



## **La devolution in campo sanitario: il parere degli operatori, dei politici e la mia**

A cura di: **Carlo Di Stanislao**

*"Gli uomini sono agitati e turbati non dalle cose, ma dalle opinioni che essi hanno delle cose"*  
**Epitteto**

*"La ricchezza della natura è delimitata e facile da avere, quella delle vane opinioni si perde all'infinito"*  
**Epicuro**

Negli anni Novanta la sanità italiana è stata investita da almeno due grandi ondate riformistiche che, oltre a mettere in discussione i precedenti equilibri fra pubblico e privato, hanno avuto forti implicazioni sul piano territoriale, con un arretramento dello stato ed un avanzamento dei livelli subnazionali, in particolare di quello regionale.

Ciò ha comportato una lievitazione della spesa sanitaria regionale e una netta differenziazione della sanità nelle diverse regioni.

Inoltre, a più di tre anni dal via libera definitivo del Parlamento (di destra allora, poi virato sinistra e ritornato in mano allo destra di recente), la maggioranza dei medici italiani, il 60,3%, è contraria alla riforma costituzionale che accelera sul federalismo.

Una riforma destinata, secondo i dottori, a produrre più danni che benefici per i cittadini e ad accentuare le differenze già esistenti fra il Nord e il Sud della penisola, marcando il distacco fra una sanità di serie A e una di B.

È quanto emerge da un sondaggio, pubblicato il 27 gennaio 2005 e condotto online da *Edra S.p.A.* editore di *Doctornews per Adnkronos Salute*, nel rispetto del codice deontologico Esomar (European Society for Opinion and Marketing Research).

Al sondaggio hanno risposto 4.100 camici bianchi, ospedalieri e di famiglia.

A fronte di un 60,3% di contrari, quasi un medico su 4 (24,8%) è comunque favorevole alla devolution in sanità.

Il 14,9% non ha ancora maturato un'opinione.

Per il 65,3%, i danni per i cittadini che avranno bisogno di cure e assistenza supereranno i vantaggi evidenziati dai fautori della riforma devolutiva.

Più vantaggi che problemi, invece, aspettano i pazienti, secondo il 23,9% dei camici bianchi.

Sul rischio che la devolution crei e rafforzi 21 diversi sistemi sanitari, i medici compatti non hanno dubbi: per l'85% aumenteranno le differenze già esistenti fra Regione e Regione.

Solo uno su 10 è convinto del contrario. Sui Livelli essenziali di assistenza (Lea), le prestazioni garantite gratuitamente in tutta la penisola, i camici bianchi sono a maggioranza critici.

Il 53,9% li considera troppo restrittivi, dunque non in grado di rispondere ai bisogni di salute e di cura dei cittadini.

Il 38,4% li trova, invece, adeguati alle esigenze dei pazienti.

Infine, un dato preoccupante: ben il 90% dei medici, ospedalieri e di famiglia, ritiene reale il "rischio di un razionamento delle prestazioni, soprattutto in alcune Regioni, visti gli attuali vincoli di bilancio e l'inadeguatezza delle risorse".

Solo una sparuta minoranza gli ottimisti, che sfiorano il 7%.

Il sottosegretario alla Salute del passato governo Prodi, Cesare Corsi, commentando i risultati del sondaggio, ha dichiarato: "lo Stato ha non solo il dovere, ma anche il diritto di intervenire

nei confronti delle Regioni ogni qual volta viene messo in dubbio il diritto dei cittadini alla salute". Più che nei confronti della devolution, secondo Corsi, bisognerebbe essere "critici su come le Regioni stanno gestendo le competenze e i poteri che hanno richiesto a gran voce". D'altronde, ricorda Corsi, "le Regioni gestivano già in maniera autonoma la sanità, non in virtù della legge approvata da questa maggioranza, ma della riforma del titolo V votata nella scorsa legislatura".

Adesso con la devolution si precisano meglio i confini delle competenze regionali, evitando i contenziosi con lo Stato, l'augurio è che le Regioni sappiano gestire la devolution "ottimizzando i servizi ai cittadini, spendendo meglio le risorse disponibili, e rispettando davvero gli impegni assunti con lo Stato. Altrimenti scatta l'intervento del Governo centrale, che ha non solo il dovere, ma il diritto di farlo".

