Modena 24.01.24

Autonomia Regionale Differenziata
Un martedì nero per il SSN, la Salute, la Repubblica Italiana

È stato un martedì nero per il SSN, la Salute, la Repubblica Italiana quello di ieri in Senato con l'approvazione del DDL sull'Autonomia regionale differenziata.
Non sarà l'ultimo, "rebus sic stantibus".
Con accenti giustamente forti ed allarmati di opposizione alla autonomia regionale differenziata in sanità molte voci della si sono espresse su queste colonne.
Cito per tutte l'ultima di P. Di Silverio (1) e, per completezza documentativa, Gimbe (2).
La stessa opinione pubblica è contraria con una maggioranza di oltre il 60% (3 - Fig.1)
Quanto segue è un contributo specifico per la sanità alla brillante denuncia di G. Viesti (4) "Le mini-secessioni, bomba nel silenzio", cui si rimanda per gli aspetti generali relativi al finanziamento.

Regionalizzazione già esistente
Ad indicare il fatto che la sanità in Italia è già differenziata per regione, e che tale differenziazione è un problema che non "merita" di essere accentuato, in attesa dei dati del 2023 segnalo a seguire dati consolidati

A) ***Disuguaglianze di salute e efficacia ed efficienza erogativa per Regione***

- *Il tasso standardizzato per 100.000 abitanti di mortalità evitabile, cioè quella riconducibile alla qualità ed efficienza dei servii sanitari di diagnosi e cura, oscilla in termini di giorni di vita perduti pro capite nel 2018**,** tra i 14,8 del Trentino-Alto Adige e i 20,8 della Campania, con tutte le regioni del SUD e le Isole sotto la media (5 - Fig. 2 e 3)*
- *Le performance sanitarie delle regioni comprensive di indicatori combinati di Appropriatezza (organizzativa), adeguatezza Economico Finanziaria (spesa sanitaria pubblica), Equità (accessibilità economica per i redditi inferiori), Esiti (impatto sulla qualità della vita), Innovazione (tecnologica) Sociale (integrazione sociosanitaria) nel 2022 oscillano da un minimo del 30% in Calabria al 59% in Veneto (6 – Fig. 4)*
- *La attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza obbligatori oscilla da un minimo adempimento di 56,3% della Sardegna ad un massimo di 93,4 in Emilia-Romagna, con tutte le regioni del SUD e le Isole sotto la percentuale mediana (7 - fig. 5) Ulteriore disparità è costituita dal fatto che Le Regioni che si trovano in condizioni di disavanzo strutturale e che hanno sottoscritto un Piano di rientro dal deficit non possono erogare "livelli ulteriori"; ad oggi sono sette le Regioni in piano di rientro, naturalmente tutte del centro-sud.*

B) Differenze di finanziamento, modello organizzativo, contrattualisti del SSN per Regione

Il Censis (8) ed un brillante articolo di S. Simonetti (9) consentono di farne un quadro riassuntivo utile:

- *La spesa standardizzata pro-capite pubblica e privata nel 2020 è oscillata rispettivamente dai € 2.715 e € 987 della Val d'Aosta ai € 1.942 e € 406 della Campania con differenza di € 773 e € 581.*
  Nelle regioni del Sud e del Centro è risultata più bassa della media italiana, Lazio e Toscana escluse (Vaccaro - Censis 2023 fig. 6)
- *I modelli organizzativi dei Servizi sanitari regionali sono diversi: si va dalla organizzazione in Asst e Ats in Lombardia, alle AUSL su base provinciale in Emilia-Romagna ed al Sud, alle tre sole aziende territoriali della Toscana e nove del Veneto, alle (ottime) Aziende uniche (ospedaliero/universitarie/territoriali) del Friuli-Venezia Giulia, alla gestione accentrata dell'emergenza/urgenza in Lombardia, Lazio e Sardegna, agli Ente sovra aziendale per la gestione unitaria per funzioni tecnico/amministrativa (Estar, Azienda Zero in Veneto e Puglia, Arcs, Acss, Alisa, Azienda regionale Lazio.0,la formazione complementare degli Oss. in Veneto, lo psicologo convenzionato di base in Campania Direttore assistenziale istituito lo scorso anno dall'Emilia-Romagna (Tab.1)*
- *Il personale e la contrattualistica configurano vere e proprie "gabbie salariali".*
  Il monte salari delle varie regioni, infatti, sono stati definiti con incrementi percentuali sulla spesa storica, diversa tra le varie regioni, non in valori monetari assoluti.
  Questa tecnica è stata perseguita anche per gli incentivi per i Pronto Soccorso Ccnl del Comparto del 2022.11.02. Ne derivano differenze di remunerazione aggiuntiva, penalizzati professionisti che lavorano nelle regioni del Sud, che non si possono colmare se non con "risorse aggiuntive regionali (Rar)" che le regioni in Piano di Rientro naturalmente tutte al Sud, non hanno né potrebbero.

Regionalizzazione approvata in Senato (DDL 615 Calderoli)

