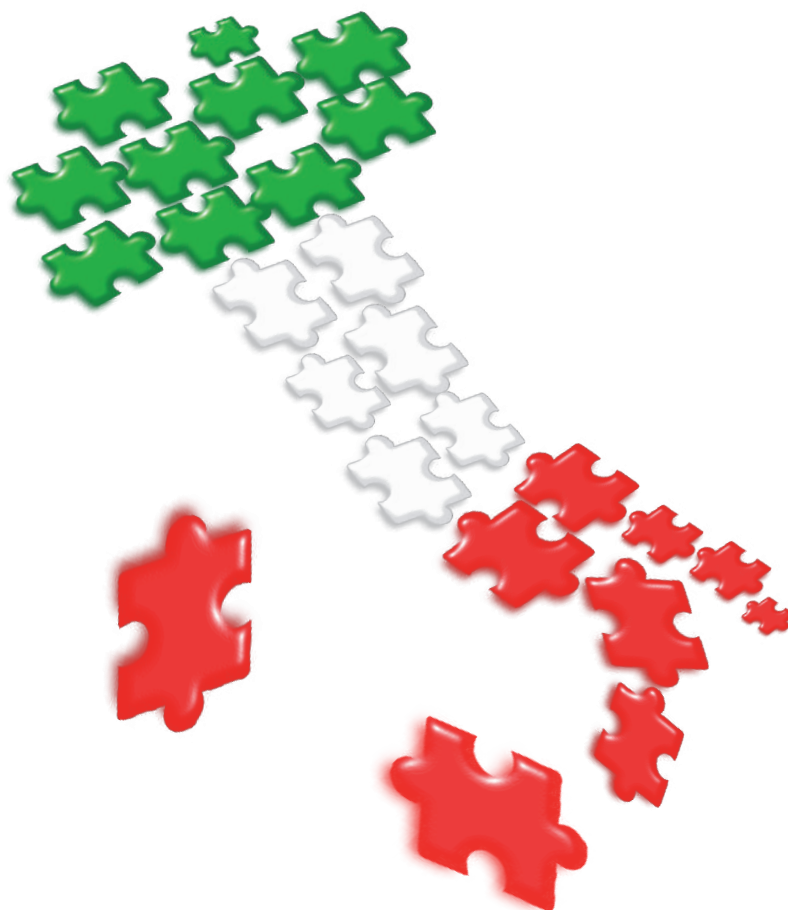


Report Osservatorio GIMBE 1/2023

Il regionalismo differenziato in sanità



Report Osservatorio GIMBE 1/2023

Il regionalismo differenziato in sanità

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

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

www.sostienigimbe.it

AUTORI

Nino Cartabellotta, Elena Cottafava, Roberto Luceri, Marco Mosti

CITAZIONE

Il regionalismo differenziato in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, febbraio 2023. Disponibile a: www.gimbe.org/regionalismo-differenziato-report. Ultimo accesso: giorno mese anno.

FONTI DI FINANZIAMENTO

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

CONFLITTI DI INTERESSE

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

DISCLAIMER

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

© Fondazione GIMBE, febbraio 2023.

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

INDICE

1. Premessa.....	1
2. Le tappe del regionalismo differenziato	2
3. Le maggiori autonomie sulla tutela della salute richieste dalle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto	5
4. Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali	10
5. La mobilità sanitaria.....	12
6. La survey GIMBE sul regionalismo differenziato..	14
7. Conclusioni	16
Appendice 1. Tavola sinottica delle maggiori autonomie sulla tutela della salute richieste dalle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto	18

1. Premessa

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

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

Il presente report analizza esclusivamente le maggiori autonomie richieste dalle Regioni in materia di tutela della salute, anche se, secondo il principio *Health in all policies*¹ e il più recente approccio *One Health*², ulteriori ambiti su cui le Regioni possono richiedere forme di autonomia possono avere un impatto, più o meno rilevante, sulla salute pubblica: in particolare, sia materie di esclusiva competenza statale (tutela dell'ambiente e dell'ecosistema), sia di competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni (tutela e sicurezza del lavoro, ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi, alimentazione, ordinamento sportivo, governo del territorio, grandi reti di trasporto e di navigazione previdenza complementare e integrativa).

¹ World Health Organization. What you need to know about Health in All Policies: key messages. June, 2015. Disponibile a: www.who.int/publications/m/item/what-you-need-to-know-about-health-in-all-policies--key-messages. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

² World Health Organization. One Health. Disponibile a: www.who.int/europe/initiatives/one-health. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

2. Le tappe del regionalismo differenziato

Dalla ricostruzione delle tappe cronologiche emerge che il processo di attuazione del regionalismo differenziato in Italia è iniziato nell'ottobre 2017, attraversando, con alti e bassi, tre legislature e cinque Governi³ (box 2.1).

