

# La Sicilia, la deprivazione sanitaria e gli investimenti innovativi

di

**Gaetano Armao**

Vicepresidente ed Assessore per l'Economia della Regione Siciliana

Docente di diritto amministrativo nell'Università di Palermo

1. - La pandemia da Covid-19 ha confermato il valore universale della salute, la sua natura di bene pubblico fondamentale e la rilevanza macro-economica dei servizi sanitari pubblici. Nel complesso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con una spesa sanitaria sul Pil inferiore rispetto alla media UE, presenta risultati controversi, ma se ne può affermare la sostanziale adeguatezza a livello mondiale ed europeo.

Il SSN costituisce una conquista fondamentale per il Paese, che in 40 anni di vita ha favorito la coesione sociale e garantito equità nell'accesso al diritto alla salute, ma non appare revocabile in dubbio che si è giunti ad affrontare la crisi pandemica con un sistema indebolito e con forti asimmetrie, soprattutto nel rapporto tra Nord e Sud, principalmente ascrivibili alle scelte adottate a seguito delle politiche di austerità che hanno determinato un evidente deterioramento implicito del livello di copertura sanitaria pubblica.

E così, secondo il rapporto OCSE *"Health at a Glance Europe 2020"*<sup>1</sup>, l'Italia è agli ultimi posti per spesa sanitaria in Europa: il confronto è effettuato sui valori di spesa procapite a parità di potere d'acquisto che indicano per il nostro Paese una spesa nel 2019 pari a 2.473 euro (a fronte di una media OCSE di 2.572 euro) con gravi divari, si pensi a Francia e Germania che, rispettivamente, segnano valori di spesa sanitaria procapite di 3.644 euro e 4.504 euro.

Sebbene nel Paese vada registrata l'elevata speranza di vita alla nascita, vi sono ancora profonde discrasie se, come dimostrato dalla Società Italiana di Pediatria<sup>2</sup>, un bambino residente nel Mezzogiorno ha un rischio del 70% più elevato rispetto a un suo coetaneo del Centro-Nord di dover migrare in altre Regioni per curarsi e del 50% più elevato di morire nel primo anno di vita. Tanto che, solo nel 2018, se il Mezzogiorno avesse avuto lo stesso tasso di mortalità infantile delle regioni del Nord, sarebbero sopravvissuti 200 piccoli italiani.

In termini di spesa sanitaria complessiva per l'Italia (componente pubblica e privata), i dati a consuntivo forniti dall'OCSE indicano un'incidenza sul PIL pari all'8,8 per cento, in linea con la media dei Paesi dell'OCSE, pur essendo inferiore alla

---

<sup>1</sup> Consultabile in: [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020\\_82129230-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2020_82129230-en)

<sup>2</sup> Cfr. M. De Curtis, F. Bortolan, D. Diliberto, L. Villani, *Pediatric interregional healthcare mobility in Italy*, in *Italian Journal of Pediatrics* (2021), <https://sip.it/wp-content/uploads/2021/07/Migrazione-sanitaria-pediatrica-IJP-giugno-2021.pdf>

media UE28 (oltre il 9,5%) e a quella dei principali Paesi europei (Francia e Germania, ad esempio, si attestano ben oltre l'11 per cento) nonché: (i) significative disparità territoriali nell'erogazione dei servizi, in particolare in termini di prevenzione e assistenza sul territorio; (ii) un'inadeguata integrazione tra servizi ospedalieri, servizi territoriali e servizi sociali; (iii) tempi di attesa elevati per l'erogazione di alcune prestazioni; (iv) una scarsa capacità di conseguire sinergie nella definizione delle strategie di risposta ai rischi ambientali, climatici e sanitari<sup>3</sup>.

Giova precisare infine che la filiera della salute in Italia contribuisce per il 10,7% al Pil nazionale ed occupa, considerando l'indotto, oltre 2,4 mln di addetti, in attività ad alto tasso di innovazione e valore aggiunto. Un sistema economico pubblico-privato di assoluto rilievo sul piano quantitativo, che peraltro riesce ad esprimere innovazione e ricerca di profilo internazionale ed un sistema produttivo tra i più avanzati al mondo<sup>4</sup>.

2.1. - Giusta le previsioni della Costituzione la salute è un diritto riconosciuto e tutelato quale fondamentale diritto della persona e come interesse della collettività (art. 32)<sup>5</sup>. E fu chiara nei costituenti la volontà di inserire nel testo costituzionale la tutela della "salute" intesa quale "bene-valore in sé, e non in quanto ricollegata ad interessi, pur rilevanti, quali la sicurezza pubblica o la capacità produttiva"<sup>6</sup>.

In correlazione al declinato principio è stato istituito con la legge 23 dicembre 1978, n. 833 (*"Istituzione del servizio sanitario nazionale"*) ed il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 (Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419) il Servizio sanitario nazionale (SSN), pubblico, basato sui principi di universalità, uniformità e solidarietà che garantisce l'accesso all'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, sulla base dei bisogni di ciascuno, senza la selezione del rischio.

