

Seminario pubblico

IL DIRITTO ALLA SALUTE FRA GUERRE E SINDEMIE

*fermiamo la privatizzazione del servizio sanitario
nazionale e la negazione del diritto alla salute*

**Sabato
9 aprile
2022**

9:30 - 13:00



**CAMERA DEL LAVORO DI MILANO - CGIL
CORSO DI PORTA VITTORIA, 43**

Regionalismo Differenziato e Medicina Territoriale

Gianluigi Trianni

Comitati per il Ritiro di ogni Autonomia Differenziata l'Unità della Repubblica e l'Uguaglianza dei Diritti

NO AD
COMITATI PER IL RITIRO DI OGNI
AUTONOMIA DIFFERENZIATA
L'UNITÀ DELLA REPUBBLICA E
L'UGUAGLIANZA DEI DIRITTI

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	<i>Rimuovere i incol di spesa per il personale e per la gestione del personale</i>	Si Art. 1	Si Art. 1	Si Art. 1	La regione Veneto esplicita la regolazione della libera professione
2	<i>Regolamentare l'accesso alle scuole di specializzazione e le borse di studio, introdurre contratti di formazione lavoro per medici, il loro inserimento nelle attività assistenziali, il loro accesso alle scuole di specialità</i>	Si Art. 2	Si Art. 2	Si Art. 2	
3	<i>Stabilire il sistema tariffario, di rimborso, remunerazione e compartecipazione esclusivamente per i residenti</i>	Si Art. 3	Si Art. 3	Si Art. 3	
4	<i>Stabilire il sistema di "governance" con riferimento particolare alle forme di integrazione ospedale territorio</i>	Si Art. 4	Si Art. 4	Si Art. 4	La regione Emilia Romagna esplicita anche la integrazione con l'Università
5	<i>Decidere l'inserimento di farmaci nei prontuari terapeutici a carico della Regione in ragione dell' equivalenza terapeutica in caso di latitanza dell' Agenzia Italiana del Farmaco</i>	Si Art. 5	Si Art. 5	Si Art. 5	
6	<i>Stabilire la introduzione della distribuzione diretta dei farmaci tramite farmacie ospedaliere e di comunità a pazienti dimessi ed in cura da parte dei servizi distrettuali)</i>	Si Art. 6	Si Art. 6	No	
7	<i>Assicurare interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico in quadro pluriennale e certo di risorse finanziarie</i>	Si Art. 7	Si Art. 7	Si Art. 6	
8	<i>Istituire e gestione di fondi sanitari integrativi da parte della regione</i>	Si Art. 8	Si Art. 8	Si Art. 7	



8 aprile 2022

Sanità pubblica, una lenta agonia

L'Italia, fra i Paesi avanzati e con sistemi sanitari universalistici, è uno di quelli con i più bassi livelli di spesa sanitaria, pubblica e privata, pro-capite, sia in termini assoluti che in relazione al Pil. All'interno di questi macro-dati, è interessante fare un'analisi puntuale, che metta in luce non solo come sia mutato il concetto stesso di "assistenza sanitaria" ma anche l'andamento del rapporto pubblico-privato nel tempo.

Sono state pubblicate le Schede di dimissione ospedaliera (Sdo) del 2018 (sono dati che richiedono tempi lunghi di verifica) che confermano il drastico decremento dei ricoveri negli ultimi dieci anni.

Pur non disconoscendo il ruolo dell'innovazione tecnologica nel ridurre i tempi dei ricoveri, tra il 2008 e il 2018 ci sono stati 3 milioni e mezzo di ricoveri in meno, segno del calo dell'offerta pubblica in posti letto e figure sanitarie.

In un decennio sono stati cancellati 40.000 (18%) letti di degenza nel pubblico, chiusi 200 ospedali e 1.000 presidi di specialistica ambulatoriale e sono venuti a mancare circa 70.000 sanitari tra medici, infermieri e altri addetti alla sanità.

Secondo i dati forniti dal Rapporto Oasi del Cergas, in termini percentuali sul Pil la spesa sanitaria pubblica è passata, dal 6,9% nel 2010 al 6,7% nel 2019, mentre in percentuale sulla spesa pubblica totale è diminuita dal 14,1% nel 2010 al 13,4% nel 2017.

Ci si ammala meno? No.

In Italia vivono quasi 51 milioni di persone con più di 18 anni di età e, secondo i dati dell'Iss, si può stimare che oltre 14 milioni di persone convivano con una patologia cronica, e di questi 8,4 milioni siano ultrasessantacinquenni.

C'è stato uno slittamento tra l'assistenza ospedaliera verso altre strutture assistenziali e anche verso l'assistenza domiciliare, tutte private.

La componente privata ha raggiunto il 23-25% con un'offerta di degenza fino al 48% del totale.

Oltre ai continui tagli della spesa sanitaria, bisogna tener conto che pesano altri fattori, quali la continua fuga di figure sanitarie dal pubblico a causa di trattamenti economici non adeguati e il conseguente allungamento delle liste d'attesa delle prestazioni sanitarie, che spingono i pazienti a rivolgersi sempre più frequentemente al privato.

Maria Rita Gismondo

Direttore microbiologia clinica e virologia del "Sacco" di Milano

Def 2022. Per la sanità spesa in diminuzione dal 2023 con lieve rialzo nel 2025. Il rapporto con il Pil passa dal 7% del 2022 al 6,2% del 2025

Il Mef ha pubblicato oggi i testi integrali del Documento di economia e finanza approvato mercoledì scorso dal Governo. Per l'anno in corso la spesa stimata a fine anno è di 131.710 milioni di euro, più alta del 3% rispetto al 2021. Nel triennio 2023-2025, la spesa sanitaria è prevista decrescere a un tasso medio annuo dello 0,6 per cento; nel medesimo arco temporale il PIL nominale crescerebbe in media del 3,8%. [TUTTI I DOCUMENTI DEL DEF.](#)

La relazione dei magistrati contabili: impossibile valutare l'efficienza del trasferimento di competenze alle Regioni

Autonomia, l'altolà della Corte dei conti «L'impatto economico non è valutabile»

IL DOSSIER

Albino Salmaso

Dalla Corte dei conti arriva un giudizio assai critico sulla ventata di federalismo cavalcata dalle regioni: a 4 anni dalle preintese firmate il 28 febbraio 2018 tra il governo Gentiloni e il Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna non «risultano ancora individuate le materie da trasferire e molte di quelle competenze riguardano profili legislativi privi di effetti finanziari». E non esiste alcun calcolo che indichi quali siano i vantaggi nel trasferimento dei poteri dai ministeri alle regioni. Cosa significa? Che siamo all'anno zero. Anche se la ministra Gelmini ha inserito la legge quadro sull'autonomia differenziata nel collegato al Def approvato mercoledì dal governo Draghi.

Un atto che lascia intendere che il provvedimento nelle prossime settimane arriverà a palazzo Chigi per essere poi trasmesso al Parlamento. In aula si annunciano le barricate, come ha ribadito ieri Paola Nugnes nel question time al Senato: l'ex M5S parla di «processo disgregativo dell'identità nazionale a danno del Mezzogiorno. Ci vuole uno stop immediato alle pretese di tre regioni ricche».

La ministra Mara Carfagna nella sua risposta ha ribadito che l'autonomia differenziata può decollare solo dopo aver approvato i Lep, i livelli essenziali delle prestazioni. E ha indicato negli asili nido il primo traguardo da raggiungere con il Pori entro il 2026 per creare servizi sociali omogenei in Italia.

Un passo alla volta. Le preintese del 2018 firmate dal sottosegretario Bressa con Zaia, Bonaccini e Maroni riguardano cinque materie: la sanità, l'ambiente, la pubblica istruzione,



Il presidente della Regione Luca Zaia ricevuto al Quirinale dal Capo dello Stato Sergio Mattarella



Mariastella Gelmini



Mara Carfagna

le politiche del lavoro e rapporti con l'Unione Europea, materia quanto mai delicata visti i risvolti di politica estera. Quegli accordi sono finiti in archivio perché i ministri Erika Stefani (Lega), Francesco Boccia

(Pd) e ora Mariastella Gelmini (Fdi) hanno allargato il negoziato a tutte le 23 materie, come chiesto da Zaia e Fontana sulla spinta dei loro referendum costati 10 milioni di euro al Veneto e 40 alla Lombardia.

strazioni non hanno potuto fornire gli elementi di analisi sulle possibili conseguenze finanziarie legate al trasferimento di funzioni tra Stato e regioni. E non sono riuscite a quantificare le risorse umane, strumentali e finanziarie eventualmente coinvolte. Ne consegue l'assenza di un quadro d'insieme sugli effetti dell'attuazione del regionalismo differenziato. E al tempo stesso esiste l'impossibilità di valutare l'efficienza degli interventi con il trasferimento di competenze dallo Stato alle Regioni a statuto ordinario», conclude la Corte dei conti. La ministra Gelmini non ha voluto replica-

**Il ministro Carfagna
«Prima approvare
i livelli essenziali
delle prestazioni»**

re a questi rilievi.

La bozza Bressa è figlia del governo Gentiloni ma in questi 4 anni sono circolate due «intese apocriefe» mai approvate con cui si è tentato di quantificare le risorse in gioco. Procediamo per ordine. La sanità è gestita dalle Regioni con il fondo nazionale con 121 miliardi di euro e quindi non fa parte del negoziato. La discussione ha coinvolto la scuola, che il Veneto e la Lombardia volevano plasmare con graduatorie ad hoc sul modello di Trento e Bolzano. La trattativa è decollata con l'ex ministro Marco Bussetti (Lega) e le cifre in gioco sono 2,4 miliardi per il Veneto e oltre 4 per la Lombardia. La commissione nominata dalla ministra Gelmini ha bocciato la devolution dei prof perché in contrasto con la Costituzione e le 23 materie chieste da Zaia non saranno mai concesse. Federalismo a costo zero? Pare proprio di sì. Soldi da regalare alle Regioni non ce ne sono.

