



## **MANIFESTO DEI SOCIOLOGI ITALIANI**

### **Contro l'autonomia differenziata Per un regionalismo coordinato, politicamente e socialmente solidale ed economicamente responsabile**

#### **Il perché di una proposta**

Lo scorso 30 settembre, a sorpresa, il Governo ha introdotto il ddl “Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata di cui all’articolo 116, comma 3, Cost.” (Nota di aggiornamento al DEF, p. 12) a completamento della norma di bilancio 2022-2024. La sua eventuale approvazione comporterebbe l’attuazione di un regionalismo differenziato, che inciderebbe sul modello regionale voluto dai nostri Padri costituenti e si porrebbe in pericolosa tensione con gli stessi principi fondamentali della nostra Costituzione.

La richiesta, avanzata da tre Regioni, di assumere tutte le materie devolvibili come nel caso del Veneto, poco meno come per la Lombardia e l’Emilia-Romagna, appare quanto mai rischiosa e inaccettabile soprattutto perché foriera di un regionalismo profondamente asimmetrico, potenzialmente disgregatore della stessa unità del Paese, oltre che del nostro Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sul piano della tutela della salute degli Italiani tutti. Come potrebbero convivere infatti 21 Servizi Sanitari Regionali (SSR) tra loro sempre più profondamente diversi per principi costitutivi, organizzazione e modalità di gestione ed erogazione dei servizi? Ne consegue che la salute, che pure è richiamata nell’art. 32 come diritto fondamentale di ogni persona e come tale dovrebbe essere tutelata in modo uguale per tutti, dipende nel suo livello di garanzia dal territorio in cui si risiede.

Sono, infatti, già marcate le differenze territoriali nella infrastrutturazione sanitaria, nella disponibilità di personale, nelle risorse pubbliche pro-capite assegnate. Ne derivano disuguaglianze emblematiche e inaccettabili, finanche, come dimostrano i dati, per l’aspettativa di vita o la mortalità infantile, o per il “turismo sanitario”, che costringe i pazienti a inseguire la speranza di guarigione in regioni diverse dalla propria.

La pandemia da COVID-19 ha messo in piena evidenza la sostanziale dissoluzione del SSN, già in atto, di cui invero erano da tempo consapevoli gli operatori del settore, studiosi ed esperti. La riforma del Titolo V della Costituzione del 2001 ha dato luogo a una pressoché totale regionalizzazione, affidando la “tutela della salute” alla potestà legislativa concorrente delle Regioni. A seguito di tale scelta, la sanità italiana si configura oggi come un assemblaggio incoerente di sistemi sanitari regionali, che va ben al di là delle declinazioni consentite dal principio di autonomia.

Sono infatti mancate politiche nazionali volte all'equilibrio territoriale e alla eguale tutela del diritto alla salute, laddove i piani di rientro regionali in sanità si sono tradotti nella riduzione delle prestazioni diagnostiche e terapeutiche erogate dalla sanità pubblica. La stessa pandemia ha posto in piena luce ulteriori errori commessi a livello regionale, tra cui l'indebolimento del pubblico rispetto al privato. Ne è seguita l'incapacità di dare risposte efficaci e tempestive alle urgenze derivanti dal contagio. Presunte "eccellenze", portate spesso ad esempio della superiorità di una sanità regionalizzata, si sono dimostrate illusorie. E tuttavia anche in piena lotta alla pandemia si aprono polemiche, come in Lombardia e Piemonte, su tentativi di riforma sbilanciati a favore del privato.

Consapevoli di tutto ciò, riteniamo nostro dovere etico e scientifico, quali studiosi di Sociologia, offrire il nostro contributo per evitare tali pericoli proponendo una strada alternativa ad un'autonomia differenziata e incontrollata, ma anche ad un ritorno al centralismo statale, proponendo un regionalismo coordinato, politicamente e socialmente solidale ed economicamente responsabile, le cui linee fondamentali per il nostro SSN sintetizziamo nei seguenti punti.

