

Focus sull'autonomia differenziata

Da questo numero inizia un focus sull'autonomia differenziata e tutte le sue possibili implicazioni, con particolare attenzione alla disuguaglianze nell'età evolutiva. Ospitiamo i primi due contributi a firma di Paolo Siani e Mario De Curtis. La rubrica proseguirà nei prossimi numeri e aspettiamo i vostri contributi.

La redazione

Perché ci dobbiamo occupare di autonomia differenziata

Si tratta di una riforma che prevede il decentramento alle Regioni di diverse competenze oggi attribuite allo Stato e in particolare sanità, lavoro, ambiente e istruzione.

Se approvata dal Parlamento, le Regioni avranno la possibilità di legiferare autonomamente, cosa che già avviene adesso, ma anche di trattenere, e questa è la novità, il proprio gettito fiscale, che non sarebbe più distribuito su base nazionale a seconda delle necessità collettive (come accade adesso) sulle quattro materie stabilite.

La proposta deriva dalla richiesta di 3 Regioni del Nord (Veneto, Lombardia e Emilia-Romagna) che per prime hanno chiesto di calcolare il residuo fiscale, che è la differenza tra ciò che un individuo paga di imposte e ciò che riceve in termini di spesa pubblica, cioè di servizi, non su base individuale bensì territoriale, violando così il principio etico su cui si fonda la norma.

Il punto chiave per la politica economica è che la redistribuzione operata dall'azione pubblica non è fra territori ma fra individui.

Per questo motivo la norma prevede anche la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) per evitare il rischio che ci siano troppe differenze territoriali su alcuni servizi, ed è stato istituito un comitato coordinato dal professor Cassese che, in un documento di oltre 700 pagine, chiarisce l'importanza decisiva della definizione dei LEP prima che venga approvata la norma.

I LEP costituiscono, secondo il comitato, "un parametro che deve guidare la pubblica amministrazione nella erogazione delle prestazioni". La pubblica amministrazione, grazie alla quantificazione finanziaria correlata al LEP, è posta nelle condizioni di potere erogare la prestazione nella qualità e nella quantità tale da rispettare il criterio della uniformità sull'intero territorio nazionale.

Inoltre, il comitato afferma che la giurisprudenza costituzionale ha chiarito (recentemente, per esempio, con la sentenza n. 220 del 2021) che i LEP indicano la soglia di spesa costituzionalmente necessaria per erogare le prestazioni sociali di natura fondamentale".

Il comitato LEP ritiene inoltre che in materia di salute non sia necessario definire i LEP, vista la presenza dei LEA.

In sanità oggi nel nostro Paese esistono importanti differenze territoriali certificate ogni anno dai punteggi LEA che vengono raggiunti dalle Regioni del Nord e non da quelle del Sud.

Rispetto al 2020 le Regioni adempienti per i LEA nel 2021 salgono da 11 a 14 e sono: Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche,

Provincia autonoma di Trento, Piemonte, Puglia, Toscana, Umbria, Veneto. In particolare, dal 2020 al 2021, tre Regioni diventano adempienti: Abruzzo, Basilicata e Liguria. Rimangono inadempienti 7 regioni: Campania, Molise, Provincia autonoma di Bolzano, Sicilia, Sardegna, Calabria e Valle D'Aosta. Prendendo in considerazione "i viaggi della salute" come vengono definiti in un recente documento della Corte dei conti, si evince che l'emigrazione sanitaria da Sud verso Nord, ha creato un enorme deficit nei conti delle Regioni del Mezzogiorno.

Nel decennio che va dal 2010 fino al 2019, e che ha riguardato il riparto del Fondo sanitario nazionale fino al 2021, tredici Regioni quasi tutte meridionali, hanno accumulato un saldo negativo di 14 miliardi. Soldi che sono finiti nelle casse della Sanità delle Regioni più ricche: Veneto, Lombardia e Emilia-Romagna.

Nel riparto dei fondi tra le regioni per il SSN e pubblicato in GU il 21 marzo 23, si evince che la Campania, per esempio, ha accumulato per la mobilità extraregionale un deficit di 266.538,969 mentre la Lombardia è in attivo di 402.823.548 euro.

Sono 6 le Regioni che hanno una mobilità sanitaria in positivo: Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Molise.

Si segnala infine che l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù ha un saldo attivo di 251.072.123 euro.