Ad alzare il muro del no il M5S con il premier Conte dal 2018 a febbraio 2021. Poi la pandemia Covid e ora la guerra in Ucraina hanno cambiato la gerarchia delle priorità, ma il dossier Bressa è finito all'esterno della Sezione centrale della Corte dei conti. E il giudizio diffuso da una nota dell'Ansa invita a riflettere. I rilievi riguardano il processo di autonomia differenziata 2013-18 sulle «politiche del lavoro, della formazione e istruzione». Ad oggi, rileva la magistratura contabile, «non risultano ancora individuate le funzioni da trasferire e molte delle competenze da attribuire riguardano profili legislativi e/o amministrativi privi di effetti finanziari. In mancanza di presupposti per misurarne gli effetti - specifica ancora la Corte - alcune delle ammini-

Lsai critico sulla ventata di federalismo cavalcata dalle regioni: a 4 anni dalle preintese firmate il 28 febbraio 2018 tra il governo Gentiloni e il Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna non «risultano ancora individuate le materie da trasferire e molte di quelle competenze riguardano profili legislativi privi di effetti finanziari». E non esiste alcun calcolo che indichi quali siano i vantaggi nel trasferimento dei poteri dai ministeri alle regioni. Cosa significa? Che siamo all'anno zero. Anche se la ministra Gelmini ha inserito la legge quadro sull'autonomia differenziata nel collegato al Def approvato mercoledì dal governo Draghi.

Un atto che lascia intendere che il provvedimento nelle prossime settimane arriverà a palazzo Chigi per essere poi trasmesso al Parlamento. In aula si annunciano le barricate, come ha ribadito ieri Paola Nugnes nel question time al Senato: l'ex M5S parla di «processo disgregativo dell'identità nazionale a danno del Mezzogiorno. Ci vuole uno stop immediato alle pretese di tre regioni ricche».

La ministra Mara Carfagna nella sua risposta ha ribadito che l'autonomia differenziata può decollare solo dopo aver approvato i Lep, i livelli essenziali delle prestazioni. E ha indicato negli asili nido il primo traguardo da raggiungere con



Il presidente della Regione Luca Zaia ricevuto al



Ambiti di Autonomia Legislativa in Sanità richieste al Governo da Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna

Eccezioni ministro Speranza audizione Commissione Parlamentare per le Questioni Regionali il 14.11.2020

- 1 Maggiore autonomia finalizzata a **rimuovere i vincoli di spesa specifici**, con particolare riguardo alle politiche di gestione del **personale dipendente, convenzionato o accreditato**
- 2 **Contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" per i medici**, alternativi al percorso delle scuole di specializzazione.
- 3 Maggiore autonomia in materia di **accesso alle scuole universitarie di specializzazione**
- 4 Funzioni attinenti al **sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione** (solo per agli assistiti residenti nella Regione).
- 5 Definizione del sistema di **governance delle Aziende sanitarie e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale**
- 6 **Sottoporre all'AIFA valutazioni tecnico-scientifiche sull'equivalenza terapeutica tra farmaci diversi** e nel caso L'AIFA entro 180 giorni non si pronunci assumere le relative determinazioni
- 7 **Distribuzione diretta dei farmaci**
- 8 Istituzione e gestione di **fondi sanitari integrativi**.
- 9 Interventi sul **patrimonio edilizio e tecnologico** del Servizio Sanitario Regionale

Lettura Critica della “Relazione del gruppo di lavoro sul regionalismo differenziato” ex commissione Gelmini 2022.02.09

Premessa

Rispetto al biennio 2018-2019, nel quale si iniziò il processo di attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost., si deve tener conto di:

- “evidenze e di criticità emerse già in quella prima fase” (evidentemente numerose),
- “riflessioni circa la modalità maggiormente rispondente a Costituzione per dar seguito al regionalismo differenziato” (evidentemente disattesa)
- “processo di gestione delle risorse che il Paese riceverà dall'UE tramite il PNRR impone una gestione coordinata e unitaria delle decisioni circa la concreta allocazione delle risorse sul territorio” (evidentemente incompatibile con l'istituirsi di centri di decisione con lo Stato e reciprocamente autonomi quale risultato dell'attuazione del regionalismo differenziato richiesto da Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna).

2. L'ambito materiale

“alcune risultano strutturalmente non devolvibili per intero alle Regioni.” E cita il caso di:

- “coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario”,
- l'“ambiente”,
- “grandi opere di trasporto e navigazione”,
- “produzione, distribuzione e trasporto nazionale dell'energia”.
- l'istruzione

3. La determinazione delle risorse finanziarie

4. Le procedure

5. Gli enti locali

6. Le risultanze delle audizioni

7. Conclusioni

Lettura Critica della “Relazione del gruppo di lavoro sul regionalismo differenziato” ex commissione Gelmini

2022.02.09

7. Conclusioni

- a. PNRR impone una gestione coordinata e unitaria delle decisioni circa la concreta allocazione delle risorse sul territorio.
- d. Clausola di salvaguardia per le Regioni delle pre-intese con il Governo nel 2018, e faccia salve le norme procedurali
- g. Nella legge-quadro, devono essere previste:
 - specifiche forme di gradualità
 - successive fasi di precisazione, di monitoraggio e di correzione degli aspetti di ordine finanziario;
 - l'eventuale esercizio di poteri sostitutivi se ricorrano le condizioni previste dall'art. 120, comma 2, Cost.
- i. in questa prima fase, non pare opportuno procedere ad ulteriori trasferimenti in materia sanitaria, in attesa di affrontare la necessaria riflessione nazionale sull'assetto del sistema sanitario (la cui sostanziale regionalizzazione, a giudizio del gruppo di lavoro, non va però messa in discussione), anche in ragione delle difficoltà derivanti dall'intreccio di diverse modalità di finanziamento.
- j. principio generale che la Regione richiedente deve farsi carico della dimostrazione della convenienza di sistema al trasferimento delle funzioni e delle risorse.
- l. attuazione della perequazione infrastrutturale e del federalismo differenziato siano reciprocamente coordinate,
- m. gruppo significativo di materie rispondente alle caratteristiche sopra individuate, dal quale partire
 - dei musei e dei beni culturali,
 - degli incentivi alle attività produttive,
 - ricerca scientifica e tecnologica,
 - ordinamento sportivo,
 - edilizia scolastica,
 - degli asili nido
 - all'area statale residua dell'istruzione e formazione professionale,
 - alcune aree della disciplina del lavoro

Studi - Affari sociali

PNRR: approvato in Conferenza Stato-Regioni l'intesa sullo schema per i Contratti istituzionali di Sviluppo

In Conferenza Stato-Regioni è stata approvata l'[Intesa sullo schema del Contratto istituzionale di sviluppo \(CIS\)](#) che ogni Regione dovrà sottoscrivere entro il 31 maggio 2022 con il Ministero della Salute.

In base allo schema ogni Regione è tenuta ad inserire il proprio Piano operativo (già presentato entro il 28 febbraio scorso) con il **cronoprogramma degli interventi** e a nominare, in qualità di soggetto attuatore, un referente unico del contratto.

Come struttura centrale di controllo di tali contratti, il Ministero della Salute ha istituito una **unità di missione** che, per una parte degli interventi sulla sanità, si avvale anche della collaborazione con l'Agenas.

Ex post, la governance ed il controllo di attuazione del CIS è affidato al Tavolo istituzionale presieduto dal MdS, con la partecipazione del Presidente della Regione o della Provincia autonoma e del Ministro dell'economia e finanze, o da loro delegati.

Al Tavolo sono attribuiti diversi compiti, tra i quali:

- valutare *l'andamento delle attività e il rispetto degli impegni previsti dal Contratto*;
- verificare, con cadenza semestrale, lo *stato di attuazione del Piano Operativo dell'ente territoriale*;
- *approvare eventuali rimodulazioni successive delle schede di intervento e dei finanziamenti* o eventuali proposte di definanziamento, se necessarie.

Ulteriore e decisivo compito è l'eventuale voto a maggioranza della richiesta di attivare i poteri sostitutivi del Governo nei confronti della Regione, in caso di inattuazione del Piano.



la salute è un diritto:
non tagliare, spendere meglio



PNRR, I NUOVI STANDARD PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE: ancora rinviata l'Intesa Stato Regioni sul Decreto. Il Governo "frena" sulle condizioni poste dalle regioni per finanziamento e assunzioni di personale

Rinviata ancora una volta l'Intesa Stato Regioni sul Decreto, del Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, previsto dal PNRR M6 C1 quale Riforma per lo sviluppo dell'assistenza territoriale.

Il contrasto, sollevato in specie dalla Regione Campania ([vedi Atto 42 del 30.3.2022 Conferenza Stato Regioni "mancata Intesa"](#)), non riguarda il testo del DM e dell'Allegato documento "Modelli e Standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale". Riguarda il contenuto dell'Intesa Stato Regioni, che deve approvare DM e Allegato.

Per l'Intesa – inizialmente prevista il 16 marzo e poi rinviata al 30 marzo su richiesta del MEF – le Regioni avevano posto "sei condizioni" (poi tradotte nei nove punti della bozza di Intesa). In particolare, le condizioni riguardavano la progressiva attuazione dei nuovi standard collegata all'adeguamento dei finanziamenti correnti e alle assunzioni del personale necessari ad attuarli. Ed è proprio sulle questioni della copertura finanziaria e delle assunzioni di personale che **il nuovo testo (bozza non ufficiale) proposto del Governo** modifica la proposta di Intesa, in particolare i punti 4, 5, 6 e 7 (vedi sotto la Tabella).

Matteo Lepore, Sindaco della Città Metropolitana di Bologna, il 5 marzo scorso ha dichiarato

(Ag. Mac/ Dire 05.03.2022)

- *«Io non sono d'accordo con l'autonomia differenziata: dopo il Covid la sanità pubblica nazionale deve essere la priorità e invece vedo troppa confusione politica e istituzionale»*
- *«Occorre che ognuno torni a fare il proprio compito: la Costituzione italiana è molto chiara; abbiamo già tanto da fare così, e bisogna farle bene»*
- *«Dividere nord e sud è un errore, dovremmo metterci insieme a Milano e Napoli per realizzare cose importanti»*
- *«i sindaci vadano a braccetto, lavorino insieme, sennò rischiamo che le cose si decidano altrove mentre noi giochiamo a tresette pensando che una potestà normativa sia in un ente o in un altro»*
- *«non si deve perdere l'occasione di unire il paese attraverso il PNRR, sarebbe un grave errore dividere nord e sud»*

Modena - 01.04.2022 - Agenzia DIRE e l'indirizzo www.dire.it

Autonomia, Gelmini: “Legge quadro pronta, in Parlamento il prima possibile”

Ci sono spiragli per arrivare davvero a **una legge quadro sull'autonomia differenziata entro la fine della legislatura?** *«Ci sono assolutamente. Stiamo lavorando con grande intensità con tutte le Regioni che hanno chiesto l'autonomia differenziata»*

«La legge quadro è sostanzialmente pronta, c'è una discussione aperta nella Bicamerale degli Affari regionali. Ci auguriamo di poter andare in Parlamento con la legge quadro il prima possibile»”.

