

ADDIO SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE: È L'AUTONOMIA

GIANFRANCO VIESTI

Il servizio sanitario nazionale (Ssn) è una delle più importanti conquiste dell'Italia repubblicana. È da tempo sotto attacco. E le intese sull'autonomia regionale differenziata che il governo Meloni sta concludendo con quattro regioni del Nord governate dalla destra configurano una delle offensive più pericolose.

La copertura universalistica pubblica dei bisogni di prevenzione, assistenza e cura è uno dei motivi, insieme ad alcuni dei nostri stili di vita, per cui in Italia l'aspettativa è altissima nel confronto internazionale; e da quando c'è il Ssn, dal 1978, i progressi sono stati nettissimi. Il paragone con gli Usa, dove i redditi medi dei cittadini sono maggiori ma si vive molto meno, non potrebbe essere più chiaro. Da noi, almeno in teoria, si cerca di garantire la sanità a tutti; lì l'accesso alle cure è collegato alle possibilità economiche: la vita è lunga per i benestanti, breve per i poveri. Il sistema italiano, lo sappiamo, non è perfetto. Le differenziazioni territoriali rappresentano un problema serio. Al Sud la sanità funziona peggio e la vita media in alcune regioni è minore (anche se sempre molto alta in comparazione internazio-

nale). La spiegazione di queste differenze non è banale. Non vi è dubbio che contino le capacità delle Amministrazioni Regionali di garantire efficienza e una qualità diffusa: il sistema sanitario al Sud è molto diverso da ospedale a ospedale. Vi sono certamente distorsioni indotte da decisioni in materia sanitaria a fini di consenso politico. Ma questo certamente non accade solo al Sud. E certamente contano anche altri fattori.

La sanità meridionale è da sempre più debole in termini di strutture e strumentazioni. Lo scarto si è ampliato (come mostrano l'Ufficio Parlamentare di Bilancio e la Banca d'Italia) negli ultimi venti anni, come conseguenza dei piani di rientro: le dotazioni di posti letto, ad esempio, sono minori; così come il numero di infermieri. È meno finanziata: i criteri di riparto del fondo sanitario, dall'inizio del secolo, tengono giustamente conto dell'anzianità (che in passato era minore al Sud), ma ignorano la fondamentale circostanza che i poveri (più numerosi al Sud) hanno maggiori bisogni di cura. Chi ha bassi livelli di istruzione ha stili di vita più a rischio, fanno meno analisi e controlli, è meno in grado di gestire bene la propria salute. Così, molti cittadini trascurano la prevenzione, hanno difficoltà a accedere ai servizi, scontano ritardi; non pochi rinunciano. L'universalismo del nostro sistema è incompleto. La disuguaglianza, si badi bene, non è fra astratte "regioni", ma fra i cittadini che le abitano.

Il sistema sanitario pubblico

avrebbe bisogno di un paziente, grande, rilancio; riducendone le inefficienze e le iniquità. Stabilito livelli garantiti di servizio per tutti noi (i Lep previsti dalla Costituzione) e finanziandoli adeguatamente secondo i fabbisogni. Gli attuali Lea, si badi bene, sono semplici indicatori di monitoraggio. Accrescendo così la sua natura di grande infrastruttura collettiva nazionale, al servizio di tutti gli italiani, indipendentemente da reddito o residenza; di investimento sul nostro futuro. Ma l'universalismo non va più di moda, tantomeno il contrasto alle disuguaglianze. Il Ssn è da tempo sotto attacco.

In confronto ai principali partner europei, è significativamente

sottofinanziato. Un numero descrive bene la criticità: quasi un quarto della spesa sanitaria totale è ormai sopportata dalle famiglie; una percentuale estremamente alta. Il che accresce la selettività dell'accesso alla cura in base al reddito: i meno abbienti non ce la fanno. E questo accade molto al Sud ma anche al Nord.

Potenti interessi economici, sia nella sanità privata sia nei sistemi assicurativi, lo stanno corrodendo. È propagandata la tesi, sovente interessata, che sia insostenibile; e che quindi è un bene che si diffondano le polizze personali o di categoria. Per chi può. Iniquità territoriali e privatizzazione si tengono: il 70% dei ser-



Peso: 31%

vizi sanitari lombardi erogati ai non residenti è offerto da strutture private. L'idea corrente è che ciascuno si salva da solo. Che quel che conta è la mia salute, il mio medico, il mio ospedale. Le richieste di Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria si muovono pienamente in questa logica. Basta col sistema nazionale; ogni regione per sé (magari aprendo sempre più al privato come in

Lombardia). Non è cura dell'efficienza a casa propria senza danni per gli altri, perché come hanno dimostrato le fonti più autorevoli nelle lunghe audizioni in Parlamento, le nuove potestà produrrebbero conseguenze anche sulle altre regioni. Le disuguaglianze crescerebbero. Non sono piccole questioni tecniche, anche se da sempre così le

si vuole mascherare. Si tratta di una grande battaglia politica. Una secessione, dei ricchi (intesi sia come persone che come territori), da un futuro comune.



Peso: 31%