

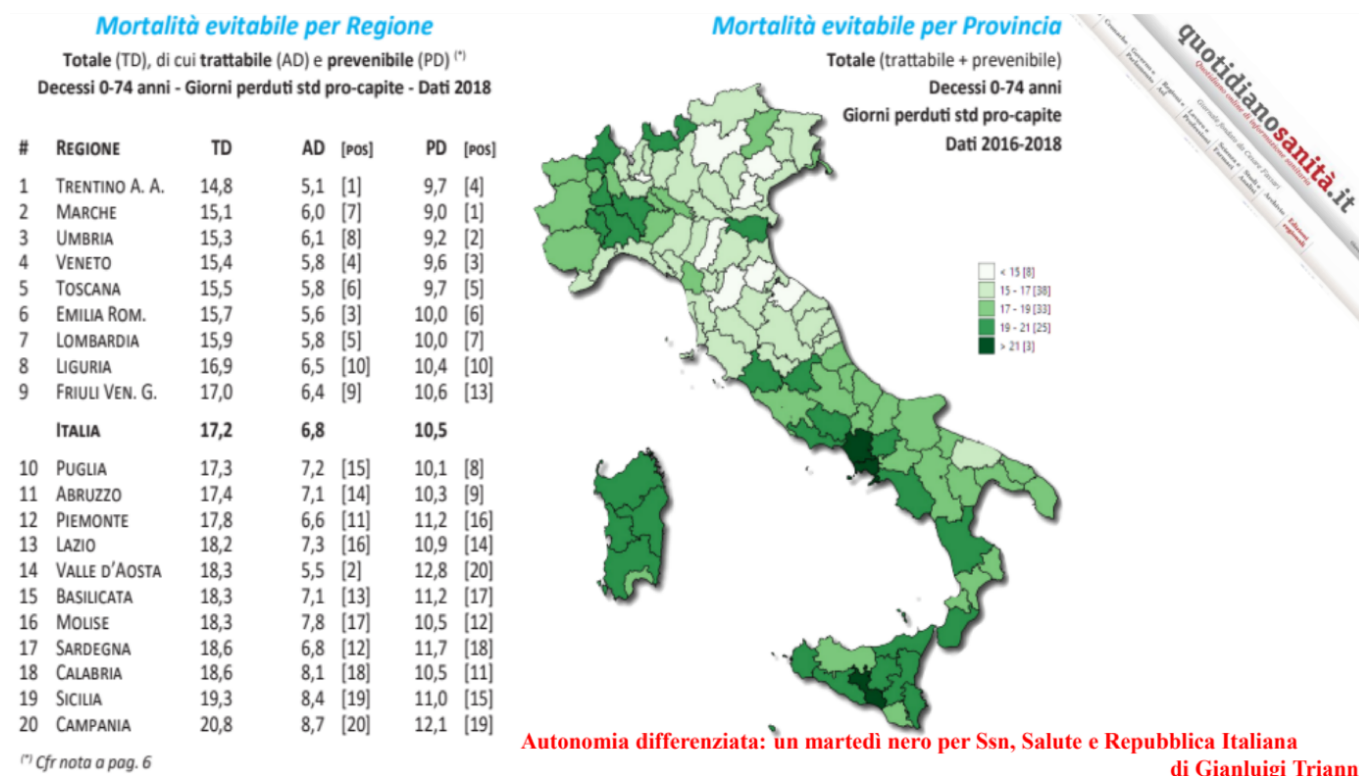
Gianluigi Trianni

La sanità pubblica, il SSN, in Italia è già differenziata per regioni. Il fallimento di tale differenziazione è evidente ed è da irresponsabili accentuarlo come prevede il disegno di legge sull'Autonomia regionale differenziata (per comodità DDL Calderoli). Il regionalismo differenziato prefigura tasse regionali e il trattenimento dei tributi su base territoriale, rompendo ogni idea di equa distribuzione delle risorse (leggi [qui](#))

Con l'approvazione da parte del Senato del DDL n. 615 sull'Autonomia regionale differenziata (per comodità DDL Calderoli), il 23 gennaio è stato un martedì nero per il Servizio Sanitario Nazionale, per la Salute e per la Repubblica. (1) Non sarà l'ultimo, rebus sic stantibus. Il governo Meloni e la sua maggioranza infatti stanno procedendo nell'iter parlamentare dell'Autonomia, pur essendo contraria per oltre il 60% l'opinione pubblica. La sanità pubblica, il SSN, in Italia è già differenziata per regioni. Il fallimento di tale differenziazione è evidente ed è da irresponsabili accentuarlo. Lo dimostrano dati consolidati assistenziali e gestionali.

