

Report Osservatorio GIMBE 2/2024

L'autonomia differenziata in sanità



Marzo 2024

AUTORI

Nino Cartabellotta, Elena Cottafava, Roberto Luceri, Marco Mosti

CITAZIONE

Report Osservatorio GIMBE n. 2/2024. L'autonomia differenziata in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, 21 marzo 2024. Disponibile a: www.gimbe.org/autonomia-differenziata. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

Il presente report è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

CONFLITTI DI INTERESSE

La Fondazione GIMBE è una organizzazione no-profit che svolge attività di formazione e ricerca sugli argomenti trattati nel Rapporto.

DISCLAIMER

La Fondazione GIMBE declina ogni responsabilità per danni nei confronti di terzi derivanti da un utilizzo autonomo e/o improprio dei dati e delle informazioni contenuti nel presente report.

© Fondazione GIMBE, marzo 2024.

Questo è un documento open-access, distribuito con licenza *Creative Commons Attribution*, che ne consente l'utilizzo, la distribuzione e la riproduzione su qualsiasi supporto esclusivamente per fini non commerciali, a condizione di riportare sempre autore e citazione originale.

Report Osservatorio GIMBE 2/2024

L'autonomia differenziata in sanità

Questo report è stato elaborato dalla Fondazione GIMBE
senza alcun supporto istituzionale o commerciale.

L'indipendenza è la nostra forza, il tuo sostegno è prezioso.
Aiutaci a realizzare nuovi report per difendere i tuoi diritti.

www.sostienigimbe.it

INDICE

1. Premessa	1
2. Le tappe dell'autonomia differenziata	4
3. Le criticità del DdL sull'autonomia differenziata	7
4. Le maggiori autonomie sulla tutela della salute richieste dalle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto	9
5. Le diseguaglianze regionali in sanità	14
5.1. Adempimenti ai Livelli Essenziali di Assistenza	14
5.2. Aspettativa di vita alla nascita	17
5.3. Mobilità sanitaria	18
5.4. Attuazione del PNRR Missione Salute	20
6. Conclusioni	24
Appendice 1. Tavola sinottica delle maggiori autonomie sulla tutela della salute richieste dalle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto	27

1. Premessa

L'art. 116, terzo comma, della Costituzione prevede la possibilità di attribuire alle Regioni a statuto ordinario "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" (c.d. "regionalismo differenziato" o "regionalismo asimmetrico") sulla base di un'intesa tra lo Stato e le Regioni che ne facciano richiesta. Firmata l'intesa, al Governo spetta formulare il relativo DDL di ratifica che dovrà quindi essere approvato dalle Camere con maggioranza assoluta.

Gli ambiti su cui sono attivabili le ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia riguardano alcune materie riconducibili alla competenza legislativa esclusiva dello Stato (organizzazione della giustizia di pace, norme generali sull'istruzione, tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali) e tutte le materie che l'articolo 117 della Costituzione attribuisce alla competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni: rapporti internazionali e con l'Unione Europea delle Regioni; commercio con l'estero; tutela e sicurezza del lavoro; istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione dell'istruzione e della formazione professionale; professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; tutela della salute; alimentazione; ordinamento sportivo; protezione civile; governo del territorio; porti e aeroporti civili; grandi reti di trasporto e di navigazione; ordinamento della comunicazione; produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia; previdenza complementare e integrativa; coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario; valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali; casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale; enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale.

Nell'ambito della campagna #SalviamoSSN, al fine di contrastare l'ampliarsi delle disuguaglianze in sanità, la Fondazione GIMBE ha mantenuto sotto i riflettori il tema dell'autonomia differenziata con attività di sensibilizzazione pubblica e advocacy istituzionale (box 1).

Box 1. Autonomia differenziata: attività di advocacy e sensibilizzazione pubblica della Fondazione GIMBE

- **6 febbraio 2019.** In pieno dibattito politico sul regionalismo differenziato la Fondazione GIMBE ha lanciato una survey per far luce sui potenziali rischi delle “Maggiori autonomie in termini di tutela della salute richieste da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto ai sensi dell’art. 116 della Costituzione Italiana”¹.
- **11 giugno 2019.** In occasione della pubblicazione del 4° Rapporto sul SSN², la Fondazione GIMBE ha invitato l’Esecutivo da poco insediato (Governo Conte I) a mettere da parte posizioni sbrigative e a non utilizzare l’autonomia differenziata come “merce di scambio” per conciliare gli obiettivi di un gruppo parlamentare centralista (Movimento 5 Stelle) con quelli di una forza politica che da sempre spinge sulle autonomie regionali e sul federalismo fiscale (Lega).
- **11 ottobre 2022.** Il 5° Rapporto GIMBE sul SSN³ ha dedicato un capitolo al regionalismo differenziato, analizzando i rischi delle maggiori autonomie in sanità ed ha invitato l’Esecutivo da poco insediato (Governo Meloni) a potenziare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni per ridurre le disuguaglianze ed evitare di legittimare normativamente i divari Nord-Sud.
- **2 febbraio 2023.** Con il Report “Il regionalismo differenziato in Sanità”⁴ la Fondazione GIMBE ha raccomandato di gestire con grande equilibrio l’eventuale attuazione dell’autonomia differenziata in sanità, colmando innanzitutto il gap strutturale tra Nord e Sud del Paese.
- **23 maggio 2023.** Nel corso di un’audizione in 1ª Commissione Affari Costituzionali del Senato della Repubblica⁵, tenendo conto della grave crisi di sostenibilità del SSN, delle inaccettabili disuguaglianze regionali e dell’impatto delle maggiori autonomie, la Fondazione GIMBE ha proposto di espungere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere il trasferimento delle funzioni da parte dello Stato.
- **2023-2024.** Ha ribadito i rischi delle maggiori autonomie in sanità in tutte le analisi effettuate: adempimenti LEA 2021⁶, mobilità sanitaria 2021⁷, monitoraggio PNRR⁸, Decreto Anziani⁹.
- **21 marzo 2024.** Nel corso di un’audizione in 1ª Commissione Affari Costituzionali della Camera dei Deputati ha ribadito la necessità di espungere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie.

¹ “Il Regionalismo Differenziato minaccia i nostri diritti costituzionali, soprattutto la tutela della salute” in Comunicati stampa. Fondazione GIMBE: 6 febbraio 2019. Disponibile a: www.gimbe.org/download/cs_gimbe_regionalismo_differenziato.docx. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

² 4° Rapporto GIMBE sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, giugno 2019. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/4-rapporto-gimbe.it-IT.html. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

³ 5° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale. Fondazione GIMBE: Bologna, ottobre 2022. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attivita/rapporto/5-rapporto-gimbe.it-IT.html. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

⁴ Il regionalismo differenziato in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, febbraio 2023. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attivita/osservatorio/report-regionalismo-differenziato. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

⁵ Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario, 1ª Commissione Affari Costituzionali, Senato della Repubblica. Audizione informale del Presidente Nino Cartabellotta. Fondazione GIMBE: Bologna, 23 maggio 2023. Disponibile a: www.gimbe.org/upload/report_attivita/editoria/lettere/audizione_cartabellotta_23_maggio_2023.pdf. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

⁶ “Cure essenziali, le pagelle del Ministero della Salute: nel 2021 promosse 14 regioni. Emilia-Romagna in testa, al Sud “passano” solo Abruzzo, Basilicata e Puglia. Il gap Nord-Sud in sanità è ormai strutturale: DdL Calderoli legittimerà normativamente le disuguaglianze”. In Comunicati stampa. Fondazione GIMBE: 25 luglio 2023. Disponibile a: www.gimbe.org/download/CS_GIMBE_punteggi_LEA_2021_e_autonomia_differenziata.docx. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

⁷ Nel 2021 cresce la migrazione sanitaria: un fiume da € 4,25 miliardi scorre verso le regioni del Nord. a Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto il 93,3% del saldo attivo. Il 76,9% del saldo passivo grava sul Centro-Sud. delle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali erogate in mobilità oltre 1 euro su 2 va nelle casse del privato. L’autonomia differenziata è uno schiaffo al meridione: il Sud sarà sempre più dipendente dalla sanità del Nord. Fondazione GIMBE: 16 gennaio 2024. Disponibile a: www.gimbe.org/download/CS_GIMBE_mobilità_sanitaria_2021_autonomia_differenziata.docx. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

⁸ “PNRR Missione Salute: al 4° trimestre 2023 rispettate tutte le scadenze europee [...] Ddl Calderoli in direzione opposta all’obiettivo del PNRR di ridurre le disuguaglianze” in Comunicati stampa. Fondazione GIMBE: 24 gennaio 2024. Disponibile a: www.gimbe.org/download/CS_Monitoraggio_GIMBE_Attuazione_PNRR_Salute.docx. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

⁹ “Decreto Anziani: 14 milioni di persone in attesa del provvedimento, ma non ci sono risorse aggiuntive. Accesso ai servizi socio-sanitari: inaccettabili disuguaglianze tra Nord e Sud” in Comunicati stampa. Fondazione GIMBE: 14 febbraio 2024. Disponibile a: www.gimbe.org/download/CS_Monitoraggio_GIMBE_Attuazione_PNRR_Salute.docx. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

Il presente report, aggiornando il precedente pubblicato nel febbraio 2023¹⁰, esamina le criticità del testo del DdL approvato in prima lettura dal Senato della Repubblica e analizza esclusivamente il potenziale impatto sul Servizio Sanitario Nazionale (SSN) delle maggiori autonomie richieste dalle Regioni in materia di tutela della salute. Al tempo stesso, ribadisce che secondo il principio *Health in all policies*¹¹ e l'approccio *One Health*¹² esistono altre materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie che possono avere un impatto, più o meno rilevante, sulla salute individuale e collettiva, siano esse di esclusiva competenza statale (tutela dell'ambiente e dell'ecosistema) o di competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni: tutela e sicurezza del lavoro, ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi, alimentazione, ordinamento sportivo, governo del territorio, grandi reti di trasporto e di navigazione previdenza complementare e integrativa.

¹⁰ Il regionalismo differenziato in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, febbraio 2023. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attivita/osservatorio/report-regionalismo-differenziato. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

¹¹ World Health Organization. What you need to know about Health in All Policies: key messages. 23 June 2015. Disponibile a: www.who.int/publications/m/item/what-you-need-to-know-about-health-in-all-policies--key-messages. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

¹² World Health Organization. One Health. Disponibile a: www.who.int/europe/initiatives/one-health. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

2. Le tappe dell'autonomia differenziata

Il processo di attuazione dell'autonomia differenziata in Italia è iniziato nell'ottobre 2017, attraversando finora tre legislature e cinque Governi¹³.

- **Ottobre 2017.** Nel corso della XVII Legislatura Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto avviano un negoziato con il Governo Gentiloni per il riconoscimento dell'autonomia differenziata. L'Emilia-Romagna dopo l'approvazione di una risoluzione dell'Assemblea regionale per l'avvio del procedimento (3 ottobre 2017); Lombardia e Veneto a seguito di referendum consultivi sull'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia (22 ottobre 2017).
- **21 novembre 2017.** La Commissione bicamerale per le questioni regionali avvia un'indagine conoscitiva¹⁴ che si conclude con l'elaborazione di un documento¹⁵.
- **28 febbraio 2018.** Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto sottoscrivono tre differenti accordi preliminari sul regionalismo differenziato con il Governo Gentiloni¹⁶. Le tre Regioni indicano le stesse materie di prioritario interesse oggetto del negoziato (tutela dell'ambiente e dell'ecosistema; tutela della salute; istruzione; tutela del lavoro; rapporti internazionali e con l'Unione Europea), riservandosi la possibilità di estendere successivamente il negoziato ad altre materie.
- **17 maggio 2018.** Il Contratto per il Governo del Cambiamento, sottoscritto da Lega e Movimento 5 Stelle, ribadisce come «*questione prioritaria [...] l'attribuzione, per tutte le Regioni che motivatamente lo richiedano, di maggiore autonomia in attuazione dell'art. 116 della Costituzione, portando anche a rapida conclusione le trattative tra Governo e Regioni attualmente aperte*¹⁷».
- **Febbraio 2019.** All'inizio della XVIII Legislatura (Governo Conte I) le Regioni firmatarie richiedono un ampliamento del novero di materie su cui attivare il regionalismo asimmetrico, mentre altre Regioni (Piemonte, Liguria, Toscana, Umbria, Marche) formalizzano la richiesta di avvio di negoziati.
- **21 marzo 2019.** La Commissione parlamentare per le questioni regionali avvia lo svolgimento di un'indagine conoscitiva sul processo di attuazione del regionalismo differenziato¹⁸.