Sempre in merito ai risultati del sondaggio Elisabetta Alberti Casellati, altro sottosegretario alla Salute del passato governo di sinistra, ha affermato: "Non esiste alcuna possibilità che dalla riforma costituzionale o dalle altre leggi dello Stato - sottolinea - si crei nel nostro Paese una sanità di serie A e una di serie B. Al contrario, il federalismo propone modelli in cui i servizi sono modulati sui bisogni e sulle esigenze che emergono dalle diverse realtà territoriali. Né si può dire che attraverso un sistema federale si creino tante sanità quante sono le Regioni".

"E' vero invece - sostiene la Casellati - che la disuguaglianza c'è laddove si offrono gli stessi servizi a fronte di bisogni diversi, come era successo con la riforma del centrosinistra.

La valorizzazione delle differenze regionali costituisce, dunque, un traguardo ambizioso per il settore sanitario.

Il nuovo patto di stabilità per la sanità, inoltre, prevede possibilità di partenariato fra le Regioni, per esempio la Calabria e la Lombardia, proprio per stimolarle non solo a mantenersi su una frontiera produttiva efficiente, ma anche ad adottare strategie socio-sanitarie migliori". Secondo la senatrice, infine, i Livelli essenziali di assistenza, "introdotti da questo Governo e che tutte le Regioni devono garantire ai cittadini, costituiscono un denominatore comune e al tempo stesso il collante di una sorta di 'unità' nazionale.

Per la sanità sono stati stanziati rispetto al Governo precedente 30 miliardi di euro in più, dunque maggiori servizi ai cittadini. Il resto sono chiacchiere".

Invece, Serafino Zucchelli, segretario dell'ANAAO, ribadisce il 'no' alla riforma devolutiva.

"L'opinione prevalente nel nostro mondo - commenta - è che questa riforma sia un grave danno. Ci daremo da fare perché venga abrogata con il referendum. Mi auguro che i cittadini, quando saranno chiamati a pronunciarsi, spazzeranno via questa legge". La devolution "è espressione di assoluta irresponsabilità istituzionale perché si divide il Paese, ma anche - spiega - economica e finanziaria, perché tutti i processi devolutivi comportano un aumento notevole di spesa. E infatti bisognerebbe trasferire circa 70 miliardi di euro dal centro alla periferia".

Nella sanità italiana, prosegue Zucchelli, "già" adesso ci sono evidenti differenze nella fruizione del diritto alla salute da parte dei cittadini delle diverse Regioni. La devolution sancirà ed esalterà in modo intollerabile queste differenze, decretando la fine dell'unicità del sistema. Ci sono pezzi del Paese a rischio di essere abbandonati a se stessi. Le Regioni del Nord arrancano, ma ce la fanno e continueranno a garantire i servizi ai loro cittadini. Le Regioni del Centro e del Sud non ce la fanno, i diritti sono sanciti solo su carta: si rischia di 'perdere' circa 20-25 milioni di cittadini, che sono uguali a tutti gli altri". L'AnaaO, insieme alla Confederazione italiana dei dirigenti (Cida), organizzerà un convegno a Roma, il 27 febbraio, sulla devolution e sui problemi collegati, "per rendere più esplicita la nostra contrarietà". Il "pericolo" della devolution è la "lacerazione del tessuto di solidarietà e mutualità che lega i cittadini e dà il senso di appartenenza alla stessa nazione".

Lo sottolinea Giuseppe Petrella (Ds), oncologo napoletano e vicepresidente della Commissione Affari sociali della Camera, commentando i risultati del sondaggio sulla riforma costituzionale, a cui hanno partecipato circa 4.100 medici.

Con un 60% di contrari, "questi risultati - afferma - rispecchiano l'opinione prevalente sulla devolution in sanità". La legge approvata poco più di un mese fa dal Parlamento "non è la secessione che la Lega non è riuscita a far passare - osserva Petrella - ma allo stesso modo mina l'uguaglianza dei diritti, intervenendo pesantemente sui sistemi di Welfare".

