

Breve illustrazione e commento
Rapporto Fondazione Gimbe
"L'autonomia differenziata in sanità" (marzo,
2024)

Per la Redazione - Serena Moriondo
22 luglio 2024



Il documento, di 37 pagine, è composto da una premessa e delle conclusioni ed è articolato in quattro capitoli:

- ▶ Le tappe dell'autonomia differenziata (pag.4)
- ▶ Le criticità del DdL sull'autonomia differenziata (pag.7)
- ▶ Le maggiori autonomie sulla tutela della salute richieste dalle Regioni Emilia Romagna, Lombardia e Veneto (pag.9)
- ▶ Le diseguaglianze regionali in sanità (pag.14)

E' inoltre comprensivo di un'Appendice: 1. Tavola sinottica delle maggiori autonomie sulla tutela della salute richieste dalle Regioni Emilia Romagna, Lombardia e Veneto.



Marzo 2024

La Fondazione GIMBE *Evidence for health* ha pubblicato a marzo il Report [“L'autonomia differenziata in sanità”](#) n.2/2024, degli autori Nino Cartabellotta, Elena Cottafava, Roberto Luceri, Marco Mosti, per esaminare le criticità del testo del DDL (oggi diventato Legge) e analizzare il potenziale impatto sul SSN delle maggiori autonomie richieste dalle Regioni in materia di *“tutela della salute”*.

Le analisi della Fondazione GIMBE documentano sin dal 2010 enormi divari in ambito sanitario tra il Nord e il Sud del Paese e sollevano forti preoccupazioni riguardo all'equità di accesso alle cure.

Il Report rileva, 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 diseguaglianze 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.).

Gli autori mettono in evidenza diversi punti critici:

- 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 fine" della classifica. Con l'introduzione del Nuovo Sistema di Garanzi (NSG, lo strumento attraverso cui viene misurata la qualità e l'appropriatezza delle cure fornite ai cittadini, presentato al ministero della Salute), 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 (il dato aggiornato del "Monitoraggio dei LEA" è stato reso pubblico solo a giugno 2024), sono soltanto 13 le Regioni che hanno raggiunto la sufficienza nella capacità di garantire pienamente ai cittadini i livelli essenziali di assistenza: Piemonte, Lombardia, Provincia autonoma di Trento, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Puglia e Basilicata. Con Emilia Romagna prima in prevenzione (punteggio di 96,1 su 100), Toscana al top nell'area distrettuale (cure territoriali) con 96,4 e Provincia autonoma di Trento capolista con 98,3

Tabella 3. Risultati NSG – punteggi sottoinsieme CORE per area, anni 2020-2022

Regioni	2022			2021			2020		
	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera	Area Prevenzione	Area Distrettuale	Area Ospedaliera
Piemonte	88,79	86,55	87,07	86,05	84,47	81,36	76,08	91,26	75,05
Valle d'Aosta	48,48	47,25	55,23	45,31	49,31	52,59	74,06	56,58	59,71
Lombardia	90,18	94,66	86,09	86,84	93,09	85,33	62,02	95,02	75,59
P.A. Bolzano	54,14	77,03	75,23	51,97	68,05	80,75	51,90	57,43	66,89
P.A. Trento	94,27	76,45	98,35	92,55	79,33	96,52	88,42	78,07	93,07
Veneto	94,08	96,40	91,36	84,63	95,60	84,65	80,74	98,37	79,67
Friuli Venezia Giulia	71,24	73,30	75,29	85,32	79,42	78,22	75,63	80,35	74,06
Liguria	61,41	86,81	77,49	73,05	85,92	73,60	50,85	83,12	65,50
Emilia Romagna	96,13	95,57	93,50	90,73	95,96	94,50	89,08	95,16	89,52
Toscana	86,57	96,42	92,32	91,37	95,02	88,07	88,13	92,94	80,00
Umbria	79,59	83,88	84,42	91,97	73,64	82,31	89,64	68,55	71,61
Marche	60,91	91,03	91,26	82,62	89,38	85,90	79,01	91,68	75,05
Lazio	74,08	72,07	81,30	80,78	77,61	77,12	74,46	80,19	71,76
Abruzzo	49,31	62,18	73,10	77,74	68,46	69,25	54,03	76,94	63,47
Molise	50,69	61,23	67,54	82,99	65,40	48,55	64,21	67,12	41,94
Campania	69,68	55,76	68,66	78,37	57,52	62,68	61,53	57,14	59,08
Puglia	75,97	70,02	79,69	67,85	61,66	79,83	66,83	68,13	71,73
Basilicata	68,46	61,92	78,03	79,63	64,22	63,69	57,07	62,85	51,90
Calabria	36,59	34,88	63,78	52,96	48,51	58,52	32,73	48,18	48,44
Sicilia	47,18	58,04	78,38	45,53	62,19	75,29	43,44	62,06	69,26
Sardegna	46,55	50,45	69,11	61,63	49,34	58,71	70,79	48,95	59,26