## **1. PER UN REGIONALISMO COORDINATO**

La lotta al virus ha portato voci autorevoli a manifestarsi a favore del recupero di un più forte ruolo dello Stato nella tutela del diritto alla salute, anche attraverso una riscrittura del Titolo V riformato nel 2001. Considerando questa via impercorribile in tempi brevi, un recupero è comunque possibile attraverso la via delle riforme legislative a Costituzione invariata. Si impone una diversa gestione della governance multilivello della sanità, soprattutto per tre punti:

- a) Il primo è dato da una migliore utilizzazione dei principi fondamentali comuni posti con legge dello Stato (art. 117, comma 3); principi adeguatamente formulati potrebbero indirizzare il legislatore regionale verso un più corretto equilibrio tra pubblico e privato, e una più efficace realizzazione della sanità territoriale.
- b) Il secondo è dato da una più incisiva funzione di coordinamento svolta dallo Stato nell'ambito della Conferenza Stato-Regioni. La sola e vera politica nazionale è stata quella volta a garantire l'equilibrio di bilancio. Lo Stato si è di fatto limitato alla funzione di ufficiale pagatore, badando esclusivamente al contenimento delle spese in funzione degli equilibri di finanza pubblica e senza perseguire nella distribuzione territoriale delle risorse fini di riduzione dei divari e di egualianza dei diritti. È così accaduto che dal confronto tra le Regioni venisse una distribuzione non legata alle esigenze sanitarie di ciascun territorio, ma a criteri come l'anzianità, con la paradossale conseguenza che Regioni povere in cui si muore di più e prima fossero sottofinanziate rispetto a Regioni più ricche e con una assistenza migliore. Ne è seguito anche lo svuotamento della funzione dei LEA (livelli essenziali di assistenza), che invece avrebbero potuto e dovuto condurre a una risposta diversa.
- c) Il terzo e conclusivo punto è dato dal necessario abbandono dell'ipotesi di una autonomia differenziata in campo sanitario. L'esigenza, già presente e ora evidenziata dalla pandemia, è quella di una maggiore uniformità su base nazionale, e non di un ulteriore aumento delle diversità, che una accentuazione del regionalismo differenziato inevitabilmente produrrebbe. Con la prospettiva di allontanare ancor più la prospettiva di un diritto alla salute eguale per tutti. D'altro canto, davvero non si comprende quali ulteriori funzioni le Regioni potrebbero rivendicare in sanità dopo quanto avvenuto nell'ancora corrente crisi pandemica.

## 2. PER UN REGIONALISMO POLITICAMENTE E SOCIALMENTE SOLIDALE

Per non ampliare ulteriormente le disuguaglianze tra le Regioni in merito agli impianti istituzionali e amministrativi dei rispettivi SSR, le cui caratteristiche (art. 117 Cost) - in termini di *sussidiarietà*, cioè di vicinanza al cittadino (quanto ampie sono le Aziende sanitarie locali, quanto distribuiti sono i distretti sanitari o socio/sanitari, quanto capillare è l'offerta dei servizi e delle prestazioni ecc.), *differenziazione*, cioè di attenzione alle caratteristiche associative, demografiche, territoriali e strutturali delle comunità di riferimento (quanto l'offerta dei servizi e delle prestazioni è specifica e calibrata in funzione delle diverse aree regionali o subregionali ecc.) e *adeguatezza*, cioè di garanzia dei risultati programmati (quanto sono garantiti i LEA ospedalieri, distrettuali e per la prevenzione ecc.) - incidono sulla tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività (art. 32 Cost e art. 1 l. 833/78), è necessario:

- a) Proporre una visione equa del regionalismo sulla base dell'art. 3 e dell'art. 5 della Costituzione, da realizzare attraverso specifici modelli di governance (a welfare state, a welfare mix ecc.) e specifici modelli organizzativi (reticolari, comunitari ecc.) nel rispetto dei principi di sussidiarietà, differenziazione ed adeguatezza. Gli assetti istituzionali ed organizzativi dei SSR costituiscono, infatti, le infrastrutture necessarie a garantire la tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.
- b) Riorientare complessivamente il SSN verso un sistema reticolare finalizzato alla promozione della salute e alla prevenzione, necessariamente basato sui servizi territoriali sociosanitari integrati (Case della comunità) centrati sulle reti di prossimità di natura pubblica in funzione di *stewardship* e aperte alla sussidiarietà orizzontale.
- c) Ripensare l'aziendalizzazione secondo modelli organizzativi regionali meno disomogenei, pur nella salvaguardia di specificità territoriali come prevede la Costituzione, orientati a garantire non solo l'efficienza e l'economicità, ma anche efficaci bilanci di salute valorizzando maggiormente l'autonomia aziendale nelle scelte gestionali interne delle organizzazioni sanitarie.
- d) Valorizzare i processi di partecipazione dei cittadini/utenti-pazienti nell'ambito del SSN sia a livello micro-individuale (relazione terapeutica) che meso-associativa (percorsi di cura integrati, organizzazione e valutazione dei servizi) che macro-istituzionale (processi di pianificazione, con particolare riferimento al ruolo dei Comuni nella governance distrettuale del SSN quali soggetti in grado di interpretare la domanda di salute e di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie delle comunità locali).
- e) Ridurre le diverse forme di disuguaglianze sociali, a partire da quelle che compromettono la salute delle persone, definendo anche azioni concrete di contrasto e di attivazione di processi di sensibilizzazione dell'opinione pubblica.

