



informazione sul diritto alla salute

ECCOCI! · PERCORSO SULLA SANITÀ PUBBLICA PER LA CGIL

Il Servizio Sanitario Nazionale

Normativa e diritto alla salute — dall'art. 32 della Costituzione alle grandi riforme, ai LEA, alla sanità territoriale, fino a Piemonte e VCO

Fascicolo completo · **20 lezioni** con dispensa, quiz e soluzioni.

A cura di **Gigi Bacchetta e Bogdy** · siamoeccoci.it

Il diritto alla salute: l'articolo 32 della Costituzione e i principi del SSN

Obiettivo. Capire su quale base poggia tutto il Servizio Sanitario Nazionale: l'art. 32 come unico diritto 'fondamentale' della Costituzione, la sua doppia natura (individuo e collettività), il 'nucleo irriducibile' che la Corte protegge anche dal bilancio, e i tre principi-cardine del SSN (universalità, uguaglianza, globalità). Distinguere sempre il diritto proclamato dal diritto effettivo.

1. Perché si comincia dall'articolo 32

Tutto il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) — le ASL, gli ospedali, il medico di famiglia, i LEA, il modo in cui si finanzia — poggia su una sola frase della Costituzione: l'**articolo 32**. È il punto di partenza obbligato perché è l'unico diritto che la Costituzione definisce espressamente «fondamentale». Non «importante», non «garantito»: **fondamentale**. Nessun altro diritto, nel testo costituzionale, riceve questo aggettivo. Da qui discende tutto il resto: se la salute è un diritto fondamentale, allora lo Stato non può limitarsi a «non nuocere», ma deve attivarsi per garantirla. Il SSN è lo strumento con cui la Repubblica adempie a questo dovere.

La parola-chiave da portare a casa oggi è diritto a prestazione: a differenza delle libertà classiche (di parola, di associazione), che chiedono allo Stato di astenersi, il diritto alla salute chiede allo Stato di fare — organizzare servizi, assumere personale, spendere risorse. È un diritto che costa. E questo, come vedremo, è insieme la sua forza e il suo punto debole.

2. Il testo dell'articolo 32, comma per comma

Conviene leggerlo davvero, perché ogni comma pesa:

«La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.»

- **Comma 1 — la salute come diritto e come interesse.** Due nature in una riga sola: la salute è un diritto del singolo (posso pretenderne la tutela) ma anche un interesse di tutti (la mia salute riguarda anche la collettività). E poi l'impegno esplicito: cure gratuite agli indigenti — chi non ha mezzi viene curato lo stesso.

- **Comma 2 — il consenso e i trattamenti obbligatori.** Nessuno può essere costretto a curarsi contro la propria volontà, salvo che lo preveda una legge. È la base del **consenso informato** e, all'opposto, dei pochi trattamenti sanitari obbligatori ammessi (vaccinazioni obbligatorie, TSO — trattamento sanitario obbligatorio per malattia psichiatrica).
- **Comma 3 (ultima frase) — il limite invalicabile.** Anche quando una legge impone un trattamento, non può mai violare il rispetto della persona umana. È la clausola di dignità che chiude il cerchio.

3. La doppia natura: diritto dell'individuo e interesse della collettività

Questa è la parte più fraintesa. La salute non è solo «affare mio»: la Costituzione la lega anche all'interesse della collettività. Ecco perché in alcuni casi il mio diritto individuale può essere bilanciato con quello di tutti.

- **Esempio — vaccinazioni.** L'obbligo vaccinale (per alcune malattie) è legittimo proprio perché la salute è anche interesse collettivo: la mia vaccinazione protegge anche chi non può vaccinarsi. La Corte Costituzionale (sent. 5/2018 sui vaccini) ha confermato che l'obbligo è ammesso se poggia su una legge e rispetta la persona.
- **Esempio — TSO.** Il trattamento sanitario obbligatorio permette, entro garanzie rigorose (proposta medica, convalida, ruolo del sindaco e del giudice tutelare), di curare una persona anche senza il suo consenso in situazioni di grave necessità psichiatrica.
- **Esempio — una pandemia.** Le misure di sanità pubblica (isolamenti, restrizioni) trovano qui il loro fondamento: la dimensione collettiva della salute giustifica limiti temporanei alle libertà individuali, sempre previsti per legge e proporzionati.

4. Il «nucleo irriducibile»: quando il diritto batte il bilancio

Qui arriva il concetto giuridicamente più importante di tutto il percorso, e vale la pena capirlo bene perché è la chiave del dibattito su liste d'attesa e definanziamento (che vedremo nei giorni 15-16).

Il diritto alla salute è un diritto «finanziariamente condizionato»: dato che costa, il suo perimetro dipende in parte dalle risorse disponibili. Lo Stato decide quante prestazioni garantire (i LEA, giorno 6) anche in base a quanto può spendere. **Ma non tutto è comprimibile.** La Corte Costituzionale ha individuato un **nucleo irriducibile** del

diritto alla salute — le prestazioni essenziali, salvavita, legate alla dignità della persona — che non può mai essere sacrificato per far quadrare i conti.

- **Sent. 455/1990** — la Corte distingue tra il diritto alla salute come pretesa di prestazioni (condizionato dalle risorse) e il suo nucleo essenziale, che resta garantito in ogni caso.
- **Sent. 275/2016** — frase diventata celebre: «è la garanzia dei diritti incompressibili a incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di bilancio a condizionare la doverosa erogazione». Tradotto: prima vengono i diritti essenziali, poi i conti — non il contrario.

Esempio concreto. Una Regione in difficoltà finanziaria (in «piano di rientro», giorno 8) può razionalizzare, accorpare, tagliare sprechi. Non può però sospendere le cure oncologiche o l'emergenza dicendo «non ho soldi»: quello è nucleo irriducibile.

5. I tre principi del SSN: universalità, uguaglianza, globalità

Dall'articolo 32 discendono i tre principi-cardine su cui, nel 1978, verrà costruito il Servizio Sanitario Nazionale (domani, giorno 2, la L. 833). Vanno saputi a memoria perché tornano ovunque.

- **Universalità** — il SSN copre tutta la popolazione, non più solo i lavoratori assicurati. Esempio: prima del 1978 la copertura dipendeva dalla «mutua» della tua categoria; chi non aveva una mutua era scoperto. Oggi il disoccupato senza un contributo versato ha comunque il medico di base e il pronto soccorso.
- **Uguaglianza** — a parità di bisogno, stessa risposta, senza distinzioni di reddito, lavoro, religione, territorio. Esempio: due persone con la stessa patologia hanno diritto alla stessa cura, che siano un manager o un bracciante.
- **Globalità** — il SSN prende in carico la persona nel suo insieme, non la singola malattia: **prevenzione, cura e riabilitazione** insieme. Esempio: non solo si opera la frattura, ma prima si fa prevenzione (screening, vaccini) e dopo si segue la riabilitazione.

6. Glossario minimo (da fissare oggi)

- **Diritto a prestazione (o diritto sociale)** — diritto che obbliga lo Stato a fare qualcosa (erogare servizi), non solo ad astenersi.
- **Finanziariamente condizionato** — il perimetro del diritto dipende anche dalle risorse disponibili... tranne il nucleo irriducibile.
- **Nucleo irriducibile** — le prestazioni essenziali/salvavita che non si possono tagliare per ragioni di bilancio.
- **Consenso informato** — nessuna cura senza il consenso libero e consapevole della persona (salvo casi di legge).
- **TSO** — trattamento sanitario obbligatorio: eccezione al consenso, con garanzie di legge.

- **LEA** — Livelli Essenziali di Assistenza: l'elenco delle prestazioni che lo Stato garantisce a tutti (giorno 6).

Verifica critica (la regola: confuta sempre i dati). Attenzione allo slogan «l'art. 32 garantisce tutto, gratis, a tutti»: è impreciso e ci farebbe perdere credibilità. La Costituzione garantisce le cure gratuite agli indigenti e un nucleo irriducibile per tutti; il resto è finanziariamente condizionato e passa dai LEA e dai ticket. Il vero terreno di scontro politico non è «il diritto esiste o no» (esiste), ma quanto viene finanziato e quindi quanto è realmente esigibile: liste d'attesa, ticket, mobilità. È lo scarto tra diritto proclamato e diritto effettivo, che sarà il filo rosso dei giorni sul definanziamento (15) e le liste d'attesa (16).

In sintesi. L'art. 32 è la pietra angolare: unico diritto «fondamentale» nel testo costituzionale, con doppia natura (individuo + collettività), cure gratuite agli indigenti, consenso informato come regola e trattamenti obbligatori come eccezione di legge. La Corte ne ha ricavato il nucleo irriducibile, incomprimibile anche di fronte al bilancio. Su questa base poggiano i tre principi del SSN — universalità, uguaglianza, globalità — che domani (giorno 2) vedremo prendere corpo nella legge che ha fondato il Servizio Sanitario Nazionale: la L. 833/1978.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Perché l'art. 32 è considerato speciale nella Costituzione?

- A) È l'unico articolo che parla di soldi pubblici
- B) È l'unico diritto che la Costituzione definisce espressamente 'fondamentale'**
- C) È l'ultimo articolo della Costituzione
- D) È l'unico che può essere modificato senza referendum

Risposta: B. La salute è l'unico diritto a cui la Costituzione riserva l'aggettivo 'fondamentale': da qui il dovere dello Stato di attivarsi, non solo di astenersi.

2. La 'doppia natura' del diritto alla salute nell'art. 32 significa che la salute è:

- A) Un diritto solo dei cittadini italiani
- B) Un diritto dell'individuo e insieme un interesse della collettività'**
- C) Un diritto che vale solo negli ospedali pubblici
- D) Un interesse economico dello Stato

Risposta: B. Il comma 1 lo definisce 'fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività': le due dimensioni si bilanciano (es. obblighi vaccinali).

3. Secondo la Corte Costituzionale, il diritto alla salute è:

- A) Illimitato: lo Stato deve garantire qualsiasi prestazione a chiunque
- B) Interamente rimesso alle scelte di bilancio delle Regioni
- C) Finanziariamente condizionato, ma con un 'nucleo irriducibile' che non si può comprimere**
- D) Garantito solo a chi paga i contributi

Risposta: C. Il diritto è condizionato dalle risorse quanto al suo perimetro (LEA), ma il nucleo essenziale/salvavita resta incomprimibile anche di fronte al bilancio (sent. 455/1990, 275/2016).

4. Che cosa afferma, in sostanza, la sentenza 275/2016 della Corte Costituzionale?

- A) Che il bilancio viene prima dei diritti
- B) Che sono i diritti incomprimibili a incidere sul bilancio, non il bilancio a condizionarne l'erogazione**
- C) Che le Regioni possono sospendere i LEA in caso di disavanzo
- D) Che le cure gratuite spettano solo agli over 65

Risposta: B. La frase-chiave: 'è la garanzia dei diritti incomprimibili a incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di bilancio a condizionare la doverosa erogazione'. Prima i diritti essenziali, poi i conti.

5. Il principio di 'universalita' del SSN significa che:

A) Le cure sono uguali in tutto il mondo

B) Il SSN copre tutta la popolazione, non solo i lavoratori assicurati come prima del 1978

C) Ogni prestazione e' sempre e comunque gratuita

D) Solo lo Stato, e mai le Regioni, gestisce la sanita'

Risposta: B. Prima del 1978 la copertura dipendeva dalla mutua di categoria; con l'universalita' il SSN copre tutti i residenti a prescindere dalla condizione lavorativa.

6. Quale terna descrive correttamente i tre principi-cardine del SSN?

A) Efficienza, concorrenza, profitto

B) Universalita', uguaglianza, globalita'

C) Prevenzione, ticket, mobilita'

D) Autonomia, sussidiarieta', pareggio di bilancio

Risposta: B. Universalita' (copre tutti), uguaglianza (stessa risposta a parita' di bisogno), globalita' (presa in carico della persona intera: prevenzione, cura, riabilitazione).

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:costituzione>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978-12-23;833>

<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2016&numero=275>

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/homeLea.jsp>

L. 833/1978: dalle mutue al servizio universale — la nascita del SSN

Obiettivo. Capire il salto storico del 1978: dal sistema mutualistico (copertura legata al lavoro, diseguale, in deficit) al Servizio Sanitario Nazionale universale finanziato dalla fiscalità generale. Fissare i tre principi (universalità, uguaglianza, globalità), la struttura a tre livelli Stato-Regioni-USL e i limiti che porteranno alla riforma del 1992.

1. Prima del 1978: la sanità delle mutue

Per capire cosa ha cambiato la legge che oggi studiamo, bisogna sapere com'era la sanità prima. Fino al 1978 in Italia non esisteva un servizio sanitario pubblico e universale: esisteva un sistema **mutualistico**. La copertura sanitaria era legata al lavoro: ogni categoria aveva la sua «mutua» (cassa assicurativa), finanziata dai contributi versati da lavoratori e datori.

- **INAM** per i lavoratori dipendenti privati, **ENPAS** per gli statali, casse separate per coltivatori diretti, artigiani, commercianti, e decine di enti minori.
- Ogni mutua garantiva prestazioni diverse: chi stava in una cassa ricca aveva più coperture, chi in una povera meno.
- Chi non lavorava — disoccupati, molti familiari, chi aveva un impiego irregolare — poteva restare scoperto.

Esempio. Due vicini di casa con la stessa malattia potevano avere cure diverse: il dipendente pubblico rimborsato dall'ENPAS, il bracciante agricolo con una copertura minima o assente. La salute dipendeva dal lavoro, non dal bisogno. In più le mutue erano in **deficit cronico**: negli anni '70 il sistema era vicino al collasso finanziario.

2. La svolta: la legge 833 del 23 dicembre 1978

Con la **legge 23 dicembre 1978, n. 833** nasce il **Servizio Sanitario Nazionale**. È la traduzione operativa dell'art. 32 della Costituzione (giorno 1): la salute diventa un diritto di tutti, non più un'assicurazione di categoria. Ministra della Sanità è **Tina Anselmi**, prima donna ministra della Repubblica.

Il principio che ribalta tutto: si passa dal modello assicurativo (sei coperto se versi contributi) al modello del servizio universale (sei coperto perché sei una persona che vive in Italia). Il finanziamento non arriva più dai contributi di malattia delle mutue, ma dalla **fiscalità generale**: paga la collettività attraverso le tasse, ciascuno secondo la propria capacità (aggancio all'art. 53 Cost.).

La 833 fissa i tre principi che abbiamo già incontrato e che sono la sua eredità permanente:

- **Universalità** — destinatari sono tutti i cittadini, senza distinzione.
- **Uguaglianza** — accesso alle cure a parità di bisogno, senza discriminazioni.
- **Globalità** — non si cura la singola malattia ma la persona: prevenzione, cura e riabilitazione unificate in un solo sistema.