¹³ Camera dei Deputati. Servizio Studi XVIII Legislatura. L'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario. 28 settembre 2022. Disponibile a: www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104705.pdf. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

¹⁴ Commissione parlamentare per le questioni regionali. Indagine conoscitiva sull'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, con particolare riferimento alle recenti iniziative delle Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna. Deliberazione: martedì 21 novembre 2017. Disponibile a: www.camera.it/leg17/1135?breve=c23_Regioni&scheda=true. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

¹⁵ Documento approvato dalla Commissione parlamentare per le questioni regionali nella seduta del 6 febbraio 2018, a conclusione dell'Indagine conoscitiva deliberata nella seduta del 21 novembre 2017. Deliberazione: 6 febbraio 2018. Disponibile a: www.camera.it/leg17/1135?id_commissione=23&shadow_organoparlamentare=2290&sezione=commissioni&tipoDoc=elencoResoconti&idLegislatura=17&tipoElenco=indaginiConoscitiveCronologico&calendario=false&breve=c23_Regioni&scheda=true. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

¹⁶ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie. Autonomia differenziata: Accordi preliminari con le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Disponibile a: www.affariregionali.it/comunicazione/notizie/2018/giugno/autonomia-differenziata-accordi-preliminari-con-le-regioni-emilia-romagna-lombardia-e-veneto. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

¹⁷ Contratto per il Governo del cambiamento. Movimento 5 Stelle – Lega Salvini Premier. Roma, 2018. Disponibile a: https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/associazionerousseau/documenti/contratto_governo.pdf. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

¹⁸ Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale. Parlamento Italiano, Roma. Elenco delle audizioni. Disponibile a: https://parlamento18.camera.it/193?shadow_organoparlamentare=3035&id_commissione=62. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

- **25 giugno 2021.** Il Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie istituisce con il DM 25 giugno 2021 una Commissione con compiti di studio, supporto e consulenza in materia di autonomia differenziata, presieduta dal compianto Prof. Beniamino Caravita.
- **28 aprile 2022.** Il Ministero per gli Affari regionali e le Autonomie predispone una bozza di Ddl sull'attuazione dell'autonomia differenziata, mai presentata in Parlamento.
- **12 luglio 2022.** La Commissione parlamentare per le questioni regionali approva un documento definitivo sul processo di attuazione del «regionalismo differenziato», a cui si rimanda per un'analisi cronologica dettagliata delle varie tappe¹⁹.
- **Settembre 2022.** Il programma della coalizione di centro-destra, uscita vincente dalle ultime consultazioni elettorali, prevede di *“attuare il percorso già avviato per il riconoscimento delle Autonomie ai sensi dell'art. 116, comma 3 della Costituzione, garantendo tutti i meccanismi di perequazione previsti dall'art. 119 della Costituzione”*, oltre che la *“Piena attuazione della legge sul federalismo fiscale [...]”*²⁰.
- **17 novembre 2022.** Il Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie presenta alle Regioni una bozza di DdL: “Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione”²¹.
- **29 dicembre 2022.** Il Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie trasmette alla Presidenza del Consiglio il DdL sull'autonomia differenziata²².
- **11 gennaio 2023.** Il Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie accoglie tutte le richieste di modifica della bozza di DdL inviata il 17 novembre 2022 avanzate dalle Regioni²³.
- **2 febbraio 2023.** La bozza del DdL, datata 30 gennaio 2023, viene approvata dal Consiglio dei Ministri²⁴.
- **2 marzo 2023.** Il testo del DdL viene approvato dalla Conferenza delle Regioni²⁵.
- **16 marzo 2023.** Il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie, approva, in esame definitivo, il DdL²⁶.
- **23 marzo 2023.** Il Presidente Sergio Mattarella firma le Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata e il DdL viene presentato in Senato²⁷.

¹⁹ Commissione parlamentare per le questioni regionali. Parlamento Italiano, Roma. Indagine conoscitiva. Disponibile a: <http://documenti.camera.it/leg18/resoconti/commissioni/bollettini/pdf/2022/07/12/leg.18.bol0830.data20220712.com23.pdf>. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

²⁰ Per l'Italia. Accordo quadro di programma per un Governo di centrodestra. Programma elettorale | elezioni politiche 25 settembre 2022. ANSA: agosto 2022. Disponibile a: www.ansa.it/documents/1660243246870_CENTRODESTRA.pdf. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

²¹ Bozza di Disegno di Legge “Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione”. Disponibile a: www.gimbe.org/files/20221117-Bozza_lavoro_DdL.pdf. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

²² Regione Veneto. Autonomia. Zaia. Dal Governo promesse mantenute, avanti con rapidità nella riforma. Disponibile a: www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=13707812. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

²³ Regioni.it. Autonomia: Calderoli, accolte richieste Conferenza Regioni. Disponibile a: www.regioni.it/newsletter/n-4433/del-11-01-2023/autonomia-calderoli-accolte-richieste-conferenza-regioni-25118/. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

²⁴ Governo. Comunicato stampa del Consiglio dei Ministri n. 19. Disponibile a: www.governo.it/it/articolo/comunicato-stampa-del-consiglio-dei-ministri-n-19/21687. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

²⁵ Conferenza Stato-Regioni. Sancito accordo. Disponibile a: www.statoregioni.it/it/conferenza-unificata/sedute-2023/seduta-del-02032023/report-del-02032023/. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

²⁶ Governo. Comunicato stampa del Consiglio dei Ministri n. 25. Disponibile a: www.governo.it/it/articolo/comunicato-stampa-del-consiglio-dei-ministri-n-25/22114. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

²⁷ Regioni.it. Autonomia differenziata: Mattarella firma Disposizioni per l'attuazione. Disponibile a: www.regioni.it/newsletter/n-4483/del-23-03-2023/autonomia-differenziata-mattarella-firma-disposizioni-per-lattuazione-25430/. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

- **11 aprile 2023.** Si insedia presso il Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie la Cabina di regia per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP)²⁸.
- **3 maggio 2023.** In Commissione Affari Costituzionali al Senato viene avviato l'esame, in sede referente ed in I lettura, del DdL e viene proposto un ciclo di audizioni²⁹.
- **6 giugno 2023.** Si conclude il ciclo di audizioni informali in Commissione Affari Costituzionali al Senato³⁰.
- **6 luglio 2023.** In Commissione Affari Costituzionali al Senato sono depositati gli emendamenti al testo del DdL³¹.
- **30 ottobre 2023.** Il Comitato per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (CLEP) stila un rapporto relativo alla determinazione dei LEP e dei relativi costi e fabbisogni standard, condizione necessaria per la futura attuazione del DdL³².
- **5 dicembre 2023.** La Cabina di regia per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni esamina e prende atto del Rapporto del CLEP³³.
- **30 dicembre 2023.** Il DL 215/2023 proroga fino al 31 dicembre 2024 il termine finale previsto per la predisposizione da parte della Cabina di Regia di uno o più DPCM per la individuazione dei LEP e dei relativi costi e fabbisogni standard e proroga di un anno la possibilità di nominare un Commissario nel caso in cui la predetta Cabina di regia non concluda le proprie attività nei termini stabiliti.
- **21 novembre 2023.** Si conclude l'esame, in sede referente ed in I lettura, del testo del DdL in Commissione Affari Costituzionali al Senato¹⁸.
- **16 gennaio 2024.** L'Assemblea del Senato avvia l'esame del DdL composto da 11 articoli³⁴.
- **23 gennaio 2024.** L'Assemblea del Senato approva, in I lettura e con modifiche, il DdL²¹.
- **24 gennaio 2024.** Il testo del DdL passa alla Camera dei Deputati per la II lettura³⁵.
- **14 febbraio 2024.** In Commissione Affari Costituzionali alla Camera dei Deputati viene avviato l'esame, in sede referente ed in II lettura, del DdL²².

²⁸ Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie. Ministro Roberto Calderoli riunisce cabina di regia individuazione LEP. Disponibile a: www.affariregionali.it/il-ministro/comunicati/2023/aprile/ministro-roberto-calderoli-riunisce-cabina-di-regia-individuazione-lep-fondamentali-e-attesi-da-oltre-vent-anni-governo-crede-in-potenzialita-C3%A0-riforma-autonomia/. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

²⁹ Senato della Repubblica. Atto Senato n. 615 – Dati generali. Disponibile a: www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/56845.htm. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

³⁰ Senato della Repubblica. Atto Senato n. 615 – Trattazione in Commissione. Disponibile a: www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/comm/56845_comm.htm. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

³¹ Senato della Repubblica. Atto Senato n. 615 – Trattazione in Commissione. Disponibile a: www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/comm/56845_comm.htm. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

³² Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie. Rapporto finale CLEP. Disponibile a: www.affariregionali.it/il-ministro/comunicati/2023/aprile/ministro-roberto-calderoli-riunisce-cabina-di-regia-individuazione-lep-fondamentali-e-attesi-da-oltre-vent-anni-governo-crede-in-potenzialita-C3%A0-riforma-autonomia/. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

³³ Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie. Autonomia: ministro Calderoli riunisce cabina regia LEP. Disponibile a: www.affariregionali.it/il-ministro/comunicati/2023/dicembre/autonomia-ministro-calderoli-riunisce-cabina-regia-lep-avanti-con-operazione-verita-C3%A0-nell-interesse-dei-cittadini. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

³⁴ Senato della Repubblica. Atto Senato n. 615 – Trattazione in Assemblea. Disponibile a: www.senato.it/leg/19/BGT/Schede/Ddliter/aula/56845_aula.htm. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

³⁵ Camera dei Deputati. Atto Camera n. 1665. Disponibile a: www.camera.it/leg19/126?tab=&leg=19&idDocumento=1665. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

3. Le criticità del DdL sull'autonomia differenziata

Pur prendendo atto delle numerose modifiche migliorative apportate al testo del DdL durante l'iter parlamentare, nella versione approvata alla Camera dei Deputati rimangono ancora numerose criticità e lacune che dovrebbero auspicabilmente essere oggetto di discussione parlamentare, finalizzata alla loro modifica.