Nel 2018 il tasso standardizzato di mortalità evitabile per 100.000 abitanti, indicatore di qualità ed efficacia dell'assistenza, ha oscillato **dal 14,8 %, in Trentino-Alto Adige al 20,8 % in Campania.** (Figura 1)

Figura 1. Mortalità evitabile (vedi nota) per 100.000 abitanti



Nota: **Mortalità evitabile:**

- **Mortalità trattabile:** cause di morte che possono essere principalmente evitate attraverso un'assistenza sanitaria tempestiva ed efficace, compresa la prevenzione secondaria
- **Mortalità prevenibile:** cause di morte che possono essere evitate principalmente attraverso un'efficace intervento di salute pubblica e prevenzione primaria

Nel 2019 l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), i LEP (Livelli Essenziali di Prestazioni) in Sanità, obbligatori per tutti i Servizi Sanitari Regionali, ha oscillato dal 93,4% in Emilia-Romagna al 56,3 in Sardegna. Nel 2022 l'efficienza operativa misurata con indicatori combinati ha oscillato dal 59% del Veneto al 30% della Calabria. Nel 2020 la spesa sanitaria pubblica pro capite ha oscillato tra € 2.715 della Valle D'Aosta e € 1.942 della Campania, con una differenza di € 773 pro-capite. Significativo anche il fatto che la spesa privata contemporaneamente è andata da € 987 pro-capite in Valle D'Aosta e di € 406 in Campania, con una differenza di € 581.

Anche l'organizzazione del SSN nelle varie regioni è diversa. Il caso più importante,

perché anticipatore ed emblematico della realizzazione del mercato della assistenza sanitaria in Italia perseguito dalle politiche e dai partiti neoliberisti è la Lombardia.

La Lombardia, infatti, è dotata di Aziende sociosanitarie territoriali (ASST), esclusivamente erogatrici di prestazioni in competizione con le aziende private, e di Agenzie di tutela della salute (ATS), esclusive titolari delle convenzioni/contratti di fornitura con erogatori pubblici e privati. Palese il contrasto con la 833/78 di questa organizzazione della sanità pubblica imposto da Formigoni con la LR n.33/'09 e rinnovato dalla LR 22/'21), colpevolmente accettato senza opposizione dal governo Draghi-Speranza. A partire dalla centralizzazione delle funzioni di acquisto e/o degli ambiti territoriali di assistenza e senza enumerarne tutte le tipologie in questa sede, si può constatare che non c'è una regione che abbia un'organizzazione sanitaria uguale a quella di un'altra.

Gli stessi professionisti dipendenti sono “rinchiusi” in “gabbie salariali” con remunerazioni differenti tra regioni, e tra aziende sanitarie. Nel corso degli anni, infatti, il “monte salari” è andato differenziandosi tra i Servizi sanitari regionali, ed al loro interno tra le aziende, per il susseguirsi, contratto dopo contratto sino a quello del comparto dello scorso anno, degli incrementi in percentuale sullo storico e non “per quota capitaria”, oltre al diverso ricorso all'istituto delle “compartecipazioni. A ciò si aggiungano i cosiddetti “piani di rientro”, cioè il blocco forzato di tutte le spese in caso di disavanzo pari al 7% rispetto agli obbiettivi di finanza pubblica stabiliti in base al “Patto di stabilità e crescita europeo”, istituito nel 1997.

Con il DDL Calderoli la maggioranza ed il governo Meloni, però, hanno iniziato la trasformazione delle attuali mere differenze di efficienza amministrativa dell'articolazione regionale del SSN in sanità, in calamità sociale per i cittadini. In tutte le regioni, non solo nel Sud, anche nel Centro e nel Nord. Le regioni, tutte, sia ordinarie che autonome, diventeranno “**agenti regionali**” dello smantellamento del SSN e della progressiva privatizzazione e finanziarizzazione della sanità in Italia. **(2)** Una “via regionale decentrata e autonoma” al neoliberismo, insomma, tramite la “balcanizzazione” eversiva della Repubblica e delle sue articolazioni amministrative regionali.

Ne soffriranno in primo luogo coloro, lavoratori e professionisti dipendenti e no, che in tutte le regioni, senza distinzione tra Nord, Centro e Sud, non sono nelle fasce altissime di reddito, e dovranno rinunciare alle cure o agli alti costi, in incremento di anno in anno, delle polizze assicurative e/o accessi alle cure a pagamento diretto (out of pocket). **Lo conferma il combinato disposto della legge di Bilancio 2024, del DDL Calderoli e del decreto Milleproroghe 2024.** La legge di Bilancio 2024 ha stanziato per il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) circa 131 miliardi di euro, 10 in meno rispetto ai 141

miliardi stimabili senza incrementi sul 2022 se non quelli per l'inflazione cumulativa, che è stata del 9%. Nel 2024, a prescindere dalla entità dell'inflazione che si registrerà a fine anno, il FSN, sarà, quindi, ancor più insufficiente a finanziare il SSN. E la frammentazione in 19 Servizi Sanitari Regionali (SSR) più 2 Provinciali non servirà a risolvere questo problema, neanche per le regioni del Nord.

