

**ATTI**

# Sanità:

**Problemi reali e comuni si  
risolvono con l'autonomia  
differenziata?**

16 Giugno 2022

*Associazione Salute Diritto Fondamentale*

---

# **Sanità:**

## **Problemi reali e comuni si risolvono con l'autonomia differenziata?**

Atti, 16 Giugno 2022

Associazione Salute Diritto Fondamentale

[salutedirittofondamentale.it](http://salutedirittofondamentale.it)

editing a cura di *Elisa Franchetti* e *Luca Alberto Rappuoli*, 21 luglio 2022

## *Indice*

Nerina Dirindin .....	4
Matteo Cosulich.....	7
Giovanni Bissoni.....	12
Enza Caruso .....	19
Silvio Garattini.....	36
Renato Balduzzi.....	39
Sandra Zampa .....	49
Rocco Palese.....	52
Vasco Errani .....	55
Raffaele Donini .....	59
Rosy Bindi .....	64

# Nerina Dirindin

*Presidente dell'Associazione Salute Diritto Fondamentale*

---

**B**envenuti al seminario organizzato dall'associazione *Salute Diritto Fondamentale* sull'autonomia differenziata, un tema tornato all'ordine del giorno, dopo un temporaneo arresto dovuto all'emergenza pandemica.

Il titolo del seminario riassume la posizione dell'Associazione: le regioni a statuto ordinario che hanno fatto richiesta di maggiore autonomia hanno sollevato problemi reali ma comuni a tutte le regioni e che quindi devono essere affrontati con soluzioni valide per tutte le regioni, definite a livello centrale e in accordo con le regioni stesse, e non attribuendo maggiore autonomia a chi è in grado di risolverli più rapidamente o meglio di altri.

Il tema è tornato all'ordine del giorno perché la manovra di bilancio 2022-2024, approvata a fine 2021, ha previsto di inserire fra i provvedimenti collegati alla decisione di bilancio anche quello dell'Autonomia differenziata. Più recentemente, il Documento di Economia e Finanze ha confermato che tra le 19 riforme che comportano la predisposizione di un disegno di legge c'è anche quella volta a dare attuazione dell'autonomia differenziata di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione.

Sappiamo che la ministra per gli Affari Regionali e le Autonomie sta lavorando a un disegno di legge che, a quanto si apprende, dovrebbe essere pronto per la fine dell'estate: la bozza è in discussione con alcune regioni del Nord.

Nel frattempo, il 15 giugno la ministra per il Sud e la Coesione Territoriale, rispondendo a una interrogazione sulle iniziative per evitare ulteriori fattori di divario tra le regioni del Mezzogiorno e quelle del Centro-Nord, ha posto tre «questioni imprescindibili»: livelli essenziali delle prestazioni (Lep) e fondo perequativo; abbandono del principio della spesa storica; pieno coinvolgimento del Parlamento. Il 9 giugno, in Senato è stato assegnato un disegno di legge a prima firma

Misiani che richiama le criticità connesse alla necessità di un quadro coerente di riferimento che “non faccia venire meno il rispetto degli obiettivi di autonomia e decentramento e, allo stesso tempo, assicuri il perseguimento degli obiettivi costituzionali volti alla rimozione degli squilibri economici e sociali, in modo tale da garantire l'unità e l'indivisibilità della Repubblica.”

Il dibattito sull'autonomia differenziata, in generale e non solo in sanità, si sta anche arricchendo di numerosi approfondimenti e analisi. Richiamo qui la relazione del 29 marzo 2022 della Corte dei Conti sulla “gestione delle risorse nel periodo 2013-2018 correlate all'attuazione dell'autonomia differenziata con particolare riguardo alle politiche del lavoro, della formazione e istruzione”, la quale afferma “come non si disponga ancora di un quadro di insieme su quelli che potranno essere gli effetti (finanziari e non) dell'attuazione del regionalismo differenziato; né allo stato attuale le informazioni pervenute consentono di dimostrare che il trasferimento delle competenze dallo Stato alle regioni a statuto ordinario possa migliorare l'efficienza degli interventi o, di converso, che la stessa possa essere destinata a ridursi.”

Nel settore sanitario, a maggior ragione dopo quello che la pandemia ci ha insegnato, l'autonomia differenziata suscita grande preoccupazione, anche perché il tema rischia di essere sottovaluto o comunque oscurato dalle tante emergenze che si stanno manifestando. È quindi necessario aprire un dibattito. Questo seminario vuole costituire un contributo in tal senso, grazie alla collaborazione di esperti e rappresentanti delle istituzioni.

Colgo l'occasione per anticipare che l'Associazione intende approfondire diversi ambiti problematici del settore sanitario, a partire dalla questione delle risorse finanziarie fino ai problemi del personale e non solo, sui quali intende lavorare in vista di un convegno articolato su due giorni che organizzeremo per il mese di settembre.

Qualche informazione di carattere generale per lo svolgimento del seminario. I relatori sono tutti collegati da remoto mentre i lavori possono essere seguiti su YouTube. Non è possibile prevedere un dibattito ma chi ci segue su YouTube può utilizzare la chat per porre domande o fare osservazioni. Prego tutti i relatori di essere il più

possibile rispettosi dei tempi concordati in modo da consentire a tutti di esporre compiutamente il loro pensiero.

I lavori iniziano con il prof. Matteo Cosulich, costituzionalista dell'Università di Trento, che ringrazio per la sua disponibilità.

# Matteo Cosulich

*Professore ordinario di Diritto costituzionale*

*Facoltà di Giurisprudenza, Università degli studi di Trento*

---

**D**urante i mesi più difficili dell'emergenza pandemica, il cammino dell'autonomia regionale differenziata (ex art. 116, co. 3 Cost.) si è interrotto, anche con riferimento alla sanità: da un lato, la pandemia, come indica il suo etimo, presenta un carattere globale, tale da invocare l'intervento di un livello di governo sovraregionale, quantomeno statale (in tal senso, si veda almeno la sent. n. 37 del 2021 della Corte costituzionale); dall'altro, la problematica risposta del sistema sanitario della Lombardia nei primi mesi della pandemia da Covid-19, probabilmente dovuta anche alle peculiarità del differenziato "modello lombardo", ha posto in una posizione di oggettiva difficoltà una delle Regioni più accanitamente lanciatasi verso l'autonomia differenziata.

Tuttavia, al primo significativo - speriamo non effimero - attenuarsi della pandemia il tema della differenziazione regionale è stato nuovamente posto al centro dell'agenda politica, senza peraltro che si svolgesse il necessario confronto nel paese e nelle aule parlamentari. Come prima della parentesi pandemica, il vero protagonista è sempre il Governo: allora, attraverso la conclusione degli accordi preliminari (febbraio 2018) e delle bozze di intesa (febbraio 2019) con Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto; oggi, con l'inatteso inserimento, nei disegni di legge di riforma collegati alla decisione di bilancio, del d.d.l. "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata di cui all'art. 116, co. 3, Cost.", peraltro ancora in bozza (28 aprile 2022), nell'attesa che venga valutato dal Consiglio dei ministri, secondo le dichiarazioni rese dal ministro Gelmini alla Camera dei deputati nella seduta dello scorso 29 giugno.

La riflessione qui di seguito proposta si radica nelle preoccupazioni che hanno indotto a organizzare il presente webinar: l'autonomia differenziata in una materia da tempo fortemente regionalizzata, qual è

quella sanitaria, potrebbe tradursi in un aumento dei purtroppo già presenti divari nell'effettiva tutela del diritto alla salute nelle diverse parti del territorio italiano. In tale prospettiva, va rimarcato come in ambito sanitario le problematiche evidenziate dalle Regioni ordinarie che hanno avviato i procedimenti di differenziazione siano certamente reali, ma si dubita che possano essere risolte da ciascuna Regione uti singula, senza compromettere la tenuta complessiva del Servizio sanitario nazionale. Poiché si tratta di problematiche in varia misura comuni a tutte le Regioni, sarebbe preferibile affrontarle congiuntamente, nel quadro di riferimento sovraregionale offerto dal Ssn.

Rispetto alle preoccupazioni cui si accennava poc'anzi, la lettura della bozza del disegno di legge governativo di attuazione dell'art. 116, co. 3 Cost. non appare particolarmente rassicurante. All'esame della bozza del 28 aprile 2022 verranno dedicate le considerazioni svolte nel prosieguo, con l'auspicio che, se l'iter legis del disegno di legge dovesse proseguire, esso venga modificato secondo le indicazioni qui di seguito proposte.

Quanto ai profili procedurali, è agevole constatare come la bozza svilisca il ruolo del Parlamento: ai sensi dell'art. 2, co. 3, sullo schema di intesa fra Stato (rectius Governo) e singola Regione viene previsto soltanto il parere della Commissione parlamentare per le questioni regionali; parere per di più non vincolante e dal quale il Governo può serenamente prescindere trascorso il breve termine di 30 giorni.

Neppure nel prosieguo del procedimento le Camere del Parlamento diventano protagoniste: la bozza del d.d.l. governativo prevede infatti la presentazione ad esse di un "disegno di legge di mera approvazione dell'intesa", con ciò stesso disvelando la discutibile convinzione che quest'ultima possa essere soltanto approvata o respinta dal Parlamento, senza che esso abbia voce in capitolo sui contenuti dell'intesa stessa. Altrimenti detto, viene esplicitata l'impostazione già implicitamente suggerita nei tre risalenti accordi preliminari con Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, laddove, nella rispettiva premessa, si prevede che l'approvazione dell'intesa da parte delle Camere ex art. 116, co. 3 Cost. avvenga "in conformità al procedimento, ormai consolidato in via di prassi, (...) di cui all'art. 8, co. 3 Cost.". Il che significa che le Camere

potrebbero soltanto prendere o lasciare (vale a dire approvare o respingere/non votare) l'intesa, analogamente a quanto avviene per le intese fra lo Stato italiano e le confessioni religiose acattoliche. Ma, al di là dell'assonanza, le intese ex art. 8, co. 3 Cost. e le intese ex art. 116, co. 3 Cost. rispondono a logiche ben diverse. Le prime intese sono volte a tutelare minoranze religiose (spesso assai esigue) nelle loro relazioni con l'ordinamento repubblicano; tutela che potrebbe risultare attenuata se il contenuto dell'intesa potesse essere messo in discussione dalla maggioranza parlamentare. Le seconde sono stipulate fra enti (Stato e Regione) interni all'ordinamento stesso e vanno a determinare la ripartizione complessiva di funzioni tra lo Stato e la singola Regione; non si vede come si possa legittimamente comprimere il confronto in Parlamento quando è in gioco il disegno complessivo delle relazioni fra enti territoriali nell'ordinamento repubblicano (tanto più se, come nei tre procedimenti di differenziazioni avviati da tempo, le richieste regionali riguardano un amplissimo novero di materie).

Solo apparentemente rassicurante appare poi l'art. 3 della bozza quando condiziona alla definizione dei livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 117, co. 2, lett. m Cost. "il trasferimento delle funzioni e delle risorse corrispondenti", con cui si realizza la differenziazione regionale. Anzitutto, pur attraverso un (oscuro, per i non addetti ai lavori) rinvio al decreto legislativo n. 68 del 2011, emerge come anche la sanità (accanto all'assistenza, all'istruzione e al trasporto pubblico locale) sia inclusa nel novero delle materie in corso di differenziazione, nonostante i rumors in senso contrario che circolavano in ambienti ministeriali negli ultimi mesi. Per di più, con specifico riferimento alla sanità, non si può escludere che i livelli essenziali delle prestazioni siano reputati già esistenti, nella forma dei livelli essenziali di assistenza definiti dal d.p.c.m. 12 gennaio 2017. In tal senso, militerebbe il richiamo, operato dall'art. 3, co. 3 della bozza di d.d.l., all'art. 13, co. 4 decreto legislativo n. 68 del 2011, che disciplina il procedimento di individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni nelle materie dell'assistenza, dell'istruzione e del trasporto pubblico locale, ma non appunto in sanità.

D'altra parte, proprio la logica del decreto legislativo n. 68 del 2011 e della delega ne sta alla base (legge n. 42 del 2009, vale a dire il tanto

evocato “federalismo fiscale”) viene accantonata dal successivo art. 4 della bozza che, pur di procedere speditamente verso il regionalismo differenziato, dispone l’applicazione del criterio della “spesa storica”, con tutte le storture che essa storicamente si trascina dietro. Alla logica dell’accelerazione sembra da ricondurre anche il disposto del co. 6 dell’art. 2 della bozza, laddove fa salvi “gli atti di iniziativa delle Regioni presentati al Governo prima della data di entrata in vigore della presente legge”, vale a dire, può presumersi, gli accordi preliminari e le bozze di intesa cui si accennava all’inizio. Non sarebbe infatti necessario ricominciare da capo il procedimento di differenziazione, facendolo così procedere più speditamente. Fretta che contrasta con la necessità di un ponderato dibattito nel Parlamento e nel paese, a fronte di interventi che incidono sulla ripartizione territoriale delle funzioni nell’ordinamento repubblicano.

Accanto all’ora richiamato riferimento alla spesa storica, l’art. 4 della bozza di d.d.l. prevede altresì che le competenze conferite dallo Stato alla Regione possano essere integralmente finanziate da quest’ultima, attraverso “i tributi propri, la compartecipazione o la riserva di aliquota al gettito di uno o più tributi erariali maturati nel territorio regionale”, secondo previsioni stabilite nell’intesa fra lo Stato e la Regione che intende differenziarsi (co. 2). Con specifico riferimento alla sanità, però, evocare l’integrale finanziamento regionale implica prefigurare sistemi sanitari regionali totalmente autofinanziati e, perciò stesso, in grado di sottrarsi ai vincoli organizzativi che lo Stato dispone in forza della sua competenza concorrente in materia di “coordinamento della finanza pubblica” (art. 117, co. 2 Cost.). Si tratta di una condizione oggi riscontrabile in alcune Regioni speciali e nelle Province autonome, dove, per dirla con la Corte costituzionale, “dal momento che lo Stato non concorre al finanziamento del Servizio sanitario provinciale, (...), esso neppure ha titolo per dettare norme di coordinamento finanziario che definiscano le modalità di contenimento di una spesa sanitaria che è interamente sostenuta dalla Provincia autonoma di Trento” (sent. n. 341 del 2009). L’apparente analogia tra la condizione delle Regioni ordinarie differenziate e le Regioni speciali/Province autonome di cui si discorreva non può peraltro indurci a ignorare la diversa condizione delle une rispetto alle altre: mentre le seconde corrispondono a territori scarsamente popolati e periferici, la cui natura ha contribuito e

contribuisce a fondarne la specialità, le prime corrispondono a parti fondamentali - geograficamente, demograficamente ed economicamente - del sistema nazionale. Se le considerazioni ora proposte vengono riferite al Servizio sanitario nazionale, è piuttosto agevole constatare come esso probabilmente collaserebbe, se gli fossero sottratte tali parti fondamentali.

Una volta che l'assetto della ripartizione delle competenze fra Stato e Regioni, considerate *uti singulae*, venisse rivisto secondo la procedura indicata dalla bozza di d.d.l. governativo che qui si commenta, quest'ultimo, all'art. 5, si preoccupa di blindarlo, ribadendo quanto sarebbe comunque desumibile dal principio del parallelismo delle forme: la modifica di tale assetto richiede la stessa procedura adottata per introdurlo e appunto disciplinata dalla bozza. In tal modo, la modifica della disciplina costituzionale della ripartizione di competenze fra i diversi livelli di governo non solo verrebbe adottata con una mera ratifica parlamentare della decisione assunta dal Governo e dalla singola Regione, ma diverrebbe sostanzialmente imm modificabile senza il consenso della Regione stessa, con buona pace della "durata decennale" dell'intesa che parrebbe invece prefigurare una curiosa legge *ad tempus*.

# Giovanni Bissoni

*Associazione Salute Diritto Fondamentale*

---

**P**arto dall'accordo che era stato stilato durante la precedente legislatura fra il Governo e le regioni Emilia Romagna, Lombardia e Veneto per l'Autonomia Differenziata in materia sanitaria. I titoli di quel pre accordo, non limitato ai soli titoli, riguardavano: personale, più autonomia per le assunzioni e remunerazione; investimenti; rapporti con le Università, dai percorsi formativi alla possibilità di contratti di "specializzazione lavoro"; rapporto ospedale-territorio; farmaceutica, con la possibilità di presentare ad Aifa piani per la revisione del Prontuario e l'equivalenza terapeutica; compartecipazione; fondi integrativi. Lombardia e Veneto avevano anche inserito il riordino socio-sanitario.

Quei titoli sono tutti ricompresi e condivisi nel Patto per la Salute 2019/21, con obiettivi espliciti e percorsi di lavoro, e alcuni titoli erano presenti anche nei precedenti Patti per la Salute. Ma la soluzione indicata non è certamente la strada dell'Autonomia differenziata, quanto la necessità di arrivare rapidamente a provvedimenti nazionali rivolti a risolvere problemi trasversali a tutto il sistema sanitario.

Problemi frutto di enormi ritardi, errori, sottovalutazioni, rigidi meccanismi di controllo della spesa - tetti di spesa - per far fronte al sottofinanziamento del SSN. A volte anche dovuti a incompetenze, interessi contrastanti. Pensiamo ai rapporti con il Mur o Farindustria.