Box 2.1. Cronistoria del regionalismo differenziato

- **Ottobre 2017.** Nel corso della XVII Legislatura Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto avviano un negoziato con il Governo Gentiloni per il riconoscimento dell'autonomia differenziata. L'Emilia-Romagna dopo l'approvazione di una risoluzione dell'Assemblea regionale per l'avvio del procedimento (3 ottobre 2017); Lombardia e Veneto a seguito di referendum consultivi sull'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia (22 ottobre 2017).
- **21 novembre 2017.** La Commissione bicamerale per le questioni regionali avvia un'indagine conoscitiva⁴ che si conclude con l'elaborazione di un documento⁵.
- **28 febbraio 2018.** Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto sottoscrivono tre differenti accordi preliminari sul regionalismo differenziato con il Governo Gentiloni⁶. Le tre Regioni indicano le stesse materie di prioritario interesse oggetto del negoziato (tutela dell'ambiente e dell'ecosistema; tutela della salute; istruzione; tutela del lavoro; rapporti internazionali e con l'Unione Europea), riservandosi la possibilità di estendere successivamente il negoziato ad altre materie.
- **17 maggio 2018.** Il Contratto per il Governo del Cambiamento, sottoscritto da Lega e Movimento 5 Stelle, ribadisce come «*questione prioritaria [...] l'attribuzione, per tutte le Regioni che motivatamente lo richiedano, di maggiore autonomia in attuazione dell'art. 116 della Costituzione, portando anche a rapida conclusione le trattative tra Governo e Regioni attualmente aperte*».
- **Febbraio 2019.** All'inizio della XVIII Legislatura (Governo Conte I) le Regioni firmatarie richiedono un ampliamento del novero di materie su cui attivare il regionalismo asimmetrico, mentre altre Regioni (Piemonte, Liguria, Toscana, Umbria, Marche) formalizzano la richiesta di avvio di negoziati.
- **21 marzo 2019.** La Commissione parlamentare per le questioni regionali avvia lo svolgimento di un'indagine conoscitiva sul processo di attuazione del regionalismo differenziato⁷.

³ Camera dei Deputati. Servizio Studi XVIII Legislatura. L'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario. 28 settembre 2022. Disponibile a: www.camera.it/temiap/documentazione/temi/pdf/1104705.pdf. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

⁴ Commissione parlamentare per le questioni regionali. Indagine conoscitiva sull'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, con particolare riferimento alle recenti iniziative delle Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna. Deliberazione: martedì 21 novembre 2017. Disponibile a: www.camera.it/leg17/1135?breve=c23_Regioni&scheda=true. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

⁵ Documento approvato dalla Commissione parlamentare per le questioni regionali nella seduta del 6 febbraio 2018, a conclusione dell'Indagine conoscitiva deliberata nella seduta del 21 novembre 2017. Deliberazione: 6 febbraio 2018. Disponibile a: www.camera.it/leg17/1135?id_commissione=23&shadow_organico_parlamentare=2290&sezione=commissioni&tipoDoc=elencoRegioni&idLegislatura=17&tipoElenco=indaginiConoscitiveCronologico&calendario=false&breve=c23_Regioni&scheda=true. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

⁶ Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie. Autonomia differenziata: Accordi preliminari con le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Disponibile a: www.affariregionali.it/comunicazione/notizie/2018/giugno/autonomia-differenziata-accordi-preliminari-con-le-regioni-emilia-romagna-lombardia-e-veneto. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

⁷ Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale. Parlamento Italiano, Roma. Elenco delle audizioni. Disponibile a: https://parlamento18.camera.it/193?shadow_organico_parlamentare=3035&id_commissione=62. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

- **25 giugno 2021.** Il Ministro per gli Affari regionali e le autonomie istituisce con il DM 25 giugno 2021 una Commissione con compiti di studio, supporto e consulenza in materia di autonomia differenziata, presieduta dal compianto Prof. Beniamino Caravita.
- **28 aprile 2022.** Il Ministero per gli Affari regionali e le autonomie predispone una bozza di Ddl sull'attuazione dell'autonomia differenziata, mai presentata in Parlamento.
- **12 luglio 2022.** La Commissione parlamentare per le questioni regionali approva un documento definitivo sul processo di attuazione del «regionalismo differenziato», a cui si rimanda per un'analisi cronologica dettagliata delle varie tappe⁸.
- **Settembre 2022.** Il programma della coalizione di centro-destra, uscita vincente dalle ultime consultazioni elettorali, prevede di *“attuare il percorso già avviato per il riconoscimento delle Autonomie ai sensi dell'art. 116, comma 3 della Costituzione, garantendo tutti i meccanismi di perequazione previsti dall'art. 119 della Costituzione”*, oltre che la *“Piena attuazione della legge sul federalismo fiscale [...]”*.
- **17 novembre 2022.** Il Ministro per gli Affari regionali e le autonomie presenta alle Regioni una bozza di DdL: *“Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione”*⁹.
- **29 dicembre 2022.** Il Ministro per gli Affari regionali e le autonomie trasmette alla Presidenza del Consiglio il Disegno di Legge sull'autonomia¹⁰.
- **11 gennaio 2023.** Il Ministro per gli Affari regionali e le autonomie accoglie tutte le richieste di modifica della bozza di DdL inviata il 17 novembre 2022 avanzate dalle Regioni¹¹.
- **2 febbraio 2023.** La bozza del DdL, datata 30 gennaio 2023, viene messa all'ordine del giorno del Consiglio dei Ministri.