Anche per la sanità il Governo Meloni, con gli esponenti politici della Lega in testa, tenta di manipolare l'opinione pubblica del Sud con la tesi che l'Autonomia Regionale Differenziata sarebbe una opportunità.
In realtà in Sanità l'autonomia regionale differenziata è una calamità non solo per le regioni del Sud ma anche per le regioni del Nord e del Centro.
Ed è una calamità sociale ed economica, in primo luogo per tutti coloro, compresi la gran parte dei professionisti dipendenti del SSN, che non sono nelle cinque più alte fasce di reddito, oltre i 100.000 euro (10 fig.6), in incremento anno dopo anno secondo Oxfam (11), e/o vivono nelle regioni del Sud o nelle isole, i cui redditi medi nel 2019 variavano, in migliaia di euro, dai 15,2 della Calabria ai 17,9 dell'Abruzzo a fronte dei 25,2 della Lombardia. (fig. 7)
Costoro "soffrono" già oggi polizze assicurative e/o accessi "out of pocket", di più al Sul ma in tutte le regioni, come testimonia l'impoverimento del quasi 1% delle famiglie in Lombardia all'oltre l'8% in Sardegna in tutte le regioni (Fig.8).
In particolare, i meno abbienti e lavoratrici e lavoratori, la cui mortalità è superiore a quella delle altre classi sociali sulla base di studi che usano il titolo di studio come "proxi" del reddito (12 - Tab. 2).
Il governo e la maggioranza del Parlamento, infatti stanno imponendo la "via regionale decentrata ed autonoma" allo lo strangolamento finanziario del SSN in funzione della progressiva privatizzazione e finanziarizzazione anche della Sanità in Italia. (13 - 14).
Ne sono conferma il "combinato disposto" tra di Legge Bilancio 2024 (15), il decreto milleproroghe 2024 (16), il DDL n. 615-A Calderoli, modificato Commissione Affari Costituzionali e in Aula in Senato (17).
La legge di Bilancio 2024, infatti, ha stanziato per il FSN circa 131 Mld di euro. (18 - Tab. 3)
Ma se "attualizziamo" al 2024 quella a consuntivo del 2022, che è stata di 129,2, la spesa sarebbe di oltre 141 Mld di euro, oltre 10 mld, quindi superiore al FSN 2024.
L'inflazione rilevata nel 2023 è stata, infatti, del 6,1%, e quella prevista per il 2024 è del 2,9%, al netto degli ulteriori attesi impatti inflattivi della guerra in Medio Oriente e Mar Rosso (19), già stimate ad un ulteriore 2,5%,
Con gli stessi criteri di "scenario" la spesa privata diretta, non convenzionata o contrattualizzata per fornitura di beni e servizi con il SSN potrebbe arrivare a 43,5 Mld di euro, di ben 3,5 superiore a quella del 2022.
Non facendo né volendo essere indovini non pretendiamo di definire a priori quale sarà la spesa sanitaria pubblica e privata in Sanità in Italia, nel 2024, che potrebbero risultare superiore per effetto dell'inflazione da aumento dei costi dell'energia generato dalle guerre in corso o inferiori per l'estensione del fenomeno alla rinuncia alle cure che già coinvolge milioni di persone a basso reddito, il 3,2% della Popolazione nel 2022, già arrivato al 4,9% nel 2019 (20).
In qualsiasi caso è evidente che il FSN sarà nel 2024 ancor più insufficiente a finanziare il SSN, e non sarà certo la ulteriore sua frammentazione nei 19 SSR e nei 2 SSP (provinciali autonomi) a risolvere questo problema.
Ed ecco svelato il ruolo oggettivo che verranno a svolgere tutte le regioni, sia ordinarie che autonome ex art.116 comma 3 Cost. e DDL 615 /Calderoli che no, ed anche quelle a statuto speciale: agenti regionali dello smantellamento del SSN e della Privatizzazione della Sanità.
Lo chiarisce l'art. Art. 9. (Clausole finanziarie):
<< Dall'applicazione della presente legge e di ciascuna intesa non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.>>
Lo chiarisce anche l'art.4 comma 1 del DDL 615 con il sempiterno riferimento ai "*limiti delle risorse rese disponibili nella legge di bilancio*":
<<1. *Il trasferimento delle funzioni, con le relative risorse umane, strumentali e finanziarie, concernenti materie o ambiti di materie riferibili ai LEP di cui all'articolo 3, può essere effettuato, secondo le modalità e le procedure di quantificazione individuate dalle singole intese, soltanto dopo la determinazione dei medesimi LEP e dei relativi costi e fabbisogni standard, nei limiti delle risorse rese disponibili nella legge di bilancio.>>*
Inutile e di facciata l'emendamento di FdI all'art. 4 comma 1, approvato in Senato <<per l'esercizio delle funzioni riferibili ai LEP oggetto di trasferimento alle Regioni, sono contestualmente incrementate le risorse volte ad assicurare i medesimi livelli essenziali delle prestazioni sull'intero territorio nazionale al fine di scongiurare disparità di trattamento tra Regioni.».
Per la Sanità, come per tutte le altre materie devolubili il Bilancio 2024 e le politiche economiche di austerity e di privatizzazione del governo Meloni non prevedono né prevederanno finanziamenti adeguati.
Tutte le regioni e le provincie autonome saranno necessitate ad incrementare il prelievo fiscale loro consentito e a ridurre personale e servizi per contenere i costi.
Lo confermano le autorevoli dichiarazioni dell'assessore alla salute della Regione Emilia-Romagna:
<< Ci sono costi – come quelli energetici, dei farmaci innovativi o dell'inflazione - che non dipendono dalle Regioni e che neanche una Regione con un sistema sanitario pubblico virtuoso può riuscire a coprire. Servono più risorse sul FSN>> che giunge addirittura a chiedere, per salvarsi la coscienza a fronte della tardiva scoperta del fenomeno del sottofinanziamento << Un secondo stanziamento per il Fondo sanitario nazionale, dopo una approfondita discussione a livello istituzionale>> (21)

