

Autonomia regionale differenziata: un rischio da sventare per sanità pubblica e salute

di Gianluigi TRIANNI *

PREMESSA

Siamo in campagna elettorale e per la sanità, e la salute, l'autonomia regionale differenziata è un rischio tanto sottaciuto quanto imminente.

Anzi, un danno imminente.

La "regionalizzazione" della sanità in Italia è stata statuita dall'art.117 della Costituzione adottata il 27.12.1947 in attuazione del progetto avanzato dal CLN Alta Italia nel 1945.

"il decentramento regionale delle funzioni sanitarie e assistenziali, l'unificazione dei servizi di sanità pubblica e di assistenza sanitaria, nell'ambito del Ministero della Sanità, l'erogazione a livello locale delle prestazioni sanitarie ed assistenziali ad opera di organismi unitari" (Augusto Giovanardi, *Medicina e Cultura*, 1981) è stato lo strumento per il superamento del sistema mutualistico (sanitario e assistenziale) vigente prima e durante il fascismo.

La materia "Beneficienza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera" era affidata alla attività legislativa delle regioni "nei limiti fondamentali stabiliti dalle leggi dello stato, sempreché le norme stesse non siano in con l'interesse nazionale e con quello di altre regioni".

Tale regionalizzazione si inseriva, e si inserisce tutt'oggi, però nel disegno istituzionale definito dall'art. 5 della Cost: "La Repubblica, una e indivisibile, riconosce e promuove le autonomie locali; attua nei servizi che dipendono dallo Stato il più ampio decentramento amministrativo [118]; adegua i principi ed i metodi della sua legislazione alle esigenze dell'autonomia e del decentramento [114 e segg., IX]."

Trascinatosi per altri tre decenni dopo la Seconda guerra mondiale il sistema mutualistico, in relazione alle modificazioni del tessuto sociale, allo sviluppo delle tecniche e delle forze produttive e al progresso tecnologico della medicina, aveva accumulato insostenibili costi finanziari incompatibili con la sua esistenza, manifestato totale inadeguatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie e determinato ingiuste ed insopportabili diseguaglianze tra classi sociali ed ambiti territoriali.

Solo con L. 833 del 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale si pose fine all'assetto mutualistico e si diede forma di legge non solo alle istanze del CNL e dei Costituenti, ma anche ad un quadro organico delle relazioni in sanità tra Stato Centrale (Parlamento e Ministero della Sanità), Regioni ed Enti Locali (Province Comuni e più recentemente, Città Metropolitane).

Come ben sappiamo, prima ancora della sua piena attuazione, la L.833/'78 è stata deformata in senso neoliberale, in successive ondate, ipocritamente definite "riforme", col fine di privatizzare il Servizio Sanitario Nazionale e ridurre il costo del diritto fondamentale alla Salute (art.32 Cost.) a carico del Bilancio dello Stato.

L'ultimo in ordine di tempo è il mancato ripiano del governo Draghi alle Regioni dei costi Covid.19/ correlati 2020 – 2021.

Uno degli strumenti di questi obbiettivi neoliberali in sanità, ed anche nelle altre materie previste nel 3° comma art.116 Cost. di cui sopra, è il disegno, in questi giorni dichiarato dalla coalizione di centro destra e finalmente ostacolato nei comizi delle altre coalizioni e partiti rappresentati in Parlamento e nelle amministrazioni di Regioni ed Enti Locali, di attuare decentramento amministrativo e promuovere autonomie regionali e locali, in contrasto con l'unità e la indivisibilità della Repubblica (art.5).

Tale unità ed indivisibilità non si sostanzia sul piano meramente territoriale ma, in tutta evidenza in primo luogo, nel riconoscere e garantire i diritti dei cittadini e richiedere ad essi l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale (Art. 2), e nel perseguire il compito di rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che limitano di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini (Art. 3).

Questo essendo il fine della "leale collaborazione" tra gli enti che la compongono, Comuni, Province, Città metropolitane, Regioni e Stato. (Art. 114)

Tali fini costituzionali, se disattesi nei fatti politico amministrativi, come frequentemente avviene, vanno riaffermati sempre, non certo inficiati con iniziative legislative che ne impediscano la completa attuazione come nel caso dell'attuazione dell'autonomia regionale differenziata, ex 3° comma dell'art.3 della Cost., interpretata e rivendicata in funzione di un Federalismo che la Costituzione, non prevede, e che quindi nei fatti risulta eversivo.

Anche per la Salute

Quanto segue, non è la sintesi completa delle ragioni che impongono di opporsi alla attuazione, nello spirito e nei fatti incostituzionale, dell'autonomia regionale differenziata ex comma 3 art.116 Cost. come modificato dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 («Modifiche al Titolo V della parte seconda della Costituzione»), in particolare per la sanità.

Quanto segue è un tentativo di segnalare alcune argomentazioni, e solo per cenni generali, a fronte della loro vastità e complessità in termini di diritto, costituzionale e amministrativo, di politologia, di politiche fiscali e di politica ed economia sanitaria.