In rosa i valori inferiori a 60 punti (soglia di sufficienza), in verde i valori uguali o superiori.

L'area distrettuale include negli anni 2022 e 2020 l'indicatore D03C, nell'anno 2021 l'indicatore D04C.

Fonte: elaborazione su dati NSG – Ministero della Salute

punti su 100 nelle performance degli ospedali. Sono 8 le Regioni che non garantiscono a pieno le cure;

- 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.

Commento: C'è chi potrebbe far notare che, complessivamente i dati segnalati da GIMBE, 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, esistono già da tempo diseguaglianze tra i 21 sistemi sanitari regionali. E' tutto vero e sappiamo anche quali sono le scelte che hanno generato questa situazione, ma anche se il momento non sembra favorevole alla tenuta di una dimensione unitaria del Paese, questo non la rende meno necessaria.

"Da tempo in sanità - come ripete da tempo Ivan Cavicchi, che insegna Sociologia dell'organizzazione sanitaria, Logica e Filosofia della scienza presso l'Università Tor Vergata di Roma - non è più lo ius che comanda (probabilmente proprio per questo è sempre più de-finanziato) ma il lucrum agevolato dallo Stato. Oggi la sanità pubblica non è più un "servizio al popolo" come l'ha definita il Santo padre (19 nov 2023) ma, a spese del popolo e nonostante i diritti del popolo, è diventata per lo più un "servizio a

pagamento. [...] Da anni ormai il pubblico e il privato, sono stati messi in competizione per accaparrarsi le risorse economicamente disponibili. Oggi attraverso la detraibilità fiscale, il privato ormai domina sul pubblico, che de-finanziato sta diventando di giorno in giorno sempre più marginale.” (Vedi a tal proposito gli articoli "L'arte del camouflage" 30.12.2021; "Salute per tutti" 29.05.2023, pubblicati sul sito dell'Associazione Nuove Ri-Generazioni).

Si tratta di un settore, quello della salute, particolarmente condizionato da una forte lottizzazione politica nell'assegnazione delle poltrone di direzione politica (assessori) e gestionale (direzioni amministrative e sanitarie). L'attuazione di maggiori autonomie in sanità non potrà che peggiorare queste storture e amplificare tutte le diseguaglianze già esistenti. Esattamente il contrario di ciò che chiede l'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'OMS ritiene infatti fondamentale, in ogni Paese, avere una visione completa dei carichi di malattia attuali e futuri al fine di fare scelte politiche più mirate e più efficaci:

- diverrà, in sostanza, sempre più essenziale proteggere la salute dall'ampia gamma di impatti derivanti dai cambiamenti climatici attraverso il rafforzamento dei sistemi globali di sorveglianza sanitaria, fondamentali per rafforzare la resilienza dei sistemi sanitari nazionali;
- come risultato della crescita e dell'invecchiamento della popolazione, il numero totale di decessi annuali aumenterà drasticamente nei decenni a venire. Diventerà imperativo prepararci alle conseguenze della transizione epidemiologica e dei cambiamenti demografici che si manifesteranno nei prossimi decenni, per questo ogni Paese dovrà raddoppiare gli sforzi per andare oltre le tradizionali misure di sanità pubblica e per affrontare le malattie non trasmissibili, i loro fattori di rischio sottostanti e il loro trattamento attraverso un approccio multisettoriale che solo una visione unitaria può dare. In questo quadro dati tempestivi, affidabili e disaggregati diventeranno fondamentali per monitorare i progressi e migliorare le politiche sanitarie nazionali e globali. Il contrario di ciò che un processo di autonomia differenziata potrà garantire anche sul piano statistico.