«è solo una questione di qualche mese, siamo in dirittura d'arrivo»

«Bonaccini sarà soddisfatto, credo, dalla proposta che andremo a formulare insieme».

Modena - 01.04.2022 - Agenzia DIRE e l'indirizzo www.dire.it

BONACCINI: ASPETTIAMO PARLAMENTO, NESSUNO SI SPAVENTI

“Spero di poter essere fiducioso - Se **facciamo crescere ancora di più l'Emilia-Romagna**, e questo vale per ogni regione, **cresce di più anche e direttamente il paese**”.

“Noi da subito abbiamo fatto una richiesta un po' diversa da quella di Veneto e Lombardia, perché chiede più o meno la metà del totale delle richieste che hanno fatto loro.

Alcune loro proposte non ci convincono, ad esempio quelle sulla scuola: per me è assurdo portare gli insegnanti ad essere dipendenti di una Regione, perché la **scuola dev'essere una, unica e nazionale. Non devono esserci 20 scuole diverse**”.

“sono tra quelli che pensano che sia comprensibile che il Governo e la ministra Gelmini pensino ad **una legge quadro da portare in Parlamento, prima ancora che singole intese** come si era ipotizzato all'inizio. Se si coinvolge il Parlamento è meglio, dal punto di vista della garanzia a tutti di poter dire la propria ma soprattutto di poter trovare un ragionevole equilibrio, e per non spaventare nessuna regione. L'Emilia-Romagna, del resto, non ha mai chiesto residui fiscali e **non ha mai chiesto un euro in più rispetto a quello che già ci arriva** “

“**se ci dessero persino un euro in meno, a noi andrebbe bene: l'importante è che ci lascino programmare per anni, e non ogni anno sull'anno successivo**, e soprattutto che ci permettano di poter semplificare norme che, in alcuni casi, attendendo Roma, ci mettono anni per essere approvate. Se lo facessimo per questioni regionali, in Emilia-Romagna - assicura Bonaccini- ci metteremmo molto meno”.

Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 - Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità

Coordinato con L.R. n.22 del 14.12.2021

Titolo I Norme sul servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo (1)

Art. 1 (Oggetto)

1. Il servizio sanitario, sociosanitario e sociale regionale integrato lombardo, di seguito denominato servizio sociosanitario lombardo (SSL), promuove e tutela la salute ed è costituito dall'insieme di funzioni, risorse, servizi, attività, professionisti e prestazioni che garantiscono l'offerta sanitaria e sociosanitaria della Regione e la sua integrazione con quella sociale di competenza delle autonomie locali. (3)

2. La presente legge disciplina, nel rispetto dei principi e dei valori della Costituzione, della legislazione nazionale ed internazionale di settore direttamente applicabile nel nostro ordinamento e **dello Statuto d'autonomia**, il servizio sanitario e sociosanitario regionale (SSR),

(omissis)

Legge Regionale 30 dicembre 2009, n. 33 - Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità

Coordinato con L.R. n.22 del 14.12.2021

Art. 2 (Principi)

1. La programmazione, la gestione e l'organizzazione del SSR sono attuate, nell'ambito del SSL, con la gradualità e nei limiti delle risorse economiche disponibili e si conformano ai seguenti principi:

b) scelta libera, consapevole e responsabile dei cittadini di accesso alle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, (omissis) in un'ottica di trasparenza e parità di diritti e doveri tra soggetti pubblici e privati che operano all'interno del SSL che, (omissis) devono garantire agende dedicate per il percorso di presa in carico del paziente cronico e con fragilità;

b quinquies) definizione del case mix da parte delle ATS e conseguente allocazione di budget a specifici e prioritari obiettivi di salute, in coerenza con gli indirizzi di programmazione definiti dalla Regione e nel rispetto della struttura d'offerta di ciascun erogatore e degli investimenti effettuati;

h) sussidiarietà orizzontale per garantire pari accessibilità dei cittadini a tutti i soggetti erogatori di diritto pubblico e di diritto privato inclusi gli enti del terzo settore (omissis) in modo da garantire parità di diritti e di doveri di tutti i soggetti che concorrono alla realizzazione della rete dell'offerta;

n nonies) valorizzazione degli enti del terzo settore, (omissis), riconoscendone il supporto e il coinvolgimento attivo nella programmazione e nella realizzazione del SSL;

n sexies) promozione della collaborazione tra il SSR e il sistema produttivo, con particolare riferimento al welfare aziendale, alla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, alla ricerca biomedica e ai trasferimenti tecnologici;

Legge 23 dicembre 1978, n. 833 - *"Istituzione del servizio sanitario nazionale"*

TITOLO I - Il servizio sanitario nazionale

Capo I - Principi ed obiettivi

1. (I principi). - La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il servizio sanitario nazionale.

La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana.

Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.

L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini.

Nel servizio sanitario nazionale è assicurato il collegamento ed il coordinamento con le attività e con gli interventi di tutti gli altri organi, centri, istituzioni e servizi, che svolgono nel settore sociale attività comunque incidenti sullo stato di salute degli individui e della collettività.

Le associazioni di volontariato possono concorrere ai fini istituzionali del servizio sanitario nazionale nei modi e nelle forme stabiliti dalla presente legge.

46. (Mutualità volontaria). - La mutualità volontaria è libera.

È vietato agli enti, imprese ed aziende pubbliche contribuire sotto qualsiasi forma al finanziamento di associazioni mutualistiche liberamente costituite aventi finalità di erogare prestazioni integrative dell'assistenza sanitaria prestata dal servizio sanitario nazionale.

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Bindi)
"Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419"

Art. 1 (Modificazioni all'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502)

1. L'articolo 1 del decreto legislativo 30 dicembre - 1992, n.502, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

"Art. 1 (Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza)

1. La tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale, nell'ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, nonché' delle funzioni conservate allo Stato dal medesimo decreto.

2. Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso risorse pubbliche e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n.833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché' dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Venerdì 11 FEBBRAIO 2022

Riforma sanitaria lombarda. Via libera con alcuni rilievi dal Governo. Soddisfatta Moratti: “Impianto della legge confermato”

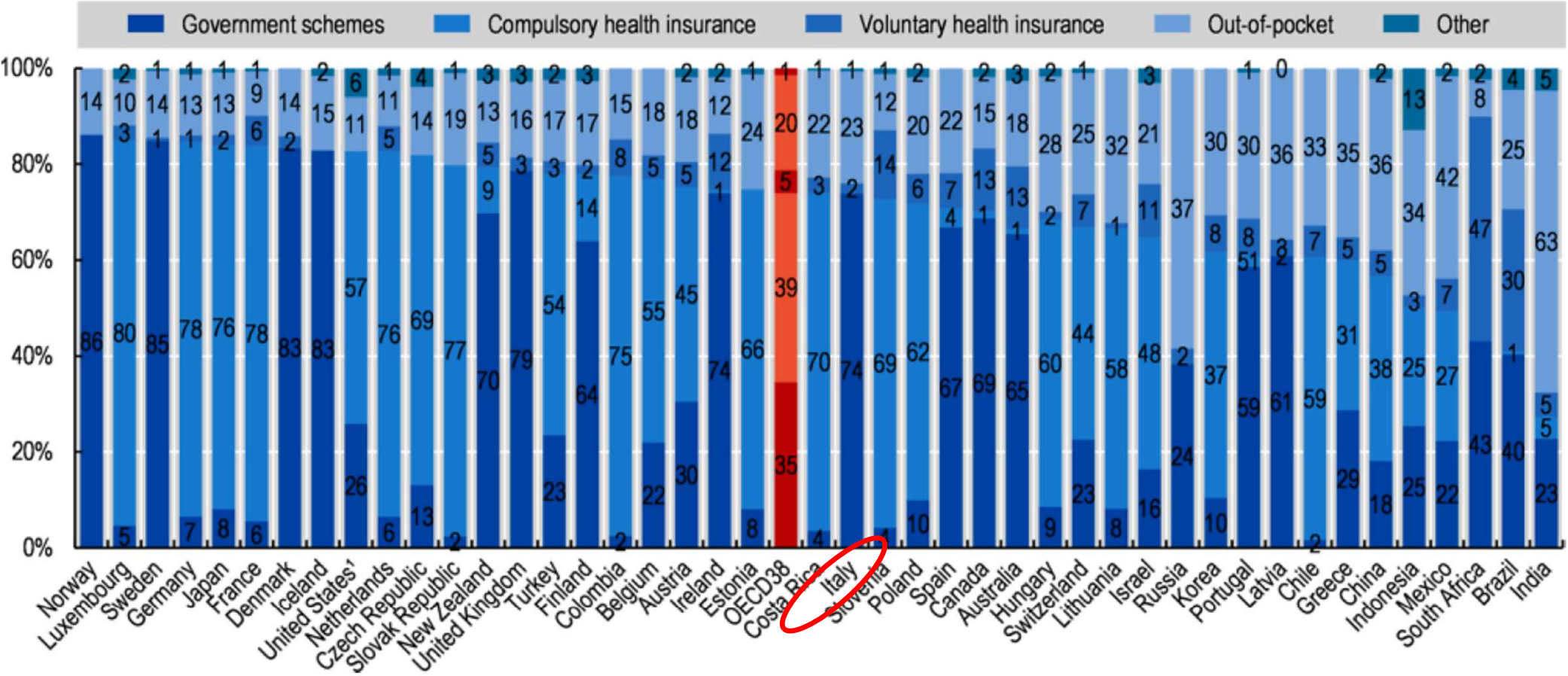
L'annuncio dell'istruttoria da parte del Governo era stato [dato nelle scorse settimane](#) dal sottosegretario Andrea Costa. Oggi il Cdm ha deciso di non impugnare la legge di riforma limitandosi a inviare alcuni rilievi alla Regione come confermato dalla stessa vice presidente Moratti: “Ringrazio il Governo, ed in particolare il ministro della Salute, Roberto Speranza, per la concreta e leale collaborazione istituzionale”.

Il Consiglio dei Ministri ha deliberato di non impugnare la legge di [riforma sanitaria](#) della Regione Lombardia n. 22 del 14/12/2021 “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).