3. Come era organizzato il SSN del 1978

La 833 disegna un sistema a **tre livelli**, molto accentrato e a forte guida pubblica:

- **Stato** — programma (Piano Sanitario Nazionale), decide le risorse e le ripartisce attraverso il **Fondo Sanitario Nazionale** (FSN), fissa gli indirizzi generali.
- **Regioni** — programmano a livello regionale e distribuiscono le risorse sul territorio.
- **Comuni**, tramite le **Unità Sanitarie Locali (USL)** — gestiscono concretamente i servizi. Le USL erano rette da un'assemblea e da un comitato di gestione di nomina politica (espressione dei Comuni).

Esempio. La prevenzione (vaccinazioni, igiene pubblica, medicina del lavoro), gli ospedali e l'assistenza di base finivano tutti sotto lo stesso tetto pubblico dell'USL: era la «globalità» resa struttura.

4. Il tallone d'Achille: la gestione politica e i deficit

Il modello del 1978 aveva una fragilità strutturale: le USL erano gestite da organi di **nomina politica**, senza una vera responsabilità sui conti. Il risultato, negli anni '80, fu una crescita incontrollata della spesa e **deficit ripetuti**, ripianati a piè di lista dallo Stato. Mancava chi rispondesse dell'equilibrio economico.

Questa debolezza è la miccia della riforma successiva: nel 1992 (giorno 3) le USL diventeranno aziende con un direttore generale responsabile, e le Regioni prenderanno il timone. Ma l'impianto di fondo — universalità, uguaglianza, globalità, finanziamento fiscale — resta quello del 1978 ancora oggi.

5. Perché la 833 conta ancora

La 833 è la «costituzione materiale» del SSN: ha reso l'Italia uno dei pochi Paesi con un servizio sanitario universalistico (modello Beveridge, come il NHS britannico), diverso dai sistemi assicurativi (modello Bismarck, come Germania e Francia). Ogni riforma successiva ha modificato l'organizzazione, mai il principio universalistico.

6. Glossario minimo

- **Sistema mutualistico** — copertura sanitaria legata al lavoro e ai contributi di categoria (pre-1978).
- **Modello Beveridge** — servizio universale finanziato dalla fiscalità generale (il nostro SSN).
- **Modello Bismarck** — assicurazione sociale finanziata da contributi (Germania, Francia).
- **FSN** — Fondo Sanitario Nazionale: il canale con cui lo Stato finanzia il SSN (giorno 7).
- **USL** — Unità Sanitaria Locale: la struttura gestionale del 1978, poi diventata ASL nel 1992.

Verifica critica. Non idealizziamo il 1978: la 833 ha fondato l'universalismo, ma il modello a gestione politica delle USL fu anche fonte di sprechi e clientelismo, tanto da rendere necessaria la riforma del 1992. Allo stesso modo, attenzione a dire «prima del 1978 non c'era niente»: c'era il sistema mutualistico, che copriva la maggioranza dei lavoratori ma in modo diseguale e finanziariamente insostenibile. Il merito storico della 833 non è aver «inventato la sanità», ma averla resa universale ed egualitaria.

In sintesi. La L. 833/1978 trasforma la sanità da assicurazione di categoria (le mutue) a servizio universale per tutti, finanziato dalle tasse, retto dai tre principi di universalità, uguaglianza e globalità, con struttura a tre livelli Stato-Regioni-USL. Il suo limite — USL a gestione politica e deficit — porterà all'aziendalizzazione del 1992, che studiamo domani (giorno 3).

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Prima del 1978 la copertura sanitaria in Italia dipendeva soprattutto da:

- A) La residenza nel comune
- B) Il lavoro e la mutua di categoria**
- C) L'età della persona
- D) Un'assicurazione privata obbligatoria per tutti

Risposta: B. Il sistema era mutualistico: la copertura era legata al lavoro e ai contributi versati alla cassa (mutua) della propria categoria.

2. Qual è il cambiamento di fondo introdotto dalla L. 833/1978?

- A) Il passaggio da un servizio universale a un sistema di mutue
- B) Il passaggio dal modello assicurativo di categoria a un servizio sanitario universale per tutti**
- C) La privatizzazione degli ospedali
- D) L'abolizione del finanziamento pubblico della sanità

Risposta: B. La 833 istituisce il SSN: da copertura legata al lavoro a servizio universale, finanziato dalla fiscalità generale.

3. Come viene finanziato il SSN a partire dalla 833?

- A) Con i soli contributi di malattia dei lavoratori
- B) Con la fiscalità generale (le tasse di tutti)**
- C) Con assicurazioni private obbligatorie
- D) Con i ticket pagati dai pazienti

Risposta: B. Il finanziamento passa dai contributi delle mutue alla fiscalità generale: paga la collettività secondo capacità contributiva.

4. Nel modello del 1978, chi gestiva concretamente i servizi sul territorio?

- A) Direttori generali nominati dalle Regioni
- B) Le Unità Sanitarie Locali (USL), tramite i Comuni, con organi di nomina politica**
- C) Le mutue di categoria
- D) Il Ministero della Sanità in modo diretto

Risposta: B. La gestione era affidata alle USL, espressione dei Comuni, con assemblea e comitato di nomina politica.

5. A quale grande famiglia di sistemi sanitari appartiene il SSN italiano?

- A) Modello Bismarck (assicurativo, a contributi)
- B) Modello Beveridge (universale, a fiscalità generale)**
- C) Modello interamente privato
- D) Modello mutualistico di categoria

Risposta: B. Il SSN è di tipo Beveridge (come il NHS britannico): universale e finanziato dalle tasse, diverso dal modello Bismarck assicurativo di Germania e Francia.

6. Qual era il principale punto debole del SSN disegnato nel 1978?

- A) Escludeva i lavoratori dipendenti
- B) La gestione politica delle USL senza responsabilità sui conti, con deficit ripetuti**
- C) Vietava la prevenzione
- D) Era finanziato solo dalle Regioni

Risposta: B. La gestione di nomina politica senza responsabilità economica generò deficit ripetuti, all'origine della riforma-aziendalizzazione del 1992.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978-12-23:833>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:costituzione>

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=4666&area=Lea&menu=vuoto

L'aziendalizzazione: D.Lgs 502/1992 e 517/1993 — la seconda riforma

Obiettivo. Capire la 'seconda riforma': perché nasce (deficit e crisi finanziaria primi anni '90) e cosa introduce — USL trasformate in ASL/AO aziende con direttore generale responsabile, protagonismo e responsabilità finanziaria delle Regioni, pagamento a prestazione con i DRG, quasi-mercato e accreditamento, e i primi livelli uniformi di assistenza (antenati dei LEA).

1. Perché una nuova riforma nel 1992

All'inizio degli anni '90 il SSN del 1978 mostra tutti i suoi limiti: **deficit fuori controllo**, gestione politicizzata delle USL, sprechi. È anche il periodo di Tangentopoli e della grande crisi della finanza pubblica (1992, manovra Amato). Serve un sistema che risponda dei conti. La risposta è il **D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502**, corretto e integrato dal **D.Lgs 517/1993**: la cosiddetta **seconda riforma sanitaria**, o «aziendalizzazione».

2. Le tre parole-chiave: aziendalizzazione, regionalizzazione, responsabilità

- **Aziendalizzazione.** Le vecchie USL diventano **Aziende Sanitarie Locali (ASL)**, dotate di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale. I grandi ospedali di rilievo nazionale diventano **Aziende Ospedaliere (AO)** autonome. Non più uffici, ma aziende con un bilancio da far quadrare.
- **Regionalizzazione.** Le **Regioni** diventano le vere protagoniste: hanno la responsabilità della programmazione e — soprattutto — quella finanziaria. Se una Regione va in disavanzo, deve coprirlo (è il seme dei piani di rientro, giorno 8).
- **Responsabilità gestionale.** Al posto degli organi politici arriva il **Direttore Generale**, nominato dalla Regione, manager unico responsabile dei risultati, affiancato da direttore sanitario e amministrativo.

Esempio. Prima, se l'USL spendeva più del dovuto, il buco veniva ripianato dallo Stato e nessuno ne rispondeva. Dopo il 1992, il Direttore Generale dell'ASL risponde alla Regione del bilancio: può essere confermato o rimosso in base ai conti e ai risultati.

3. Il pagamento a prestazione: i DRG

La riforma cambia anche come si pagano gli ospedali. Prima vigeva il rimborso **a piè di lista**: l'ospedale spendeva e lo Stato rimborsava la spesa sostenuta — nessun incentivo a essere efficienti. Dal 1992 si introduce il pagamento **a prestazione**

tramite i **DRG** (Diagnosis Related Groups, Raggruppamenti Omogenei di Diagnosi): a ogni tipo di ricovero corrisponde una tariffa fissa predefinita.

Esempio. Per un intervento di appendicite l'ospedale riceve una tariffa fissa X, che copra o no il costo reale. Se l'ospedale è efficiente e spende meno di X, ci guadagna; se spreca e spende più di X, ci rimette. L'obiettivo è premiare l'efficienza.

Verifica critica. Il sistema DRG ha un rovescio noto: incentiva a selezionare i casi più «convenienti» (quelli in cui la tariffa supera il costo) e a evitare i pazienti complessi, oppure a moltiplicare ricoveri remunerativi. Non va quindi presentato come una soluzione neutra: è uno strumento potente ma da governare, con controlli sull'appropriatezza. È il tipico caso in cui «efficienza» e «equità» possono confliggere.

4. Il quasi-mercato e l'accreditamento

La 502 introduce l'idea di **concorrenza regolata** («quasi-mercato»): il cittadino può scegliere dove curarsi, e le strutture — pubbliche e private — competono per attrarre pazienti, venendo pagate a prestazione. Il privato entra nel SSN attraverso l'**accreditamento**: non basta esistere, occorre un riconoscimento che abilita a erogare prestazioni per conto del servizio pubblico. (Il meccanismo sarà completato dalla riforma Bindi del 1999, giorno 4.)

5. I LEA in embrione

La 502 pone anche le basi del concetto di **livelli uniformi (poi essenziali) di assistenza**: lo Stato deve garantire su tutto il territorio un nucleo comune di prestazioni, dentro le risorse del FSN. È l'antenato dei **LEA** che studieremo nel giorno 6: il ponte tra il diritto (art. 32) e ciò che concretamente il sistema eroga.

6. Glossario minimo

- **ASL** — Azienda Sanitaria Locale: la USL trasformata in azienda con autonomia e bilancio.
- **AO** — Azienda Ospedaliera: grande ospedale reso azienda autonoma.
- **Direttore Generale** — manager nominato dalla Regione, responsabile dei risultati dell'azienda.
- **DRG** — Raggruppamenti omogenei di diagnosi: tariffa fissa per tipo di ricovero (pagamento a prestazione).
- **Quasi-mercato** — concorrenza regolata tra strutture pubbliche e private accreditate.
- **Accreditamento** — riconoscimento che abilita una struttura a erogare prestazioni per il SSN.

In sintesi. Il D.Lgs 502/1992 (con il 517/1993) reagisce ai deficit del 1978 con l'aziendalizzazione (USL→ASL, grandi ospedali→AO), la regionalizzazione (le Regioni responsabili anche dei conti), il direttore generale-manager, il pagamento a prestazione con i DRG e l'apertura al quasi-mercato con l'accreditamento. Domani (giorno 4) la riforma Bindi correggerà gli eccessi del mercato e rafforzerà programmazione pubblica e integrazione sociosanitaria.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Qual è la ragione principale della riforma del 1992?

A) L'abolizione del SSN

B) I deficit fuori controllo e la gestione politicizzata delle USL

C) L'introduzione delle mutue

D) La chiusura degli ospedali pubblici

Risposta: B. La 502 nasce per reagire ai deficit ripetuti e alla gestione senza responsabilità delle USL, nel contesto della crisi finanziaria dei primi anni '90.

2. Con il D.Lgs 502/1992, le USL:

A) Vengono abolite e sostituite dalle mutue

B) Diventano ASL, aziende con autonomia e bilancio, guidate da un direttore generale

C) Passano allo Stato centrale

D) Restano identiche al modello del 1978

Risposta: B. Le USL diventano Aziende Sanitarie Locali con personalità giuridica e autonomia, guidate da un direttore generale responsabile dei risultati.

3. Chi assume, dopo il 1992, la responsabilità della programmazione e dei conti della sanità?

A) I Comuni

B) Le Regioni

C) Le mutue

D) Il solo Ministero

Risposta: B. La 'regionalizzazione' pone le Regioni al centro: hanno la responsabilità di programmazione e quella finanziaria (origine dei piani di rientro).

4. Il pagamento tramite DRG significa che l'ospedale è rimborsato:

A) A piè di lista, cioè per la spesa effettivamente sostenuta

B) Con una tariffa fissa predefinita per tipo di ricovero

C) In base al numero di dipendenti

D) Solo dalle assicurazioni private

Risposta: B. Il DRG assegna una tariffa fissa per tipologia di ricovero: se l'ospedale è efficiente ci guadagna, se spreca ci rimette.

5. Qual è un rischio noto del sistema DRG?

A) Rende impossibile curare i pazienti

B) Incentiva a selezionare i casi più 'convenienti' ed evitare i pazienti complessi

C) Elimina ogni forma di controllo

D) Vieta i ricoveri ospedalieri

Risposta: B. La tariffa fissa può spingere a preferire i casi remunerativi ed evitare i complessi: per questo servono controlli sull'appropriatezza.

6. Come entra il privato nel SSN dopo la 502?

A) Automaticamente, senza requisiti

B) Attraverso l'accreditamento, che abilita a erogare prestazioni per conto del SSN

C) Solo comprando un'ASL

D) Non può in alcun modo

Risposta: B. Il privato accede al quasi-mercato tramite l'accreditamento; il meccanismo sarà completato dalla riforma Bindi del 1999 con gli accordi contrattuali.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30;502>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1993;517>

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=4666&area=Lea&menu=vuoto

La riforma Bindi: D.Lgs 229/1999 — accreditamento, distretti, esclusività

Obiettivo. Capire la 'riforma-ter' del 1999: l'aziendalizzazione temperata che regola il mercato del 1992. Padroneggiare l'accreditamento in tre fasi (autorizzazione, accreditamento istituzionale, accordi contrattuali con tetti), il ruolo del distretto territoriale, l'esclusività di rapporto e l'intramoenia, e l'integrazione sociosanitaria (art. 3-septies) che collega la sanità al mondo del sociale e degli anziani.