La riforma del 1978 ha consentito di superare il precedente modello mutualistico, basato sulla contribuzione dei singoli lavoratori e che assicurava l'assistenza sanitaria esclusivamente a parte della popolazione<sup>7</sup>.

Il Servizio sanitario nazionale garantisce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo, è interesse dell'intera collettività ed assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza, come definiti dal *Piano sanitario nazionale* e come individuati contestualmente all'identificazione delle risorse finanziarie (art. 1 della

---

<sup>3</sup> V'è poi da ricordare un'anomalia italiana, in buona parte ascrivibile anche alle scelte del sistema universitario che in questo settore non ha mostrato lungimiranza: il numero degli infermieri si attesta al 5,7 per mille abitanti, mentre la media europea raggiunge l'8,2 per mille abitanti. Per un Paese che ambisce ad incrementare la qualità dell'assistenza sanitaria, anche in correlazione alla tendenza ormai consolidata all'invecchiamento della popolazione, il rigido contingentamento del numero degli infermieri formati ogni anno è, certamente, una scelta priva di senso.

<sup>4</sup> CONFINDUSTRIA, *Patto per la Salute 2019 - 2021*, position paper, 10/2019.

<sup>5</sup> Sulla norma costituzionale si veda per tutti A. Simoncini, E. Longo, *sub art.32*, in R. Bifulco, A. Celotto, M. Olivetti (a cura di), *Commentario alla Costituzione, Rapporti etico-sociali*, Torino, 2006, 659 e ss.

<sup>6</sup> Così R. Balduzzi, *Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti supreme e salute*, 2018-3, 465 e ss.

<sup>7</sup> Per una generale ricostruzione del quadro normativo si v. A. Pioggia, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli, 2020.

legge 30 dicembre 1992, n. 502, recante «*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*»).

Avuto riguardo al quadro costituzionale e normativo del diritto alla salute, va ricordato che, in linea con quanto previsto dall'art. 32 Cost, giusta l'art. 1 della l. 833/1978, «*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario Nazionale costituito dal complesso delle funzioni, strutture, servizi ed attività destinate alla promozione, mantenimento e recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione*».

In tal guisa il diritto alla salute è un diritto sociale del quale l'ordinamento conforma il contenuto attraverso la determinazione dei LEA, di cui il finanziamento adeguato costituisce condizione necessaria, ma non sufficiente per assicurare prestazioni direttamente riconducibili al fondamentale diritto alla salute.

2.2.- La giurisprudenza costituzionale ha assunto un ruolo centrale nel declinare, in concreto, la proteiforme struttura del diritto alla salute inteso quale bene della salute “*direttamente tutelato dalla Costituzione non solo come interesse fondamentale della collettività, ma anche come diritto fondamentale dell'individuo, pienamente operante nei rapporti fra privati e risarcibile indipendentemente da qualsiasi riflesso sull'attitudine del danneggiato a produrre reddito*” (Corte cost. sent. n.88 del 1979), di guisa che “*una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo [il diritto alla prestazione sociale di natura fondamentale, esso] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali*” (Corte Cost. sent. n. 275 del 2016).

Il Giudice delle leggi ha offerto importanti contributi per delineare in concreto il diritto alla salute precisando che la trasversalità e la primazia della tutela sanitaria rispetto agli interessi sottesi ai conflitti finanziari tra Stato e Regioni in tema di finanziamento dei livelli essenziali, impongono una visione trascendente della garanzia dei LEA che vede collocata al centro della tutela costituzionale la persona umana, non solo nella sua individualità, ma anche nell'organizzazione delle comunità di appartenenza che caratterizza la socialità del servizio sanitario<sup>8</sup>.

Ne discende che la determinazione dei LEA emerge quale preciso obbligo del legislatore statale, ma la sua proiezione in termini di fabbisogno regionale coinvolge necessariamente le Regioni, per cui la fisiologica dialettica tra questi soggetti deve essere improntata alla leale collaborazione che, nel caso di specie, si colora della doverosa cooperazione per assicurare il migliore servizio alla collettività<sup>9</sup>.

L'effettività del diritto alla salute è così assicurata sia dal finanziamento che dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guisa che tale finanziamento costituisce condizione necessaria, ma non sufficiente, del corretto

---

<sup>8</sup> Sul ruolo della Corte costituzionale nella determinazione dei “livelli” di tutela dei diritti fondamentali si veda, nell'ampia dottrina, E. Malfatti, *I “livelli” di tutela dei diritti fondamentali nella dimensione europea*, Torino, 2015.

