

Focus sull'autonomia differenziata

Parte seconda

Rischi dell'autonomia differenziata

Il Senato ha approvato la legge sull'autonomia differenziata con la positiva novità che il trasferimento delle competenze è subordinato alla definizione dei livelli essenziali di prestazioni (LEP), cioè i servizi minimi che lo Stato deve garantire su tutto il territorio.

Restano però aspetti negativi segnalati da esperti ed enti, tra cui UE e Banca d'Italia. Vediamone i principali.

1. La Banca d'Italia ha sottolineato che su varie delle 23 materie trasferibili dallo Stato alle Regioni (rapporti internazionali e con la UE su argomenti attinenti alle Regioni, commercio con l'estero, sicurezza del lavoro, istruzione, ricerca scientifica, salute, porti e aeroporti, energia, ecc.) è richiesta una capacità di azione tempestiva e di coordinamento, a livello nazionale e spesso sovranazionale [...]. La recente esperienza della pandemia ha, per esempio, messo in luce la dimensione sempre più globale della tutela della salute, evidenziando come la rapidità e la qualità dei processi decisionali possano risentire della frammentazione delle competenze su più livelli di governo [1].
2. I LEP non sono la bacchetta magica che risolve ogni problema. L'esperienza dei LEA (livelli essenziali di assistenza) ha evidenziato che è importante comprendere perché in un determinato territorio si riescono a garantirli e in un altro no. Tali differenze sono causate soprattutto dalla disparità di risorse fornite alle Regioni e dal diverso contesto sociale. Lo dimostrano i dati [2]. La Campania, per esempio, per la sanità riceve da decenni circa 100 euro in meno per abitante rispetto alle regioni del Nord e del Centro [3]. Si tratta di oltre mezzo miliardo di euro in meno all'anno. Ciò spiega l'enorme carenza di personale nelle ASL e negli ospedali campani (quasi la metà di dipendenti/abitante rispetto alla Toscana [4]).

Un altro fattore importante è la percentuale di persone di bassa istruzione, povere, disoccupate: più è alta più alti sono i bisogni sanitari. Di converso meno aree verdi e per lo sport, meno nidi e asili un territorio ha e più aumentano i bisogni di salute.

Purtroppo i cittadini sono stati convinti che la differenza nei servizi sanitari non dipende da questi fattori ma dalla corruzione e dal mal governo presenti al Sud e non al Centro e al Nord, cosa contraddetta dai fatti. Basti pensare alle numerose condanne penali di governatori del Nord: Formigoni: 5 anni e 10 mesi per corruzione; Maroni: 1 anno per traffico di influenze illecite; Galan: ha patteggiato 2 anni e 10 mesi e 2,5 milioni di euro per corruzione; Cota: 1 anno e 7 mesi, peculato; Rollandin: 16 mesi per favoreggiamento in appalti e 4 anni e 6 mesi per corruzione; Durnwalder: 2 anni e 6 mesi, peculato.

Per quanto riguarda la presunta inefficienza delle Regioni del Sud essa è stata smentita dai rapporti MEF-ISTAT sull'efficienza. La Regione più efficiente è risultata il Molise, seguita da Piemonte, Lombardia, Veneto, Puglia, Calabria, Campania; la più inefficiente la Toscana [5]. Purtroppo il MEF ha interrotto la pubblicazione di tali rapporti. Continuano però a essere elargiti fondi premiali per le Regioni che raggiungono determinati obiettivi, senza considerare il contesto socioeconomico delle diverse Regioni e

la diversa dotazione di personale. In questo modo si accrescono i divari.

Che l'autonomia differenziata rischi di cristallizzare tali disuguaglianze lo si evince dall'ambiguo richiamo alla "spesa storica", presente nella legge e nel preaccordo, che sembra andare incontro alla pretesa di Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna di avere in ogni caso finanziamenti che tengano conto della spesa storica e cioè che quelle Regioni continuino ad avere più soldi di quelle del Sud.

Tale problema è segnalato dalla Banca d'Italia e dalla UE. Senza risorse aggiuntive potrebbe tuttavia risultare difficile garantire i medesimi livelli essenziali di servizi nelle Regioni con una spesa storica bassa [6].