- Non si entra in alcun modo nel merito delle motivazioni sulla base delle quali le Regioni possono richiedere maggiori autonomie sulle 23 materie, come rilevato anche dalla Banca d'Italia³⁶.
- I negoziati saranno condotti tra il Presidente del Consiglio (o il Ministro degli Affari Regionali) e gli esecutivi delle Regioni. Entro novanta giorni dalla trasmissione dei testi sugli schemi di intesa, il Parlamento potrà esprimersi esclusivamente con atti di indirizzo, di cui il Governo potrà tenere conto a sua discrezione. Lo schema d'intesa definitivo è trasmesso alla Regione interessata, che lo approva secondo modalità e forme stabilite nell'ambito della propria autonomia statutaria, garantendo la consultazione degli enti locali. Le intese sono approvate dalle Camere, a maggioranza dei componenti, senza poter essere discusse o emendate. Dopo l'approvazione delle intese, tutte le disposizioni concrete relative al trasferimento di risorse umane e finanziarie alle Regioni saranno determinate da commissioni paritetiche Stato-Regioni e contenute in DPCM.
- I LEP saranno definiti attraverso Decreti Legislativi. Tuttavia, nelle more dell'entrata in vigore dei suddetti Decreti legislativi, potranno essere determinati attraverso DPCM da un'apposita Commissione Tecnica istituita con la Legge di Bilancio 2023 (cc. 791-801) e, pertanto, non dal Parlamento. I DPCM, in quanto atti amministrativi e non leggi ordinarie, potranno essere impugnati solo davanti al TAR, ma non davanti alla Corte Costituzionale.
- Il trasferimento delle funzioni delle cosiddette "materie LEP" alle Regioni potrà essere effettuato già dopo la definizione dei LEP, senza attendere il loro eventuale finanziamento o raggiungimento: ovvero l'assegnazione di maggiori autonomie precede il recupero dei divari tra le varie aree del Paese. Per le materie "non-LEP" si potrà, invece, procedere immediatamente: in particolare, il CLEP ha stabilito³⁷ che per la materia "tutela della salute", i LEP equivalgono ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ai quali in realtà non corrisponde alcun fabbisogno finanziario. Infatti, il riparto del fabbisogno sanitario nazionale (FSN), con cui lo Stato trasferisce le risorse alle Regioni, è indipendente dal raggiungimento o meno dei LEA e avviene secondo criteri di popolazione residente, in parte "pesata" per l'età.
- La legge-quadro e le singole intese non dovranno comportare costi per lo Stato (cd. clausola di salvaguardia "allargata"). Infatti, il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) non solo verificherà le corrispondenti relazioni tecniche, ma dovrà anche essere

³⁶ Disegno di legge AS 615 "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione". Memorie della Banca d'Italia. Banca d'Italia, Roma 19 giugno 2023. Disponibile a: www.affariregionali.it/il-ministro/comunicati/2023/dicembre/autonomia-ministro-calderoli-riunisce-cabina-regia-lep-avanti-con-operazione-verit%C3%A0-nell-interesse-dei-cittadini. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

³⁷ Lettera del Comitato tecnico-scientifico con funzioni istruttorie per l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni al Ministro Calderoli. Il Sole 24 Ore, 4 settembre 2023. Disponibile a: <https://i2.res.24o.it/pdf2010/Editrice/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANI VERTICALI/Online/ Oggetti Embedded/Documenti/2023/09/04/Relazioni%20sottogruppi%202%208%2023.pdf>. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

rappresentato nelle Commissioni paritetiche Stato-Regioni, rendendo di fatto impossibile finanziare eventuali prestazioni aggiuntive per il raggiungimento dei LEP.

In sintesi, secondo il testo del DdL approvato alla Camera dei Deputati: le Regioni possono chiedere qualsiasi forma di autonomia su 23 materie, senza fornire motivazioni; il Parlamento viene di fatto esautorato sia dalla valutazione e approvazione delle maggiori autonomie richieste, sia nella fase iniziale anche dalla definizione dei LEP; l'assegnazione di maggiori autonomie precede la definizione e il finanziamento dei LEP; per la materia "tutela della salute," visto che esistono già i LEA, non è necessario definire, finanziare e raggiungere i LEP; non sono previsti maggiori oneri per la finanza pubblica per il raggiungimento dei LEP e per il recupero dei divari tra le varie aree del Paese.

4. Le maggiori autonomie sulla tutela della salute richieste dalle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto

Le richieste avanzate da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto per l'ambito "tutela della salute" sono riportate nei box successivi³⁸ e in una tabella sinottica nell'appendice 1.

Vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale

- **Descrizione:** Maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale.
- **Differenze tra Regioni:** nessuna.
- **Vincoli:** rispetto dei vincoli di bilancio.
- **Note:** Emilia-Romagna e Veneto identificano nell'autonomia in questione una misura essenziale per un'efficiente organizzazione delle strutture sanitarie, tesa anche a perseguire una valorizzazione del personale del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Accesso alle scuole di specializzazione

- **Descrizione:** Maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione, incluse la programmazione delle borse di studio per i medici specializzandi e l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale.
- **Differenze tra Regioni:**
 - **Emilia-Romagna, Veneto:** nessuna.
 - **Lombardia:** estensione dell'autonomia alla determinazione del numero dei posti dei corsi di formazione per i medici di medicina generale.
- **Vincolo:** rispetto dei vincoli di bilancio.

Contratti di specializzazione-lavoro per i medici

- **Descrizione:** Possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" come strumento alternativo all'accesso alle scuole di specializzazione.
- **Differenze tra Regioni:** nessuna.
- **Vincoli:** nessuno.

³⁸ Senato della Repubblica. XVIII legislatura. Il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Dossier n. 16, maggio 2018. Disponibile a: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01067303.pdf. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

Stipulare accordi con le Università

- **Descrizione:** Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio.
- **Differenze tra Regioni:**
 - **Emilia-Romagna, Veneto:** autonomia finalizzata all'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale e a rendere possibile l'accesso dei medici titolari del contratto di "specializzazione lavoro" alle scuole di specializzazione, nel rispetto dei requisiti di accreditamento delle scuole di specializzazione.
 - **Lombardia:** autonomia finalizzata all'avvio di percorsi orientati alla stipula dei contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro", fermo il rispetto delle esigenze delle strutture sanitarie e della loro organizzazione logistica.
- **Vincoli:** nessuno.

Sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione

- **Descrizione:** Maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella Regione.
- **Differenze tra Regioni:** nessuna.
- **Vincoli:** rispetto dei LEA, rispetto dei vincoli di bilancio e dell'equilibrio economico-finanziario, applicabilità dei nuovi sistemi limitata agli assistiti residenti nella Regione.

Sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN

- **Descrizione:** maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN.
- **Differenze tra Regioni:**
 - **Emilia-Romagna:** autonomia finalizzata ad assicurare un'organizzazione efficiente della rete ospedaliera e dei servizi territoriali e di supporto, nonché delle relative forme di integrazione, anche con riguardo alle modalità di erogazione.
 - **Lombardia, Veneto:** autonomia finalizzata a rendere maggiormente coerenti con le esigenze specifiche delle singole Regioni l'organizzazione della rete ospedaliera, dei servizi territoriali e le relative forme di integrazione e di modalità di erogazione.
- **Vincoli:** rispetto dei LEA, rispetto delle disposizioni nazionali in materia di selezione della dirigenza sanitaria.
- **Note:** in Lombardia, dove l'autonomia in questione si riferisce in particolare agli organi e alla direzione strategica, si prevede la valutazione degli esiti del monitoraggio secondo la legge regionale n. 23 del 2015.

Richiesta all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) di valutazioni sull'equivalenza terapeutica

- **Descrizione:** Possibilità di sottoporre all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all'equivalenza terapeutica tra diversi farmaci. Entro 180 giorni dal ricevimento delle valutazioni regionali l'AIFA adotta un parere motivato, obbligatorio e vincolante per l'intero territorio nazionale; in alternativa, se l'AIFA non si pronuncia, la Regione, sulla base delle proprie valutazioni, può assumere determinazioni in materia di equivalenza terapeutica.
- **Differenze tra Regioni:** nessuna.
- **Vincoli:** l'AIFA può intervenire con motivate e documentate valutazioni, ex art. 15, comma 11-ter, del decreto-legge n. 95 del 2012. Nell'adottare eventuali decisioni basate sull'equivalenza terapeutica fra medicinali contenenti differenti principi attivi, le Regioni devono attenersi alle motivate e documentate valutazioni espresse dall'AIFA.

Interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN

- **Descrizione:** Competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN in un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse.
- **Differenze tra Regioni:** nessuna.
- **Vincoli:** nessuno.

Fondi sanitari integrativi

- **Descrizione:** Maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi.
- **Differenze tra Regioni:** nessuna.
- **Vincoli:** rispetto dei LEA, rispetto dei vincoli di bilancio.

Gestione del personale

- **Descrizione:** Maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale. Facoltà, in sede di contrattazione integrativa collettiva, di prevedere per i dipendenti del SSN incentivi e misure di sostegno, anche avvalendosi di risorse aggiuntive regionali, da destinare prioritariamente al personale dipendente in servizio presso sedi montane disagiate.
- **Differenze tra Regioni:** richiesta solo dal Veneto.
- **Vincoli:** rispetto dei LEA, rispetto dei vincoli di bilancio.

Distribuzione ed erogazione dei farmaci

- **Descrizione:** Con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale:
 - Competenza a definire, sotto profili qualitativi e quantitativi, le forme di distribuzione diretta dei farmaci per la cura dei pazienti soggetti a controlli ricorrenti. Nell'esercizio della competenza e nel monitoraggio dell'uso corretto dei farmaci, la Regione si avvale delle farmacie di comunità.
 - Competenza a garantire che le Aziende sanitarie erogino direttamente i medicinali per i pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale.
 - Competenza ad adottare direttive che impongono alla struttura pubblica di fornire direttamente i farmaci ai pazienti nel periodo immediatamente successivo al ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale.
- **Differenze tra Regioni:** richiesta solo dall'Emilia-Romagna.
- **Vincoli:** restano ferme le funzioni istituzionali attribuite all'AIFA dalla normativa vigente.

Dall'analisi trasversale delle maggiori autonomie richieste dalle tre Regioni emergono due considerazioni generali. Innanzitutto, la possibilità di richiedere maggiori autonomie, senza fornire alcuna motivazione, su qualsiasi ambito relativo alla materia "tutela della salute" rende impossibile valutarne le potenziali conseguenze, sia in termini salute individuale e collettiva dei cittadini residenti, sia di aumento delle disuguaglianze tra Regioni e all'interno della stessa Regione. Ovvero, l'attuazione dell'autonomia differenziata in sanità potrebbe avere conseguenze oggi assolutamente non prevedibili in alcun modo. In secondo luogo, i vincoli definiti per le varie autonomie sono estremamente riduttivi, limitandosi al rispetto dei LEA e dei vincoli di bilancio, di fatto gli unici due parametri su cui lo Stato monitora le Regioni. Questo non tiene in alcun conto altri rischi potenziali che dovrebbero essere presi in considerazione per espandere i vincoli: peggioramento delle performance sanitarie nelle altre Regioni e nella propria; aumento delle disuguaglianze nella propria Regione per alcune fasce socio-economiche e per l'area geografica di residenza; aumento del fenomeno della mobilità sanitaria passiva; spostamento di rilevanti quote di offerta sanitaria dal pubblico al privato accreditato; disallineamento dei sistemi informativi sanitari.

Entrando nel merito delle singole richieste:

- Alcune istanze oggi sono fondamentali per fronteggiare la grave carenza di personale sanitario e dovrebbero essere estese a tutte le Regioni. In particolare, la rimozione dei tetti di spesa per il personale sanitario e l'istituzione di contratti di formazione-lavoro (strettamente legati agli accordi con le Università), che andrebbero a sostituire le attuali borse di studio al fine di anticipare l'ingresso nel mondo del lavoro di specialisti e medici di medicina generale.
- Altre forme di autonomia rischiano di sovvertire totalmente gli strumenti di governance dello Stato aumentando le disuguaglianze regionali, proprio in un momento storico in cui la riorganizzazione dei servizi sanitari legata agli obiettivi del PNRR impone di ridurle: dal sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione al sistema di governance delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale, all'autonomia nella determinazione del numero di borse di studio per la scuola di specializzazione e al corso di formazione specifica in medicina generale. In particolare, la direzione impressa alle maggiori autonomie sul sistema tariffario e di rimborso potrebbero determinare ulteriori squilibri tra pubblico e privato accreditato, a vantaggio di quest'ultimo; maggiori

autonomie in termini di compartecipazione alla spesa sanitaria potrebbero introdurre ulteriori forme di diseguaglianze sociali; l'autonomia nella determinazione del numero di borse di studio per scuole di specializzazione e medici di famiglia può generare gravi sperequazioni quantitative e qualitative sul personale medico dei servizi sanitari regionali; maggiori autonomie sul sistema di governance delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale rischiano di tradursi in sistemi di gestione delle aziende sanitarie totalmente autonomi, con possibile ulteriore spostamento dell'offerta dal pubblico al privato accreditato. Tutto questo, peraltro, in un momento storico in cui il DM 77/2022 per la riorganizzazione dei servizi sanitari territoriali ha definito standard nazionali, imponendo ad alcune Regioni, ad esempio, di re-introdurre i Distretti precedentemente aboliti.