<sup>9</sup> Sul tema dei Livelli essenziali di assistenza v. per tutti di M. Atripaldi, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *www.federalismi.it – Osservatorio di diritto sanitario*, 15.11.2017, ma già M. Luciani, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. Catelani, G. Cerrina Feroni, M. C. Grisolia (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, 2011, 13 e ss. e F. S. Florio, *L'evoluzione dei LEA tra i recenti interventi normativi e le prospettive di riforma*, in C. Bottari (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie*, Santarcangelo di Romagna, 2014, 53 ss.

adempimento del precetto costituzionale, sicché, una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto fondamentale non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali. Deve infatti ritenersi che sia la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione.

Il Giudice delle leggi, proprio con riguardo alla Regione Siciliana, ha precisato che la determinazione, il finanziamento e l'erogazione dei LEA compongono un sistema articolato il cui equilibrio deve essere assicurato *“dalla sinergica coerenza dei comportamenti di tutti i soggetti coinvolti nella sua attuazione”* (Corte Cost. sent. n. 62 del 2020) è ciò nel presupposto che *“la trasversalità e la primazia della tutela sanitaria rispetto agli interessi sottesi ai conflitti Stato-Regioni in tema di competenza legislativa impongono una visione teleologica e sinergica della dialettica finanziaria tra questi soggetti, in quanto coinvolgente l'erogazione di prestazioni riconducibili al vincolo di cui all'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost.”* (Corte Cost. sent. n. 169 del 2017).

Giova poi ricordare che *“il legislatore regionale non ha il potere di interferire nella determinazione dei LEA, la cui articolata disciplina entra automaticamente nell'ordinamento regionale afferente alla cura della salute, né tantomeno di differirne in blocco l'efficacia. Infatti, i costi, i tempi e le caratteristiche qualitative delle prestazioni indicate nel decreto e nelle altre disposizioni statali che si occupano di prescrizioni indefettibili in materia sanitaria comportano nei diversi ambiti regionali – attraverso una dialettica sinergia tra Stato e Regione – un coerente sviluppo in termini finanziari e di programmazione degli interventi costituzionalmente necessari”* (Corte Cost. sent. n. 72 del 2020).

Un rilievo essenziale assume in tale contesto il canone di *“leale cooperazione tra Stato e Regione con riguardo alla concreta garanzia dei LEA”* (così ancora Corte Cost. sent. n. 62 del 2020), in forza del quale al legislatore statale spetta «predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di essa, affinché la sua affermazione non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale impegnando le Regioni a collaborare nella separazione del fabbisogno finanziario destinato a spese incompressibili da quello afferente ad altri servizi suscettibili di un giudizio in termini di sostenibilità finanziaria. Sicché non vi ha *“dubbio che le Regioni stesse debbano collaborare all'individuazione di metodologie parametriche in grado di separare il fabbisogno finanziario destinato a spese incompressibili da quello afferente ad altri servizi sanitari suscettibili di un giudizio in termini di sostenibilità finanziaria»*, il che equivale ad affermare *«la doverosa separazione del fabbisogno LEA dagli oneri degli altri servizi sanitari”* (Corte Cost. sent. n. 169 del 2017).

Sul piano normativo va ricordato quanto previsto all'art. 20 del d.lgs. n. 118 del 2011, che stabilisce condizioni indefettibili nella individuazione e allocazione delle risorse inerenti ai livelli essenziali delle prestazioni e che non solo impone una corretta quantificazione dei LEA attraverso una chiara e separata evidenza contabile delle entrate e delle spese destinate al loro finanziamento e alla loro erogazione, nonché delle entrate e delle spese relative a prestazioni superiori ai LEA, ma altresì (al comma 2, lettera a) prescrive alle Regioni di: *“accerta[re] ed impegna[re] nel corso dell'esercizio l'intero importo corrispondente al finanziamento sanitario corrente, ivi compresa*

*la quota premiale condizionata alla verifica degli adempimenti regionali, e le quote di finanziamento sanitario vincolate o finalizzate»*”.

Alla stregua del quadro normativo brevemente delineato in ordine all'esatta determinazione ed erogazione dei LEA ed ai relativi principi contabili, si deduce l'impossibilità di destinare risorse correnti, specificamente allocate in bilancio per il finanziamento dei LEA, a spese, pur sempre di natura sanitaria, ma diverse da quelle quantificate per la copertura di questi ultimi. Circostanza questa che non esclude, laddove le Regioni gestiscano in termini virtuosi ed efficienti le risorse correnti destinate alla garanzia dei LEA, conseguendo sia la qualità delle prestazioni erogate, sia i risparmi nel bilancio, che esse possano legittimamente mantenere i risparmi ottenuti e destinarli a finalità sanitarie più ampie rispetto ai LEA, già adeguatamente garantiti.

È poi lo stesso ordinamento contabile (art. 30, comma 1, terzo periodo del d.lgs. n. 118 del 2011) a prevedere che, per le Regioni non sottoposte a piano di rientro, *“eventuali risparmi nella gestione del Servizio sanitario nazionale [...] rimangono nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie”*. Secondo il Giudice delle leggi tale disposizione, esprimendo una chiara finalità incentivante, permette alle Regioni di dare copertura nei successivi esercizi a spese che, comunque sia, attengono alle finalità sanitarie attraverso i suddetti risparmi, una volta accertati a seguito dell'approvazione dei bilanci di esercizio (Corte Cost. n. 132 del 2021)<sup>10</sup>.