Notizia accolta con favore dall'assessore al Welfare della Lombardia, Letizia Moratti. “Sono estremamente soddisfatta dell'approvazione positiva, da parte del Consiglio dei Ministri, della Legge 22/2021 di Regione Lombardia per il potenziamento territoriale del servizio socio sanitario lombardo”, scrive Moratti su Facebook. “Con questa legge la Lombardia è la prima Regione italiana che dà piena attuazione al Pnrr attraverso una normativa di respiro nazionale ed europeo”.

Moratti ringrazia “il Governo, ed in particolare il ministro della Salute, Roberto Speranza, per la concreta e leale collaborazione istituzionale. L'Esecutivo - spiega ancora l'assessore -, nel confermare pienamente l'impianto complessivo delineato dalla legge, ha consentito a Regione Lombardia di fare propri alcuni suggerimenti che apporteranno un ulteriore miglioramento del testo escludendo qualsiasi

Figura 7.9. Spesa sanitaria per tipo di finanziamento, 2019 (o anno più prossimo)



1. Tutte le spese delle compagnie di assicurazione sanitaria private dichiarate nell'assicurazione sanitaria obbligatoria.
2. La categoria "Altro" si riferisce al finanziamento da parte di ONG, datori di lavoro, schemi per non residenti e schemi sconosciuti.

Fonte: Statistiche sanitarie dell'OCSE 2021.

StatLink <https://stat.link/fnap0l>



“WELFARE, ITALIA”

Cresce la spesa in welfare prevista nel 2021 (632 miliardi, +56 miliardi rispetto al 2019), in arrivo 41,5 miliardi per il welfare dal PNRR entro il 2026: le nuove basi per rilanciare il lavoro e affrontare la grande transizione demografica.

PRESENTATO OGGI IL RAPPORTO 2021 DEL THINK TANK “WELFARE, ITALIA”,

Il Think Tank traccia le cinque priorità di azione per il Paese:

- ✓ Digitalizzazione dei servizi di welfare
- ✓ Gestione attiva dell'evoluzione demografica
- ✓ Politiche attive a supporto del mercato del lavoro
- ✓ Riforma delle politiche passive e dei meccanismi degli ammortizzatori sociali
- ✓ Misure finalizzate ad accrescere l'occupazione femminile

Welfare Italia Index 2021: cresce il divario tra Nord e Sud nella capacità di risposta del sistema di welfare delle Regioni italiane

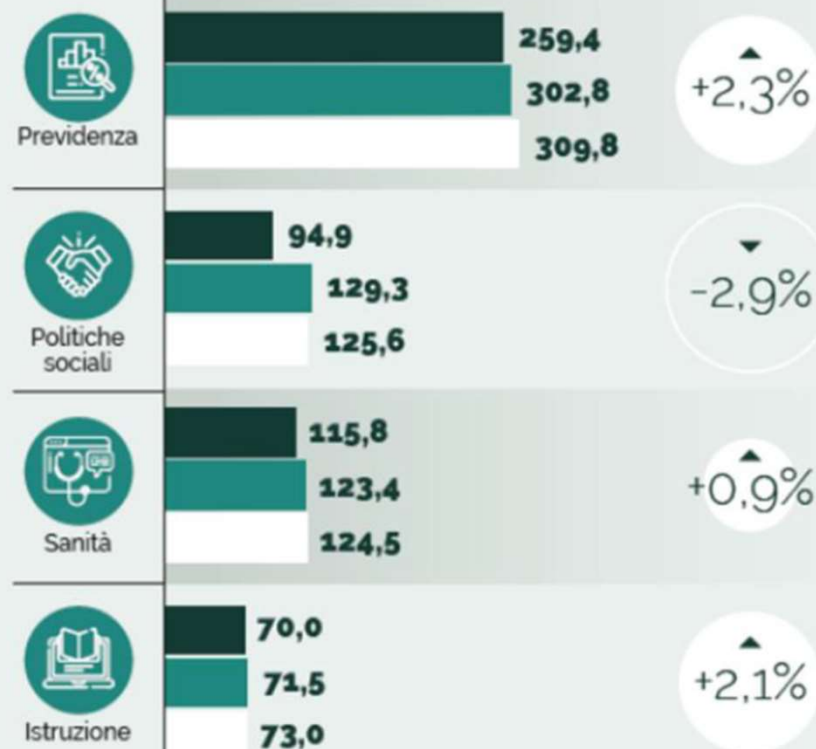
Roma, 23 novembre 2021

SPESA PUBBLICA WELFARE IN ITALIA

ANDAMENTO DAL 2019 AL 2021

(miliardi di Euro e var. percentuale)

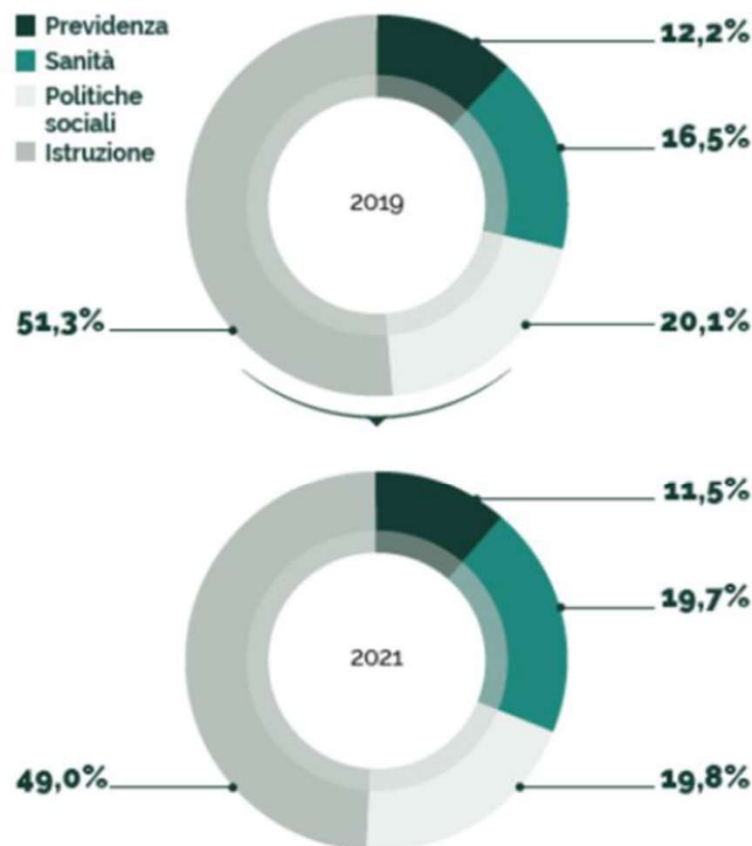
■ 2019 ■ 2020E ■ 2021E ○ Var % 2021 vs 2020



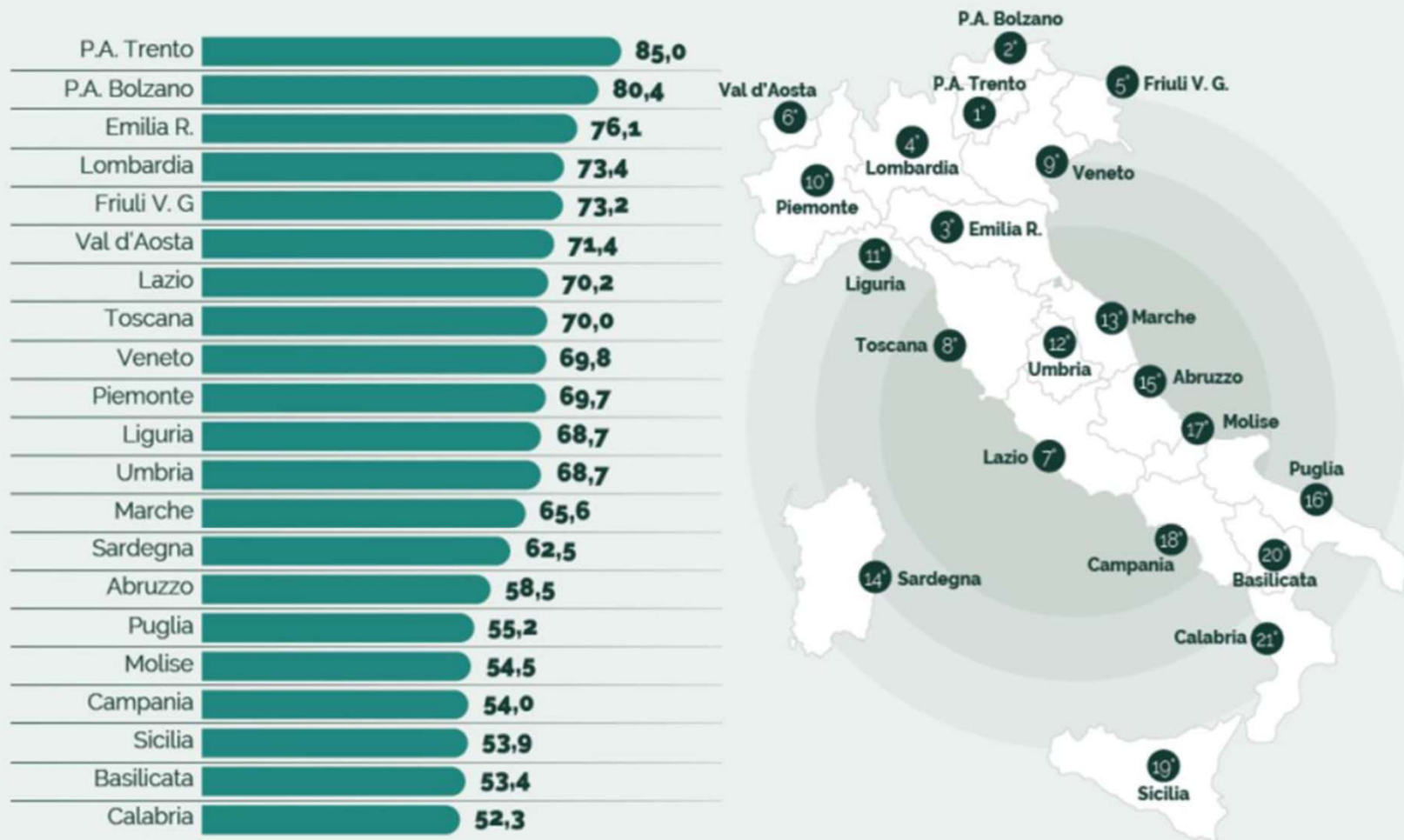
RIPARTIZIONE 2019 E 2021

(var. percentuale)

