

Assetti e vincoli finanziari stanno trasformando le differenze territoriali in disuguaglianze strutturali

SANITÀ, AUTONOMIA DIFFERENZIATA E GOVERNANCE IL DECENTRAMENTO INCOMPIUTO CHE ALLARGA I DIVARI

FLORIANA CERNIGLIA



Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) italiano nasce nel 1978 come sistema universalistico, fondato sui principi di eguaglianza e di solidarietà, finanziato tramite fiscalità generale. Si sviluppa fin dall'origine dentro una struttura di governance multilivello, in cui Stato e governi locali condividono responsabilità diverse. Allo Stato spettano il finanziamento complessivo e la garanzia del diritto alla salute; ai governi locali competono l'organizzazione e l'erogazione dei servizi. Questo equilibrio, già complesso, si è progressivamente sbilanciato con il decentramento degli anni Novanta e con la riforma del Titolo V della Costituzione, che ha rafforzato l'autonomia delle Regioni anche in campo sanitario, senza però completare il passaggio a una vera responsabilità finanziaria. Ne è derivato un sistema definibile come "decentramento a metà": le Regioni gestiscono la spesa sanitaria (circa l'80% dei bilanci regionali) e decidono i modelli organizzativi, ma il livello complessivo delle risorse è stabilito a livello centrale con la legge di bilancio sulla base dei vincoli di finanza pubblica, e non su un'effettiva quantificazione dei bisogni sanitari dei cittadini nei diversi territori. I Lea (livelli essenziali di assistenza), anziché guidare ex ante la definizione del finanziamento, servono soltanto a monitorare ex post le performance regionali. Questo disallineamento tra responsabilità di spesa, di organizzazione e quella sul finanziamento indebolisce gli incentivi alla buona gestione e rende opaca la responsabilità politica. Dopo il 2010 la crescita del Fondo sanitario nazionale è risultata sistematicamen-

te inferiore all'inflazione, determinando una riduzione reale delle risorse. L'aumento registrato durante la pandemia non ha prodotto un rafforzamento permanente e, nel periodo più recente, l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil resta sotto la media europea. Il sottofinanziamento interagisce con forti divari territoriali. Le differenze nella spesa pro capite, nella disponibilità di medici e soprattutto di infermieri, nella qualità delle strutture e negli esiti di salute alimentano flussi di mobilità sanitaria, sottraendo ulteriori risorse ai territori più fragili e generando un circolo vizioso di impoverimento organizzativo e finanziario. È in questo contesto già fragile che si inserisce il dibattito sull'autonomia differenziata introdotta dal Titolo V (art. 116 comma tre, della Costituzione). Le richieste avanzate da alcune Regioni non riguardano aspetti marginali, ma investono nodi cruciali della governance sanitaria: gestione del personale, rapporti con il privato accreditato, sistemi tariffari, investimenti, fondi integrativi. Anche se la Corte costituzionale ha posto limiti stringenti alla legge Calderoli di attuazione dell'autonomia differenziata, riaffermando la centralità del Parlamento nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, lo scorso novembre il Ministro Calderoli e i presidenti di Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria hanno firmato pre-intese riguardanti funzioni afferenti alle materie "protezione civile", "professioni", "previdenza complementare e integrativa" e "tutela della salute - coordinamento della finanza pubblica". Se si desse corso a questi testi, facendone partire l'iter — prima in Consiglio dei ministri e poi in Parlamento — si aprirebbe un rischio rilevante per il nostro Ssn. L'ampliamento delle leve finanziarie e gestionali in capo alle Regioni più for-

ti può innescare meccanismi competitivi sul personale, sugli investimenti e sull'offerta privata, rafforzando chi è già avvantaggiato e indebolendo ulteriormente i sistemi più fragili. La mobilità sanitaria, da risposta individualmente razionale, rischia così di diventare un meccanismo strutturale. Si crea quindi una tensione evidente tra la logica solidaristica del Ssn e una differenziazione istituzionale che, in assenza di risorse aggiuntive e di forti meccanismi perequativi, tende a cristallizzare le disuguaglianze. Le conclusioni sono politicamente scomode ma difficilmente eludibili. Finché i Lea restano principalmente uno strumento di controllo ex-post e non il fondamento per la determinazione del fabbisogno e delle risorse tra i territori, la promessa di uguaglianza resta fragile. Una possibile direzione di riforma sarebbe integrare Lea e fabbisogni standard con un approccio bottom-up, basato sulla stima delle prestazioni necessarie e dei relativi costi standard. Ma senza un aumento stabile del finanziamento complessivo, anche i migliori meccanismi tecnici rischiano di restare inefficaci. Allo stesso modo, gli investimenti del Pnrr potranno produrre effetti duraturi solo se accompagnati da risorse correnti per personale e funzionamento. Dunque, la questione non è solo di governance ma anche profondamente politica: quante risorse si vogliono destinare alla sanità pubblica e quale grado di uniformità dei diritti si intende realmente garantire. Senza risposte chiare a queste domande, l'autonomia differenziata rischia di diventare un ulteriore fattore di consolidamento della frattura territoriale nel diritto alla salute tra territori e tra i cittadini italiani.

**Università Cattolica
del Sacro Cuore**

© RIPRODUZIONE RISERVATA