2.3.- Il quadro costituzionale di tutela della salute, giusta la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 (*“Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”*), ha introdotto all'art. 117 Cost. l'espressa enunciazione della garanzia di livelli essenziali e uniformi nelle prestazioni concernenti diritti sociali appositamente individuati dal legislatore statale. Prestazioni tra le quali assumono rilievo pregnante i *Livelli essenziali di assistenza* (LEA) che già la richiamata legge n. 833 del 1978 e s.m.i. e la disciplina attuativa individuava come livelli 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<sup>11</sup>.

Alla stregua dell'articolazione delle competenze declinata dalla Costituzione italiana (art. 117), la funzione sanitaria pubblica è quindi esercitata da due livelli di governo: lo Stato, che definisce i LEA, l'ammontare complessivo delle risorse

---

<sup>10</sup> Per una ricostruzione del quadro delineato dalla giurisprudenza costituzionale si vedano, tra gli altri, M. Cartabia, *La giurisprudenza costituzionale relativa all'art. 32, secondo comma, della Costituzione italiana*, in *Quad. cost.*, 2, 2012, 455 ss.; E. Cavasino, *Il diritto alla salute come diritto “a prestazioni”*. considerazioni sull'effettività della tutela, in E. Cavasino, G. Scala, G. Verde (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia: il ruolo della giurisprudenza*, Convegno annuale del Gruppo di Pisa Trapani 8-9 giugno 2012, Napoli, 2013, 335 ss. ; M. Luciani, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei Sessant'anni della Corte costituzionale*, in *Riv. AIC*, 3, 2016, 1 ss.; M. Massa, *Discrezionalità, sostenibilità, responsabilità nella giurisprudenza costituzionale sui diritti sociali*, in *Quad. cost.*, 1, 2017, 73 ss.

<sup>11</sup> Una recente ricostruzione si trova in I. Ciolli, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, in *BioLaw-Rivista di biodiritto*, 1/2019, 13 e ss. (consultabile in [www.biodiritti.org](http://www.biodiritti.org)).

finanziarie necessarie al loro finanziamento e che presiede il monitoraggio della relativa erogazione, e le Regioni, che hanno il compito di organizzare i rispettivi Servizi sanitari regionali (SSR) e garantire l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA.

La presenza di due livelli di governo impone la definizione di un sistema di principi e regole che disciplini i rapporti di cooperazione nel rispetto delle specifiche competenze. Al fine di realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica che sia capace di coniugare le istanze dei cittadini in termini di bisogni sanitari ed il rispetto dei vincoli di bilancio programmati in funzione dei vincoli di stabilità e crescita<sup>12</sup>.

3.- Al fine di assicurare l'equilibrio del sistema sinteticamente delineato occorre puntare al consolidamento della leale collaborazione tra i diversi livelli istituzionali coinvolti nella governance del Servizio Sanitario Nazionale, in particolare tra quelli statali e regionali, con l'obiettivo di fornire ai cittadini servizi sanitari efficaci, appropriati, innovativi e qualitativamente adeguati, perseguendo la sostenibilità del sistema attraverso l'efficienza dei propri processi programmatici, organizzativi e di produzione.

Il livello del fabbisogno sanitario nazionale è stato determinato per il triennio 2019-2021 dalla legge di bilancio 2019 (dall'art. 1, comma 514, L. n. 145/2018) in 114.439 milioni di euro nel 2019 (successivamente rideterminato a 113.810 milioni, come risulta confermato dalle delibere di riparto del CIPE), con incrementi programmati pari a 2.000 milioni per il 2020 (quindi 116.439 milioni) e di ulteriori 1.500 milioni per il 2021 (117.939 milioni)<sup>13</sup>.

In conseguenza dell'emergenza epidemiologica COVID-19 il Governo centrale ha adottato misure che, per il 2020, hanno incrementato il fabbisogno sanitario standard a 119.556 milioni nel 2020<sup>14</sup>. Dalla relativa Delibera di riparto CIPE (n. 20, 14 maggio 2020), per tale anno, risulta un ammontare del finanziamento del SSN cui concorre ordinariamente lo Stato pari a 117.407,2 milioni, antecedente ai successivi incrementi operati con gli interventi previsti dal DL. 104/2020.