3. Banca d'Italia e UE segnalano che la legge quadro rischia di compromettere la capacità delle amministrazioni pubbliche di gestire la spesa pubblica, con un conseguente possibile impatto negativo sulla qualità delle finanze pubbliche dell'Italia e sulle disparità regionali [6].
4. Altro problema è quello del conflitto tra Regioni dovuto a externalità negative. Per esempio una Regione potrebbe gestire in autonomia la caccia, la pesca, la ricerca di idrocarburi in mare, con conseguenze negative per le Regioni vicine. Se, per esempio, il Veneto autorizza la pesca del novellame ne saranno danneggiate le Regioni vicine. Insomma si aprirebbe una stagione di conflitti difficilmente risolvibili.

Bibliografia

1. Banca d'Italia. Disegno di legge AS 215: memoria della Banca d'Italia.
2. Boffardi R. Cause e fattori determinanti dell'inefficienza sanitaria: il caso delle Regioni italiane. Rivista economica del Mezzogiorno. 2022;3.
3. Lo Stato nel 2020, come finanziamento per la sanità, ha dato alla Campania 1802 euro per abitante, alla Liguria 1940, alla Toscana 1907, all'Emilia Romagna 1900, al Piemonte 1899, alla Lombardia 1882, al Veneto 1880. ISTAT, 2022.
4. La Campania è ultima in graduatoria per dotazione di personale delle ASL (71 dipendenti ogni 10.000 abitanti, mentre in Toscana sono 130, in Emilia Romagna 126, in Piemonte e Umbria 122, in Veneto 117). ISTAT, 2019.
5. SOSE: Dalla perequazione dei costi alla perequazione dei servizi. Il parte.
6. Commissione europea. Relazione per Paese 2023: Italia. Raccomandazioni del Consiglio.

*Pio Russo Krauss, pediatra, Napoli
piorussokrauss@proton.me*

Mettere riparo alla sanità diversamente eguale nelle varie aree del Paese

Prima in sordina Luciano Violante e Anna Finocchiaro, poi Giuliano Amato, Franco Gallo, Alessandro Paino, Franco Bassanini hanno lasciato, come è noto, poco dopo la sua istituzione, il Comitato affidato alla presidenza di Sabino Cassese, nominato a marzo dello scorso anno dal ministro Calderoli per la definizione dei LEP e funzionale al prosieguo dell'iter della riforma in senso rafforzato dell'autonomia regionale voluta da Calderoli. E lo hanno fatto con una lettera, tutta intesa per motivatissime ragioni costituzionali ad argomentare l'impossibilità di rendere coerente la proposta di Calderoli, così come formulata, con il mandato ricevuto dal Comitato: definire i livelli essenziali delle prestazioni dei servizi da rendere ai cittadini con le previsioni della Carta, che fa o dovrebbe fare aggio su qualsiasi proposta di modifica del regionalismo. Detto da due ex presidenti della Corte, da un ex presidente della Corte dei Conti e da un ex ministro della Funzione pubblica, è stato un colpo obiettivo all'iniziativa di Calderoli, la cui reazione è stata in perfetto politichese populista: Amato, Gallo, Paino, Bassanini avrebbero subito, nella loro presa di posizione, "pressioni politiche". A occhio, considerato il livello delle

personalità “pressate”, la sensazione, assolutamente positiva, è che abbiamo subito le pressioni della loro coscienza di italiani. Un tipo di pressione che evidentemente Calderoli fatica a mettere in conto. E poi di grazia: il ministro nell’intraprendere la sua iniziativa da chi sarebbe stato pressato? Dallo Spirito Santo, da un ordine del medico?

Sarebbe stato meglio, all’atto di quelle dimissioni, rumorose per l’autorevolezza delle personalità coinvolte, fermarsi a ragionare al di là delle polemiche politiche, in puro spirito di interesse nazionale e dello Stato unitario che ancora siamo. Ancora per poco, se su una materia decisiva come la sanità – dando in effetti platealmente ragione alle preoccupazioni dei dimissionari – il Comitato, dopo aver affermato ritualmente, nient’altro potendo fare stante i vincoli costituzionali e giurisprudenziali, che i LEP costituiscono “un parametro che deve guidare la pubblica amministrazione nella erogazione delle prestazioni” per rispettare il criterio dell’uniformità delle prestazioni sociali di natura fondamentale da assicurare al cittadino sull’intero territorio, ha poi ritenuto di poter affermare che in materia di salute non sia necessario definire i LEP, vista la presenza dei LEA. Un paradosso logico, considerato che l’architettura dei LEP avrebbe dovuto e dovrebbe sovvenire agli effetti disuguaglianti per i cittadini nelle diverse aree del Paese dei LEA in essere, come bene mostra in questo stesso fascicolo l’articolo di Paolo Siani. Un’evidente “aiutino” a consentire alla sciagurata riforma di Calderoli di poter proseguire il suo cammino senza mettere mano a un riequilibrio effettivo del finanziamento pro capite delle prestazioni sanitarie tra le aree del Paese.