3° COMMA ART.116 COSTITUZIONE

La (nuova) autonomia regionale differenziata prevista dal 3° comma dell'art. 116 del Titolo V (Le Regioni, Le Provincie, I Comuni) della Costituzione, è testualmente così definita:

“Ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, concernenti le materie ... (omissis cfr. tabella seguente) ... possono essere attribuite ad altre Regioni (n.d.r. quindi alle Regioni Ordinarie altre rispetto alle Regioni insulari e dell'arco alpino a Statuto Speciale), con legge dello Stato, su iniziativa della Regione interessata, sentiti gli enti locali, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 119. La legge è approvata dalle Camere a maggioranza assoluta dei componenti, sulla base di intesa fra lo Stato e la Regione interessata.”

Tabella n.1

Materie devolvibili ex 3° comma art.116 Costituzione

Materie riservate dall'art. 117 alla competenza legislativa dello Stato (comma 2)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzazione della GIUSTIZIA di PACE 2. Nome generali sulla ISTRUZIONE 3. TUTELA dell'AMBIENTE, dell'ECOSISTEMA e dei BENI CULTURALI
Materie che l'art. 117 attribuisce alla competenza legislativa concorrente (comma 3)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Rapporti internazionali e con l'UNIONE EUROPEA delle Regioni 2. COMMERCIO con l'ESTERO 3. TUTELA e SICUREZZA del LAVORO 4. ISTRUZIONE, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale 5. PROFESSIONI 6. RICERCA SCIENTIFICA e TECNOLOGICA e sostegno all'innovazione per i settori produttivi 7. TUTELA DELLA SALUTE 8. ALIMENTAZIONE 9. Ordinamento SPORTivo 10. PROTEZIONE CIVILE 11. Governo del TERRITORIO 12. PORTI e AEROPORTI civili 13. Grandi Reti di TRASPORTO e di NAVIGAZIONE 14. ORDINAMENTO DELLA COMUNICAZIONE 15. Produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'ENERGIA 16. PREVIDENZA complementare e integrativa 17. Coordinamento della FINANZA PUBBLICA e del SISTEMA TRIBUTARIO 18. Valorizzazione dei BENI CULTURALI e AMBIENTALI e promozione e organizzazione di ATTIVITÀ CULTURALI 19. CASSE di RISPARMIO, CASSE RURALI, AZIENDE DI CREDITO a carattere regionale 20. Enti di CREDITO FONDIARIO E AGRARIO a carattere regionale

NB: Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.

(modificato legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 «Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale».

Come riportato in tabella delle 23 materie delle quali sono “devolvibili forme e condizioni particolari”, 3 materie sono di competenza esclusiva dello Stato (quindi del Parlamento), e 20 sono di competenza concorrente (nelle quali spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato, quindi al Parlamento).

È comunque da sottolineare che “nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato” (2° comma 2 art.117) dettato costituzionale spesso ignorato nella sua grande possibilità di coerenza da chi dovrebbe tutelare con l'attività legislativa, e la conseguente attività amministrativa, l'unità della Repubblica e l'uguaglianza dei cittadini, e non lo fa. Un esempio per tutti: la mancata impugnazione della L. 22/2021 della Regione Lombardia da parte del Governo Draghi e del ministro Speranza. Anche senza una analisi

specialistica di merito per ciascuna materia, una prima e rapida lettura, consente di verificare come la grandissima parte di esse abbia un impatto diretto su un gran numero di politiche che condizionano i contesti e gli stili di vita dei cittadini, e quindi sulla loro salute. L'esempio dell'Ambiente è paradigmatico. Ma lo è anche quello del Lavoro. Tutte e 23 le materie, infatti, sia quelle che riguardano direttamente il lavoro, sia quelle che lo coinvolgono indirettamente nelle sue varie forme, professionali e no, a dipendenza diretta o no, si troverebbero a essere impattate da normative regionali differenziate: di qui la disgregazione, in nuove gabbie contrattuali e salariali a seconda delle regioni nelle quali si svolge il rapporto di lavoro, della contrattualistica nazionale e della funzione di difesa dei segmenti più deboli del mondo del lavoro che essa assolve. E questo mentre soffia sempre più forte il vento delle politiche di "esternalizzazione" / privatizzazione dei servizi pubblici cui "diede il La" la famosa lettera Trichet-Draghi della Banca Comune Europea del 2011, che il governo Draghi perseguiva con le sue finanziarie, e della "flessibilità" e precarizzazione del lavoro, sistematizzate da quella vera e propria controriforma del diritto del lavoro costituita dall'insieme delle norme adottate a partire dal 2014 dal governo Renzi e indicate come "Jobs Act". Tali politiche si ritrovano già oggi non solo nelle prassi amministrative delle regioni ma, ulteriormente rivendicate, anche nelle richieste di autonomia differenziata già avanzate da Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna. Ne sono caso emblematico gli stessi Servizi Sanitari Regionali nei quali si articola il SSN già impattati negativamente da logiche di privatizzazione e flessibilizzazione del lavoro, senza aspettare che il 3° comma dell'art.11 della Costituzione venga "messo coi piedi a terra".