- Alcune istanze avanzate dalla Regione Veneto risultano in netto contrasto con l'impianto del SSN³⁹. Una maggiore autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi darebbe il via libera a sistemi assicurativo-mutualistici regionali sganciati dalla, seppur frammentata, normativa nazionale. Inoltre, la richiesta di contrattazione integrativa regionale per i dipendenti del SSN, oltre all'autonomia in materia di gestione del personale e di regolamentazione dell'attività libero-professionale, rischia di concretizzare una concorrenza tra Regioni con trasferimento di personale dal Sud al Nord, ponendo, peraltro, una pietra tombale sulla contrattazione collettiva nazionale e sul ruolo dei sindacati⁴⁰.
- La richiesta all'AIFA di valutazioni sull'equivalenza terapeutica e le autonomie su distribuzione ed erogazione dei farmaci appaiono ragionevoli, vista anche la supremazia decisionale riconosciuta all'ente regolatore. Nonostante la pubblicazione del Decreto del Ministero della Salute 8 gennaio 2024 n. 3 recante la riorganizzazione di AIFA, tali istanze risultano condizionate dall'avvio della riforma.
- La richiesta di maggiori autonomie per programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN è di difficile interpretazione visto che fa riferimento ad "un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse", senza ulteriori specifiche.

³⁹ Geddes Da Filicaia M. L'autonomia differenziata in sanità. Disponibile a:

www.saluteinternazionale.info/2022/07/lautonomia-differenziata-in-sanita. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

⁴⁰ No all'autonomia differenziata che di fatto uccide il SSN. L'Anaa si appella al Governo. Quotidiano Sanità, 22 febbraio 2022.

Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=102600. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

5. Le diseguaglianze regionali in sanità

Oggi il SSN vive una gravissima crisi di sostenibilità, sia per il sotto-finanziamento conseguente al saccheggio della spesa sanitaria da parte dei Governi degli ultimi 15 anni, sia per l'assenza di riforme strutturali nell'ultimo quarto di secolo. Ciononostante, la politica continua a illudersi di poter mantenere un SSN pubblico, equo e universalistico con una spesa sanitaria che tra i paesi europei ci colloca primi tra i paesi poveri e senza attuare coraggiose riforme. E di poter garantire, con una spesa pubblica così bassa, un "paniere" di servizi e prestazioni sanitarie (LEA) tra i più ricchi d'Europa.

I risultati di questa "manutenzione ordinaria" ormai condizionano la vita quotidiana di tutte le persone, in particolare delle fasce socio economiche più deboli: interminabili tempi di attesa per una prestazione sanitaria o una visita specialistica, necessità di ricorrere alla spesa privata sino all'impoverimento delle famiglie e alla rinuncia alle cure, pronto soccorso affollatissimi, impossibilità di trovare un medico o un pediatra di famiglia vicino casa, diseguaglianze regionali e locali sino alla migrazione sanitaria.

A fronte di un SSN ispirato 45 anni fa dai principi fondanti di universalità, uguaglianza, equità, oggi ci ritroviamo 21 sistemi sanitari regionali profondamente diseguali, con i residenti nella maggior parte delle Regioni meridionali a cui non sono garantiti nemmeno i LEA. E questa "frattura strutturale" Nord-Sud contribuisce ad alimentare il triste fenomeno della mobilità sanitaria che nel 2021 ha toccato quota € 4,25 miliardi: un fiume di denaro che scorre prevalentemente da Sud verso 3 Regioni settentrionali dove si concentra il 93,3% dei saldi attivi. Proprio le stesse Regioni (Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto) che hanno già sottoscritto i pre-accordi per le maggiori autonomie. Infine, il netto ritardo delle Regioni del Centro-Sud nell'offerta dei servizi sanitari territoriali (es. assistenza domiciliare), nell'adozione e implementazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE) e nella disponibilità di strutture (Case di Comunità, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali), condiziona il raggiungimento degli obiettivi della Missione Salute del PNRR.

5.1. Adempimenti ai Livelli Essenziali di Assistenza

I LEA sono le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di compartecipazione (ticket). Ogni anno il Ministero della Salute valuta l'adempimento delle Regioni nell'erogazione dei LEA: nel periodo 2010-2019 attraverso la Griglia LEA, dal 2020 sostituita dal Nuovo Sistema di Garanzia. Entrambi gli strumenti di valutazione prevedono indicatori ripartiti nelle tre macro aree: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

Monitoraggio dei LEA con la Griglia LEA. Il recente report dell'Osservatorio GIMBE sugli adempimenti LEA regionali⁴¹, previa analisi dei 10 monitoraggi annuali del Ministero della Salute dal 2010 al 2019 ha calcolato l'adempimento cumulativo 2010-2019 come percentuale

⁴¹ Report Osservatorio GIMBE n. 2/2022. Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, dicembre 2022. Disponibile a: www.gimbe.org/LEA_2010-2019. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

di punti ottenuti sul massimo ottenibile (2.250 in 10 anni), riportando la classifica per quartili (figura 5.1).

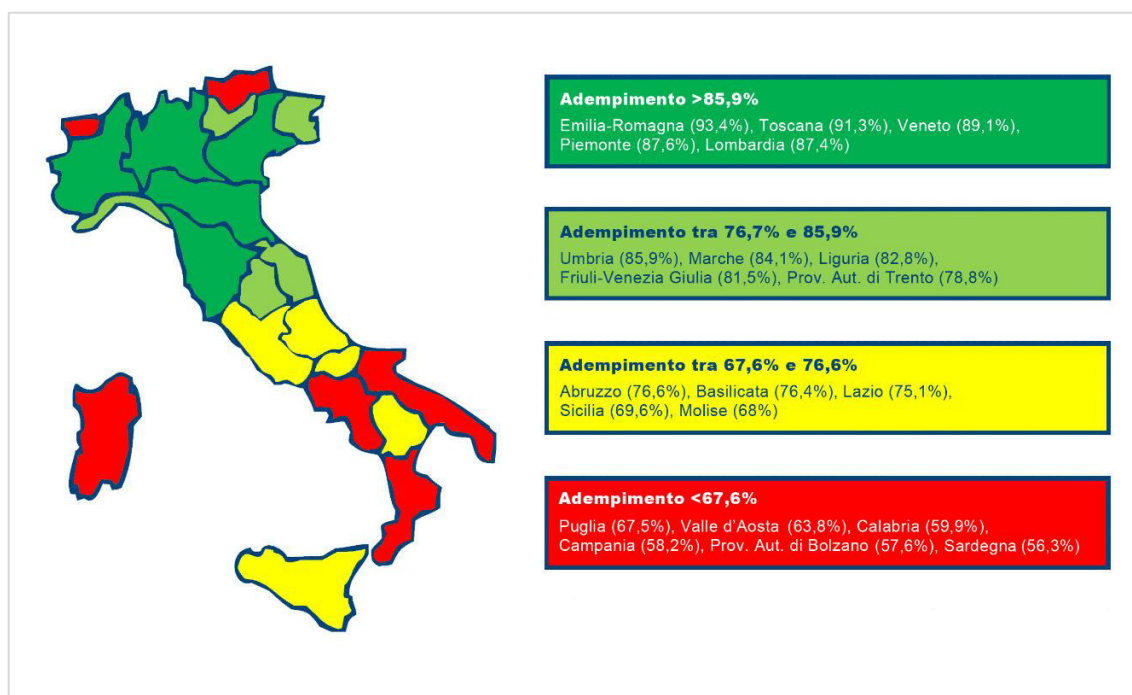


Figura 5.1. Griglia LEA: percentuale di adempimento cumulativo 2010-2019

Considerato che nel decennio 2010-2019 gli indicatori della griglia LEA sono rimasti pressoché invariati e la modalità di attribuzione dei punteggi identica, è possibile trarre alcune considerazioni generali per valutare il potenziale impatto sulle disuguaglianze dell'autonomia differenziata. Innanzitutto, le tre Regioni che hanno avanzato la richiesta di maggiori autonomie, si trovano tutte nel primo quartile (adempimento cumulativo $\geq 86\%$). In secondo luogo, nei primi due quartili (adempimento cumulativo $\geq 76,6\%$) non si posiziona nessuna Regione del Sud e solo due del Centro (Umbria, Marche). Infine, tutte le Regioni del Centro-Sud (eccetto la Basilicata) rimangono da 13-17 anni in Piano di rientro (giallo), con Calabria e Molise ancora commissariate (rosso) (figura 5.2): strumenti la cui efficacia si limita al risanamento economico-finanziario delle Regioni, ma che di fatto non hanno permesso di raggiungere l'obiettivo di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento dei servizi sanitari regionali, anche al fine di migliorare l'erogazione dei LEA.

Regione	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Lazio	28/02	11/07												22/07			
Abruzzo	06/03	11/09								15/09							
Liguria	06/03			10/04													
Campania	13/03		28/07											24/01			
Molise	27/03		24/7														
Sicilia	31/07																
Sardegna	31/07			31/12													
Calabria			17/12	30/07													
Piemonte				29/07							21/03						
Puglia				29/11													

In giallo sono riportate le Regione in Piano di rientro, in rosso le Regioni in Piano di rientro e commissariamento.
Le date all'interno delle celle identificano l'inizio/fine del Piano di rientro/commissariamento.

Figura 5.2. Regioni in Piano di rientro e commissariate

Monitoraggio dei LEA con il Nuovo Sistema di Garanzia. Dal 2020 la griglia LEA è stata sostituita dal Nuovo Sistema di Garanzia, in particolare dal sottogruppo degli indicatori CORE. Gli adempimenti al mantenimento dell'erogazione dei LEA valutati con il NSG relativi agli anni 2020 e 2021 hanno un valore esclusivamente informativo, a causa della situazione emergenziale dovuta alla pandemia di COVID-19.

Nel 2020 solo 11 Regioni risultano adempienti. Anche se il NSG non prevede il calcolo di un punteggio totale per valutare gli adempimenti, è stata elaborata una classifica di Regioni e Province autonome sommando i punteggi ottenuti nelle varie aree e riportando i risultati in quartili (figura 5.3). Il punteggio totale enfatizza ulteriormente il gap Nord-Sud: infatti, nei primi due quartili non compare nessuna Regione del Sud e il punteggio della Puglia è il più basso tra le 11 Regioni adempienti. Viceversa, nell'ultimo quartile si trovano solo Regioni del Sud, fatta eccezione per la Provincia autonoma di Bolzano.

