

L'autonomia differenziata aggrava le disuguaglianze

Gli indicatori Benessere Equo e Sostenibile sulla salute indicano il Mezzogiorno come l'area caratterizzata dalle peggiori condizioni di salute.

In particolare la "speranza di vita" mostra un differenziale territoriale crescente. Nel 2022, per i cittadini meridionali, era di 81,7 anni, 1,3 anni in meno del Centro e del Nord-Ovest, 1,5 rispetto al Nord-Est. Analoghi i differenziali sfavorevoli al Sud per la mortalità evitabile, causata da deficit nell'assistenza sanitaria e nell'offerta di servizi di prevenzione.

Il divario territoriale continua a crescere in un contesto di generalizzata debolezza del Sistema Sanitario Nazionale, sottodimensionato per stanziamenti di risorse pubbliche (in media 6,6% del PIL contro il 9,4% di Germania e l'8,9% di Francia), a fronte di un contributo privato comparativamente elevato (24% della spesa sanitaria complessiva, il doppio di Francia e Germania).

Da un lato, il bilancio nazionale della sanità non copre integralmente il costo dei LEA, quelle prestazioni e servizi che dovrebbero essere offerti in quantità e qualità uniformi in tutto il territorio nazionale. Dall'altro, la distribuzione regionale delle risorse, basata su dimensione e struttura per età della popolazione, non rispecchia gli effettivi bisogni di cura e assistenza dei diversi territori, condizionati anche da fattori socio-economici non contemplati nei criteri di riparto.

I dati regionalizzati di spesa sanitaria mostrano livelli di spesa per abitante, corrente e per investimenti, mediamente più contenuti nelle regioni meridionali. A fronte di una media nazionale di 2.140 euro, la spesa corrente più bassa si registra in Calabria (1.748 euro), Campania (1.818 euro), Basilicata (1.941 euro) e Puglia (1.978 euro). Per la parte di spesa in conto capitale, i valori più bassi si ravvisano in Campania (18 euro), Lazio (24 euro) e Calabria (27 euro), mentre il dato nazionale si attesta su una media di 41 euro. Il monitoraggio LEA (Livelli Essenziali di Assistenza), che offre un quadro delle differenze nell'efficacia e qualità delle prestazioni fornite dai diversi SSR, fa emergere

i deludenti risultati del Sud.

Il ritardo si fa particolarmente evidente nella prevenzione oncologica, nei tassi di adesione ai programmi di screening, che riflettono le carenze d'offerta dei SSR meridionali. Sono la causa della "fuga dal Sud" per ricevere assistenza in strutture sanitarie del Centro e del Nord, soprattutto per le patologie più gravi.

Per le patologie oncologiche, è la Calabria a registrare l'incidenza più elevata di migrazioni: il 43% dei pazienti si rivolge a strutture sanitarie di Regioni non confinanti. Seguono Basilicata (25%) e Sicilia (16,5%). Al Sud, i servizi di prevenzione e cura sono dunque più carenti, minore la spesa pubblica sanitaria, più lunghe le distanze da percorrere per ricevere assistenza.

Il Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero predisposto dalla Direzione generale della Programmazione del Ministero della Salute che contiene i numeri e le statistiche sulle dimissioni ospedaliere, è caratterizzato da un elevato livello di completezza della rilevazione, pari al 99,4% per gli Istituti pubblici, al 99,8% per gli Istituti privati accreditati e al 91,7% per gli Istituti privati non accreditati, con una copertura complessiva pari al 99,2%.

Centrale è il tema della mobilità tra diverse regioni d'Italia. "L'8,3% dei ricoveri è effettuato fuori Regione. Presentano un indice di attrattività superiore alla media Emilia Romagna, Lombardia, Veneto, Toscana e Lazio. Viceversa, le Regioni che presentano un alto indice di fuga e un basso indice di attrazione sono Campania, Puglia e Calabria. Una ulteriore conferma che purtroppo ancora troppi cittadini prevalentemente del Sud Italia devono muoversi per avere le migliori cure e ad affrontare costi notevoli sia econo-



Peso:89%

mici che psicologici.