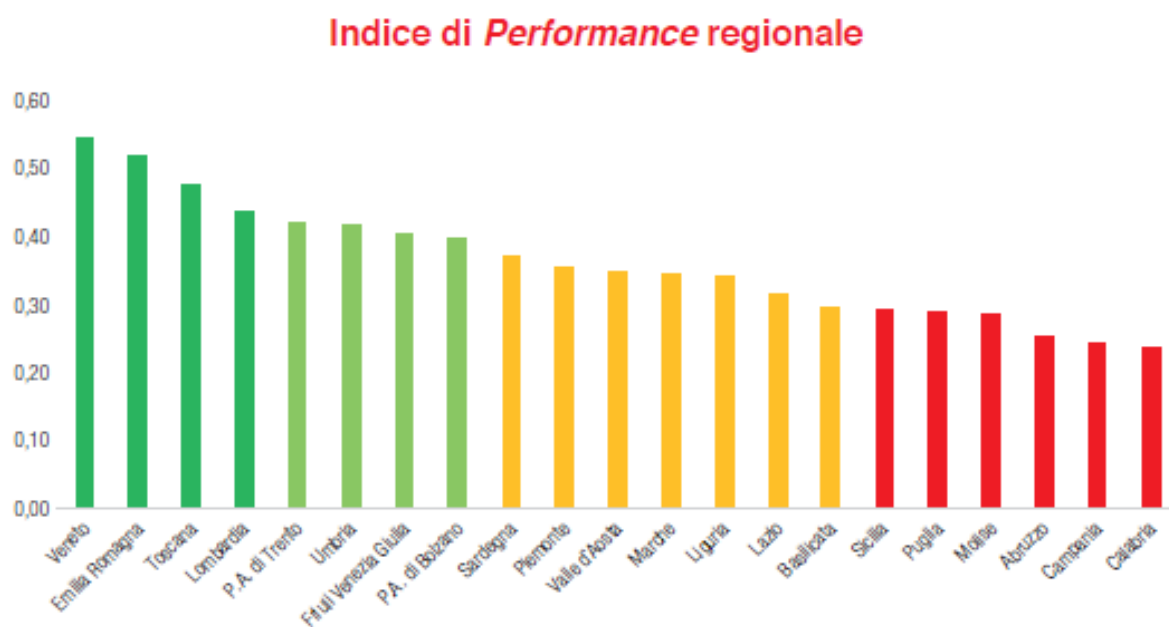
Basti considerare le "esternalizzazioni" dei servizi non sanitari di supporto e, addirittura, negli ultimi mesi, delle funzioni cliniche direttamente assistenziali, non solo ambulatoriali, ma addirittura in costanza di degenza, quali ad esempio l'emergenza-urgenza, l'assistenza al parto, e via dicendo, di regione in regione. La prima osservazione di contesto è, quindi, che anche se la sanità non vi fosse compresa, l'autonomia regionale differenziata sarebbe comunque dannosa per la tutela della salute, poiché porta a "degrado amministrativo" i contesti di vita e di lavoro essenziali per la salute.

LO STATO DELL'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA PRIMA DELL'EVENTUALE ADOZIONE DELLA "AUTONOMIA REGIONALE DIFFERENZIATA" IN SANITÀ

Le diseguaglianze di salute e di erogazione delle attività assistenziali dei già 21 differenti Servizi Sanitari Regionali nei quali si articola il Servizio sanitario Nazionale e tra ceti sociali, sia nelle regioni del Sud ed insulari che in quelle del Centro e del Nord, sono ormai oggetto di studio e di rapporto di enti istituzionali, di enti privati e pubblico/privati e sono oggetto di denuncia e considerazione critica dai media da decenni.

Un esempio è la figura n. 1 a seguire.

Figura n. 1



Fonte: Elaborazione C.R.E.A. Sanità su preferenze espresse dal Panel

La tabella è tratta da “*Le performance regionali. X edizione 2022. Le opportunità di tutela della salute a livello regionale*”, di AA.VV. il Report presentato lo scorso luglio 2022 dal CREA, il Centro Ricerca Applicata Sanità di orientamento neoliberale c/o Università Tor Vergata Roma.

Si tratta di uno studio (con una ampia “*gamma*” di sponsor dalla Nestlé a Novartis e Sanofi a Johnson e Johnson per citarne alcuni di noti) nel quale si confrontano diversi stakeholder (utenti, istituzioni, professioni sanitarie, management aziendale, industria medica) per definire, sia con parametri oggettivi che soggettivi (“*pesi*” differenziati a seconda dello stakeholder), le “*performance*” di risposta del sistema sanitario. Pur dovendo “*prendere con le molle*” le considerazioni espresse nello studio, può essere utile un confronto tra regioni svolto comunque su criteri identici. Il risultato, in sintesi, è che “*Il divario fra la prima e l’ultima Regione del ranking è rilevante: quasi un terzo delle Regioni non arriva neppure ad un livello pari al 30% del massimo ottenibile. Quattro Regioni sembrano avere livelli complessivi di tutela significativamente migliori dalle altre: Veneto, Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia. Di queste due hanno livelli di Performance che superano la soglia del 50% (rispettivamente Veneto ed Emilia-Romagna, con il 54% ed il 52%). Toscana e Lombardia si posizionano a ridosso delle prime, con una valutazione al 48% e al 44%. Nel secondo gruppo, troviamo quattro Regioni, con livelli dell’indice di Performance superiori al 40%: P.A. di Trento, Umbria, Friuli-Venezia Giulia e P.A di Bolzano. (Bolzano, nella “*classifica*” dell’anno precedente figurava al primo posto con un “*ranking*” del 61 %, n.d.r.). Nel terzo gruppo troviamo Sardegna, Piemonte, Valle d’Aosta, Marche, Liguria e Lazio e Basilicata, con livelli di Performance abbastanza omogenei, ma inferiori, compresi nel range 30-40%. Infine, 6 Regioni, Sicilia, Puglia, Molise, Abruzzo, Campania e Calabria, hanno livelli di Performance che risultano inferiori al 30%.*” In qualsiasi caso, il Report CREA attesta con specifiche tabelle, un fatto inaccettabile in se ed in termini costituzionali: cittadini che rinunciano a sostenere spese sanitarie per motivi economici in una percentuale che segna un picco sopra il 12% in Campania, e tra l’8% ed il 10% nelle regioni del Sud ed insulari, meno “*performanti*” e finanziate, ed un minimo, quindi comunque una presenza del fenomeno, attorno al 4% in P.A. di Trento, Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, e intorno al 6% in Toscana, le regioni più performanti e finanziate.