Sulla scorta dei valori consuntivi riportati nel *Rapporto della Corte dei Conti sulla finanza pubblica per il 2020*<sup>15</sup> la spesa sanitaria (che include ovviamente anche la sanità privata) ha raggiunto i 123,5 miliardi di euro, con un incremento di quasi 7,8 miliardi

---

<sup>12</sup> Secondo R. Balduzzi, D. Servetti, *Il regionalismo differenziato e la materia sanitaria*, in Riv. AIC, 2, 2019, 8: "l'esistenza del servizio sanitario nazionale, infatti, pone una serie di vincoli di sistema che costituiscono un obiettivo-limite alla previsione di generalizzate e generiche differenziazioni tra servizi sanitari regionali. un sistema nazionale di tutela della salute fondato sulla universalità dei destinatari, la globalità della copertura assistenziale, l'equità di accesso sotto il profilo economico e territoriale, l'appropriatezza delle prestazioni e il finanziamento sulla base della fiscalità generale (progressiva, cioè equa) ha tra le sue finalità primarie quella di promuovere l'avvicinamento tra situazioni regionali diverse, mirando a ridurre le diseguaglianze territoriali e le conseguenze di disparità di tenore di vita personali, non a cristallizzarle".

<sup>13</sup> Cfr. Camera dei deputati, [https://www.camera.it/leg17/465?tema=H18\\_il\\_fabbisogno\\_sanitario](https://www.camera.it/leg17/465?tema=H18_il_fabbisogno_sanitario)

<sup>14</sup> Si veda al riguardo il Documento di economia e finanza 2020 (DEF 2020), in [http://www.dt.mef.gov.it/export/sites/sitodt/modules/documenti\\_it/analisi\\_programmazione/documenti\\_programmatici/def\\_2020/DEF\\_2020\\_Sez-I-Programma\\_di\\_Stabilita.pdf](http://www.dt.mef.gov.it/export/sites/sitodt/modules/documenti_it/analisi_programmazione/documenti_programmatici/def_2020/DEF_2020_Sez-I-Programma_di_Stabilita.pdf), 80 e ss.

<sup>15</sup> Cfr. <https://www.corteconti.it/Download?id=867011ba-87e4-4e6b-8338-dd4874ff0b39>

di euro (+6,7 per cento) rispetto al 2019, superiore a quella prevista di oltre 2,6 miliardi di euro. Ciò determina la crescita della sua incidenza in termini di prodotto al 7,5 per cento, rispetto al 6,5 del 2019. Per il 2021, tale livello risulta ulteriormente incrementato a 119.447,2 milioni di euro, ante manovra di bilancio e cresce ulteriormente a 121.370 milioni di euro a seguito della manovra (l. n. 178 del 2020).

4. - Nel contesto sin qui sinteticamente delineato va ricordato, da ultimo, che il *Piano nazionale di ripresa e resilienza* (PNRR)<sup>16</sup> individua specifiche misure di intervento sul comparto della salute (*Missione 6*) e che ammontano ad oltre 15,6 miliardi di euro e dalle quali si evince che gli investimenti in ICT assorbono il 51,4 per cento delle risorse addizionali, seguiti dagli investimenti in costruzioni (30,4 per cento)<sup>17</sup>.

La strategia perseguita con il PNRR punta ad affrontare in termini sinergici le criticità, con l'obiettivo di realizzare riforme e investimenti è finalizzato ad allineare i servizi ai bisogni di cura dei pazienti in ogni area del Paese, migliorando le dotazioni infrastrutturali e tecnologiche e promuovendo la ricerca e l'innovazione e allo sviluppo di competenze tecnico-professionale, digitale e manageriali del personale<sup>18</sup>. In linea con l'approccio "*One Health*", sostenuto dalla Commissione Europea, che passa attraverso l'uso della leva digitale: condivisione e utilizzo di *eData-Big Data*; tecnologie di *machine learning*, *AI*, *Deep Data Analysis*; progetti *e-Care* e *Connected care*; l'evoluzione del fascicolo sanitario elettronico (FSE) verso il fascicolo del cittadino.

Appare evidente, tuttavia, che, proprio i presupposti che hanno contribuito all'assegnazione delle ingenti risorse da parte dell'Unione europea all'Italia debbano indurre ad affrontare in radice il divario che connota il sistema sanitario del nostro Paese e che penalizza, in particolare, le Regioni del Mezzogiorno<sup>19</sup>.

A questo riguardo è stato precisato - come noto - nell'ambito degli indici sintetici di deprivazione socioeconomica (SE), elaborati a partire da singole variabili demografiche, sociali ed economiche, l'*indice di deprivazione sanitaria* che consente di misurare i risultati sanitari e le possibilità di accesso ai servizi sanitari alla luce dei

---

<sup>16</sup> Consultabile in <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>, 222 e ss.

<sup>17</sup> L'impatto sul PIL da questa missione ammonta all'1,3 per cento in tutto l'orizzonte temporale, con un effetto dello 0,7 per cento per la prima componente e dello 0,6 per cento per la seconda.