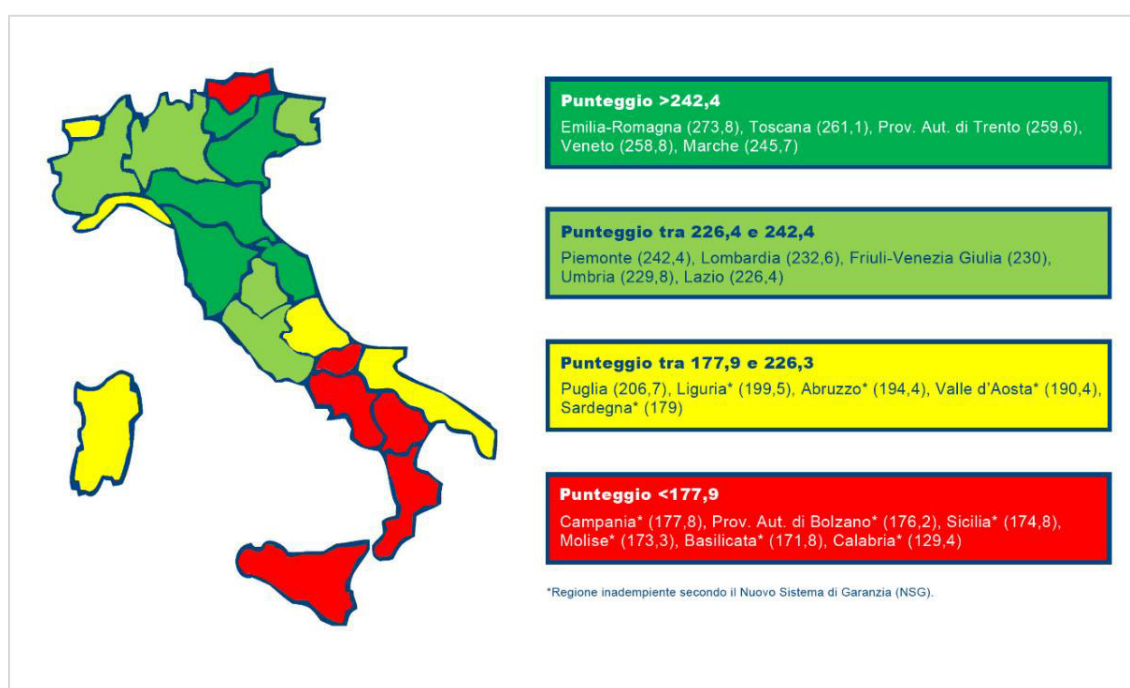


Figura 5.3. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali anno 2020

Nel 2021 le Regioni adempienti salgono da 11 a 14: a quelle del 2020 si aggiungono Abruzzo, Basilicata e Liguria. Il calcolo del punteggio totale, ottenuto sommando i punteggi ottenuti nelle varie aree e riportando i risultati in quartili, conferma anche per il 2021 il rilevante gap Nord-Sud (figura 5.4). Solo Abruzzo, Puglia e Basilicata si collocano tra le 14 Regioni adempienti, peraltro con i punteggi più bassi tra quelle "promosse". Viceversa, fatta eccezione per la Valle D'Aosta, nell'ultimo quartile si trovano solo Regioni meridionali.

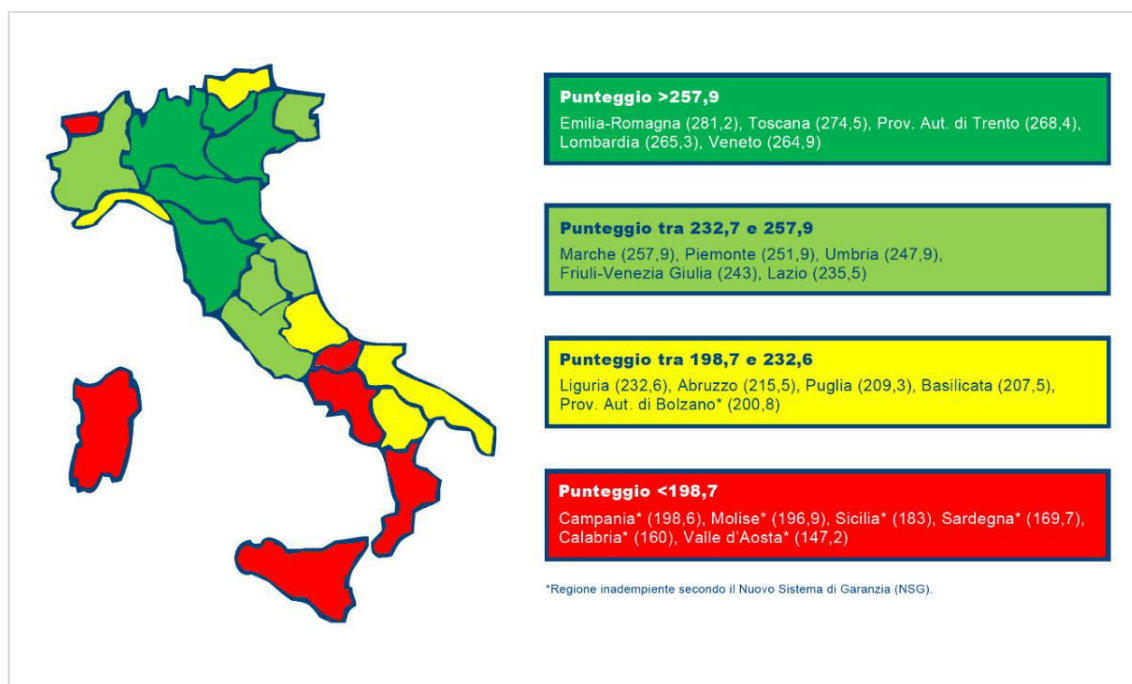


Figura 5.4. Nuovo Sistema di Garanzia: punteggi totali anno 2021

5.2. Aspettativa di vita alla nascita

L'Italia, che per molti anni è stata uno dei paesi con aspettativa di vita alla nascita più elevata al mondo, nell'ultimo report dell'OCSE è scesa dal terzo al nono posto⁴². Inoltre, a fronte di un'aspettativa di vita alla nascita di 82,6 anni, i dati ISTAT⁴³ dimostrano che nel 2022 esistono notevoli differenze regionali: da 84,2 anni della Provincia autonoma di Trento agli 81 anni della Campania, ovvero ben 3,2 anni di differenza (figura 5.5). Più in generale, in tutte le 8 Regioni del Mezzogiorno si rileva un'aspettativa di vita inferiore alla media nazionale, spia indiretta della bassa qualità dei servizi sanitari regionali.

⁴² Life expectancy at birth. In: Health at a Glance 2023: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris. Disponibile a: www.oecd-ilibrary.org/sites/7a7afb35-en/1/3/3/1/index.html?itemId=/content/publication/7a7afb35-en&csp=6cf33e24b6584414b81774026d82a571&itemIGO=oecd&itemContentType=book. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

⁴³ Tavole di mortalità: Speranza di vita alla nascita con Italia copie. Istat, 11 marzo 2024. Disponibile a: <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=7283#>. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

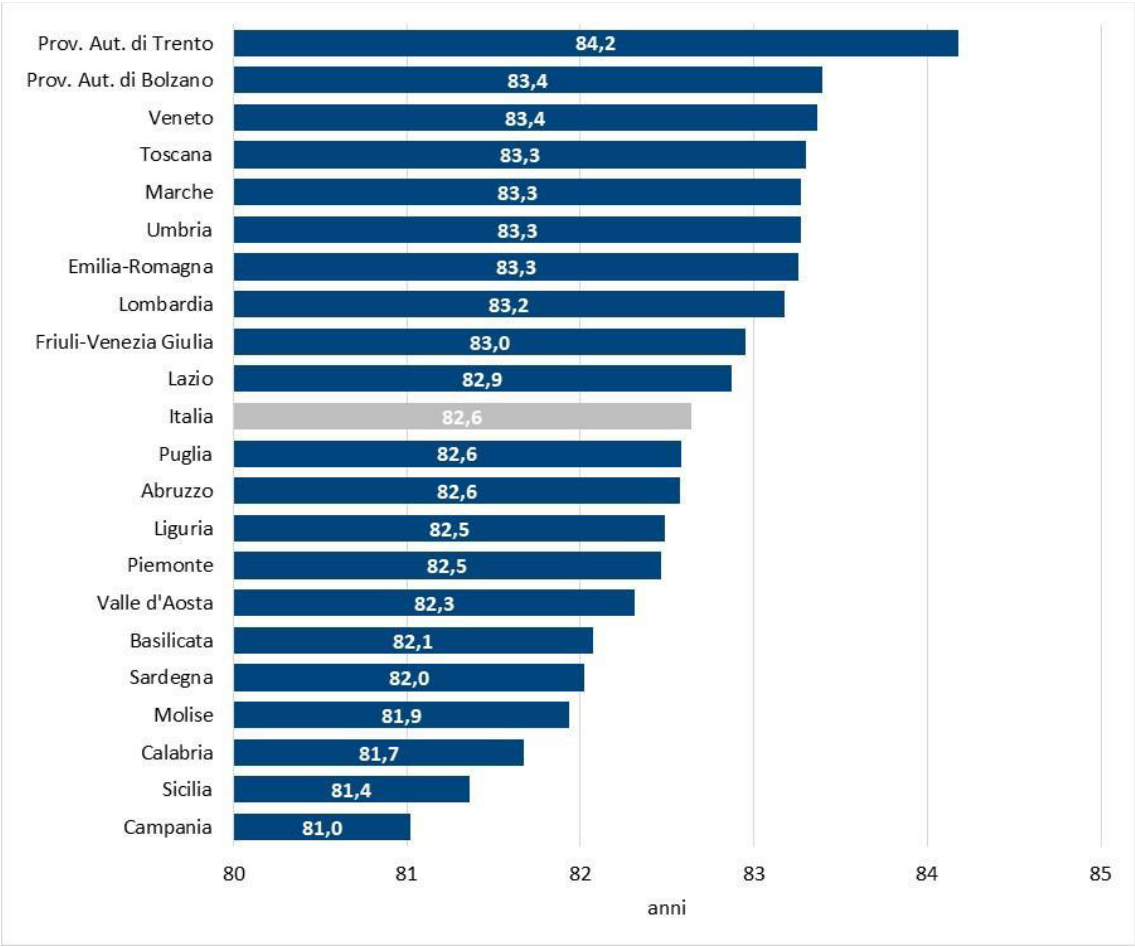


Figura 5.5. Aspettativa di vita alla nascita (dati ISTAT, 2022)

5.3. Mobilità sanitaria

I cittadini italiani hanno il diritto di essere assistiti in strutture sanitarie di Regioni differenti da quella di residenza, un diritto che si traduce nel cosiddetto fenomeno della mobilità sanitaria interregionale. Tecnicamente viene distinta in mobilità attiva (una voce di credito della Regione che identifica l'indice di attrazione) e mobilità passiva (una voce di debito che rappresenta l'indice di fuga da una Regione). Annualmente vengono effettuate compensazioni finanziarie tra Regioni su 7 flussi finanziari: ricoveri ospedalieri e day hospital (differenziati per pubblico e privato accreditato), medicina generale, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta di farmaci, trasporti con ambulanza ed elisoccorso. Circa il 75% delle compensazioni è relativo a prestazioni di ricovero ospedaliero e day hospital. Dall'analisi della mobilità attiva e passiva emerge la forte capacità attrattiva delle Regioni del Nord, cui corrisponde quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud. Prendendo in considerazione il periodo 2010-2021 ai primi tre posti per saldo attivo si trovano proprio le tre Regioni che hanno richiesto le maggiori autonomie (figura 5.6): Lombardia (€ 6,7 miliardi), Emilia-Romagna (€ 4,09 miliardi), Veneto (€ 1,53 miliardi). Al contrario, le 6 Regioni con saldi passivi superiori a € 1 miliardo si trovano tutte al Centro-Sud:

Campania (-€ 3,38 miliardi), Calabria (-€ 2,97 miliardi⁴⁴), Lazio (-€ 2,54 miliardi), Sicilia (-€ 2,35 miliardi), Puglia (-€ 2,1 miliardi) e Abruzzo (-€ 1,02 miliardi). Complessivamente in 12 anni, tutte le Regioni del Sud ad eccezione del Molise (Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Puglia, Sardegna e Sicilia) hanno accumulato un saldo negativo pari a € 13,2 miliardi.