Analogo andamento viene colto per l’altro fenomeno inaccettabile e descritto come incrementantesi negli anni, delle famiglie impoverite a causa di spese sociosanitarie che raggiungono percentuali tra il 4% e l’8% nelle regioni del Sud ed insulari e oscillante intorno all’1%, e quindi comunque presente, nelle regioni del Nord più finanziate e performanti

Il fallimento della autonomia regionale differenziata nei fatti oggi esistente già prima della eventuale adozione di provvedimenti attuativi del 3° comma art.116 Cost.! evidenziato nel Report CREA è peraltro confermato, al netto delle problematiche di assetto metodologico e di conferimento dati dalle varie regioni, dal “Nuovo Sistema di Garanzia” redatto da AGENAS, introdotto con DM 12 marzo 2019, consultabile nel sito <https://www.salute.gov.it/portale/lea/>, ed aggiornato allo scorso luglio. Come recita lo stesso sito: “**Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)** è lo strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell’equità, dell’efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). **Affinché la Regione sia adempiente il punteggio di ciascuna area di assistenza dovrà collocarsi nell’intervallo di 60-100. Un punteggio inferiore a 60, anche in una sola area, darà un esito negativo nella valutazione.** Sulla base degli esiti della **sperimentazione** si possono distinguere le Regioni che garantiscono i LEA da quelle che non li garantiscono, come si evince dai risultati disponibili per gli anni **2016, 2017, 2018 e 2019.**”

Il Confronto tra i risultati degli Indicatori di Performance Regionali, utilizzati dai Report CREA 2020 e 2022, e quelli della più recente pubblicazione AGENAS del “**Nuovo Sistema di Garanzia**”, con base dati 2019 ante pandemia, è riportato nella Tabella n.2. Pur con modellistica e risultati in gran parte non sovrapponibili, se non nel fine di indicare/confrontare la loro adeguatezza, tali studi confermano, in maniera tendenzialmente convergente che le articolazioni regionali, a responsabilità politico amministrativa decentrata alle Regioni, dell’“*unico*” Servizio Sanitario Nazionale, i Servizi Sanitari Regionali, le loro gravi disegualanze nell’assicurare l’assistenza sanitaria ai cittadini, e la conseguente necessità di operare per il loro superamento

come problema di politica sanitaria nazionale, che sappia e possa assicurare una “governance unitaria” in termini costituzionali e di interesse complessivo per il non certo la sua impossibilità istituzionalizzata con l’autonomia regionale differenziata.

Tabella n 2.

"Nuovo Sistema di Garanzia" AGENAS - "Report Regionali" CREA					
Confronto tra REGIONI per Indici di Performance ed Assicurazione LEA					
REGIONE	AGENAS			Report Performance Regionali CREA	
	2019			2019	2022
	<i>Prevenzione (*)</i>	<i>Assistenza Distrettuale (*)</i>	<i>Assistenza Ospedaliera (*)</i>	<i>Indice Performance (**)</i>	<i>Indice Performance (***)</i>
<i>Veneto</i>	94,13	97,64	86,66	0,57	0,54
<i>Emilia-Romagna</i>	94,41	94,51	94,66	0,6	0,52
<i>Toscana</i>	90,67	88,5	91,39	0,66	0,48
<i>P.A. di Trento</i>	78,63	75,06	96,98	0,7	0,46
<i>Umbria</i>	95,65	69,29	87,97	0,6	0,46
<i>Friuli-Venezia Giulia</i>	80,39	78,35	80,62	0,57	0,45
<i>Lombardia</i>	91,95	89,98	86,01	0,61	0,44
P.A. di Bolzano	53,78	50,89	72,79	0,63	0,44
<i>Sardegna</i>	78,3	61,7	66,21	0,31	0,39
<i>Piemonte</i>	91,72	88,33	85,78	0,57	0,37
<i>Liguria</i>	82,09	85,48	75,99	0,52	0,35
<i>Marche</i>	89,45	85,58	82,79	0,51	0,35
Valle d'Aosta	72,16	48,09	62,59	0,51	0,35
<i>Lazio</i>	86,23	73,51	72,44	0,51	0,32
Basilicata	76,93	50,23	77,52	0,38	0,31
Molise	76,25	67,91	48,73	0,44	0,29
<i>Puglia</i>	81,59	76,53	72,22	0,41	0,29
Sicilia	58,18	75,2	70,47	0,4	0,29
<i>Abruzzo</i>	82,39	79,04	73,84	0,48	0,25
<i>Campania</i>	78,88	63,04	60,4	0,31	0,24
Calabria	59,9	55,5	47,43	0,36	0,23

NB. Le regioni in Rosso non assicurano i LEA

Fonte:

(*) <https://www.salute.gov.it/portale/lea/monitoraggioLea>

(**) AAVV “Le performance regionali. VII edizione 2019” CREA - figura 4.1.