■ Previdenza
■ Sanità
■ Politiche sociali
■ Istruzione



WELFARE ITALIA INDEX 2021



MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

Tab. 3.6: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2020 (valori in miliardi di euro e variazioni percentuali)

Regioni	2016	2017	2018	2019	2020	2020 vs 2019 (Variazione percentuale)
Piemonte	2,19	2,45	2,62	2,84	2,48	-12,6%
Valle d'Aosta	0,06	0,06	0,07	0,07	0,06	-13,5%
Lombardia	6,61	7,27	7,65	8,08	7,07	-12,5%
Provincia autonoma di Bolzano	0,27	0,28	0,31	0,33	0,31	-6,9%
Provincia autonoma di Trento	0,32	0,34	0,36	0,38	0,33	-11,6%
Veneto	2,92	3,10	3,26	3,52	3,14	-11,0%
Friuli Venezia Giulia	0,59	0,62	0,66	0,71	0,63	-10,6%
Liguria	0,86	0,93	0,97	1,05	0,91	-13,0%
Emilia Romagna	2,78	2,95	3,09	3,45	2,92	-15,4%
Toscana	1,93	2,04	2,15	2,30	2,07	-10,0%
Umbria	0,35	0,38	0,40	0,44	0,39	-10,8%
Marche	0,65	0,68	0,74	0,80	0,71	-11,0%
Lazio	3,02	3,34	3,53	3,83	3,46	-9,8%
Abruzzo	0,44	0,47	0,50	0,54	0,47	-12,9%
Molise	0,09	0,10	0,10	0,11	0,09	-16,5%
Campania	1,45	1,56	1,68	1,83	1,69	-7,8%
Puglia	1,21	1,31	1,41	1,54	1,36	-11,3%
Basilicata	0,14	0,15	0,16	0,17	0,15	-12,4%
Calabria	0,46	0,50	0,54	0,60	0,53	-11,5%
Sicilia	1,30	1,40	1,51	1,62	1,46	-10,0%
Sardegna	0,50	0,55	0,60	0,65	0,56	-14,5%
ITALIA	28,13	30,48	32,29	34,85	30,79	-11,6%
Variazione %		8,3%	5,9%	7,9%	-11,6%	



Il gruppo Korian

Una realtà di dimensione internazionale

Il Gruppo Korian è leader europeo nella gestione di Residenze per la terza e quarta età.

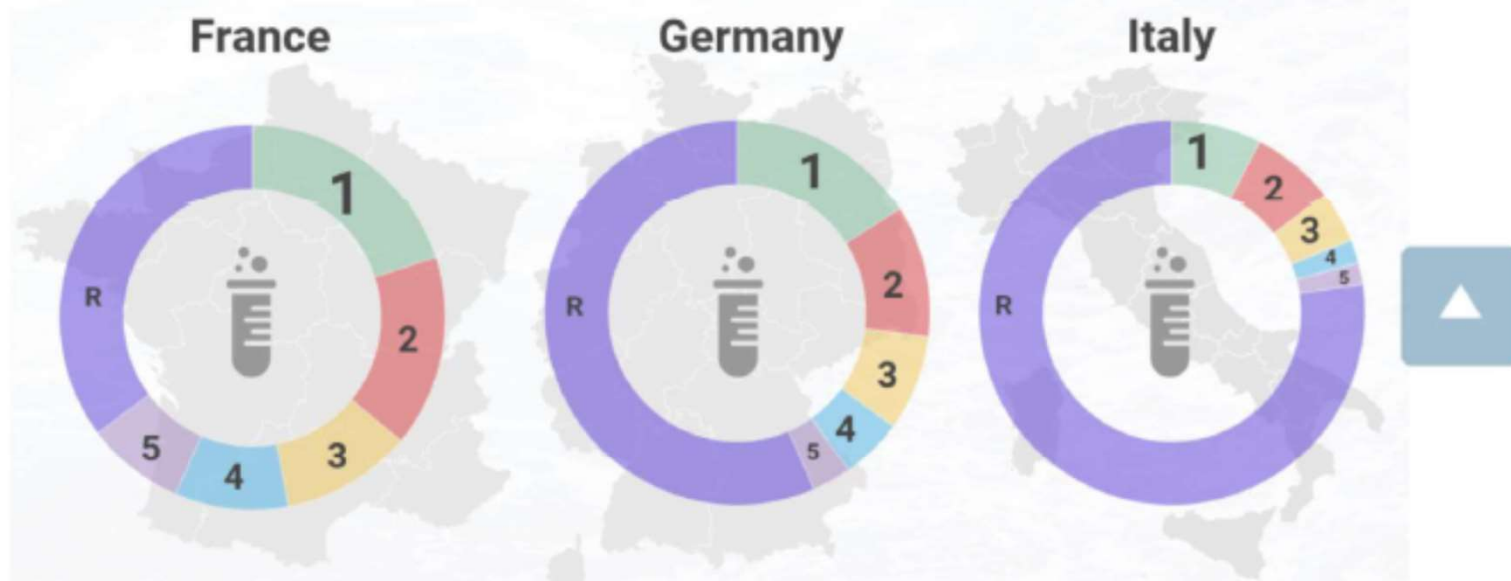
Korian possiede in Francia, Germania, Italia, Regno Unito, Belgio, Spagna e Paesi Bassi più di 1000 Strutture con circa 89.000 posti letto, suddivise in quattro aree di attività:

Residenze per Anziani
Appartamenti per Anziani
Servizi Sanitari
Assistenza Domiciliare
(dati al 30/09/2021)

For profit top 5 market consolidation: Labs

1 2 3 4 5 Top five by revenue

R The rest



Germania, Francia e Italia sono i più grandi mercati europei di servizi di laboratorio a scopo di lucro, con gruppi di pesi massimi come Sonic, Synlab e Cerba che detengono quote di mercato significative



Tutela della salute

In questo ambito, l'autonomia differenziata, in Lombardia, è già una realtà. La richiesta di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia consolida e rafforza le scelte in sostanza alternative ai principi SSN già compiute dalla Regione a partire dalla l.r. 31/1997. **Qui c'è un processo di differenziazione regionale oggettivamente avanzato.** Tale diversificazione è stata rivendicata come generatrice di migliori servizi ed efficienza del SSR e, ancora oggi, si presenta come un modello ottimale e definibile come **"eccellenza lombarda"**.

Proprio sanità e salute costituiscono il cuore delle ragioni della petizione

NO all'attuazione del 'regionalismo differenziato' in Lombardia

rivolta al Presidente del Consiglio regionale. Queste ragioni inevitabilmente si saldano con l'**esigenza di ricostruire una buona sanità pubblica, un sistema che sia in sintonia con i principi del Servizio sanitario Nazionale.**

In Lombardia, si sommano quindi le richieste di ulteriori competenze e funzioni ad una riforma sanitaria che va nella direzione di una destrutturazione del servizio sanitario pubblico.

Nella vicenda della Lombardia si consuma una partita che non è solo regionale o limitata a una presunta egemonia leghista nel Nord: **Il modello lombardo rischia di presentarsi come una "buona pratica" da riprodurre/duplicare in prospettiva in tutte le Regioni.**

Un modello che è stato pensato sin dal '97 come un laboratorio di **esperimenti mercatisti** dove le scelte che lo sostengono sono basate sulla **privatizzazione dei servizi socio-sanitari e sullo smantellamento dei presidi territoriali.** Scelte che sono risultate agli occhi di tutti come sbagliate, inadatte e ingiuste.

Conclusioni (1)

La plausibilità tecnica e l'“appeal” presso l'opinione pubblica delle richieste di autonomia regionale differenziata già avanzate da Veneto Lombardia ed Emilia-Romagna sono state spazzate via dalla pandemia di Covid 19 e dalla crisi economica precedente ed accelerantesi con la guerra in Ucraina.

Vanno emergendo giorno dopo giorno debolezze tecnico amministrative e aspetti di illegittimità costituzionale e normativa anche sul piano del finanziamento.

Ciononostante, il blocco politico e economico e sociale che ha avviato l'autonomia differenziata continua tenacemente a sostenere la sua proposta di eversione dell'unità della repubblica e, in particolare, di disarticolazione del SSN e di sua privatizzazione "a gestione regionalizzata".

Si mira ad una progressiva adozione della Autonomia regionale differenziata anche in forma ridotta.

Conclusioni (2)

In Lombardia questo processo ha avuto un innegabile e pericolosissimo successo politico istituzionale con la adozione del “Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità” con L.R. n.22 del 14.12.2021, voluto dal centro destra lombardo e nazionale ed inopinatamente non contrastato dal Governo e dai partiti “del campo largo progressista”, ministro Speranza in testa, pur a fronte di evidenti anomalie costituzionali.

La campagna elettorale per il rinnovo del Parlamento e quelle imminenti per le amministrative saranno occasione di promozione e (ipocrita) della autonomia regionale differenziata per il blocco che la sostiene e di scambio.

Necessita quindi moltiplicare gli sforzi per contrastarla chiamando a raccolta soprattutto il mondo del lavoro, della sanità pubblica e l’opinione pubblica ovunque, anche nelle regioni del Centro Nord, non solo al Sud.

PETIZIONE POPOLARE

Si chiede a regione Lombardia la **revoca** dell'Accordo del 2018 e la **sospensione** del percorso di attuazione del regionalismo differenziato.

Si chiede **trasparenza** in un percorso mantenuto volutamente sotto traccia e che può portare alla **disgregazione dello Stato Unitario**.

La Regione non vuole soltanto portare a termine il percorso di **privatizzazione della sanità** lombarda iniziato 20 anni fa con il Titolo V (e ancor prima da Formigoni nel 1997); chiede di poter esercitare forme e condizioni ulteriori di autonomia **in 20 materie e 190 tra competenze legislative e amministrative**

Associazioni promotrici: **Comitati contro qualunque autonomia differenziata - Coordinamento per la Democrazia Costituzionale e Libertà e Giustizia**

Una e indivisibile nata dalla Resistenza



**PETIZIONE POPOLARE
CONTRO
L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA**
Lombardia

No all'attuazione del "regionalismo differenziato" in Lombardia

<https://www.openpetition.eu/it/petition/online/no-allattuazione-del-regionalismo-differenziato-in-lombardia>

Costituzione approvata dall'Assemblea Costituente in vigore il 1° gennaio 1948.