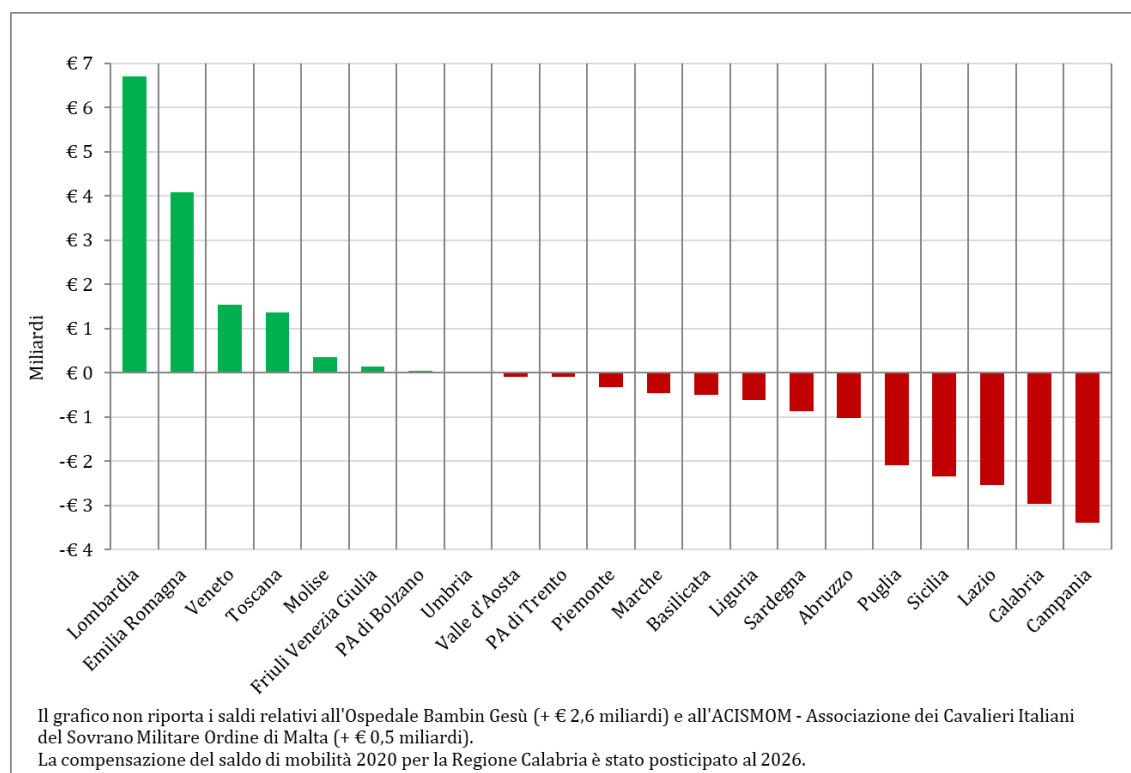


Figura 5.6. Saldi mobilità interregionale 2010-2021

Il recente Report GIMBE sui dati della mobilità sanitaria relativa al 2021⁴⁵ conferma la “frattura strutturale” tra Nord e Sud, visto che le Regioni con saldo positivo superiore a € 200 milioni sono tutte del Nord, mentre quelle con saldo negativo maggiore di € 100 milioni tutte del Centro-Sud (figura 5.7).

⁴⁴ Il valore non include la mobilità passiva 2020 perché la compensazione del saldo di mobilità 2020 per la Regione Calabria è stata posticipata al 2026.

⁴⁵ Osservatorio GIMBE n. 1/2024. La mobilità sanitaria interregionale nel 2021. Fondazione GIMBE: Bologna, 16 gennaio 2024. Disponibile a: www.salviamo-ssn.it/attivita/osservatorio/mobilita-sanitaria-2021. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

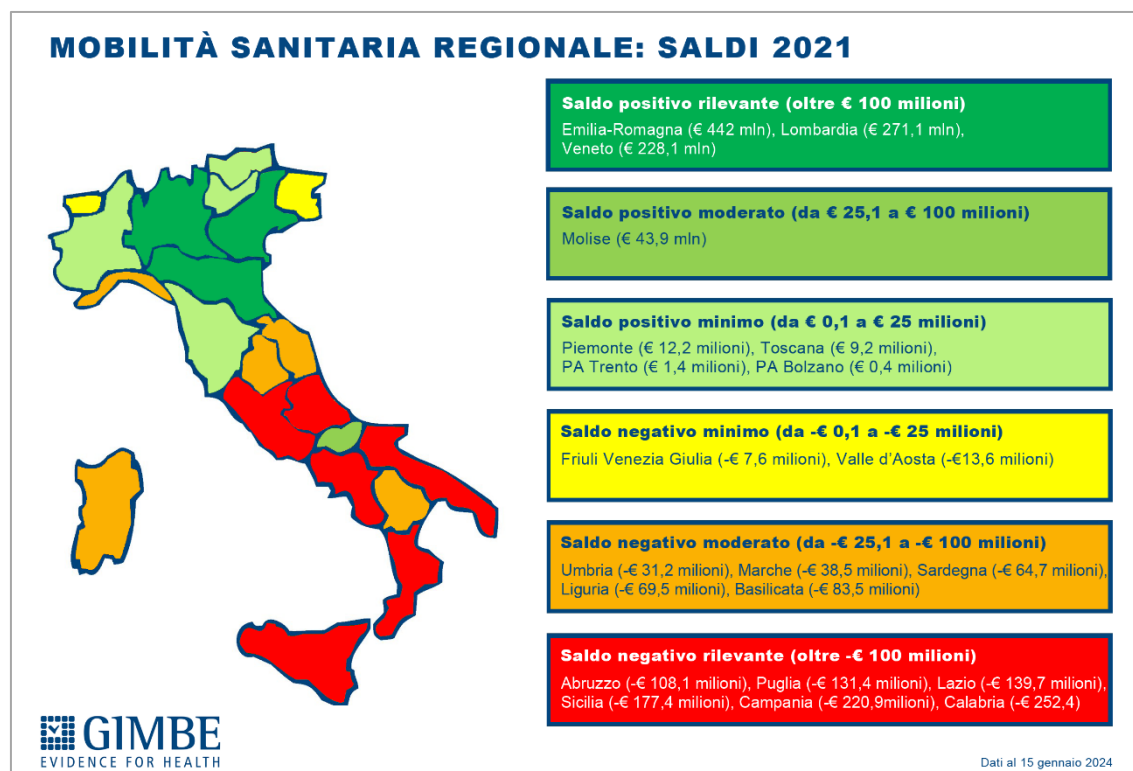


Figura 5.7. Saldi mobilità interregionale 2021 (riparto 2023)

5.4. Attuazione del PNRR Missione Salute

Secondo i dati resi pubblici il 23 gennaio 2024 sul portale del Ministero della Salute⁴⁶ che monitora lo stato di attuazione della Missione Salute del PNRR sono state rispettate tutte le scadenze fissate per gli anni 2021-2023. Tuttavia, una volta effettuata la “messa a terra” della Missione Salute, il rispetto delle scadenze successive sarà condizionato soprattutto dalle criticità di attuazione nei 21 sistemi sanitari regionali, legate sia alla carenza di personale infermieristico, figura chiave nella riorganizzazione dell’assistenza territoriale, sia alle differenze regionali in termini di performance e di capacità organizzative, sia alla dotazione iniziale di strutture: Case di Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità. Tutte differenze che rischiano di essere amplificate dall’autonomia differenziata perché se da un lato è indispensabile supportare le Regioni meridionali per colmare i gap esistenti con il Nord, va “in direzione ostinata e contraria” l’intero impianto normativo del DdL Calderoli che contrasta il fine ultimo del PNRR, sottoscritto dall’Italia e per il quale abbiamo indebitato le future generazioni: ovvero perseguire il riequilibrio territoriale e il rilancio del Sud come priorità trasversale a tutte le missioni per rilanciare il Mezzogiorno, accompagnando il processo di convergenza tra Sud e Centro-Nord quale obiettivo di crescita economica, come più volte raccomandato dalla Commissione Europea⁴⁷.

⁴⁶ PNRR – Salute. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza. Ministero della Salute. Disponibile a: www.pnrr.salute.gov.it. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

⁴⁷ Il Mezzogiorno nel PNRR. Camera dei Deputati. Disponibile a: <https://temi.camera.it/leg19DIL/temi/il-mezzogiorno-nel-pnrr>. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

Carenza di personale infermieristico. Gli ultimi dati disponibili relativi al 2021 documentano un numero di infermieri in Italia pari a 6,2 per 1.000 abitanti, rispetto alla media OCSE di 9,9. Secondo i dati del Ministero della Salute, gli infermieri dipendenti del SSN nel 2021 sono 5,06 per 1.000 abitanti, con rilevanti differenze tra Regioni che penalizzano prevalentemente quelle del Centro-Sud sottoposte a Piano di Rientro (figura 5.8). Una carenza che stride con il fabbisogno stimato da Agenas per attuare il DM 77: un range da 19.450 a 26.850 infermieri di famiglia e di comunità⁴⁸.

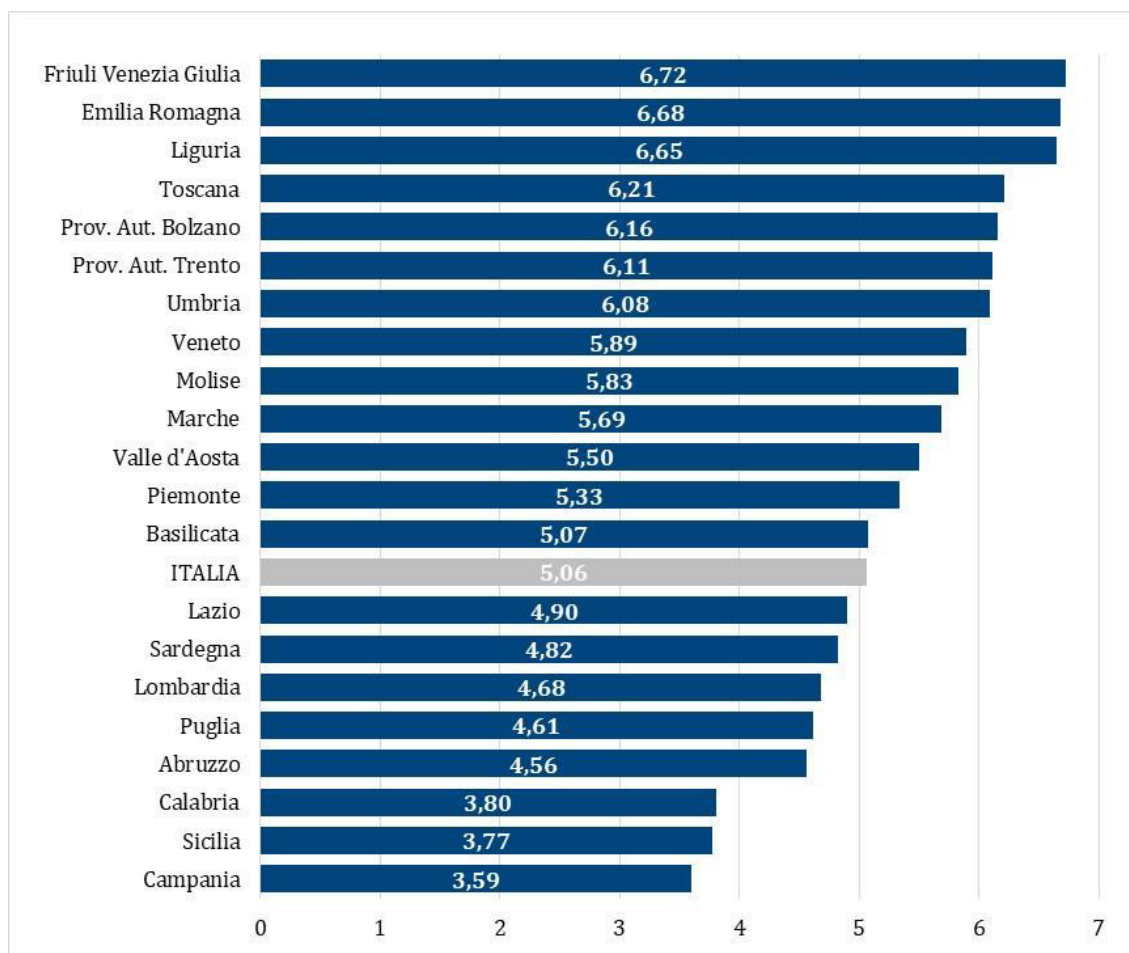


Figura 5.8. Infermieri dipendenti per 1.000 abitanti (dati Ministero della Salute, 2021)

Performance regionali. Delle scadenze nazionali 2023 (step intermedi che non condizionano l'erogazione dei fondi da parte dell'Europa, ma che richiedono un attento monitoraggio) ne sono state differite tre, di cui una abbastanza critica: il target "Nuovi pazienti che ricevono assistenza domiciliare (prima parte)". Infatti, entro marzo 2023 avrebbero dovuto essere assistiti in ADI 296 mila pazienti over 65, una scadenza slittata di 12 mesi per le enormi differenze regionali nella capacità di erogare l'assistenza domiciliare, ambito in cui il Centro-Sud era già molto indietro. Infatti, secondo quanto previsto dal Decreto del Ministero della Salute del 13 marzo 2023 per assistere almeno il 10% della popolazione over 65 in ADI il PNRR si pone l'obiettivo di aumentare il numero delle persone prese in carico passando dagli oltre 640 mila di dicembre 2019 a poco meno di 1,5 milioni nel 2026, per un totale di oltre 808 mila

⁴⁸ Il personale del Servizio Sanitario Nazionale. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali – Agenas: Roma, ottobre 2022. Disponibile a: www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/personale/personale_ssn_2022.pdf. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

persone in più. Tuttavia, se da un lato è realistico il raggiungimento del target nazionale, dall’altro è molto più difficile colmare i divari regionali. Infatti, se Emilia-Romagna, Toscana e Veneto per raggiungere il target 2026 devono aumentare i pazienti assistiti in ADI rispettivamente del 35%, del 42% e del 50%, in alcune Regioni del Centro-Sud i gap sono abissali: la Campania deve incrementarli del 294%, il Lazio del 317%, la Puglia del 329% e la Calabria addirittura del 416% (tabella 5.1).