(***) AAVV “Le performance regionali. X edizione 2022.” CREA - figura 54.

VELLEITÀ E INADEGUATEZZA TECNICA DELLE RICHIESTE DI ATTUAZIONE DEL 3° COMMA ART.116 COST. IN SANITÀ

Le richieste di autonomia regionale differenziata in Sanità avanzate da Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna nel 2018, salvo alcune estensioni ulteriormente peggiorative, sono identiche e sono illustrate nella tabella n.3 seguente.

Tabella n.3

Scheda sintetica Accordo preliminare con governo Gentiloni siglato il 28.02.2018 dalle regioni Emilia-Romagna – Veneto – Lombardia in tema di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia a norma dell'art. 116, comma terzo, della Costituzione (Regionalismo differenziato)

Autonomia legislativa finalizzata a	Emilia-Romagna	Veneto	Lombardia
1) Rimuovere i vincoli di spesa per il personale e la gestione del personale	Si – art. 1	Si – art. 1 (1)	Si – art. 1
2) Regolamentare l'accesso alle scuole di specializzazione e le borse di studio, introdurre contratti di formazione lavoro per medici, il loro inserimento nelle attività assistenziali, il loro accesso alle scuole di specialità	Si – art. 2	Si – art. 2	Si – art. 2
3) Stabilire il sistema tariffario, di rimborso, remunerazione e compartecipazione esclusivamente per i residenti	Si – art. 3	Si – art. 3	Si – art. 3
4) Stabilire il sistema di “governance” con riferimento particolare alle forme di integrazione ospedale-territorio	Si – art. 4 (2)	Si – art. 4	Si – art. 4
5) Decidere l'inserimento di farmaci nei prontuari terapeutici a carico della Regione in ragione dell'equivalenza terapeutica in caso di latitanza dell'Agenzia Italiana del Farmaco	Si – art. 5	Si – art. 5	Si – art. 5
6) Stabilire la introduzione della distribuzione diretta dei farmaci tramite farmacie ospedaliere e di comunità a pazienti dimessi ed in cura da parte dei servizi distrettuali	Si – art. 6	Si – art. 6	No
7) Assicurare interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico in un quadro pluriennale e certo di risorse finanziarie	Si – art. 7	Si – art. 7	Si art. 6
8) Istruire e gestire fondi sanitari integrativi da parte della Regione	Si – art. 8	Si – art. 8	Si art. 7

- 1) La regione Veneto esplicita la regolazione della libera professione
- 2) La regione Emilia-Romagna esplicita anche la integrazione con l'Università

La loro discussione su tutto l'iter della autonomia regionale differenziata ex comma 3 art.116, nell'insieme e anche nel caso della sanità, è stata sin dall'inizio “*secretata*” nel dibattito tra uffici e commissioni *ad hoc* dei ministeri e delle regioni, cosicché molti documenti sono giunti all'attenzione degli studiosi interessati in non pochi casi di straripamento.

Nel 2019, in particolare, si sono avuti intensi confronti tra i ministeri e le regioni Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna che, pur tenendo conto delle rigidità centralistico/corporative e delle inadeguatezze culturali e amministrative delle burocrazie ministeriali, ne hanno evidenziato approssimazioni e velleità mal riposte. Se ne è avuta pallida eco nell'audizione in Commissione Parlamentare per le questioni regionali dello stesso ministro Speranza, il 14.11.2019: un ministro che fino all'ultimo, pur di sedere nel governo Draghi, si è ostinato a non opporsi sul piano politico al secessionismo e alla privatizzazione regionalistica della sanità ex autonomia regionale differenziata, come è stato clamorosamente confermato dalla succitata mancata opposizione sua e del governo alla legge 22/2021 della Lombardia, e dal continuo suo civettare, con argomentazioni ipocrite sulla loro funzionalità ai fini della sanità pubblica, con tutto l'arco del privato in sanità, dalle Assicurazioni, a Farindustria, alle istanze corporative di associazioni mediche e non e via dicendo.

Speranza fu costretto a riferire, sia pure nel modo felpato che gli è proprio, i giudizi di incongruità segnalatigli dal suo Ministero sulle richieste di autonomia legislativa già avanzate in tema di:

- *sistema tariffario*, di rimborso e di remunerazione della spesa sanitaria, cui è collegato il tema dei Tickets, (rispetto ai quali il ministro Speranza sostenne che occorresse uniformarli in relazione alle capacità retributive dei pazienti, non abolirli!)
- numero di *Contratti di Formazione Specialistica e rapporti con le Università*, poiché la definizione del fabbisogno di medici specialisti finanziati con risorse statali coinvolge le competenze del MIUR.
- *Farmaceutica*, in relazione all'appropriatezza terapeutica e prescrittiva che è svolta a livello centrale dall'AIFA (decreto-legge n. 269/2003, convertito dalla legge n. 326/2003), le cui competenze sono state ripetutamente ed univocamente qualificate come esclusive dell'autorità statale dalla giurisprudenza costituzionale e da quella amministrativa.