Poi arriva la pandemia da COVID e unitamente all'evidenza dell'importanza di avere un SSN pubblico, la presenza e la straordinaria disponibilità degli operatori sanitari, quei problemi emergono in tutta la loro gravità. Lo stesso sistema ospedaliero, nonostante la conclamata cultura *ospedalocentrica*, si dimostra fra i più contenuti d'Europa in termini di posti letto. Basta ricordare la carenza di Terapie intensive, in particolare se raffrontate a Germania, Francia, e molti altri Paesi. Non a caso il DL del 19 maggio 2020 n. 34 prevede un aumento dei posti letto di terapia intensiva pari a 3.500. Sottolineo peraltro che, in sede di

elaborazione del DL 34, esperti di settore avevano suggerito di prevedere che, anche passata la pandemia, almeno il 30-40% di quei nuovi posti letto fossero mantenuti attivi per contribuire a ridurre i tempi d'attesa delle attività programmate.

È ancora in ambito ospedaliero, che si osserva l'insufficienza di percorsi sicuri a partire dai Pronto Soccorso, la debolezza dei sistemi a rete previsti dal DM 70, l'insufficiente integrazione operativa del privato accreditato che copre circa il 20% dei posti letto complessivi del SSN. Un sistema ospedaliero così ristretto non può non lavorare per una piena integrazione operativa di quel 20%. E questo necessita che il pubblico svolga fino in fondo la sua funzione di tutela e committenza, lettura dei bisogni, programmazione, contenuti contrattuali, trasparenza e coerenza dei sistemi remunerativi. Il pubblico non può limitare la sua funzione a quella di "pagatore", come spesso succede.

Ma la cosa più grave che emerge è lo stato dei servizi territoriali; dei Dipartimenti di sanità pubblica, dei Dipartimenti di salute mentale, della medicina generale, dell'assistenza domiciliare.

Trasversale ad ogni settore assistenziale è la carenza di personale. Carenze dovute all'incrocio di più problemi; carenza di risorse finanziarie, mancanza di professionisti, condizionamento del tetto di spesa. A fronte di questa situazione prende spazio la necessità di rafforzare e riprogettare il SSN con più risorse e riforme.

Ora che succede?

Alcune risposte sono arrivate o altre sono state annunciate. Il superamento dell'imbutto formativo (ma senza le riforme auspiccate), il PNRR Missione 6 con 7 mld per rafforzare il territorio e 8,6 mld per innovazione, ricerca, digitalizzazione, formazione.

Non dimentichiamo che quando si polemizzava sull'utilizzo del MES si parlava di 35 mld solo per investimenti in sanità. Da sottolineare che dalla Missione 6 deriva un altro fatto importante; il riordino del territorio per accompagnare gli investimenti.

Il cd DM 71, ora pubblicato in Gazzetta Ufficiale con il numero 77/2022, rappresenta un'occasione importante. Pur in presenza di alcune significative criticità, non ricordo analoga attenzione in passato verso il

territorio, nonostante quanto previsto dal Dlgs 229/99 e dalla L. 328/2000.

Fra le criticità, anche a seguito della enorme crescita dei costi in campo edilizio, le risorse per investimenti non consentiranno di raggiungere gli standard strutturali previsti per Case della Comunità e Ospedali di Comunità. Le risorse per l'assistenza domiciliare sono a termine (2026) e quindi consentiranno esternalizzazioni o assunzioni a termine.

E ancora, occorre rafforzare i processi di integrazione sociale e sanitaria. Per la presa in cura delle persone, che metta assieme l'aspetto clinico e l'aspetto sociale, non basta mettere attorno ad un tavolo, presso la Casa di Comunità, medico, infermiere, assistente sociale. Occorre partire più a monte. C'è bisogno di dialogo e collaborazione fra Comuni e ASL, Distretti e AFT (aggregazioni funzionali territoriali). Poi le Case della Comunità rivestiranno il loro ruolo.

Inoltre, se le risorse complessive del Servizio sanitario difficilmente garantiranno gli standard di personale previsti, le risorse del sociale sono ancora più deboli e insufficienti. A partire dal Fondo per la non autosufficienza. Complessivamente assai critica è la situazione per raggiungere l'obiettivo di assistere domiciliarmente il 10% della popolazione ultrasessantacinquenne. Altro punto critico la mancanza di riferimenti alla salute mentale che necessita di un rapido provvedimento specifico per evitare che la salute mentale sia assente dalla fase di avvio del riordino territoriale.

E infine richiamo la Medicina generale. Non è oggetto dell'incontro di oggi, ma la bozza di accordo in materia, resa pubblica, non penso rappresenti una soluzione adeguata a tutti i problemi che la Medicina generale vive da tempo, emersi con forza con la pandemia, e non rinviabili se vogliamo riordinare il territorio. A partire dai percorsi formativi. Un'occasione per inserirli in percorsi accademici specifici da progettare assieme alle Università, superando la debolezza e l'inadeguatezza di quelli attuali. Un'occasione per coinvolgere anche più in generale territori nei percorsi formativi.

La Pandemia ha sottolineato centralità e valore del SSN, problemi non più rinviabili, e alcuni importanti provvedimenti sono in corso, ma se

vogliamo mantenere gli obiettivi dichiarati occorre accelerare i percorsi riformatori e aumentare le risorse.

Per quanto riguarda le risorse, se stiamo al Patto 2019/21, il Fondo Sanitario Nazionale (FSN) per la prima volta rispetta gli impegni sottoscritti. L'impegnò era di 118 mld. per il 2021. La legge di bilancio destina 124 mld. al 2022 e a crescere 2 mld l'anno fino al 2024. Il problema è che la pandemia, da cui non siamo fuori e non è chiara l'evoluzione, ha cambiato il quadro generale di riferimento e gli obiettivi. Ha cambiato il quadro epidemiologico del Paese, impatti diretti del COVID, conseguenze della sospensione o rallentamento dell'attività ordinaria, le cui conseguenze non sono solo recupero numerico delle prestazioni non fornite durante l'emergenza. Secondo i dati disponibili, nel corso del 2020 abbiamo registrato un milione 300 mila ricoveri in meno del 2019, di cui 747 mila in attività programmate e 550 mila per ricoveri urgenti. Nello stesso ambito oncologico, che in teoria non ha sospeso l'attività, abbiamo registrato -13% di ricoveri complessivi, -30% per tumori al seno, -20% per tumori al polmone e pancreas. Sono calate diagnosi precoci e screening. Tutto ciò peserà molto sulle diagnosi e il carico assistenziale, crescendo e complicandolo, in particolare nel Mezzogiorno dove la dotazione di posti letto è inferiore a quella del Nord. In ambito ambulatoriale abbiamo registrato 144 milioni d'accessi in meno.

Ecco perché il recupero di quelle attività non è soltanto un fatto numerico.

Peraltro, questa convivenza col COVID ha prodotto anche un cambiamento nella capacità di risposta del SSN. Alcuni esempi: l'occupazione di posti letto per pazienti Covid positivi, di tutti i livelli di intensità, riduce la disponibilità di p.l. ordinari che non sono stati incrementati; il personale sottratto alle attività ordinarie nella difficoltà/impossibilità di essere sostituito; il personale sanitario è stato ed è tuttora ulteriormente ridotto da positività al virus, renitenza alla vaccinazione, motivazioni familiari legate alla pandemia. Lo stesso utilizzo di mezzi e procedure di protezione ha allungato i tempi delle prestazioni e dei percorsi clinico-assistenziali riducendo la produttività per unità di tempo in maniera significativa.

Se vogliamo affrontare questa emergenza, e ripartire con un SSN più forte, abbiamo bisogno di più risorse professionali e finanziarie, in tutte le Regioni. Sul capitale umano scontiamo vari problemi, comuni a tutti i servizi sanitari regionali: formazione, reclutamento, valorizzazione delle varie professioni, a partire da quella infermieristica. Questo è un punto fondamentale. Sono anni che ci si scontra con un corporativismo che rende difficile ogni decisione.

E ancora, è necessario creare le condizioni per la fidelizzazione dei professionisti che lavorano per il Servizio sanitario. Durante la pandemia abbiamo visto centinaia di migliaia di donne e uomini competenti, responsabili verso la comunità, fino al sacrificio personale, consapevoli di essere un argine che non poteva cedere, ma oggi quei professionisti sono logori e disorientati a fronte della mancanza di risposte e prospettive certe. E ciò si osserva in tutto il territorio nazionale.

Ai tanti che parlano di eroi, molti rispondono: considerateci lavoratori al servizio del bene comune, questo ci basterebbe.

Stime attendibili prevedono nel periodo 2019-2024, tra pensionamenti, dimissioni volontarie, nuove attività legate alla pandemia, potenziamento dell'assistenza territoriale, una carenza di 40.000 medici specialisti. Per i PS mancano già oggi 4520 medici. E se parliamo di domiciliarità, con infermieri di famiglia-comunità, la situazione infermieristica ha numeri ancora più allarmanti. Se paragonati alla media europea registriamo un -25%. Se poi il confronto avviene con i Paesi Unione Europea pre 1995 i dati sono ulteriormente aggravati.

Prima di avere il personale necessario a disposizione, grazie al superamento dell'imbuto formativo, occorrono anni. Necessitano perciò provvedimenti straordinari, una vera e propria strategia di emergenza con scadenze giuste, non di 6 mesi in 6 mesi. Se la soluzione è l'appalto ad una cooperativa di professionisti e arrivano a costi elevati professionisti in pensione, perché, in assenza di altre soluzioni, non autorizzare le Aziende ad assumere direttamente medici in pensione. Perché non rivedere i percorsi formativi, introducendo i contratti di "specializzazione lavoro" per tutti e non solo per le Regioni in Autonomia differenziata. Proroghiamo il Decreto Calabria per tutto il periodo necessario, non di anno in anno.

Naturalmente questi provvedimenti vanno accompagnati dal superamento dei tetti di spesa perché, seppur ritoccati marginalmente dalla legge di bilancio, in alcune Regioni non consentono di coprire i bisogni reali. Questa fase emergenziale rende necessario attuare quanto previsto dal Patto per la Salute; consentire alle Regioni di presentare piani triennali per le dotazioni organiche e il ministero si metta in grado di valutarne l'efficacia. Evitiamo i pericolosi pasticci che stanno avvenendo in questa fase emergenziale rischiando di consolidare processi dannosi per la salvaguardia del Servizio sanitario.

Torno alle risorse finanziarie. Come ho già richiamato, il FSN è stato allineato a quanto previsto dall'ultimo Patto. Ma il quadro attuale è radicalmente cambiato, pandemia e risvolti complessivi, caro bollette, inflazione. I 2 mld in più ogni anno nel triennio 2022-24 non consentono di rendere realistico un programma di rafforzamento del SSN.

La storia del finanziamento della sanità nel nostro Paese è nota. Secondo l'ultimo documento OCSE disponibile, anno 2020, la spesa complessiva, pubblica e privata, in Italia è pari a 2.690 € pro-capite, la spesa media europea (dell'Europa a 15, prima dell'allargamento a est) è pari a 4.195 €. Il 35,9% in più, e se rapportata alla sola spesa pubblica, il differenziale sale al 40%. La spesa pro-capite nel 2020 vs. 2019, in Italia cresce del 3,5%, in Europa cresce in media del 6,1%. Se poi ci rapportiamo al Pil, rispetto all'Europa a 15, solo Irlanda e Grecia sono dietro di noi. Per raggiungere la percentuale di Pil della GB dovremmo aggiungere 60 mld l'anno, 50 per raggiungere la Germania e 35 per la Francia. Il SSN ha bisogno di più risorse, ha bisogno di spenderle bene, e lo Stato deve sviluppare, con efficacia, quella capacità di indirizzo, monitoraggio, valutazione, affiancamento a sostegno del Nuovo Sistema di Garanzia.

Stiamo andando in questa direzione? Ne sono poco convinto. E se questo non avviene non è l'Autonomia Differenziata che può risolvere i problemi nelle singole Regioni. Non solo. Uno dei temi principali evidenziato nel Patto 2019-21 era il superamento delle profonde differenze territoriali, e l'autonomia differenziata va nella direzione opposta.

Dalle promesse di investire e innovare per tutelare e dare un futuro certo al Servizio sanitario, ora la politica sembra non essere più consapevole della situazione reale che il SSN sta vivendo. Anche quella stessa politica che spesso richiama fra i propri obiettivi principali la lotta alle crescenti disuguaglianze. E allora mi chiedo: c'è la consapevolezza di quale rilevanza ha la sanità nella lotta alle disuguaglianze?

In conclusione: problemi e ritardi sono un dato trasversale al SSN e non giustificano la scelta di cercare nell'Autonomia differenziata la via d'uscita.

# Enza Caruso

Ricercatrice, Scienza delle finanze,

Dipartimento di Scienze politiche Università di Perugia

**P**artiamo da un presupposto: un economista pubblico deve sempre dichiarare quale è la sua idea di giustizia altrimenti non sarebbe un economista pubblico bensì un economista politico. È quanto cercherò di esplicitare in questo mio intervento.

Proviamo ad entrare un po' più nel merito, anche se velocemente, delle considerazioni già anticipate da Giovanni Bissoni, con qualche numeretto sullo stato delle cose: la ridefinizione del finanziamento per il SSN.

## Il finanziamento del SSN a LV e la legge di bilancio 2022

Le risorse programmate per la sanità (mln di euro)

Legge di bilancio 2022	2022	2023	2024
<b>Ridefinizione FSN</b>	<b>124.061</b>	<b>126.061</b>	<b>128.061</b>
<i>Incremento Fondo farmaci innovativi</i>	100	200	300
<i>Contratti specializzanti</i>	194	319	347
<i>Definanziamento dal FSN del Fondo accesso servizi psicologici</i>	-10		
<b>Finanziamento FSN con LB 2022</b>	<b>124.345</b>	<b>126.580</b>	<b>128.708</b>
<b>Misure sul FSN a LV</b>	<b>2.089</b>	<b>1.790</b>	<b>1.818</b>
<i>Proroga contratti flessibili e stabilizzazioni ruolo sanitario</i>	690	625	625
<b>Rafforzamento assistenza territoriale con assunzioni in deroga</b>	<b>91</b>	<b>150</b>	<b>328</b>
<i>Piano liste di atteso</i>	500		
<i>Tariffe massime assistenza ospedaliera</i>			
<i>Aumento tetto farmaceutica ospedaliera</i>	185	375	575
<i>Aggiornamento LEA</i>	200	200	200
<i>Rafforzamento neuropsichiatria infantile e reclutamento psicologi</i>	28		
<i>Proroga Usca fino al 30 giugno 2022</i>	105		
<i>Indennità medici e personale pronto soccorso</i>	90	90	90
<b>Piano strategico PanFlu (Fsn vincolato LV)</b>	<b>200</b>	<b>350</b>	
<b>Acquisto DPI per PanFlu (**)</b>	<b>860</b>		
<b>Sistemi informativi / allerta pandemica per PanFlu (**)</b>	<b>42</b>		

Fonte: ns elaborazioni su documenti di finanza pubblica

(\*\*) A valere sui fondi per l'edilizia sanitaria a legislazione vigente;

**FSN: + 2 mld annui rispetto rispetto al finanziamento 2021 pari a 122.061**

**Le stabilizzazioni sono consentite entro il vincolo del 10% dell'incremento del FSR (15% per esigenze oggettive)**

**Assunzioni di personale in deroga sono ammesse per il rafforzamento del territorio e sono da collegare agli standard del DM71**

**Il PNRR non conteggia risorse per assunzioni**

La legge di bilancio 2022 ha ridefinito per il triennio 2022-2024 il fabbisogno sanitario nazionale (FSN) assegnando 2 miliardi annui in più rispetto al finanziamento raggiunto nel 2021, pari a 122,061 miliardi. Si aggiungono poi alcune risorse vincolate: il rifinanziamento del fondo farmaci innovativi per 100 milioni incrementalmente annui rispetto al

miliardo a legislazione vigente; un ulteriore rifinanziamento dei contratti per gli specializzandi, tale da coprire a regime 12 mila nuovi contatti annui.

Cosa dobbiamo fare con queste risorse? Tante cose. *In primis*, ciò che non è scritto: coprire il contratto da firmare per la dirigenza medica. Poi ci sono le cose già previste a legislazione vigente: procedere all'aggiornamento continuo dei LEA con 200 mln e alla ridefinizione delle tariffe di assistenza ospedaliera (non quantificate). È stato allargato il tetto di spesa farmaceutica per gli acquisti diretti, che sale nel triennio rispettivamente all'8%, all'8,15% e all'8,30% (fermo restando quello della farmaceutica convenzionata al 7%). A tal fine ricordo che il ripiano dell'eventuale sfondamento è per il 50% a carico delle regioni, e quindi ancora risorse da trovare entro il rifinanziamento del fondo sanitario regionale (FSR).

Ma soprattutto è necessario rifinanziare la massa del precariato, accresciuta durante la pandemia, e procedere alle stabilizzazioni. Il personale è divenuto ormai merce scarsa e sottolineo che il potenziamento di questi anni è colmo di contratti precari: solo il 12,5% dei 21.414 medici coinvolti durante la pandemia e il 27,4% dei 31.990 infermieri sono stati stabilizzati a tempo indeterminato (Corte dei Conti 2021).