Il documento approvato dalla Commissione parlamentare per le questioni regionali nel corso della XVIII Legislatura ha offerto numerosi elementi di approfondimento, auspicando la conclusione del processo di attuazione del regionalismo differenziato tenendo conto di alcuni elementi fondamentali:

- Procedere all'approvazione di una legge-quadro per disciplinare il procedimento di attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione.
- Proseguire il negoziato in corso con le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto.
- Prevedere nell'ambito della legge-quadro e fermo restando il rispetto dell'autonomia regolamentare delle Camere, modalità adeguate di coinvolgimento del Parlamento nel processo di stipula delle intese.
- Compiere uno sforzo per giungere alla completa definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) nelle materie concernenti l'esercizio dei diritti civili e sociali, il cui perdurante ritardo è stato valutato negativamente dalla Corte Costituzionale (sent. n. 220/2021). Considerato che tale obiettivo è previsto anche dal PNRR, la Commissione auspica che il processo di definizione si concluda prima della scadenza prevista (marzo 2026).

⁸ Commissione parlamentare per le questioni regionali. Parlamento Italiano, Roma. Indagine conoscitiva. Disponibile a: <http://documenti.camera.it/leg18/resoconti/commissioni/bollettini/pdf/2022/07/12/leg.18.bol0830.data20220712.com23.pdf>. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

⁹ Bozza di Disegno di Legge “Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata di cui all'articolo 116, terzo comma, della Costituzione”. Disponibile a: https://www.gimbe.org/files/20221117-Bozza_lavoro_DdL.pdf. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

¹⁰ Regione Veneto. Autonomia. Zaia. Dal Governo promesse mantenute, avanti con rapidità nella riforma. Disponibile a: www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=13707812. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

¹¹ Regioni.it. Autonomia: Calderoli, accolte richieste Conferenza Regioni. Disponibile a: www.regioni.it/newsletter/n-4433/del-11-01-2023/autonomia-calderoli-accolte-richieste-conferenza-regioni-25118/. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

- Giungere alla definizione dei LEP in tempi certi, ad esempio entro 12 mesi dall'entrata in vigore della legge-quadro. Rimane da approfondire quali possano essere le soluzioni alternative transitorie per consentire l'avvio del regionalismo differenziato in caso di ritardi nella definizione dei LEP.

Il dibattito istituzionale è proseguito all'inizio della XIX legislatura con la presentazione di una bozza di DdL da parte del Ministro per gli Affari regionali e le autonomie alle Regioni. Il testo di legge sull'autonomia differenziata, pronta ad approdare in Consiglio dei Ministri il 2 febbraio 2023, modifica le proposte precedenti risolvendo alcune carenze formali, senza tuttavia discostarsi dall'impianto originale. In dettaglio, secondo la bozza esaminata in pre-Consiglio dei Ministri il 30 gennaio 2023:

- Il testo non entra nel merito delle motivazioni che portano le Regioni a richiedere maggiore autonomia sulle 23 materie.
- Le intese saranno definite di concerto tra il Ministro degli Affari regionali e le Regioni. Sulle intese il Parlamento è chiamato esclusivamente ad esprimere un parere non vincolante entro 60 giorni, di cui il Governo potrà tenere conto a sua discrezione, quindi ad un voto di ratifica senza possibilità di emendare le intese. Dopo l'approvazione delle intese, tutte le disposizioni concrete relative al trasferimento di risorse umane e finanziarie alle Regioni saranno determinate da commissioni paritetiche Stato-Regioni e contenute in DPCM sui quali il Parlamento non avrà alcun potere di intervento. Infine, il contenuto delle intese non è vincolato dalle disposizioni della legge-quadro e, una volta firmate, le intese potranno essere modificate solo con il consenso della Regione interessata. In sintesi, il ruolo del Parlamento rimane marginale, cioè i rappresentanti del popolo non avranno voce in capitolo su questioni decise dal Governo in trattative con le Regioni.
- I LEP saranno definiti attraverso DPCM da una apposita Commissione Tecnica istituita con la Legge di Bilancio 2023 (commi 791-801) e non dal Parlamento. I DPCM, in quanto atti amministrativi e non leggi ordinarie, potranno essere impugnati solo davanti al TAR, ma non davanti alla Corte costituzionale.
- I LEP, che dovrebbero essere garantiti a tutti i cittadini italiani, restano al momento orfani di risorse, fondamentali per allineare la qualità dei servizi delle Regioni del Centro-Sud a quelle del Nord. Tuttavia, Veneto e Lombardia potranno procedere con l'autonomia prima ancora che le risorse siano stanziare. Peraltro, il finanziamento dei LEP viene genericamente affidato "alla legge", senza alcun riferimento alla Legge di Bilancio annuale.
- Il trasferimento delle funzioni alle Regioni potrà essere effettuato dopo la definizione dei LEP, senza attendere la loro attuazione: in altri termini l'autonomia precede il recupero dei divari tra le varie aree del Paese.
- Il Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF) elaborerà una relazione tecnica per stimare i costi delle intese, visto che legge-quadro e singole intese non dovranno comportare costi per lo Stato (cd. clausola di salvaguardia "allargata"). Inoltre, il MEF dovrà essere rappresentato nelle Commissioni paritetiche Stato-Regioni.

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

Le richieste avanzate da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto per l'ambito "tutela della salute" sono riportate nei box successivi¹² e in una tabella sinottica nell'appendice 1.

Vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale

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

Accesso alle scuole di specializzazione

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

Contratti di specializzazione-lavoro per i medici

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

¹² Senato della Repubblica. XVIII legislatura. Il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Dossier n. 16, maggio 2018. Disponibile a: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01067303.pdf. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

Stipulare accordi con le Università

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

Sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione

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

Sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN

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

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

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

Interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN

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

Fondi sanitari integrativi

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

Gestione del personale

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

Distribuzione ed erogazione dei farmaci

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

Dall'analisi delle richieste di autonomia avanzate dalle tre Regioni emergono alcune considerazioni generali:

- Alcune istanze rappresentano oggi strumenti fondamentali per fronteggiare la grave carenza di personale sanitario e dovrebbero essere estese a tutte le Regioni: in particolare, l'abolizione dei tetti di spesa per il personale sanitario e l'istituzione di contratti di formazione-lavoro (strettamente legati agli accordi con le Università), che andrebbero a sostituire le attuali borse di studio al fine di anticipare l'ingresso nel mondo del lavoro di specialisti e medici di medicina generale.
- Altre forme di autonomia rischiano di sovvertire totalmente gli strumenti di governance nazionale aumentando le diseguglianze regionali, proprio in un momento storico dove la riorganizzazione dei servizi sanitari legata alle risorse del PNRR impone di ridurle: dal sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione al sistema di governance delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale (SSR) all'autonomia nella determinazione del numero di borse di studio per la scuola di specializzazione e al corso di formazione specifica in medicina generale.
- Alcune istanze risultano francamente "eversive" rispetto al SSN¹³. Una maggiore autonomia in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi darebbe il via a sistemi assicurativo-mutualistici regionali totalmente sganciati dalla, seppur frammentata, normativa nazionale. Inoltre, la richiesta del Veneto di contrattazione integrativa regionale per i dipendenti del SSN, oltre all'autonomia in materia di gestione del personale e di regolamentazione dell'attività libero-professionale, rischia di concretizzare una concorrenza tra Regioni con trasferimento di personale dal Sud al Nord, ponendo, peraltro, una pietra tombale sulla contrattazione collettiva nazionale e sugli stessi sindacati¹⁴.
- La richiesta all'AIFA di valutazioni sull'equivalenza terapeutica e le autonomie su distribuzione ed erogazione dei farmaci appaiono ragionevoli, vista anche la supremazia decisionale riconosciuta all'ente regolatore: tuttavia tali istanze risultano oggi

¹³ Geddes Da Filicaia M. L'autonomia differenziata in sanità. Disponibile a: www.saluteinternazionale.info/2022/07/1autonomia-differenziata-in-sanita. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

¹⁴ No all'autonomia differenziata che di fatto uccide il SSN. L'Anaa si appella al Governo. Quotidiano Sanità, 22 febbraio 2022. Disponibile a: www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=102600. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

condizionate anche dalla recente riforma dell'AIFA, ai sensi della legge di conversione del DL 169/22 i cui aspetti operativi al momento non sono affatto chiari.

- La richiesta di maggiori autonomie per programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN è di difficile interpretazione visto che fa riferimento ad “un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse”, senza ulteriori declinazioni.

4. Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali

I livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il SSN è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di compartecipazione (ticket). Ogni anno il Ministero della Salute valuta l'adempimento delle Regioni nell'erogazione dei LEA, attraverso la Griglia LEA, strumento di valutazione costituito da 34 indicatori ripartiti tra attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Il recente report dell'Osservatorio GIMBE¹⁵, previa analisi dei 10 monitoraggi annuali del Ministero della Salute dal 2010 al 2019 ha calcolato l'adempimento cumulativo 2010-2019 come percentuale di punti ottenuti sul massimo ottenibile (2.250 in 10 anni), riportando la classifica per quartili (tabella 4.1).

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
---	-------------	-------------	-------------	-------------

¹⁵ Report Osservatorio GIMBE n. 2/2022. Livelli Essenziali di Assistenza: le diseguaglianze regionali in sanità. Fondazione GIMBE: Bologna, dicembre 2022. Disponibile a: www.gimbe.org/LEA_2010-2019. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

Tabella 4.1. Griglia LEA 2010-2019: percentuale di adempimento cumulativo e totale dei punti ottenuti¹⁵

Considerato che nel decennio 2010-2019 gli indicatori della griglia LEA sono rimasti pressoché invariati e la modalità di attribuzione dei punteggi identica, è possibile trarre alcune considerazioni generali per valutare il potenziale impatto sulle diseguaglianze dell'autonomia differenziata. Innanzitutto, le tre Regioni che hanno avanzato la richiesta di maggiori autonomie, si trovano tutte nel primo quartile (adempimento cumulativo $\geq 86\%$). In secondo luogo, nei primi due quartili (adempimento cumulativo $\geq 76,6\%$) non si posiziona nessuna Regione del Sud e solo due del Centro (Umbria, Marche). Infine, la figura 4.1 dimostra che tutte le Regioni del Centro-Sud (eccetto la Basilicata) rimangono da 12-16 anni in Piano di rientro (giallo) e Calabria e Molise sono ancora commissariate (rosso).