- [Art. 116.](#) (*)

Alla Sicilia, alla Sardegna, al Trentino-Alto Adige, al Friuli-Venezia Giulia e alla Valle d'Aosta sono attribuite forme e condizioni particolari di autonomia, secondo statuti speciali adottati con leggi costituzionali.

- [Art. 117.](#) (*)

La Regione emana per le seguenti materie norme legislative nei limiti dei principi fondamentali stabiliti dalle leggi dello Stato, sempreché le norme stesse non siano in contrasto con l'interesse nazionale e con quello di altre Regioni: ordinamento degli uffici e degli enti amministrativi dipendenti dalla Regione; circoscrizioni comunali; polizia locale urbana e rurale; fiere e mercati; **beneficenza pubblica ed assistenza sanitaria ed ospedaliera**; istruzione artigiana e professionale e assistenza scolastica; musei e biblioteche di enti locali; urbanistica; turismo ed industria alberghiera; tranvie e linee automobilistiche di interesse regionale; viabilità, acquedotti e lavori pubblici di interesse regionale; navigazione e porti lacuali; acque minerali e termali; cave e torbiere; caccia; pesca nelle acque interne; agricoltura e foreste; artigianato.

Altre materie indicate da leggi costituzionali.

Le leggi della Repubblica possono demandare alla Regione il potere di emanare norme per la loro attuazione.

Art. 116. (2)

Il Friuli Venezia Giulia [X], la Sardegna, la Sicilia, il Trentino-Alto Adige/Südtirol e la Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste dispongono di forme e condizioni particolari di autonomia, secondo i rispettivi statuti speciali adottati con legge costituzionale (3).

La Regione Trentino-Alto Adige/Südtirol è costituita dalle Province autonome di Trento e di Bolzano.

Ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, concernenti le materie di cui al terzo comma dell'articolo 117 e le materie indicate dal secondo comma del medesimo articolo alle lettere l), limitatamente all'organizzazione della giustizia di pace, n) e s), possono essere attribuite ad altre Regioni, con legge dello Stato, su iniziativa della Regione interessata, sentiti gli enti locali, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 119. La legge è approvata dalle Camere a maggioranza assoluta dei componenti, sulla base di intesa fra lo Stato e la Regione interessata.

Costituzione della Repubblica Italiana

Principi fondamentali (artt. 1-12)

Art. 1.

L'Italia è una Repubblica democratica, fondata sul lavoro.

La sovranità appartiene al popolo, che la esercita nelle forme e nei limiti della Costituzione.

Art. 2.

La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

Art. 3.

Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale [XIV] e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso [29², 37¹, 48¹, 51¹, 117⁷], di razza, di lingua [6], di religione [8, 19], di opinioni politiche [22], di condizioni personali e sociali.

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Art. 120.(2)

La Regione non può istituire dazi di importazione o esportazione o transito tra le Regioni, né adottare provvedimenti che ostacolino in qualsiasi modo la libera circolazione delle persone e delle cose tra le Regioni [16¹], né limitare l'esercizio del diritto al lavoro in qualunque parte del territorio nazionale.

Il Governo può sostituirsi a organi delle Regioni, delle Città metropolitane, delle Province e dei Comuni nel caso di mancato rispetto di norme e trattati internazionali o della normativa comunitaria oppure di pericolo grave per l'incolumità e la sicurezza pubblica, ovvero quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali. La legge definisce le procedure atte a garantire che i poteri sostitutivi siano esercitati nel rispetto del principio di sussidiarietà e del principio di leale collaborazione.

Art. 119.

I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno autonomia finanziaria di entrata e di spesa, nel rispetto dell'equilibrio dei relativi bilanci, e concorrono ad assicurare l'osservanza dei vincoli economici e finanziari derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea(1).

I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno risorse autonome. Stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri, in armonia con la Costituzione [53²] e secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario. Dispongono di compartecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio.

La legge dello Stato istituisce un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante.

Le risorse derivanti dalle fonti di cui ai commi precedenti consentono ai Comuni, alle Province, alle Città metropolitane e alle Regioni di finan-

ziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite.

Per promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, per rimuovere gli squilibri economici e sociali, per favorire l'effettivo esercizio dei diritti della persona, o per provvedere a scopi diversi dal normale esercizio delle loro funzioni, lo Stato destina risorse aggiuntive ed effettua interventi speciali in favore di determinati Comuni, Province, Città metropolitane e Regioni.

I Comuni, le Province, le Città metropolitane e le Regioni hanno un proprio patrimonio, attribuito secondo i principi generali determinati dalla legge dello Stato. Possono ricorrere all'indebitamento solo per finanziare spese di investimento, con la contestuale definizione di piani di ammortamento e a condizione che per il complesso degli enti di ciascuna Regione sia rispettato l'equilibrio di bilancio. È esclusa ogni garanzia dello Stato sui prestiti dagli stessi contratti(1).

Venerdì 11 FEBBRAIO 2022

Riforma sanitaria lombarda. Via libera con alcuni rilievi dal Governo. Soddisfatta Moratti: “Impianto della legge confermato”

Il Consiglio dei Ministri ha deliberato di non impugnare la legge di [riforma sanitaria](#) della Regione Lombardia n. 22 del 14/12/2021 “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).

Notizia accolta con favore dall'assessore al Welfare della Lombardia, Letizia Moratti. “Sono estremamente soddisfatta dell'approvazione positiva, da parte del Consiglio dei Ministri, della Legge 22/2021 di Regione Lombardia per il potenziamento territoriale del servizio socio sanitario lombardo”, scrive Moratti su Facebook. “Con questa legge la Lombardia è la prima Regione italiana che dà piena attuazione al Pnrr attraverso una normativa di respiro nazionale ed europeo”.

Moratti ringrazia “il Governo, ed in particolare il ministro della Salute, Roberto Speranza, per la concreta e leale collaborazione istituzionale. L'Esecutivo - spiega ancora l'assessore -, nel confermare pienamente l'impianto complessivo delineato dalla legge, ha consentito a Regione Lombardia di fare propri alcuni suggerimenti che apporteranno un ulteriore miglioramento del testo escludendo qualsiasi ipotesi di impugnativa”.

NORMATIVA NAZIONALE

Casa della salute

La Casa della salute è stata prevista dalla legge Finanziaria 2007 (Legge n. 296 del 2006 - Art. 1, comma 806, lett. a)) che ha indirizzato specifiche risorse, pari a 10 milioni di euro, per la sperimentazione del modello assistenziale case della salute. Con il [Decreto del Ministero della Salute del 10 luglio 2007](#) sono state poi emanate linee guida per l'accesso al cofinanziamento ai fini della sperimentazione progettuale delle case della salute quali strutture polivalenti in grado di erogare in uno stesso spazio fisico prestazioni socio-sanitarie integrate ai cittadini.

Ospedali di comunità

Gli ospedali di comunità sono presidi sanitari presenti in molte regioni, che ne hanno definito funzioni e requisiti.

Solo recentemente, il 20 gennaio 2020, è stata sancita l'[Intesa](#) in sede di Conferenza Stato-regioni sull'Ospedale di Comunità (OdC) che ha definito i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio degli OdC pubblici o privati, come indicato dall'art. 5, commi 17 e 18, dell'Intesa Stato-Regioni sul [Patto per la salute 2014-2016](#)³ e in coerenza con quanto previsto dal [D.M. 2 aprile 2015, n. 70](#)⁴, [allegato 1](#), paragrafo 10 (Continuità ospedale-territorio) e 10.1 (Ospedali di comunità). Il Presidio sanitario



Camera dei deputati

XVIII LEGISLATURA

Documentazione e ricerche



Case della salute ed Ospedali di comunità: i presidi delle cure intermedie.

Mappatura sul territorio e normativa nazionale e regionale

n. 144

1° marzo 2021

***Eppure lo sanno quali sono
i problemi della Sanità in Italia!!***

quotidianos**anità**.it

Lunedì 02 DICEMBRE 2019

Ufficio parlamentare bilancio: “In 8 anni, 2 miliardi di spesa in meno per personale sanità. E con agevolazioni fiscali a welfare aziendale a rischio universalità”

Ufficio parlamentare bilancio: "In 8 anni, 2 miliardi di spesa in meno per personale sanità. E con agevolazioni fiscali a welfare aziendale a rischio universalità"

La spesa per il personale è tra quelle che hanno risentito maggiormente delle restrizioni degli ultimi anni. **Tra il 2010 e il 2018, malgrado il parziale recupero nell'ultimo anno, la spesa si è ridotta in valore assoluto di quasi 2 miliardi.** A questo andamento ha corrisposto un ridimensionamento del numero di lavoratori, compresi medici e infermieri, in particolare nelle Regioni in piano di rientro. Nel 2017 il personale a tempo indeterminato del Ssn risultava inferiore di circa 42.800 unità rispetto al 2008. La contrazione è stata continua a partire dal 2010 e si è concentrata soprattutto nelle Regioni in piano di rientro, dove dal 2008 si riscontrano quasi 36.700 persone in meno, con un calo del 16,3 per cento in quelle con piano standard e del 4,8 in quelle con piano leggero (nelle Regioni a statuto ordinario senza piano la riduzione è stata del 2,2 per cento; nelle Regioni autonome si è avuto un aumento del 2,4 per cento).

A questo andamento, si spiega nello studio, "ha corrisposto un ridimensionamento del numero di lavoratori, compresi medici e infermieri, in particolare nelle Regioni in piano di rientro, e un peggioramento delle condizioni di lavoro (orari, organizzazione, contenzioso, ecc.). Se pure si è preso atto di queste difficoltà, con l'allentamento delle regole per il controllo della spesa, i finanziamenti per le assunzioni, la regolazione dell'orario di lavoro, la licenza di assumere anche medici che non hanno concluso il percorso della specializzazione, rimane prioritario rafforzare la formazione e individuare, nell'ambito del vincolo di bilancio, una risposta all'urgenza di alleviare le attuali carenze di personale".