1. La riforma-ter: correggere il mercato

Se il 1992 aveva spinto sull'efficienza e sul mercato, la fine degli anni '90 riporta il baricentro verso la **programmazione pubblica**. Con il **D.Lgs 19 giugno 1999, n. 229** — la riforma-ter, nota come **riforma Bindi** dal nome della ministra Rosy Bindi (governo D'Alema) — si parla di «**aziendalizzazione temperata**»: le ASL restano aziende, ma la logica di mercato viene regolata e subordinata alla programmazione pubblica.

2. L'accreditamento in tre fasi

Il contributo più importante e duraturo della Bindi è il sistema di ingresso del privato nel SSN, oggi ancora in vigore. Non basta più «essere accreditati»: servono **tre passaggi** in sequenza.

- **1) Autorizzazione** — la struttura ha i requisiti minimi per esistere e operare (sicurezza, dotazioni). È il permesso di aprire.
- **2) Accredimento istituzionale** — la Regione riconosce che la struttura ha requisiti ulteriori di qualità e la ammette, in via potenziale, a lavorare per il SSN. È l'idoneità a operare per conto del pubblico.
- **3) Accordi contrattuali** — la fase decisiva: la ASL/Regione firma un contratto che fissa volumi di prestazioni e tetti di spesa. Solo entro quel contratto le prestazioni sono pagate dal SSN.

Esempio. Una clinica privata autorizzata e accreditata non può erogare prestazioni illimitate a carico del SSN: può farlo solo entro il budget annuo dell'accordo contrattuale. Esaurito il tetto, le prestazioni ulteriori non sono più rimborsate dal pubblico. È il freno che la Bindi mette al «mercato aperto» della 502.

3. Il distretto e l'assistenza territoriale

La Bindi valorizza il **distretto sanitario** come articolazione dell'ASL che organizza l'assistenza di base e territoriale (medici di famiglia, specialistica, servizi domiciliari)

vicino ai cittadini. È un'anticipazione del principio che tornerà centrale con il DM 77/2022 (giorno 12): curare sul territorio, non solo in ospedale.

4. L'esclusività del rapporto e l'intramoenia

La riforma interviene sul lavoro dei medici dirigenti introducendo il principio dell'**esclusività di rapporto**: il medico che sceglie il rapporto esclusivo con il SSN ha in cambio la possibilità di carriera e la **libera professione intramuraria (intramoenia)** — cioè esercitare la libera professione dentro la struttura pubblica, con quote per l'azienda. L'obiettivo era trattenere i professionisti nel pubblico e limitare la fuga verso il privato.

Verifica critica. L'intramoenia nasce con buone intenzioni (trattenere i medici, dare al cittadino la scelta), ma è diventata uno dei nodi delle liste d'attesa (giorno 16): se la stessa prestazione è disponibile a pagamento in intramoenia in pochi giorni e col SSN in molti mesi, si crea una disparità che la legge cerca continuamente di riequilibrare. Non va quindi raccontata come una semplice conquista: è una misura ambivalente, da valutare per come è gestita.

5. L'integrazione sociosanitaria (art. 3-septies)

La Bindi inserisce nel D.Lgs 502 l'**art. 3-septies**, che definisce le **prestazioni sociosanitarie**: quelle in cui il bisogno sanitario e quello sociale si intrecciano (anziani non autosufficienti, disabili, salute mentale, dipendenze). Distingue prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, sociali a rilevanza sanitaria, e ad elevata integrazione. È la base normativa del riparto dei costi tra SSN e Comuni/utenti che vedremo nel giorno 14 (rette RSA) e che collega questo percorso al corso sui diritti degli anziani.

6. Glossario minimo

- **Riforma-ter / Bindi** — D.Lgs 229/1999: aziendalizzazione temperata, ritorno alla programmazione pubblica.
- **Accreditamento istituzionale** — riconoscimento regionale di idoneità a operare per il SSN (2ª fase).
- **Accordi contrattuali** — contratto che fissa volumi e tetti di spesa (3ª fase): senza, niente rimborso.
- **Distretto** — articolazione dell'ASL per l'assistenza territoriale e di base.
- **Esclusività di rapporto** — il dirigente sceglie il rapporto esclusivo col SSN in cambio di carriera e intramoenia.
- **Intramoenia** — libera professione esercitata dentro la struttura pubblica.
- **Prestazioni sociosanitarie** — dove bisogno sanitario e sociale si intrecciano (art. 3-septies).

In sintesi. Il D.Lgs 229/1999 (riforma Bindi) tempera il mercato del 1992: introduce l'accreditamento in tre fasi (autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali con tetti), valorizza il distretto territoriale, disciplina esclusività e intramoenia, e con l'art. 3-septies pone le basi dell'integrazione sociosanitaria. Con le lezioni 2-3-4 hai la 'colonna vertebrale' del SSN: domani (giorno 5) vediamo chi decide cosa, cioè il riparto Stato-Regioni del Titolo V.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. La riforma Bindi (229/1999) rispetto alla 502/1992:

- A) Abolisce le aziende sanitarie
- B) Tempera la logica di mercato, rafforzando la programmazione pubblica**
- C) Privatizza tutti gli ospedali
- D) Elimina le Regioni dalla sanità

Risposta: B. È l'aziendalizzazione 'temperata': le ASL restano aziende ma il mercato viene regolato e subordinato alla programmazione pubblica.

2. Qual è la sequenza corretta per far operare una struttura privata nel SSN?

- A) Accordi contrattuali → autorizzazione → accreditamento
- B) Autorizzazione → accreditamento istituzionale → accordi contrattuali**
- C) Solo l'autorizzazione
- D) Solo l'accREDITamento

Risposta: B. Le tre fasi in ordine sono: autorizzazione (requisiti minimi), accreditamento istituzionale (idoneità), accordi contrattuali (volumi e tetti).

3. A cosa servono gli 'accordi contrattuali'?

- A) A privatizzare l'ASL
- B) A fissare volumi di prestazioni e tetti di spesa rimborsabili dal SSN**
- C) A eliminare i ticket
- D) Ad abolire l'accREDITamento

Risposta: B. L'accordo contrattuale stabilisce quante prestazioni e con quale tetto di spesa il SSN rimborsa: esaurito il budget, niente ulteriore rimborso pubblico.

4. Cos'è l'intramoenia?

- A) La libera professione esercitata dentro la struttura pubblica**
- B) Un ospedale privato
- C) Un tipo di ticket
- D) Un fondo integrativo

Risposta: A. È la libera professione intramuraria: il medico dirigente in rapporto esclusivo la esercita all'interno dell'azienda pubblica, con quote per l'azienda.

5. Perché l'intramoenia va guardata con occhio critico?

A) Perché è illegale

B) Perché può alimentare le liste d'attesa: la stessa prestazione a pagamento in pochi giorni, col SSN in molti mesi

C) Perché riguarda solo il privato

D) Perché è stata abolita nel 1999

Risposta: B. L'intramoenia nasce per trattenere i medici, ma può creare disparità nell'accesso: è un nodo ricorrente nel governo delle liste d'attesa.

6. L'art. 3-septies (introdotto dalla Bindi) riguarda:

A) I ticket sanitari

B) Le prestazioni sociosanitarie, dove bisogno sanitario e sociale si intrecciano

C) La chiusura degli ospedali

D) Il finanziamento europeo

Risposta: B. Definisce le prestazioni sociosanitarie ed è la base del riparto costi SSN/ Comuni-utenti, con forte legame al tema anziani e non autosufficienza.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1999-06-19;229>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30;502>

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=4666&area=Lea&menu=vuoto

Titolo V (L.cost. 3/2001): chi decide sulla sanità — Stato e Regioni

Obiettivo. Capire il riparto di competenze in sanità dopo la riforma del Titolo V del 2001: la 'tutela della salute' come materia concorrente (Stato fissa i principi, Regioni organizzano → 21 SSR), bilanciata dalla competenza esclusiva statale sui LEA (art. 117 lett. m), il pavimento uniforme sotto cui nessuna Regione può scendere. Da qui nascono differenze regionali e contenzioso costituzionale.

1. La domanda di oggi: chi decide sulla sanità?

Fin qui abbiamo visto cosa è il SSN. Oggi rispondiamo a una domanda diversa e decisiva: **chi comanda?** Lo Stato o le Regioni? La risposta è nella **legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3**, la riforma del **Titolo V** della Costituzione, che ha riscritto l'art. 117 sul riparto di competenze tra Stato e Regioni.

2. La 'tutela della salute' è materia concorrente

L'art. 117 divide le materie in tre gruppi: competenza esclusiva dello Stato, competenza concorrente Stato-Regioni, competenza residuale delle Regioni. La **«tutela della salute» è collocata tra le materie di legislazione concorrente**. Significa che:

- lo **Stato** fissa i principi fondamentali (le regole-cornice, uguali per tutti);
- le **Regioni** legiferano nel dettaglio e **organizzano** il proprio servizio sanitario.

Esempio. Lo Stato stabilisce il principio «l'assistenza territoriale va potenziata»; la singola Regione decide come: quante Case della Comunità, dove, con quale organizzazione. Da qui nascono **21 servizi sanitari regionali** (SSR) diversi tra loro: il SSN è un sistema unico nei principi, ma plurale nell'attuazione.

3. Il contrappeso: i LEA sono competenza esclusiva dello Stato

Se tutto fosse regionale, l'universalità e l'uguaglianza (giorno 1) salterebbero. Per questo la Costituzione tiene una leva ferma in mano allo Stato: l'art. 117, comma 2, **lettera m)** assegna alla competenza esclusiva statale la **«determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni»** concernenti i diritti civili e sociali — quindi anche i **LEA** in sanità.

In pratica: lo Stato garantisce cosa dev'essere assicurato a tutti (il «pavimento» dei LEA, giorno 6), le Regioni decidono come organizzarlo. Una Regione può fare di più e meglio, ma **non può scendere sotto i LEA**. È il punto di equilibrio tra unità nazionale

e autonomia regionale. (Anche la «profilassi internazionale» resta esclusiva statale: pandemie e frontiere non possono che essere gestite in modo unitario.)

4. La conseguenza: 21 sanità diverse e il contenzioso

Dal 2001 la sanità è il terreno di continuo **contenzioso Stato-Regioni** davanti alla **Corte Costituzionale**: chi ha invaso il campo dell'altro? La Corte è diventata l'arbitro che ridisegna caso per caso il confine tra principio statale e dettaglio regionale. Le differenze concrete che tutti conosciamo — liste d'attesa, servizi, ticket regionali diversi — nascono in gran parte proprio qui: dalla competenza concorrente.

Verifica critica. Il regionalismo sanitario è spesso descritto in modo caricaturale, o come «efficienza vicina ai territori» o come «fonte di tutte le disuguaglianze». La verità è più sobria: la Costituzione vuole entrambe le cose — un pavimento uguale per tutti (LEA, competenza statale) e organizzazione differenziata (competenza regionale). Il problema non è il regionalismo in sé, ma quando le differenze organizzative si traducono in violazione del pavimento (LEA non garantiti). È lo stesso nodo che esploderà con l'autonomia differenziata (giorno 17).

5. Il ponte verso il resto del percorso

Il Titolo V spiega perché nei prossimi giorni parleremo tanto di Regioni: sono loro a organizzare rete ospedaliera (DM 70, giorno 11), territorio (DM 77, giorno 12), a gestire i bilanci e a finire in piano di rientro (giorno 8). E spiega perché il blocco finale del corso è territoriale (Piemonte e VCO): perché è a livello regionale e locale che il diritto alla salute diventa — o non diventa — realtà.

6. Glossario minimo

- **Titolo V** — parte della Costituzione (artt. 114-133) sul rapporto Stato-Regioni-enti locali; riformata nel 2001.
- **Competenza concorrente** — Stato fissa i principi, Regioni legiferano nel dettaglio.
- **Competenza esclusiva statale** — solo lo Stato può legiferare (es. LEA, art. 117 c.2 lett. m).
- **SSR** — Servizio Sanitario Regionale: l'attuazione del SSN in ciascuna Regione.
- **LEA** — livelli essenziali di assistenza: il pavimento uniforme garantito dallo Stato (giorno 6).

In sintesi. Con il Titolo V (2001) la 'tutela della salute' è materia concorrente: lo Stato fissa i principi, le Regioni organizzano — da qui 21 servizi sanitari regionali. Ma lo Stato tiene la leva dei LEA (competenza esclusiva, art. 117 lett. m): il

pavimento uniforme sotto cui nessuna Regione può scendere. Equilibrio tra unità e autonomia, arbitrato dalla Corte Costituzionale. Domani (giorno 6) vediamo proprio cosa sono i LEA.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Dopo la riforma del Titolo V (2001), la 'tutela della salute' è materia di competenza:

- A) Esclusiva delle Regioni
- B) Concorrente: Stato fissa i principi, Regioni legiferano nel dettaglio**
- C) Esclusiva dello Stato in tutto
- D) Dei soli Comuni

Risposta: B. La tutela della salute è materia concorrente: allo Stato i principi fondamentali, alle Regioni il dettaglio e l'organizzazione.

2. Chi determina i LEA e con quale tipo di competenza?

- A) Le Regioni, in via residuale
- B) Lo Stato, in via esclusiva (art. 117 c.2 lett. m)**
- C) I Comuni
- D) L'Unione Europea

Risposta: B. La determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni è competenza esclusiva statale: garantisce l'uniformità dei diritti su tutto il territorio.

3. Cosa può e cosa non può fare una Regione rispetto ai LEA?

- A) Può scendere sotto i LEA se ha pochi fondi
- B) Può fare di più e meglio, ma non scendere sotto i LEA**
- C) Può ignorarli del tutto
- D) Deve fornire esattamente i LEA, né più né meno

Risposta: B. I LEA sono il pavimento: una Regione può aggiungere prestazioni, ma non può garantirne meno del livello essenziale statale.

4. Quale conseguenza pratica ha il Titolo V sulla sanità?

- A) Un unico servizio identico in tutta Italia
- B) La nascita di 21 servizi sanitari regionali diversi nell'organizzazione**
- C) L'abolizione delle Regioni
- D) La privatizzazione del SSN

Risposta: B. La competenza concorrente porta a 21 SSR: sistema unico nei principi, plurale nell'attuazione.

5. Chi arbitra i conflitti di competenza Stato-Regioni in sanità?

- A) Il Ministro della Salute
- B) La Corte Costituzionale**
- C) La Conferenza dei sindaci
- D) Il Parlamento europeo

Risposta: B. La Corte Costituzionale ridisegna caso per caso il confine tra principio statale e dettaglio regionale.