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

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

Figura 4.1. Regioni in Piano di rientro e commissariate¹⁵

5. La mobilità sanitaria

I cittadini italiani hanno il diritto di essere assistiti in strutture sanitarie di Regioni differenti da quella di residenza, un diritto che si traduce nel cosiddetto fenomeno della mobilità sanitaria interregionale. Tecnicamente viene distinta in mobilità attiva (una voce di credito della Regione che identifica l'indice di attrazione) e mobilità passiva (una voce di debito che rappresenta l'indice di fuga da una Regione). Annualmente vengono effettuate compensazioni finanziarie tra Regioni su 7 flussi finanziari: ricoveri ospedalieri e day hospital (differenziati per pubblico e privato accreditato), medicina generale, specialistica ambulatoriale, farmaceutica, cure termali, somministrazione diretta di farmaci, trasporti con ambulanza ed elisoccorso. Circa il 75% delle compensazioni è relativo a prestazioni di ricovero ospedaliero e day hospital.

Dall'analisi della mobilità attiva e passiva emerge la forte capacità attrattiva delle Regioni del Nord, cui corrisponde quella estremamente limitata delle Regioni del Centro-Sud. In particolare, un recente report della Corte dei Conti¹⁶ ha documentato che nel decennio 2010-2019 - corrispondente al riparto del Fondo Sanitario Nazionale per gli anni dal 2012 al 2021 - 13 Regioni, quasi tutte del Centro Sud, risultano essere le meno attrattive per i cittadini e hanno accumulato un saldo negativo pari a € 14 miliardi (figura 5.1).

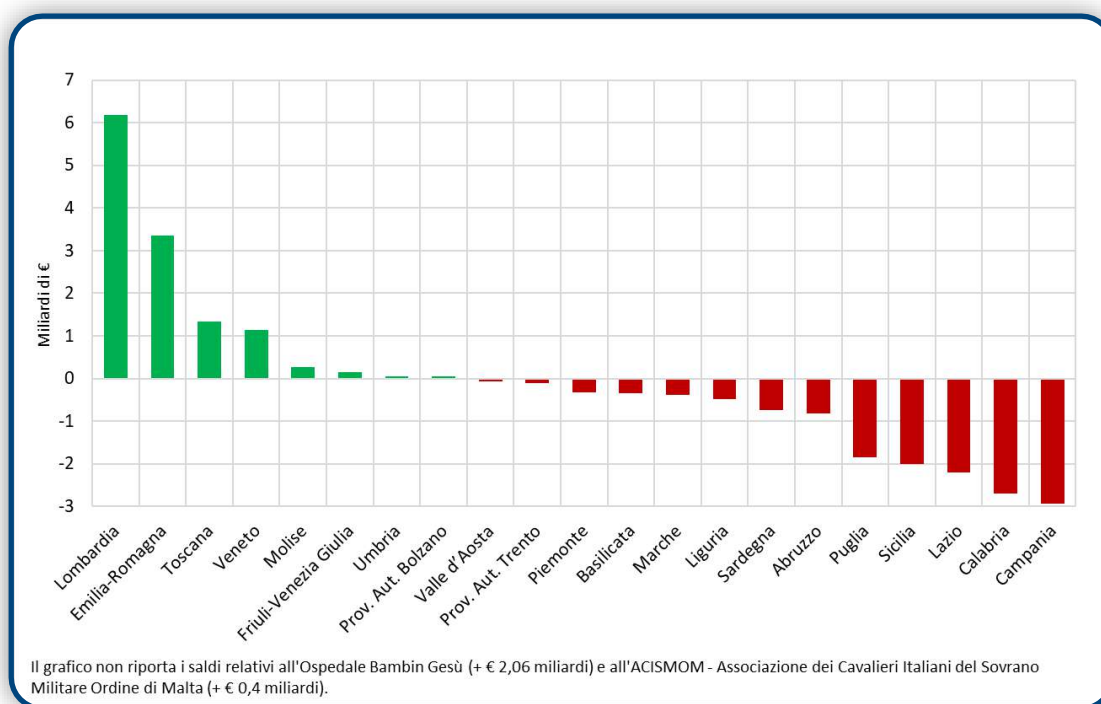


Figura 5.1. Saldi mobilità interregionale 2010-2019 (riparto FSN 2012-2021)

¹⁶ Corte dei Conti. Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei Servizi Sanitari Regionali. Esercizi 2020-2021. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=f3537856-4e2f-47c4-9ba4-443f812313f5. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023

Ai primi quattro posti per saldo positivo si trovano proprio le tre Regioni che hanno richiesto le maggiori autonomie: Lombardia (€ 6,18 miliardi), Emilia-Romagna (€ 3,35 miliardi), Toscana (€ 1,34 miliardi), Veneto (€ 1,14 miliardi). Al contrario, le cinque Regioni con saldi negativi superiori a € 1 miliardo sono tutte al Centro-Sud: Campania (-€ 2,94 miliardi), Calabria (-€ 2,71 miliardi), Lazio (-€ 2,19 miliardi), Sicilia (-€ 2 miliardi) e Puglia (-€ 1,84 miliardi). La Corte dei Conti ribadisce che *“Non è un caso che le Regioni con maggiore capacità attrattive siano posizionate nei primi posti nel punteggio complessivo assegnati per la valutazione dei LEA relativi all’anno 2019”*.

6. La survey GIMBE sul regionalismo differenziato

Il 6 febbraio 2019, in pieno dibattito politico sul regionalismo differenziato, la Fondazione GIMBE ha lanciato la consultazione pubblica “Maggiori autonomie in termini di tutela della salute richieste da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto ai sensi dell’art. 116 della Costituzione Italiana” per far luce sui potenziali rischi del regionalismo differenziato sulla tutela della salute e alimentare la discussione pubblica su un tema le cui conseguenze rischiano di compromettere i diritti civili delle persone.