Lapidaria Rosy Bindi, nel commentare i risultati dell'indagine. "Per noi promotori del referendum abrogativo della riforma costituzionale - aggiunge - i risultati di questo sondaggio

rappresentano un buon auspicio per la vittoria finale. Con il contributo decisivo dei medici". L'esponente della Margherita ammette di nutrire molte speranze, "anche alla luce della contrarietà espressa dai medici sulla devolution", nei confronti della consultazione popolare. "In caso contrario, invece - spiega - la situazione si complicherebbe molto perché l'eventuale governo dell'Unione dovrebbe intervenire con una nuova legge costituzionale per correggere la riforma che ha introdotto la devoluzione".

Di altro avviso esponenti del Polo. "Sono convinto che la devolution possa portare vantaggi, e non danni, ai cittadini". È il parere di Giuseppe Palumbo (Fi), presidente della Commissione Affari sociali della Camera, che commenta i risultati del sondaggio sulla devolution, a cui hanno risposto oltre 4.000 camici bianchi, "rassicurando i medici. Certo - sottolinea - è necessario che le Regioni si organizzino in maniera valida. I medici del Sud sono altrettanto bravi di quelli del Nord, ci sono problemi strutturali e organizzativi che le Regioni devono risolvere e sprechi e inefficienze che vanno combattuti". "Sono stati fatti passi avanti in questa legislatura - afferma Palumbo - come l'apertura di ospedali che per anni erano stati cantieri e l'impegno di portare al Sud centri di eccellenza come gli Irccs, concentrati da Roma in su. Gli stessi Livelli essenziali di assistenza sono stati messi a punto per erogare e garantire le prestazioni indispensabili ai cittadini in tutto il Paese".

Per quanto mi riguarda, già nel 2005, collaborando con il compianto Domenico Susi all'interno dell'Osservatorio Nazionale sulle MnC della Fondazione Silone, avevo espresso le mie perplessità sui LEA e la devolution, trasformazione caratterizzata da tre fattori evolutivi fondamentali:

- il progressivo decentramento di poteri e competenze dallo Stato alle Regioni;
- la crescita della popolazione anziana, che impone la necessità di definire un nuovo punto di equilibrio tra le risorse da destinare alle patologie acute e quelle per le cronicità;
- l'esigenza di assicurare LEA uniformi su tutto il territorio nazionale, in ogni caso correlando strettamente la essenzialità delle prestazioni erogate all'appropriatezza delle stesse.

Tutto questo trova puntuale riscontro nel Piano Sanitario Nazionale, che definisce una strategia di cambiamento articolata in 10 progetti, tra i quali:

- attuare, monitorare e aggiornare l'accordo sui livelli essenziali di assistenza e ridurre le liste di attesa;
- promuovere una rete integrata dei servizi sanitari e sociali per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili;
- garantire e monitorare la qualità dell'assistenza sanitaria e delle tecnologie biomediche;
- promuovere il territorio quale primaria sede di assistenza e di governo dei percorsi sanitari e socio - sanitari.

In questo contesto si manifesta l'esigenza di supportare il SSN con un sistema informativo di nuova concezione, che si proponga quale strumento essenziale per il governo della Sanità a livello nazionale, regionale e locale e per migliorare l'accesso alle strutture e la fruizione dei servizi da parte dei cittadini - utenti, mettendo a disposizione informazioni che, per quantità, qualità e tempestività, possano supportare adeguatamente le Regioni nell'esercizio delle funzioni attribuite dalla riforma e il Ministero nella sua funzione di garante dell'applicazione uniforme dei Livelli Essenziali di Assistenza sul territorio nazionale.

La sua costruzione deve essere fondata sui principi ispiratori indicati dalla Conferenza permanente Stato-Regioni:

- supporto al processo di regionalizzazione, coerentemente con i livelli di responsabilizzazione di tutti gli attori del SSN, a fronte della necessità di garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale;
- coesione tra gli attori del SSN, attraverso la piena condivisione delle informazioni possedute dalle Amministrazioni centrali, dalle Regioni e Province autonome;
- cooperazione e integrazione dei diversi sistemi informativi gestiti in piena autonomia dalle singole amministrazioni regionali e locali;
- orientamento al cittadino/utente attraverso un sistema integrato di informazioni sanitarie individuali.