Lo esemplificano tanti fatti, tra i quali, ad esempio quanto denuncia allarmata la CGIL pugliese a seguito della conferma la Puglia fra le regioni in Piano di Rientro (previsti dalla finanziaria del 2005 sono accordi vincolanti dal Ministero della salute e dal Ministero dell'economia e delle finanze con le singole Regioni garantire l'"equilibrio di bilancio sanitario") (22):
<< prefigurandone il Commissariamento,(si)prevedono, a causa del pesante disavanzo del SSR nell'esercizio 2022, drastiche misure per il contenimento della spesa sanitaria: blocco di ogni tipologia di reclutamento del personale, comprese le procedure concorsuali in atto e/o programmate, di nuovi incarichi di responsabilità di Strutture Complesse e Semplici, degli acquisti di prestazioni socio-sanitarie da privato accreditato e da strutture extraregionali se non debitamente autorizzate, riduzione significativa della spesa farmaceutica e dei dispositivi medici, divieto di effettuare spese per investimenti per l'adeguamento strutturale, il potenziamento tecnologico, per gli acquisti di beni e servizi durevoli da parte di ogni Azienda sanitaria pubblica e l'immancabile riorganizzazione della rete ospedaliera e di quella territoriale, al fine di "concentrare l'erogazione di specifiche attività di particolare complessità nelle sole strutture di riferimento"(?)>> che concludono <<. Se la situazione resterà "bloccata", il SSR rischia il collasso. L'unica ad avvantaggiarsene sarà la sanità privata con ulteriore massiccio ingresso in tutti i settori dell'assistenza sociosanitaria con buona pace del SSN pubblico, solidaristico ed universale (che pare essere lo scopo finale dell'attuale Governo)>>
"Una vittoria di Pirro" delle Associazioni dei Comuni, inutile e di facciata in questo quadro è anche l'art. 6 comma 1 che stabilisce che:
<<1. Le funzioni amministrative trasferite alla Regione in attuazione dell'articolo 116, sono attribuite dalla Regione medesima, contestualmente alle relative risorse umane, strumentali e finanziarie, ai Comuni, (omissis) sulla base dei princìpi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza (ex articolo 118 Cost.).>>
Saranno le Regioni, ed anche i Comuni metropolitani o no, amministratori diretti del sociale (non autosufficienza) o solo concorrenti alla definizione della programmazione delle attività amministrative regionali come in Sanità, a dovere tagliare i servizi pubblici e a privatizzarli.
Cosa rimane in mano agli amministratori pubblici regionale e comunali?
O la disperazione di non poter affrontare con fondi pubblici le sofferenze e le diseguaglianze sociali dei loro amministrati o la tentazione o l'ambizione, come Formigoni in Lombardia ed epigoni in ogni regione d'Italia, di essere "gestori" della privatizzazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, in via di rapidissima finanziarizzazione, con le connesse devianze di collusione con "le mafie", o scontro con esse, anche a prezzo della propria vita, già amaramente sperimentate in Sicilia (P. Mattarella), Calabria (F. Fortugno), Campania (A. Vassallo).
Tentazioni peraltro favorite dalla politica di controriforma eversiva della Costituzione e della legalità (della depenalizzazione di vari reati contro la P.A., abuso d'ufficio, conflitto di interessi, reato di traffico di influenze, limitazione intercettazioni) e della indipendenza della magistratura (separazione delle carriere, abolizione dell'obbligatorietà dell'azione penale, restaurazione della gerarchia nella magistratura) (23).
Non voglio tacere, e neanche soffermarmi, in questa sede sulla torsione eversiva della Costituzione che connota questo DDL 615 Calderoli negli artt. 2,3,4, e 5, nei quali si sostituisce la funzione legislativa del Parlamento con una funzione dispositiva, non meramente esecutiva, del Presidente del Consiglio, per quanto attiene le materie e da devolvere a ciascuna Regione richiedente autonomia regionale differenziata e relativi LEP.
In essi è già codificato il rapporto Premierato (forte) e Autonomia Regionale Differenziata, versione italiana del federalismo, già inserito con la legge (anch'essa Calderoli) 42/2009 nella normativa eversiva della Costituzione, che statuisce la forma parlamentare della Repubblica, e mai cita il termine "federale", neanche nella deprecabile cosiddetta "Riforma del Titolo V della Costituzione" del 2001 e del suo art.119. (24 - 25)
Ma i vincoli di bilancio collegati ai LEP e alla devoluzione delle relative funzioni legislative ex art. 3 DDL 615 Calderoli, non impediranno formalmente, contrariamente a quanto potrebbe ritenersi, l'ulteriore devoluzione della materia "tutela della salute".
Infatti, il su richiamato "decreto Milleproroghe 2024" <<proroga fino al 31 dicembre 2024 il termine finale previsto per la predisposizione da parte della Cabina di Regia di uno o più D.P.C.M.>>, quindi non di tutti insieme i possibili LEP di tutte le materie.
E ciò ha maggior ragione per i LEA (i LEP in sanità), almeno per quanto riguarda le prestazioni diagnostico assistenziali specialistiche, per le quali un DPCM c'è già, ed è il DPCM del 2017, che aggiorna i LEA, ed è già in vigore, essendo in vigore dal 24.01.01 il DM 23.06.2023 che definisce le relative tariffe.
Rimane peraltro da considerare che la "tutela della salute", intesa non semplicemente "assenza di malattie o infermità", la cui diagnosi, cura e riabilitazione sono di competenza specifica della sanità, come prevenzione primaria del deterioramento dello "stato di totale benessere fisico, mentale e sociale", come l'OMS la definisce, si persegue adottando la prevenzione primaria come criterio guida vincolante in tutte le politiche ("la Salute in tutte le politiche", fu oggetto di una Conferenza Ministeriale U.E. tenuta a Roma il 18.12.2007, negli anni successivi "lasciata senza seguito"),

E ciò, non solo in ottemperanza al dettato Costituzionale ed alle normative giuridiche che ne discendono, ma anche quale determinante dell'efficacia dell'agire amministrativo pubblico, quindi dei Livelli Essenziali delle Prestazioni, in tutte le 15 materie, compresa "la tutela della salute", per le quali il DDL 615 Calderoli ne statuisce l'esigenza:

1. tutela e sicurezza del lavoro;
2. istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della formazione professionale;
3. ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi;
4. tutela della salute;
5. alimentazione;
6. ordinamento sportivo;
7. governo del territorio;
8. porti e aeroporti civili;
9. grandi reti di trasporto e di navigazione;
10. ordinamento della comunicazione;
11. produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia;
12. valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali;
13. l'organizzazione della giustizia di pace,
14. norme generali sull'istruzione
15. tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali.

Ma anche per le altre otto per le quali i LEP non sono previsti.

1. rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni;
2. commercio con l'estero;
3. professioni;
4. protezione civile;
5. previdenza complementare e integrativa;
6. coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario;
7. casse di risparmio, casse rurali, aziende di credito a carattere regionale;
8. enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale.

Di qui alcune considerazioni:

La prima.

Con l'autonomia regionale differenziata l'attacco alla Salute, sia in termini di possibile deregulation, in questa o quella regione, che di diseguaglianza, tra le regioni, sia in ragione della mancata o inadeguata individuazione o insufficiente/assente finanziamento dei "LEP", per le materie per le quali sono previsti sia per quelle per le quali non lo sono, è ben più esteso che l'attacco diretto e specifico al SSN. (26)

Non ci si può quindi limitare alla sola difesa della integrità del SSN pubblico con la mera richiesta di espungere la tutela la tutela della salute dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie", come da ultimo avanzata da Cartabellotta e Fondazione Gimbe in audizione in Senato, ma occorre opporsi, come sostengono i Comitati per il Ritiro di ogni forma di Autonomia differenziata.

La seconda.

Ai sensi dell'art. 11 del DDL 615 Calderoli << L'esame degli atti di iniziativa delle Regioni già presentati al Governo, di cui sia stato avviato il confronto congiunto tra il Governo e la Regione interessata prima della data di entrata in vigore della presente legge, prosegue secondo quanto previsto dalle pertinenti disposizioni della presente legge.>> ciò che richiama le pre-intese del 2018 e 2019 che da allora non sono state modifica e con le quali per Veneto, Lombardia e Emilia Romagna per la Sanità chiedono devoluzioni eguali, come nell'ancora attuale tavola di seguito riportata (Tab. 4), con il carico di velleitarismo (cfr. politica del Farmaco), di cialtroneria tecnico amministrativa (interferenze con le normative e le competenze necessariamente a valenza nazionale del Miur - Università) e, con la pulsione a gestire la torsione in senso assicurativo privato dell'assistenza sanitaria (cfr. fondi sanitari integrativi)!

Una pochezza ed una irresponsabilità politica senza pari se si pensa che il SSN <<l'impatto congiunto sul nostro sistema sanitario delle cosiddette "4 C" (Clima, Conflitto in Ucraina, Covid e Costi/inflazione)>> (27)

La terza.