Agli stakeholder si chiedeva di stimare l’impatto di ciascuna autonomia in sanità sulle diseguaglianze regionali, assegnando uno score da 1 (minimo) a 4 (massimo), con possibilità di astenersi, oltre che di aggiungere commenti. Hanno completato la consultazione 3.920 persone, un campione rappresentativo della popolazione con un margine di errore inferiore all’1,6%. Sono stati inviati 5.610 commenti, pari a 1,43 per partecipante. Per ciascuna delle autonomie vengono riportati i risultati in termini di score medio (\pm deviazione standard), percentuale di “Non so” e numero di commenti (tabella 6.1).

Dai dati della survey GIMBE, ad oggi l’unica condotta sul tema del regionalismo differenziato, e dall’analisi dei commenti sono emerse alcune ragionevoli certezze:

- L’esigua percentuale di “Non so” (range 2,0-8,2%) e l’elevato numero di commenti riflette un campione composto prevalentemente da stakeholder della sanità.
- L’impatto delle maggiori autonomie in sanità sulle diseguaglianze regionali viene percepito come rilevante (media da 3,0 a 3,4), con deviazioni standard omogenee tra le diverse autonomie (da 0,9 a 1,1).
- Tra le preoccupazioni più frequenti: l’irreversibilità del processo, l’imprevedibilità delle conseguenze, l’ulteriore spaccatura Nord-Sud, l’aumento del divario tra Regioni ricche e povere, la differenziazione del diritto costituzionale alla tutela della salute.
- Le numerose proposte per “mitigare” i possibili effetti collaterali delle maggiori autonomie in sanità possono essere ricondotte a tre contromisure: il contestuale aumento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, la messa in atto di meccanismi di solidarietà tra Regioni, aumentare in maniera consistente la quota di deprivazione da destinare alle Regioni del Centro-Sud.

Questi risultati suggeriscono che, relativamente alla sanità, il regionalismo differenziato deve essere “maneggiato con cura” con l’irrinunciabile obiettivo di rispettare gli equilibri previsti dalla Costituzione e garantire il diritto alla tutela della salute sull’intero territorio nazionale.

Autonomie richieste	Media (\pm DS)	Non so	Commenti (n.)
Maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale	3,4 (\pm 0,9)	4,3%	640
Maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione [...]	3,3 (\pm 0,9)	3,3%	540
Possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" [...]	3,2 (\pm 1,0)	7,9%	510
Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio: per l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale [<i>Emilia-Romagna e Veneto</i>], per rendere possibile l'accesso dei medici titolari del contratto di "specializzazione lavoro" alle scuole di specializzazione [<i>Emilia-Romagna e Veneto</i>], per l'avvio di percorsi orientati alla stipula dei contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" [<i>Lombardia</i>]	3,2 (\pm 1,0)	6,4%	470
Maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella Regione	3,4 (\pm 1,0)	2%	490
Maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN	3,4 (\pm 1,0)	4,1%	440
Possibilità di sottoporre all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all'equivalenza terapeutica tra diversi farmaci [...]	3,2 (\pm 1,0)	6,1%	510
Competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN [...]	3,1 (\pm 1,0)	4,8%	360
Maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi	3,1 (\pm 0,9)	3,6%	440
Maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale [<i>solo Veneto</i>]	3,4 (\pm 0,9)	7,4%	360
Facoltà, in sede di contrattazione integrativa collettiva, di prevedere, per i dipendenti del SSN, incentivi e misure di sostegno [...] [<i>solo Veneto</i>]	3,0 (\pm 1,1)	8,2%	390
In tema di distribuzione ed erogazione dei farmaci: competenza a definire, sotto profili qualitativi e quantitativi, le forme di distribuzione diretta dei farmaci per la cura dei pazienti soggetti a controlli ricorrenti [...] [<i>solo Emilia-Romagna</i>]	3,0 (\pm 1,1)	10,5%	460

Tabella 6.1. Risultati della consultazione pubblica "Maggiori autonomie in termini di tutela della salute richieste da Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto ai sensi dell'art. 116 della Costituzione Italiana"

7. Conclusioni

In uno scenario di maggiori autonomie regionali, la sanità rappresenta indubbiamente la cartina al tornasole, perché nonostante la definizione dei LEA nel 2001, il loro monitoraggio annuale tramite la “Griglia LEA” e l’utilizzo di strumenti da parte dello Stato (Piani di rientro e commissariamenti) per migliorarne l’erogazione e riequilibrare i bilanci in alcune Regioni, i dati documentano la persistenza di inaccettabili diseguaglianze tra i 21 sistemi sanitari regionali, sia nell’offerta di servizi e prestazioni sanitarie sia negli esiti di salute. In altre parole, la sanità rappresenta da oltre 20 anni un “ecosistema” dove il processo di definizione di standard nazionali (LEA), il loro monitoraggio e le azioni intraprese dallo Stato non hanno affatto ridotto le diseguaglianze regionali, e in particolare il gap strutturale Nord-Sud, che su vari indicatori è addirittura peggiorato, come documentano anche i dati sulla mobilità sanitaria¹⁷.