Le spese per il contratto, per le proroghe sui contratti flessibili e le stabilizzazioni di personale sanitario, occuperebbero uno spazio di 690 mln nel 2022 e 625 nel biennio successivo. Le assunzioni restano consentite dal 2022, come nel triennio precedente, entro il limite del 10% dell'incremento del FSR rispetto all'anno precedente, e richiedono sia la coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, sia la maturazione di almeno 18 mesi di servizio, di cui almeno 6 mesi entro il periodo dello stato di emergenza (il limite è elevabile al 15% nel caso di oggettivi ulteriori fabbisogni in singole regioni).

Alcune risorse aggiuntive, in deroga ai tetti massimi vigenti, la legge di bilancio 2022 le vincola ad assunzioni di personale (dipendente o convenzionato) da collegare al rafforzamento del territorio (e quindi al nuovo DM 77 che ha trattato Giovanni Bissoni). Si tratta di risorse non conteggiate nel PNRR, che non contiene risorse per assunzioni. Poca roba: per il triennio si stimano a carico del FSN rispettivamente 91 mln,

150 mln, e 328 mln che rischiamo di perdere se non ci affrettiamo a ridefinire l'assistenza territoriale.

Le nuove tendenze della spesa sanitaria le leggiamo nel Documento di Economia e Finanze (DEF), cioè il documento di programmazione della politica di bilancio del Paese.

## Oltre il mattone nella sanità restano i problemi aperti

### Risultati e previsioni di finanza sanitaria (mld di euro)

	2019	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Spesa sanitaria SEC risultati</b>	<b>115.661</b>	<b>122.721</b>	<b>127.834</b>			
<i>Spesa programmatica LB 2022(*)</i>			131.299	128.052	127.305	129.293
<b>Tendenze DEF (**)</b>				<b>131.710</b>	<b>130.734</b>	<b>128.872</b>
<b>% Pil</b>	<b>6.4%</b>	<b>7.4%</b>	<b>7.2%</b>	<b>7.0%</b>	<b>6.6%</b>	<b>6.3%</b>

(\*) La spesa programmatica 2021 include l'incremento del fondo farmaci-vaccini inserito nel decreto fiscale

(\*\*) Le nuove previsioni includono i DL approvati nel 2022 e le economie di spese portate a nuovo

**I limiti della capacità produttiva:**  
e i **limiti organizzativi e strutturali dei SSR:** in mancanza dei servizi territoriali non hanno né saputo né potuto spendere le risorse e la flessibilità introdotta con il sostegni bis è servita a coprire i **disavanzi** prodotti.

**PNRR : 7 mld al territorio e 8,6 per ospedale, ricerca e digitalizzazione.**

**Argomenti di allocazione delle risorse ancora troppo evasi negli spazi di negoziazione politica**

- **Espandere** la spesa corrente con **assunzioni di personale**, superando i vincoli vigenti;
- **Riformare** la **medicina di base** e le **scuole di specializzazione**;
- **Ridefinire** i **sistemi di remunerazione delle prestazioni** (dalle prestazioni al pacchetto della presa in carico nei PDTA);
- La **prevenzione è necessaria ma resta sottofinanziata** (50 mln per il Sistema prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici);



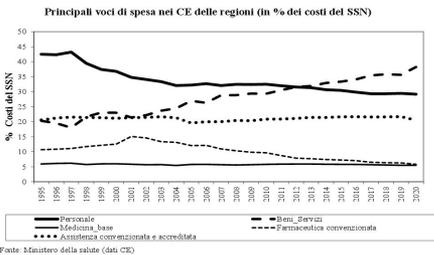
L'aumento dell'incidenza della spesa sanitaria sul Pil nel 2020-2021 sopra il 7% risente delle risorse finalizzate per la pandemia<sup>[1]</sup>. In previsione le risorse per l'emergenza epidemiologica vengono meno e ciò farà scendere di nuovo l'incidenza sul Pil fino al 6,3%, un dato inferiore a quello pre-pandemico del 2019 quando l'incidenza della spesa sanitaria era al 6,4%.

Bisogna osservare come la gestione delle risorse straordinarie e vincolate durante la pandemia è entrata in conflitto con i limiti organizzativi e strutturali dei servizi sanitari regionali (SSR), i quali in mancanza di servizi territoriali hanno accantonato nei propri bilanci i fondi finalizzati salvo poi utilizzarli per ripianare i deficit prodotti utilizzando la flessibilità concessa dal Sostegni bis (Corte dei Conti 2021).

Restano ancora troppo evase nei documenti di programmazione della politica di bilancio (e quindi negli spazi di negoziazione politica) le considerazioni cui accennava Giovanni Bissoni, vale a dire: le necessità di espandere la spesa corrente con assunzione di personale superando i vincoli vigenti; la necessità di riformare la medicina di base e le scuole di specializzazione, temi su cui a mio avviso bisognerebbe essere più cogenti e meno timorosi; e la necessità (cosa poco discussa) di ridefinire i sistemi di remunerazione delle prestazioni in senso sostenibile, pensando per esempio al pacchetto della presa in carico dei PDTA e non al pagamento delle singole prestazioni; infine, la prevenzione resta sottofinanziata (Vineis 2022): abbiamo assegnato appena 50 milioni per la costituzione del nuovo sistema di prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici.

Cosa c'è dentro la composizione della spesa (la scatola nera) lo sappiamo: il grande contenitore della sanità pubblica italiana è composto per un terzo da spesa per il personale (incluso anche i medici di medicina generale) e tutto il resto è mercato, o attraverso il finanziamento pubblico attiva il mercato.

### Dentro la scatola nera della composizione della spesa



### Elephants in the room

Il grande contenitore della sanità pubblica italiana è composto per un terzo da spesa per il personale (incluso anche i MMG) e tutto il resto è mercato o attraverso il finanziamento pubblico attiva il mercato.e



... ma nella composizione della spesa c'è molto di più...

- Le soluzioni allocative insegue paradigmi di mercato (managment competition)
- L'assetto contrattuale della regolazione prende il posto dello Stato produttore (e programmatore)
- Il contenimento della spesa si porta dietro la riorganizzazione dei confini pubblico-privato (e il potere pubblico privato si interseca in un'area grigia)

Il grafico (aggiornato al 2020) proviene dal libro Dirindin e Caruso (2019) e descrive le principali voci di spesa sanitaria rappresentate nei

CE (i conti economici delle aziende sanitarie). Ciò che vale la pena puntualizzare è la tendenza, ormai da lungo tempo nella governance aziendalistica, a ridurre la quota di produzione con risorse umane, cioè la spesa per il personale, e per converso ad aumentare la spesa per acquisti di beni e servizi. Sto parlando della gestione diretta della sanità pubblica, cioè quella prodotta da ASL e AO (escludendo la spesa in convenzione). Insomma, faticiamo a controllare e rincorrere i prezzi di mercato, nonostante il potere di monopsonio di cui gode il SSN e nonostante tutti gli interventi di spending review messi in campo nell'ultimo decennio.

Dentro questa forbice che si allarga c'è però molto di più: l'inseguimento di paradigmi di mercato (frammentazione dei servizi, crescente autonomia, *new public management*, privatizzazione nella sfera della produzione con le esternalizzazioni, mobilitazione di risorse private aggiuntive per il welfare aziendale e incentivi a sottoscrivere fondi assicurativi ...) che hanno progressivamente trasformato lo Stato produttore in Stato regolatore.

E quando lo Stato regolatore in assetto contrattuale si sostituisce allo Stato produttore e programmatore, l'area in cui la dimensione pubblica si interseca con la dimensione privata diventa sempre più grigia. Il mercato entra dentro le stanze dei policy and decision makers: ci sono "*elephants in the room*" per usare la terminologia inglese.

Fatte queste premesse addentriamoci dentro il regionalismo sanitario. Vorrei provare ad inquadrare le mie considerazioni economiche sull'autonomia differenziata a partire dalle tre funzioni del bilancio pubblico di Musgrave: la stabilizzazione economica, la redistribuzione del reddito e della ricchezza, e l'allocazione delle risorse.

## Le tre dimensioni del bilancio pubblico

### ▪ **Stabilizzazione economica**

funzione **centrale** o **savranazionale** che si incastra con la dimensione delle **fiscal rules europee** (art. 81 e 97 Cost.)

### ▪ **Redistribuzione del reddito e della ricchezza**

funzione **centrale** per ragioni di **equità** che confronta la differente **capacità contributiva** degli individui (la compensazione con trasferimenti perequativi dei territori per la copertura del residuo fiscale è conseguenza della diversa distribuzione della capacità)

### ▪ **Allocazione delle risorse:**

funzione **concorrente** da assegnare al **livello di governo più efficiente** (giustifica il decentramento)

*Quale decentramento? Amministrativo, fiscale, funzionale?*

*Quale idea di giustizia? È possibile superare il trade-off accentrato / decentramento delle funzioni ?*

*I modelli organizzativi incidono sui costi (allocazione efficiente) e quindi sulle disuguaglianze (questioni redistributive)*

Quando ragioniamo in termini di risorse, ci piaccia o non ci piaccia, dobbiamo fare i conti con la stabilizzazione economica, una funzione sovranazionale che ha a che fare con le regole fiscali europee entro cui è costretto l'equilibrio di bilancio pubblico (articolo 81 e 97 della Costituzione). Ed è entro il complesso processo di allocazione delle risorse nel bilancio pubblico che si inserisce il finanziamento della sanità, come è giusto che sia a mio parere, per un SSN universale e sostenuto dalla fiscalità generale (è sul suo peso che bisogna discutere, il che presuppone una migliore visione di welfare).

La visione del welfare state e la redistribuzione del reddito sono invece funzioni nazionali che hanno a che fare con l'equità: solo lo Stato può confrontare le diverse capacità contributive degli individui, e la perequazione del residuo fiscale tra i territori è dettata dalla diversa distribuzione di questa capacità contributiva nel paese.

Ne deriva che lo Stato e le Regioni possono concorrere solo sul piano dell'allocazione delle risorse secondo efficienza. Una parola, quella della concorrenza, che non mi piace, quando invece si dovrebbe ragionare, in particolare per la sanità, secondo integrazione e leale collaborazione per la sostenibilità del sistema.

Mi pongo allora tre quesiti che vorrei discutere: quale decentramento? (amministrativo, fiscale o funzionale?); quale idea di giustizia? (è possibile superare il trade-off accentrato /

decentramento delle funzioni?); infine, i *modelli organizzativi* che incidono sui costi (e quindi sulle allocazioni efficienti) contribuiscono a produrre disuguaglianze? in altre parole possono prescindere dalla funzione redistributiva?

Tralascio per il momento il piano del decentramento amministrativo della seconda metà degli anni 90 (la burocrazia incentivata) su cui tornerò alla fine.

Il piano del decentramento fiscale l'abbiamo risolto dopo una quindicina d'anni dall'istituzione dell'Irap e dall'addizionale Irpef.

### Il piano del decentramento fiscale (ovvero i PdR)

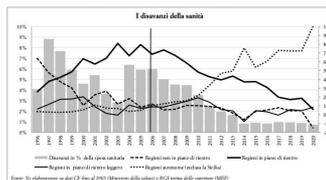
*... Sul piano delle entrate: modelli in stile rococò per tornare al punto di partenza ...*

- **Fallimento** del modello di perequazione orizzontale (d.lgs.56/2000)
- Ritorno alla **perequazione verticale dei LEA (I.42/2009)**;
- Riparto del finanziamento del SSN (dato esogeno) per **quota capitaria pesata** (sui pesi bisogna discutere!!!!) (d.lgs. 68/2011)

*Responsabilizzazione ottenuta con Intesa 23 marzo 2005 che pone fine al soft budget constraint delle regioni*

*... Sul piano della spesa: sistema premiale*

- **Bilancio in equilibrio**: anticipazione premiante di cassa (97%-99%);
- **Rosso di bilancio**:
  - × **automatismi su leva fiscale**, blocco del turn-over, divieto di iscrivere in bilancio spese discrezionali (fino all'anno successivo);
  - × **Piano di Rientro** se lo squilibrio di bilancio supera il 5% del finanziamento ordinario o gli automatismi fiscali insufficienti;
  - × **commissariamento ad acta** per mancato raggiungimento degli obiettivi: blocco dei trasferimenti erariali per spese non obbligatorie e potere sostitutivo;
  - × **super addizionali** 2,03 add Irpef; 5,05 Irap;



Provo ad essere sinteticamente più precisa: attraverso una serie di modelli in stile rococò siamo tornati al punto di partenza (come è giusto che sia a mio parere): il fallimento della perequazione orizzontale del d.lgs. 56/2000; il ritorno ad una perequazione verticale ed integrale dei fabbisogni sanitari a copertura dei LEA con la legge 42/2009; e un riparto del finanziamento del SSN per quota capitaria pesata guidata dai bisogni sanitari (condivisibile da mio punto di vista) con il d.lgs. 68/2011. Sui pesi possiamo eventualmente ridiscutere e preferibilmente a mio avviso riprendere quelli della Bindi indicati nella legge finanziaria per il 1997 (art. 1. c. 34 della 662/96).

La questione dei disavanzi sanitari, e dunque la responsabilizzazione delle regioni per la copertura di questi disavanzi, l'abbiamo risolta con

l'attivazione della leva fiscale locale: la flessibilità in aumento sulle addizionali Irpef e maggiorazioni Irap che diventano obbligatorie in caso di incapienza di coperture dai bilanci regionali. Sono cioè le tasche dei cittadini locali a pagare. Addizionali che si trasformano in super addizionali quando la regione è incanalata nei piani di rientro, ovvero i percorsi da seguire per ristabilire l'equilibrio di bilancio e rientrare entro gli indicatori della programmazione nazionale. Per questa via i 6 miliardi di disavanzo del 2006 sono stati ricondotti all'attuale miliardo di disavanzo della media annua (prima delle coperture con risorse proprie dai bilanci regionali). Vorrei sottolineare che oggi l'incidenza al contributo del disavanzo tra le regioni in piano e non in piano è pressoché equivalente. Sono le regioni a statuto speciale che contribuiscono di più al disavanzo complessivo con una spesa superiore al finanziamento programmato.

I piani di rientro sono stati efficaci nel centrare gli obiettivi: cioè ristabilire l'equilibrio di bilancio garantendo comunque i LEA?

## I Piani di rientro e gli indicatori Lea

Le risorse nel SSN 2010-2019											
	Spesa Personale SSN		Personale dipendente SSN		Medici SSN		Infermieri SSN		Rapporto Infermieri / Medici		
	Var 2010/19	Var x10000 ab 2010/19	Var 2010/19	Var x10000 ab 2010/19	Var 2010/19	Var x10000 ab 2010/19	Var 2010/19	Var x10000 ab 2010/19	2019	MMG	
Piemonte	-4,0	-6%	124,4	-5%	19,3	0%	50,9	2,6	-11%	6,8	-12%
Valle d'Aosta	1,0	7%	168,3	6%	25,2	1%	53,3	2,1	-7%	6,7	-9%
Lombardia	-0,1	-2%	87,4	3%	12,2	2%	35,9	2,7	-6%	6,1	-10%
PA Bolzano	14,4	7%	169,4	10%	18,3	14%	64,1	3,5	4%	5,4	-11%
PA Trento	10,6	11%	150,9	19%	20,5	12%	58,6	2,9	-14%	7,5	-14%
Veneto	1,6	3%	115,7	3%	15,6	-1%	50,1	3,2	-10%	6,4	-10%
Friuli-VG	2,2	-5%	142,8	0%	19,8	-6%	58,4	2,9	-17%	6,7	-17%
Liguria	-4,8	30%	97,3	-13%	14,6	-20%	42,3	2,9	-12%	7,4	-17%
Emilia-Romagna	4,2	1%	131,4	4%	20,6	1%	58,5	3,0	8%	6,6	-12%
Toscana	-0,1	-5%	129,4	0%	21,8	-4%	55,7	2,6	-12%	7,1	-17%
Umbria	3,6	1%	122,7	3%	22,5	-1%	53,0	2,4	-1%	8,3	0%
Marche	-0,8	-6%	117,6	3%	18,5	-3%	51,0	2,8	-11%	7,2	-18%
Lazio	-11,1	-15%	68,9	-14%	13,0	-7%	31,5	2,4	-8%	7,7	-18%
Basilicata	2,2	-6%	104,0	3%	20,6	-6%	44,1	2,1	-6%	8,3	-18%
Molise	-21,4	-24%	92,0	-23%	16,5	-14%	44,3	2,7	-4%	8,5	-32%
Campania	-17,0	-21%	68,8	-15%	15,8	-17%	29,9	1,9	-4%	7,0	-15%
Puglia	-4,8	-7%	80,2	-7%	16,0	-1%	38,4	3,4	-1%	8,2	-23%
Basilicata	-5,0	-7%	112,3	-9%	18,8	-7%	48,7	2,6	-7%	8,5	-13%
Calabria	-12,8	-19%	93,2	-18%	19,1	-16%	36,5	1,9	2%	7,8	-37%
Sicilia	-4,9	-2%	83,5	-5%	17,9	1%	35,1	2,0	-6%	8,2	-11%
Sardegna	3,2	10%	126,3	13%	25,4	11%	51,1	2,0	-16%	7,1	-21%
ITALIA	-3,1	-7%	100,3	-5%	17,0	-9%	42,5	2,5	-7%	7,1	-14%

Fonte: ex elaborazioni su dati ISTAT e ANSAI, dati sanitari SSN 2010-2019

NSG_Simulazione 2018 - Indicatori CORE				
Regioni inadempienti	Prevenzione	Distrettuale	Opediatrica	
VALLE D'AOSTA	72,30	36,70	71,54	>80%
PA BOLZANO	51,86	54,69	71,38	70-80%
LAZIO	84,99	59,60	73,25	60-70%
MOULISE	79,55	59,87	44,74	50-60%
CAMPANIA	74,67	61,42	58,07	40-50%
BASILICATA	86,26	45,09	75,83	<40%
CALABRIA	64,03	58,44	47,22	
SICILIA	50,76	69,32	44,22	
SARDEGNA	75,71	35,00	64,60	

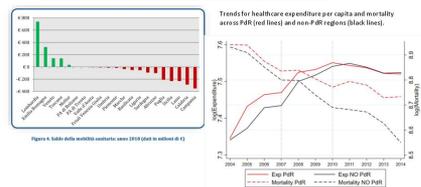


Figure 4. Tasso della mortalità standardizzato: anno 2018 (dati in milioni di c.)