Ma anche ammesso che i LEA surrogino già i LEP, cosicché in sanità tutto si ridurrebbe a tanto rumore per nulla, personalmente mi spingo oltre le argomentazioni dell’abbandono della commissione da parte di Amato, Gallo, Paino, Bassanini. E invito a ragionare se il concetto stesso di LEP non sia costituzionale in sé, e quindi impraticabile in fatto e in diritto. Perché livelli “essenziali” delle prestazioni tra varie Regioni diversamente capaci sul piano fiscale non saranno mai prestazioni “eguali” per i cittadini. E la Costituzione a naso mi sembra, da non costituzionalista, che questo principio tuteli, ed esso sia il suo architrave di equità nella fruizione della cittadinanza. Già il regionalismo che c’è deforma in termini di costituzione materiale del Paese, per i suoi irrisolti divari, la costituzione formale. Qualsiasi incremento del regionalismo non farebbe che peggiorare la situazione. E fondamentalmente disarticolare lo Stato nazionale in venti “caciccati” di varia forza, nei cui equilibri si sposterebbe ancora di più, e a danno dei “caciccati” più deboli, il potere “politico” di uno Stato di fatto “federalizzato” per devoluzione secessionista. Un *unicum*, si realizzasse, nella storia dello stesso federalismo; un passo prima di un’Italia tornata a espressione geografica (*copyright* Metternich, istituendo al Congresso di Vienna del 1815 il Regno Lombardo-Veneto a dipendenza austriaca; oggi la dipendenza sarebbe dal “sistema tedesco”). E questo in una congiuntura in cui la stessa Europa ci ha messo a disposizione 200 miliardi con il PNRR per rilanciare la coesione del Paese, necessaria all’Europa stessa. Smettiamola di giocare a Metternich, e chiuda Giorgia Meloni, se ha lealtà con la sua stessa tradizione politico-culturale, e sul punto con la vera maggioranza degli italiani, questo sgantherato e pericoloso Congresso di Vienna “de’ noantri” in nome dei *schei*. Senza farsi sedurre da uno scambio perverso nella sua maggioranza tra regionalismo “rafforzato” e un premierato “forte”, che conseguito a queste condizioni avrebbe oltretutto poca materia, stante la divisione reale del Paese, su cui esercitare la sua pseudo-forza. Perché la riforma Calderoli ha il solo scopo di mettere a norma la disuguaglianza tra le aree forti del Paese e quelle deboli, e non di risolverle. E siano i medici, e soprattutto i pediatri che fanno venire al mondo gli italiani di domani che dovrebbero

finalmente essere eguali in tutti i loro diritti sociali ed economici fondamentali dove che siano nati, a essere in prima linea per impedire questo ulteriore colpo al bene fondamentale del diritto alla salute e alla cura in Italia.

Eugenio Mazzarella,
professore emerito di Filosofia teoretica,
Università Federico II, Napoli,
già deputato nella XVI legislatura
mazzarellaugenio@gmail.com

Dubbi di costituzionalità del disegno di legge Calderoli sul regionalismo differenziato

Il prospettato rafforzamento delle autonomie locali, cui mira il ddl n. 1665 (recante “Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell’articolo 116, terzo comma della Costituzione”), approvato in prima lettura dal Senato della Repubblica e attualmente all’esame della Camera dei Deputati, dovrà necessariamente conformarsi agli inderogabili principi di solidarietà e di eguaglianza, inter-soggettiva e inter-regionale, contenuti nella Parte Prima del nostro Testo fondamentale, nell’interpretazione pure offerta da una ricca giurisprudenza della Corte Costituzionale.

