

Se la tutela della salute è onere e non investimento

L'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale ha generato il vincolo della sostenibilità del debito pubblico e l'obbligo del pareggio di bilancio

di TULLIO LAINO*

La Legge n. 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, ha previsto gli ambiti dell'Assistenza Ospedaliera, dell'Assistenza Territoriale, dell'Assistenza negli ambienti di vita e di lavoro (ora rete della Prevenzione).

Il criterio universalistico e solidaristico della Legge n. 833/78, nato dal Governo delle larghe intese e dall'intuito di una grande donna rispondente al nome di Tina Anselmi, in applicazione degli articoli 3 e 32 della Costituzione, ha sostituito il vecchio e spezzato sistema mutualistico, ispirato a principi corporativistici, basati su prestazioni di diagnosi e cura parametrati alle capacità finanziarie dei vari Enti Assistenziali.

La Legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale ha avuto il pregio di aver sostituito il vecchio concetto di diagnosi e cura con quello di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. L'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale ha comportato la necessità di definire i criteri di finanziamento della spesa sanitaria, al fine di garantire alla totalità dei cittadini livelli uniformi ed essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria.

I criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale hanno attraversato varie fasi storiche. In tal senso sono stati, nel corso del

Non c'è equità nel riparto del Fondo sanitario che privilegia il Nord

tempo, definiti i parametri basati sulla spesa storica, sulla spesa capitaria e sulla spesa capitaria pesata, quest'ultima disciplinata dall'articolo 1, comma 34, della Legge n. 662/96, tutt'ora vigente.

Il parametro capitario pesato, in assenza dell'applicazione della perequazione infrastrutturale, si è rivelato penalizzante per le Regioni storicamente povere dal punto di vista infrastrutturale, determinando un indiscutibile privilegio per le più ricche Regioni del Nord. Il parametro di riparto delle provviste finanziarie, da basarsi sui principi di morbilità, comorbilità, vulnerabilità sociale, cronicità delle patologie a carattere evolutivo, deprivazione socio-economica, avrebbe garantito i LEA e preservato i vari

Servizi Sanitari Regionali sia dai Piani di Rientro dai Disavanzi Sanitari che dai Commissariamenti.

La mancata applicazione dei criteri di equità nel riparto del FSN è diventata patologica con la trasformazione in senso aziendalistico del SSN, avvenuta con il Decreto Legislativo n. 502/92, e s.m.i.

L'aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale ha generato, per effetto, il vincolo della sostenibilità del debito pubblico e l'obbligo del pareggio di bilancio, di cui alla Legge Costituzionale n. 1/2012, con la conseguente impossibilità di effettuare, nell'ambito del SSN, spese di investimento produttivo, venendo considerata la tutela della salute un onere di spesa, non già un investimento.

Il Servizio Sanitario Pubblico richiede, per la sua natura dinamica, continui investimenti sul piano diagnostico, terapeutico, farmacologico e di ricerca, ambiti d'intervento non assoggettabili alle rigide regole di bilancio.

La programmazione ispirata alle rigide regole dell'econometria ha comportato, nel corso degli anni, con particolare riferimento agli anni compresi tra il 2010 e il 2022, un progressivo definanziamento del SSN, stimato dalla Fondazione GIMBE in oltre quarantasei miliardi di euro, un gap difficilmente recuperabile, soprattutto se paragonato alla quota del PIL destinata alla tutela della salute da alcuni Paesi facenti parte dell'Unione Europea. La programmazione di rete ospedaliera basata sull'attuale tasso

La sanità territoriale destinata a perpetuare il suo stato di coma



Peso: 80%

di ospedalizzazione si è rivelata largamente insufficiente.

Per quanto concerne l'area dei servizi territoriali, siamo nella piena desertificazione delle attività di rete, che ha cancellato di fatto il tanto decantato concetto di prossimità ospedale - territorio, stante la concomitante

cronica carenza di una rete ospedaliera di base, in grado di garantire, secondo il principio di uniformità, intensità e complessità delle cure, una valida rete dell'emergenza/urgenza.

L'assenza di rete territoriale ha prodotto il ricorso alla già malandata rete ospedaliera anche per patologie croniche e/o a bassa intensità di cura.

Il D.M. n. 77/2022, nella pubblicistica sanitaria nazionale è stato indicato come l'atto rifondativo della sanità territoriale. La panacea è stata individuata nella Misura 6 del PNRR.

Le case della Comunità, gli Ospedali di Comunità, le Centrali Operative Territoriali sono state codificate come le nuove articolazioni sanitarie territoriali, in grado di realizzare la cosiddetta e tanto propagandata "sanità di prossimità".

Viene spontaneo chiedersi: di prossimità con chi? Non certamente con una rete ospedaliera di base estremamente ridimensionata o con un tessuto sanitario territoriale desertificato da incuria programmatica e da cronica carenza di dotazioni organiche. Le Case di Comunità, gli Ospedali di Comu-

nità (ospedali privi delle articolazioni dell'emergenza/urgenza e per pazienti a bassa in-

L'assenza di risorse segnerà la fine della auspicata sanità di territorio

tensità terapeutica), le Centrali Operative Territoriali (rapporto di una ogni centomila abitanti) si rivelano, in prospettiva temporale (31 dicembre 2026), mere strutture murarie, prive di dotazione organica, tenuto conto che il PNRR non stanziava alcuna provvista finanziaria per l'assunzione di personale, prospettando lo spettro nefasto di un nuovo articolo 20 della Legge n. 67/88.

E' chiaro, pertanto, che, in assenza di una nuova strategia di investimento produttivo, la sanità territoriale perpetuerà il suo stato di coma, se non di definitivo default. In tale evenienza, la sanità privata porterà a termine l'opera di demolizione del servizio sanitario pubblico e di surrogazione dello stesso. Ogni progettualità, a livello nazionale, regionale e aziendale, impatterà con l'assenza di risorse d'investimento e segnerà la fine della tanto auspicata sanità di prossimità, o se meglio piace la terminologia, della continuità ospedale/territorio.

***Dirigente Medico in quiescenza dell'Asp di Cosenza.**



Illustrazione di Roberto Melis



Peso:80%