I PDR hanno rallentato la crescita della spesa attraverso il blocco del personale; la copertura dei disavanzi è avvenuta con le super-addizionali e l'aumento della compartecipazione privata alla spesa. La mobilità è aumentata e gli effetti sui LEA indicano un peggioramento con il NSG. Gli effetti dei PDR sulla mortalità: evidenze negative sulla mortalità (Depalo 2019) e sulla mortalità evitabile (Arca et al. 2020); evidenze non significative (Bordignon, Turati et al. 2020)

L'obiettivo dell'equilibrio di bilancio è stato certamente conseguito rallentando la crescita della spesa, ma soprattutto con l'attivazione delle super-addizionali. In particolare, la spesa sanitaria è stata ridotta per via del blocco del personale (una misura selettiva che vale solo per

le regioni in piano di rientro, mentre per le altre regioni vale il tetto della spesa).

I numeri in rosso nella tabella indicano che se tutti abbiamo sofferto le restrizioni della politica di stabilizzazione, non tutti abbiamo sofferto allo stesso modo. In sostanza, se è vero che abbiamo perso in Italia nello scorso decennio circa 46.000 posti di lavoro e 36.000 posti letto (-17% pubblici; -8% privati), l'austerità è stata sofferta di più a sud, dove i cittadini sono stati doppiamente penalizzati con un maggior carico fiscale e minori servizi sanitari.

La domanda quindi diventa: i tagli subiti e dettati da rilevanti inefficienze di sistema sui territori in piano di rientro hanno garantito i LEA senza ledere il diritto alla salute? Su questa garanzia dei LEA e sui meccanismi di monitoraggio i discorsi sarebbero ampi. Con il vecchio sistema di garanzia c'è stato un continuo miglioramento. Tuttavia, l'attivazione del nuovo del sistema di garanzia ha fatto riemergere nuovamente gravi problemi nelle diverse aree di assistenza. Diciamo che le regioni devono ancora adattarsi al nuovo sistema: riporto non a caso la simulazione per il 2018, perché quella del 2019 (già disponibile) evidenzia la velocità nella capacità di adattamento delle regioni nel centrare gli obiettivi. Per una discussione critica sulla costruzione e sul monitoraggio degli indicatori LEA rimando a Dirindin e Caruso (2021).

Ma sostanzialmente che cosa si è verificato nel sud? sono stati ridotti i tassi di ricovero con DRG medici che, peraltro, non hanno trovato una adeguata compensazione nel rafforzamento dell'assistenza territoriale, e per le procedure complesse (oncologiche e cardiocirurgiche in particolare) è aumentata la mobilità (Gimbe 2020). D'altro canto, quanto agli esiti di salute bisogna osservare che le evidenze sono ancora poche: alcune riscontrano un impatto significativo sull'aumento della mortalità (Depalo 2019) o della mortalità evitabile (Arcà, Principe e Van Doorslaer (2020); altre non rilevano differenze significative sulla mortalità (Bordignon; Coretti, Piacenza e Turati 2020).

Arriviamo finalmente alle questioni del decentramento funzionale.



Senza ripercorrere i dettagli eloquentemente discussi da Matteo Cosulich, le tappe finora sono state:

1. 28 febbraio 2018: avvio dei negoziati di Emilia Romagna, Veneto e Lombardia ai sensi dell'art. 116, c. 3 Cost.;
2. 25 febbraio 2018: approvazione dei primi schemi di intesa per la fiscalizzazione dei trasferimenti della spesa storica con le compartecipazioni e per la definizione dei fabbisogni standard (entro 3 anni, in mancanza dei quali vale un finanziamento pari alla media pro capite nazionale delle funzioni assegnate), fatti salvi i LEA e quindi i meccanismi perequativi;
3. NADEF del 2020: in piena pandemia è stato annunciato un ddl *ad hoc* per definire l'autonomia differenziata;
4. DEF 2021 e NADEF 2021: reinserimento del ddl da collegare alla legge di bilancio 2022.

Trattasi di un ddl collegato che definisca: il Governo unitario della finanza pubblica con controllo sull'operato degli enti decentrati (Corte Cost. sent. 39/14), i LEP da salvaguardare (presumo diversi dalla sanità in quanto quelli per la sanità sono già da tempo definiti e in evoluzione) e quindi la definizione del finanziamento dei fabbisogni in linea con la L.42/09 (e a norma dell'art.119 Cost.) e il d.lgs 68/11. Insomma, tutti quei passaggi già fatti da tempo in materia sanitaria.

Ma ciò che rileva qui puntualizzare è quanto descritto nella relazione della Corte dei Conti presentata il 29 marzo 2022 (richiesta dal Dip. Affari regionali della Presidenza del Consiglio) che riferisce in ordine alle informazioni pervenute relative alla gestione 2013-18 delle risorse

statali suscettibili di trasferimento nell'ambito del regionalismo differenziato. Un'indagine che ha avuto come obiettivo quello di individuare le funzioni da trasferire distinguendo quelle di natura regolatoria da quelle che comportano un trasferimento di risorse umane e strumentali, per poi procedere alle quantificazioni di queste ultime, e infine valutare le ricadute sul mantenimento dei LEA.

Fatto sta che alla lista delle materie degli accordi preliminari, come descrive l'indagine della Corte dei Conti, le amministrazioni non sono in grado di rappresentare in modo chiaro e trasparente le risorse suscettibili di trasferimento. Peraltro, molte funzioni hanno natura regolatoria e non sono spaccettabili né trasferibili (per esempio il coordinamento della finanza pubblica per gli equilibri di bilancio nella lista della Lombardia).

Il decentramento funzionale è già insito nell'organizzazione della sanità

### *Regionalismo differenziato e sanità*

Dall'indagine della Corte dei Conti, il **Ministero della salute** rileva che:

Fatta eccezione per il **sistema formativo che rientra nella competenza dello Stato** (Cort. Cost. sent. 353/03), la gran parte delle funzioni richieste (ticket, tariffe, governance delle Asl etc) sono già nella competenza delle regioni nel rispetto della regolazione quadro nazionale...

### *Quantificazione risorse*

**Non è possibile quantificare le singole componenti delle funzioni/competenze da trasferire perché:**

- **Livello complessivo di finanziamento SSN è fissato in legge di bilancio in coerenza con il quadro macroeconomico ...;**
- **Riparto del finanziamento avviene per quota capitaria secca o pesata per macro livelli di assistenza** (osp 44%; dist 51%; prev 5%)

Il decentramento funzionale è già una realtà nel SSN, le regioni infatti hanno già capienza di regolazione pur sempre entro un quadro di programmazione nazionale, trattandosi di LEA.

Anche qui, con riguardo alle funzioni richieste e da trasferire è utile la lettura dell'indagine della Corte dei Conti (2022), dove il Ministero della salute rileva che sono competenze centrali di tutela della salute le materie riguardanti: il sistema formativo delle professioni sanitarie e le scuole di specializzazione (competenza riservata allo Stato come definito dalla Corte Cost. Sent. 353/03); i ticket per i quali è preclusa la

possibilità di incidere sul diritto all'esenzione per talune categorie, né è possibile costituire rimodulazioni che ostacolano l'accesso ai LEA; le tariffe per le quali sono incompatibili modelli di remunerazione diversi tra residenti e non residenti.

Nella governance delle Asl, invece, sono già ammessi a legislazione vigente cambiamenti organizzativi fermo restando la garanzia di comparabilità dei flussi informativi, di appropriatezza, di esito, efficienza, ecc. con i modelli organizzativi nazionali e delle altre regioni.

Nella programmazione degli investimenti (ex art. 20 l. 67/88), il Ministero conserva un ruolo di propulsione e supervisione.

Sostanzialmente, già allo stato attuale sono legittime variazioni regionali di maggior tutela della salute (come extra-LEA), rispetto agli standard garantiti dalla legislazione statale.

Ma ciò che giova ancora sottolineare è che non è possibile procedere alla quantificazione delle risorse delle singole funzioni/competenze sanitarie da trasferire perché: il livello complessivo del finanziamento del SSN è fissato top-down in legge di bilancio e in coerenza con il quadro macroeconomico etc etc.; il riparto del finanziamento avviene per quota capitaria (secca o pesata) secondo il dettato del d.lgs. 68/11, cioè nel rispetto degli indicatori per macro livelli di assistenza (osp 44%; dist 51%; prev 5%) entro cui poi le regioni allocano le risorse come meglio credono. In altre parole, non esiste un prezzo standard delle singole funzioni.

Giungo quindi ai quesiti finali, addentrandomi nel merito di un'idea di giustizia.

Dare senso e contenuto ai LEA: rilevanza o irrilevanza dell'autonomia differenziata?

**Quale idea di giustizia?**

**Una redistribuzione minima (parti uguali tra diseguali)?**

Finanziamento procapite e compensazione dei perdenti con riserve sugli investimenti

**Le allocazioni (i modelli organizzativi) incidono sui costi (e sulle disuguaglianze)?**

**I tetti per macrolivelli (44% osp; 51% dis; 5% prev.)** come indicatori della programmazione nazionale verso cui le regioni dovrebbero convergere sono un **piccolo passo avanti ma insufficiente**

**Ricondurre la medicina alle sue finalità originarie di servizi integrati alla persona e di sanità pubblica**

**Una redistribuzione più sottile (alla Sen) inserisce le considerazioni di equità nelle decisioni allocative (e quindi nei modelli organizzativi) con azioni di riequilibrio**

Noi attualmente applichiamo un'idea di redistribuzione minimale (parti uguali tra diseguali?) che garantisce alle regioni un finanziamento procapite (seppur pesato per i consumi per classi di età per la metà dell'ospedaliera e per l'assistenza specialistica), e compensiamo i perdenti (cioè il sud) con riserve sugli investimenti (per il riequilibrio strutturale di cui all'art. 119 Cost.).

Possiamo andare oltre, posto che *i modelli organizzativi incidono sui costi (e sulle disuguaglianze)?*

Un livello più elevato di redistribuzione è quello dei tetti per macrolivelli (44% ospedaliera; 51% distrettuale e 5% prevenzione), già inseriti nel decreto legislativo 68 del 2011, che rappresentano indicatori di programmazione nazionale cui le regioni dovrebbero convergere. Seppure irrilevante ai fini della quota di accesso al finanziamento, non è un caso che Veneto, Emilia Romagna e Umbria sono sempre le regioni scelte come benchmark nel gioco della ricostruzione della spesa per il calcolo dei costi standard, poiché sono le uniche regioni che possono soddisfare il 51% della distrettuale. Tetti per macrolivelli che rappresentano un piccolo passo avanti ma ancora insufficiente.

In realtà, è bene sottolineare che relazioni di potere (*local governments captured by local elites*) e logiche proprietarie nel management aziendalistico (i super poteri in mega aziende con crescente gap di partecipazione) possono minare le allocazioni sostenibili costo-efficaci (Houck & Smith 2015, e.g. la prevenzione) e aumentare le disuguaglianze tra ed entro i territori.

E allora una redistribuzione più sottile delle risorse (alla Sen, diciamo) che intenda ricondurre la medicina alle sue finalità originarie di servizi integrati alla persona e di sanità pubblica, dovrebbe entrare nel merito delle allocazioni (*putting considerations of equity into resource allocation decisions*) e quindi dei modelli organizzativi con azioni di riequilibrio tra contesto urbano e non urbano, tra classi sociali, tra ospedale verso territorio, tra prevenzione individuale verso prevenzione collettiva e ambientale.

Se ciò vale per le regioni in piano di rientro, nell'attuale contesto raramente sono stati identificati e valutati i punti deboli del sistema di governance delle autonomie in equilibrio di bilancio (gli abili e capaci e meritevoli). La Lombardia è un esempio di squilibrio sulla gestione delle emergenze come la pandemia ha dimostrato.

Vorrei chiudere con un esempio per dare senso e contenuto ai LEA pensando ad una sanità meno remunerativa che dia importanza a ciò che con poche risorse possiamo fare a supporto della programmazione e della riduzione delle disuguaglianze.

**Dare senso e contenuto ai LEA**

*Uscire dal trade-off accentrato/decentramento*

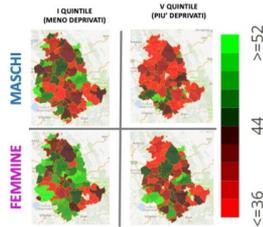
Perché ci dobbiamo occupare delle allocazioni efficaci entrando nel merito delle questioni organizzative con lo sguardo rivolto ai beneficiari dei servizi?

*Per una sanità meno remunerativa è importante «ciò che le risorse ci permettono di fare» (Sen)*

*... le best practices (le differenze ammissibili) dovrebbero entrare nella programmazione nazionale*



Mappe deprivazione – Aderenti screening colon retto



**Un esempio tra gli abili e capaci: oltre i bersagli si può entrare nel merito**  
**La geocodifica di popolazione del registro tumori dell'Umbria**



**Cosa ne ha fatto delle «buone eccezioni»  
 l'autonomia dei meritevoli in equilibrio di bilancio (??) ?**

Innanzitutto, penso che bisognerebbe uscire da questa logica di tensione concorrenziale tra accentrato e decentrato (su questo sono d'accordo con Giovanni Bissoni) e mi pongo quest'ultimo quesito: perché ci dobbiamo occupare delle allocazioni efficaci entrando nel

merito delle questioni organizzative con lo sguardo rivolto ai beneficiari dei servizi?

Torno un attimo indietro al decentramento amministrativo (le Bassanini) che hanno trasformato i nostri funzionari in burocrati per obiettivi manageriali, perché da questi deriva la loro retribuzione aggiuntiva (un punto su cui io sarei molto critica). E allora, semplificando, noi in sanità ci muoviamo dentro i bersagli (o la lista degli indicatori per il monitoraggio dei LEA) entro cui, come ho detto prima, le regioni si adattano seppure permangono tante diversità nel regionalismo che le caratterizza (come intitola questo seminario). Ma noi possiamo entrare nel merito di questi bersagli per essere valutatori più attenti rispetto ai bisogni da soddisfare dando maggiore senso e contenuto ai LEA.

Faccio quindi l'esempio del registro tumori dell'Umbria che attraverso la geocodifica di popolazione permetteva (in un passato recente) di valutare, e supportare con opportune azioni di programmazione regionale, per esempio l'adesione allo screening del colon retto (ma l'esempio vale per qualsiasi prestazione) considerando rischi e iniquità per genere e quintili di deprivazione, quindi chi sono quelli che aderiscono di più e chi sono quelli che aderiscono meno. Ebbene che cosa fa l'autonomia di una regione (l'Umbria): lo depotenzia prima e lo sospende poi.

In conclusione, quello che intendo dire è che, andando oltre il nord e il sud del paese, noi ci occupiamo troppo dei non virtuosi, e troppo poco di ciò che fanno i virtuosi, quando invece dovremmo valutare *le best practice* di ogni regione per farle entrare nella programmazione nazionale. Certamente non sono i costi standard, con la ruota che torna a girare (prima in attuazione dell'art. 119 e adesso del c. 3 dell'art. 116 della Cost.), a condurci verso una visione non proprio corretta di efficienza poco attenta all'efficacia degli interventi, ma è la programmazione che entra nel merito delle allocazioni, le corregge e le indirizza verso migliori e sostenibili pratiche da estendere in ogni dove, perché il recupero di efficienza (quella allocativa) non è una questione che riguarda solo le regioni in piano (i non virtuosi) ma tutte le regioni.