Tre sono gli elementi cruciali della riforma: la definitiva abolizione di tutti i trasferimenti dallo Stato alle Regioni, incluse le integrazioni dal Fondo sanitario nazionale; l'eliminazione di ogni vincolo di destinazione delle risorse alla sanità; l'introduzione di un meccanismo di perequazione interregionale.

La sostituzione dei trasferimenti soppressi con nuove compartecipazioni sui principali tributi statali (Iva, Irpef e accisa sulle benzine) porta a compimento il processo di emancipazione della finanza regionale. Una maggiore autonomia è poi ricercata nella sanità, di gran lunga il principale settore di spesa delle Regioni: lo Stato non vincolerà più le Regioni a spendere un ammontare predeterminato di risorse ma verificherà direttamente la quantità/qualità dei servizi offerti.

L'istituzione di un sistema di trasferimenti perequativi ispirato a criteri equitativi è poi un'assoluta novità.

Tale meccanismo dovrebbe correggere le disparità di gettito fra Regioni ricche e Regioni povere e garantire al contempo la copertura dei rispettivi fabbisogni sanitari.

Il disegno della riforma contiene tuttavia due punti critici.

Il primo riguarda la coerenza fra risorse disponibili alle singole Regioni e rispettivi fabbisogni. Questa coerenza è garantita nel primo anno, in quanto le aliquote delle nuove compartecipazioni saranno fissate in modo tale da produrre un gettito pari ai trasferimenti aboliti. Tuttavia nel lungo periodo le differenti dinamiche delle basi imponibili regionali e delle esigenze di spesa potrebbero divaricare la forbice fra risorse e fabbisogni.

Le simulazioni condotte da Econpubblica-Bocconi e sintetizzate nella tabella evidenziano la criticità della dinamica dei fabbisogni sanitari.

Con riferimento al 2010, la tabella confronta uno scenario "favorevole", in cui i fabbisogni sanitari crescono in linea con il Pil nominale, con uno scenario "sfavorevole", in cui la dinamica dei fabbisogni sanitari tiene conto dell'invecchiamento della popolazione e della conseguente necessità di aumentare l'offerta di servizi per garantire i livelli di assistenza attuali.

Nella prima simulazione le risorse a disposizione delle Regioni restano sostanzialmente in linea con i fabbisogni, ma nella seconda non sono neppure in grado di garantire l'offerta sanitaria ai livelli attuali, pur rinunciando totalmente al finanziamento delle competenze extra-sanitarie.

A questa carenza di risorse è possibile far fronte seguendo due strategie. La prima consiste nella revisione periodica delle aliquote di compartecipazione in modo da finanziare gli incrementi nei fabbisogni.

Tuttavia, il rischio è reintrodurre quegli incentivi all'irresponsabilità finanziaria delle Regioni che caratterizzano l'attuale sistema di finanziamento basato sui trasferimenti.

I disavanzi emersi in passato nella sanità sono infatti riconducibili a un meccanismo perverso in cui lo Stato, fissando stanziamenti al Fondo sanitario nazionale palesemente insufficienti, incentivava le Regioni ai disavanzi, nella convinzione di un loro successivo ripiano.

La seconda strategia mantiene costanti le aliquote, agendo dal lato della spesa, con un arretramento dei livelli di copertura offerti dal Servizio sanitario nazionale: un'ipotesi coerente con il Piano sanitario nazionale, che prevede un'evoluzione della spesa in linea con il Pil nominale, ignorando la crescita dei consumi sanitari connessa con i processi demografici.

Ma questo ridimensionamento potrebbe avere effetti dirompenti. Come impedire che le Regioni più ricche, che non ricevono più alcun trasferimento dallo Stato, offrano servizi superiori agli standard nazionali, ricorrendo a tributi propri<sup>1</sup>?

