

AS 615 “Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell’articolo 116, terzo comma della Costituzione”.

Audizione del dott. Pierino Di Silverio, Segretario Nazionale Anaa Assomed

25 maggio 2023

Il disegno di legge per l’attuazione dell’autonomia differenziata, presentato dal Ministro Roberto Calderoli e approvato il 2 febbraio 2023 dal Consiglio dei Ministri all’unanimità, concede maggiori poteri alle Regioni su 23 materie, tra cui la sanità.

Anaa Assomed chiede in via preliminare di eliminare, già in sede di legge quadro, la *“tutela della salute”* dalle materie su cui le Regioni possono chiedere maggiori autonomie. Per evitare il colpo di grazia a quel che resta del Servizio Sanitario Nazionale.

L’attuazione dell’autonomia differenziata è subordinata alla definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEPs), come si legge nell’articolo 1 del Ddl Calderoli.

Nell’ambito della funzione di *“tutela della salute”*, già ampiamente decentrata a livello regionale e locale, i LEPs sono largamente sovrapponibili ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Ovvero *“le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse)”*.

1

La sanità rappresenta, quindi, da tempo un laboratorio per misurare la capacità dello Stato di ridurre le diseguaglianze regionali, e in particolare il gap strutturale Nord-Sud. Il quale, però, in un bilancio di ciò che ha significato per la sanità la riforma del titolo V della Costituzione, appare addirittura peggiorato su vari indicatori. A partire da una mobilità sanitaria che in un decennio ha sottratto, secondo la Corte dei Conti, 14 miliardi di euro dalle regioni del Sud, ridotte al rango di clienti di quelle del Nord, cui garantiscono la tenuta dei conti. Le regioni del Mezzogiorno, mediamente più giovani, ricevono una quota capitaria media inferiore a quella del nord e del Centro e faticano a contenere i fenomeni di mobilità, che portano via altre risorse.

Mentre la Legge 833/78, istitutiva del SSN, pone tra i suoi obiettivi il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese e l’articolo 32 della Costituzione vuole i cittadini uguali nella esigibilità del diritto alla salute, i dati derivanti dalla esperienza dei LEA documentano la persistenza di inaccettabili diseguaglianze tra i 21 sistemi sanitari regionali, sia nell’offerta di servizi e prestazioni sanitarie sia negli esiti di salute, senza registrare alcuna reale convergenza dopo più di quarant’anni dalla nascita del SSN. Oggi le distanze tra le varie aree del paese si misurano non solo in km ma in aspettativa di vita (minore al Sud di 4 anni), tassi di mortalità evitabile (maggiori al Sud), speranza di vita in buona salute (20 anni tra i due estremi), mortalità infantile (doppia al

Sud), mortalità materna al parto (maggiore al Sud). Anche nei servizi sociali il divario è enorme, tra i 583 euro spesi per abitante di Bolzano e i 53 di Messina. “*I cittadini di serie A e quelli di serie B*”, di cui si parla spesso, non sono un rischio paventato ma l'iniqua realtà di oggi.

Il federalismo in sanità è, insomma, fallito. E non c'è motivo di pensare che possa salvarsi nella versione “*a geometria variabile*” che, anzi, rischia di favorire ulteriormente le spinte verso l'egoismo territoriale e il sovranismo regionale, aumentando l'entropia del sistema e le relative disegualianze.

L'obiettivo del Ddl Calderoli è, in tutta evidenza, quello di trattenere nelle Regioni, o meglio in alcune Regioni, più gettito fiscale, senza nemmeno indicare una soglia massima di compartecipazione al singolo tributo erariale che le Regioni potranno ottenere in sede di intesa. Le Regioni del Nord danno oggi allo Stato più di quanto ricevono, a differenza di quelle del Sud. Il saldo è negativo per Lombardia (-5090 pro-capite), Emilia Romagna (-2811), Veneto (-2680) e positivo per tutto il Sud (Campania +1380, Calabria +3086, Puglia +2440, Sicilia +2969) (CGIA, 2019). Diminuire, però, le disponibilità di risorse a livello centrale mette a rischio la possibilità per lo Stato di assolvere alle sue funzioni non delegabili e di colmare i divari esistenti in diversi settori, come salute e istruzione. Nello stesso tempo, alcune Regioni avranno la possibilità di garantire prestazioni diverse, per quantità e qualità, ai propri residenti, una sorta di LEPs di prima categoria, in violazione del principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini.

2

Pur senza considerare il Ddl Calderoli una sorpresa o un atto eversivo, non si possono nascondere dubbi e perplessità. Quali la mancanza di prerequisiti per richiedere ulteriore autonomia, così che anche Regioni in piano di rientro possano chiedere di espandere le competenze nella tutela della salute o lo scarso coinvolgimento del Parlamento, essendo l'intesa di fatto un accordo tra esecutivi. Soprattutto, non c'è alcuna chiarezza sul fronte delle modalità di finanziamento dei LEPs, vale a dire la soglia costituzionalmente necessaria per rendere effettivi i diritti civili e sociali, in un momento in cui l'Irap è in fase di sostanziale smantellamento e l'Irpef (su cui le Regioni già impongono un'addizionale) è solo una tassa sui lavoratori dipendenti e pensionati.