Chiaro che da quando il DDL 615 Calderoli diventerà legge dello Stato Veneto, Lombardia (vantandosi le rispettive amministrazioni e forze politiche dell'obbiettivo apertamente perseguito), e l'Emilia-Romagna (approfittando, presidente e maggioranza, delle politiche secessioniste ed eversive, non avversate ma condivise, del governo e della maggioranza parlamentare di destra centro), potranno proseguire sul terreno secessionista anticostituzionale nel quale si sono poste con le loro pre-intese degli anni 2018 e 2019, certamente con le otto materie "non LEP vincolate".

Non sarà poca cosa visto che queste otto sono tutte passibili di privatizzazioni intense e gestite dalle amministrazioni regionali in piena autonomia legislativa (banche, previdenza, enti di credito e via dicendo) ai danni dei settori sociali

più deboli, in primis delle lavoratrici e dei lavoratori, e a costo della disarticolazione dell'unità d'Italia in termini di diritti e doveri individuali, a partire da quello della solidarietà.
La quarta.
Come è stato fatto notare (S. Simonetti -12) tra le otto materie che potranno subito essere praticate "poiché non LEP vincolate", certamente da Veneto che ha avanzato richieste per tutte le 23 materia previste dal 3°comma art.116 Cost, c'è quella denominata "professioni".
Il Veneto, quindi, procederà a legiferare in materia di normativa ordinistica o deontologica, si che si aprirà la più o meno estesa differenziazione per regione degli stessi contenuti della professione per medici e infermieri.
Cosa faranno le altre Regioni?
E gli Ordini Professionali?
Non potranno che omogeneizzarsi o scendere in forti conflitti politico amministrativi.
La certezza del diritto e la coesione sociale andranno a farsi benedire.
Aumenteranno i contenziosi anche in Corte costituzionale ed anche, le occasioni e le tentazioni delle regioni di indire referendum.
Sarebbe, sarà, una prova generale per gestire i contenziosi tra regioni per tutte le altre materie.
I prodromi si vedono già nelle schermaglie verbali e nei timori dei vari Presidenti di Regioni, del Sud per adesso, preoccupati che con l'Autonomia regionale differenziata le amministrazioni regionali con maggiori disponibilità fiscali, del Nord, possano alimentare, dopo la mobilità onerosissima dei pazienti per circa 4,5 mld di euro nel 2022 (28), espressione anche la mobilità dei professionisti, con relativa difficoltà a "tenere aperte" le strutture sanitarie pubbliche.
In sostanza bisogna "opporsi senza se e senza ma all'Autonomia Regionale Differenziata" (29)
Non c'è dubbio (30) e che il *carrozzone delle riforme non si fermerà, e anzi potrà vedere tempi ulteriormente accelerati sia per l'autonomia differenziata, che per il premierato e che occorrerà affiancare alle lotte sociali e sindacali una campagna referendaria.*
Non ci sono alternative!

Bibliografia

1. P. Di Silverio L'autonomia differenziata? Un colpo di grazia al nostro Ssn; 2024.01.16, Quotidiano Sanità
2. Gimbe Osservatorio Report 1/2023 Il regionalismo differenziato in sanità, 02.02.2023 Quotidiano Sanità
3. A. Noto Gli italiani bocciano l'autonomia differenziata: aumenta divario Nord-Sud 2023.05.19 La Repubblica
4. G. Viesti, Le mini-secessioni, bomba nel silenzio 23 gennaio 2024 Il Fatto Quotidiano
5. Nebo (Nazionale Centro Studi - Rapporto MEV(i) 2020-2021)
6. CREA Sanità Le Performance Regionali 11 a Edizione 2023
7. *Gimbe Report n.2/2022 LEA per Regione 2019*
8. K. Vaccaro Indagine forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria Censis SENATO Roma, 23.02 2023
9. S. Simonetti Autonomia in sanità: cosa si preannuncia e cosa già esiste 2023.02.06 Il Sole24ore Sanità
10. **L. Ruffino Com'è distribuito il reddito in Italia?** 2021.12.15 YouTrend
11. **Rapporto OXFAM 2024.01.15**
12. ISTAT 2023/07 - Nota metodologica Disuguaglianze nella mortalità per causa in Italia secondo caratteristiche demografiche, sociali e territoriali
13. G. Trianni, Sanità: no all'autonomia regionale differenziata, 2023.02.23 Volere la Luna
14. G. Trianni, A Gazzetti "Privatocrazia" e Sanità in Italia Privatizzazione, Concentrazione di Capitali e Finanziarizzazione 2023.06 Lavoro e Salute n. 6
15. SOSSANITA' Legge Bilancio 2024 Approvata 29.12. 2023
16. Decreto-legge 30 dicembre 2023, n. 215 recante "Disposizioni urgenti in materia di termini normativi", cosiddetto Decreto Milleproroghe.
17. Ufficio Studi Senato della Repubblica 7 Camera dei deputati Dossier XIX Legislatura "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione A.S. n. 615-A" 24.01.16
18. MEF – Ragioneria Generale dello Stato - Monitoraggio Spesa Sanitaria Rapporto n. 10, dicembre 2023
19. Assolombarda - Indice dei prezzi al consumo, inflazione programmata e previsioni 2024.01.18
20. Rapporto BES 2022. Il benessere equo sostenibile in Italia – ISTAT aprile 2023
21. L. Conti intervista R. Donini "Manovra a saldo zero. Serve un secondo stanziamento per il Fondo sanitario nazionale". 24.01.11 Quotidiano Sanità
22. A. Mazzarella, D. Ficco Puglia. Ennesimo Piano di rientro, sanità a rischio collasso 2023.05.11 Quotidiano Sanità
23. Sen. R. Scarpinato - intervista di A. Mascali – 24.01.19 Il Fatto Quotidiano
24. Servizio Studi Parlamento - Aspetti di rilievo del Federalismo Fiscale, 2017.03.
25. Servizio Studi Senato L. Cost. 18.10.2001 n. 3. 2001.11
26. Rapporto Finale Clep ottobre 2023 (1).pdf 2023.11.08 Il Sole 24 Ore
27. W. Ricciardi, A.de Bellis Ssn sotto l'attacco incrociato di inflazione, Covid e cambiamenti climatici: l'analisi di esperti della Cattolica di Roma per conto dell'Europea Observatory on Health Systems and Policies dell'Oms. 2023. 10.16 Sole24ore Sanità
28. N. Caltabellotta Mobilità sanitaria. "Nel 2021 continua a crescere: un fiume da oltre 4 mld scorre verso le Regioni del Nord". Il report di Gimbe 2024.01.16 Quotidiano Sanità
29. G. Trianni Autonomia differenziata in sanità: perché bisogna opporsi senza se e senza ma; 2023.02.13 quotidianosanita.it
30. M. Villone Progetto pericoloso, ma riflettiamo sulle piazze vuote, Il Manifesto 24.01.18