<sup>18</sup> La missione, così come declinata nel documento programmatico in questione, si articola in due componenti: a) *Reti di prossimità, strutture intermedie e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*: gli interventi di questa componente intendono rafforzare le prestazioni erogate sul territorio grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e una più efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari. b) *Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale*: le misure incluse in questa componente consentiranno il rinnovamento e l'ammodernamento delle strutture tecnologiche e digitali esistenti, il completamento e la diffusione del *Fascicolo Sanitario Elettronico* (FSE), una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei *Livelli Essenziali di Assistenza* (LEA) attraverso più efficaci sistemi informativi. Rilevanti risorse sono destinate anche alla ricerca scientifica e a favorire il trasferimento tecnologico, oltre che a rafforzare le competenze e il capitale umano del SSN anche mediante il potenziamento della formazione del personale

<sup>19</sup> Sia consentito su questi temi rinviare al mio contributo *Quel che spetta al sud dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in <https://www.restoalsud.it/visto-dal-sud/quel-che-spetta-al-sud-dal-piano-nazionale-di-ripresa-e-resilienza/>

gradienti socioeconomici<sup>20</sup>, con l'obiettivo di introdurre l'equità per la salute dei vulnerabili nella programmazione delle principali politiche e responsabilità non sanitarie, sia pubbliche che private, occorre promuovere e stimolare investimenti anche su specifiche azioni che sono alla portata del Servizio Sanitario Nazionale<sup>21</sup>.

Un dato purtroppo è chiaro ed incontrovertibile: il Sud e le Isole presentano un'aspettativa di vita più sfavorevole per sesso, età e fasce di istruzione<sup>22</sup>.

Ne discende che se va revocata in dubbio la ripartizione del Fondo sanitario nazionale che avviene ancora soltanto in base alla popolazione delle varie Regioni corretta per l'anzianità senza adeguata considerazione della deprivazione sociale<sup>23</sup> - come già rilevato anche dalla Regione Siciliana ed altre Regioni meridionali in seno alla *Conferenza delle Regioni e delle Province autonome* -, tale approccio va certamente modificato per l'assegnazione delle risorse del PNRR. Senza tale profonda revisione il Piano non solo non sarebbe coerente con i principi declinati dall'UE<sup>24</sup>, ma non conseguirebbe gli obiettivi di modernizzazione del Paese che esso stesso enuncia<sup>25</sup>.

---

<sup>20</sup> Si veda sul tema A. Rosano, B. Pacelli, N. Zengarini, G. Costa, C. Cislighi, N. Caranci, *Aggiornamento e revisione dell'indice di deprivazione italiano 2011 a livello di sezione di censimento*, in [https://assr.regione.emilia-romagna.it/publicazioni/articoli/indice-deprivazione-it2011/@@download/publicationFile/Epi\\_Prev\\_2020\\_Caranci\\_Pacelli\\_Aggiornamento\\_indice.pdf](https://assr.regione.emilia-romagna.it/publicazioni/articoli/indice-deprivazione-it2011/@@download/publicationFile/Epi_Prev_2020_Caranci_Pacelli_Aggiornamento_indice.pdf), secondo i quali gli

indici di deprivazione costituiscono misure multidimensionali di svantaggio relativo, sia materiale sia sociale, e sono solitamente calcolati a livello di aggregati geografici. Possono essere usati per descrivere le caratteristiche sociali del contesto di vita, ma il principale motivo della loro ampia diffusione è che possono essere usati come proxy del livello di svantaggio sociale individuale, se pur con l'inevitabile potenziale *bias* ecologico che si rischia attribuendo a un individuo una misura collettiva anche se ottenuta nel caso della sezione di censimento su poche centinaia di soggetti, soprattutto in contesti in cui i microdati sono difficilmente accessibili o non disponibili.

In generale su tale complessa questione E., Cadum, G. Costa, A. Biggeri, M. Martuzzi. *Deprivazione e mortalità: un indice di deprivazione per l'analisi delle disuguaglianze su base geografica*, in *Epidemiologia & Prevenzione*, 1999, 23: 175-187; N. Caranci, G. Costa, *Un indice di deprivazione a livello aggregato da utilizzare su scala nazionale: giustificazioni e composizione dell'indice*, in G. Costa, C. Cislighi, N. Caranci (a cura di), *Le disuguaglianze di salute. Problemi di definizione e di misura*. Milano: 2009; N. Caranci, A. Biggeri, L. Grisotto, B. Pacelli, T. Spadea, G. Costa. *L'indice di deprivazione italiano a livello di sezione di censimento: definizione, descrizione e associazione con la mortalità*. In *Epidemiologia & Prevenzione*, 2010, 167-176.

<sup>21</sup> A questo riguardo si rinvia alle considerazioni svolte nello studio del Ministero della Salute, *L'Italia per l'equità nella salute*, Roma, 2017.