Questo fenomeno della riduzione di personale non ha però riguardato il solo personale sanitario. "a riduzione del personale degli enti sanitari pubblici ha accompagnato a sua volta il forte ridimensionamento delle strutture ospedaliere (con un obiettivo in termini di posti letto nettamente inferiore alla media europea). La diminuzione della quota di spesa per servizi ospedalieri sul totale ha rappresentato un obiettivo esplicito delle politiche sanitarie, volte a spostare le cure su strutture meno costose e più vicine ai cittadini, ma l'insufficiente potenziamento dei servizi territoriali pone un'incognita sul successo dell'operazione, con segnali di razionamento delle prestazioni rispetto ai bisogni, che emergono in particolare nei servizi di emergenza. Nelle Regioni con piano di rientro le carenze strutturali, la presenza di un forte settore privato accreditato, le dimensioni troppo piccole delle strutture e la penuria di risorse rendono più difficile superare i motivi di arretratezza e attuare le necessarie riorganizzazioni", scrive l'Upb.

Ufficio parlamentare bilancio: “In 8 anni, 2 miliardi di spesa in meno per personale sanità. E con agevolazioni fiscali a welfare aziendale a rischio universalità”

un forte aumento, fino al 2015, della percentuale di cittadini che dichiarano di aver rinunciato a visite mediche per motivi economici, soprattutto tra quelli con reddito basso (primo quintile). I cambiamenti successivi nelle caratteristiche dei dati disponibili rendono difficile comprendere se questo problema sia stato in seguito in qualche misura alleviato”, si legge nel dossier.

A questo si aggiunge che, “l’aumento del costo delle prestazioni specialistiche a compartecipazione (che il Ddl di bilancio prevede di eliminare) tende a **spostare la domanda verso il privato**, con l’ingresso di nuovi attori e il rafforzamento di quelli esistenti. Nello stesso senso vanno le **agevolazioni fiscali concesse alle misure di welfare aziendale**”. Queste misure, spiega l’Upb, “favoriscono un sistema categoriale-corporativo alternativo al servizio pubblico, che si dispiega anche fuori dal campo dei servizi integrativi (essenzialmente rappresentati da odontoiatria e cure a lungo termine). Assecondare questa tendenza e contemporaneamente continuare nella compressione del finanziamento del servizio pubblico **potrebbe mettere in discussione l’universalità del sistema vigente**, laddove il passaggio a un sistema sanitario mutualistico, o addirittura privatistico, potrebbe avere l’effetto di aumentare la spesa complessiva per la sanità, con pressioni anche su quella pubblica”.

Viene poi sottolineato come si stia affermando **un travaso di servizi dal settore pubblico ai privati**. “Ad esempio, in nove Regioni si sta sperimentando la remunerazione della **farmacia dei servizi**, una definizione che sottintende la possibilità, concessa alle farmacie, di fornire una serie di prestazioni (esami di laboratorio e altri test, prestazioni professionali infermieristiche e fisioterapiche, ma anche monitoraggio dell’aderenza alle terapie, distribuzione diretta dei farmaci e prenotazione delle prestazioni specialistiche del Ssn). Il costo di queste esternalizzazioni di funzioni, che il settore pubblico rinuncia a svolgere, pur continuando a finanziarle, andrebbe ponderato attentamente e comparato con quello di una gestione interna, tenendo conto della qualità del servizio (ad esempio, il decentramento su una rete capillare di farmacie può agevolare il cittadino)”.

Infine, quanto ai costosi farmaci innovativi, e più in generale all’innovazione tecnologica, nel focus dell’Upb si sottolinea che, “oltre alla necessità di far valere il peso degli Stati sul mercato dell’innovazione, affinché i prezzi non lievitino fino a diventare inaccessibili per i sistemi pubblici, e di valutare con attenzione il rapporto rischio-beneficio e costo-efficacia dei nuovi prodotti e tecnologie, si osserva che una visione di lungo periodo dovrebbe guardare al progresso tecnico, in tutte le aree della sanità, come a un’opportunità piuttosto che come a una minaccia per la sostenibilità del sistema”.



Forum Diritto alla Salute – Campagna ‘Dico 32’

ROMA - 28 novembre 2018 - Camera dei Deputati - Sala Nilde Iotti, Piazza del Parlamento, 19 - ore 10.00-16.30



PIÙ PRIVATO IN SANITÀ? NO GRAZIE.

Legge di Bilancio 2019:

eliminare le agevolazioni fiscali per la spesa privata sostitutiva dei LEA, destinarne le risorse al servizio sanitario nazionale

Forum per il Diritto alla Salute, nel quadro degli eventi per il quarantesimo anniversario del SSN promossi dalla campagna ‘Dico32’ ⁽¹⁾, organizza un convegno nazionale su sanità integrativa e difesa del servizio sanitario pubblico per confrontarsi con forze politiche, sindacali e associazioni impegnate per il diritto alla salute.

In una fase di grande preoccupazione per la legge di bilancio che pare contenere proposte del tutto insufficienti anche per la sanità pubblica, l’obiettivo del convegno è quello di avanzare una proposta per l’abolizione dei vantaggi fiscali connessi alla acquisizione diretta di prestazioni sanitarie già previste dai LEA, alla sottoscrizione di polizze assicurative sanitarie e alla partecipazione a fondi sanitari integrativi per destinare più risorse al servizio sanitario nazionale.

(1) «Dico 32» raccoglie 66 associazioni che si battono per la difesa della salute e del servizio sanitario nazionale. L’elenco delle associazioni e il manifesto della campagna si trovano sul sito <http://setteaprile.altervista.org/>

ore 10.00 – I Sessione

Introduzione: Gianluigi Trianni

Relazioni e interventi: Aldo Piperno, Nick Sandro Miranda, Elena Granaglia, Rosy Bindi, Ivan Cavicchi, Marco Geddes, Aldo Gazzetti, Stefano Cecconi, Violetta Plotegher, Gavino Maciocco
(*moderatrici:* Marzia Frateschi, Danielle Vangieri)

13.15 – 14 Pausa

14.00 - Tavola rotonda e dibattito

Marialucia Loreface (M5S); Vito De Filippo (PD); Stefano Fassina (LeU); Serena Sorrentino (CGIL); Silvia Roseto (UIL); Lisa Canitano (PaP); Guido Lutrario (USB); Carlo Palermo (Anaa-Assomed)
(*moderatori:* Angelo Barbato, Gianpiero Riboni)

16.00 - Conclusioni (Mauro Valiani)

- per partecipare alla riunione è necessario (entro domenica 25 novembre) registrarsi attraverso i seguenti contatti: dirba@tin.it (Angelo Barbato) o maurovaliani51@gmail.com (Mauro Valiani); non sono ammessi partecipanti senza accredito; l’accesso in sala è consentito fino al raggiungimento della capienza massima
- è d’obbligo per gli uomini indossare la giacca

Comitato organizzatore: Angelo Barbato, Marzia Frateschi, Sergio Marsicano, Antonio Muscolino, Gianpiero Riboni, Gianluigi Trianni, Danielle Vangieri, Mauro Valiani

Il Livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale

Il nuovo livello del fabbisogno sanitario nazionale, che rappresenta il finanziamento complessivo della sanità pubblica e accreditata in Italia, è stato da ultimo fissato dalla legge di Bilancio 2022 (L. n. 234/2021) in **124.061 milioni** di euro per il **2022**, **126.061 milioni** per il 2023 e **128.061 milioni** per l'anno 2024.

L'emergenza epidemiologica COVID-19 ha portato tale livello, per il **2021**, a **121.370 milioni** a seguito della manovra per il corrispondente anno data dalla legge di Bilancio 2021 (L. n. 178/2020), con un incremento di circa 4 miliardi rispetto ai valori condivisi in sede pattizia, mentre **per il 2020 il finanziamento del SSN è risultato pari a 120.557 milioni**.

Infatti, precedentemente, per il **triennio 2019-2021**, la legge di bilancio 2019 (L. n. 145/2018) aveva fissato il livello del fabbisogno a **114.474 milioni** di euro nel **2019** (successivamente rideterminato a 113.810 milioni, in base alle delibere di riparto del CIPE), con successivi incrementi programmati pari a **2.000 milioni per il 2020** (quindi **116.474 milioni**) e di ulteriori **1.500 milioni per il 2021** (**117.974 milioni**).

Le previsioni relative alla spesa sanitaria (componente che include ulteriori voci di spesa del comparto sanitario rispetto al fabbisogno sanitario relativo ai trasferimenti regionali) e i consuntivi degli ultimi anni, sono stati forniti dal Documento di finanza pubblica 2021 che ha evidenziato le percentuali in rapporto al PIL e il tasso di variazione, come segue (dati assoluti in milioni di euro):

DEF 2021	SPESA SANITARIA 2017 – 2020				Previsionale SPESA SANITARIA 2021 – 2024			
	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Spesa Sanitaria	112.185	114.318	115.710	123.474	127.138	123.622	126.231	124.410
In % di PIL	6,5%	6,5%	6,5%	7,5%	7,3%	6,7%	6,6%	6,3%
Tasso di var. in %	-	1,9%	1,2%	6,7%	3,0%	-2,8%	2,1%	-1,4%

Con riferimento agli anni precedenti, per l'anno **2018** il livello di finanziamento complessivo cui ha concorso ordinariamente lo Stato da destinare alla spesa del SSN era stato inizialmente definito in 114,3 miliardi di euro dalla legge di bilancio per il 2017 (L. 232/2016).

Tale valore è stato successivamente ridotto per il concorso delle regioni ai vincoli di finanza pubblica, fino ad arrivare all'importo effettivamente erogato di **112,7 miliardi**. L'andamento della spesa sanitaria pubblica in Italia, in base ai dati dell'Istituto nazionale di Statistica (ISTAT), **ha fatto registrare tra il 2000 e il 2008 un aumento di circa il 3%, superiore all'aumento del PIL.**

Il rapporto di tale spesa rispetto al Prodotto interno lordo si è attestato oltre il 6%.

Dal 2009 al 2017, il tasso di variazione medio anno rispetto al PIL era gradualmente sceso attestandosi intorno allo 0,1%.

Il rallentamento della componente pubblica della spesa sanitaria fino al 2018 ha avuto ripercussioni sulla crescita della **spesa sanitaria privata sostenuta dalle famiglie, aumentata in media di circa il 2,5%.**



23 novembre 2021



Periodico Terzo settore^[3]. comitato editoriale 60 organizzazioni non profit italiane, fra cui: ACLI, Save the Children, ABIO, AISLA, Associazione Dynamo, Trenta ore per la vita, AVIS, Consorzio Gino Mattarelli, Confartigianato, Centro Sportivo Italiano, CSVnet, Mission Bambini, Fondazione Don Gnocchi, Fondazione Exodus, Lega del filo d'oro, Opera San Francesco, Telefono Azzurro e WWF Italia.

