

La tutela della salute pubblica non c'entra con i pareggi di bilancio

Gli Enti sanitari hanno personalità giuridica e autonomia imprenditoriale, con l'assoggettamento al principio della sostenibilità del debito pubblico. Con effetti devastanti

di **TULLIO LAINO***

Con l'emanazione del Decreto Legislativo n. 502/92, e successive modificazioni ed integrazioni, si è consolidato il modello aziendalistico del Servizio Sanitario Nazionale. Quest'ultimo ha sostituito l'impianto solidaristico previsto dalla Legge n. 833/78, frutto della stagione del governo di unità nazionale e promotore anche della Legge n. 180/78 (meglio conosciuta come Legge Basaglia), cui va il merito di avere smantellato, almeno sul piano concettuale ed ordinamentale, la vecchia istituzione manicomiale.

Le vecchie Unità Sanitarie Locali, dirette emanazione dei Comuni, avevano sostituito il vecchio e sperequativo sistema mutualistico categoriale, basato sulla capacità contributiva degli iscritti, ed erano espressione attuativa degli articoli 3 e 32 della Costituzione.

Nel nuovo ordinamento aziendalistico, gli Enti del Servizio Sanitario Pubblico sono stati dotati di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, con l'assoggettamento al principio della sostenibilità del debito pubblico e dell'obbligo del pareggio di bilancio, il quale ha trovato la massima espressione nella Legge Costituzionale n. 1/2012.

Con la stessa legge è stato cancellato il

Il sistema sanitario va sottratto alla logica del pareggio di bilancio

principio della spesa d'investimento produttivo. Ciò ha costituito il germe dal quale ha tratto origine la pratica del progressivo definanziamento del SSN.

Di non minore importanza, in termini negativi, è da ritenersi l'introduzione, dell'istituto legislativo, del piano di rientro e del commissariamento, i quali, ben lungi dal risanare i disavanzi dei Servizi Sanitari Regionali, hanno comportato la lievitazione del debito, l'allungamento delle liste di attesa, l'aumento della migrazione sanitaria e della mobilità sanitaria passiva interregionale.

Non estraneo al processo di definanziamento è da considerarsi il criterio di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, ba-

sato sul parametro capitaro pesato, che non tiene conto degli oggettivi criteri epidemiologici e statistici di morbilità, comorbilità, vulnerabilità sociale, cronicità, deprivazione socio-economica, determinazione dei costi e fabbisogni standard, perequazione infrastrutturale.

In ragione delle premesse legislative sopra evidenziate, è iniziato l'inesorabile e progressivo processo di definanziamento del Servizio Sanitario Pubblico, che, nel periodo 2010-2022, ha comportato, secondo i dati forniti dalla Fondazione **GIMBE**, il trasferimento di minori risorse alle Regioni, per una cifra stimata in 48 miliardi di Euro. Una cifra impressionante, difficilmente colmabile con ordinarie manovre di bilancio, tenuto conto che, in sede di definizione del Documento di Economia e Finan-

za (DEF), è stato previsto un ulteriore definanziamento, per un importo stimato in 2 miliardi di Euro.

A risentirne è, in primo luogo, l'ambito dell'emergenza - urgenza, destinato, in assenza di provvedimenti strutturali, a configurare il "De profundis" del Servizio Sanitario Pubblico. In tale clima di profonda crisi il personale sanitario, sovraccaricato, stressato e malpagato, ha intrapreso l'esodo verso il privato. Compagno, peraltro, in alcuni Ospedali, i Pronto Soccorso a pagamento, ai quali si può accedere in presenza dei codici bianchi e verde e del portafoglio

Le ultime riforme hanno dirottato molti pazienti verso la sanità privata

pieno.

In estrema sintesi, tale cronica contingenza ha determinato una desertificazione



Peso: 81%

patologica delle dotazioni organiche, in assenza di un programmato processo di turnover.

La conseguente contrazione dei livelli

essenziali di assistenza ha prodotto il ricorso al privato accreditato e al privato puro, anche per patologie a bassa intensità di cura. La libera scelta è diventata, paradossalmente, una necessità, non già un'opzione. Inoltre, la sanità privata accreditata, lungi dal dotarsi di strutture riconducibili al DEA di Primo e Secondo Livello, ha optato per l'attività assistenziale programmata. La mancata riforma del tasso di ospedalizzazione e degli standard di posti letto ospedalieri per acuti ha comportato la riduzione dell'offerta assistenziale.

Manca una valida rete ospedaliera di base, in grado di costituire un raccordo con il territorio. Il sistema delle cure primarie è rimasto puro dato cartaceo. La tanto sbandierata riforma della sanità territoriale, approvata con il DM n. 77/2022, prevede la realizzazione, per il 2026, delle case della comunità, degli ospedali di comunità, delle centrali operative territoriali (COT), ma non prevede un solo euro di spesa per il personale, con il rischio reale di produrre gli effetti nefasti dell'articolo 20 della Leg-

ge n. 67/88, ovvero la "cementificazione sa-
E anche tra il personale sanitario è iniziato l'esodo verso il privato

nitaria".

In estrema sintesi, tra le soluzioni percorribili per ripristinare la centralità del Servizio Sanitario Pubblico, è necessario: sottrarre la tutela della salute alla logica della sostenibilità del debito pubblico e del pareggio di bilancio, sostenendo invece la spesa d'investimento produttivo; abolire gli istituti legislativi del piano di rientro dai disavanzi sanitari e del commissariamento, con il ritorno delle competenze gestionali alle Regioni; sterilizzare i disavanzi accumulati, rivelatisi controproducenti e fallimentari; abolire l'attuale criterio di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale, basato sul parametro capitaro pesato; infine, per lo stesso Fondo, adottare il criterio di ripartizione basato sulla morbilità, comorbilità, vulnerabilità sociale e deprivazione socio-economica.

***Dirigente medico in quiescenza
Asp Cosenza.**



Illustrazione di Roberto Melis



Peso:81%