6. Perché il regionalismo sanitario non va letto in modo caricaturale?

- A) Perché le Regioni non contano nulla
- B) Perché la Costituzione vuole insieme pavimento uniforme (LEA) e organizzazione differenziata**
- C) Perché i LEA non esistono
- D) Perché lo Stato decide tutto da solo

Risposta: B. Il disegno costituzionale combina uniformità dei diritti (LEA statali) e autonomia organizzativa (Regioni): il problema è solo quando le differenze violano i LEA.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge.costituzionale:2001-10-18;3>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:costituzione>

<https://www.cortecostituzionale.it/>

I LEA: cosa lo Stato garantisce a tutti — DPCM 2017, nomenclatore, NSG

Obiettivo. Capire cosa sono i LEA (il pavimento concreto del diritto alla salute), i tre livelli in cui si articolano (prevenzione, territorio, ospedale), il ruolo del nomenclatore e delle tariffe (e il ritardo del loro aggiornamento come esempio di diritto 'sulla carta'), il Nuovo Sistema di Garanzia che misura l'effettiva erogazione per Regione, e il sistema di ticket ed esenzioni.

1. Cosa sono i LEA

I **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** sono l'elenco delle prestazioni e dei servizi che il SSN è tenuto a garantire a tutti, gratuitamente o con la compartecipazione (ticket), con le risorse pubbliche. Sono la traduzione concreta dell'art. 32 e del principio di uguaglianza: il «**pavimento**» di diritti sanitari esigibili in ogni Regione. Fuori dai LEA, una prestazione la paghi di tasca tua.

Base normativa: **D.Lgs 502/1992, art. 1** (come modificato dalla Bindi); primo elenco con il **DPCM 29/11/2001**; **nuovi LEA con il DPCM 12 gennaio 2017**, tuttora vigente.

2. I tre grandi livelli

I LEA sono organizzati in tre aree:

- **Prevenzione collettiva e sanità pubblica** — vaccinazioni, screening oncologici, sicurezza alimentare e degli ambienti di lavoro, profilassi.
- **Assistenza distrettuale (territoriale)** — medico di famiglia e pediatra, farmaceutica, specialistica ambulatoriale, assistenza domiciliare, consultori, salute mentale, dipendenze, riabilitazione, prestazioni sociosanitarie (RSA, semiresidenzialità).
- **Assistenza ospedaliera** — pronto soccorso, ricoveri, day hospital, riabilitazione ospedaliera, trapianti.

Esempio. Uno screening mammografico rientra nella prevenzione collettiva ed è garantito senza costi alle fasce d'età previste; una protesi inclusa nel nomenclatore è dovuta; una prestazione fuori dai LEA (es. certe medicine non essenziali o prestazioni non riconosciute) resta a carico del cittadino.

3. Il nomenclatore e l'aggiornamento continuo

Dentro i LEA ci sono i **nomenclatori**: gli elenchi dettagliati con le tariffe della specialistica ambulatoriale e della protesica. Il DPCM 2017 ha ampliato i LEA (nuovi

vaccini, screening neonatale esteso, procreazione medicalmente assistita, nuove protesi), ma i **nomenclatori con le nuove tariffe** sono entrati in vigore con forte ritardo (rinvii ripetuti, attuazione tra 2024 e 2025). È un caso da manuale di scarto tra diritto scritto e diritto esigibile.

Verifica critica. «I LEA sono stati aggiornati nel 2017» è vero solo a metà: l'elenco è stato ampliato, ma senza tariffe aggiornate molte prestazioni nuove sono rimaste sulla carta per anni, non erogabili in concreto. Quando si valuta se un diritto è garantito, non basta che sia nei LEA: bisogna verificare che sia finanziato e tariffato. È esattamente il metodo «confuta i dati» applicato alla sanità.

4. Chi controlla che i LEA siano davvero erogati: il NSG

Garantire i LEA sulla carta non basta: serve misurare se le Regioni li erogano davvero. Lo strumento è il **Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)**, introdotto dal **DM 12 marzo 2019**, che dal 2020 ha sostituito la vecchia «Griglia LEA». Il NSG valuta ogni Regione con decine di indicatori sui tre livelli (prevenzione, territorio, ospedale) e produce punteggi: le Regioni sotto soglia sono **inadempienti** e possono subire conseguenze (piani di rientro, giorno 8). Il **Comitato LEA** coordina la verifica.

Esempio. Una Regione può avere ottimi ospedali ma un territorio debole (poca assistenza domiciliare, screening a bassa copertura): il NSG lo fotografa livello per livello, impedendo che i buoni numeri di un'area nascondano le carenze di un'altra.

5. Ticket ed esenzioni

I LEA non sono sempre gratuiti: per alcune prestazioni (specialistica, farmaceutica, pronto soccorso non urgente) è prevista una **compartecipazione (ticket)**. Esistono però ampie **esenzioni** per reddito, età, patologia cronica, invalidità. Il sistema di ticket ed esenzioni varia in parte da Regione a Regione — di nuovo l'effetto Titolo V (giorno 5).

6. Glossario minimo

- **LEA** — livelli essenziali di assistenza: il pavimento di prestazioni garantite a tutti.
- **DPCM 12/1/2017** — i 'nuovi LEA' oggi vigenti.
- **Nomenclatore** — elenco dettagliato delle prestazioni con le relative tariffe.
- **NSG** — Nuovo Sistema di Garanzia: misura l'effettiva erogazione dei LEA per Regione.
- **Comitato LEA** — organismo che coordina la verifica dell'erogazione.
- **Ticket / esenzione** — compartecipazione alla spesa e casi in cui non è dovuta.

In sintesi. I LEA sono il pavimento concreto del diritto alla salute: cosa il SSN garantisce a tutti, su tre livelli (prevenzione, territorio, ospedale). Il DPCM 2017 li ha ampliati, ma senza tariffe aggiornate molte prestazioni sono rimaste 'sulla carta' fino al 2024-2025. Il NSG misura l'erogazione reale per Regione. Domani (giorno 7) vediamo con quali soldi tutto questo si finanzia: il Fondo Sanitario Nazionale.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. I LEA sono:

- A) Le tasse regionali sulla sanità
- B) L'elenco delle prestazioni che il SSN garantisce a tutti con risorse pubbliche**
- C) Gli ospedali di eccellenza
- D) I contributi delle vecchie mutue

Risposta: B. I LEA sono il pavimento di prestazioni garantite a tutti, gratis o con ticket: la traduzione concreta del diritto alla salute.

2. Quale atto definisce i 'nuovi LEA' oggi vigenti?

- A) La L. 833/1978
- B) Il DPCM 12 gennaio 2017**
- C) Il DM 70/2015
- D) Il D.Lgs 229/1999

Risposta: B. I LEA vigenti sono quelli del DPCM 12/1/2017, che ha aggiornato e ampliato l'elenco precedente del 2001.

3. Quali sono i tre livelli in cui si articolano i LEA?

- A) Statale, regionale, comunale
- B) Prevenzione collettiva, assistenza distrettuale (territoriale), assistenza ospedaliera**
- C) Pubblico, privato, convenzionato
- D) Urgente, differibile, programmabile

Risposta: B. I tre livelli sono prevenzione collettiva/sanità pubblica, assistenza distrettuale/territoriale, assistenza ospedaliera.

4. Perché l'ampliamento dei LEA del 2017 è rimasto in parte 'sulla carta'?

- A) Perché è stato annullato
- B) Perché i nomenclatori con le nuove tariffe sono entrati in vigore con anni di ritardo**
- C) Perché nessuna Regione lo ha applicato
- D) Perché riguardava solo gli ospedali

Risposta: B. L'elenco è stato ampliato, ma senza tariffe aggiornate molte prestazioni nuove non erano erogabili in concreto fino al 2024-2025.

5. Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) serve a:

A) Fissare i ticket

B) Misurare se le Regioni erogano effettivamente i LEA

C) Nominare i direttori generali

D) Finanziare gli ospedali privati

Risposta: B. Il NSG (DM 2019) valuta con indicatori l'effettiva erogazione dei LEA per Regione; le Regioni sotto soglia sono inadempienti.

6. I LEA sono sempre gratuiti?

A) Sì, tutto è sempre gratis

B) No: per alcune prestazioni c'è il ticket, con ampie esenzioni per reddito, età, patologia

C) Sì, tranne gli ospedali

D) No, si pagano sempre per intero

Risposta: B. Alcune prestazioni prevedono compartecipazione (ticket), ma esistono numerose esenzioni per reddito, età, patologie croniche, invalidità.

Fonti normative:

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/homeLea.jsp>

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30;502>

Come si finanzia il SSN: Fondo Sanitario Nazionale e quota capitaria

Obiettivo. Capire il motore finanziario del SSN: il fabbisogno sanitario standard e il Fondo Sanitario Nazionale (oltre 130 mld) deciso ogni anno in legge di bilancio, le fonti (IRAP, addizionale IRPEF, IVA, trasferimenti), il riparto tra Regioni con la quota capitaria ponderata per età (e il suo limite: pesa poco la deprivazione), e gli strumenti di governo (fabbisogni standard, Patto per la Salute, Intese).

1. Con quali soldi funziona il SSN

Un diritto che costa (giorno 1) ha bisogno di un motore finanziario. Ogni anno lo Stato determina il **fabbisogno sanitario nazionale standard**: quante risorse servono per garantire i LEA. Queste risorse formano il **Fondo Sanitario Nazionale (FSN)**, che nel triennio 2024-2026 supera i **130 miliardi di euro** l'anno. Il livello del FSN è deciso ogni anno con la **legge di bilancio**: è lì che si gioca, in concreto, quanto vale il diritto alla salute.

2. Da dove arrivano le risorse

Il finanziamento della sanità è un mix (in gran parte fiscalità generale, dopo il superamento dei contributi di malattia):

- **IRAP** (imposta regionale sulle attività produttive) e **addizionale regionale IRPEF** — tributi propri delle Regioni destinati in prima battuta alla sanità;
- **compartecipazione all'IVA** e trasferimenti statali — per riequilibrare le Regioni che con i tributi propri non coprono il fabbisogno;
- **ticket** e altre entrate proprie delle aziende.

Un fondo perequativo garantisce che anche le Regioni con minore capacità fiscale raggiungano il livello necessario a coprire i LEA: è il principio di solidarietà tra territori.

3. Il riparto tra Regioni: la quota capitaria ponderata

Come si divide il FSN tra le Regioni? Con la **quota capitaria ponderata**: si parte dalla popolazione, ma la si pesa in base ai **consumi sanitari per fasce d'età**. Un anziano consuma molta più sanità di un giovane, quindi una Regione anziana riceve di più a parità di abitanti. La base normativa è il **D.Lgs 502/1992, art. 2 c. 2-sexies**, che indica i criteri (popolazione, frequenza dei consumi per età e sesso, indicatori epidemiologici, situazioni territoriali particolari).

Esempio (che riprenderemo nel blocco territoriale). Il VCO ha una popolazione molto anziana e un territorio montano: la quota capitaria pesata gli assegna un pro-

capite più alto della media (nel riparto 2024, circa 2.014 € contro i 1.763 € del Novarese). Non è un privilegio: riflette il maggior bisogno sanitario di una popolazione anziana.

Verifica critica. La quota capitaria è pesata soprattutto per età, molto meno per la deprivazione socioeconomica. Molti studi (e le stesse organizzazioni sindacali) segnalano che questo penalizza i territori poveri, dove a parità di età si ammala di più. Quando si legge un riparto, quindi, non basta guardare il pro-capite: va chiesto quali pesi sono stati usati e cosa resta fuori. È un punto tecnico ma con forti implicazioni di equità.

4. Le regole del gioco: fabbisogni standard, Patto per la Salute, Intese

- **Fabbisogni e costi standard (D.Lgs 68/2011, federalismo fiscale):** alcune Regioni «benchmark» ben gestite fissano il costo di riferimento delle prestazioni, per non finanziare gli sprechi.
- **Patto per la Salute** — accordo pluriennale (di norma triennale) tra Stato e Regioni: fissa le risorse e gli obiettivi di sistema (es. riduzione liste, potenziamento territorio).
- **Intesa in Conferenza Stato-Regioni** — lo strumento con cui, ogni anno, si concorda formalmente il riparto del FSN tra le Regioni.

5. Perché questo capitolo è politico

Il finanziamento non è un tecnicismo contabile: è la decisione politica sulla sanità. Aumentare o ridurre il FSN, cambiare i pesi del riparto, alzare o abbassare i ticket significa spostare risorse e diritti tra generazioni e territori. Tutto il dibattito sul «definanziamento» (giorno 15) e sulle liste d'attesa (giorno 16) parte da qui: da quanto lo Stato decide di mettere, ogni anno, nel FSN.

6. Glossario minimo

- **Fabbisogno sanitario standard** — le risorse necessarie a garantire i LEA, determinate annualmente.
- **FSN** — Fondo Sanitario Nazionale: il contenitore delle risorse per la sanità (oltre 130 mld/anno).
- **Quota capitaria ponderata** — criterio di riparto: popolazione pesata per consumi sanitari (età).
- **D.Lgs 68/2011** — costi e fabbisogni standard, Regioni benchmark.
- **Patto per la Salute** — accordo pluriennale Stato-Regioni su risorse e obiettivi.
- **Intesa Stato-Regioni** — atto con cui si concorda il riparto annuale del FSN.

In sintesi. Il SSN si finanzia con la fiscalità generale (IRAP, addizionale IRPEF, IVA, trasferimenti): ogni anno la legge di bilancio fissa il FSN (oltre 130 mld) per coprire i LEA. Il riparto tra Regioni usa la quota capitaria ponderata per età — che premia i territori anziani come il VCO, ma pesa poco la povertà. Patto per la Salute e Intese regolano risorse e obiettivi. Domani (giorno 8) vediamo cosa succede quando i conti non tornano: piani di rientro e commissariamenti.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Il livello del Fondo Sanitario Nazionale viene deciso:

- A) Dalle singole ASL
- B) Ogni anno con la legge di bilancio**
- C) Dalle mutue
- D) Dall'Unione Europea

Risposta: B. Il FSN, che copre il fabbisogno sanitario standard, è determinato annualmente con la legge di bilancio.

2. Come è finanziato prevalentemente il SSN?

- A) Con assicurazioni private
- B) Con la fiscalità generale (IRAP, addizionale IRPEF, IVA, trasferimenti)**
- C) Solo con i ticket
- D) Solo con fondi PNRR

Risposta: B. Dopo il superamento dei contributi di malattia, il finanziamento poggia sulla fiscalità generale, integrata da ticket ed entrate proprie.

3. Cos'è la 'quota capitaria ponderata'?

- A) Una tassa sui ricoveri
- B) Il criterio di riparto: popolazione pesata per i consumi sanitari legati all'età**
- C) Il numero di medici per abitante
- D) Il costo di un DRG

Risposta: B. Il FSN si ripartisce tra Regioni pesando la popolazione in base ai consumi sanitari per fasce d'età (e altri criteri): gli anziani 'pesano' di più.

