

Sanità pubblica addio con i feudi regionali

Il diritto alla salute, già a rischio per il definanziamento del Ssn da parte del governo Meloni, con l'autonomia differenziata sarà ancora più minacciato. Dai contratti integrativi regionali a tariffe e rimborsi diseguali, ecco gli effetti del Ddl Calderoli

di Loretta Mussi

Il report della Fondazione Gimbe e l'appello di alcuni scienziati recentemente pubblicati offrono una visione molto negativa sullo stato del nostro Ssn che peggiorerà ulteriormente con l'approvazione - mentre andiamo in stampa è previsto il 29 aprile l'arrivo alla Camera - del Ddl Calderoli e delle intese regionali, condotte dal presidente del Consiglio, che rimetteranno alle regioni le competenze oggi dello Stato, tra cui la sanità, in parte già trasferita. L'autonomia potrà essere richiesta su tutte le 23 materie attualmente nella competenza totale o parziale dello Stato: se tale possibilità diventasse realtà, la Repubblica non esisterebbe più e lo Stato diventerebbe insignificante. Scelte così importanti, peraltro, si stanno compiendo senza rispetto alcuno della democrazia e della Costituzione. Negli ultimi mesi siamo stati intrattenuti dalla questione dei Lep, cioè i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantire su tutto il territorio nazionale. Queste competenze, sostanziali per il benessere e il mantenimento della salute delle comunità, erano state già inserite nel nuovo Titolo V del 2001, ma in oltre 20 anni, non sono mai state individuate. I lavori sono in corso ma è presumibile che i Lep non vengano né individuati né applicati se non a livello minimo perché è stato ripetutamente escluso che possano essere mobilitate risorse per il loro finanziamento. Anche per i Livelli essenziali di assistenza (Lea), che esistono fin dal 2001 non furono mai introdotti specifici finanziamenti. Anzi, proprio il mancato finanziamento dei Lea per i territori in difficoltà ha contribuito all'ulteriore e progressivo impoverimento delle regioni del Sud, già penalizzate dalla ripartizione del fondo sanitario nazionale (Fsn) tra le Regioni sulla base della popolazione residente, solo in parte "pesata" per l'età, e non sulla base del reale fabbisogno.



Ciò è d'altronde in linea con quanto ripetuto nel Ddl Calderoli, e altrove, secondo cui l'Autonomia differenziata (Ad) e le singole intese non dovranno comportare costi per lo Stato, anzi, il ministero dell'Economia vigilerà che non vi siano finanziamenti per eventuali prestazioni aggiuntive necessarie a raggiungere i Lep.

Le Regioni godono già ora di un'ampia autonomia in materia di sanità, in base al Titolo V. Le misure più devastanti per il Paese arriveranno però con l'Ad: alcune anticipazioni le conosciamo dalle preintese sottoscritte da Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna nel 2018. In primo luogo chiedono la rimozione di ogni tetto di spesa in materia di personale. La cecità dei governi in materia di personale - siamo a 20 anni ormai di tetto - è tra le cause della crisi in cui versa il Ssn e dello scontento delle regioni. La restrizione dei finanziamenti, tra l'altro, ha aumentato la spesa perché le amministrazioni hanno esternalizzato i servizi, spendendo di più, o, peggio, sono ricorse a personale esterno, soprattutto medici, pagati a gettone, oltre a favorirne la fuga nel privato a causa dei bassi salari e dello stress lavorativo. Mentre l'abolizione del tetto sul personale è necessaria, è invece devastante e in contrasto con il Ssn la richiesta della contrattazione integrativa regionale per i dipendenti del Ssn che apre alla concorrenza tra Regioni, favorisce il trasferimento di personale dal Sud al Nord, vanifica la contrattazione collettiva nazionale e danneggia definitivamente i sindacati. La stessa autonomia determinazione delle borse di studio per le scuole di specializzazione e per i medici di medicina generale, senza una programmazione nazionale, porterà a forti squilibri tra le regioni. L'altra richiesta che sancirebbe la fine, anche formale, di un Ssn accessibile e uguale per tutti è la richiesta di autonomia nella determinazione del sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione, nella istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi e nell'accelerazione del welfare integrativo aziendale. L'autonomia in questi campi darebbe il via libera a sistemi assicurativo-mutualistici regionali e al privato. Privato che continua a erodere spazi al pubblico. La copertura pubblica della spesa sanitaria, per ora ancora presente (74%) sta progressivamente diminuendo mentre cresce la spesa privata (oltre 40 miliardi provenienti direttamente dalle famiglie). Ma vi sono regioni, come il Lazio e la Lombardia, in cui già ora il privato supera il 50%. Oltre 1/3 delle visite specialistiche e delle procedure diagnostiche sono a pagamento. I servizi, anche sanitari, addirittura i Pronto soccorso sono esternalizzati. La riabilitazione domiciliare è in larga maggioranza in mano al privato e almeno il 62% della popolazione con limitazioni funzionali non riceve alcun servizio pubblico. Il deterioramento in atto è espresso da alcune statistiche nazionali benché inadeguate a misurare lo stato di salute per la genericità degli indici utilizzati, per l'assenza e di un efficiente sistema di rilevazione e perché spesso non si intercettano le disuguaglianze.