Di conseguenza, l’attuazione delle maggiori autonomie richieste dalle Regioni con le migliori performance sanitarie è inevitabilmente destinata ad amplificare le diseguaglianze di un SSN, oggi universalistico ed equo solo sulla carta. I principi fondanti del SSN si sono già dissolti senza alcun ricorso all’autonomia differenziata, ma solo in ragione della competenza regionale concorrente in tema di tutela della salute. Il regionalismo differenziato finirà dunque per legittimare normativamente e in maniera irreversibile il divario tra Nord e Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute. E questo proprio nel momento in cui il nostro Paese ha sottoscritto con l’Europa il PNRR, che ha l’obiettivo trasversale di ridurre le diseguaglianze regionali e territoriali.

Per tali ragioni la Fondazione GIMBE invita il Governo a mettere da parte posizioni sbrigative e, soprattutto, a non utilizzare il regionalismo differenziato come “merce di scambio” per conciliare gli obiettivi di un partito fortemente nazionalista con quelli di una forza politica che da tempo spinge sulle autonomie regionali e sul federalismo fiscale.

Tenendo conto della grave crisi di sostenibilità del SSN e delle imponenti diseguaglianze regionali, la Fondazione GIMBE propone di espungere la “tutela della salute” dalle materie su cui le Regioni possono richiedere maggiori autonomie. In second’ordine, l’eventuale attuazione del regionalismo differenziato in sanità dovrà essere gestita con grande equilibrio, colmando innanzitutto il gap strutturale tra Nord e Sud del Paese, modificando i criteri di riparto del Fabbisogno Sanitario Nazionale e aumentando le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni. Perché i principi ispiratori del federalismo, volti alla piena applicazione del principio di sussidiarietà e a migliorare l’efficienza amministrativa, devono salvaguardare la capacità di redistribuzione del reddito per consentire a tutte le persone l’esercizio dei diritti costituzionali fondamentali, in particolare il diritto alla tutela della salute. Altrimenti, la sanità rischia di diventare un bene pubblico per i residenti in una Regione del Nord e un bene di consumo per le altre regioni se i loro cittadini hanno bisogno di accedervi. Quel che è certo è che il regionalismo differenziato non potrà mai ridurre le

¹⁷ Corte dei Conti. Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei Servizi Sanitari Regionali. Esercizi 2020-2021. Disponibile a: www.corteconti.it/Download?id=f3537856-4e2f-47c4-9ba4-443f812313f5. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

diseguaglianze, perché renderà le Regioni del Centro-Sud – che avranno sempre meno risorse per riqualificare i loro servizi – “clienti” dei servizi prodotti dalle Regioni del Nord.

Eppure il Presidente Mattarella nel discorso di fine anno 2022 ha lanciato un monito significativo¹⁸: *“Le differenze legate a fattori sociali, economici, organizzativi, sanitari tra i diversi territori del nostro Paese – tra Nord e Meridione, per le isole minori, per le zone interne - creano ingiustizie, feriscono il diritto all’uguaglianza. Ci guida ancora la Costituzione, laddove prescrive che la Repubblica deve rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che ledono i diritti delle persone, la loro piena realizzazione”*. E con particolare riferimento al SSN il Presidente ha aggiunto che: *“Occorre operare affinché quel presidio insostituibile di unità del Paese rappresentato dal Servizio Sanitario Nazionale si rafforzi, ponendo sempre più al centro la persona e i suoi bisogni concreti, nel territorio in cui vive”*.

¹⁸ Presidenza della Repubblica Italiana. Messaggio di fine anno del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella. Roma, 31 dicembre 2022. Disponibile a: www.quirinale.it/elementi/75654. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

Appendice 1. Tavola sinottica delle maggiori autonomie sulla tutela della salute richieste dalle Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto¹⁹

Emilia-Romagna	Lombardia	Veneto
<p>Maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale²⁰</p> <p><i>Vincolo: rispetto dei vincoli di bilancio²¹</i></p>	IDEM	IDEM
<p>Maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione, incluse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la programmazione delle borse di studio per i medici specializzandi • l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale <p><i>Vincolo: rispetto degli equilibri di bilancio</i></p>	IDEM ²²	IDEM

¹⁹ Elaborazione GIMBE da: Senato della Repubblica. XVIII legislatura. Il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Dossier n. 16, maggio 2018. Disponibile a: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01067303.pdf. Ultimo accesso: 1 febbraio 2023.

²⁰ Emilia-Romagna e Veneto qualificano l'autonomia in questione come misura essenziale per una efficiente organizzazione delle strutture sanitarie, tesa anche a perseguire una valorizzazione del personale del SSN.

²¹ Gli accordi con Emilia-Romagna e Lombardia fanno riferimento, in particolare, ai vincoli dettati dalle norme per la riduzione della spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale (SSN), di cui all'art. 17, comma 3-bis, del decreto-legge n. 98 del 2011. Gli accordi con il Veneto richiamano in modo più generale le politiche di gestione del personale dipendente, convenzionato o accreditato.

²² La Lombardia richiede l'estensione dell'autonomia alla determinazione del numero dei posti dei corsi di formazione per i medici di medicina generale.