Il DDL Calderoli è chiaro: i LEA/LEP, sono finanziati nei «limiti delle risorse rese disponibili nella legge di bilancio» (art.4) e sono esclusi «nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica». (art.9). Devoluzione o no, a dover tagliare i servizi pubblici e a privatizzarli saranno le Regioni ed anche i Comuni, che sul piano politico, in qualsiasi caso, e talora anche su quello istituzionale (Conferenze Socio-Sanitarie Territoriali), sono coinvolti nella programmazione dei servizi sanitari. Il decreto Milleproroghe 2024, infine, non ritarderà la devoluzione in sanità sia perché i LEA sono già in vigore col DPCM del 2017, che li ha aggiornati, sia perché il DM 23.01.2023 sulle tariffe è in vigore dal 24.01.01, sia perché il FSN, di fatto, li finanzia, anche se assai al di sotto delle necessità.

Non appena il DDL Calderoli sarà legge con l'approvazione alla Camera, per Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna si ripartirà dalle pre-intese del 2018 e 2019 (art. 11), e la Sanità è stata richiesta in forma praticamente eguale da tutte e tre. (Tabella 1).

Tabella 1

Scheda Sintetica Accordo preliminare con governo Gentiloni siglato il 28.02.2018 dalle Regioni Emilia Romagna - Veneto - Lombardia in tema di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia a norma dell'art. 116, comma terzo, della Costituzione (Regionalismo Differenziato)				
Autonomia Legislativa finalizzata a:	Emilia Romagna	Veneto	Lombardia	Note
1 Rimuovere i incoli di spesa per il personale e per la gestione del personale	Si Art. 1	Si Art. 1	Si Art. 1	La regione Veneto esplicita la regolazione della libera professione
2 Regolamentare l'accesso alle scuole di specializzazione e le borse di studio, introdurre contratti di formazione lavoro per medici, il loro inserimento nelle attività assistenziali, il loro accesso alle scuole di specialità	Si Art. 2	Si Art. 2	Si Art. 2	
3 Stabilire il sistema tariffario, di rimborso, remunerazione e compartecipazione esclusivamente per i residenti	Si Art. 3	Si Art. 3	Si Art. 3	
4 Stabilire il sistema di "governance" con riferimento particolare alle forme di integrazione ospedale territorio	Si Art. 4	Si Art. 4	Si Art. 4	La regione Emilia Romagna esplicita anche la integrazione con l'Università
5 Decidere l'inserimento di farmaci nei prontuari terapeutici a carico della Regione in ragione dell'equivalenza terapeutica in caso di latitanza dell'Agenzia Italiana del Farmaco	Si Art. 5	Si Art. 5	Si Art. 5	
6 Stabilire la introduzione della distribuzione diretta dei farmaci tramite farmacie ospedaliere e di comunità a pazienti dimessi ed in cura da parte dei servizi distrettuali	Si Art. 6	Si Art. 6	No	
7 Assicurare interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico in quadro pluriennale e certo di risorse finanziarie	Si Art. 7	Si Art. 7	Si Art. 6	
8 Istituire e gestione di fondi sanitari integrativi da parte della regione	Si Art. 8	Si Art. 8	Si Art. 7	

G. Trianni - Bologna 2010

Dallo stesso momento, inoltre, le tre regioni potrebbero ottenere l'autonomia nelle nove materie non vincolate ai LEP. Tra queste c'è la materia "professioni", che in Sanità significa ambito ordinistico di medici e delle altre professioni. **(3)** Alle restanti regioni non rimarrà che adeguarsi o accendere conflitti politico amministrativi con lo Stato e/o tra loro stesse. Col DDL Calderoli l'attacco alla salute sarà ben più esteso di quello diretto e specifico al solo SSN, poiché la "tutela della salute" si persegue in primo luogo adottando la prevenzione primaria come criterio guida vincolante in tutte le politiche, quindi in tutte le altre materie "devolvende". Una a caso, l'ambiente! Ma a ben vedere, direttamente o no, anche tutte le altre

Di qui la logica necessità di opporsi all'Autonomia differenziata "in toto", non di limitarsi solo a chiedere che la Sanità ne sia estrapolata. L'attuazione dell'autonomia differenziata, collegata al premierato, è in pieno svolgimento. Governo e Parlamento "non sentono ragioni". L'opposizione delle forze politiche, sociali e di gran parte dell'associazionismo è senza risultati: sembra assai ridotta la loro percezione/cognizione della gravità eversiva del processo politico di "democratizzazione" in atto, da cui l'assenza di convinzione e di incisivi atti politici.

Di qui la necessità di rilanciare lotte sindacali e sociali, di chiedere alle Regioni di avanzare alla Corte costituzionale i Ricorsi del caso e, soprattutto, adire ad un Referendum. (4)

Gianluigi Trianni, Medico di sanità pubblica.

Riferimenti

1. Viesti, Le mini-secessioni, bomba nel silenzio - Il Fatto Quotidiano 24.01.23
2. Trianni, A Gazzetti "Privatocrazia" e Sanità in Italia Privatizzazione, Concentrazione di Capitali e Finanziarizzazione - Lavoro e Salute n. 6 23.06
3. Simonetti Autonomia in sanità: cosa si preannuncia e cosa già esiste - Il Sole24ore Sanità 23.02.06
4. Villone. Autonomia regionale la strada è la Consulta - La Repubblica 24.01.24