## 3. PER UN REGIONALISMO ECONOMICAMENTE RESPONSABILE

L'art 119 della Costituzione riformato nel 2001 operava una precisa scelta in funzione di una maggiore autonomia di spesa e di entrata di Regioni ed Enti locali, nella convinzione che questa maggiore autonomia potesse consentire di rendere più efficiente la spesa locale attraverso un meccanismo di maggiore responsabilizzazione degli amministratori regionali e locali che, eletti direttamente dai cittadini, avrebbero fatto delle scelte più vicine agli interessi e alle preferenze dei loro cittadini/elettori. Tali scelte erano poste accanto alla previsione di precisi interventi perequativi a favore dei territori svantaggiati. Il cosiddetto "federalismo fiscale", avviato con la legge delega 42/2009, anche a causa dei vincoli esterni e degli interventi di consolidamento della finanza pubblica che si sono frapposti dopo la crisi del 2007-2008, rimane ancora largamente incompiuto, rendendo

più fragili e delicati i rapporti tra i livelli di governo. Al contempo, il progressivo ampliamento dei divari territoriali e dei cosiddetti divari di cittadinanza, e le politiche di austerità con gli stringenti vincoli di bilancio hanno ostacolato la perequazione e la convergenza tra i territori esacerbando il conflitto redistributivo tra territori fino a mettere in pericolo la coesione sociale.

La mancanza di un assetto chiaro del fisco regionale per le Regioni a statuto ordinario è anche ciò che rende impraticabile, oltre che inopportuno, un percorso ordinato di autonomia differenziata per le Regioni che chiedono ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, ai sensi dell'art. 116, c. 3, Cost. Il completamento del federalismo fiscale è incluso tra le riforme previste dal PNRR, da perfezionarsi entro il primo quadrimestre del 2026: il Piano deve però rappresentare un'occasione di convergenza tra aree geografiche che la stessa legge delega 42/2009 prefigurava, accanto al disegno dei nuovi criteri di finanziamento della spesa per gli Enti regionali, dal momento che la riduzione dei divari territoriali costituisce uno degli obiettivi trasversali del PNRR. Ma affinché ciò trovi effettiva implementazione sarebbe necessario:

- a) Operare una valutazione realistica dell'efficacia dei Piani di rientro – ai quali ancora sono sottoposte 7 Regioni, di cui 2 commissariate – dopo un decennio di attuazione che ha sostanzialmente privilegiato un criterio di efficienza economica con l'assoluta impossibilità di riorganizzare i servizi sanitari e di incidere significativamente sulla dotazione delle infrastrutture sanitarie territoriali, nella direzione di un incremento della loro efficacia e appropriatezza.
- b) Dare effettiva implementazione alle diverse forme di perequazione previste nell'art. 119 Cost. e alla perequazione infrastrutturale di cui all'art. 22 della legge delega 42/2009, al fine di ridurre i divari territoriali, come indicato anche da uno degli obiettivi trasversali del PNRR che stabilisce a tal fine che al Mezzogiorno venga attribuito almeno il 40 per cento delle risorse "territorializzabili". La perequazione infrastrutturale è stata in questi anni una questione totalmente accantonata e non si è mai partiti con la stima dei gap infrastrutturali tra le Regioni italiane; anche perché, nel frattempo, la crisi del 2007-2008 ha portato ad una drastica riduzione della spesa in conto capitale dei governi regionali e locali. L'obiettivo di riduzione dei divari territoriali mediante un'effettiva perequazione infrastrutturale può contare su risorse aggiuntive europee (Fondo di sviluppo e coesione, Fondo europeo di sviluppo regionale), oltre che sul Fondo del piano complementare al PNRR e sul Fondo per la perequazione infrastrutturale, in grado di avviare un reale processo di perequazione grazie a stanziamenti senza precedenti. Per questo motivo sarà necessario porre la massima attenzione per un monitoraggio costante dei progetti ed un coordinamento effettivo tra tutti gli attori in campo.