Regione	Gap 2019-2026	Incremento %
Emilia-Romagna	31.685	35%
Toscana	32.044	42%
Veneto	43.894	50%
Molise	3.904	85%
Prov. Aut. Trento	5.922	91%
Friuli Venezia Giulia	16.997	99%
Piemonte	59.211	104%
Basilicata	7.938	123%
Sicilia	65.245	131%
Umbria	12.557	132%
Abruzzo	19.678	134%
Lombardia	133.839	145%
Marche	22.768	156%
Liguria	25.818	165%
Sardegna	28.450	233%
Campania	84.548	294%
Lazio	98.411	317%
Puglia	68.376	329%
Calabria	34.286	416%
Valle d'Aosta	2.745	1.209%
Prov. Aut. Bolzano	10.513	2.912%
ITALIA	808.829	125%

Tabella 5.1. Obiettivi regionali di incremento pazienti over 65 in Assistenza Domiciliare Integrata

Altre differenze rilevanti sulle performance riguardano, ad esempio, l’attuazione del fascicolo sanitario elettronico. Secondo quanto riportato nelle Linee Guida per l’attuazione del nuovo FSE⁴⁹, l’implementazione è disomogenea nelle Regioni in termini di contenuti e di standard, il nucleo minimo dei documenti clinici non è pienamente implementato in tutte le Regioni e la percentuale di alimentazione del FSE varia da >50% in Emilia-Romagna, Lombardia, Toscana, Piemonte a <5% Campania, Liguria, Sicilia e Calabria.

⁴⁹ Linee Guida per l’Attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico. Decreto del Ministero della Salute 20 maggio 2022. Disponibile a: www.gazzettaufficiale.it/do/atto/serie_generale/caricaPdf?cdimg=22A0396100100010110001&dgu=2022-07-11&art.dataPubblicazioneGazzetta=2022-07-11&art.codiceRedazionale=22A03961&art.num=1&art.tiposerie=SG. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

Dotazione di strutture. Secondo quanto previsto dal piano di rimodulazione del PNRR approvato il 24 novembre 2023 dalla Commissione Europea⁵⁰ è prevista una riduzione del numero di strutture: Case della Comunità (-312), Centrali Operative Territoriali (-120) e Ospedali di Comunità (-93) secondo criteri di distribuzione regionale al momento non noti. Se, come previsto dal piano, verranno espunte le strutture da realizzare ex novo, ad essere penalizzate saranno prevalentemente le Regioni del Centro-Sud⁵¹ (tabella 5.2). Per garantire la realizzazione di tutte le strutture e di tutti gli interventi inizialmente programmati, la Quarta Relazione sullo stato di attuazione del PNRR del 22 febbraio⁵² fa riferimento all'utilizzo di fondi alternativi quali le risorse da Accordo di Programma ex art. 20 L. 67/88 ed eventuali risorse derivate da fondi per le politiche di coesione finanziamenti alternativi.

Regione	Case della Comunità	Centrali Operative Territoriali	Ospedali di Comunità	Totale
Piemonte	16	8	3	27
Valle d'Aosta	-	1	-	1
Lombardia	48	6	14	68
Prov. Aut. di Bolzano	6	3	3	12
Prov. Aut. di Trento	3	5	1	9
Veneto	24	8	2	34
Friuli Venezia Giulia	9	3	4	16
Liguria	2	3	2	7
Emilia-Romagna	24	5	13	42
Toscana	38	8	11	57
Umbria	-	7	-	7
Marche	6	12	3	21
Lazio	-	59	1	60
Abruzzo	7	2	2	11
Molise	1	-	-	1
Campania	47	14	18	79
Puglia	38	4	11	53
Basilicata	10	-	1	11
Calabria	5	7	1	13
Sicilia	13	4	3	20
Sardegna	12	4	1	17
TOTALE	309	163	94	566

Tabella 5.2. Strutture da edificare (dati Camera dei Deputati)

⁵⁰ Annex to the Proposal for a Council Implementing Decision amending Implementing Decision (EU) (ST 10160/21; ST 10160/21 ADD 1 REV 2) of 13 July 2021 on the approval of the assessment of the recovery and resilience plan for Italy. European Commission: Brussels, 24 novembre 2023. Disponibile a: https://commission.europa.eu/system/files/2023-11/COM_2023_765_1_EN_annexe_proposition_cp_part1_v3.pdf. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

⁵¹ I presidi dell'assistenza territoriale nella Missione 6 Salute del PNRR. Camera dei Deputati. Roma, 20 marzo 2023. Disponibile a: <https://documenti.camera.it/Leg19/Dossier/Pdf/AS0001.Pdf>. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

⁵² Dipartimento per gli Affari Europei. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Governo Italiano. Quarta relazione attuazione PNRR. 22 febbraio 2024. Disponibile a: www.affarieuropei.gov.it/media/7411/iv_relazione_al_parlamento_sezi.pdf. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

6. Conclusioni

L'aula del Senato ha approvato il DdL Calderoli sull'attuazione dell'autonomia differenziata che ora è al vaglio della Camera dei Deputati con l'ambizione di diventare legge prima delle elezioni europee. Mancano dunque pochi mesi alla legittimazione normativa della "frattura strutturale" Nord-Sud, che comprometterà l'uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto costituzionale alla tutela della salute. Un esito infausto per scorgere il quale non serve una sfera di cristallo, ma è sufficiente guardare allo "stato di salute" del SSN e all'entità delle attuali disuguaglianze regionali.

Le analisi della Fondazione GIMBE rilevano infatti che le imprevedibili conseguenze delle maggiori autonomie in sanità si inserirebbero in un contesto caratterizzato, oltre che dalla grave crisi di sostenibilità del SSN, da enormi disuguaglianze regionali in termini di adempimenti ai LEA (§ 5.1.), di aspettativa di vita alla nascita (§ 5.2.), di mobilità sanitaria (§ 5.3.), oltre che di attuazione della Missione Salute del PNRR (§ 5.4.). Sintetizzando quanto sopra riportato:

- Dagli adempimenti LEA valutati con la griglia LEA nel decennio 2010-2019 emerge che nelle prime 10 posizioni non c'è nessuna Regione del Sud e che le tre Regioni che hanno richiesto maggiori autonomie si collocano nella "top five" della classifica. Con l'introduzione del NSG, nel 2020 delle 11 Regioni adempienti l'unica del Sud è la Puglia, a cui nel 2021 si aggiungono Abruzzo e Basilicata. E sia nel 2020 che nel 2021 le Regioni del Sud sono ultime tra quelle adempienti.
- Nel 2022 a fronte di un'aspettativa di vita alla nascita di 82,6 anni a livello nazionale, si registrano notevoli differenze regionali: dagli 84,2 anni della Provincia autonoma di Trento agli 81 anni della Campania, un gap di ben 3,2 anni. E in tutte le Regioni del Mezzogiorno l'aspettativa di vita è inferiore alla media nazionale, spia indiretta della bassa qualità dei servizi sanitari regionali.
- L'analisi della mobilità sanitaria conferma la forte capacità attrattiva delle Regioni del Nord e la fuga da quelle del Centro-Sud: infatti, nel periodo 2010-2021 tutte le Regioni meridionali ad eccezione del Molise hanno accumulato complessivamente un saldo negativo pari a € 13,2 miliardi, mentre sul podio per saldo attivo si trovano proprio le tre Regioni che hanno già richiesto le maggiori autonomie. Nel 2021 su € 4,25 miliardi di valore della mobilità sanitaria, il 93,3% di quella attiva si concentra in Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, mentre il 76,9% del saldo passivo grava su Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Puglia e Abruzzo.
- Il raggiungimento degli obiettivi della Missione Salute del PNRR è rallentato dalle scarse performance delle Regioni del Centro-Sud: dagli over 65 da assistere in ADI all'attuazione del FSE; dal numero di strutture (Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità) edificate e funzionalmente attive, alla dotazione di personale infermieristico, ben al di sotto della media nazionale.

Complessivamente questi dati confermano che in sanità nonostante la definizione dei LEA nel 2001, il loro monitoraggio annuale e l'utilizzo da parte dello Stato di strumenti quali Piani di rientro e commissariamenti, persistono inaccettabili disuguaglianze tra i 21 sistemi sanitari regionali. In particolare, oggi non siamo più di fronte ad un semplice gap Nord-Sud, ma ad una "frattura strutturale" che compromette qualità dei servizi sanitari, equità di accesso, esiti di

salute e aspettativa di vita alla nascita, alimentando un imponente flusso di mobilità sanitaria da Sud a Nord. L'attuazione di maggiori autonomie in sanità, richieste proprio dalle Regioni con le migliori performance sanitarie e maggior capacità di attrazione, non potrà che amplificare tutte le disuguaglianze già esistenti. Di conseguenza, senza sanare almeno in parte tale "frattura strutturale", senza modificare i criteri di riparto del FSN, senza superare il sistema dei Piani di rientro e dei commissariamenti e senza aumentare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, con l'autonomia differenziata la sanità diventerà definitivamente un bene pubblico nelle più ricche Regioni del Nord e un bene di consumo per le altre Regioni.

Considerato che la richiesta della Fondazione GIMBE di espungere la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie sinora non è stata presa in considerazione dal Governo, né sostenuta con vigore e costanza dalle forze di opposizione, si ribadiscono le motivazioni che portano a sostenere questa posizione. Perché non è ammissibile che venga violato il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto alla tutela della salute, legittimando normativamente il divario tra Nord e Sud.

Primo: il Servizio Sanitario Nazionale attraversa una gravissima crisi di sostenibilità e il sotto-finanziamento costringe anche le Regioni virtuose del Nord a tagliare i servizi e/o ad aumentare le imposte per evitare il Piano di rientro. Guardando alla crescita economica del Paese, all'impatto atteso del nuovo Patto di Stabilità e all'assenza di misure concrete per ridurre evasione fiscale e debito pubblico, peraltro non si intravedono risorse né per rilanciare il finanziamento pubblico della sanità, né tantomeno per colmare le disuguaglianze regionali. E con l'autonomia differenziata le Regioni potranno trattenere il gettito fiscale, che non verrebbe più redistribuito su base nazionale, impoverendo ulteriormente il Mezzogiorno.

