani, pochi giorni orsono il Presidente del Consiglio, in un confronto televisivo su La 7, ha affermato che il SI consentirà di rendere disponibili i farmaci: **“dopo questa riforma la Sanità potrà vedere le stesse regole in Campania e in Lombardia. Ci sono alcuni farmaci innovativi, i farmaci oncologici, che per scelta costituzionale (sic!) sono prodotti che hanno singole autorizzazioni regionali”.**

Le regole, in realtà, non c’entrano niente! I farmaci, in Italia, sono oggetto di una approvazione da parte dell’AIFA, che è – come il Presidente del Consiglio sa certamente – l’Agenzia Italiana del Farmaco. Basta andare sul sito per verificare che: “Tutti i farmaci, per essere immessi in commercio, necessitano che sia loro attribuito un prezzo ed una **classe di rimborsabilità**, cioè se il farmaco è a carico del Servizio Sanitario Nazionale (medicinale di classe A e H) o del cittadino (medicinale classe C). La classe di rimborsabilità viene individuata durante la procedura di Autorizzazione all’Immissione in Commercio.

Per i medicinali a carico del cittadino (classe C) l’AIFA svolge un’azione di monitoraggio sui farmaci con obbligo di prescrizione (ricetta), verificando il rispetto di due condizioni:

- il prezzo del medicinale può essere aumentato ogni due anni (negli anni dispari);
- l’incremento non può superare l’inflazione programmata.

Per i medicinali rimborsati dal Servizio Sanitario Nazionale (classe A e H), all’interno dei quali rientrano i farmaci oncologici, esiste un processo di negoziazione dei prezzi che coinvolge l’AIFA e l’azienda titolare dell’Autorizzazione all’Immissione in Commercio.”

Gli acquisti diretti, da parte delle Regioni o Aziende sanitarie, sono effettuati con riferimento ai prezzi stabiliti a livello centrale, con ribassi minimi, imposti dal Ministero della Salute attraverso l'AIFA, che possono variare dal 33,35% al 50% del prezzo al pubblico.

Pertanto non ci sono autorizzazioni regionali e la riforma costituzionale proposta non c'entra niente, a meno che non vi sia un qualche comma – che a me è sfuggito – che stabilisca che la Ministra Lorenzin acquisti lei direttamente i farmaci a prezzi da inventarsi e ne effettui la distribuzione ai pazienti nelle varie regioni!

Le differenze di reale disponibilità da regione a regione esistono e dipendono da una differente qualità ed efficienza dell'offerta a cui si dovrebbe mettere mano con una attenta *governance* dei sistemi sanitari, regole più semplici ed efficaci, distanza del Governo dalle lobby (anche farmaceutiche!), adeguati finanziamenti.

Perché non è facile accedere in alcune regioni a adeguati trattamenti? Perché ci sono liste di attesa lunghe e talora, per “mancanza di quattrini” perfino i farmaci scarseggiano?

Vediamo qualche provvedimento, che con la revisione della costituzione non ha niente a che fare, ma che faciliterebbe l'accesso ai farmaci:

Sprecare meno farmaci. Molti farmaci finiscono nel cestino per un corrispettivo che ammonta a circa 1,6 miliardi! (Sole 24 Ore Sanità 27/9/2016). Ciò avviene non perché i pazienti, che pagano salati ticket, si divertano a buttarli via, ma perché in Italia la proposta, reiterata in molte sedi e da autorevoli ricercatori (Garattini), di imporre confezioni dimensionate secondo la prescrizione (come in molti paesi), al momento di trasformarsi in norma, viene bianchettata “*dalla mano invisibile del mercato*”. Così se avete bisogno di 6 compresse di antibiotico, la confezione minima è – ad esempio – di 10. Poi, se non utilizzate le altre 4 compresse, scadono (vanno nel cestino). Se invece avete la fortuna – si fa per dire – di riammalarvi e di avere la stessa prescrizione, potete riutilizzare le 4 compresse ma, poiché il ciclo tipico è di 6, ne comprate una seconda confezione da 10 compresse e ne avanzano 8!

Ricorrere alla licenza obbligatoria per alcuni farmaci salvavita: In questo caso lo Stato, se ha un Governo che autorevolmente si preoccupa della salute dei cittadini, produce il farmaco come generico. Un ricorso “eccezionale”, previsto dalle normative internazionali, che tuttavia Governo e Ministro competente non prendono in considerazione, come richiesto anche dagli Ordini dei Medici, neanche per il farmaco salvavita per l'Epatite C (vedi [Dossier Epatite](#)).

Finanziare adeguatamente il Servizio Sanitario Nazionale. Il nostro Sistema sanitario è sottofinanziato e le risorse decrescono progressivamente! I tagli di personale sono stati rilevanti: dal 2010 al 2014 si è avuta una riduzione di 24.000 unità di personale. Il finanziamento si è progressivamente ridotto e non aumenterà fino al 2025!

Questa mia affermazione “riduzione del finanziamento” verrà smentita, cifre alla mano, dichiarando che due anni fa il finanziamento è stato di 109,0 miliardi e nell'ultimo anno di 111 miliardi. Quindi, 1 miliardo e 100 milioni in più! **A questa osservazione rispondo con un esempio da manuale:**

Sono il responsabile dei Vigili del Fuoco e ho ricevuto dal mio Governatore 100.000 € per l'acquisto di 10.000 litri di benzina. Il prossimo anno il mio territorio di competenza aumenterà del 10% e si prevede un periodo di estrema siccità e di aumentato pericolo di incendi. La benzina è aumentata da 1€ a litro a 1,5€ e quindi ho concordato con il Governatore un finanziamento per l'acquisto di carburante pari a 160.000 €, che lui ha promesso pubblicamente prima delle elezioni. Poi, passate le elezioni, vengono stanziati 110.000 € e allora io protesto pubblicamente perché non potrò più fare tutti gli interventi e dichiaro:

“Il finanziamento è stato ridotto”.

“Non è vero. L'ho aumentato di ben 10.000€”.

Ma io non metto i soldi nei serbatoi, ma il corrispettivo di quanto acquisto di benzina con quei soldi!

Questo è quello che succede in sanità e rappresenta in sostanza il dibattito in corso sul finanziamento del SSN: vi è un aumento di pazienti (più anziani, aumento della prevalenza per aumento della sopravvivenza etc.), un aumento dei prezzi (farmaci biologici, nuovi farmaci oncologici, vaccini, farmaci per l'epatite C, etc), un aumento delle prestazioni (i nuovi Lea), la necessità di rinnovare un parco

tecnologico obsoleto...

Io non inietto monete da 1 Euro e non curo i pazienti coprendoli di carta moneta, ma con il corrispettivo dei "prodotti" che acquisisco.

Se i finanziamenti per la sanità non aumentano rispetto al modesto PIL, ma tale rapporto – fra i più bassi d'Europa – addirittura si riduce, il sistema sanitario nazionale, i suoi operatori e, in primo luogo, i pazienti, saranno sempre in maggiore difficoltà!

- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
-