È stato anche osservato, tra l'altro, che l'art. 120 della Costituzione, prevede il potere sostitutivo dello Stato nei confronti delle Regioni e non viceversa, come richiesto dalle regioni di cui sopra!

In realtà le proposte di autonomia legislativa sulla sanità avanzate dalla Regione Emilia-Romagna e non accettate dal Ministero della Salute o sulle quali sono state avanzate richieste di riformulazione, sono, per sommi capi le seguenti:

1. Vincoli di spesa in materia sanitaria con eliminazione dei vincoli di spesa per il personale se la regione è in pareggio di bilancio.
2. Specializzazioni (integrazione specializzandi in attività assistenziali SSN e nuove specializzazioni).
3. Sistema tariffario e compartecipazione alla spesa.
4. Assetto istituzionale del sistema sanitario regionale e socio regionale e profili organizzativi e di governance delle Aziende e degli enti sanitari.
5. Politiche del farmaco.
6. Patrimonio edilizio anche tramite mantenimento in regione di quota parte del gettito erariale (!!)
7. Fondi Sanitari Integrativi.
8. Ricorso a medici non specialisti in servizi ospedalieri “*senza assunzione di responsabilità cliniche*” (*orribile dictu*)

Cioè tutte; e per tutte al confronto con la realtà e le esigenze di adeguamento del SSN messe in evidenza dalla pandemia Covid-19 emerge la velleità dell'approccio “autarchico” a livello regionale. Anche per le regioni del Nord.

In tema di “*spesa per il personale e di superamento dei relativi vincoli*”, ad esempio, siamo di fronte a una stima generalmente accettata di una carenza del SSN di oltre 42.000 medici (ANAAO 2022) e da oltre 60.000 infermieri (FNOPI-2021). Questa però è una sottostima poiché è riferita solo alle unità necessarie a coprire i *turnover* non coperti negli scorsi decenni di tagli lineari e di blocco delle assunzioni, ma non tiene conto sia della esigenza di dotare di personale le strutture della medicina territoriale previste dal PNRR, sia delle molto maggiori necessità di professionisti specialisti per assecondare lo sviluppo impetuoso delle tecnologie assistenziali in atto e il conseguente aumento oggettivo della domanda reale e potenziale. Ad esempio, il “*Rapporto CREA 2022*” stima il fabbisogno di medici in Italia a oltre 300.000 (Rapporto CREA 2022), se paragonati con la media dei paesi europei confrontabili. Cosa possono i bilanci regionali, anche i più ricchi come quelli di Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto a fronte di tali necessità? Nulla.

Solo importanti incrementi del Fondo Sanitario Nazionale tramite non irrilevanti ridistribuzioni tra le poste del Bilancio Nazionale (es. salute invece di armi) o nuove politiche fiscali (es. patrimoniali) possono consentire di finanziare gli incrementi di personale necessario, oggi e negli anni a venire.

Eguale considerazione vale per il tema degli “*specializzandi*.” A prescindere, infatti, dalla considerazione che il loro inserimento nelle attività assistenziali non può essere diverso normativamente da regione a regione, e per di più vincolato alle disponibilità dei bilanci regionali, con il conseguente ampliamento delle disuguaglianze tra regioni, anche, in termini di attrattività del personale e quindi di flussi da regione a regione ed ulteriori squilibri, sul piano finanziario il tema specializzandi in realtà rimanda a quello delle Università e della continuità assistenziale, di didattica e di ricerca tra Università e SSN. Non sono certo i bilanci regionali a poter reggere i rilevanti investimenti a ciò necessari.

Anche sul tema “*edilizia sanitaria*” è evidente la velleità delle pretese “*autarchiche*” delle regioni predette.

Basti mettere a confronto gli oltre 68 miliardi di euro, dei quali oltre 34 per edilizia ospedaliera, inizialmente richiesti nel 2020 per il PNRR dal Ministero della Salute, con i 9 miliardi in edilizia ed infrastrutture informatiche della M.6C.1 “Reti di Prossimità, strutture e telemedicina per l’assistenza territoriale” e dei circa 10 miliardi del M.6C.2 per “*Innovazione ricerca e digitalizzazione del SSN*” (in buona parte parco tecnologico ospedaliero). E basti considerare che per far apparire sufficienti i fondi PNRR stanziati col DM 23 maggio 2022, n. 77. “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, (emanato di concerto tra Ministero della Salute e MEF – Ministero Economia e Finanze), sono stati dimezzati, rispetto a precedenti documenti, gli standard per migliaia di abitanti di Case della Salute, Ospedali di Comunità, Centrali Operative Territoriali (COT), come confermano le osservazioni di CGIL, che rilevano anche nel DM77 la totale assenza di interi ambiti assistenziali, ad esempio quello della Salute Mentale. Nessun bilancio regionale può supportare i correlati investimenti in edilizia sanitaria, anche ricorrendo a trattenere quota dei tributi erariali che dai loro ambiti amministrativi fluiscono verso lo Stato, come ipotizzano, alla fine in maniera eversiva dell’unità nazionale, le tre regioni del Nord capofila.

