

Sanità il divario si allarga

Il disegno di legge del governo sull'Autonomia rischia di aumentare le disuguaglianze le Regioni più ricche potranno attingere a entrate fiscali maggiori di quelle più povere

IL CASO
PAOLO RUSSO
ROMA

L' autonomia differenziata finirà per sbriciolare quel po' di solidaristico che ancora c'è nel nostro servizio sanitario nazionale a vantaggio delle regioni più ricche e a tutto discapito di quelle messe peggio. L'allarme ieri lo hanno dato i governatori del sud e l'Ordine dei medici, insieme agli esperti del settore. Tutti contrari al disegno di legge approvato dal governo, che minaccia di accentuare le disuguaglianze che in sanità sono casomai da ripianare. E il problema non è tanto la divisione delle competenze, che saranno stabilite dalle intese siglate dalle singole regioni con lo Stato. A quest'ultimo già oggi restano infatti di esclusiva competenza solo la profilassi internazionale, i contratti del personale sanitario e i Lea, i livelli essenziali di assistenza, che elencano le prestazioni mutuali su tutto il territorio nazionale. Il ddl su questo si limita a un cambio di nome, trasformando i Lea in Lep, i Livelli essenziali di prestazioni, che dovrebbero essere uguali da nord a sud. Ma che il condizionale sia d'obbl-

golo dice l'articolo 5 del ddl Calderoli, dove si specifica che ogni intesa Stato-regione «individua le modalità di finanziamento delle funzioni attribuite attraverso partecipazioni al gettito di uno o più tributi o entrate erariali maturato nel territorio regionale». E siccome le più ricche regioni del centro-nord potranno attingere a un gettito fiscale maggiore di quelle del sud, è chiaro che i Lep o i Lea che dir si voglia non saranno affatto uguali da un punto all'altro dello Stivale.

Già oggi ci sono regioni che finanziano con le entrate proprie una fetta dei servizi sanitari offerti ai propri assistiti. Anche se il 10% lo superano soltanto la Valle d'Aosta (13,8% del finanziamento totale e la Liguria (10,4%). Ma a marcare la vera differenza è il sistema di riparto del fondo sanitario nazionale, che dando maggiore peso alla popolazione anziana anziché alla deprivazione sociale, finisce per avvantaggiare le regioni più ricche. Al netto delle risorse per la lotta al Covid il Crea sanità ha evidenziato che la spesa pro-capite raggiunge il suo apice in Emilia Romagna con 2.200 euro, seguita da Valle d'Aosta a 2.150 e con una manciata di euro in meno dalla Liguria. Ma ad accezione del Molise le regioni del sud vanno dai due-mila euro a scendere, fino ad arrivare al minimo della Calabria

con poco più di 1.900 euro.

Come ha rilevato di recente la Corte dei Conti, non sempre alla maggiore disponibilità di denaro corrisponde un migliore livello dei servizi. Perché poi entrano in gioco fattori come quello del personale - che al sud è più carente - e dell'organizzazione. Però la differenza di qualità tra ricchi e poveri c'è e si vede.

Sempre il Crea nel suo ultimo rapporto annuale ha dato i punti alle regioni sulla base di 18 indicatori, che comprendono la quota di persone che rinunciano alle cure causa liste di attesa, la quota di anziani e disabili che ricevono le cure domiciliari o i tassi di copertura degli screening oncologici, che solo per focalizzarci su quelli al seno passano da un 63% al nord al 53% del centro per finire al 41% del sud. Esaminati tutti gli indicatori Veneto ed Emilia Romagna superano i 50 punti, mentre le altre regioni del nord fluttuano tra 48 e 40, con un pelo sotto Piemonte e Valle d'Aosta. Ma tutte le regioni del Sud, Lazio compreso, vanno da 30 in giù, con la Calabria ultima nella classifica dei finanziamenti e altrettanto in quella delle performance.

«Il regionalismo differenziale darà il colpo di grazia al nostro Ssn» contesta il presidente della Fondazione Gimbe, **Nino Cartabellotta**. Che nella maggiore autonomia richiesta dalle



Peso:62%

regioni del nord su «sistema tariffario, di rimborso e dei ticket, oltre che nella gestione dei fondi sanitari integrativi» vede dietro l'angolo un «ulteriore aumento delle diseguaglianze». Lo stesso è per Tonino Aceti, presidente di Salutequità. «Prima di dare più autonomia alle regioni si pensi a far sì che lo Stato eserciti il suo controllo, oggi praticamente assente, su mate-

rie cruciali come le liste d'attesa, la rinuncia alle cure o l'accesso ai farmaci innovativi». Insomma, appianare le diseguaglianze prima di differenziare. La direzione opposta a quella imboccata da governo. —

Cartabellotta (Gimbe)

“Il regionalismo differenziato darà il colpo di grazia”

In Emilia spesa top di 2.200 euro a testa il minimo in Calabria con 1.900 euro

I problemi aperti

1

Il disegno di legge sull'autonomia approvato dal Consiglio dei ministri dovrà passare dal Parlamento e desta preoccupazione in molti settori, dalla scuola alla sanità.

2

Molto dipenderà dalla definizione dei Livelli essenziali di prestazione (Lep) e del loro effettivo finanziamento, che dovrebbe essere uguale da nord a sud.

3

Il rischio dell'autonomia è che alla fine i Lep possano essere diseguali se le regioni più ricche potranno attingere a un gettito fiscale maggiore di quelle del sud.

4

Già oggi il fondo sanitario nazionale privilegia le regioni più ricche e alcune di esse finanziano con le proprie entrate una fetta dei servizi sanitari offerti.

Riforma pericolosa
L'autonomia differenziata proposta dal governo potrebbe aumentare le difficoltà del sistema sanitario nazionale, finendo per togliere fondi ad alcune regioni povere



MICHELE NUCCI/LAPRESSE



Peso:62%