La differenziazione regionale nei servizi acuirebbe la mobilità interregionale e potrebbe condurre a limitare l'accesso dei non residenti: il diritto alla salute, su cui si fonda il Ssn, perderebbe il suo legame con la cittadinanza nazionale, per divenire un'articolazione della cittadinanza regionale.

Il secondo aspetto critico concerne il coordinamento fra perequazione e autonomia fiscale regionale. Sembra singolare che la riforma, attribuendo alle Regioni spazi di autonomia nella fissazione delle aliquote Irap e Irpef, non preveda alcuna forma di perequazione dei gettiti.

Il risultato sarebbe non solo un'inaccettabile differenza delle risorse raccolte, ma anche un indebolimento degli incentivi allo sforzo fiscale delle Regioni povere, che da un incremento delle aliquote ricaverebbero gettiti modesti.

---

<sup>1</sup> Va qui comunque ricordato un dato inequivocabile, segnalato dal ministro Sacconi ed altri esponenti del Governo, di recente: è proprio nelle realtà più inefficienti ci siano le erogazioni più generose per il personale, a partire dai manager, mentre occorrerebbe collegare, a tutti i livelli, le retribuzioni ai risultati.

La tabella mostra la fortissima sperequazione che emergerebbe nel gettito aggiuntivo derivante dallo sforzo fiscale, con riferimento al 2000: la regione più ricca, la Lombardia, ottiene un gettito aggiuntivo che supera del 60% quello medio delle altre Regioni e la più povera, la Calabria, ottiene risorse inferiori alla media di quasi il 60 per cento.

Per garantire l'effettivo esercizio dell'autonomia fiscale da parte delle Regioni meridionali è quindi indispensabile istituire meccanismi che premino lo sforzo fiscale.

Una possibile soluzione è rappresentata da un ulteriore livello di trasferimenti che si attivano solo quando le Regioni con basi imponibili inferiori alla media nazionale aumentano le aliquote dei tributi propri.

Il finanziamento di tali trasferimenti potrebbe essere ripartito tra le Regioni più ricche in maniera proporzionale alle rispettive basi imponibili.

Come illustrato dalla tabella, tale meccanismo garantirebbe alle Regioni meridionali risorse aggiuntive vicine alla media nazionale, senza ridurre gli incentivi allo sforzo fiscale delle Regioni settentrionali. In questo contesto, dunque, non appare certo una forzatura sottolineare come le differenze territoriali di opinione sul federalismo rinviano a una dimensione molto concreta, quella della qualità percepita dei servizi.

In questa situazione l'istituzione dei fondi sanitari integrativi può approfondire il divario.

Le differenze fra regioni nei livelli garantiti inducono a fissare livelli di copertura integrativa e di premi assicurativi altrettanto differenziati, sia per i fondi locali sia per quelli nazionali.

La lunghezza delle liste di attesa e altri condizionamenti - più o meno legittimi - della domanda potrebbero poi essere utilizzati ad arte dai produttori per far fruttare al massimo i loro redditi mediante i fondi integrativi, mentre le differenze nelle modalità di finanziamento dei fondi potrebbero incentivare i fornitori a modificare il loro comportamento prescrittivo, inducendo ulteriori fenomeni sperequativi.

In definitiva, la riforma in senso federale del Servizio sanitario nazionale, secondo Fabbri, ha privato il governo centrale della possibilità di fare convergere i sistemi regionali, mentre la creazione di un mercato assicurativo forte e libero rischia di aumentare la forbice della disuguaglianza.

Alla diversificazione della capacità fiscali delle diverse Regioni si viene poi ad aggiungere quella dei privati aderenti ai fondi integrativi, che mediamente va nello stesso senso: nelle Regioni più ricche ci sono privati più ricchi, e perciò più disponibili e incentivati dagli sgravi fiscali previsti dal regime vigente.

Si dovranno perciò prevedere politiche attive, sotto la responsabilità di soggetti terzi neutrali, per impedire comportamenti opportunistici di assistiti e fornitori, ai danni dei fondi stessi, auspica Fabbri. Che, in chiusura, porta alla luce un altro nodo: la tutela degli individui sottoassicurati. Ovvero dei giovani, poco disposti a pagare in quanto non avvertono il rischio della malattia, e dei vecchi che, invece, non dispongono delle somme necessarie per pagare i premi corrispondenti alla loro età.