4. Perché una Regione anziana come il VCO riceve un pro-capite più alto?

- A) Per un privilegio politico
- B) Perché la quota capitaria è pesata per età e gli anziani consumano più sanità**
- C) Perché ha più ospedali privati
- D) Perché paga meno tasse

Risposta: B. Il maggior pro-capite riflette il maggior bisogno sanitario di una popolazione anziana, non un privilegio.

5. Qual è un limite di equità della quota capitaria?

A) Pesa troppo la povertà

B) Pesa soprattutto l'età e poco la deprivazione socioeconomica

C) Non considera la popolazione

D) È decisa dai Comuni

Risposta: B. La ponderazione è soprattutto per età: pesando poco la deprivazione, rischia di penalizzare i territori poveri, dove a parità di età ci si ammala di più.

6. Cos'è il 'Patto per la Salute'?

A) Un'assicurazione integrativa

B) Un accordo pluriennale Stato-Regioni che fissa risorse e obiettivi di sistema

C) Il contratto dei medici

D) Un fondo europeo

Risposta: B. Il Patto per la Salute è l'accordo (di norma triennale) tra Stato e Regioni su risorse e obiettivi (liste, territorio, ecc.).

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30;502>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:2011-05-06;68>

https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?

[id=1395&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1395&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto)

Quando i conti non tornano: disavanzi, piani di rientro e commissariamenti

Obiettivo. Capire cosa accade quando una Regione va in disavanzo sanitario: il piano di rientro (accordo con i Ministeri, razionalizzazioni, blocco turnover), gli automatismi fiscali (più IRAP e addizionale IRPEF), il commissariamento ad acta. E cogliere il nodo critico: i piani risanano i bilanci ma possono ferire i servizi e gli organici, con effetti duraturi su personale, liste e mobilità.

1. Quando una Regione va in rosso

Abbiamo visto (giorno 3 e 5) che le Regioni rispondono dei conti della sanità. Ma cosa succede quando una Regione spende strutturalmente più di quanto riceve, accumulando disavanzi? La sanità pesa per circa i tre quarti dei bilanci regionali: un buco sanitario mette in crisi l'intera Regione. La risposta dell'ordinamento è un meccanismo di risanamento vincolato: il **piano di rientro**.

2. Il piano di rientro

Il piano di rientro nasce con la **legge finanziaria 2005 (L. 311/2004)** e le Intese Stato-Regioni successive. È un **accordo** tra la Regione in disavanzo e i Ministeri di **Salute ed Economia**: la Regione si impegna a un programma pluriennale di riequilibrio (razionalizzazioni, riduzione posti letto, tetti di spesa, blocco del turnover del personale) in cambio dell'accesso a risorse per coprire il debito.

Esempio. Una Regione con forte disavanzo può essere obbligata a chiudere o riconvertire piccoli ospedali, bloccare le assunzioni, aumentare i ticket, alzare le proprie imposte. È un percorso a tappe monitorato periodicamente dai Ministeri.

3. Gli automatismi fiscali

Il piano ha un «pungolo» automatico: se la Regione non rispetta gli obiettivi, scattano gli **automatismi fiscali**, cioè l'aumento automatico ai livelli massimi dell'**IRAP** e dell'**addizionale regionale IRPEF**. In pratica i cittadini di quella Regione pagano più tasse finché i conti non rientrano. È il modo in cui l'ordinamento responsabilizza la Regione: il costo del disavanzo ricade sul territorio che lo ha prodotto.

4. Il commissariamento ad acta

Se la Regione non riesce (o non vuole) attuare il piano, si passa al **commissariamento ad acta**: il Governo nomina un **commissario** che si sostituisce agli organi regionali per attuare il risanamento. È la misura più forte, che comprime l'autonomia regionale in nome della tenuta dei conti e della garanzia dei LEA.

Esempio storico. Diverse Regioni del Centro-Sud sono state commissariate (la Calabria per molti anni); il **Piemonte** è stato in piano di rientro nel decennio scorso, uscendone dopo un percorso di riequilibrio. I piani hanno effettivamente risanato i bilanci: qui il giudizio tecnico è positivo.

Verifica critica. Attenzione a non confondere equilibrio di bilancio con qualità dell'assistenza. I piani di rientro hanno risanato i conti, ma spesso a caro prezzo sui servizi: il blocco del turnover ha impoverito gli organici (carenza di personale che paghiamo ancora oggi), la riduzione dei posti letto ha aumentato la mobilità passiva verso altre Regioni. Un piano «riuscito» contabilmente può lasciare ferite assistenziali durature. Questo è esattamente il «nucleo irriducibile» del giorno 1: il risanamento non può comprimere le prestazioni essenziali. Vale sia per criticare sia per riconoscere: dirlo in modo onesto rende il ragionamento credibile.

5. Il legame con i LEA e il resto del percorso

Il piano di rientro non è solo questione di conti: scatta anche quando il **Nuovo Sistema di Garanzia** (giorno 6) rileva LEA non erogati. E le sue conseguenze — carenza di personale (giorno 9), liste d'attesa e mobilità (giorno 16) — sono al centro del dibattito. È il capitolo che collega l'architettura finanziaria alle criticità concrete che vedremo nel blocco «dibattito e dati».

6. Glossario minimo

- **Disavanzo sanitario** — spesa strutturalmente superiore alle risorse assegnate.
- **Piano di rientro** — accordo Regione-Ministeri per il risanamento pluriennale (dalla L. 311/2004).
- **Automatismi fiscali** — aumento automatico ai massimi di IRAP e addizionale IRPEF se gli obiettivi non sono rispettati.
- **Commissariamento ad acta** — il Governo nomina un commissario che si sostituisce alla Regione.
- **Blocco del turnover** — divieto/limite di sostituire il personale che va via: misura tipica dei piani.

In sintesi. Quando una Regione accumula disavanzi sanitari scatta il piano di rientro: risanamento vincolato con Ministeri, automatismi fiscali (più tasse locali) e, nei casi gravi, commissariamento ad acta. I piani hanno risanato i bilanci ma spesso a prezzo di servizi e organici (blocco turnover → carenza personale, più mobilità passiva). Equilibrio di bilancio e qualità dell'assistenza non coincidono. Domani (giorno 9) parliamo proprio di chi lavora nel SSN e del privato accreditato.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Un piano di rientro scatta quando una Regione:

- A) Ha troppi medici
- B) Accumula disavanzi sanitari strutturali (o non eroga i LEA)**
- C) Ha troppi ospedali privati
- D) Abbassa le tasse

Risposta: B. Il piano di rientro è il meccanismo di risanamento vincolato per le Regioni in disavanzo sanitario strutturale o inadempienti sui LEA.

2. Con chi stipula il piano di rientro la Regione?

- A) Con le ASL private
- B) Con i Ministeri della Salute e dell'Economia**
- C) Con l'Unione Europea
- D) Con i sindacati

Risposta: B. Il piano è un accordo tra la Regione e i Ministeri di Salute ed Economia, con monitoraggio periodico.

3. Cosa sono gli 'automatismi fiscali' nel piano di rientro?

- A) Sgravi automatici per le imprese
- B) L'aumento automatico ai massimi di IRAP e addizionale IRPEF se gli obiettivi non sono rispettati**
- C) La riduzione automatica dei ticket
- D) L'abolizione dell'IRAP

Risposta: B. Se la Regione non centra gli obiettivi, scattano gli aumenti automatici delle imposte regionali: il costo ricade sul territorio.

4. Cos'è il commissariamento ad acta?

- A) La chiusura della Regione
- B) La nomina da parte del Governo di un commissario che si sostituisce agli organi regionali**
- C) Un premio per la buona gestione
- D) Un fondo europeo

Risposta: B. È la misura più forte: il Governo nomina un commissario per attuare il risanamento al posto della Regione inadempiente.

5. Qual è l'effetto collaterale tipico del blocco del turnover?

- A) Troppi dipendenti
- B) La carenza di personale, che pesa ancora oggi**
- C) Più posti letto
- D) La fine delle liste d'attesa

Risposta: B. Il blocco del turnover, misura tipica dei piani, ha impoverito gli organici: la carenza di personale è una delle ferite durature.

6. Qual è il giudizio corretto e onesto sui piani di rientro?

- A) Hanno solo peggiorato i conti
- B) Hanno risanato i bilanci ma spesso a prezzo di servizi e organici**
- C) Sono stati inutili
- D) Hanno solo migliorato i servizi

Risposta: B. Vanno riconosciuti entrambi gli aspetti: risanamento contabile riuscito, ma con costi duraturi su personale, posti letto e mobilità.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2004-12-30;311>

[https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1233&area=programmazioneSanitariaLea&menu=piani)

[id=1233&area=programmazioneSanitariaLea&menu=piani](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=1233&area=programmazioneSanitariaLea&menu=piani)

<https://www.mef.gov.it/>

Chi lavora nel SSN: dirigenza, comparto e privato accreditato

Obiettivo. Capire chi lavora nel SSN (dirigenza Area Sanità e comparto, regolati dai CCNL), come si è generata la carenza di personale (tetti di spesa storici, blocco turnover, programmazione inadeguata, gettonisti) e come funziona il privato accreditato (accordi contrattuali e tetti). Leggere il mix pubblico-privato come questione di governance, non come scontro ideologico, e coglierne il legame con la sanità duale.

1. Il SSN è fatto di persone

Nessuna riforma funziona senza chi la fa vivere: medici, infermieri, tecnici, operatori sociosanitari, amministrativi. Il personale è la voce di spesa più importante del SSN e, insieme, la sua principale criticità attuale. Oggi vediamo chi lavora nel SSN, con quali regole, e che ruolo gioca il **privato accreditato**.

2. Le due grandi aree del lavoro nel SSN

- **Dirigenza** (contratto dell'Area Sanità) — medici, veterinari, dirigenti sanitari (biologi, psicologi, farmacisti...). Rapporto di lavoro pubblico con regole proprie di incarichi e carriera.
- **Comparto Sanità** — infermieri, ostetriche, tecnici, fisioterapisti, **operatori sociosanitari (OSS)**, personale amministrativo e tecnico. È la maggioranza del personale.

Il rapporto è regolato dai **contratti collettivi nazionali (CCNL)** di comparto e di area, dove il sindacato ha un ruolo diretto. È il terreno più vicino al lavoro quotidiano di un consulente sindacale.

3. La carenza di personale: come ci siamo arrivati

La carenza di medici e soprattutto infermieri non è un caso, ma il prodotto di scelte normative:

- **Tetto di spesa per il personale** — per anni la spesa è stata congelata a un parametro del 2004 ridotto (spesa 2004 –1,4%), impedendo assunzioni anche dove servivano. Il **DL 34/2020** ha iniziato ad allentarlo, ma il divario si era già creato.
- **Blocco del turnover** nelle Regioni in piano di rientro (giorno 8).

- **Programmazione** di lungo periodo inadeguata (numero chiuso a medicina, borse di specializzazione insufficienti), da cui la «gobba» pensionistica e la fuga verso l'estero o il privato.

Esempio. Un reparto che perde tre infermieri per pensionamento, in una Regione con tetto di spesa, poteva non poterli sostituire: da qui turni massacranti, chiusura di posti letto, ricorso ai gettonisti (medici a chiamata a costi altissimi).

4. Il privato accreditato: come funziona davvero

Riprendiamo l'accreditamento (giorno 4): il privato eroga prestazioni per conto del SSN, entro autorizzazione, accreditamento e soprattutto **accordi contrattuali** che fissano **tetti di spesa** e volumi. Il SSN lo rimborsa a tariffa, ma solo fino al budget concordato.

Esempio. Quando prenoti una risonanza «con il SSN» presso una clinica convenzionata, quella struttura è accreditata e ha un tetto annuo di prestazioni rimborsabili. Esaurito il tetto, o aspetti (lista) o la fai in privato pagando. È il punto in cui pubblico e privato si toccano — e dove nascono molte delle tensioni sulle liste (giorno 16).

Verifica critica. Il privato accreditato non è né «il male» né «la soluzione»: è uno strumento la cui bontà dipende dalla governance (tetti, controlli sull'appropriatezza, integrazione con il pubblico). Dove il pubblico arretra per carenza di personale e tetti di spesa storici, il privato riempie il vuoto: si crea così la **sanità duale** (giorno 16), in cui chi ha risorse accede prima. Il punto non è demonizzare o esaltare, ma chiedersi chi governa il mix pubblico-privato e a quali condizioni.

5. Perché è il capitolo più 'sindacale'

Personale e accreditamento sono il cuore dell'azione sindacale in sanità: contratti, organici, sicurezza, carichi di lavoro, stabilizzazione dei precari, rapporto pubblico-privato. Le criticità di questo giorno (carenze, tetti, gettonisti) tornano in tutto il blocco «dibattito e dati» e nel focus territoriale (il VCO ha voci di riparto proprio su personale ospedaliero e stabilizzazioni, giorno 19).

6. Glossario minimo

- **Dirigenza (Area Sanità)** — medici e dirigenti sanitari; contratto e carriera propri.
- **Comparto Sanità** — infermieri, tecnici, OSS, amministrativi: la maggioranza del personale.

- **Tetto di spesa del personale** — limite storico (parametro 2004 -1,4%), allentato dal DL 34/2020.
- **Gettonisti** — medici/infermieri a chiamata tramite cooperative, a costi elevati, per coprire i buchi.
- **Privato accreditato** — struttura privata che eroga per il SSN entro accordi contrattuali e tetti.
- **Sanità duale** — coesistenza di un canale pubblico lento e di uno privato/intramoenia più rapido a pagamento.

In sintesi. Il SSN vive del suo personale (dirigenza e comparto, regolati dai CCNL). La carenza attuale nasce da tetti di spesa storici, blocco del turnover e programmazione inadeguata, con effetti su turni, posti letto e ricorso ai gettonisti. Il privato accreditato eroga per il SSN entro tetti: strumento da governare, non da demonizzare o esaltare, pena la deriva verso la sanità duale. Domani (giorno 10) tiriamo le fila di tutto il primo blocco con un ripasso e un quiz cumulativo.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Quale gruppo appartiene al 'comparto Sanità'?

- A) I medici dirigenti
- B) Gli infermieri, i tecnici, gli OSS e gli amministrativi**
- C) Solo i direttori generali
- D) I titolari delle cliniche private

Risposta: B. Il comparto raccoglie infermieri, tecnici, OSS, amministrativi ed è la maggioranza del personale; medici e dirigenti sanitari stanno nell'Area Sanità (dirigenza).

2. Qual è una causa normativa della carenza di personale?

- A) Troppe assunzioni
- B) Il tetto di spesa storico sul personale (parametro 2004) e il blocco del turnover**
- C) L'eccesso di borse di specializzazione
- D) L'abolizione dei CCNL

Risposta: B. Il tetto di spesa storico e il blocco del turnover hanno impedito assunzioni; il DL 34/2020 ha iniziato ad allentare il tetto, ma il divario era già creato.