<sup>22</sup> Si rinvia per più approfondite considerazioni a Ministero della salute, *Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione*, in <http://www.epiprev.it/publicazione/epidemiol-prev-2019-43-1-suppl-1>

<sup>23</sup> Da ultimo si veda in merito ISTAT, *Le misure della vulnerabilità*. Roma 2020, in [https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiQ5o\\_Z4O3xAhXmgf0HHVFhDX0QFjADegQIBhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Ffit%2Ffiles%2F%2F2020%2F12%2FLe-misure-della-vulnerabilita.pdf&usq=AOvVaw3QG9WCdkqRokUdF4D\\_tVSm](https://www.google.it/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiQ5o_Z4O3xAhXmgf0HHVFhDX0QFjADegQIBhAD&url=https%3A%2F%2Fwww.istat.it%2Ffit%2Ffiles%2F%2F2020%2F12%2FLe-misure-della-vulnerabilita.pdf&usq=AOvVaw3QG9WCdkqRokUdF4D_tVSm)

<sup>24</sup> Cfr. Regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021 che istituisce il *Dispositivo per la Ripresa e la Resilienza*.

<sup>25</sup> Sembra opportuno richiamare quanto precisato dal documento con riguardo ai divari territoriali "individuare standard qualitativi, tecnologici e organizzativi, uniformi a livello nazionale, significa ristrutturare a livello regionale una gamma di servizi che spaziano dall'assistenza primaria, ai consultori familiari, all'area della salute mentale, salvaguardando, al contempo, le peculiarità e le esigenze assistenziali di ogni area del Paese. Lo scopo è garantire alle persone, indipendentemente dalla regione di residenza, dalla fase acuta alla fase riabilitativa e di mantenimento, un'assistenza continua e diversificata sulla base dello stato di salute. Con questo piano si intende potenziare i servizi assistenziali territoriali consentendo un'effettiva esigibilità dei LEA da parte di tutti gli assistiti. Si prevede, in tal modo, di superare la frammentazione e il divario strutturale tra i diversi sistemi sanitari regionali, puntando a un percorso integrato che parte dalla "casa come primo luogo di cura", per arrivare alle Case della Comunità" e agli Ospedali di Comunità, superando la carenza di coordinamento negli interventi sanitari, sociosanitari e socioassistenziali. L'impulso all'assistenza domiciliare integrata ha, inoltre, l'obiettivo ambizioso di raggiungere il 10 per cento degli assistiti ultrasessantacinquenni in ogni regione.

5.1. - Con riguardo alla Sicilia occorre osservare che, a differenza della altre autonomie speciali che provvedono al finanziamento dell'assistenza sanitaria senza più alcun apporto a carico dello Stato, la Regione Siciliana dipende ancora, per il finanziamento di oltre la metà della spesa sanitaria, dal concorso dello Stato annualmente erogato attraverso i trasferimenti dal Fondo sanitario nazionale. Il finanziamento della spesa sanitaria regionale (che ammonta a circa 9,5 miliardi di euro) è così ripartito tra Stato e Regione. Giusta l'art. 1, comma 830, della legge n. 296 del 2006, infatti, è stato stabilito il progressivo incremento della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico della Regione, passata dalla previgente misura del 42,50 per cento del 2006 (come previsto dall'art. 1, comma 143, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, recante «*Misure di razionalizzazione della finanza pubblica*») al 49,11 per cento, decorrente dall'anno 2009.

In relazione a tale progressivo aumento dell'onore finanziario a carico della Regione Siciliana, i successivi commi 831 e 832 del medesimo art. 1 della legge n. 296 del 2006, hanno stabilito che l'applicazione delle disposizioni che lo prevedevano restassero sospese fino al 30 aprile 2007, data entro la quale, come indicato dalla stessa norma, si sarebbe dovuta raggiungere l'intesa preliminare all'emanazione delle nuove norme di attuazione dello statuto della Regione Siciliana (regio decreto legislativo 15 maggio 1946, n. 455, convertito in legge costituzionale 26 febbraio 1948, n. 2) in materia sanitaria, prevedendo altresì che, in caso di mancato raggiungimento dell'intesa entro tale data, per la Regione Siciliana sarebbe scattata, per il 2007, la percentuale di compartecipazione del 44,09 per cento.

La disciplina richiamata ha altresì precisato che, nelle nuove norme di attuazione in materia sanitaria, lo Stato avrebbe dovuto riconoscere alla Regione Siciliana la retrocessione di una percentuale non inferiore al 20 per cento e non superiore al 50 per cento del gettito delle accise sui prodotti petroliferi immessi in consumo nel territorio regionale che sarebbe dovuta aumentare simmetricamente all'incremento della misura percentuale del concorso della Regione alla spesa sanitaria. La quota delle accise da retrocedere alla Regione doveva essere determinata con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, adottato su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere della Commissione paritetica prevista dall'art. 43 dello statuto speciale della Regione, mentre lo Stato ha sempre ritenuto che tale retrocessione delle accise debba esser riconosciuta esclusivamente a seguito del superamento della percentuale del 49,11 da parte della Regione<sup>26</sup>.