Matteo Lippi Bruni in un suo recente saggio (del 2006), conclude trattando il ruolo dei fondi sanitari integrativi nel nuovo assetto assunto dal Servizio sanitario nazionale con la statuizione dei livelli essenziali di assistenza. Mettendo in luce, in prima battuta, un'anomalia della spesa sanitaria italiana, dove soltanto il dieci per cento della spesa privata è coperto da assicurazione, mentre il restante è pagato direttamente di tasca propria dal malato.

Una pesante tassa sulla malattia (assente persino nei paesi a regime liberistico, come gli Stati Uniti e la Confederazione elvetica), frutto tardivo e paradossale della legge di riforma sanitaria (833/1978) che stabiliva il superamento della mutualità in favore dell'universalismo più esteso e più egualitario possibile.

Il contenimento della spesa sanitaria pubblica ha suscitato un rinnovato desiderio di assicurazioni integrative, che già venivano richiamate dal decreto legislativo 502/1992, primo tentativo di riconoscere l'incapacità dello stato di realizzare gli obiettivi di universalismo (pur contenuti nella legge 833) a causa del deficit pubblico.

La successiva correzione di rotta, avvenuta con il decreto legislativo 517 del 1993, che limitava la sperimentazione dei fondi alle prestazioni aggiuntive rispetto a quelle garantite dall'SSN, tendeva a salvaguardare il principio dell'universalità: purtroppo è poi mancato il relativo regolamento applicativo, per cui si è giunti fino al decreto legislativo 229 del 1999 e alla definizione dei cosiddetti «fondi DOC» senza che i fondi integrativi avessero potuto decollare.

In conclusione, se da un lato i fondi possono controllare la qualità e contrattare i costi, occorre tuttavia fare attenzione che per loro tramite non si attuino politiche di selezione avversa e di scrematura dei rischi.

Dopo l'ultima finanziaria approvata a "colpi di fiducia" (e retromarcia su grossolani errori) dal governo Berlusconi a luglio 2008 le cose si sono ancora più aggravate<sup>2</sup>.

Il ministro Sacconi, in un'intervista del 13 luglio 2008, nega, comunque, l'esistenza di tagli e parla di una manovra rigorosa per attrezzare la fragile navicella italiana alla possibile tempesta della recessione internazionale e con un richiamo alle regioni ad una maggiore serietà nell'amministrazione delle risorse. Infatti, sempre secondo il ministro (del Welfare e della Sanità): "il nostro è un sistema spaccato a metà: da una parte le regioni che forse hanno la migliore sanità del mondo e dall'altro quelle che hanno i peggiori servizi tra i Paesi industrializzati".

Un rapporto del Censis del 2007 ci informa che il 56,3% degli italiani si dichiara a favore di una sanità regionalizzata, ma, va chiarito, che solo alcune regioni (quasi tutte al Nord) si stanno attrezzando realmente nel senso di un federalismo sanitario corretto.

Sempre secondo il ministro Sacconi: "il problema di fondo è quello di condurre le regioni inefficienti all'efficienza.

Senza confondere la giusta solidarietà verso quelle che hanno minore capienza fiscale, con l'idea che del pie' di lista, e cioè che si debbano continuamente coprire le loro inefficienze.

Se continuerà così avremo ancora spese fuori controllo, servizi di cattiva qualità e cittadini costretti a spostarsi verso regioni più efficienti. Un sistema che fa triplicare i costi".

E sempre nella dichiarata intervista ha aggiunto che "è stato il governo Prodi a prevedere che il primo gennaio del 2009 scattino ticket da 10 euro per la diagnostica e le visite specialistiche.

Noi, che non condividiamo questa scelta, abbiamo detto alle regioni che metteremo altri 50 milioni proprio per cercare di evitare l'introduzione dei ticket.