Le possibili mutazioni di modelli stranieri, appartenenti a nazioni di consolidata tradizione regionale o federale, dovranno perciò stesso adattarsi alle peculiarità socioeconomiche di un Paese, come l’Italia, che si caratterizza per profondi divari tra le diverse parti del suo territorio.

Una disarticolazione delle autonomie territoriali, che non voglia mettere in discussione i principi di unità e indivisibilità della Repubblica, non potrebbe allora sottrarsi allo svolgimento di una preliminare azione di riequilibrio.

Da qui l’esigenza di approvare una legge ordinaria, cui intende pervenire il ddl in esame, che sia in grado di assicurare una graduale promozione dell’autonomia attraverso la garanzia di livelli uniformi di prestazioni, in settori come l’istruzione, la protezione ambientale, le reti di trasporto, la valorizzazione dei beni culturali, la ricerca scientifica, porti e aeroporti, ecc., anche attraverso appropriati interventi perequativi, sull’esempio di quanto pure realizzato in Germania per ridurre i divari interni a seguito della riunificazione del 1989.

Considerati i rilevanti investimenti dedicati in questo Paese europeo per consentire un sostanziale riequilibrio tra Est e Ovest dopo la caduta del Muro di Berlino, appare alquanto illusoria la previsione contenuta nel disegno di legge Calderoli della individuazione di livelli essenziali delle prestazioni (LEP), da garantire su tutto il territorio nazionale, entro il termine di appena ventiquattro mesi (art. 3, n. 1) dalla entrata in vigore della legge.

Tale obiettivo viene peraltro ulteriormente aggravato dalla previsione contenuta nell’art. 9 del ddl secondo cui dall’applicazione della legge e da ciascuna intesa tra Governo e le Regioni interessate non dovranno “derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”, con rischio di cristallizzare l’istituto della “spesa storica” che ha finora penalizzato le Regioni meridionali.

L’esperienza vissuta in sanità rappresenta un chiaro esempio della difficoltà di perseguire un obiettivo che richiede lunghi tempi per la sua realizzazione. Nonostante la previsione, contenuta nella legge n. 412/1991, di una definizione dei LEA entro un anno dalla sua entrata in vigore, solo nel 2001 (a distanza di dieci anni) furono finalmente varati, ricorrendo peraltro a parametri che sono ancora oggi contestati dalle Regioni meridionali per mettere in discussione il principio dell’universalismo assistenziale.

A quanto precede, dovrà aggiungersi il pericolo, pure riproducibile per il trasferimento di altre materie, di un’ulteriore frammentazione tra le Regioni.

Nonostante la previsione dei LEA già dal 2001 (DPCM 29 novembre 2001) e la successiva revisione del 2017 (DPCM 12 gennaio 2017), ancora oggi permangono profonde asimmetrie tra le Regioni aggravate da un insufficiente impiego di risorse (il 6,8% del PIL, per l'Italia, al di sotto della media OCSE e di quella europea dello 7,1%) e da un'iniqua ripartizione del fondo sanitario nazionale (nonostante il lieve incremento dello 0,75% del parametro della deprivazione sociale, recentemente introdotto). Soprattutto al Sud continuano, conseguentemente, a emergere dati negativi per una maggiore mortalità infantile e minori speranze di vita in buona salute.

Un'inadeguatezza infrastrutturale (ospedali non a norma, carenza di posti letto) e tecnologica, accompagnata da una minore percentuale (rispetto alla popolazione residente) di personale sanitario, sono state le principali cause dell'eccessivo allungamento delle liste d'attesa che ha condotto alla rinuncia alle cure per ragioni economiche da parte dell'8,2% dei nuclei famigliari meridionali (a fronte del 4-6% nel resto del Paese), della carenza di programmi di prevenzione, accanto a un'ininterrotta migrazione verso strutture pubbliche o private convenzionate del Centro/Nord soprattutto per la cura di malattie rare o particolarmente delicate.

Altrettanto critica, in questa parte del Paese, è la rete di strutture assistenziali (consultori, hospice, RSA, case famiglia) che possa consentire, a conferma della simbiosi tra diritti prestazionali e diritti soggettivi, l'effettivo esercizio di scelte esenziali, da parte della donna, del malato terminale, degli anziani, nel rispetto dei diritti di autodeterminazione.