3. Chi sono i 'gettonisti'?

- A) I pazienti in lista d'attesa
- B) Medici/infermieri a chiamata tramite cooperative, a costi elevati, per coprire i buchi**
- C) I dirigenti generali
- D) I medici di famiglia

Risposta: B. Sono professionisti a chiamata usati perappare le carenze di organico, spesso a costi molto alti.

4. Il privato accreditato eroga prestazioni per il SSN:

- A) In modo illimitato
- B) Entro accordi contrattuali che fissano volumi e tetti di spesa**
- C) Solo gratuitamente e senza limiti
- D) Solo per gli stranieri

Risposta: B. Il rimborso pubblico avviene a tariffa ma solo fino al tetto concordato nell'accordo contrattuale (giorno 4).

5. Cosa succede quando una struttura accreditata esaurisce il proprio tetto annuo?

A) Chiude

B) Le prestazioni ulteriori non sono più rimborsate dal SSN: si aspetta o si paga in privato

C) Diventa pubblica

D) Aumenta il tetto da sola

Risposta: B. Superato il budget, il SSN non rimborsa più: il paziente entra in lista o paga privatamente. È un punto d'origine delle tensioni sulle liste.

6. Qual è il modo corretto di valutare il privato accreditato?

A) È sempre il male

B) È sempre la soluzione

C) Dipende dalla governance: tetti, controlli sull'appropriatezza, integrazione con il pubblico

D) Va abolito per legge

Risposta: C. Non è una questione ideologica: la qualità del mix pubblico-privato dipende da come è governato, pena la deriva verso la sanità duale.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2020-05-19;34>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1999-06-19;229>

<https://www.agenas.gov.it/>

Ripasso settimane 1-2 + quiz cumulativo: dai principi al finanziamento

Obiettivo. Ricomporre e fissare la mappa delle prime nove lezioni: la colonna vertebrale storica (art. 32, 833, 502, 229, Titolo V) e l'architettura (LEA, finanziamento FSN, piani di rientro, personale/accreditamento). Verificare con un quiz cumulativo la padronanza dei quattro concetti-chiave, in particolare la distinzione tra diritto proclamato e diritto effettivo.

Ripasso del primo blocco: dai principi al finanziamento

Oggi non ci sono nozioni nuove: ricomponiamo la mappa delle prime due settimane e la fissiamo con un quiz cumulativo. Il filo è uno solo: **come si passa dal diritto proclamato (art. 32) al diritto effettivo (LEA finanziati ed erogati).**

1. La colonna vertebrale storica

- **Art. 32 Cost.** (g1) — la salute è l'unico diritto «fondamentale»: individuo + collettività, nucleo irriducibile (sent. 455/1990, 275/2016), tre principi: universalità, uguaglianza, globalità.
- **L. 833/1978** (g2) — nasce il SSN: dalle mutue al servizio universale, finanziato dalla fiscalità generale, struttura Stato-Regioni-USL.
- **D.Lgs 502/1992** (g3) — aziendalizzazione: USL→ASL/AO, direttore generale, pagamento a prestazione (DRG), quasi-mercato.
- **D.Lgs 229/1999** (g4) — riforma Bindi: accreditamento in tre fasi (autorizzazione, accreditamento, accordi contrattuali con tetti), distretto, intramoenia, art. 3-septies (sociosanitario).
- **Titolo V, L.cost. 3/2001** (g5) — 'tutela della salute' concorrente (21 SSR), ma LEA competenza esclusiva statale: il pavimento.

2. L'architettura che regge il sistema

- **LEA** (g6) — il pavimento concreto: tre livelli (prevenzione, territorio, ospedale), nomenclatore e tariffe (ritardo 2017→2024), NSG che misura l'erogazione.
- **Finanziamento** (g7) — FSN (oltre 130 mld) deciso in legge di bilancio; quota capitaria ponderata per età (premia i territori anziani, pesa poco la povertà); Patto per la Salute, Intese.
- **Piani di rientro** (g8) — quando i conti non tornano: risanamento vincolato, automatismi fiscali, commissariamento; risanano i bilanci ma feriscono servizi e organici.
- **Personale e privato accreditato** (g9) — dirigenza e comparto (CCNL); carenza da tetti e blocco turnover; privato entro tetti; rischio sanità duale.

3. I quattro concetti-chiave da non perdere

- **Nucleo irriducibile:** il bilancio non può comprimere le prestazioni essenziali (regge tutto, dal g1 al g8).
- **Universalità/uguaglianza/globalità:** i tre principi che attraversano ogni riforma.
- **Concorrente + LEA esclusivi:** l'equilibrio tra 21 Regioni diverse e un pavimento comune.
- **Diritto proclamato ≠ diritto effettivo:** un diritto è tale solo se finanziato, tariffato ed erogato (LEA, NSG, riparto). È il metodo «confuta i dati».

Come usare il ripasso. Prova a raccontare a voce, in 5 minuti, la storia del SSN da un capo all'altro: perché nasce (mutue diseguali) → come nasce (833) → come si aziendalizza (502) → come si tempera (Bindi) → chi decide (Titolo V) → cosa garantisce (LEA) → con quali soldi (FSN) → cosa succede se i conti saltano (rientri) → chi lo fa vivere (personale). Se riesci a collegarli, hai la struttura. Il quiz qui sotto pesca da tutte le prime nove lezioni.

Dove siamo. Hai completato il blocco su fondamenti e architettura: sai com'è fatto il SSN e come si regge. Da domani (giorno 11) entriamo nelle riforme recenti — standard ospedalieri (DM 70), sanità territoriale (DM 77 e PNRR), digitale, integrazione sociosanitaria — per poi arrivare al dibattito sui dati e al focus su Piemonte e VCO.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Quale sequenza storica è corretta?

- A) 502/1992 → 833/1978 → 229/1999
- B) 833/1978 → 502/1992 → 229/1999 → Titolo V 2001**
- C) Titolo V 2001 → 833/1978 → 502/1992
- D) 229/1999 → 833/1978 → 502/1992

Risposta: B. L'ordine è: L. 833/1978 (nasce il SSN), D.Lgs 502/1992 (aziendalizzazione), D.Lgs 229/1999 (Bindi), Titolo V 2001.

2. I tre principi che attraversano tutte le riforme del SSN sono:

- A) Efficienza, concorrenza, profitto
- B) Universalità, uguaglianza, globalità**
- C) Autonomia, sussidiarietà, pareggio
- D) Prevenzione, cura, ticket

Risposta: B. Universalità, uguaglianza e globalità, fissati dall'art. 32 e dalla 833, restano il filo di tutte le riforme.

3. Chi determina i LEA?

- A) Le Regioni in via esclusiva
- B) Lo Stato in via esclusiva (competenza statale)**
- C) I Comuni
- D) Le ASL

Risposta: B. I LEA sono competenza esclusiva statale (art. 117 lett. m): il pavimento uniforme sotto cui nessuna Regione può scendere.

4. Il DRG è:

- A) Un piano di rientro
- B) Una tariffa fissa per tipo di ricovero (pagamento a prestazione)**
- C) Un contratto del personale
- D) Un tipo di ticket

Risposta: B. I DRG, introdotti dalla 502, pagano l'ospedale con una tariffa fissa per tipologia di ricovero.

5. L'accreditamento della Bindi si compone di:

- A) Una sola fase
- B) Tre fasi: autorizzazione, accreditamento istituzionale, accordi contrattuali**
- C) Due fasi: autorizzazione e ticket
- D) Nessuna fase

Risposta: B. Autorizzazione, accreditamento istituzionale e accordi contrattuali (con volumi e tetti) sono le tre fasi introdotte dal D.Lgs 229/1999.

6. La quota capitaria ponderata pesa la popolazione soprattutto in base:

- A) Al reddito
- B) All'età (consumi sanitari per fasce d'età)**
- C) Al numero di ospedali
- D) Alla superficie della Regione

Risposta: B. Il riparto pesa la popolazione per i consumi sanitari legati all'età: gli anziani 'pesano' di più (limite: considera poco la deprivazione).

7. Un piano di rientro, in sintesi:

- A) Aumenta sempre il personale
- B) Risanava i bilanci ma spesso a prezzo di servizi e organici**
- C) Elimina i LEA
- D) Privatizza la Regione

Risposta: B. I piani di rientro hanno risanato i conti, ma con costi duraturi su personale (blocco turnover), posti letto e mobilità.

8. Cosa vuol dire che un diritto è 'effettivo' e non solo 'proclamato'?

- A) Che è scritto in Costituzione
- B) Che è finanziato, tariffato ed effettivamente erogato**
- C) Che è deciso dalle Regioni
- D) Che è gratuito per tutti sempre

Risposta: B. Un diritto è esigibile solo se ha risorse, tariffe ed erogazione reale: è il metodo 'confuta i dati' applicato alla sanità (LEA, NSG, riparto).

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:costituzione>

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/homeLea.jsp>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:1978-12-23;833>

DM 70/2015: gli standard ospedalieri e la riorganizzazione della rete

Obiettivo. Capire il DM 70/2015: gli standard degli ospedali (posti letto 3,7‰, bacini di utenza, soglie di volume ed esito, reti hub & spoke per le emergenze tempo-dipendenti) e la loro logica clinica (volumi = esiti). Cogliere il rovescio: l'impatto sulle aree periferiche e montane (chiusura di piccoli ospedali e punti nascita sotto 500 parti), che anticipa il nodo VCO e l'ospedale unico.

1. Perché servono standard per gli ospedali

Fino a qui abbiamo visto principi e architettura. Da oggi entriamo nelle **riforme recenti**, quelle che disegnano la sanità come la vediamo funzionare (o inceppare) oggi. Il primo tassello è il **DM 2 aprile 2015, n. 70**: il regolamento che fissa gli **standard degli ospedali**. L'idea di fondo è semplice e scomoda: un ospedale che fa poche prestazioni le fa peggio. Concentrare i casi dove ci sono competenza, volumi e tecnologia salva più vite che disperderli in tanti piccoli presidi.

2. Gli standard del DM 70

- **Posti letto** — parametro di riferimento **3,7 per 1.000 abitanti** (di cui 0,7 per post-acuti/riabilitazione). È il tetto che ha guidato la razionalizzazione della rete.
- **Bacini di utenza** — ogni tipo di struttura (di base, di primo livello, di secondo livello/hub) serve una certa popolazione: si evita di duplicare reparti complessi a pochi chilometri.
- **Volumi ed esiti** — soglie minime di attività: sotto un certo numero di interventi l'anno, un reparto non può restare aperto, perché i risultati clinici peggiorano.
- **Reti tempo-dipendenti (hub & spoke)** — per infarto, ictus, trauma e per i punti nascita: gli hub concentrano l'alta complessità, gli spoke stabilizzano e inviano. Conta il tempo, non la vicinanza dell'edificio.

Esempio. Un punto nascita con meno di **500 parti l'anno** è, secondo gli standard, meno sicuro: troppo pochi casi per mantenere l'allenamento dell'équipe e la pronta disponibilità di sala operatoria e neonatologia. Da qui la chiusura di molti piccoli punti nascita.

3. Il modello hub & spoke

Il DM 70 codifica la logica **hub & spoke** (mozzo e raggi): pochi centri di alta specializzazione (hub) collegati a presidi periferici (spoke) che garantiscono prima assistenza e stabilizzazione. Per l'infarto, per esempio, conta arrivare in fretta a un centro con emodinamica: meglio una rete ben organizzata che tanti reparti sotto-

soglia. È un modello clinicamente fondato, ma che sposta il baricentro dai piccoli ospedali ai grandi centri.

4. Il rovescio della medaglia: le aree periferiche

Verifica critica. La logica volumi-esiti è solida sul piano clinico: non è un'opinione, è documentata. Ma applicata rigidamente nelle aree montane e periferiche crea un problema reale di **accesso**: se chiudi il punto nascita o il pronto soccorso di valle, la sicurezza «statistica» migliora ma la donna in travaglio o l'infartuato devono percorrere molti chilometri su strade di montagna, e il tempo diventa il vero rischio. È esattamente il nodo del **VCO** (giorno 19): territorio montano, popolazione anziana, piccoli numeri che sbattono contro le soglie del DM 70. La risposta contestata è l'ospedale unico. Onestà intellettuale: né «chiudere tutto per gli standard» né «tenere tutto aperto comunque» — la domanda giusta è come garantire tempi e reti in un territorio difficile.

5. Il legame con il territorio (DM 77)

Il DM 70 (ospedale) ha un gemello complementare: il **DM 77/2022** sull'assistenza territoriale (giorno 12). L'idea è che si può concentrare e razionalizzare l'ospedale solo se il territorio regge la domanda che l'ospedale non deve più assorbire (cronici, follow-up, piccola urgenza). Se chiudi in ospedale senza costruire sul territorio, il pronto soccorso esplode. I due decreti vanno letti insieme.

6. Glossario minimo

- **DM 70/2015** — regolamento sugli standard ospedalieri (posti letto, volumi, reti).
- **Standard di posti letto** — 3,7 per 1.000 abitanti (di cui 0,7 post-acuti).
- **Volumi ed esiti** — soglie minime di attività sotto cui i risultati clinici peggiorano.
- **Hub & spoke** — rete con centri di alta specializzazione (hub) e presidi periferici (spoke).
- **Reti tempo-dipendenti** — infarto, ictus, trauma, punti nascita: conta il tempo di accesso.

In sintesi. Il DM 70/2015 fissa gli standard degli ospedali: posti letto (3,7‰), bacini di utenza, soglie di volume ed esito, reti hub & spoke per le emergenze tempo-dipendenti. La logica volumi-esiti è clinicamente fondata ma, applicata rigidamente, penalizza le aree periferiche e montane (il caso VCO). Va letto insieme al DM 77 sul territorio, che studiamo domani (giorno 12): senza un territorio forte, razionalizzare l'ospedale scarica tutto sul pronto soccorso.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Qual è l'idea di fondo del DM 70/2015?

- A) Aprire più ospedali possibile
- B) Concentrare i casi dove ci sono volumi e competenza, perché volumi bassi = esiti peggiori**
- C) Privatizzare gli ospedali
- D) Abolire il pronto soccorso

Risposta: B. Il DM 70 poggia sulla relazione volumi-esiti: un reparto con pochi casi ha risultati clinici peggiori, quindi si concentra l'attività.

2. Qual è il parametro di riferimento dei posti letto nel DM 70?

- A) 10 per 1.000 abitanti
- B) 3,7 per 1.000 abitanti (di cui 0,7 post-acuti)**
- C) 1 per 1.000 abitanti
- D) Nessun parametro

Risposta: B. Lo standard è 3,7 posti letto per 1.000 abitanti, di cui 0,7 dedicati ai post-acuti/riabilitazione.