Ma velleità e inadeguatezza, e non solo l’orientamento alla privatizzazione del servizio sanitario ed allo sfruttamento dei professionisti sanitari, emergono anche in tema di “*Fondi sanitari integrativi*” e di “*Ricorso a medici non specialisti in servizi ospedalieri*”

Nel caso del “*Ricorso a medici non specialisti in servizi ospedalieri*” quel “*senza assunzione di responsabilità cliniche*” grida vendetta. È possibile esercitare una professione sanitaria senza responsabilità clinica, correlata agli atti assistenziali che si compiono o si omettono? Si può minare a tal punto la deontologia medica? Si può promuovere a tal punto la deresponsabilizzazione verso i pazienti dei professionisti? I pazienti sono cose senza diritti?

Nel caso dei “*Fondi sanitari integrativi*”, pubblici, la loro stessa istituzione, esprime la politica di privatizzazione delle regioni, in contrasto con la 833/78, con l’attivazione di una terza forma, privata, di finanziamento della sanità (dopo i finanziamenti diretti al SSN, e indiretti per la detassazione delle spese sanitarie private), alternativa a quella solidaristica nazionale basata su entrate fiscali progressive che alimentano il FSN, sì che solo chi abbia sufficienti entrate per permetterselo possa accedere ad erogatori privati o ad erogatori pubblici in attività privata “*intramoenia*”, con l’esclusione delle fasce povere della popolazione. Relativamente ai Fondi Sanitari Integrativi, pubblici, regionali la dimensione regionale della regolazione normativa, peraltro, contrasta con la dimensione nazionale e con la tendenza alla centralizzazione dei capitali investiti in tali attività finanziarie e rimarca la velleità dei ceti politici regionali nell’offerirsi quali intermediari/procacciatori d’affari ai grandi gruppi bancari, i quali, ad esempio Intesa San Paolo, sono sbarcati sul mercato delle assicurazioni sanitarie, e nel caso dei fondi sanitari regionali, fungerebbero come assicuratori di seconda istanza.

IL DDL GELMINI

Conviene a questo punto prendere in esame aspetti del “*DDL Gelmini*”, che è la più recente sistematizzazione organica dell’intesa tra governo, amministrazioni regionali di centro destra ed amministrazioni regionali di sinistra per adottare, tramite una legge che ne normi l’iter attuativo, l’autonomia regionale differenziata prima della attuale campagna elettorale, nella quale i primi la rivendicano esplicitamente ed i secondi non la respingono.

Nonostante rassicurazioni ipocrite di ogni tipo e da molte fonti, a cominciare dai Presidenti delle Regioni che già hanno avanzato richiesta di Autonomia regionale differenziata (Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna), se il DDL Gelmini venisse adottato dal futuro Governo ed approvato dal futuro Parlamento, ci si troverebbe di fronte ai seguenti dati di fatto:

- a) Nella bozza del DDL Gelmini circolata sui media sono previste come devolvibili tutte le 23 materie già previste dal comma 3 art.116 Costituzione: tra esse la Sanità.

Ciò in clamoroso e netto contrasto non solo con il sentire comune dopo i gravi fatti pandemici da Covid-19 ma anche con le conclusioni della Relazione del Gruppo di Lavoro sul regionalismo differenziato, nominato dalla stessa Ministra Mariastella Gelmini, coordinato dal Prof. Beniamino Caravita, e resa nota nel febbraio di quest’anno, che, tra l’altro, afferma “*Sempre in questa prima fase, non pare opportuno procedere ad ulteriori trasferimenti in materia sanitaria, in attesa di affrontare la necessaria riflessione nazionale sull’assetto del*

sistema sanitario (la cui sostanziale regionalizzazione, a giudizio del gruppo di lavoro, non va però messa in discussione), anche in ragione delle difficoltà derivanti dall'intreccio di diverse modalità di finanziamento”.

b) L'Art. 2 del DDL Gelmini prevede che *“Sono fatti salvi gli atti di iniziativa delle Regioni presentati al Governo prima della data di entrata in vigore della presente legge”*. Quindi sono confermate le richieste per la Sanità di Veneto, Lombardia, Emilia-Romagna presentate al Governo nel 2018.

c) Per la Sanità, come per Istruzione, Assistenza, Trasporto pubblico locale ed in ogni altra materia una legge dello stato li preveda (cfr. Asili Nido e Trasporto studenti disabili nella legge di Bilancio 2022), l'art. 3 del DDL Gelmini stabilisce come *“condizione necessaria per il trasferimento delle funzioni e delle risorse corrispondenti”* *“la previa definizione dei livelli essenziali”*. Come è noto per la Sanità i LEA, però, ancorché non finanziati e al netto degli elementi di critica tecnica che potrebbero farsi, esistono (cfr. DPCM LEA 12.01.2017), e riguardano tutto lo spettro delle prestazioni il servizio sanitario pubblico deve erogare, comprese le prestazioni sociosanitarie integrate.