## *Riferimenti bibliografici:*

- Arcà E, Principe F, Van Doorslaer E (2020), Death by austerity? The impact of cost containment on avoidable mortality in Italy. *Health Economics*;29:1500-1516. <https://doi.org/10.1002/hec.4147>
- Bordignon M, Coretti S, Piacenza M, Turati G. (2020) Hardening subnational budget constraints via administrative subordination: The Italian experience of recovery plans in regional health services. *Health Economics*; 29:1378-1399. <https://doi.org/10.1002/hec.4138>
- Caruso E. (2022), Oltre il mattone, quali prospettive per la sanità. In *La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2021*, a cura di M. Baldini, S. Toso, il Mulino, Bologna.
- Corte dei Conti (2021), Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica, Sezioni riunite in sede di controllo, Roma, Giugno: <https://www.corteconti.it/Download?id=867011ba-87e4-4e6b-8338-dd4874ff0b39>
- Corte dei Conti (2022), Gestione delle risorse nel periodo 2013-2018 correlate all'attuazione dell'autonomia differenziata, Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato, Delib. n. 4/2022/G (29 Marzo 2022).
- Depalo, D (2019), The side effects on health of a recovery plan in Italy. A nonparametric bounding approach. *Regional Science and Urban Economics*, 78, 103466.
- Dirindin N e Caruso E (2019), *Salute ed Economia - Questioni di economia e politica sanitaria*, il Mulino, Bologna.
- Dirindin N e Caruso E (2021), La garanzia dei LEA: problemi di misurazione e monitoraggio. CAPPaper n. 175, Dicembre 2021: [http://155.185.68.2/CappPaper/Capp\\_p175.pdf](http://155.185.68.2/CappPaper/Capp_p175.pdf)
- Gimbe (2020), Report 2/2020. La mobilità sanitaria 2018: [https://www.gimbe.org/osservatorio/Report\\_Osservatorio\\_GIMBE\\_2020.02\\_Mobilita\\_sanitaria\\_2018.pdf](https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2020.02_Mobilita_sanitaria_2018.pdf)

- Hauck K and PC Smith (2015), The Politics of Priority Setting in Health: A Political Economy Perspective. Center for Global Development Working Paper No. 414: <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2671571>
- Sen A (2009), The Idea of Justice. Cambridge, Mass: Belknap Press of Harvard University Press.
- Stracci F et al. (2019), Geospatial analysis of the influence of family doctor on colorectal cancer screening adherence. PLOS ONE 14(10): e0222396. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222396>

Vineis P, Forastiere F, Saracci R (2022), La prevenzione è sottofinanziata in Italia, in La Finanza Pubblica Italiana. Rapporto 2021, a cura di M. Baldini, S. Toso, il Mulino, Bologna.

[\[1\]](#) Per una ricostruzione dettagliata di tutte le risorse riservate alla sanità durante la pandemia e la loro allocazione tra funzioni di spesa rimando a Caruso (2022) i cui riferimenti sono in bibliografia.

# Silvio Garattini

*Istituto Mario Negri, Milano*

---

**B**uon pomeriggio a tutte e a tutti. Sono d'accordo con molte delle cose dette quindi non le ripeterò e sono contrario all'idea dell'autonomia differenziata, non per ragioni giuridiche o per altre cose che non conosco, ma perché vedo in questo l'aumento della eterogeneità delle prestazioni sanitarie nel paese. Se aumentiamo l'autonomia differenziata ci saranno alcune regioni che si prenderanno quasi tutti i medici a disposizione, perché li pagheranno meglio, perché danno migliori condizioni di lavoro, perché sarà più prestigioso lavorare in Lombardia piuttosto che lavorare nella campagna di qualche altra regione: questo è. Vorrei invece concentrare la mia attenzione sulla necessità che il livello centrale riprenda maggiore importanza nella salute.

Per esempio, mi piacerebbe sapere chi comanda il Servizio Sanitario Nazionale; vorrei sottrarre il Servizio Sanitario Nazionale alle regole della pubblica amministrazione, perché rendono impossibile la fluidità e la tempestività del Servizio Sanitario Nazionale. Per nominare un primario ci vogliono anni, per comprare un apparecchio bisogna fare diecimila cose complicate, e poi c'è sempre chi ricorre al TAR o altrove; alla fine c'è una grande impossibilità di governare il sistema.

Vedrei, per esempio, la necessità di un cambiamento nelle forme di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale; i DGR, ormai abbiamo constatato, generano soltanto burocrazia, che a sua volta genera per il medico un sacco di lavoro che non ha attinenza con la sua professione. Il budget di struttura, per esempio (ma ci possono essere anche altre possibilità), potrebbe essere migliore, lasciando la libertà di gestione, ma avendo un forte controllo a posteriori di come sono state utilizzate le risorse disponibili. È necessaria per il futuro una cultura comune.

Non voglio tediare su quello che sapete tutti e cioè che il nostro sistema è sbagliato perché punta sulla cura anziché puntare sulla prevenzione: il 50% delle malattie croniche sono evitabili, il 70% dei

tumori sono evitabili, ma in Italia muoiono 180 mila persone all'anno di tumore. Perché? Perché regna il mercato della medicina, perché la prevenzione è in conflitto di interesse con quel mercato.

Dobbiamo cambiare la cultura e lo si fa attraverso le scuole; non abbiamo in Italia una scuola superiore di sanità dove formare i dirigenti. Da dove vengono i dirigenti? Sono raccogliatici, spesso sono messi lì dai politici per compensazioni varie. Insomma, a mio parere bisogna avere il coraggio di cambiare molte cose. Dirlo in questo momento è velleitario, me ne rendo conto, non sono così ingenuo, ma bisogna cominciare ad prospettare.

Per esempio avere ancora la Servizio Sanitario Nazionale organizzato su 21 regioni e poi sulle regioni a statuto speciale... Io c'ero quando sono state istituite le regioni a statuto speciale, sono passati 70 anni, abbiamo ancora bisogno dello statuto speciale di alcune regioni? Me lo domando, credo che sia ovvia la risposta. La regionalizzazione è stata una cosa utile nel momento in cui bisognava collocare il Servizio Sanitario Nazionale in qualcosa che esisteva, ma dobbiamo tener presente che non è quella la soluzione ideale; non possiamo pensare allo stesso Servizio collocato in posti dove ci sono 300 mila persone e in posti dove ce ne sono 10 milioni, non ha senso. Intanto perché costa molto di più, in ogni regione bisogna avere tutto quello che è necessario.

Penso, ma non ditemi che sono un sognatore, che idealmente si deve pensare a dodici aree nel paese con 5 milioni circa di cittadini che vi afferiscono. Possono essere numeri leggermente diversi, ma questa è la dimensione necessaria per fare in modo che ci sia tutto disponibile nel modo più efficiente (anche i servizi complessi hanno un numero di degenze necessarie). Un dato, per dare un'idea adesso che facciamo anche 400 nuovi ospedali di comunità non avendo né i medici né infermieri per riempirli, con il sistema che abbiamo rispetto alla Francia per fare 30 mila interventi cardiocirurgici abbiamo bisogno di quasi il 50% di più personale. Dico rispetto alla Francia perché lì hanno concentrato tutte le attività complesse in poche unità, dove si lavora meglio, si acquisisce molta più esperienza e quindi si fa un lavoro più importante al servizio dei cittadini.

Sono alcuni dei suggerimenti che darei; mi rendo conto che sono velleitari, ma sognare non è proibito: c'ero quando non c'era il Servizio Sanitario Nazionale, sembrava impossibile che ci potesse essere eppure è arrivato; c'ero quando c'erano i manicomi, sembrava impossibile chiuderli, ma ci siamo arrivati, anche se poi non abbiamo fatto quello che bisognava fare dopo. Al di là di ciò che ho detto, il messaggio che vorrei dare è questo: come gruppo dovremmo cercare di guardare un po' più lontano, cercare di prospettare qualcosa che oggi magari sembra un sogno, ma se sogniamo in molti poi alla fine riusciamo a realizzarlo.

# Renato Balduzzi

*Professore ordinario di Diritto costituzionale, Facoltà di Giurisprudenza, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano*

---

**L**a dottrina costituzionalistica ha da tempo sottolineato la ridotta consapevolezza che la discussione pubblica sul cosiddetto regionalismo differenziato lascia trasparire circa le conseguenze, sul piano politico e giuridico-istituzionale, che può comportare l'applicazione della clausola di asimmetria contenuta nel terzo comma dell'art. 116 Cost., come modificato nel 2001.

Ora, se questa scarsa consapevolezza può essere comprensibile, anche se non giustificabile, nella discussione politica, al cui interno non è difficile riscontrare ciò che è stato opportunamente chiamato come “uso congiunturale dell'autonomia” , nel senso di utilizzare il discorso sull'autonomia territoriale non al fine di consolidare assetti con essa maggiormente coerenti, ma di perseguire obiettivi di posizionamento politico contingente, non altrettanto lo è per gli studiosi, e specialmente per i costituzionalisti, ai quali spetta, tra l'altro, il compito di illuminare la politica circa gli effetti di sistema delle decisioni che è chiamata ad assumere.

Proprio questa attenzione è sinora stata complessivamente carente: favorevoli o contrari alla differenziazione hanno mostrato, in genere, poco interesse per il nodo cruciale che l'applicazione del terzo comma impone di sciogliere: l'attivazione della clausola anche soltanto per un ristretto numero di Regioni (in ipotesi, una soltanto), produce effetti sistemici quando le scelte di differenziazione concernenti i singoli settori materiali determinino, insieme all'emancipazione dai limiti imposti dalla legislazione statale, la possibilità di fuoriuscire dalle coordinate di fondo delle politiche nazionali di settore.

In termini generali, nella discussione scientifica animata da questa “nuova stagione” del regionalismo differenziato, alcuni autori hanno

iniziato a segnalare i riflessi che una simile prospettiva può avere nel campo dei diritti sociali .

Pur trascurando in questa sede sia i passaggi che hanno condotto all'attuale situazione , sia la considerazione di altre materie pure ugualmente cruciali (ad es., l'istruzione), devo comunque osservare, in via preliminare, che la trattativa condotta nella XVIII legislatura ha collocato l'attuazione del regionalismo differenziato su di una direttrice anomala. Chiedere di applicare il terzo comma dell'art. 116 a tutte le materie di legislazione concorrente o anche alla maggioranza di esse significa ambire a una differenziazione che appare nettamente contrastante con la ratio e la lettera del medesimo: se il senso del regionalismo differenziato è quello non di modificare la forma di Stato regionale, o di creare una ulteriore tipologia regionale che si affianchi alle Regioni ad autonomia speciale e a quella ad autonomia ordinaria, bensì di consentire alle Regioni, che hanno sperimentato su singole materie risultati reputati convincenti, di potere ulteriormente darsi regole e procedure idonee a porre le medesime come apripista anche per le altre Regioni su puntuali e circoscritte competenze («ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia», non genericamente «maggiore autonomia») , appare di tutta evidenza l'impossibilità di giustificare l'estensione alla totalità degli oggetti contemplati nell'art. 116, comma 3, Cost.

2. In campo sanitario, c'è una premessa da porre all'inizio di qualunque ragionamento su asimmetrie regionali: l'esistenza del Servizio sanitario nazionale, pone una serie di vincoli di sistema che costituiscono un obiettivo-limite alla previsione di generalizzate e generiche differenziazioni tra Servizi sanitari regionali. Un sistema nazionale di tutela della salute fondato sull'universalità dei destinatari, la globalità della copertura assistenziale, l'equità di accesso sotto il profilo economico e territoriale, l'appropriatezza delle prestazioni e il finanziamento sulla base della fiscalità generale (progressiva, cioè equa) ha tra le sue finalità primarie quella di promuovere l'avvicinamento tra situazioni regionali diverse, mirando a ridurre le diseguaglianze territoriali e le conseguenze di disparità di trattamento personali, non a cristallizzarle.

Tra la tutela della salute e organizzazione dei servizi sanitari c'è un rapporto di reciproco condizionamento, il quale trova una conferma evidente nella possibilità che la stessa determinazione dei livelli essenziali di assistenza e delle loro specificazioni possa comportare la posizione di standard organizzativi (gli esempi sono più che noti: dalla indicazione dei regimi appropriati di erogazione delle prestazioni, ricomprese nei livelli, alla specificazione degli standard ospedalieri e, oggi, dopo il d.m. 77/2022, anche territoriali ; si tratta di presupposti che, d'altro canto, fondano la stessa possibilità di pervenire alla determinazione dei costi standard delle prestazioni) . Tale rapporto di reciproco condizionamento è insito nella struttura stessa della potestà concorrente, come dimostra inequivocabilmente la risposta che la Corte costituzionale ebbe a dare, all'indomani della revisione del 2001, alle questioni poste da alcune regioni a proposito del rapporto tra tutela della salute e organizzazione sanitaria, risolto non nel senso della distinzione tra due materie separate, ma in quello della inclusione della seconda nella prima . Da ciò può trarsi la conferma che, in sanità, i principi fondamentali della legislazione statale si siano sviluppati quali strumenti di garanzia e di attuazione dei principi fondamentali del Servizio sanitario nazionale e trovino nell'articolo 32 Cost. il proprio parametro di riferimento.

La regionalizzazione della sanità italiana, prevista già nel testo originario della Costituzione repubblicana e confermata nella revisione costituzionale del 2001, rimanda dunque a strumenti di tenuta unitaria del sistema, necessari per adempiere all'obbligazione costituzionale di protezione della salute quale fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e, se da un lato afferma la differenziazione tra territori quale dato di partenza del sistema e potenziale ostacolo all'eguaglianza nel godimento del diritto stesso, dall'altro, tuttavia, legittima una lettura "forte" della forma organizzativa della Repubblica, nel senso che ciascuna Regione dispone di strumenti incisivi per partecipare attivamente e secondo il proprio autonomo indirizzo di governo alla determinazione delle modalità di protezione del diritto alla salute, potendo caratterizzare il proprio "modello" di tutela del diritto a partire dalle scelte di organizzazione del Servizio sanitario regionale, entro il quadro del Servizio sanitario nazionale .

Se si accoglie questa concezione della differenziazione, il terzo comma dell'art. 116 Cost. appare non come la premessa per la disarticolazione dell'unità e indivisibilità della Repubblica, ma come un possibile fattore di coesione, in quanto la base di partenza per darvi attuazione è la verifica circa gli oggetti sui quali la singola Regione nel governo del proprio servizio sanitario ha saputo operare con efficacia (nella direzione di una maggiore protezione del diritto) ed efficienza (nella direzione di un migliore impiego delle risorse, non solo finanziarie) e, poi, a individuare di conseguenza sia le innovazioni positive da disseminare nell'intero sistema, sia le forme di autonomia che possono consentire alla singola Regione di sviluppare ulteriormente questi stessi spazi di differenziazione.

Non è un caso che, quando si sono provate a leggere sulla base di questa concezione talune vicende della differenziazione regionale, e in particolare l'accordo preliminare e la bozza di intesa relativi all'Emilia-Romagna, sia stata individuata la farmacovigilanza quale caso esemplare : la maggiore capacità di controllo e gestione del farmaco da parte di una Regione va a vantaggio diretto della sua popolazione e indiretto della collettività nazionale, si muove nell'ambito dei principi statali sul sistema del farmaco, individua un modello virtuoso anche per altre realtà regionali, può preludere a maggiori spazi di autonomia nella organizzazione e gestione della distribuzione, anche al di là del modello che la legislazione statale indica alla generalità delle regioni. In una situazione di questo tipo, la differenziazione ex art. 116, comma 3, può consentire ad una Regione di far evolvere gli schemi imposti dalla legislazione statale e superarli a beneficio di un proprio modello organizzativo, ma sempre restando nell'ambito dei principi che fondano il Ssn e contribuendo, anzi, al loro dinamico rafforzamento.

3. Le vicende recenti del regionalismo differenziato in sanità raccontano tuttavia una storia diversa.

Cominciamo dal personale. Nessun dubbio che i rigidi tetti di spesa stabiliti, dal 2010, a livello statale, abbiano ingessato i Servizi sanitari regionali e che pertanto la loro soppressione nel 2019 (art. 11 d.l. n. 35/2019, c.d. decreto Calabria) sia stata salutata positivamente da tutti gli interessati, ma va ricordato che ciò è stato reso concretamente possibile grazie alla vigenza, a partire dal d.m. n. 70/2015, degli

standard ospedalieri. Pertanto, ogni allargamento della competenza regionale dovrebbe comunque prevedere la coerenza con gli standard e i criteri metodologici nazionali concernenti i relativi piani di fabbisogno, oltre che subordinare tale facoltà al raggiungimento e al mantenimento dell'equilibrio economico. Analogo discorso vale per quanto attiene all'accesso alle scuole di specializzazione: sul punto, l'esperienza di alcune regioni in ordine ai rapporti tra Servizio sanitario regionale e Università potrebbe essere utilmente consolidata, sviluppata e messa a beneficio di tutti, sempre dentro un quadro di compatibilità di sistema. Com'è noto, le richieste regionali non hanno, in genere, tenuto conto di tale quadro complessivo.

Stesso discorso per quanto concerne le misure di compartecipazione alla spesa: qui le richieste di uno spazio maggiore di modulazione della medesima sono state affiancate alla richiesta di devoluzione alle regioni della disciplina dei fondi sanitari, con il risultato di mettere in discussione uno dei principi costitutivi del Servizio sanitario nazionale, cioè il suo finanziamento attraverso la fiscalità generale. Ne consegue che non è pensabile devolvere a singole regioni la facoltà di derogare al sistema costruito dalla legge n. 833 del 1978 e dalle riforme della medesima approvate nel 1992, 1993, 1999 e 2012, senza una preventiva ampia discussione nazionale.