Emilia-Romagna	Lombardia	Veneto
<p>Possibilità di stipulare, per i medici, contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro"²³.</p> <p>Spetta alle Regioni definire le modalità per inserire i medici titolari del contratto di "specializzazione lavoro" nell'attività delle strutture del SSN, fermo restando che il contratto non dà diritto all'accesso ai ruoli nel SSN né all'instaurazione di un rapporto di lavoro a tempo indeterminato²⁴</p>	IDEM	IDEM
<p>Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale • per rendere possibile l'accesso dei medici titolari del contratto di "specializzazione lavoro" alle scuole di specializzazione²⁵ 	<p>Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per l'avvio di percorsi orientati alla stipula dei contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro"²⁶ 	<p>Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale • per rendere possibile l'accesso dei medici titolari del contratto di "specializzazione lavoro" alle scuole di specializzazione⁵

²³ Strumento alternativo all'accesso alle scuole di specializzazione.

²⁴ Se non in esito ad una eventuale procedura selettiva.

²⁵ Nel rispetto dei requisiti di accreditamento delle scuole di specializzazione.

²⁶ Fermo il rispetto delle esigenze delle strutture sanitarie e della loro organizzazione logistica.

Emilia-Romagna	Lombardia	Veneto
<p>Maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella Regione.</p> <p><i>Vincoli:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA)</i> - <i>rispetto dei vincoli di bilancio e dell'equilibrio economico-finanziario</i> - <i>applicabilità dei nuovi sistemi limitata agli assistiti residenti nella regione</i> 	IDEM	IDEM
<p>Maggiore autonomia nella definizione del sistema di governance delle aziende e degli enti del SSN²⁷.</p> <p><i>Vincoli:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA)</i> - <i>rispetto delle disposizioni nazionali in materia di selezione della dirigenza sanitaria</i> 	IDEM ²⁸	IDEM

²⁷ Con gli obiettivi di: 1) assicurare un'organizzazione efficiente della rete ospedaliera e dei servizi territoriali e di supporto, nonché delle relative forme di integrazione, anche con riguardo alle modalità di erogazione (Emilia-Romagna) ovvero 2) rendere maggiormente coerenti con le esigenze specifiche delle singole regioni l'organizzazione della rete ospedaliera, dei servizi territoriali e le relative forme di integrazione e di modalità di erogazione (Lombardia e Veneto).

²⁸ In Lombardia, dove l'autonomia in questione si riferisce in particolare agli organi e alla direzione strategica, si prevede la previa valutazione degli esiti del monitoraggio previsto dalla legge regionale n. 23 del 2015.

Emilia-Romagna	Lombardia	Veneto
<p>Possibilità di sottoporre all’Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all’equivalenza terapeutica tra diversi farmaci. Entro 180 giorni dal ricevimento delle valutazioni regionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l’AIFA adotta un parere motivato, obbligatorio e vincolante per l’intero territorio nazionale, <i>oppure</i> • se l’AIFA non si pronuncia, la regione, sulla base delle proprie valutazioni, può assumere determinazioni in materia di equivalenza terapeutica <p><i>Vincolo: l’AIFA può intervenire con motivate e documentate valutazioni, ex art. 15, comma 11-ter, del decreto-legge n. 95 del 2012²⁹</i></p>	IDEM	IDEM
<p>Competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN in un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse.</p>	IDEM	IDEM

²⁹ Nell’adottare eventuali decisioni basate sull’equivalenza terapeutica fra medicinali contenenti differenti principi attivi, le Regioni devono attenersi alle motivate e documentate valutazioni espresse dall’AIFA.

Emilia-Romagna	Lombardia	Veneto
<p>Maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi.</p> <p><i>Vincoli:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA)</i> - <i>rispetto dei vincoli di bilancio</i> 	IDEM	IDEM
NO	NO	<p>Maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale.</p> <p><i>Vincoli:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA)</i> - <i>rispetto dei vincoli di bilancio</i>
NO	NO	<p>Facoltà, in sede di contrattazione integrativa collettiva, di prevedere, per i dipendenti del SSN, incentivi e misure di sostegno, anche avvalendosi di risorse aggiuntive regionali, da destinare prioritariamente al personale dipendente in servizio presso sedi montane disagiate</p>

Emilia-Romagna	Lombardia	Veneto
<p>In tema di distribuzione ed erogazione dei farmaci:</p> <ul style="list-style-type: none"> • competenza a definire, sotto profili qualitativi e quantitativi, le forme di distribuzione diretta dei farmaci per la cura dei pazienti soggetti a controlli ricorrenti. Nell'esercizio della competenza e nel monitoraggio dell'uso corretto dei farmaci, la regione si avvale delle farmacie di comunità • competenza a garantire che le Aziende sanitarie erogano direttamente i medicinali per i pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semiresidenziale • competenza ad adottare direttive che impongono alla struttura pubblica di fornire direttamente i farmaci ai pazienti nel periodo immediatamente successivo al ricovero ospedaliero o alla visita specialistica ambulatoriale <p>L'obiettivo è quello di garantire la continuità assistenziale</p> <p><i>Vincolo: restano ferme le funzioni istituzionali attribuite all'AIFA dalla normativa vigente.</i></p>	NO	NO



#salviamoSSN

Fondazione GIMBE
Diffondere le conoscenze
Migliorare la salute

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