Secondo: il Comitato istituito per definire i livelli essenziali delle prestazioni (CLEP) non ha ritenuto necessario assolvere tale compito in materia di tutela della salute, perché esistono già i LEA, ai quali tuttavia non corrisponde alcun fabbisogno finanziario. Infatti, il riparto del FSN, con cui lo Stato trasferisce le risorse alle Regioni, è indipendente dal raggiungimento o meno dei LEA e avviene secondo criteri di popolazione residente, in parte pesata per età. Una pericolosissima scorciatoia rispetto alla necessità di garantire i LEP secondo quanto previsto dalla Carta Costituzionale, perché senza definire, finanziare e garantire in maniera uniforme i LEP in tutto il territorio nazionale è impossibile ridurre le disuguaglianze regionali. Peraltro, se i capisaldi del federalismo mirano ad affermare il principio di sussidiarietà e a migliorare l'efficienza amministrativa, non dovrebbero compromettere la capacità di redistribuzione del reddito, fondamentale per garantire a tutta la popolazione il diritto alla tutela della salute ed eliminare gli ostacoli presenti nei territori più svantaggiati.

Terzo: in sanità il gap tra Nord e Sud configura ormai una "frattura strutturale", come dimostrano sia i dati sugli adempimenti ai LEA sia quelli sulla mobilità sanitaria. Alla maggior parte dei residenti al Sud non sono garantiti nemmeno i LEA, alimentando il fenomeno della mobilità sanitaria verso le Regioni che hanno già sottoscritto i pre-accordi per le maggiori autonomie. Di conseguenza è impossibile, come spesso dichiarato, che le maggiori autonomie in sanità possano ridurre le disuguaglianze esistenti.

Quarto: le maggiori autonomie già richieste da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto ne potenzieranno le performance sanitarie e, al tempo stesso, indeboliranno ulteriormente quelle delle Regioni del Sud, incluse quelle a statuto speciale. In tal senso risulta al tempo stesso

grottesca e autolesionistica la posizione dei Presidenti delle Regioni meridionali governate dal Centro-Destra. Dimostrando che gli accordi di coalizione partitica prevalgono sulla tutela della salute delle persone. Alcuni esempi: la maggiore autonomia in termini di contrattazione del personale provocherà una fuga dei professionisti sanitari verso le Regioni più ricche in grado di offrire condizioni economiche più vantaggiose, impoverendo ulteriormente il capitale umano di quelle del Mezzogiorno; l'autonomia nella definizione del numero di borse di studio per scuole di specializzazione e medici di medicina generale determinerà una dotazione asimmetrica di specialisti e medici di famiglia; le maggiori autonomie sul sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione rischiano di sovvertire sistemi informativi e strumenti di governance del SSN aumentando le diseguaglianze nell'offerta dei servizi e favorendo l'avanzata del privato.

Quinto: l'ulteriore indebolimento dei servizi sanitari nel Mezzogiorno rischia di generare un effetto paradosso anche sulle Regioni del Nord. Infatti, la crisi di sostenibilità del SSN oggi non consente nemmeno alle ricche Regioni settentrionali di aumentare la produzione sanitaria oltre un certo limite. Di conseguenza un ulteriore incremento della mobilità verso queste Regioni rischia di peggiorare l'assistenza sanitaria per i propri residenti. In tal senso la "spia rossa" si è già accesa in Lombardia che nel 2021 si trova sì al primo posto per mobilità attiva (€ 732,5 milioni), ma anche al secondo posto per mobilità passiva (-€ 461,4 milioni). Ovvero un numero molto elevato di cittadini lombardi va a curarsi fuori Regione.

Sesto: nonostante gli entusiastici proclami sui vantaggi delle maggiori autonomie anche per le Regioni del Sud, è certo che in sanità non possono esistere affatto per una ragione molto semplice. Tutte le Regioni del Mezzogiorno (eccetto la Basilicata) si trovano insieme al Lazio in regime di Piano di rientro, con Calabria e Molise addirittura commissariate. Status che, imponendo la "paralisi" nella riorganizzazione dei servizi, rende impossibile avanzare qualsiasi richiesta di maggiori autonomie in sanità.

Settimo: il PNRR, sottoscritto dall'Italia e per il quale abbiamo indebitato le future generazioni, persegue il riequilibrio territoriale e il rilancio del Sud come priorità trasversale a tutte le missioni. In tal senso, l'impianto normativo del Ddl Calderoli contrasta proprio il fine ultimo del PNRR, che dovrebbe costituire un'occasione per rilanciare il Mezzogiorno, accompagnando il processo di convergenza tra Sud e Centro-Nord quale obiettivo di crescita economica, come più volte ribadito nelle raccomandazioni della Commissione europea.

Quel che è certo, al di là di slogan accattivanti e illusori proclami, è che l'autonomia differenziata non potrà mai ridurre le diseguaglianze in sanità, perché renderà le Regioni del Centro-Sud sempre più dipendenti dalle ricche Regioni del Nord. Le quali rischiano, paradossalmente, di peggiorare la qualità dell'assistenza sanitaria per i propri residenti. Ovvero, l'autonomia differenziata per la materia "tutela della salute" non solo affonderà definitivamente la sanità del Mezzogiorno, ma darà anche il colpo di grazia al SSN, causando un disastro sanitario, economico e sociale senza precedenti.

Stiamo rinunciando alla nostra più grande conquista sociale e ad un pilastro della democrazia solo per un machiavellico "scambio di cortesie" nell'arena politica tra i fautori dell'autonomia differenziata e i fiancheggiatori del presidenzialismo.

Appendice 1. Tavola sinottica delle maggiori autonomie sulla tutela della salute richieste dalle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto⁵³

Emilia-Romagna	Lombardia	Veneto
Maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale ⁵⁴ <i>Vincolo: rispetto dei vincoli di bilancio⁵⁵</i>	IDEM	IDEM
Maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione , incluse: • la programmazione delle borse di studio per i medici specializzandi • l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale <i>Vincolo: rispetto degli equilibri di bilancio</i>	IDEM ⁵⁶	IDEM

⁵³ Elaborazione GIMBE da: Senato della Repubblica. XVIII legislatura. Il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Dossier n. 16, maggio 2018. Disponibile a: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01067303.pdf. Ultimo accesso: 20 marzo 2024.

⁵⁴ Emilia-Romagna e Veneto qualificano l'autonomia in questione come misura essenziale per una efficiente organizzazione delle strutture sanitarie, tesa anche a perseguire una valorizzazione del personale del SSN.

⁵⁵ Gli accordi con Emilia-Romagna e Lombardia fanno riferimento, in particolare, ai vincoli dettati dalle norme per la riduzione della spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale (SSN), di cui all'art. 17, comma 3-bis, del decreto-legge n. 98 del 2011. Gli accordi con il Veneto richiamano in modo più generale le politiche di gestione del personale dipendente, convenzionato o accreditato.

⁵⁶ La Lombardia richiede l'estensione dell'autonomia alla determinazione del numero dei posti dei corsi di formazione per i medici di medicina generale.

Emilia-Romagna	Lombardia	Veneto
Possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro"⁵⁷. Spetta alle Regioni definire le modalità per inserire i medici titolari del contratto di "specializzazione lavoro" nell'attività delle strutture del SSN, fermo restando che il contratto non dà diritto all'accesso ai ruoli nel SSN né all'instaurazione di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato⁵⁸	IDEM	IDEM
Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio: • per l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale • per rendere possibile l'accesso dei medici titolari del contratto di "specializzazione lavoro" alle scuole di specializzazione⁵⁹	Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio: • per l'avvio di percorsi orientati alla stipula dei contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro"⁶⁰	Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio: • per l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale • per rendere possibile l'accesso dei medici titolari del contratto di "specializzazione lavoro" alle scuole di specializzazione⁵

⁵⁷ Strumento alternativo all'accesso alle scuole di specializzazione.

⁵⁸ Se non in esito ad una eventuale procedura selettiva.

⁵⁹ Nel rispetto dei requisiti di accreditamento delle scuole di specializzazione.

⁶⁰ Fermo il rispetto delle esigenze delle strutture sanitarie e della loro organizzazione logistica.

Emilia-Romagna	Lombardia	Veneto
Maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella Regione. <i>Vincoli:</i> - <i>rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA)</i> - <i>rispetto dei vincoli di bilancio e dell'equilibrio economico-finanziario</i> - <i>applicabilità dei nuovi sistemi limitata agli assistiti residenti nella regione</i>	IDEM	IDEM
Maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN⁶¹. <i>Vincoli:</i> - <i>rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA)</i> - <i>rispetto delle disposizioni nazionali in materia di selezione della dirigenza sanitaria</i>	IDEM ⁶²	IDEM

⁶¹ Con gli obiettivi di: 1) assicurare un'organizzazione efficiente della rete ospedaliera e dei servizi territoriali e di supporto, nonché delle relative forme di integrazione, anche con riguardo alle modalità di erogazione (Emilia-Romagna) ovvero 2) rendere maggiormente coerenti con le esigenze specifiche delle singole regioni l'organizzazione della rete ospedaliera, dei servizi territoriali e le relative forme di integrazione e di modalità di erogazione (Lombardia e Veneto).

⁶² In Lombardia, dove l'autonomia in questione si riferisce in particolare agli organi e alla direzione strategica, si prevede la previa valutazione degli esiti del monitoraggio previsto dalla legge regionale n. 23 del 2015.

Emilia-Romagna	Lombardia	Veneto
Possibilità di sottoporre all’Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all’equivalenza terapeutica tra diversi farmaci. Entro 180 giorni dal ricevimento delle valutazioni regionali: • l’AIFA adotta un parere motivato, obbligatorio e vincolante per l’intero territorio nazionale, <i>oppure</i> • se l’AIFA non si pronuncia, la regione, sulla base delle proprie valutazioni, può assumere determinazioni in materia di equivalenza terapeutica <i>Vincolo: l’AIFA può intervenire con motivate e documentate valutazioni, ex art. 15, comma 11-ter, del decreto-legge n. 95 del 2012⁶³</i>	IDEM	IDEM
Competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN in un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse.	IDEM	IDEM

⁶³ Nell’adottare eventuali decisioni basate sull’equivalenza terapeutica fra medicinali contenenti differenti principi attivi, le Regioni devono attenersi alle motivate e documentate valutazioni espresse dall’AIFA.

Emilia-Romagna	Lombardia	Veneto
Maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi. <i>Vincoli:</i> - <i>rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA)</i> - <i>rispetto dei vincoli di bilancio</i>	IDEM	IDEM
NO	NO	Maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale. <i>Vincoli:</i> - <i>rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA)</i> - <i>rispetto dei vincoli di bilancio</i>
NO	NO	Facoltà, in sede di contrattazione integrativa collettiva, di prevedere, per i dipendenti del SSN, incentivi e misure di sostegno, anche avvalendosi di risorse aggiuntive regionali, da destinare prioritariamente al personale dipendente in servizio presso sedi montane disagiate

Emilia-Romagna	Lombardia	Veneto
In tema di distribuzione ed erogazione dei farmaci: • competenza a definire, sotto profili qualitativi e quantitativi, le forme di distribuzione diretta dei farmaci per la cura dei pazienti soggetti a controlli ricorrenti. Nell'esercizio della competenza e nel monitoraggio dell'uso corretto dei farmaci, la regione si avvale delle farmacie di comunità • competenza a garantire che le Aziende sanitarie eroghino direttamente i medicinali per i pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale • competenza ad adottare direttive che impongono alla struttura pubblica di fornire direttamente i farmaci ai pazienti nel periodo immediatamente successivo al ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale L'obiettivo è quello di garantire la continuità assistenziale <i>Vincolo: restano ferme le funzioni istituzionali attribuite all'AIFA dalla normativa vigente.</i>	NO	NO



#salviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

Via Amendola, 2
40121 Bologna
Tel. 051 5883920
info@gimbe.org
www.gimbe.org