Al momento il governo non ha ancora definito le risorse aggiuntive necessarie a garantire gli stessi servizi in qualsiasi Regione. È superfluo ricordare che, dove ci sono più risorse, cioè maggiori capacità fiscali, i servizi sono sempre migliori. Il PIL pro capite degli abitanti del Nordovest è quasi il doppio di quello dei connazionali del Mezzogiorno: 40.900 euro contro 21.700 euro (+88,5%).

La Provincia autonoma di Bolzano ha un PIL per abitante di 54,5 mila euro, seguita da Lombardia (44,4 mila), Provincia autonoma di Trento (44,2 mila euro) e Valle d'Aosta (43,7 mila euro). Il Lazio ha un PIL per abitante pari a 37,2 mila euro, seguita dalla Toscana (35,1 mila), dalle Marche (30,8 mila) e dall'Umbria (28,2 mila euro).

A Sud, nel 2022 la Basilicata è la regione con il PIL per abitante più alto (27,8 mila euro), a seguire Abruzzo (27 mila), Molise (24,5 mila) e Sardegna (23,7 mila), poi la Campania (21,2 mila euro), la Sicilia (20,1 mila euro) e per finire la Calabria all'ultimo posto con 19,4 mila euro.

Se non interviene lo Stato per riequilibrare le risorse economiche, così come avviene attualmente, è evidente che chi ha più risorse avrà più operatori sanitari, migliori tecnologie, farmaci più avanzati. Così come è evidente che, se non si evita questa disparità di trattamento tra le Regioni, "i viaggi della salute" dei cittadini del Sud del Paese verso le Regioni del Nord aumenteranno in modo esponenziale, mettendo così a rischio l'organizzazione e l'efficienza delle stesse strutture del Centro-Nord.

Inoltre, AGENAS ha reso noto il rapporto tra personale del SSN e popolazione per regione: la media italiana è di 6,1. Sono al di sopra della media l'Emilia-Romagna con un rapporto di 8,7, il Piemonte con 7, il Veneto con 7,18. Risultano invece al di sotto della media la Lombardia con 5,63 (unica Regione del Nord), la Calabria 5,67, la Puglia 5,60, la Sicilia 5,30 e la Campania 5,04.

Inoltre, è stato calcolato il tasso di turnover dei medici e degli infermieri per Regione, calcolando il rapporto tra il numero degli assunti a quello dei pensionati per ogni anno: se maggiore di 100, indica che si è in presenza di un ampliamento delle risorse; al contrario, se minore di 100, si è in presenza di una contrazione dell'organico.

Come si vede nella **Tabella 1**, solo le regioni del Centro-Nord presentano un ampliamento delle risorse.

Tabella 1

	medici	infermieri
Campania	69	57
Sicilia	69	62
Lazio	69	62
Emilia-Romagna	102	108
Lombardia	100	102
Piemonte	92	95
Toscana	105	95
Veneto	101	99
Italia	90	95

(Fonte: elaborazione Agenas su CA 2020 (sono state considerate solo le Regioni con più di 40.000 professionisti).

Infine va affrontato il tema dell'economia non osservata. Si tratta di quelle attività economiche che per diverse ragioni non risultano direttamente rilevabili: attività legali ma non dichiarate, soprattutto a fini fiscali; lavori illegali che vedono almeno una violazione del Codice penale; attività che comprendono la produzione a uso domestico e anche contratti informali in contesti di poco più rispetto a quello familiare.

Per queste attività non vengono versati contributi, tasse o imposte impoverendo così le casse dello Stato. Questo tipo di economia ha un peso molto alto nel Mezzogiorno, dove rappresenta il 17,2% del complesso del valore aggiunto, seguito dal Centro (12,3%). Sensibilmente più limitata, inferiore alla media nazionale, è l'incidenza nel Nord-Est (9,7%) e nel Nord-Ovest (9,2%).

In definitiva se non si attua una redistribuzione delle risorse in base ai livelli essenziali delle prestazioni, se non si colpisce l'economia non osservata, l'autonomia differenziata potrebbe dividere il Paese in un Nord sempre più ricco ed efficiente rispetto al Sud che continuerà ad arretrare inesorabilmente.