Nonostante il forte impulso offerto dalla giurisprudenza costituzionale per un'equa definizione ed erogazione di livelli prestazionali uniformi in tutto il territorio nazionale, persistono ancora ingiustificati ritardi, solo in parte imputabili alle inefficienze amministrative riscontrate in alcune Regioni, pure costrette a severi piani di rientro e a opportuni commissariamenti, a cui un'attuazione (con legge ordinaria) dell'art. 116, ultimo comma, Cost. dovrebbe porre rimedio e giammai provocare aggravati e peggioramenti delle aspettative sociali delle rispettive popolazioni.

Un'eccessivo approfondimento degli ambiti di autonomia potrebbe condurre, se non accompagnato da presidi unificanti, allo stesso svuotamento della previsione contenuta nell'art. 32 Cost. che riconosce alla Repubblica, nelle sue diverse articolazioni (dello Stato, delle Regioni e degli enti locali), il compito di tutelare "la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività", oltre a garantire "cure gratuite agli indigenti".

Il pericolo di uno scivolamento di questo genere, non rispettoso della garanzia dell'unitarietà della Repubblica, sarebbe quello di aggravare una disarticolazione autonomistica che già oggi ha condotto a ventuno sistemi sanitari regionali che, soprattutto durante l'emergenza pandemica, hanno dato, in più di un'occasione, cattiva prova di funzionamento.

*Lorenzo Chieffi,
professore ordinario di Diritto pubblico e costituzionale,
Università della Campania Luigi Vanvitelli
lorenzo.chieffi@unicampania.it*

L'ecografia polmonare e il pediatra: percorso teorico pratico e quadri clinici più comuni

Giovedì 19 settembre (10.00-19.00)

blister

CORSO PRE CONGRESSO "36° CONGRESSO NAZIONALE ACP", 20-21 SETTEMBRE, JESOLO (VE)

Lo scopo di questo corso è fornire una panoramica sui principali campi di applicazione dell'ecografia polmonare in ambito pediatrico, partendo dal quadro di normalità. Dato che essa è utilizzata come estensione dell'esame clinico del bambino, le sessioni formative saranno sviluppate da pediatri che effettuano l'ecografia polmonare in vari setting assistenziali (pronto soccorso, reparti di pediatria, ambulatorio del pediatra di famiglia). Si partirà dalle conoscenze della letteratura scientifica e dai progetti di ricerca in essere sull'argomento favorendo, sia nella parte teorica che in quella pratica del corso, la più ampia discussione critica sull'argomento.

Destinatari: tutti

Numero max partecipanti: 28 (numero minimo: 16)

PROGRAMMA

10.00 Registrazione partecipanti

10.20-10.40 Introduzione al corso

10.40-11.05 Oltre il fonendo: ambiti applicativi del POCUS e prospettive future [Francesco Caprioli]

11.05-11.30 Ecografia clinica cenni di semeiotica del polmone sano [Alberto La Valle]

11.30-11.45 **Discussione**

11.45-13.00 Parte pratica su polmone sano

13.00-14.30 **Pranzo**

14.30-14.55 Pocus: l'interstiziopatia dai primi giorni di vita all'adolescenza [Gianluca Iovine]

14.55-15:20 Pocus: Sindrome alveolare e patologia pleurica [Andrea Apicella]

15.20-15.35 **Discussione**

15.35-16.00 **Pausa caffè**

16.00-17.00 Diagnosi a colpo d'occhio

17.00-17.15 **Discussione**

17.30-19.00 Parte pratica su polmone patologico con casi clinici

Docenti del corso

- Francesco Caprioli, pediatra di famiglia, ASL3 "Genovese"
- Alberto La Valle, pediatra libero professionista, Genova
- Gianluca Iovine, pediatria di famiglia, Modena
- Andrea Apicella, pediatra ospedaliero, Napoli

Quote di iscrizione

€ 80 quota per chi partecipa solo al corso*.

€ 50 quota per chi segue anche il 36° Congresso nazionale ACP.

La quota comprende la partecipazione ai lavori e l'attestato.

* Il costo è relativo all'iscritto al solo corso e che non prosegue la formazione con la partecipazione al congresso nazionale (20-21 settembre).