Iconografia

Fig. 1

Rispetto alla legge sull'autonomia differenziata, lei ritiene che:

	Età				Area geografica		
	Italiani in %	Giovani	Adulti	Anziani	Nord	Centro	Sud e Isole
Con questa si aumenterebbe il divario tra Nord e Sud	60	70	65	54	47	70	76
Con questa legge saranno premiate le regioni più virtuose indipendentemente da essere nel Sudo o Nord	31	8	26	39	44	21	14
Non saprei	9	22	9	7	9	9	10

A. Noto Gli italiani bocciano l'autonomia differenziata: aumenta divario Nord-Sud La Repubblica Maggio 2023.05.19

Fig. 2

Mortalità evitabile per Regione

Totale (TD), di cui **trattabile** (AD) e **prevenibile** (PD) (*)

Decessi 0-74 anni - Giorni perduti std pro-capite - Dati 2018

#	REGIONE	TD	AD	[POS]	PD	[POS]
1	TRENTINO A. A.	14,8	5,1	[1]	9,7	[4]
2	MARCHE	15,1	6,0	[7]	9,0	[1]
3	UMBRIA	15,3	6,1	[8]	9,2	[2]
4	VENETO	15,4	5,8	[4]	9,6	[3]
5	TOSCANA	15,5	5,8	[6]	9,7	[5]
6	EMILIA ROM.	15,7	5,6	[3]	10,0	[6]
7	LOMBARDIA	15,9	5,8	[5]	10,0	[7]
8	LIGURIA	16,9	6,5	[10]	10,4	[10]
9	FRIULI VEN. G.	17,0	6,4	[9]	10,6	[13]
	ITALIA	**17,2**	**6,8**		**10,5**	
10	PUGLIA	17,3	7,2	[15]	10,1	[8]
11	ABRUZZO	17,4	7,1	[14]	10,3	[9]
12	PIEMONTE	17,8	6,6	[11]	11,2	[16]
13	LAZIO	18,2	7,3	[16]	10,9	[14]
14	VALLE D'AOSTA	18,3	5,5	[2]	12,8	[20]
15	BASILICATA	18,3	7,1	[13]	11,2	[17]
16	MOLISE	18,3	7,8	[17]	10,5	[12]
17	SARDEGNA	18,6	6,8	[12]	11,7	[18]
18	CALABRIA	18,6	8,1	[18]	10,5	[11]
19	SICILIA	19,3	8,4	[19]	11,0	[15]
20	CAMPANIA	20,8	8,7	[20]	12,1	[19]

(*) *Cfr nota a pag. 6*

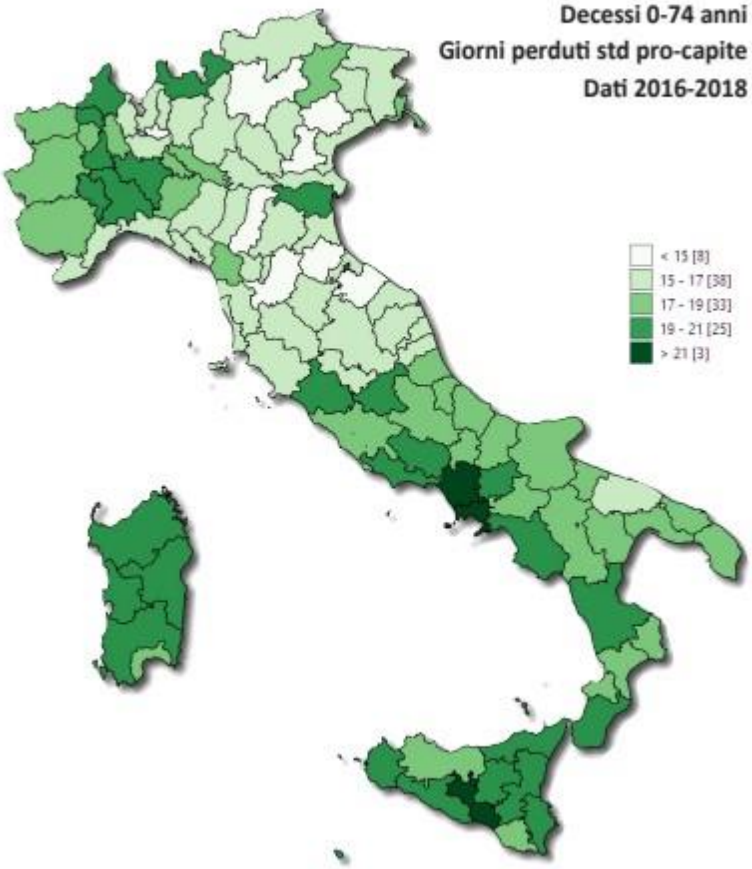
Mortalità evitabile per Provincia

Totale (trattabile + prevenibile)