E che per il resto potranno decidere loro come reperire le risorse. Ad esempio tagliando gli stipendi ai direttori generali oppure con ticket."

Sono molti, fra gli osservatori, a dichiarare, allo stato attuale delle cose, che la "devolution" rischia di favorire, accentuandole, le disparità fra regioni, portando a soluzioni antieconomiche, molto spesso difficili da sostenere, oppure a diversità di livelli assistenziali e qualità dei servizi erogati.

In effetti, molte regioni italiane non hanno ancora preparato il terreno adatto a una simile riforma globale. È del tutto assente, in particolare, il potere di programmare e legiferare a livello regionale in tema di sanità rimasto tuttora al Governo centrale.

Ma mancano anche le risorse sufficienti, le pianificazioni dettagliate territoriali dei fabbisogni, le risorse umane da destinare ad una materia così complicata.

Mi riferisco a risorse materiali, da saper amministrare e ottimizzare.

In effetti, ciò che manca, soprattutto nella sanità pubblica, è una classe dirigente rigorosa e ben formata, capace di arginare le spese, ma anche di fornire livelli di assistenza adeguata ai parametri previsti da una nazione civile e socialmente molto attenta e avanzata.

A tal proposito, già nel 2005, la CEI criticava il federalismo sanitario, bollandolo come "del tutto priva di adeguati meccanismi di perequazione".

In precedenza il Servizio Informazione Religiosa della Cei (Sir) aveva sottolineato che dovrà essere "il popolo sovrano a dire se questa stagione di riforme costituzionali votate a maggioranza porterà ad un nuovo equilibrio costituzionale oppure resterà consegnata agli archivi come uno dei capitoli della lunga ed aggrovigliata transizione di questo decennio".

---

<sup>2</sup> Dopo aver tagliato risorse alla scuola e alle forze di polizia, il governo interviene con l'accetta anche sulla sanità, con la reintroduzione di ticket anche per le categorie finora esenti (malati oncologici, anziani affetti da patologie che creano invalidità), tagli al personale ospedaliero e ai posti letto. Tutti i costi delle scelte impopolari vengono scaricati sulle Regioni. Tutti i presidenti delle Regioni (Formigoni incluso) hanno già cominciato a protestare a voce alta per le scelte in campo sanitario. Il coordinatore nazionale della Conferenza delle Regioni, l'assessore alla sanità della Toscana, Enrico Rossi, parla di una manovra "demenziale" che rischia di far saltare tutto il lavoro faticoso avviato da circa dieci anni dalle amministrazioni locali per rimettere in ordine i conti della sanità. Se dovessero passare senza modifiche i provvedimenti contenuti nel maxiemendamento, si dovranno rivedere i rapporti con i medici di famiglia e tagliare in modo brutale sia sull'assistenza sanitaria vera e propria sia soprattutto sulla prevenzione, a cominciare da quella oncologica, ridurre i posti letto in ospedale e tagliare sugli organici dei medici. Tremonti, con un atto di "generosità", si è detto disponibile a concedere 50 milioni per la copertura dei ticket. Peccato che ne erano stati previsti 834.

Vedi: <http://www.rassegna.it/2008/attualita/articoli/finanziaria10.htm>.

Secondo l'agenzia dei vescovi "il nostro Paese è chiamato a molteplici sfide, nello scacchiere europeo ed internazionale: può giocare un ruolo significativo, perchè dispone di grandi potenzialità, ma per farlo deve potere contare su una struttura istituzionale e su attori politici adeguati".

Secondo il Sir, "conforta il riferimento, ancora attualissimo, al dibattito costituzionale di sessant'anni fa e ai grandi che l'animarono, primo fra tutti Alcide De Gasperi di cui da poco si sono concluse le celebrazioni del cinquantenario. Il suo esempio giustamente rilanciato può ben rappresentare un punto di riferimento, sicuro e creativo, per tutti".