La specificità del settore sanitario, rispetto ad altri settori della pubblica amministrazione, risente di alcuni fattori i cui effetti sono maggiormente percepiti dalla collettività, in ragione della peculiarità del bene salute da tutelare. Alcuni di questi fattori possono costituire potenziali elementi di condizionamento e interferenza come, ad esempio, le

modalità di accesso al servizio, la sua presenza e capillarità sul territorio, la fragilità, in aumento, della domanda dei servizi di cura. A cui si aggiunge un aspetto strettamente legato alla necessità di prevenzione e contrasto a eventuali fenomeni di corruzione per particolari aree sensibili che non fanno alcuna distinzione tra il Nord e il Sud del Paese:

- riguardano l'efficienza dell'organizzazione e, quindi, l'impiego eticamente più responsabile ed appropriato delle risorse pubbliche (pensiamo alla varietà e complessità dei beni e servizi acquistati in ambito sanitario in relazione anche all'introduzione di nuove tecnologie o di prodotti farmaceutici innovativi, o alla costruzione e gestione di nuovi presidi sanitari tramite, ad esempio, il Partenariato Pubblico Privato dove l'interesse della controparte rischia di prevalere rispetto a quello dell'amministrazione), nonché sulla trasparenza dei comportamenti che scoraggiano di per sé i fenomeni corruttivi da parte delle organizzazioni criminali e il conflitto di interessi (pensiamo ad esempio all'ambito delle attività libero professionale in rapporto alle liste di attesa o ai rapporti contrattuali con privati accreditati);
- il rischio di corruzione in ambito sanitario è la risultante di comportamenti di "*maladministration*" in senso ampio: solo a titolo di esempio, quando l'alterazione delle liste di attesa provoca un differimento "*volontario*" dei tempi di erogazione di prestazioni a più elevato indice di priorità con conseguenti ripercussioni sullo stato di salute dei pazienti coinvolti oppure, altro esempio, quando le alterazioni allo stato di salute siano una conseguenza dell'effetto della contraffazione di farmaci o, ancora, la mancata efficacia di una terapia sia conseguente alla somministrazione di farmaci scaduti privi di efficacia terapeutica.

Come ha illustrato l'ANAC nella Relazione annuale 2023 pubblicata il 23 marzo 2024, la dimensione italiana della corruzione nel quadro europeo vede il nostro Paese con il valore più alto in termini di danni finanziari al bilancio dell'UE stimati a seguito di frodi e malversazioni, anche riconducibili alla criminalità organizzata. L'autonomia differenziata non solo non potrà migliorare neppure questo aspetto ma ne accentuerà i lati negativi.

In conclusione, il mondo sta tragicamente sottoinvestendo nella "*Salute per Tutti*". Il Comitato consultivo di alto livello delle Nazioni Unite per un multilateralismo efficace ha stimato che il deficit di finanziamento degli Obiettivi per lo Sviluppo Sostenibile sia cresciuto da 2,5 trilioni di dollari USA prima della pandemia di COVID-19 a un valore compreso odierno tra 3,9 e 7 trilioni di dollari. Se la salute è un diritto umano, deve essere finanziata di conseguenza, in modo costante nel tempo e le poste di bilancio degli

Stati per alloggi, trasporti e occupazione dovrebbero essere visti e gestiti attraverso la lente dei determinanti della salute. Immaginate questa necessità applicata al livello di regioni che governeranno con diversi livelli di autonomia.

In sintesi, GIMBE, sul tema dell'autonomia differenziata in sanità, segnala 7 punti critici:

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 diseguaglianze 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 diseguaglianze 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 diseguaglianze 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 paradossale 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 il 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.

Il Rapporto si conclude con un giudizio di merito: "*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.*"