3. Cosa significa 'hub & spoke'?

- A) Ospedali tutti uguali
- B) Centri di alta specializzazione (hub) collegati a presidi periferici (spoke)**
- C) Solo ospedali privati
- D) Un tipo di ticket

Risposta: B. È il modello a mozzo e raggi: pochi hub concentrano l'alta complessità, gli spoke garantiscono prima assistenza e stabilizzazione.

4. Perché un punto nascita sotto 500 parti l'anno è considerato meno sicuro?

- A) Perché costa troppo
- B) Perché i casi sono troppo pochi per mantenere l'allenamento dell'équipe e la pronta disponibilità**
- C) Perché mancano i pazienti
- D) Perché lo vieta l'UE

Risposta: B. Sotto la soglia i volumi non bastano a garantire competenza e prontezza di sala operatoria e neonatologia: da qui la chiusura di molti piccoli punti nascita.

5. Qual è il limite del DM 70 nelle aree montane?

A) Non ha limiti

B) Applicato rigidamente allunga i tempi di accesso, e il tempo diventa il vero rischio

C) Apre troppi ospedali

D) Riguarda solo le città

Risposta: B. La logica volumi-esiti è fondata, ma in montagna chiudere presidi di valle crea un problema di accesso: è il nodo del VCO.

6. Perché il DM 70 va letto insieme al DM 77?

A) Sono lo stesso decreto

B) Perché si può razionalizzare l'ospedale solo se il territorio regge la domanda

C) Perché il DM 77 abolisce il DM 70

D) Perché riguardano le mutue

Risposta: B. Ospedale (DM 70) e territorio (DM 77) sono complementari: senza un territorio forte, concentrare gli ospedali scarica tutto sul pronto soccorso.

Fonti normative:

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/04/15G00084/sg>

[https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3958&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto)

[id=3958&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=3958&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto)

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.ministeriale:2015-04-02;70>

DM 77/2022 e PNRR Missione 6: la sanità territoriale

Obiettivo. Capire la riforma dell'assistenza territoriale (DM 77/2022) finanziata dal PNRR Missione 6: i nuovi standard (Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT, infermiere di famiglia, ADI potenziata) e il loro scopo (prendere in carico cronici e fragili vicino a casa). Leggere criticamente lo stato di attuazione (dati AGENAS 2025: 660 CdC attive su 1.723) e il nodo del personale ('scatole vuote').

1. La riforma che sposta la cura sul territorio

Se il DM 70 riorganizza l'ospedale, il **DM 23 maggio 2022, n. 77** riorganizza **tutto ciò che sta fuori dall'ospedale**: l'assistenza territoriale. È la riforma più ambiziosa degli ultimi anni, finanziata dal **PNRR — Missione 6 Salute**. L'obiettivo: prendere in carico i cronici e i fragili vicino a casa, togliendo pressione al pronto soccorso e riducendo i ricoveri evitabili. La pandemia ha reso evidente quanto il territorio fosse debole: il DM 77 è la risposta strutturale.

2. I nuovi standard: cosa deve esserci e ogni quanti abitanti

- **Casa della Comunità (CdC)** — il punto di riferimento unico e visibile per la salute del territorio: vi lavorano insieme medici di famiglia, infermieri, specialisti, assistenti sociali; si fanno prelievi, vaccinazioni, visite. Standard: una CdC «hub» ogni **40.000-50.000 abitanti**, più le CdC «spoke» e gli ambulatori.
- **Ospedale di Comunità (OdC)** — struttura con circa **20 posti letto** a gestione prevalentemente infermieristica, per degenze brevi di bassa complessità (dopo un ricovero, o per evitarne uno): 1 ogni **100.000 abitanti**.
- **COT — Centrale Operativa Territoriale** — la «cabina di regia» che coordina i servizi e i passaggi tra ospedale e territorio: 1 ogni **100.000 abitanti**.
- **Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)** — figura di prossimità (1 ogni 2-3.000 abitanti) che segue i cronici a domicilio.
- **ADI potenziata** — obiettivo di prendere in carico a domicilio almeno il **10% degli over 65**. Più il numero unico **116117** per le cure non urgenti.

3. Il PNRR e le scadenze

Il DM 77 fissa gli standard, il **PNRR Missione 6** mette i soldi (edilizia, tecnologie, digitale): **M6C1** per il territorio, **M6C2** per innovazione, digitale e ricerca. Le scadenze europee sono strette: il target di attivazione è fissato entro il **30 giugno 2026**.

4. Dove siamo davvero (i dati)

Qui serve onestà sui numeri, non entusiasmo da comunicato. Il monitoraggio **AGENAS** al primo semestre 2025 conta circa **660 Case della Comunità con almeno un servizio attivo**, a fronte delle **1.723 previste** entro il 2026. I cantieri edilizi vanno, ma con ritardi; e soprattutto emerge il vero collo di bottiglia: il **personale**.

Verifica critica. Il PNRR finanzia soprattutto i muri (edifici, tecnologie), non il personale a regime che dovrà farli funzionare. Una Casa della Comunità senza infermieri e medici è una «scatola vuota»: il rischio, denunciato da GIMBE e dai sindacati, è quello delle «cattedrali nel deserto». Quando valuti l'attuazione del DM 77, la domanda giusta non è « quanti edifici sono stati aperti » ma « quanti sono realmente operativi con personale sufficiente ». È il metodo « confuta i dati »: distinguere l'inaugurazione dall'operatività. Vale anche per il VCO (giorno 19), dove le Case della Comunità sono previste ma il nodo è chi le fa funzionare.

5. Perché è decisivo

Il DM 77 è la scommessa per rendere sostenibile tutto il sistema: se il territorio prende in carico cronici e fragili, l'ospedale può concentrarsi sull'acuto (DM 70) e le liste d'attesa (giorno 16) si alleggeriscono. Se invece resta sulla carta, la pressione torna tutta sul pronto soccorso. È il perno su cui si gioca la tenuta del SSN nel prossimo decennio.

6. Glossario minimo

- **DM 77/2022** — regolamento sugli standard dell'assistenza territoriale.
- **Casa della Comunità (CdC)** — punto unico di accesso multiprofessionale (1 hub ogni 40-50.000 ab.).
- **Ospedale di Comunità (OdC)** — ~20 posti letto a gestione infermieristica per degenze brevi.
- **COT** — Centrale Operativa Territoriale: coordina i passaggi ospedale-territorio.
- **IFeC** — Infermiere di Famiglia e Comunità: prossimità e domiciliarità.
- **PNRR Missione 6** — la componente Salute del Piano (M6C1 territorio, M6C2 innovazione).

In sintesi. Il DM 77/2022, finanziato dal PNRR Missione 6, riorganizza l'assistenza territoriale con Case della Comunità, Ospedali di Comunità, COT, infermiere di comunità e ADI potenziata, per prendere in carico cronici e fragili vicino a casa. Ma al 2025 i numeri sono in ritardo (660 CdC attive su 1.723) e il nodo vero è il

personale: senza, restano scatole vuote. Domani (giorno 13) vediamo l'altro pilastro dell'innovazione: la sanità digitale.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Il DM 77/2022 riorganizza:

- A) Gli ospedali per acuti
- B) L'assistenza territoriale (fuori dall'ospedale)**
- C) Il finanziamento europeo
- D) Le mutue

Risposta: B. Il DM 77 fissa gli standard dell'assistenza territoriale, complementare al DM 70 sugli ospedali.

2. Cos'è la Casa della Comunità?

- A) Un ospedale per acuti
- B) Un punto di riferimento unico e multiprofessionale per la salute del territorio**
- C) Una RSA
- D) Un ufficio amministrativo

Risposta: B. È il luogo unico dove operano insieme MMG, infermieri, specialisti e assistenti sociali: standard di una CdC hub ogni 40-50.000 abitanti.

3. L'Ospedale di Comunità è:

- A) Un grande hub di alta specializzazione
- B) Una struttura di circa 20 posti letto a gestione prevalentemente infermieristica per degenze brevi**
- C) Un pronto soccorso
- D) Una clinica privata

Risposta: B. L'OdC ha ~20 posti letto a gestione infermieristica per degenze brevi di bassa complessità: 1 ogni 100.000 abitanti.

4. Chi finanzia la riforma dell'assistenza territoriale?

- A) Le sole Regioni
- B) Il PNRR, Missione 6 Salute**
- C) Le assicurazioni private
- D) I Comuni

Risposta: B. Gli standard sono nel DM 77, i fondi nel PNRR Missione 6 (M6C1 territorio, M6C2 innovazione), con target al 30/6/2026.

5. Cosa dicono i dati AGENAS al 2025 sulle Case della Comunità?

A) Sono tutte attive

B) Circa 660 con almeno un servizio attivo su 1.723 previste: attuazione in ritardo

C) Non ne è stata aperta nessuna

D) Sono più di quelle previste

Risposta: B. Il monitoraggio del primo semestre 2025 conta ~660 CdC con almeno un servizio attivo, contro le 1.723 previste entro il 2026.

6. Qual è il rischio principale segnalato su Case e Ospedali di Comunità?

A) Che siano troppo costosi da costruire

B) Le 'scatole vuote': edifici finanziati ma senza personale sufficiente per farli funzionare

C) Che siano troppi

D) Che curino solo i giovani

Risposta: B. Il PNRR finanzia i muri, non il personale a regime: senza medici e infermieri le strutture restano scatole vuote (rischio 'cattedrali nel deserto').

Fonti normative:

<https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/sg>

<https://www.agenas.gov.it/pnrr/missione-6-salute/monitoraggio-dm-77>

<https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/missioni/salute.html>

La sanità digitale: telemedicina e Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0)

Obiettivo. Capire la sanità digitale come infrastruttura che connette ospedale e territorio: le forme di telemedicina (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, teleassistenza) e il Fascicolo Sanitario Elettronico 2.0 (archivio clinico interoperabile). Leggere criticamente i due nodi reali — l'interoperabilità disomogenea tra Regioni e il divario digitale degli anziani — e il legame con la protezione dei dati.

1. La terza gamba della riforma: il digitale

Ospedale (DM 70), territorio (DM 77) e ora il **digitale**: la terza gamba che dovrebbe tenerli insieme. La sanità digitale non è un gadget, ma l'infrastruttura che permette di curare a distanza i cronici, far dialogare i servizi e mettere i dati del paziente a disposizione di chi lo cura. È finanziata anch'essa dal **PNRR (Missione 6, in particolare M6C1 per la telemedicina e M6C2 per l'ecosistema dati)**.

2. La telemedicina

La **telemedicina** è l'erogazione di prestazioni sanitarie a distanza, disciplinata da **linee guida nazionali** (dal 2020 in poi) che ne fissano requisiti e tariffabilità. Le forme principali:

- **Televisita** — la visita medico-paziente a distanza (in casi appropriati, non sostituisce sempre quella in presenza).
- **Teleconsulto** — il confronto a distanza tra professionisti (es. lo spoke che consulta l'hub).
- **Telemonitoraggio** — il controllo a distanza dei parametri di un paziente cronico (pressione, glicemia, saturazione).
- **Teleassistenza** — supporto domiciliare da parte di infermieri e operatori.

Esempio. Un paziente con scompenso cardiaco misura ogni giorno peso e pressione con dispositivi collegati; i dati arrivano alla **COT** (giorno 12), che interviene ai primi segnali di peggioramento. Risultato: meno accessi al pronto soccorso, meno ricoveri, cura più continua. In un territorio montano come il VCO, la telemedicina può accorciare le distanze.

3. Il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE 2.0)

Il **Fascicolo Sanitario Elettronico** è l'archivio digitale che raccoglie la storia clinica di ogni persona: referti, ricette, verbali di pronto soccorso, vaccinazioni. Nato con il **DL 179/2012** e rilanciato dal **DL 34/2020**, è oggi in fase di potenziamento come **FSE 2.0**

(decreti attuativi 2023), con l'obiettivo di renderlo uniforme e interoperabile in tutta Italia e di alimentarlo in modo obbligatorio. Fa parte di un più ampio **Ecosistema Dati Sanitari (EDS)**.

Esempio. L'idea è che un medico di Verbania, con il consenso del paziente, possa vedere il referto di un esame fatto a Torino o a Milano, senza che il cittadino debba portarsi dietro faldoni di carta. È la premessa della continuità delle cure.

4. I nodi reali

Verifica critica. Due avvertenze, per non raccontare la favola della «sanità 4.0». **Primo: l'interoperabilità è ancora indietro.** Il FSE funziona a velocità diverse da Regione a Regione (di nuovo l'effetto Titolo V): alcune avanti, altre con fascicoli poco alimentati o non dialoganti. Dire «abbiamo il FSE» non equivale a dire che funziona ovunque. **Secondo: il divario digitale.** Proprio gli anziani e i fragili — i principali destinatari della telemedicina — sono spesso i meno capaci di usare gli strumenti digitali. Se non si accompagna il cittadino (infermiere di comunità, caregiver, punti di assistenza), la sanità digitale rischia di allargare le disuguaglianze invece di ridurle. La tecnologia è un mezzo, non un fine: va valutata per l'accesso reale che produce.

5. Il legame con la privacy e i diritti

Concentrare i dati sanitari — i più sensibili che esistano — pone un tema forte di **protezione dei dati** (GDPR, Garante Privacy): consenso, finalità d'uso, sicurezza. Il diritto alla salute digitale cammina insieme al diritto alla riservatezza: un buon sistema garantisce entrambi.

6. Glossario minimo

- **Telemedicina** — prestazioni sanitarie a distanza (televisita, teleconsulto, telemonitoraggio, teleassistenza).
- **FSE 2.0** — Fascicolo Sanitario Elettronico potenziato: archivio digitale interoperabile della storia clinica.
- **EDS** — Ecosistema Dati Sanitari: l'infrastruttura nazionale dei dati.
- **Interoperabilità** — capacità dei sistemi regionali di dialogare e scambiare dati.
- **Divario digitale** — disuguaglianza nell'accesso e nell'uso degli strumenti digitali.

In sintesi. La sanità digitale (telemedicina e FSE 2.0), finanziata dal PNRR, è l'infrastruttura che tiene insieme ospedale e territorio: cura a distanza dei cronici e dati che seguono il paziente. Ma i nodi sono l'interoperabilità ancora disomogenea tra Regioni e il divario digitale degli anziani, che rischia di allargare

le disuguaglianze. Domani (giorno 14) chiudiamo il blocco delle riforme recenti con l'integrazione sociosanitaria, il ponte verso il corso sui diritti degli anziani.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Il telemonitoraggio consiste nel:

- A) Visitare il paziente in ospedale
- B) Controllare a distanza i parametri di un paziente cronico**
- C) Prenotare una visita online
- D) Pagare il ticket con l'app

Risposta: B. Il telemonitoraggio segue a distanza i parametri (pressione, glicemia, saturazione) dei cronici, permettendo interventi tempestivi.