Quindi la Sanità, per il DDL Gelmini è immediatamente devolvibile non appena la Conferenza Stato regioni abbia dato parere favorevole alle nuove tariffe proposte dal Governo nel 2022.

d) Ai sensi dell'art. 4 la suddivisione del Fondo Sanitario Nazionale tra i Servizi Sanitari Regionali non potrà svincolarsi dal criterio della spesa storica *“sostenuta dalle amministrazioni statali nella Regione per l'erogazione dei servizi pubblici corrispondenti alle funzioni conferite”* se non dopo che la *“Commissione tecnica per i fabbisogni standard”* li abbia definiti entro *“dodici mesi dall'approvazione della presente legge”*.

Quali garanzie ci sarebbero sul fatto che in dodici mesi la Commissione elabori i fabbisogni standard per la sanità e tutte le altre materie devolvibili è un mistero. Rimarrebbe, quindi, la ripartizione sulla base della popolazione, corretta per l'anzianità, senza di fatto criteri che tengano conto degli investimenti per il rilancio della sanità nelle regioni in cui le strutture sono meno sviluppate, né della deprivazione sociale né, soprattutto, di criteri epidemiologici e di standard di spesa per prevenzione, cura e riabilitazioni ad essi correlati.

Si manterrebbero gli squilibri di oggi tra Nord e Sud e crescerebbe la conflittualità tra regioni, come quella cui si è dedicato in questi ultimi tempi il Presidente della Campania De Luca, che, per inciso, non ha sottaciuto le colpe dei ceti politici del mezzogiorno nell'inadeguato sviluppo della sanità al Sud, ampiamente esposta non solo alle pressioni di privatizzazione operanti in tutta Italia, ma anche alle infiltrazioni mafiose, come testimonia l'assassinio nel 2005 di Francesco Fortugno, vicepresidente della Regione Calabria.

Da ultimo, l'autonomia differenziata in Sanità è, per cittadinanza e operatori sanitari, un pericoloso oggetto di scambio nel mercato della politica tra ceti politici portatori di interessi imprenditoriali privati nazionali e internazionali nel campo del finanziamento (Assicurazioni, Fondi di Investimento e Banche), della erogazione diretta (come le multinazionali italiane ed europee quali ad esempio Gruppo San Donato, Kos, Korian), e delle attività di supporto in ambito edilizio, elettromedicale, informatico, e i ceti politici regionali attratti dalla possibilità di *“governare il mercato del lavoro”* regionale e portatori di interessi della piccola imprenditoria delle attività specialistiche e socioassistenziali private locali.

Non è un caso che il Governo Draghi, nello scorso marzo, abbia definito per l'utilizzo dei (pochi ed insufficienti ma corposi) fondi PNRR per la sanità i cosiddetti *“Contratti istituzionali di sviluppo”*, nei quali ogni regione dovrà inserire i propri progetti la cui attuazione sarà vagliata da un Tavolo istituzionale presieduto dal Ministero della salute, cui parteciperanno la Regione interessata e il Ministero dell'economia e delle finanze.

In altre parole, mentre i ceti politici regionali anelano, e con l'autonomia regionale differenziata perseguono, una sorta di autarchia nella gestione di flussi fiscali e del loro utilizzo per la privatizzazione dei servizi e la precarizzazione del lavoro nella sanità pubblica, il governo centrale si assicura un controllo centralistico rigido, supervisionato dal ministero dell'economia, per quanto attiene i capitali disponibili per le commesse per l'edilizia e per l'informatica in sanità.

I grandi investitori “*interlocutori del governo*”, infatti, non possono accettare le frammentazioni normative ed amministrative regionali e si attrezzano per una forte normazione e gestione centralizzata nell’esecutivo nazionale, che dia certezze di interlocuzione al riparo dalle fluttuazioni più o meno clientelari a fini elettorali dei sistemi di controllo politico sulle istituzioni regionali.

Per queste specifiche motivazioni, non solo per il suo configurarsi come non virtuoso e antidemocratico decentramento amministrativo alle autonomie locali quali Regioni, Province, Città Metropolitane e Comuni ex art. 5 della Cost., ma come espressione di un federalismo estraneo alla Costituzione e alimentato da una tensione regionale neo centralistica e privatizzante funzioni e servizi pubblici, il DDL Gelmini deve trovare da subito la più ferma opposizione di quanti partiti, sindacati, associazioni si pronunciano a favore del Servizio Sanitario Nazionale pubblico.

In nessuno dei programmi elettorali di coalizione è fatto cenno specifico alla autonomia regionale differenziata in sanità.

Nel programma della coalizione di centro destra, (al momento in cui si scrive dato per vincente per le note torsioni maggioritarie antidemocratiche del Rosatellum Bis e le scelte politiche delle coalizioni), però, esplicitamente è previsto 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*”.

In tale “percorso già avviato”, infatti, è prevista la autonomia regionale differenziata per la sanità.

Più che un rischio concreto è, quindi, un danno preannunciato.

Un danno preannunciato da sventare assolutamente, per quanto possibile col voto sostenendo solo candidati e liste che facciano esplicita dichiarazione di apposizione alla Autonomia differenziata, e soprattutto con vaste lotte sociali di sindacati ed associazioni purtroppo ad oggi limitate e insufficienti!

*

*Medico di Sanità Pubblica, già Direttore Sanitario (Firenze) e Generale (Lecce)
Comitati per il ritiro di ogni autonomia differenziata, per l’unità della Repubblica e l’eguaglianza dei diritti
Medicina Democratica*

Si ringrazia Marco Caldiroli per i contributi e le revisioni