Cresce a 632 miliardi la spesa in welfare prevista nel 2021, più 56 miliardi rispetto al 2019

Presentato oggi il rapporto 2021 del Think Tank "Welfare Italia".

I temi all'ordine del giorno: la transizione demografica, l'invecchiamento della popolazione, le nuove domande di protezione dopo la pandemia, le trasformazioni del mercato del lavoro, la sanità tra digitalizzazione e capillarità territoriale, le risorse del PNRR ed il ruolo del settore privato e delle assicurazioni per ammodernare il Welfare

Si è tenuta oggi a Roma a Palazzo Venezia, trasmessa anche in streaming digitale, la presentazione dell'edizione 2021 del Rapporto del Think Tank "Welfare, Italia" supportata da **Unipol Gruppo** con la collaborazione di **The European House – Ambrosetti**, e con il sostegno di un comitato scientifico composto da Veronica De Romanis, Giuseppe Guzzetti, Walter Ricciardi e Stefano Scarpetta.

La transizione demografica, l'invecchiamento della popolazione, le nuove domande di protezione dopo la pandemia, le trasformazioni del mercato del lavoro, la sanità tra digitalizzazione e capillarità territoriale, le risorse del PNRR ed il ruolo del settore privato e delle assicurazioni per ammodernare il Welfare: sono soltanto alcuni dei temi di dibattito affrontati nell'appuntamento annuale del Welfare Italia Forum.

"Welfare, Italia" si propone da oltre un decennio come luogo di analisi, studio e riflessione sui temi del welfare, aperto al confronto tra i principali stakeholder del settore sia del settore pubblico che privato: decisori, esponenti governativi nazionali e locali, parti sociali, casse e fondi previdenza e assistenza, rappresentanti di impresa e dei lavoratori, università e terzo settore.

La classifica completa del Welfare Italia Index 2021

Il “Welfare Italia Index” regionale

Nel Rapporto “Welfare Italia 2020” è stata sottolineata la forte eterogeneità tra i territori del Paese, sia con riferimento al sistema di welfare del Paese sia per quanto riguarda gli impatti del COVID-19 e i relativi impatti redistributivi legati a povertà assoluta e disoccupazione.

I risultati del **Welfare Italia Index 2021**- l'indicatore sintetico che valuta sia gli aspetti legati alla spesa in welfare sia aspetti legati ai risultati che questa spesa produce - mettono in luce, rispetto ai dati 2020, una **crescente polarizzazione regionale nella capacità di risposta del sistema di welfare delle Regioni italiane**.

Il divario tra la prima e l'ultima Regione in classifica è infatti passato da 28,2 a 32,7 punti, aumentando di 4,5 p.p. tra il 2020 e il 2021. In particolare, la P.A. di Trento (85,0 punti) registra lo score più elevato, seguita dalla P.A. di Bolzano (80,4 punti) e dall'Emilia-Romagna (76,1 punti).

Inoltre, le ultime 8 Regioni appartengono tutte all'Italia Meridionale e Insulare e la prima nel ranking – ovvero la Sardegna (14^ con 62,5 punti) – dista oltre 22 punti dalla P.A. di Trento e precede di circa 10 punti la Calabria, ultima in classifica.



WELFARE, ITALIA

LABORATORIO
PER LE NUOVE
POLITICHE SOCIALI

“Welfare, Italia” evolve in un Think Tank

Nel 2019 il progetto “**Welfare, Italia**” di Unipol Gruppo, grazie al supporto del Gruppo di Lavoro The European House – Ambrosetti, evolve in un **Think Tank**.

La missione è fornire un contributo concreto alla definizione di una visione del welfare, che supporti lo sviluppo sociale ed economico del Paese, l’inclusività e la sostenibilità. Il Think Tank “Welfare, Italia” ambisce inoltre ad essere una piattaforma permanente di discussione, di condivisione di idee e di valorizzazione di buone pratiche di carattere pubblico, privato, no profit.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833
"Istituzione del servizio sanitario nazionale"

(omissis)

32. Funzioni di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria.

Il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente,
in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa
all'intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni. (omissis)

Venerdì 11 FEBBRAIO 2022

Riforma sanitaria lombarda. Via libera con alcuni rilievi dal Governo. Soddisfatta Moratti: “Impianto della legge confermato”

Il Consiglio dei Ministri ha deliberato di non impugnare la legge di [riforma sanitaria](#) della Regione Lombardia n. 22 del 14/12/2021 “Modifiche al Titolo I e al Titolo VII della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità).

Notizia accolta con favore dall'assessore al Welfare della Lombardia, Letizia Moratti. “Sono estremamente soddisfatta dell'approvazione positiva, da parte del Consiglio dei Ministri, della Legge 22/2021 di Regione Lombardia per il potenziamento territoriale del servizio socio sanitario lombardo”, scrive Moratti su Facebook. “Con questa legge la Lombardia è la prima Regione italiana che dà piena attuazione al Pnrr attraverso una normativa di respiro nazionale ed europeo”.

Moratti ringrazia “il Governo, ed in particolare il ministro della Salute, Roberto Speranza, per la concreta e leale collaborazione istituzionale. L'Esecutivo - spiega ancora l'assessore -, nel confermare pienamente l'impianto complessivo delineato dalla legge, ha consentito a Regione Lombardia di fare propri alcuni suggerimenti che apporteranno un ulteriore miglioramento del testo escludendo qualsiasi ipotesi di impugnativa”.

Seminario pubblico
**IL DIRITTO ALLA
SALUTE FRA
GUERRE E SINDEMIE**

*fermiamo la privatizzazione del servizio sanitario
nazionale e la negazione del diritto alla salute*



CAMERA DEL LAVORO DI MILANO - CGIL
CORSO DI PORTA VITTORIA, 43

Sabato
9 aprile
2022

9:30 - 13:00



COMITATI PER IL RITIRO DI OGNI
AUTONOMIA DIFFERENZIATA
L'UNITÀ DELLA REPUBBLICA E
L'UGUAGLIANZA DEI DIRITTI

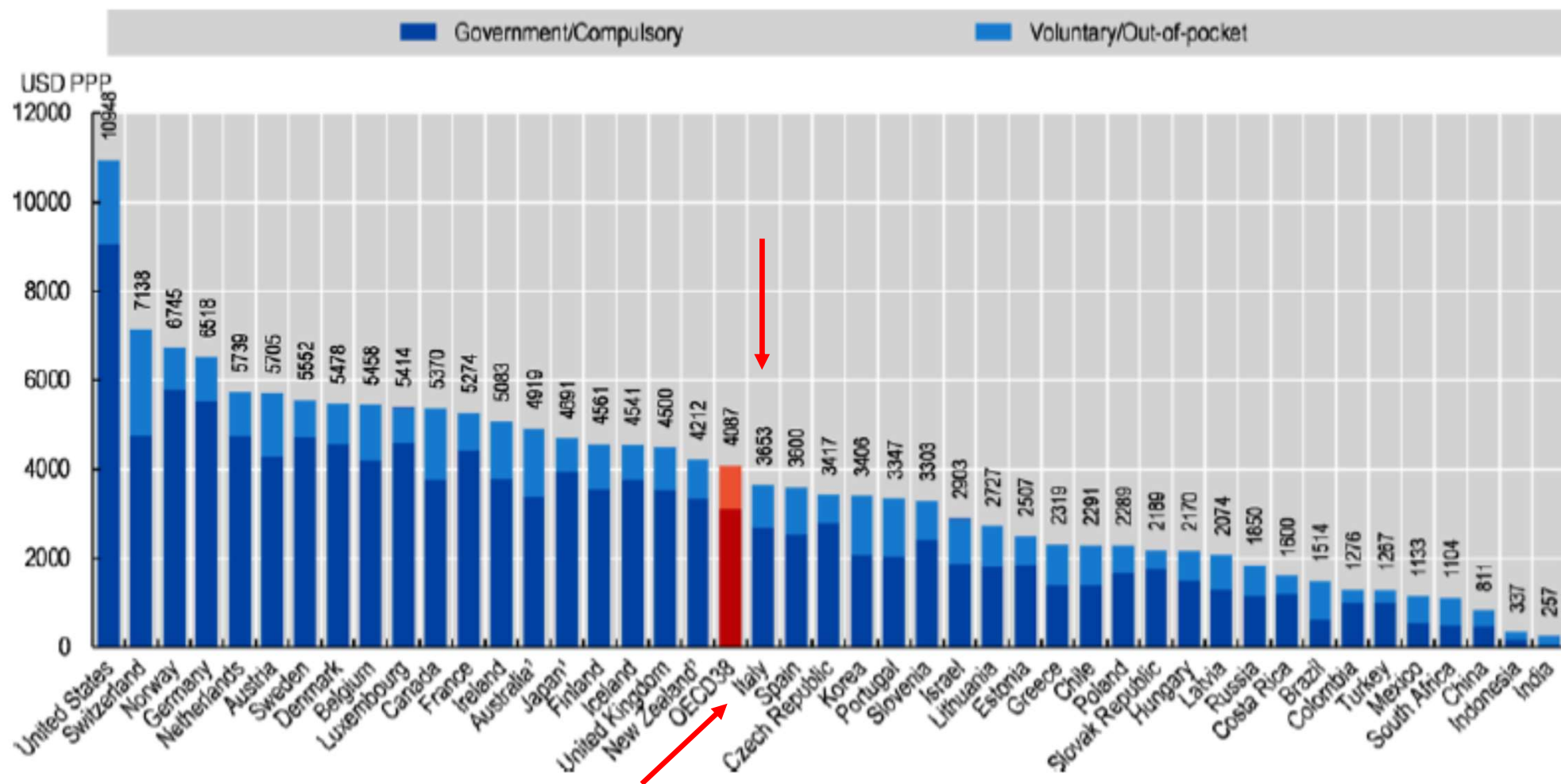


Regionalismo Differenziato e Medicina Territoriale

Gianluigi Trianni

Comitati per il Ritiro di ogni Autonomia Differenziata l'Unità della Repubblica e l'Uguaglianza dei Diritti

Figura 7.4. Spesa sanitaria pro capite, 2019 (o anno più vicino)



1. Stime OCSE.

Fonte: OECD Health Statistics 2021, database dell'OMS sulla spesa sanitaria globale.

StatLink <https://stat.link/36exif>