Decessi 0-74 anni

Giorni perduti std pro-capite

Dati 2016-2018



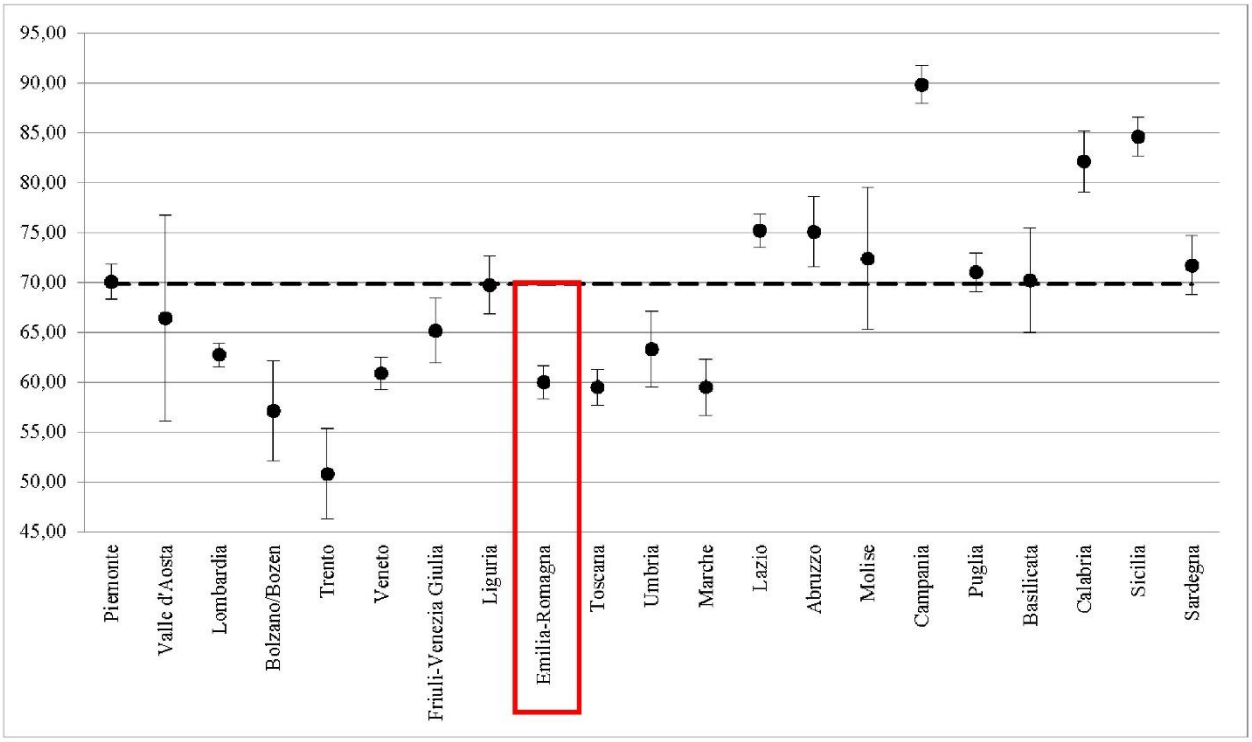
Centro Studi Nebo - Rapporto MEV(i) 2020-2021 Elaborazione su dati Istat e ISS

Fig.3

Indice di *Performance* (0 Perf. peggiore -1 Perf. ottima)

Fig. 4

Mortalità Evitabile
in quanto riconducibile ai servizi sanitari
(cd. "*amenable mortality*")



Tasso standardizzato per 100.000 abitanti di* amenable mortality *nelle Regioni italiane (biennio 2014-2015)

Rapporto sulla Mortalità Evitabile, Edizione 2019, a cura del Centro Studi Nebo

Fig. 5

Regione	Adempimento cumulativo 2010-2019 (%)	Totale punti ottenuti 2010-2019
Emilia-Romagna	93,4%	2.101
Toscana	91,3%	2.055
Veneto	89,1%	2.005
Piemonte	87,6%	1.970
Lombardia	87,4%	1.966
Umbria	85,9%	1.932
Marche	84,1%	1.893
Liguria	82,8%	1.862
Friuli Venezia-Giulia*	81,5%	1.833
Prov. Aut. Trento*	78,8%	1.773
Abruzzo	76,6%	1.724
Basilicata	76,4%	1.718
Lazio	75,1%	1.689
Sicilia	69,6%	1.567
Molise	68,0%	1.530
Puglia	67,5%	1.518
Valle d'Aosta*	63,8%	1.436
Calabria	59,9%	1.347
Campania	58,2%	1.309
Prov. Aut. Bolzano*	57,6%	1.296
Sardegna*	56,3%	1.267

*Friuli Venezia-Giulia, Valle d'Aosta, Sardegna e le Province autonome di Trento e Bolzano non sono sottoposte a verifica degli adempimenti.

Quartili delle percentuali di adempimento	93,4 – 86,0	85,9 – 76,7	76,6 – 67,6	67,5 – 56,3

Gimbe Report n.2/2022 LEA per Regione 2019

Fig. 6

K. Vaccaro Indagine forme integrative di previdenza e di assistenza sanitaria Censis SENATO Roma, 23.02.2023

Tab. 1

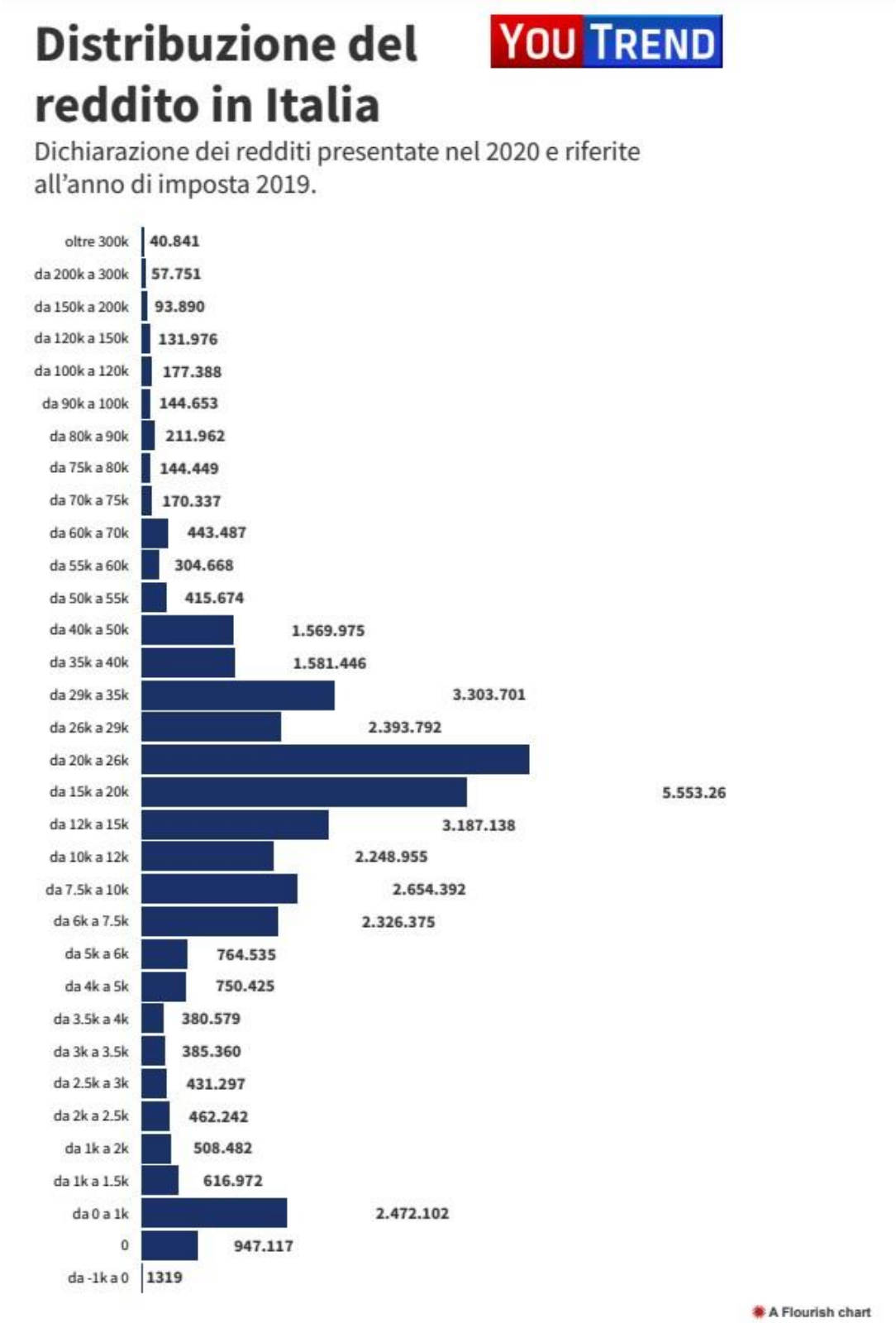
Servizio Sanitario Nazionale e Servizi Sanitari Regionali
Miscellanea di Differenze di Modello Organizzativo Aziendale per Regione