Un finanziamento difficile da realizzare in un sistema che non vuole “aggravi” per la finanza pubblica ma deve comporre la differenza del 25% di spesa sanitaria individuale tra Nord e Sud e quella della spesa pubblica allargata (17000 euro pro-capite al Nord, 13000 al Sud). E rispondere a quel 11% della popolazione che rinuncia alle cure per problemi economici o tempi di attesa. Quando la Germania affrontò il problema della riunificazione decise di trasferire ingenti risorse da Ovest a Est. In mancanza delle quali, Regioni che in partenza sono al di sotto della soglia minima di LEPs non potranno recuperare terreno, anche perché rimane vago il finanziamento di un fondo di perequazione. Contrariamente ai LEA, i LEPs non garantiscono la compatibilità del finanziamento con l'equilibrio del bilancio pubblico.

Quella che uno studioso come Gianfranco Viesti definisce “*secessione dei ricchi*” è destinata ad alimentare, nell’illusione di spendere meno dando servizi migliori, quelle diseguaglianze negli esiti di salute tra i territori che il Governo dichiara di volere abbattere. Rendendo l’accesso alle cure, e i loro esiti, funzioni del reddito e della residenza: chi risiede in Regioni “forti” e avrà soldi si curerà, gli altri potranno solo aspettare in liste di attesa che ormai si misurano in semestri se non in anni.

La sanità rischia di diventare un bene pubblico per i residenti in una Regione e un bene di consumo in altre Regioni. Ma il diritto alla salute non può perdere una dimensione nazionale perché forti sono i rischi per l’integrazione sociale e la stessa unità nazionale derivanti da un sistema in cui i cittadini non condividono più gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute. L’attuazione di maggiore autonomia richiesta dalle Regioni in sanità è inevitabilmente destinata ad amplificare le diseguaglianze di un SSN avviato, peraltro, lungo la china di una privatizzazione silenziosa, fino a legittimare, normativamente e in maniera irreversibile, il divario tra Nord e Sud. E questo proprio nel momento in cui il nostro Paese ha sottoscritto con l’Europa il PNRR, che ha l’obiettivo trasversale di ridurre le diseguaglianze regionali e territoriali.

I poteri concessi in sanità dal Ddl sono enormi e spaziano dalla mano libera su tariffe e tickets alla gestione dei fondi integrativi, con il rischio del risorgere di un sistema mutualistico-assicurativo, dalla governance delle aziende, con la possibilità di un sistema arlecchino più variegato di quello odierno, all’istituzione a livello di alcune regioni di quel contratto lavoro a scopo formativo per gli specializzandi che il Governo, o meglio le Università, si ostinano a negare a tutto il sistema nazionale anche in un momento in cui la carenza di professionisti è drammatica. Senza nemmeno prevedere una clausola di supremazia, essenziale, ad esempio, in caso di pandemia.

Preoccupa anche l’avvio di una concorrenza selvaggia nell’acquisizione delle risorse umane e l’effetto calamita della possibilità di pagarle al di fuori dei vincoli del CCNL, mentre il tetto di spesa sul personale, che continua a esistere a livello nazionale, impedisce il reclutamento per via ordinaria. Un sistema di gettonisti istituzionalizzato e amplificato, paradigma di un mercato competitivo per l’ingaggio dei professionisti, nutrito dal dumping salariale e dalle contrattazioni regionali, che metterebbero una “*pietra tombale sulla contrattazione collettiva nazionale e sul ruolo dei sindacati a carattere nazionale*” (GIMBE).

AnaaO Assomed ritiene che si stia giocando una partita fondamentale per il futuro del Paese.

Decentrare funzioni, senza che nemmeno esistano evidenze, come rilevato dalla Corte dei Conti, per affermare che ulteriori gradi di autonomia nelle disponibilità economiche e nella gestione delle risorse aumentino il grado di efficienza dei servizi erogati, significa legittimare il divario Nord-Sud e frantumare un diritto della persona che la Costituzione definisce fondamentale.

Un suicidio sociale oltre e prima che professionale e sanitario. Sottraendo al diritto alla salute una dimensione nazionale si mette in crisi il Ssn e anche un'idea unitaria di Paese, di Repubblica e di Stato.

In un'epoca in cui l'Italia ha scelto di delegare alcune materie alla competenza sovranazionale dell'Unione europea, per ragioni di armonizzazione e per avere maggiore peso geopolitico, è azzardato trasferire tutte le competenze previste dall'articolo 116 a una o più Regioni.

Forte è il rischio che il progetto generi anche numerosi conflitti costituzionali tra Stato e Regioni.

Rafforzare il regionalismo in sanità significa insistere su una strada sbagliata. Si presti ascolto al Ministro Schillaci, secondo il quale *“Per la salute è necessario che le Regioni siano in qualche modo guidate dal Ministero”* perché *“i gap che ci sono tra regione e regione, addirittura sull'attesa di vita, sono completamente inaccettabili in una nazione moderna”*. E alle parole del Presidente Mattarella nel discorso di fine 2022: *“Le differenze legate a fattori sociali, economici, organizzativi, sanitari tra i diversi territori del nostro Paese – tra Nord e Meridione, per le isole minori, per le zone interne -creano ingiustizie, feriscono il diritto all'uguaglianza.”* Aggiungendo che: *“Occorre operare affinché quel presidio insostituibile di unità del Paese rappresentato dal Servizio Sanitario Nazionale si rafforzi”*.