Sta proprio qui il nucleo di debolezza delle poco meditate richieste regionali di differenziazione in materia sanitaria avanzate sino alla vigilia della pandemia e riprese, sorprendentemente, anche negli ultimi tempi: esse non si limitano a concentrarsi su specifiche competenze amministrative, ma esprimono una carica profondamente ideologica e in certa misura antistorica, tale da indurre un recente editoriale pubblicato su una rivista portabandiera delle istanze regionaliste, a esprimersi così: «Dopo l'esperienza della pandemia ben pochi vorrebbero che i loro diritti, civili e sociali, fossero affidati alla disciplina differenziata, con fonte di rango legislativo, delle Regioni» . In materia sanitaria, non è azzardato commentare che, se talune di quelle proposte fossero arrivate in porto, avrebbero comportato la pratica destrutturazione del Servizio sanitario nazionale. A creare problema, in prospettiva, è soprattutto l'intreccio tra le richieste di autonomia totale in tema di compartecipazione alla spesa e quelle

concernenti i cosiddetti fondi sanitari integrativi: è possibile che singole regioni derogino all'assetto di fondo del Ssn e alla regola base per cui il finanziamento è assicurato dalla fiscalità generale? In un campo in cui le interrelazioni regionali sono strettamente dipendenti dall'assetto di fondo del sistema, una devoluzione riferita a questo o quel territorio regionale non potrebbe che comportare, appunto, la disarticolazione del Servizio sanitario nazionale e l'aumento delle diseguaglianze, senza che siano chiaramente percepibili i vantaggi in termini di tutela della salute e garanzia dei livelli essenziali di assistenza. Anzi, stante il prevedibile carattere largamente sostitutivo e non meramente integrativo delle prestazioni coperte da tali fondi, si genererebbero duplicazioni e si aggraverebbero le disparità tra territorio e territorio, tra cittadino e cittadino. Inoltre non sarebbe difficile scorgere nella combinazione di fondi sostitutivi, manovre sui ticket, regole "ammorbidite" quanto all'attività libero-professionale intramuraria e alle assunzioni di personale, nonché al trattamento giuridico ed economico del medesimo, la possibile costruzione di un sistema "a doppio pilastro" assai squilibrato, nel quale la qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalla componente pubblica sarebbe inevitabilmente recessiva rispetto a quella realizzabile all'interno del settore privato.

Non v'è chi non veda come una siffatta situazione non sia per nulla coerente con le premesse dell'inclusione della tutela della salute nel novero delle materie al cui proposito attribuire forme e condizioni particolari di autonomia, che vanno, come si è visto sopra, nel senso di un più stretto collegamento tra la tutela del diritto e i profili organizzativi. Chi scrive non dubita che la circostanza che una regione, la quale vanti risultati positivi in termini di bilanciamento tra qualità dei servizi e risorse impiegate, voglia accrescere l'autonomia organizzativa, sia da valutare positivamente, ma ciò a condizione che vengano precisati quali principi fondamentali organizzativi si intendano derogare: tenuto conto dello stretto legame tra la garanzia dei livelli essenziali di assistenza e l'esistenza di un'organizzazione nazionale (con le proprie coerenze di sistema), soltanto la precisazione circa gli oggetti specifici sui quali ottenere quella maggiore autonomia e circa gli standard nazionali e i principi fondamentali da intendersi come non derogabili varrebbe a ridurre il rischio che l'attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost. possa significare decostruzione

dell'impianto e della logica del Servizio sanitario nazionale. Insomma, una siffatta maggiore "autonomia" dovrebbe corrispondere non ad un mero aumento delle competenze legislative, intese in senso statico e come ossessiva rivendicazione di competenza, ma nella capacità di organizzare la risposta politico-amministrativa secondo modalità che ne massimizzino il buon andamento e l'imparzialità, e dunque in una rinnovata e seria valorizzazione delle sedi di cooperazione, coordinamento e auto-coordinamento .

Anche su questa concezione culturalmente più matura di autonomia varrebbe la pena di aprire una discussione nazionale.

4. L'occasione per aprire questa discussione non dovrebbe essere quella, angusta e superficiale, del regionalismo differenziato, ma quella dell'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza, per le parti che attengono alla materia della salute. Anche sul Piano, è importante che si apra una discussione di metodo e di merito.

Quanto al metodo, vale ciò che si è appena detto a proposito delle sedi di cooperazione le quali, per potere funzionare, hanno bisogno di un centro autorevole, capace di un coordinamento forte, e di periferie disposte a mettersi realmente in gioco.

Quanto al merito, mi limito a indicare alcune prospettive di interpretazione e attuazione in senso estensivo del Piano, coerenti con la corretta valorizzazione del protagonismo regionale, senza bizzarrie inutilmente differenziatrici: dalla piena integrazione sociosanitaria prendendo sul serio le previsioni del d.m. 77/2022, alla necessaria interrelazione tra la sperimentazione di cui all'art. 1, comma 4-bis, del d.l. 34/2020 e gli investimenti concernenti le Case della comunità previsti nel Piano, così da dare spazio alle buone pratiche che la sperimentazione sta ponendo in essere; dai compiti di coordinamento spettanti al Ministero della salute ai sensi del menzionato comma 4-bis e delle clausole del Piano (da intendersi come compiti di playmaker impegnato e attivo, capace, ad esempio, di conferire ai contratti istituzionali di sviluppo il significato di adempimenti non meramente amministrativi) all'esigenza di un maggiore coinvolgimento delle amministrazioni comunali e provinciali, senza il cui fattivo apporto l'integrazione socio-sanitaria rimarrà fatalmente sulla carta; dalla rivalutazione del "luogo" istituzionale deputato a garantire

l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale (cioè il distretto sociosanitario, ridotto, in molte situazioni regionali, il distretto a mero luogo burocratico), alla rivisitazione di un rapporto con i professionisti da coinvolgere nel percorso di integrazione socio-sanitaria, e dunque alla maggiore o minore determinazione con cui i decisori politici, a livello nazionale e regionale, affronteranno le sfide con quelle categorie o pezzi di categoria storicamente meno inclini a un coinvolgimento pieno e operativo all'interno del Servizio sanitario nazionale.

All'interno di quel grande dibattito nazionale qui preconizzato, vi sono poi alcuni altri temi che possono utilmente innervarlo, nonché alcune cose da non pensare o da non fare e alcune cose da pensare o da fare.

Così, è importante (senza naturalmente alcuna pretesa di completezza):

- a) non pensare che la radice delle disfunzioni siano il nuovo Titolo V della Costituzione (che in sanità non ha innovato, salvo l'art. 127 e l'art. 116, comma 3) o la regionalizzazione conseguente ai decreti di riordino del 1992-1993: l'esperienza della pandemia ci sta dimostrando che il sistema italiano ha già tutte le norme che servono per fare fronte ad emergenze nazionali (si veda Corte cost., sentt. n. 37 e 198 del 2021), al netto ovviamente di quanto detto sopra circa interpretazioni asistematiche del terzo comma dell'art. 116;
- b) per contro, incentivare la condivisione degli standard ospedalieri e territoriali, e con essa la capacità di fare rete all'interno del Ssn, in cui la mobilità è elemento costitutivo e non fattore distorsivo;
- c) collegare la richiesta di potenziamento quantitativo del personale del Ssn con la verifica circa la sua distribuzione secondo il principio che i professionisti seguono i servizi, e non l'inverso;
- d) allenarsi a parlare di "produzione" di salute e non soltanto di prestazioni sanitarie (più salute, meno prestazioni di cura e riabilitazione, più prevenzione), nella logica dei Lea (necessari e appropriati), sottolineando che, nel sistema delle regole vigenti in tema di Ssn, aziendalizzazione è cosa diversa da economicismo;
- e) intendere la mitica "sostenibilità", secondo un celebre rapporto canadese di oltre quindici anni fa, non come un insieme di

condizionamenti calati dall'alto, ma nel senso che un sistema sanitario è tanto sostenibile quanto vogliamo che lo sia;

- f) praticare più cittadinanza sanitaria (contro le derive “illiberali” delle democrazie; sul punto, v. più oltre, in sede di conclusione di questo intervento);
- g) prestare la dovuta attenzione all'appropriatezza e alla valorizzazione dei determinanti non sanitari della salute, nel quadro di un One Health effettivo che la recente legge costituzionale n. 1 del 2022 ha rilanciato;
- h) valorizzare in modo equilibrato le tecnologie digitali, sapendone la contraddizione interna (medicina sempre più dialogica vs. ruolo crescente dell'intelligenza artificiale) ed evitare le impasses riscontrate nella vicenda del fascicolo sanitario elettronico).

5. Il dibattito nazionale, più volte evocato e che potrebbe prendere le mosse proprio da una vera discussione sul regionalismo differenziato e sulla sua sconsigliabilità in campo sanitario, potrebbe infine essere l'occasione, come accennato, per riconnettere sanità e cittadinanza, sanità e vitalità democratica.

Il legame tra diritto alla salute e cittadinanza, nel senso che esso costituisce una delle principali occasioni di estrinsecazione e qualificazione della cittadinanza, costituisce un topos degli studi costituzionalistici in materia, come da tempo è stato chiarito. Meno richiamato, ma ugualmente consolidato, è il percorso inverso: la cittadinanza implica, all'interno del fascio di diritti e doveri che la connotano, il diritto alla tutela della salute, ma quest'ultimo non può essere inteso restrittivamente come mera pretesa a prestazioni di assistenza sanitaria, ma richiede “cittadinanza”, cioè un contesto sociale e ambientale che favorisca l'effettività di nozioni altrimenti evanescenti, quando non ipocrite, come “presa in carico”, “continuità assistenziale”, “sanità di prossimità”.

Da queste premesse consegue l'inaccettabilità che le questioni concernenti la salute siano demandate esclusivamente alla competenza tecnico-scientifica e ai decisori politico-amministrativi, non soltanto per una ragione “interna” al sistema dell'assistenza sanitaria (senza il coinvolgimento motivato e operoso dell'interessato gli interventi di

prevenzione, cura e riabilitazione perdono drasticamente efficacia, soprattutto nella cosiddetta “società del rischio” ), ma altresì per una ragione, per dir così, “esterna”, e cioè che il diritto fondamentale diritto alla tutela della salute è strettamente correlato all’interesse della collettività (l’aggettivo “fondamentale”, nell’art. 32 Cost., li regge entrambi), di modo che le decisioni che concernono il primo hanno effetti sul secondo e viceversa. Questa semplice affermazione, la cui intuitiva plausibilità trova, in questo tempo di pandemia, più di una conferma, implica la necessità di individuare, accanto alle forme, per dir così, tradizionali della vita democratica di una collettività organizzata, forme ulteriori che consentano una pienezza di esercizio della cittadinanza in relazione a un bene della vita così delicato e importante: ecco perché sembra indispensabile interrogarsi se non valga la pena di investire attenzioni e risorse per portare di più in campo sanitario esperienze di democrazia deliberativa, cioè esperienze che possano permettere di legare maggiormente cittadinanza e tutela della salute, consentendo a quanti vogliano parteciparvi di interiorizzare maggiormente, supportati da idonee competenze tecnico-scientifiche, le tematiche relative (compresa la loro complessità) e di mettere a disposizione dei decisori politico-amministrativi i prodotti di queste esperienze.

La strada del potenziamento della “democrazia sanitaria” permette, anche in un tempo in cui la pandemia la fa da padrona, di trovare un equilibrio tra un *sentiment* ispirato da una globalizzazione ingenua, da un lato, e da un isolazionismo altrettanto ingenuo ancorché arrogante, dall’altro. Proprio la consapevolezza che i problemi sanitari in tempo di pandemia richiedono decisioni globali, porta alla conclusione circa l’estrema importanza di trovare un equilibrio tra un (impossibile, ma percepito come responsabilizzante) sovranismo/populismo sanitario e un (irenico, ma fondato su presupposti autoevidenti) cosmopolitismo sanitario. La strada per pervenire a questo equilibrio non passa, secondo quanto ho cercato di dimostrare in questa sede, per un indifferenziato richiamo all’autonomia e alla differenziazione, ma per un rinnovato patto tra le collettività territoriali che compongono la “Repubblica”.

# Sandra Zampa

*Responsabile nazionale Salute, Partito Democratico*

---

**R**ingrazio le amiche e gli amici dell'Associazione "Salute Diritto Fondamentale" per avere promosso un incontro sull'autonomia differenziata in vista della ripresa del confronto sul relativo disegno di legge nelle sedi istituzionali. La prima cosa che voglio dire ha a che fare con la sorpresa di vedere riemergere il tema dopo la tragica esperienza della pandemia. Vissuta da sottosegretaria alla salute l'esperienza della gestione e della messa in campo di politiche di contrasto della pandemia che è andata espandendosi da nord a sud, ha mostrato i limiti dell'organizzazione federalista dello stato in materia sanitaria in una situazione di emergenza nazionale grave come quella che abbiamo conosciuto. Le difficoltà si sono manifestate nonostante che lo stato di emergenza, deliberato il 31 gennaio 2020 e via via prorogato, rendesse possibile l'assunzione di decisioni in tempi rapidi e certi.

Abbiamo innegabilmente avuto problemi molto seri di gestione della pandemia durante il cui corso si sono contrapposte troppo spesso decisioni, volontà e orientamenti politici con frequenti "scaricabarile" da parte delle regioni sullo stato centrale. Questo ha avuto ricadute sull'opinione pubblica e ha rappresentato un elemento negativo ulteriore rispetto ai numerosi altri già richiamati negli interventi di chi mi ha preceduto.

Credo che il Partito democratico - in rappresentanza del quale intervengo -, debba rappresentare un baluardo contro le disuguaglianze e che la sanità rappresenti uno dei terreni più fertili per esercitare questi valori, cioè la lotta alle disparità. Si sentono spesso studiosi sostenere che disparità e disuguaglianze sono prodotte dal regionalismo e federalismo sanitario, e altri che invece sostengono che il federalismo sanitario nato a seguito della modifica del Titolo V non ha responsabilità al riguardo.

La mia non lunga esperienza da sottosegretaria mi ha fatto toccare con mano le disparità territoriali nel servizio sanitario al di là della questione epidemica e l'assenza di strumenti efficaci per contrastarle e porvi rimedio: cittadini di serie "A", di serie "B" e forse anche "C"? è accettabile per uno stato nazionale? è compatibile con il dettato costituzionale?

Mi aspetto dunque che il Partito democratico a tutti i suoi livelli, politici e istituzionali, si opponga all'idea di un federalismo che favorisca "egoismi territoriali", che vede la mano libera sui fondi della sanità, sulla compartecipazione alla spesa, e magari anche sulle retribuzioni del comparto. Ci sono studi che evidenziano il rischio che, con l'autonomia differenziata, si avvii una destrutturazione definitiva del servizio sanitario nazionale, aggravando la destrutturazione già in atto e in qualche caso in fase abbastanza avanzata. Penso - e questo lo dico da semplice cittadina- che sarebbe arrivato il tempo di riconciliarsi con la questione della relazione tra governo centrale e governi regionali: è tempo che nel Paese si apra un largo dibattito con il coraggio di affrontare davvero i punti cruciali che non vanno e che non permettono al paese di funzionare. Sappiamo che sono numerosi: alcuni sono stati già richiamati e li condivido. Penso che, tra quelli da affrontare, ci sia la necessità di un coordinamento molto più forte e decisivo tra ministero e regioni. Il ministero ha molti limiti nella sua capacità di intervento e azione, nei poteri che può esercitare, in quelli che potrebbe esercitare ed esercita in misura insufficiente e in quelli che invece davvero gli mancano. Tra gli altri il monitoraggio e la verifica in tempo reale di quanto avviene nei territori, la misurazione della qualità delle prestazioni e del servizio erogati.

Mi pare che da alcune delle norme recenti proposte dal ministero emerga la consapevolezza della necessità di monitoraggio dell'esistente con la previsione della messa in campo di poteri sostitutivi.

A chi ha fatto, del federalismo esasperato prima e dell'autonomia differenziata poi, una bandiera politica per creare consenso interesserà poco sedersi a un tavolo cercando di partire da un punto condiviso, cioè che quando parliamo di salute e di sanità dobbiamo disarmare dalle ideologie e cercare la soluzione migliore per dare davvero risposte ai bisogni dei cittadini. Silvio Garattini ha lanciato alcune proposte

interessanti e innovative: non è l'unico, ci sono altre proposte su cui ragionare. Ma, ribadisco, disarmiamo tutti da idee di nuovo federalismo versus nuovo centralismo perché abbiamo bisogno non di un nuovo centralismo ma di un significativo rafforzamento dei poteri e di un ruolo di coordinamento e di guida a livello centrale, non abbiamo certo bisogno di autonomia differenziata che aggraverebbe disuguaglianze e destrutturerebbe il Servizio Sanitario nazionale.

Prima di concludere: credo che questo ministro abbia mostrato di essere consapevole soprattutto dei numeri e delle carenze e manchevolezze molto preoccupanti del servizio sanitario nazionale. Bisogna riconoscere l'impegno profuso per ottenere un significativo aumento di risorse e sostenerlo nella possibilità di ottenere di più di quanto non sia già. Sul punto delle risorse e delle spese Covid, per altro tutt'altro che scomparso, immagino interverrà l'assessore Raffaele Donini ma credo che questo sforzo molto grande che è in corso di provare a ripensare il sistema e portare a casa risorse da destinare alla sanità vada sostenuto con forza. Semmai bisognerebbe domandarsi perché il presidente Draghi abbia ritenuto di accedere a questa questione dell'autonomia differenziata inserendo il ddl sull'autonomia differenziata tra i decreti collegati alla legge di bilancio: è un punto politico che andrebbe investigato in modo serio. Il dicastero competente è oggi nelle mani di una ministra che per le sue origini geografiche e soprattutto politiche non può che essere determinata a portare a casa un risultato per molti aspetti opposto a quello che il Partito Democratico può e deve volere.