Nel 2022 l'aspettativa di vita alla nascita era di 82,6 anni (media nazionale), con un estremo positivo di 84,2 anni in Provincia di Trento e negativo di 81 anni in Campania, più bassa per gli uomini: un gap di 3,2 anni. Se poi si considera l'aspettativa di vita in buona salute, la differenza è ancora maggiore: 20 anni tra i due estremi. In tutte le regioni del Mezzogiorno l'aspettativa di vita è inferiore alla media nazionale e in peggioramento, per la bassa qualità dei servizi sanitari, la difficoltà di accesso agli stessi, la scarsa diffusione della prevenzione e la mancanza di risorse. L'assistenza domiciliare integrata (Adi), fondamentale per evitare ricoveri impropri e che consente alle persone di essere curate e assistite nel proprio ambiente di vita, è praticamente assente al Centro-Sud, per cui centinaia di migliaia i pazienti non possono essere seguiti. In tutto il Paese riguarda almeno il 50% della popolazione e la richiesta è ovviamente in aumento. Stante questa situazione è normale che la mobilità sanitaria da Sud verso Nord sia in aumento. Nel periodo 2010-2021 le Regioni del Sud, ad eccezione del Molise, hanno accumulato complessivamente un saldo negativo pari a 13,2 miliardi di euro, mentre il saldo attivo l'hanno avuto proprio le tre Regioni che hanno già richiesto le maggiori autonomie. Nel 2021 su 4,25 miliardi di euro di valore della mobilità sanitaria, il 93,3% della mobilità attiva si concentrava in Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, mentre il 76,9% del saldo passivo gravava su Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Puglia e Abruzzo. Non si citano nel rapporto e anche nel recente appello degli scienziati due capitoli fondamentali che hanno un impatto rilevante sulla salute pubblica: la prevenzione primaria, come tutela dell'ambiente e dell'ecosistema, risanamento e innovazione dei settori produttivi, alimentazione, edilizia/urbanistica e governo del territorio, agricoltura, energia, rifiuti, trasporti e altri settori sensibili per la salute, la ricerca scientifica e tecnologica per coadiuvarla e la sicurezza sul lavoro che è completamente disattesa e la cui mancanza miete vittime ogni giorno. Con l'Autonomia differenziata la situazione non potrà che peggiorare perché lo spezzettamento delle funzioni e competenze ambientali tra le regioni impedirà lo studio e la messa in opera di una strategia per la prevenzione primaria.

A fronte di questa situazione chi ci governa non mostra preoccupazione alcuna, anzi ha programmato l'ulteriore riduzione del finanziamento del Ssn che nel 2025 raggiungerà il record negativo del 6,2% del Pil, mentre nel resto dell'Europa in Paesi come la Francia e la Germania si supera il 10%. L'inerzia del governo rivela la volontà di risolvere il problema attraverso il privato, che, nel frattempo, è diventato molto potente. Sull'accelerazione nell'ultimo decennio delle richieste di Ad ha influito anche lo stato precario dei servizi sanitari regionali, ma quando



l'Autonomia differenziata sarà acquisita e non vi saranno più impedimenti da parte dello Stato, sarà accelerata la dismissione del pubblico a favore del privato, e questo non sarà un bene **per la maggior parte della popolazione.**

Un aspetto che incide sulla salute pubblica è la prevenzione primaria. Ma con lo spezzettamento delle competenze ambientali sarà completamente disattesa

Cercasi medici e infermieri

I due maggiori comparti di personale del Ssn sono rappresentati da 102.491 medici, con età media di 50,9 anni, il 22,9% del personale (51,2% donne) e da 264.768 unità di personale infermieristico, il 59,2% della forza lavoro, con età media di 40 anni. La situazione più critica riguarda gli infermieri: la media europea è di 8,3 x 1.000 abitanti, mentre in Italia è 6,3. Ciò comporta che il rapporto infermieri/medici è bassissimo: Italia 1,6; Eu 2,2. Mancano in Italia 237.282 infermieri; se poi il confronto considera gli over 75 (criterio assai rilevante specie per il personale infermieristico) mancano all'Italia 350.074 unità di personale (Rapporto Crea 2022).



Peso:64-39%,65-42%,66-54%,67-48%