Siamo con Atonio Cicchetti, direttore amministrativo dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, che, tre anni fa, ha dichiarato che: "se in sostanza, soprattutto nei primi quattro anni di funzionamento del cosiddetto patto interno di stabilità, la quantità di risorse assegnata alle diverse regioni non è cambiata, in pratica questa ripartizione non nasce più da una scelta centrale basata su criteri di solidarietà condivisi ma da una negoziazione tra regioni che avviene sul tavolo della Conferenza Stato-Regioni, dove le regioni più ricche hanno la forza anche morale di pesare di più nelle scelte".

In effetti, riteniamo che lo Stato dovrebbe avere competenza anche sulle linee generali della sanità e cioè sulla distribuzione e conseguente efficacia e qualità dei servizi al cittadino.

Garantire la pari accessibilità ed equità del cittadino alle cure favorendo l'attenuazione del divario tra nord e sud con conseguente riduzione dell'emigrazione sanitaria e dei viaggi della speranza.

Pertanto, pur riconoscendo la necessità di una gestione migliore e decentralizzata della sanità, come sostenuto, con note e accenti diversi da destra e sinistra, auspichiamo che la "devolution" sia, in questo delicato ambito, solidale, equa ed equilibrata, per tutelare la salute dei cittadini non in rapporto al luogo di nascita o di residenza.

Ha ragione, ancora una volta, Ivan Cavicchi: se esaminassimo nel loro insieme progetti, politiche vecchie e nuove, grandi questioni come la qualità, il rischio clinico, la libera professione medica, i livelli di assistenza e anche i grandi obiettivi riformatori mai raggiunti, la prevenzione, l'integrazione, la partecipazione sociale, ci occorgeremmo, senza fatica, del "pensiero debole" che sostiene ancora la sanità in Italia.

Da tale analisi emergono le responsabilità politiche che sono certo frutto di arretratezze culturali, ma anche vere e proprie incapacità di governo.

Tante sono le prove raccolte, ma quella più schiacciante è sicuramente la crescita costante negli anni delle disuguaglianze a tutti i livelli, in tutte le forme e soprattutto in tutte le Regioni, nessuna esclusa.

Con la fine del servizio sanitario nazionale, voluta dalla riforma del titolo V della Costituzione<sup>3</sup>, entra in crisi quell'idea di universalismo che avrebbe dovuto rendere i cittadini tutti uguali di fronte alla malattia, ma anche tutti uguali di fronte alle possibilità di salute.

### **Per approfondire**

- AAVV: Il sistema integrato dei servizi sociali. Commento alla Legge n. 328 del 2000 e ai provvedimenti attuativi dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, Ed. Giuffrè, Roma, 2007.
- Balduzzi R. (a cura di): La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution. Atti del Convegno (Genova, 24 febbraio 2003), Ed. Giuffrè, Roma, 2004.
- Cavicchi I.: Il pensiero debole della sanità, Ed. Dedalo Libri, Roma, 2008.
- Cavicchi I.: Autonomia e responsabilità. Un libro verde per medici e operatori della sanità pubblica, Ed. Dedalo Libri, Roma, 2007.
- Cavicchi I.: Ripensare la medicina. Restauri, reinterpretazioni, aggiornamenti, ed. Bollati Boringhieri, Torino, 2004.

---

<sup>3</sup> I nuovi principi costituzionali in tema di trasferimento delle funzioni nella materia dell'assistenza non hanno tolto attualità alla Legge 328/2000 sia perché, secondo la Legge 131/2003, le norme dell'Ordinamento statale continuano ad esplicare efficacia sino all'avvento di nuove disposizioni regionali, sia perché alcuni aspetti rilevanti della materia (quali la disciplina civilistica dei corpi sociali, il trattamento tributario, ecc.) trovano disciplina nelle leggi dello Stato l'unica fonte disciplinatrice. Nel contempo - sia pure in modo disomogeneo fra le diverse Regioni e, comunque, in termini parziali - ha cominciato ad esplicarsi l'iniziativa legislativa delle Regioni.

- Falcitelli N., Trabucchi M., Vanara F. (a cura di): Rapporto sanità 2003. Il governo dei sistemi sanitari tra programmazione, devolution e valorizzazione delle autonomie, ed. Il Mulino, Bologna, 2003.
- Maino F.: La politica sanitaria, Ed. Il Mulino, Bologna, 2001.