# Rocco Palese

*Assessore alla Sanità, Regione Puglia*

---

**I**nizio con un po' di ironia: non ne avevamo abbastanza della pandemia, della guerra in Ucraina dei morti ora abbiamo anche l'autonomia differenziata. Ci vogliamo male da soli se continuiamo così; siamo attualmente in un anno, in una contingenza in cui veramente viene messo in discussione l'accesso universalistico alle prestazioni che è stata una delle più grandi conquiste del nostro paese con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Dico questo perché la realtà è fin troppo conosciuta: c'è un'enorme differenza lo ricordava poco fa il professor Garattini. C'era già una distorsione all'interno del sistema con le cinque regioni a statuto speciale: sapete molto meglio di me che cosa comporta. La domanda è molto semplice ed è nel titolo del seminario: i problemi reali e comuni della sanità si risolvono con l'autonomia differenziata? Io dico no.

Dopo la modifica del titolo Quinto, oggi noi abbiamo migliorato il Servizio Sanitario Nazionale? Se veramente si vuole affrontare questo argomento che è un argomento delicato seguiamo una volta tanto quello che è stabilito dalla Costituzione. Allora mi riesce difficile capire che un ministro che faceva parte di un governo, di una maggioranza che all'epoca del 2009 ha dato attuazione all'articolo 119 con la legge quadro n.42 del 2009 e perché voglia una seconda legge quadro quando ce n'è già una. Non si riesce a capire se il ministro Gelmini è quello del 2009 di quel governo oppure quello di questo governo di questa maggioranza attuale.

Oggi ci sono altre situazioni gravissime, noi come regioni diciamo in maniera obiettiva che il fondo stanziato comporta una sottostima che grossomodo gira intorno ai 4 miliardi di euro e con l'aggravante di un aumento vertiginoso dei costi energetici, con una pandemia che ancora non ne siamo fuori. Quindi in tutto questo contesto l'urgenza del paese non è quella di proporre di nuovo l'autonomia differenziata con quel disegno di legge che diciamo per carità è un'offesa all'intelligenza

perché dannosa alle regioni a bassa capacità fiscale e che non hanno l'infrastrutturazione e la perequazione infrastrutturale.

Un'altra bomba che non è di poco conto all'interno delle regioni del Sud è il calo demografico un vero e proprio spopolamento delle regioni, la mia regione da due anni ha perso 75 mila abitanti e la Campania ha perso molto di più; ora siamo già in un sanità in rianimazione se vogliono staccare il respiratore con la autonomia differenziata così come proposto dalla proposta di disegno di legge del ministro Gelmini, se si va in questa direzione diventa veramente insostenibile.

Noi abbiamo il ministro Speranza che va a combattere in Europa per cercare di ridurre le differenze sui consultori familiari, sul problema della assistenza mentale, sul sistema degli screening e poi un altro ministro di questo governo propone esattamente l'opposto. Io penso che non ci sia molto da discutere: questi vanno fermati. È una situazione veramente che mette in grandissima difficoltà.

Immagino che non può essere una posizione di natura politica di bandiera, che sembra come se fosse un sottomarino e che di tanto in tanto a partire dagli anni 2000 abbiamo avuto anche la devolution ed a seguire di nuovo c'era stato però un momento di equilibrio perché, attenzione, la L. 42 del 2009 era stata approvata dal Parlamento quasi all'unanimità. Perché hanno questo urgenza? Hanno esigenze che sono di natura politica per recuperare voti al Nord perché la propongono i governatori Zaia e Fontana. È fin troppo evidente e diciamo se proprio dobbiamo parlare in questo senso riprendiamo il cantiere della Legge 42 del 2009 in attuazione del 119 della Costituzione che mi sembra molto più equilibrata ed è una legge quadro che stabilisce di raggiungere un equilibrio quello di dare prestazioni uniformi all'intero del sistema sanitario nazionale e prima definiamo i livelli essenziali di prestazioni.

Mi spiace non aver sentito gli altri interventi ma siamo di fronte a un'azione distruttiva di quella che è stata una conquista del Servizio Sanitario Nazionale, ma è fin troppo evidente che se parte l'autonomia differenziata avremmo quelle che sono le proposte che stanno già facendo la Svezia, la Germania che ci portano via gli altri medici che noi specializziamo perché già danno condizioni più vantaggiose dal punto

di vista lavorativo cioè noi siamo già in presenza di questo, lo vogliamo fare anche all'interno del paese?

Veramente io sono rimasto basito quando ho letto il testo del disegno di legge, sono rimasto senza parole perché probabilmente non si stanno rendendo conto, quindi io penso che veramente l'unica cosa l'unica maniera lo proporremo anche all'interno della conferenza delle regioni. Al coordinatore l'assessore Donini noi del sud proponiamo di avere una proiezione e che ci vede molto propensi a cercare di valorizzare quanto più possibile nel contesto dei criteri di riparto del fondo sanitario il numero della popolazione rispetto alle quote pesate. È assolutamente necessario che ci sia un coordinamento forte dal punto di vista centrale: abbiamo un ministro della salute che per fortuna ha gestito al meglio quello che poteva essere gestito in contesto di una pandemia in una situazione veramente difficile imprevisto imprevedibile e poi in questi due anni e mezzo il mondo ha avuto un unico governatore il Virus.

Noi siamo in un contesto nel paese non di liste di attesa classiche che già erano un problema, noi abbiamo milioni di prestazioni differite che a causa del Covid non sono state affrontate; i miei colleghi senologi mi dicono che ci sono delle forme di carcinoma mammario che non si vedevano da anni proprio perché sono saltati i controlli e le visite preventive di screening, è saltato tutto, ora di questo dovremmo parlare come risistemare il sistema terremotato, ed è sorprendente che un ministro delle regioni proponga di dividere il paese completamente; mi sembra veramente troppo da questo punto di vista quindi non ho altri argomenti.

Perché diciamo dal punto di vista dell'analisi della sostanza, studi ce ne sono di quello che può provocare l'autonomia differenziata ma non pensavo che veramente si arrivasse proprio al federalismo secco proprio la forma peggiore che poteva essere pensata, piuttosto è necessaria una manutenzione della modifica del titolo Quinto proprio sulla situazione sanità per dare più peso e più consistenza a livello centrale e proprio sulla situazione della Salute andava rivista non quello che si sente e che ci propone la Gelmini; va assolutamente fermata.

# Vasco Errani

*Senatore della Repubblica*

---

**I**niziativa come questa sono molto importanti nel periodo attuale perché si è reso ormai indispensabile avviare un serio dibattito pubblico nazionale sullo stato del sistema sanitario.

In questo dibattito occorre avere il coraggio di promuovere un'analisi non retorica ma sostanziale per individuare i seri problemi che il SSN sta affrontando e per costruire una strategia per il futuro. La pandemia, infatti, ha evidenziato problemi pregressi del sistema spingendoli ai limiti estremi ed oggi non è più possibile ignorarli.

Purtroppo vediamo che, nonostante la pandemia stessa ci dica che occorre ridare una visione ed un progetto al sistema sanitario, non è affatto chiara la direzione che stiamo prendendo e la questione dell'autonomia differenziata che oggi affrontiamo ne è, da questo punto di vista, una metafora. Personalmente in questi anni ho sempre sostenuto che non è possibile affrontare nei termini in cui si sta facendo la discussione sull'autonomia differenziata: è chiaro che la costituzione si deve applicare ma occorre avere un quadro di riferimento coerente con l'intero impianto costituzionale e ad oggi così non è. I problemi fondamentali della sanità sono comuni a tutto il Paese e richiedono decisioni e scelte sulla base di un confronto ampio con tutti i soggetti interessati: scelte politiche chiare, capaci di proporre un progetto e non si può più procedere con proposte parziali, incomplete, scarsamente partecipate, spesso frutto di discussioni bilaterali tra il governo e alcune regioni.

Quando è stata fatta nel 1978 la riforma del SSN la politica fece una scelta chiara, strategica ed è proprio di questo che abbiamo bisogno oggi.

Sull'autonomia differenziata in primo luogo occorre portare la discussione a terra e uscire dagli ideologismi. A mio parere l'errore originario è da individuare nelle intese siglate nella precedente legislatura. Il terzo comma del 116, che poteva essere scritto meglio e

che contiene anche delle ambiguità, comunque non consente di costruire una via alternativa per la creazione di nuove regioni a statuto speciale come, di fatto, quelle intese potevano prefigurare e allo stesso modo tutta la discussione sui residui fiscali è fuori dalla costituzione e dall'articolo 119.

Mi si permetta questo paradosso: se valesse il ragionamento sul residuo fiscale allora ciascuna regione dovrebbe anche farsi carico della sua parte di debito pubblico, diversamente il Paese non starebbe più in piedi. Questa ovviamente, lo ripeto, è una battuta ma serve per evidenziare quanto astratti e sbagliati siano questi ragionamenti che conducono ad una discussione carica di politicismo e molta strumentalità.

Sotto questo aspetto la cosiddetta legge quadro recentemente avanzata, ancora come bozza, dal ministro Gelmini è a mio avviso irricevibile perché intende accelerare un processo senza dare alcuna risposta vera, a partire in primo luogo dal tema del federalismo fiscale. Ancora oggi infatti la Legge 42 del 2009 sul federalismo fiscale che prevede la perequazione infrastrutturale verticale al 100% non è applicata ma la cosa incredibile, e forse non casuale, è che nel progetto attuale presentato dal ministro non c'è nemmeno alcun richiamo alla legislazione esistente sul federalismo fiscale.

C'è poi un aspetto generale e centrale che va inquadrato rispetto al titolo V della Costituzione. La differenza tra il testo precedente e quello novellato è, rispetto alla sanità, sostanzialmente su un punto: oggi le leggi regionali diventano immediatamente attuative. In conseguenza di ciò il governo può fare ricorso alla Corte Costituzionale qualora le ritenga illegittime, cosa che in questi anni è successa numerose volte. Ciò è avvenuto perché esiste un vizio originario, un vulnus nell'assetto generale, che viene ben spiegato in diverse sentenze della Corte Costituzionale e nelle relazioni dei presidenti della Corte Costituzionale.

La Corte infatti, da quando sono cominciati lo scontro e il conflitto istituzionale, ha costantemente sollecitato il Parlamento a desumere i principi fondamentali che stabilissero gli equilibri tra la legislazione nazionale e la legislazione regionale, in assenza dei quali si sarebbero

perpetuati il conflitto e la confusione. Parlando di sanità si possono fare degli esempi concreti.

La sentenza della Corte Costituzionale, la 134 del 2006, afferma in modo molto chiaro che per principi fondamentali non si intendono affermazioni apodittiche, astratte, come “equità” o “universalità”, quelli sono i principi fondamentali generali. Per principi fondamentali si intendono le forme organizzative fondamentali su cui le regioni, che hanno una funzione gestionale come dice la Costituzione, debbono attenersi e incrociare le loro funzioni.

I principi fondamentali devono definire i criteri generali per la prevenzione, l'assistenza territoriale, l'assistenza ospedaliera. Voglio essere ancora più chiaro portando questo esempio: se avessimo avuto questo impianto è evidente che la famosa sperimentazione della Lombardia non sarebbe mai potuta esistere. Definire i principi fondamentali significa definire cos'è la compartecipazione, che cos'è la libera professione, come vengono organizzati in modo integrato i tempi di attesa. Io penso, oltretutto, che attraverso questa strada il Ministero della Salute potrà ritornare a svolgere la sua funzione e ad essere il perno fondamentale del sistema.

Quindi è necessaria una discussione di merito su questo punto fondamentale. Occorre dire con chiarezza che senza i principi fondamentali, e senza la definizione dei LEP, l'autonomia differenziata sarebbe una pericolosa avventura, non solo per la sanità ma anche per la scuola.

Rispetto al tema dell'autonomia differenziata, se non applicata con criterio, rischia di saltare l'unità nazionale. Negli interventi lo ha ben sostenuto il prof. Garattini: cosa succederebbe se dal punto di vista contrattuale una regione decidesse di pagare di più o di dare un premio maggiore rispetto ad un'altra regione?

Infine vorrei affrontare alcuni nodi molto pericolosi per il SSN a cui occorre dare risposte immediate. Mi riferisco alla situazione dell'organico, alla carenza ormai strutturale di personale rispetto alla quale si stanno aprendo delle porte pericolose che non è chiaro dove possano condurre.

È da quando faccio attività come senatore, per esempio, che pongo il tema dell'eliminazione del tetto di spesa per il personale sanitario imposto dalla legge di bilancio 2010 parametrato al 2004 (diminuito dell'1,4%) ma fino ad ora sono state fatte correzioni solo marginali. Ad oggi la drammatica situazione degli organici ha condotto a situazioni paradossali: di fronte alla carenza di personale e a concorsi andati deserti ci troviamo interi reparti ospedalieri pubblici appaltati a società o a cooperative. Questa vicenda, che si sta verificando in diverse regioni, apre un ragionamento molto pericoloso e mette, per altro, fianco a fianco professionisti con trattamenti diversi con tutte le conseguenze che questo può avere, anche da un punto di vista motivazionale. È stato detto infatti, giustamente, che esiste una crisi di motivazione e la ragione è che il personale non vede una prospettiva e bisogna fare attenzione in questo perché la retorica degli eroi rischia di tornare indietro come un boomerang.

Si possono trovare soluzioni alternative, che sono state citate, ad esempio investire e utilizzare gli specializzandi al terzo anno, i contratti di formazione lavoro, ragionare sull'utilizzo dei pensionati, ma quello che mi urge dire è che bisogna farlo subito perché utilizzando altre forme, come gli appalti a società, si apre un vulnus per il sistema sanitario e si rischia di innescare un processo di neo privatizzazione carsica, strisciante che può mettere davvero in crisi la nostra idea di sistema sanitario nazionale.

Serve una battaglia e mi conforta che, come ha affermato Sandra Zampa, il PD ha una posizione chiara rispetto al fatto che la sanità non possa diventare materia di autonomia differenziata e questo è molto importante perché sono convinto che nel prossimo mese questo tema ce lo troveremo di fronte e sarà una discussione molto impegnativa. Per questo è decisivo che tale discussione diventi pubblica e coinvolga tanti soggetti che ci possano dire la loro e aiutare ad evitare questi rischi così gravi.

# Raffaele Donini

*Coordinatore della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni*

---

**G**razie per l'invito e mi atterrò al tempo indicato per gli interventi, anche in considerazione che sono l'ultimo intervento prima delle riflessioni conclusive di Rosy Bindi; tutti siamo infatti interessati alle sue valutazioni, per lo spessore politico personale e soprattutto per l'esperienza acquisita in questo ambito (e non solo). Mi limito ad alcune riflessioni perché sono talmente tanti gli spunti dei precedenti contributi.

La prima valutazione riguarda il fatto che il percorso della autonomia differenziata dura da quattro anni e attraverso ben quattro governi. Già di per sé questo elemento temporale indicherebbe la necessità che tale procedura andrebbe, come si suol dire “messa a terra” in maniera più strutturale e cioè indipendente dalle diverse pesature politiche che poi compongono i governi della Repubblica e hanno composto i governi negli ultimi quattro anni. In Emilia Romagna non abbiamo mai usato, fin dal 2018, il tema dell'Autonomia differenziata come un oggetto contundente nei confronti dell'unitarietà del Paese e delle politiche di maggiore respiro collettivo come appunto la Sanità e la Pubblica istruzione.

Abbiamo discusso, abbiamo posto alcuni temi e abbiamo più volte offerto la nostra totale disponibilità al dialogo e al confronto. Le attuali bozze di legge quadro che circolano non ci hanno assolutamente soddisfatti e quindi, da questo punto di vista, penso che occorra riprendere la discussione dall'inizio e con maggiore ancoraggio alla realtà in particolare per quello che riguarda la sanità.

Tra il 2018 e oggi c'è stata una situazione eccezionale, con la pandemia da Covid che non penso possa essere trascurata nella sua devastante importanza, costitutiva dei problemi, delle criticità, ma anche delle opportunità che si vogliono e si devono utilizzare per offrire ai cittadini soluzioni in termini di salute pubblica. Da qui la nostra disponibilità - lo

dico subito con chiarezza - a stralciare dall'Autonomia differenziata due tematiche: la Pubblica Istruzioni e la Sanità.

È una disponibilità operativa che si basa su ragioni oggettive. Però uniamo tale disponibilità alla ferma richiesta che alcuni temi devono essere necessariamente recepiti dal governo; devono tradursi in leggi e in provvedimenti urgenti che affrontino le rilevanti priorità comuni a tutte le Regioni.

In primo luogo il tema della flessibilità, per ottenere una maggiore capacità di gestione dei vari capitoli di spesa del Fondo sanitario nazionale, considerando che per le Regioni non è possibile operare con una rigidità eccessiva. Conseguentemente per le Regioni in qualche misura risulta difficile, nelle condizioni attuali, sviluppare tutta la potenzialità della propria capacità di spesa.

E se questo vale per le Regioni diciamo più ricche, più dotate di risorse, a maggior ragione è vero per le Regioni meno dotate di risorse. Quindi chiediamo una flessibilità nella capacità di gestione dei vari capitoli di spesa del Fondo sanitario nazionale per tutte le Regioni. Un tema che se non viene posto all'interno del percorso dell'Autonomia differenziata, deve - necessariamente - essere posto come priorità da parte del Governo, per tutte le Regioni.