I valori più elevati di tasso di ospedalizzazione ordinario fuori Regione in regime ordinario si osservano in Molise (27,0), Basilicata (23,8), Valle d'Aosta (18,4) e Calabria (16,8), mentre i valori più bassi si registrano in Lombardia (4,1), P.A. Bolzano (4,7), Sardegna (5,1) ed Emilia Romagna. Per quanto riguarda il regime diurno, i tassi di ospedalizzazione per acuti fuori Regione più elevati si osservano ancora in Molise (10,7 per 1.000 abitanti) e Basilicata (7,8), seguite da Abruzzo (7,0), Calabria (6,2) e Umbria (6,1), mentre i valori più bassi si rilevano in Lombardia (1,1), P.A. Bolzano (1,5), Lazio (1,8) e Sicilia (1,9)

Lo squilibrio territoriale è evidente nella distribuzione geografica **per le grandi strutture ospedaliere**, per numero di posti letto disponibili, per complessità dei casi trattati e attrattività per i pazienti da fuori Regione risultano tra le più efficienti. Di tutte le prime 20, soltanto due sono al Sud. Dieci sono al Nord e 8 sono al Centro. Guida la Lombardia con 5 ospedali. Tre di questi sono a Milano: Irccs San Raffaele, Irccs Galeazzi-Sant'Ambrogio e l'Istituto Clinico Humanitas di Rozzano. Tre sono in Toscana: l'Azienda ospedaliera di Pisa, l'Azienda ospedaliera di Siena e il Careggi di Firenze.

Stesso numero di strutture eccellenti anche per il Veneto: l'Azienda ospedaliera universitaria di Verona, l'Ospedale Sacro cuore Don Calabria di Negrar di Valpolicella e l'Azienda ospedaliera universitaria di Padova.

Per quanto riguarda il Nord e il Centro, il Ministero della Salute cita anche l'Ospedale Mauriziano Umberto di I di Torino, l'Ospedale policlinico San Martino di Genova, il Policlinico Sant'Orsola-Malpighi di Bologna e gli Ospedali riuniti Torrette di Ancona.

Tre anche per Roma: il Policlinico Universitario Fondazione Agostino Gemelli, il Policlinico Universitario Campus Bio-Medico e l'Azienda ospedaliera San Camillo Forlanini.

Gli unici due ospedali del Sud Italia a comparire sono la Casa Sollievo Sofferenza San Giovanni Rotondo nella provincia di Foggia e l'azienda ospedaliera Vincenzo Monaldi-AOS dei Colli di Napoli.

Investire in sanità deve tornare tra le priorità nazionali, correggendo il metodo di riparto regionale del Fondo Sanitario Nazionale sulla base degli indicatori di deprivazione. L'autonomia differenziata in ambito sanitario rischia di ampliare le disuguaglian-

ze interregionali nelle condizioni di accesso al diritto alla salute. Ne è testimonianza recente l'intervento di **Nino Cartabellotta** della Fondazione **GIMBE**. Così come non si contano gli interventi e i contributi sull'impatto di questo divario in termini di salute e di qualità e quantità di servizi.

È impossibile impegnarsi in una simile iniziativa senza avere reso prima omogenei alcuni indicatori economici delle singole realtà regionali. Non è pensabile che i livelli essenziali delle prestazioni (LEP) siamo distanti una enormità da quelli del centro Nord del paese: non è pensabile che il reddito pro capite in Sicilia si attesti su un valore di 17.400 € ed al centro Nord superi 32.000 € e in Lombardia raggiunga anche il valore di 40.000 €.

Quella di procedere con l'autonomia differenziata senza prima risolvere precise emergenze e criticità rimaste quasi invariate per tanti anni, è una scelta scellerata. Significa degradare in modo irreversibile l'assetto socio economico del sud, esasperando al tempo stesso le istanze di oltre 19 milioni di Italiani: un atto di irresponsabilità politica. Va quindi ribadita l'urgenza di raggiungere i livelli di omogeneità accettabili prima di affrontare ogni azione che escluda ulteriormente le potenzialità di crescita dell'intero mezzogiorno.