La Corte costituzionale, pronunciatisi ancora una volta sul lungo contenzioso tra Stato e Regione su tale questione, ha stigmatizzato la corresponsabilità dello Stato

---

*Infine il potenziamento del Fascicolo di sanità elettronica attraverso la costituzione di un repository nazionale, lo sviluppo di piattaforme nazionali (telemedicina) e il rafforzamento di modelli predittivi assicurerà strumenti di programmazione, gestione e controllo uniformi in ogni territorio”, Piano nazionale di ripresa e resilienza, cit, 234.*

<sup>26</sup> Cfr. in merito D. Immordino, *Il finanziamento del sistema sanitario siciliano: problemi e prospettive dell'adeguamento al nuovo assetto del sistema di finanza pubblica tra esigenze di razionalizzazione e tutela dell'autonomia speciale*, in [http://www.astrid-online.it/static/upload/protected/Immo/Immordino\\_finanziamento-sistema-sanitario\\_Norma\\_328\\_16\\_04\\_09.pdf](http://www.astrid-online.it/static/upload/protected/Immo/Immordino_finanziamento-sistema-sanitario_Norma_328_16_04_09.pdf)

nella “*lunghissima stasi delle trattative e della mancata attuazione dell’art. 1, commi 830, 831 e 832, della legge n. 296 del 2006*” e quindi sulle risorse necessarie per l’integrale soddisfacimento dei LEA, invitando quindi le parti a definire tempestivamente nuove norme di attuazione in materia che delineino un più congruo assetto finanziario (Corte Cost.n.62 del 2020).

5.2.- Le irrisolte questioni del finanziamento della spesa sanitaria e quindi dell’integrale soddisfacimento dei LEA, non ostacolano, tuttavia, investimenti innovativi e pratiche virtuose nel settore della salute nell’Isola.

Va ricordato, da ultimo, l’aggiornamento dell’Accordo-Quadro relativo alla gestione di IRCCS *ISTITUTO MEDITERRANEO DEI TRAPIANTI E TERAPIE DI ALTA SPECIALIZZAZIONE (ISMETT)* e al suo finanziamento del 20 dicembre 2018 tra Regione, ARNAS Civico, UPMC (*University of Pittsburgh Medical Center*), e ISMETT che prevede, fra l’altro, che le Parti sviluppino un progetto per la realizzazione della nuova struttura clinica di ISMETT (di seguito “*ISMETT 2*”) presso Carini, in Provincia di Palermo, su un’area di proprietà della Fondazione RiMED e contigua al *Centro per le biotecnologie e la ricerca biomedica (Cbrb)* in corso di costruzione (appalto da 115 milioni)<sup>27</sup>.

La presenza nello stesso campus di ISMETT<sup>28</sup> e del Centro di Ricerca della Fondazione Ri.MED, costituisce un deciso rafforzamento del cluster ISMETT-Ri.MED che rappresenta una straordinaria opportunità per potenziare le capacità di generare nuove scoperte scientifiche che porteranno alla produzione di nuovi strumenti biomedici, farmaci e vaccini con elevato valore clinico e commerciale. L’investimento complessivo, con le opere di completamento per viabilità e trasporti, supererà il valore di 500 milioni di euro. La piena funzionalità del nuovo cluster ISMETT-Ri.MED prevederà una dotazione organica di milleduecento risorse umane di ISMETT (che già oggi conta 864 dipendenti) e seicento unità (di cui cinquecento ricercatori) di Ri.MED.

Il *Cluster* ISMETT-Ri.MED sarà in grado di generare altri duemila posti di lavoro dell’indotto, di migliorare il saldo della mobilità passiva di circa 50 milioni di euro, senza contare il valore prodotto dal trasferimento della proprietà intellettuale dei prodotti della ricerca, dei nuovi brevetti e delle nuove *start up* che il processo necessariamente farà nascere. Il primo grande *cluster* in grado di coniugare ricerca e immediata applicazione in ambito clinico ed unico Polo d’eccellenza del Sud Europa che sta sorgendo a Carini, un *asset* essenziale per il rilancio della Sicilia e del suo ruolo nel Mediterraneo.

---

<sup>27</sup> Si tratta di una sperimentazione gestionale sorta nel 1996 quale centro trapianti multiorgano. L’Accordo quadro ha durata di dieci anni sino al 2028, con un valore complessivo di un miliardo di euro, tramite l’impegno della Regione di corrispondere a Ismett 100 milioni di euro ogni anno per lo svolgimento delle relative attività cliniche.

<sup>28</sup> ISMETT 2, il cui progetto è affidato allo studio *Renzo Piano Building Workshop*, vedrà il cantiere avviato ad inizio del 2022, sarà dotato di 250 posti letto complessivi (210 per ricovero ordinario, 20 per ricovero in day hospital e 20 per attività di riabilitazione), presenta elementi di assoluta novità, rappresentando per la Sicilia ed il Paese l’opportunità di creare un innovativo modello di ospedale in grado di gestire al meglio sia le patologie che richiedono le terapie ad alta specializzazione ed i trapianti e per rispondere alle esigenze cliniche e di ricerca create dalle malattie infettive a diffusione epidemica o pandemica.

Verona, 3luglio 2021