a) Asst e Ats in Lombardia
b) AUSL su base provinciale in Emilia-Romagna ed al Sud
c) Tre sole aziende territoriali della Toscana e nove del Veneto
d) Aziende uniche (ospedaliero/universitarie/territoriali) del Friuli-Venezia Giulia
e) Gestione accentrata dell'emergenza/urgenza in Lombardia, Lazio e Sardegna.
f) Ente sovra aziendale per la gestione unitaria per funzioni tecnico/amministrativa:
- *Estar*
- *Azienda Zero in Veneto e Puglia,*
- *Arcs*
- *Acss*
- *Alisa*
- *Azienda regionale Lazio.0*

g) la formazione complementare degli Oss. in Veneto,
h) lo psicologo convenzionato di base in Campania
i) Direttore assistenziale istituito lo scorso anno dall'Emilia-Romagna

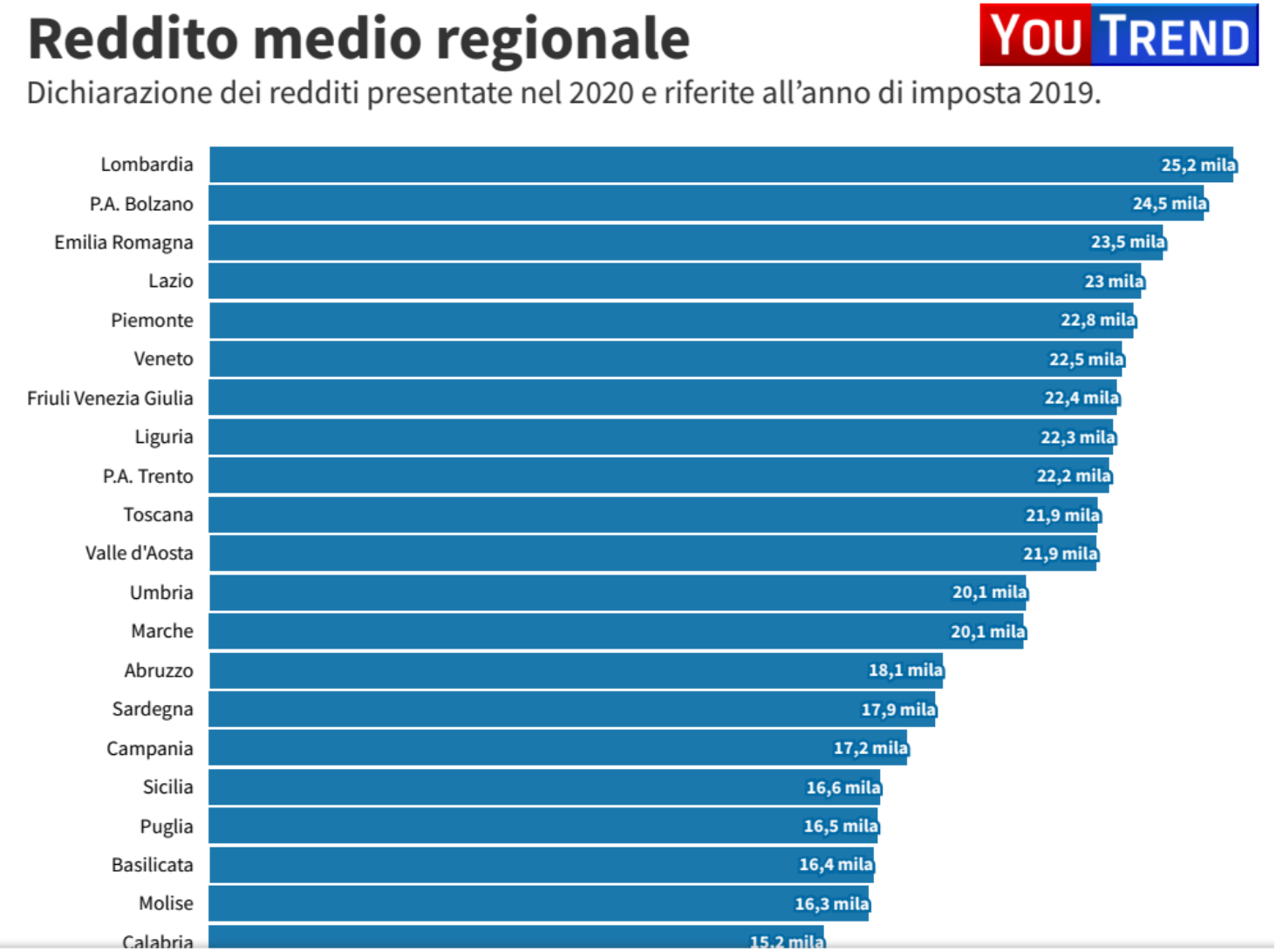
Trianni tabella riepilogativa di «S. Simonetti Autonomia in sanità: cosa si preannuncia e cosa già esiste 2023.02.06 Il Sole24ore Sanità»