Va riconosciuto tuttavia che sono altrettanto colpevoli i ritardi, le mancate scelte, carenti i contributi su come avviare il percorso per colmare il divario. Le Regioni del Mezzogiorno devono, in modo organico ed unitario, comprendere questo vuoto gestionale che ha compromesso la crescita dell'intero mezzogiorno e debbono al tempo stesso, ammettere la miopia con cui hanno gestito il complesso processo programmatico che dal 2014 ha offerto al sud tante occasioni per il suo rilancio: tutte occasioni perse perché è mancata la lungimiranza politica ed il coraggio di rivendicare i propri diritti e la gestione federata di poteri, competenze, risorse.

“Mezzogiorno Federato” ha ritenuto



Peso:89%

proporre alle regioni meridionali di procedere unitariamente. E' passato dalla teoria alla elaborazione progettuale. Un progetto, strutturalmente riformatore, da tradurre in una istanza attrattiva di quella trasformazione del welfare assistenziale che il Recovery Fund pretende in una delle sue missioni. Un'unica istanza politico-istituzionale, che intende rispondere con una proposta sistemica alle pretese di «giustizia ed economia sociale» delle regioni che registrano da sempre ritardi di progresso, di occupazione e di servizi pubblici, soprattutto di quelli destinati alla cura della persona. Ciò allo scopo di progettare insieme la migliore generale crescita del Mezzogiorno, evitando quelle pericolose concorrenze generative, peraltro, di inutili e ripetute realizzazioni che hanno prodotto povertà piuttosto che produzioni eccellenti di beni e servizi:

1) - l'incremento delle risorse attribuite al Fondo sanitario nazionale, allineando agli stanziamenti previsti nei principali Paesi europei (+10% del PIL), estrapolando tale spesa dal Piano di Stabilità in considerazione della sua obbligatorietà;

2) - revisione dei criteri di riparto del Fondo tra le regioni, attenuando l'effetto della quota pesata (anzianità della popolazione) e introducendo l'indice di deprivazione;

3) - istituzione di un Fondo decennale, cofinanziato dall'Unione europea, destinato alle regioni carenti di standard organizzativi, tecnologici e strutturali, alcune di ridurre progressivamente e definitivamente il gap esistente con le regioni più efficienti;

4) - ridefinizione del rapporto pubblico/privato con l'obiettivo di riconsegnare all'organizzazione sanitaria pubblica le funzioni e le attività assistenziali strategiche; contrasto delle attività private funzionali alla formazione di quote significative di mobilità passiva;

5) - ridefinizione degli standard organizzativi, strutturali e tecnologici delle residenze, a vario titolo destinate all'assistenza delle persone anziane e/o fragili, e introduzione di un sistema efficace e permanentemente di controlli quali/quantitativi;

6) - aggiornamento dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) finalizzato al rafforzamento dello spettro prestazionale e al miglioramento complessivo dell'assistenza erogata dal Servizio Sanitario Nazionale.

Nella riorganizzazione e rilancio della medicina territoriale, il medico deve avere il primato decisionale, ed i comuni dovranno avere un ruolo attivo soprattutto nella prevenzione.

Le Regioni del Mezzogiorno devono essere ricondotte ad una riorganizzazione della gestione sanitaria su base

funzionale, non limitata nei confini amministrativi regionali.

Questo attraverso una collaborazione sistemica regionale, ed interregionale resa possibile dalla applicazione convinta delle norme sancite dall'art. 117 della Costituzione Italiana.

La salute degli abitanti non può prescindere dal tenere uniti i due aspetti della salute e del sociale, base fondante del nuovo stile di una medicina territoriale intesa come il passaggio da un'offerta di servizi passiva e non coordinata ad un'assistenza integrata in cui ogni soggetto coinvolto svolga il proprio ruolo senza sovrapposizioni, garantendo ai cittadini interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio per la salute.

Mezzogiorno Federato



Peso:89%