Paolo Siani

Direttore Struttura complessa di Pediatria, Ospedale Santobono, Napoli; già vicepresidente Commissione bicamerale infanzia e adolescenza

Autonomia differenziata e mortalità infantile in Italia. Profonde disuguaglianze geografiche ed etniche

I tassi di mortalità infantile sono tra i più significativi indici per valutare lo sviluppo sanitario e civile di un Paese. Il loro monitoraggio è un importante strumento per identificare nel tempo le variazioni influenzate da fattori sanitari, economici, organizzativi e per prevedere e implementare efficaci interventi di politica sociale e sanitaria.

In uno studio appena pubblicato¹, utilizzando i più recenti dati dell'ISTAT, abbiamo analizzato l'andamento della mortalità infantile (numero di morti nel primo anno di vita per mille nati vivi) e la abbiamo correlata alla cittadinanza dei genitori, alla Regione e all'area di residenza.

Nel 2020, anno in cui sono nati 404.892 bambini, la mortalità infantile è stata del 2,5 per mille ed è risultata più elevata per i bambini residenti nel Mezzogiorno e per i figli di genitori stranieri, cioè senza cittadinanza italiana. Un bambino, sia italiano che straniero, che risiede nel Mezzogiorno ha un rischio di morire nel primo anno di vita del 70% più elevato di uno che nasce al Nord. Se il Mezzogiorno avesse avuto lo stesso tasso di mortalità del Nord non sarebbero morti 155 bambini. I bambini stranieri hanno un tasso di mortalità infantile del 60% superiore a quello di genitori italiani, e se risiedono nel Mezzogiorno, il rischio è ancora più elevato. Analizzando la mortalità infantile delle Regioni con la natalità più elevata nel 2020, cioè oltre a 10.000 nati/anno, si è osservato che

quelle con i tassi più elevati sono state la Calabria, la Sicilia, la Campania e la Puglia, mentre quelle con i più bassi tassi sono state: l'Emilia-Romagna, la Toscana, il Veneto e il Piemonte. Il rischio di mortalità infantile della Calabria è risultato essere due volte maggiore rispetto all'Emilia-Romagna e alla Toscana (rispettivamente 2,31 e 2,20), per la Sicilia leggermente inferiore a due (1,95 e 1,86).

La maggiore mortalità nelle Regioni del Mezzogiorno è principalmente legata a storiche problematiche economiche e sociali. È noto che una peggiore condizione sociale come quella legata alla povertà, più frequente nel Sud, è strettamente correlata a un maggiore rischio di malattia. Inoltre le Regioni del Mezzogiorno presentano un'organizzazione sanitaria più critica di quella presente nelle Regioni del Centro-Nord, ulteriormente aggravata negli ultimi anni dai piani di rientro dal deficit economico che hanno determinato un significativo taglio dei finanziamenti per la sanità. Un segno indiretto di questo divario è rappresentato da una maggiore migrazione sanitaria dei minori dalle Regioni del Mezzogiorno verso le Regioni del Centro-Nord per ricevere cure (11,9% di tutti i minori con un'età inferiore a 15 anni).

Nonostante l'Italia sia uno dei Paesi europei con tassi più bassi di mortalità infantile, presenta profonde disuguaglianze territoriali ed etniche. È fondamentale ridurre le disparità geografiche nell'assistenza e garantire una parità di accesso alle cure per tutti i cittadini attraverso la creazione di servizi distribuiti in modo equo sul territorio. Purtroppo in Italia la salute, anche quella infantile, pur essendo un diritto tutelato dalla Costituzione, dipende dalla Regione in cui si ha la fortuna o la sfortuna di nascere o di risiedere. Va ricordato che per il miglioramento dello stato salute è necessario migliorare le condizioni sociali e l'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale. Particolare preoccupazione suscita l'annunciata legge sull'autonomia differenziata perché potrebbe privare le Regioni del Mezzogiorno di ingenti risorse economiche aggravando ulteriormente il divario con il resto dell'Italia. Il Paese ha bisogno di offrire a tutti i cittadini gli stessi diritti e gli stessi servizi e sicuramente non di non accentuare le differenze tra le Regioni.

Note

1. Simeoni S, Frova L, De Curtis M. Infant mortality in Italy: large geographic and ethnic inequalities. *Ital J Pediatr.* 2024 Jan 17;50(1):5.

Mario De Curtis

Cattedra di Pediatria, Università di Roma La Sapienza; Presidente del Comitato per la Bioetica della Società Italiana di Pediatria