Fig. 7



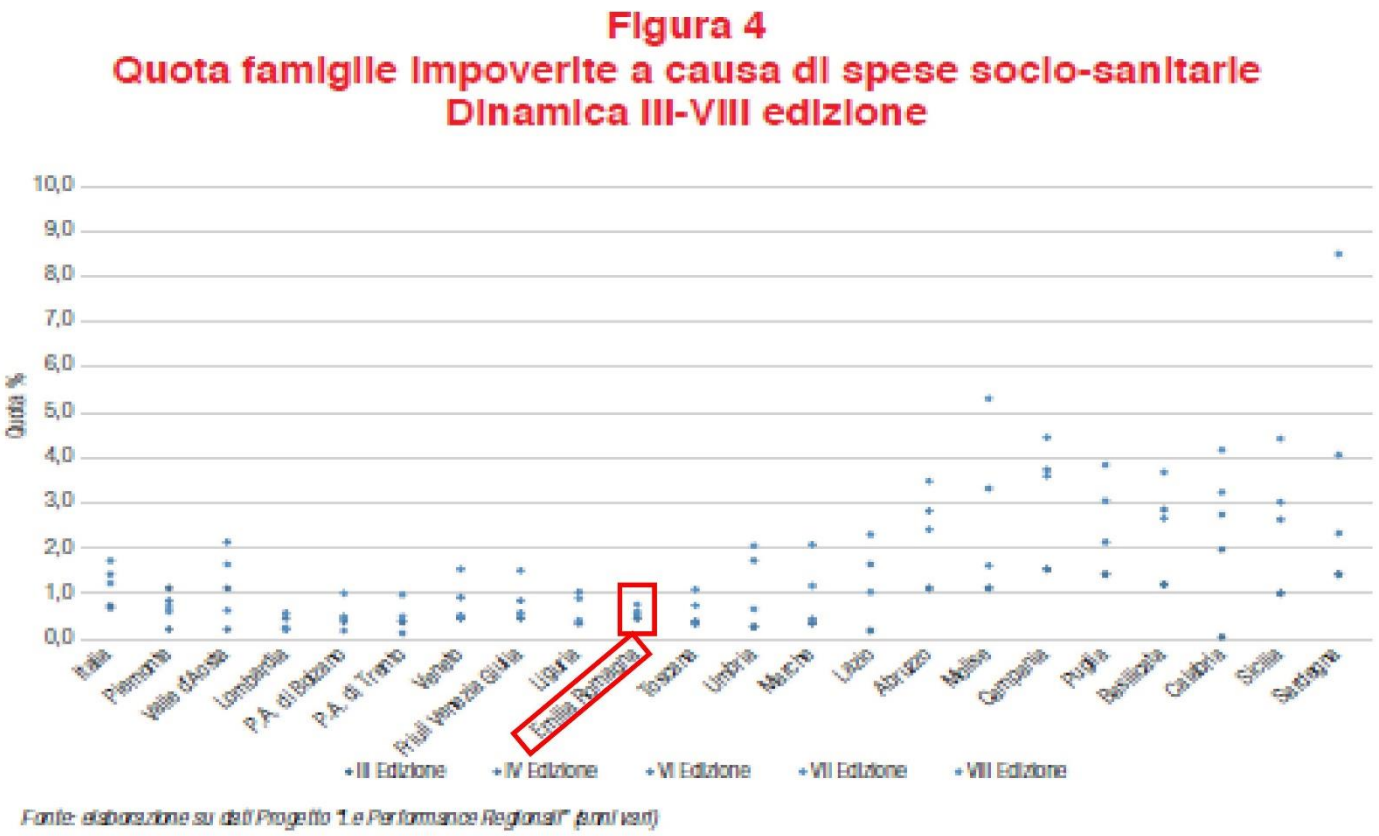
L. Ruffino Com'è distribuito il reddito in Italia? 2021.12.15 YouTrend

Fig. 8



L. Ruffino Com'è distribuito il reddito in Italia? 2021.12.15 YouTrend

Fig.9



Fonte: elaborazione su dati Progetto "Le Performance Regionali" (anni vari)

CREA Sanità Le Performance Regionali 11 a Edizione 2023

Tab. 2

Tavola 1 - Distribuzione percentuale della popolazione e dei decessi per titolo di studio, nelle macro classi di età. Italia, anno 2019

	maschi e femmine							
	30-69 anni		70-84 anni		85 e più anni		30 e più anni	
Titolo di studio	popolazione media	decessi	popolazione media	decessi	popolazione media	decessi	popolazione media	decessi
Nessun titolo di studio o licenza elementare	8,5	19,4	53,0	59,3	70,1	72,0	20,1	59,3
Licenza media inferiore	31,7	38,6	21,1	20,0	14,6	13,9	28,8	19,9
Diploma di scuola media superiore	41,5	32,4	18,9	15,6	11,1	10,3	35,7	15,6
Laurea o titolo di studio superiore	18,3	9,7	7,0	5,2	4,2	3,9	15,4	5,2
TOTALE	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Totale (numero assoluto)	32.639.559	95.376	8.145.421	232.261	2.160.870	300.774	42.945.850	628.411

ISTAT

Nota metodologica Disuguaglianze nella mortalità per causa in Italia secondo caratteristiche demografiche, sociali e territoriali - 2023/07

Tab. 3

Fabbisogno FSN e Spesa Sanitaria Pubblica (e Privata) Attualizzata 2022
Anni 2024 - 2025 - 2026

Anni	2022	2023	2024	2025	2026
Fondo Sanitario Nazionale a legislazione vigente (miliari di euro)	**125,9**	**128,9**	**131,0**	**131,4**	**131,5**
Spesa Sanitaria pubblica *	**129,2**				
Spesa Sanitaria Privata *	**40**				
Inflazione rilevata **	**8,1**	**6,1**			
Inflazione stimata 2024 ***			**2,9**	**2,0**	**2,0**
Spesa sanitaria Pubblica 2022 attualizzata con Inflazione		**137,1**	**141,1**	**143,9**	**146,8**
Spesa sanitaria privata attualizzata con inflazione	**40**	**42,44**	**43,501**	**44,6**	**45,7**
FSN versus Spesa attualizzata		**-8,2**	**-10,1**	**-12,5**	**-15,3**
Incremento FSN pareggio Spesa Storica attualizzata		**8,2**	**10,1**	**12,5**	**15,3**
Totale Spesa Sanitaria in Italia Attualizzata 2022	**169,2**	**179,5**	**184,6**	**188,5**	**192,5**

* MEF Ragioneria Generale Stato Rapporto n. 10 Dic. 2023
** ISTAT Rivaluta.it 24.01.18
*** Assolombarda - ISTAT NADEF 24.01.18

G. Trianni 18.01 24

Tab.4

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**	**Note**
1	*Rimuovere i incoli di spesa per il personale e per la gestione del personale*	Si Art. 1	Si Art. 1	Si Art. 1	La regione Veneto esplicita la regolazione della libera professione
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 assistenzaili, 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	Si Art. 4	Si Art. 4	La regione Emilia Romagna esplicita anche la integrazione con l'Università
5	Decidere l'inserimento di farmaci nei prontuari terapeutici a carico della Regione in ragione dell' quivalenza 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 comuntà 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 quadro pluriennale e certo di risorse finanziarie*	Si Art. 7	Si Art. 7	Si Art. 6	
8	*Istituire e gestione di fondi sanitari integrativi da parte della regione*	Si Art. 8	Si Art. 8	Si Art. 7	

G. Trianni Bologna 2019