È inoltre per noi molto importante ottenere una maggiore disponibilità nell'ambito del sistema della governance delle Aziende sanitarie che hanno sviluppato - ad esempio in base a provvedimenti e studi che noi stiamo compiendo - maggiori opportunità per i cittadini e gli assistiti. Tali progressi sperimentati non devono trovare quelle rigidità che oggi sono conseguenti al quadro legislativo nazionale; altrimenti rischiamo che tanti bei progetti poi non arrivino a compimento mentre le best-practice di una Regione dovessero essere in qualche modo di stimolo per le tutte le altre.

Noi stiamo promuovendo un progetto di unificazione, di accorpamento e di semplificazione delle aziende territoriali con quelle ospedaliere universitarie che non può appoggiarsi sulla legislazione vigente.

Penso inoltre al tema del sistema formativo: bisogna integrare il sistema formativo delle scuole di specializzazione con quello regionale, come tutte le Regioni stanno sostenendo da tempo.

Vi è poi la questione dei finanziamenti: la quasi totalità delle Regioni in Italia è immobilizzata, paralizzata nella possibilità di programmazione sanitaria perché il Covid ha comportato anche questo. Una Regione in equilibrio finanziario come era quella dell'Emilia Romagna fino al 2019 oggi non riesce a programmare una buona capacità di spesa se non vede riconosciute le risorse che ha utilizzato come proprio bilancio sanitario regionale per far fronte alla pandemia: 400 milioni di euro per il 2020 e il 2021 e, si valuta, altri 400 milioni di euro nel 2022. Una situazione finanziaria che non possiamo reggere assolutamente!

Immagino che la quasi totalità del Regione sia in queste condizioni anche se il Covid per fortuna non ha colpito tutti in ugual maniera. La situazione in cui versano le regioni italiane è una situazione difficilissima sotto il profilo della programmazione, anche per la poca chiarezza del susseguirsi delle disposizioni nazionali. Non possiamo programmare fra un decreto e l'altro! Ma cosa diciamo noi alle nostre aziende sanitarie territoriali? Di smettere di assumere e poi arriva un Decreto Ristori e allora potete continuare ad assumere; poi, dopo poco, tornate a bloccare le assunzioni! Questa situazione non consente assolutamente una equa ed efficiente programmazione specie in un quadro di generale carenza del personale.

Abbiamo sicuramente strumenti fondamentali grazie al PNRR, ma questi riguardano gli investimenti. Voglio sottolineare il fatto che la prima Regione, il primo assessore che ha sostenuto la necessità che sulle risorse del PNRR si desse maggiore peso, così come indicava l'Europa, alle regioni del Mezzogiorno, è stato il coordinatore della commissione Nazionale salute cioè il sottoscritto.

Noi abbiamo in Emilia Romagna 150 Case della Salute sulle 500 più o meno esistenti attualmente a livello nazionale; è chiaro che le risorse del PNRR per le future Case di comunità devono necessariamente andare a quelle Regioni che sono meno dotate di queste strutture in modo da riuscire a colmare il gap che esiste a livello nazionale se vogliamo che per tutte le Regioni vi sia una forte sanità territoriale. Ma il PNRR rischia di diventare un meraviglioso piano edilizio se non ci mettiamo dentro le professionalità, se non applichiamo la multidisciplinarietà, se non facciamo integrazione socio sanitario e territorio - ospedale.

Per fare questo, per raggiungere questi obiettivi occorrono risorse che non ci sono e invece ci siamo sentiti dire dal Ragioniere Generale dello Stato che il DM 71 [ora decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77] è finanziato con i fondi non vincolanti dell'aumento del Fondo sanitario nazionale! Prendere o lasciare! Ora qui non stiamo parlando di Regioni che vogliono scappare via dal Servizio sanitario nazionale ma stiamo parlando di un Servizio sanitario nazionale che non fa il suo mestiere perché se lo Stato facesse il suo mestiere probabilmente questo dibattito sarebbe soltanto per pochi addetti ai lavori. Se lo Stato facesse il suo mestiere dovrebbe assicurare le risorse almeno pari a quelle degli altri Stati europei, prevedere una crescita del Fondo sanitario nazionale e consentire a quelle Regioni che hanno retto l'urto della pandemia più di altre, quelle che, guarda caso, hanno più sanità pubblica e universalistica più sviluppata, di mantenere tale sistema e far sì che questo posizionamento non venga progressivamente e, come diceva Vasco Errani, "carsicamente" eroso e ridotto.

Certo si è ridotto l'imbuto formativo, però mancano i medici e personale infermieristico.

Attualmente gli assessori regionali (tutti, di destra e di sinistra, poi ovviamente le opposizioni di destra o di sinistra fanno il loro mestiere nell'indicare diciamo le criticità, anche cavalcando la protesta) sono di fronte alla scelta tra fare un bando per inserire soggetti esternalizzati insieme ai nostri dipendenti o chiudere un pronto soccorso. Non c'è alternativa; non è che siamo incapaci di trovare altre soluzioni: non ce ne sono! Sindacati importanti come l'Anaa o come altri rappresentanti sindacali dicono: la politica si decida, faccia delle scelte e piuttosto di integrare personale dipendente con personale esternalizzato chiuda i pronto soccorso. Ma come facciamo ad accettare questo "Chiudo". Su questo tema concludo ricordando a tutti noi che nei primi mesi del 2020 quando la fase più drammatica della pandemia ci riportava per esempio le immagini dei morti di Bergamo, le più alte cariche istituzionali del paese e del governo giurarono su quei morti che il Fondo Sanitario Nazionale sarebbe stato adeguato e che non ci sarebbero stati mai più tagli in sanità. Quante volte abbiamo detto: mai più tagli alla sanità? Ma noi invece saremmo costretti a fare tagli se non otterremo queste risorse dal Governo; noi dovremmo cominciare, nelle

prossime settimane, a convocare i sindacati e dire: bene cosa tagliamo? Quale provvedimento adottiamo per primo, cosa centralizziamo? Immagino che le altre Regioni abbiano problemi simili. Ne sono certo perché ci confrontiamo quotidianamente quindi il tema oggi è: siamo disponibili a stralciare la Sanità nell'ambito dell'Autonomia differenziata per i motivi che voi avete ben rappresentato, ma anche perché merita, il tema, una discussione sistemica, di prospettiva.

Ma lo Stato non abdichi alla sua funzione perché altrimenti le disuguaglianze - una delle ragioni da voi esposte in opposizione all'Autonomia differenziata in sanità - aumenteranno ancora di più nel prossimo periodo.

# Rosy Bindi

*Presidente onorario*

*Associazione Salute Diritto Fondamentale*

---

**C**redo che quelle di oggi siano state ore spese bene. È stata una interessante discussione; ci sono stati contributi importanti e significativi e le mie conclusioni saranno brevi perché ho sentito molte cose che assolutamente condivido. Mi limiterò ad alcune sottolineature. Dopo aver ringraziato davvero tutti, lasciatemi ringraziare in maniera particolare i due assessori che hanno seguito tutto il nostro pomeriggio; non solo ci hanno dato il loro contributo, ma li ringrazio in maniera particolare perché forse hanno qualche cosa in più da fare rispetto a tutti noi che abbiamo organizzato con molta convinzione questo incontro su un tema così importante.

La sanità sta vivendo un momento particolarmente critico e non poteva che essere così dopo una pandemia; è un aspetto che è stato sottolineato da molti. La pandemia non solo ha aggravato la situazione del Sistema sanitario italiano, ma ha messo in evidenza carenze strutturali che da tempo conoscevamo, che avevamo anche segnalato e che sono esplose in maniera palese in ogni parte del nostro paese: persino le regioni più virtuose si trovano in un momento di particolare difficoltà, non solo finanziaria ma rispetto alla capacità e alla qualità dell'organizzazione dei servizi.

Molti hanno sottolineato la necessità di porre al centro della discussione politica e delle preoccupazione degli impegni istituzionali, il sistema sanitario. Vorrei sottolineare questo aspetto: non possiamo accettare che la mutazione genetica del Servizio Sanitario Nazionale italiano, già in atto, si verifichi senza una scelta. Le istituzioni, la politica potranno anche fare scelte diverse da quelle che auspichiamo, ma sappiamo, riteniamo di non essere una minoranza, sia nel paese che all'interno degli accordi sul piano sanitario; la distrazione che è in atto può anche farci diventare una minoranza agguerrita. Certamente non inascoltata se non si riapre un grande dibattito nel paese.

Giustamente è stato ricordato che la riforma sanitaria del '78 fu il frutto di una grande partecipazione, dei sindacati, dei lavoratori, delle donne, del mondo della scienza e dell'università; la politica ascoltò e fece scelte precise dietro una spinta in quel momento molto forte. Lo stesso si può dire delle riforme di fine anni '90: non facemmo certamente mistero delle scelte che stavamo compiendo, ci fu una grande dibattito nel paese, anche molti contrasti all'interno non solo del parlamento, ma della stessa maggioranza di governo. Quelle riforme, per le quali furono impegnati alcuni di noi presenti stasera, potevano anche essere diverse, però ci fu un grande dibattito. Ecco, credo che si debba fare questo.

Proveremo a dare, così abbiamo deciso e lo ricordo, il nostro contributo organizzando una conferenza sulla sanità, a tutto campo, nella quale prendere in esame tutti i problemi che sono stati evidenziati questa sera. Si pensi in maniera particolare all'intervento di Giovanni Bissoni che ha descritto, trovando eco in altri interventi, una serie di problematiche e forse se avesse avuto più tempo ne avrebbe indicate ancora di più. Ecco io credo che dobbiamo dare il nostro contributo. Il paese è libero di tornare indietro, ma deve essere frutto di una scelta. Non può essere frutto di disattenzione; non possiamo assistere a questa carsica mutazione genetica, come Errani ha detto molto bene.

Altro aspetto, lo dico in maniera molto chiara e mi sembra che anche su questo tutti gli interventi siano stati concordi: non era scontato che i due assessori fossero così chiari, come non era scontato che lo fosse l'esponente del Partito Democratico, dal momento che sull'autonomia differenziata c'è un disegno di legge a firma PD depositato in Parlamento. Ma questa sera abbiamo sentito dire da due assessori e dalla rappresentante di un partito perno di questa maggioranza di governo, il più grande partito del centro-sinistra in Italia, che la sanità va espunta e cancellata dall'autonomia differenziata. Così anche per l'istruzione, ha detto Raffaele Donini, personalmente sono d'accordo anche su questo, condivido questa impostazione, ma conosco meno la materia. Queste due materie non possono entrare nel disegno di legge sull'autonomia differenziata.

Se questo è l'impegno che si assume un partito importante che su questo tema dovrebbe dettare la cultura al governo, se questo ci dicono

il coordinatore sanità della conferenza stato-regioni e il livello istituzionale, chiaramente faremo la nostra piccola parte per appoggiare queste posizioni.

Riteniamo che le parole che abbiamo ascoltato questa sera siano importanti e, vogliamo sperare, impegnative. Così come la questione si è posta, la materia della sanità all'interno dell'autonomia differenziata non è riformabile, non è correggibile, non è aggiustabile. Capisco le preoccupazioni dell' assessore Donini e il suo invito al governo e al ministro a fare la propria parte; aggiungerei in due sensi. Certamente dopo la pandemia, dopo che in maniera un po' retorica qualche volta abbiamo sentito parlare e magnificare il nostro sistema pubblico, tutto ci potevamo aspettare tranne che nel PNRR fosse dedicata una piccola fetta di risorse alla sanità, peraltro solo per gli investimenti, e che nel triennio i fondi per la spesa corrente diminuissero rispetto al prodotto interno lordo, a fronte di una situazione che ci è stata descritta come sempre più grave.

Penso che se vogliamo salvare il Servizio Sanitario Nazionale, il primo punto su cui focalizzare sono le risorse. Ponendo un problema forte e dirimente: la spesa pubblica adeguata al fabbisogno dei sistemi sanitari fa sì che essi siano meno costosi di quelli a finanziamento misto, come di fatto è quello verso cui stiamo andando. Perché noi stiamo realmente andando verso un sistema finanziamento misto e questo per l'equivoco intorno alle assicurazioni, ai fondi integrativi, al rapporto pubblico-privato; stiamo andando verso il finanziamento misto che costerà alla comunità molto di più del sistema finanziario basato sulle risorse pubbliche in maniera adeguata al fabbisogno. Ritengo che questo sia un altro punto molto forte e credo che il ministro, che, per il modo con il quale ha gestito la vicenda del Covid, gode in questo momento della vita del paese (e naturalmente è implicito il mio giudizio è positivo) ed è all'apice di quella strana cosa che sono i sondaggi in questo nostro paese, debba far valere la sua autorevolezza all'interno del governo e che lo debba fare in maniera particolare anche il Partito Democratico. Dovrebbero farlo quei partiti che hanno nella loro cultura il valore dei beni pubblici, il valore dell'intervento pubblico nelle questioni strategiche della vita di un paese, soprattutto in momenti come questi; stiamo andando verso un'economia di guerra e mi chiedo dove devono

andare le risorse se non al finanziamento dei beni comuni, lavoro, salute, istruzione.

Altro punto che pone giustamente Donini: rinunciamo all'autonomia differenziata, non lasciamo che vada avanti tutto questo, e noi gli diamo ragione e lo sosterremo e deve farsi sostenere dalle forze politiche, però vogliamo porre alcune questioni, che poi sono le stesse sulle quali abbiamo titolato il nostro incontro. Abbiamo detto "perché soluzioni differenziate a problemi uguali?". Apro una piccola parentesi: penso all'uso strumentale che ha fatto la ministra Carfagna, che pure è una delle donne più intelligenti del centrodestra, di una frase di Don Milani quando ha detto "non possiamo far fare parti uguali per situazioni disuguali"; ha capovolto Don Milani, perché stiamo dando soluzioni differenti a problemi uguali e poi non si scomodi Don Milani che quando faceva questa affermazione era molto preoccupato di andare incontro alle parti più deboli, certo non di accontentare le parti più forti del paese. A parte l'uso strumentale, sempre odioso, dei padri della patria, una cosa è certa, ed è stato ripetuto da Balduzzi, da Errani e modestamente cito me stessa: lo ripeto da tanto tempo non smentendo il titolo quinto della nostra Costituzione, ma continuando a ripetere che è il modo con il quale è stato applicato e interpretato che ha finito per mettere a rischio il Sistema Sanitario Nazionale pubblico. Perché ci sono le coerenze di sistema. Alla ministra Gelmini, che forse non conosce tanto bene il sistema sanitario, andrebbe ricordato che non bastano i LEA e men che meno i giochi fra spesa storica e residui fiscali; sono passi affrettati o, sotto altri aspetti, prudenze incomprensibili. Ciò che tiene in piedi un sistema sono le sue coerenze: di principi, come diceva Errani; di sistema, come diceva Balduzzi; tra i principi e i modelli organizzativi, come sostengo.

In questo elenco, oltre all'integrazione, alla globalità, all'universalità, alla cura, c'è anche il principio del rapporto pubblico-privato. Tra le domande che sono arrivate in chat, ce ne è una che chiede se la legge della Lombardia rispetta la Costituzione: no, perché il principio di equivalenza tra pubblico e privato non risponde ai principi di un sistema sanitario pubblico.

Alla luce dell'elenco che ha fatto Donini, che è il suo elenco, probabilmente altre regioni hanno altri elenchi, alla luce di quella

preoccupazione espressa dalla professoressa Caruso, cioè correggiamo i difetti e facciamo circolare le virtù, condividiamole, credo che sia necessario che tra il Ministero e la Conferenza Stato Regioni si faccia una verifica sulle coerenze di sistema e tra i principi e i sistemi organizzativi. Dopodiché, una volta individuate le criticità, servono risposte, certamente adattate alle varie situazioni, ma in una visione di carattere generale di cui il Governo, il Ministero, le istituzioni centrali si devono rendere garanti. Non c'è altra strada in questo momento così delicato.

Non vado oltre perché penso che queste siano le questioni più importanti sulle quali abbiamo dibattuto stasera e che ci potrebbero consentire di riprendere per i capelli, di non svendere e di non compromettere quella che io ritengo veramente una delle più grandi conquiste del nostro sistema. Da qui, l'invito è alle forze politiche a farsi sentire, anche a chiedere aiuto dal punto di vista delle competenze perché questa non è una materia nella quale non serve la specializzazione; le conoscenze degli specialisti vanno condivise e vanno soprattutto fatte proprie da chi ha le più grandi responsabilità.

Lasciatemelo dire: il Presidente del Consiglio al quale va tutta la mia ammirazione, sono una sostenitrice della soluzione trovata dal Presidente della Repubblica, credo però che debba scegliere i consiglieri giusti sulle varie materie e qualche volta mi viene da pensare che in una materia come questa forse non ha proprio i consiglieri giusti; non è detto che sia un esperto di questa materia e non gli è richiesto. Ci si chiedeva perché Draghi ha accettato quell'impostazione; penso che talvolta le scelte di chi ha la massima responsabilità siano frutto anche della non conoscenza dei vari settori sui quali si devono integrare le competenze e le conoscenze.

Continuiamo la nostra battaglia perché è importante, le istituzioni e i partiti facciano la loro, noi faremo la nostra. Grazie.