2. Il teleconsulto è:

- A) Una visita a distanza medico-paziente
- B) Il confronto a distanza tra professionisti (es. spoke che consulta l'hub)**
- C) Un tipo di ricetta
- D) Un archivio di referti

Risposta: B. Il teleconsulto è lo scambio a distanza tra professionisti; la televisita è invece il rapporto medico-paziente a distanza.

3. Cos'è il Fascicolo Sanitario Elettronico?

- A) Una cartella cartacea
- B) L'archivio digitale della storia clinica del cittadino (referti, ricette, vaccinazioni)**
- C) Un ospedale digitale
- D) Un ticket elettronico

Risposta: B. Il FSE raccoglie in digitale la storia clinica della persona; il FSE 2.0 punta a renderlo uniforme e interoperabile in tutta Italia.

4. Cosa significa 'interoperabilità' del FSE?

- A) Che è gratuito
- B) La capacità dei sistemi regionali di dialogare e scambiare dati**
- C) Che è obbligatorio
- D) Che sostituisce il medico

Risposta: B. L'interoperabilità è la capacità dei diversi sistemi (regionali) di comunicare tra loro: un referto fatto in una Regione dev'essere leggibile in un'altra.

5. Qual è un rischio della sanità digitale legato agli anziani?

A) Che siano troppo bravi con la tecnologia

B) Il divario digitale: i principali destinatari sono i meno capaci di usarla

C) Che non abbiano bisogno di cure

D) Che paghino di meno

Risposta: B. Senza accompagnamento, il divario digitale può escludere proprio anziani e fragili, allargando le disuguaglianze invece di ridurle.

6. Perché 'abbiamo il FSE' non basta a dire che funziona?

A) Perché è illegale

B) Perché l'interoperabilità è ancora indietro e disomogenea tra Regioni

C) Perché nessuno lo usa

D) Perché è solo cartaceo

Risposta: B. Il FSE funziona a velocità diverse da Regione a Regione: l'esistenza formale non equivale all'operatività reale ovunque.

Fonti normative:

[https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=5525&area=fascicoloSanitarioElettronico&menu=vuoto)

[id=5525&area=fascicoloSanitarioElettronico&menu=vuoto](https://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=5525&area=fascicoloSanitarioElettronico&menu=vuoto)

<https://www.agenas.gov.it/>

<https://www.italiadomani.gov.it/content/sogei-ng/it/it/missioni/salute.html>

Integrazione sociosanitaria e non autosufficienza (raccordo con L. 33/2023)

Obiettivo. Capire l'integrazione sociosanitaria: la 'terra di mezzo' tra SSN e Comuni, le tre categorie di prestazioni (art. 3-septies, DPCM 2001), il riparto dei costi con l'esempio della retta RSA (quota sanitaria vs alberghiera) e il relativo contenzioso. Collegare tutto alla riforma anziani (L. 33/2023, D.Lgs 29/2024: SNAA, PUA, PAI) come tentativo di presa in carico unica, e ai LEA sociosanitari.

1. La 'terra di mezzo' tra sanità e sociale

Molti bisogni non sono solo sanitari né solo sociali: un anziano non autosufficiente ha bisogno di cure mediche e di aiuto per vivere; una persona con disabilità grave, un malato psichiatrico, un tossicodipendente stanno nello stesso crocevia. Questa «terra di mezzo» si chiama **integrazione sociosanitaria**, ed è uno dei punti più difficili di tutto il sistema, perché mette insieme due mondi con regole, casse e responsabili diversi: il **SSN** (sanità, Regioni/ASL) e il **sociale** (Comuni).

2. Le tre categorie di prestazioni

La base normativa è l'**art. 3-septies del D.Lgs 502** (introdotto dalla Bindi, giorno 4) e l'**atto di indirizzo DPCM 14 febbraio 2001**. Si distinguono:

- **Prestazioni sanitarie a rilevanza sociale** — prevalentemente cure: le paga il SSN.
- **Prestazioni sociali a rilevanza sanitaria** — prevalentemente sostegno alla vita quotidiana: competono ai Comuni.
- **Prestazioni a elevata integrazione sanitaria** — inscindibili: qui bisogno sanitario e sociale sono fusi, e la responsabilità è condivisa, con riparto dei costi.

Esempio-chiave: la retta della RSA. In una Residenza Sanitaria Assistenziale la quota si divide in due: la **quota sanitaria** (assistenza medica e infermieristica) a carico del **SSN**, e la **quota alberghiera/sociale** (vitto, alloggio, assistenza di base) a carico dell'**ospite** e, se non ha mezzi, del **Comune**. Il DPCM 2001 fissa questa divisione, spesso intorno al 50/50 per l'elevata integrazione.

3. Perché genera tanto contenzioso

La divisione tra le due casse è la fonte di **infiniti conflitti**. Quando il bisogno sanitario è prevalente (una persona allettata, con patologie che richiedono assistenza continua), la giurisprudenza ha più volte affermato che la quota deve gravare interamente sul SSN: non si può scaricare sulla famiglia un costo che è, nella sostanza,

sanitario. È un terreno dove il consulente sindacale interviene spesso, per far valere i diritti degli assistiti.

Verifica critica. La «terra di mezzo» è dove il diritto alla salute rischia di più di restare sulla carta: nessuno dei due mondi vuole accollarsi il costo, e la persona non autosufficiente resta schiacciata in mezzo. Attenzione però a non semplificare: non tutto è «colpa» dell'ASL o del Comune, il problema è strutturale (due sistemi separati, sotto-finanziati). La soluzione non è cercare un colpevole, ma costruire la presa in carico unica. È esattamente ciò che prova a fare la riforma anziani (giorno seguente).

4. Il ponte con la riforma anziani (L. 33/2023)

Qui i due percorsi si toccano. La **legge delega L. 33/2023** e il suo decreto attuativo **D.Lgs 29/2024** nascono proprio per superare la frammentazione: introducono lo **SNAA** (Sistema Nazionale Assistenza Anziani), la **valutazione multidimensionale unificata** (un solo punto di valutazione invece di sportelli diversi), il **PUA** (Punto Unico di Accesso) e il **PAI** (Progetto di Assistenza Individuale). L'obiettivo è che la persona non rimbalzi più tra sanità e sociale, ma trovi una porta e un progetto. Chi ha seguito il corso sui diritti degli anziani ritrova qui il collegamento; chi non l'ha fatto, sappia che questo è il capitolo dove sanità e diritti sociali si saldano.

5. I LEA sociosanitari

Anche il sociosanitario ha i suoi **livelli essenziali**: il DPCM 2017 (giorno 6) include l'area sociosanitaria (ADI, RSA, semiresidenzialità, hospice per le cure palliative). Sono diritti esigibili, non concessioni: un altro aggancio al metodo di verificare sempre se il livello essenziale è davvero garantito.

6. Glossario minimo

- **Integrazione sociosanitaria** — l'area dove bisogno sanitario e sociale si intrecciano.
- **Art. 3-septies / DPCM 14/2/2001** — le norme che classificano le prestazioni e ripartiscono i costi.
- **Quota sanitaria / quota alberghiera** — la divisione della retta RSA tra SSN e ospite/Comune.
- **SNAA, PUA, PAI** — gli strumenti della riforma anziani per la presa in carico unica.
- **LEA sociosanitari** — i livelli essenziali dell'area sociosanitaria (ADI, RSA, hospice...).

In sintesi. L'integrazione sociosanitaria è la 'terra di mezzo' tra SSN e Comuni: l'art. 3-septies e il DPCM 2001 classificano le prestazioni e ripartiscono i costi (l'esempio principe è la retta RSA, quota sanitaria vs alberghiera). È fonte di contenzioso quando il bisogno sanitario prevalente viene scaricato sulle famiglie. La riforma anziani (L. 33/2023, D.Lgs 29/2024) prova a costruire la presa in carico unica. Domani (giorno 15) entriamo nel blocco 'dibattito e dati': il definanziamento del SSN.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. L'integrazione sociosanitaria riguarda:

- A) Solo gli ospedali
- B) L'area dove bisogno sanitario e sociale si intrecciano**
- C) Solo le tasse
- D) Solo la telemedicina

Risposta: B. È la 'terra di mezzo' tra SSN e Comuni: anziani non autosufficienti, disabilità, salute mentale, dipendenze.

2. Come si ripartisce la retta di una RSA?

- A) Tutto a carico dell'ospite
- B) Quota sanitaria al SSN, quota alberghiera/sociale all'ospite (o al Comune se indigente)**
- C) Tutto a carico dello Stato
- D) Tutto a carico del Comune

Risposta: B. Il DPCM 2001 divide la retta: la parte sanitaria la paga il SSN, la parte alberghiera l'ospite o il Comune.

3. Qual è la base normativa delle prestazioni sociosanitarie?

- A) La L. 833/1978
- B) L'art. 3-septies del D.Lgs 502 e il DPCM 14/2/2001**
- C) Il DM 70/2015
- D) Il Titolo V

Risposta: B. L'art. 3-septies (introdotto dalla Bindi) e il DPCM 2001 classificano le prestazioni e ripartiscono i costi.

4. Quando il bisogno sanitario è prevalente, chi dovrebbe pagare la quota?

- A) Sempre la famiglia
- B) Interamente il SSN, secondo un orientamento giurisprudenziale consolidato**
- C) Sempre il Comune
- D) Nessuno

Risposta: B. La giurisprudenza afferma che un costo sostanzialmente sanitario non va scaricato sulla famiglia: grava sul SSN.

5. Quali strumenti introduce la riforma anziani per la presa in carico unica?

A) DRG e ticket

B) SNAA, valutazione multidimensionale unificata, PUA, PAI

C) Solo le RSA

D) I piani di rientro

Risposta: B. L. 33/2023 e D.Lgs 29/2024 introducono SNAA, Punto Unico di Accesso (PUA) e Progetto di Assistenza Individuale (PAI) per evitare che la persona rimbalzi tra servizi.

6. Perché la 'terra di mezzo' è rischiosa per il diritto alla salute?

A) Perché è troppo finanziata

B) Perché due sistemi separati e sotto-finanziati rischiano di lasciare la persona schiacciata in mezzo

C) Perché è gestita dall'UE

D) Perché non esistono LEA sociosanitari

Risposta: B. Il problema è strutturale: nessuno dei due mondi vuole accollarsi il costo, e la persona non autosufficiente resta senza presa in carico piena.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30;502>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2023-03-23;33>

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/homeLea.jsp>

Il definanziamento: quanto spende davvero l'Italia (GIMBE, spesa/PIL)

Obiettivo. Capire il dibattito sul finanziamento del SSN: cosa significa davvero 'definanziamento' (la spesa cresce meno del bisogno e del PIL, non in valore assoluto), il metro corretto (spesa/PIL e confronto internazionale, con fonti GIMBE/OCSE), e le due spie misurabili (spesa privata out-of-pocket e rinuncia alle cure ISTAT). Imparare a non farsi ingannare dagli slogan e a citare sempre la fonte.

1. La domanda che pesa: spendiamo abbastanza?

Entriamo nel blocco «dibattito e dati». La prima grande questione è il **finanziamento**: l'Italia mette abbastanza risorse nella sanità pubblica? È qui che si gioca tutto il resto — liste d'attesa, carenza di personale, qualità. Il termine del dibattito è **definanziamento** (o sottofinanziamento): non nel senso che la spesa nominale cala (in euro cresce), ma che cresce meno del bisogno e del PIL, perdendo terreno rispetto agli altri Paesi. È una differenza sottile ma decisiva.

2. Il metro giusto: spesa su PIL e confronto internazionale

Il dato più solido non è la spesa in valore assoluto (che «cresce sempre» e si presta a titoli fuorvianti), ma il rapporto **spesa sanitaria pubblica / PIL** e il **confronto con i Paesi comparabili**:

- L'Italia spende per la sanità pubblica intorno al **6,2-6,4% del PIL**, con una traiettoria programmata in calo nei documenti di finanza pubblica.
- Paesi come **Germania e Francia** spendono attorno al **10-11% del PIL**: molto di più, a parità di ricchezza.
- La media **OCSE/UE** è sopra quella italiana: l'Italia è nella fascia bassa dei Paesi avanzati.

Fonte principale: i rapporti della Fondazione GIMBE, che ogni anno quantificano il «sottofinanziamento cumulato» del SSN (decine di miliardi persi nel decennio rispetto al fabbisogno) e la distanza dagli altri Paesi. Da leggere insieme ai dati **OCSE** (Health at a Glance) e **ISTAT**.

3. Le due spie: spesa privata e rinuncia alle cure

Quando il pubblico non basta, succedono due cose misurabili:

- **Spesa privata «out-of-pocket»** — le famiglie pagano di tasca propria una quota crescente (visite, esami, farmaci): decine di miliardi l'anno. La sanità non «costa meno», semplicemente il costo si sposta dallo Stato alle famiglie.

- **Rinuncia alle cure** — l'indicatore più drammatico: milioni di persone rinunciano a visite o esami per le liste troppo lunghe o per i costi. L'**ISTAT** lo misura ogni anno; è cresciuto in modo marcato.

Esempio. Se per una visita specialistica il SSN dà appuntamento tra otto mesi e in privato costa 120 euro, chi può paga, chi non può rinuncia o si aggrava. Il diritto formale (giorno 1) resta, ma quello effettivo si erode.

4. Come non farsi ingannare dai numeri

Verifica critica (cuore del metodo). Su questo tema si affrontano due slogan opposti, entrambi da maneggiare con prudenza. Da un lato «la sanità è al collasso»: efficace ma vago, e smentibile citando la spesa nominale in crescita. Dall'altro «spendiamo già tanto, il problema sono gli sprechi»: comodo, ma nasconde il confronto internazionale. **Il terreno solido è uno solo:** il rapporto spesa/PIL e pro-capite confrontato con i Paesi comparabili, e la rinuncia alle cure ISTAT. Cita sempre la fonte (GIMBE, ISTAT, OCSE), distingui spesa nominale da spesa reale/su PIL, e non usare mai un dato senza dire da dove viene. Chi litiga con lo slogan perde; chi porta il dato confrontabile vince.

5. Perché è la madre di tutte le criticità

Il livello di finanziamento è la causa a monte di quasi tutto ciò che vedremo: liste d'attesa (giorno 16), carenza di personale (giorno 9), Case della Comunità senza organici (giorno 12), mobilità passiva (giorno 19). Non tutto si risolve con più soldi — la governance conta — ma senza un livello adeguato di finanziamento nessuna riforma organizzativa regge. È la premessa numerica del focus territoriale che chiude il corso.

6. Glossario minimo

- **Definanziamento/sottofinanziamento** — la spesa cresce meno del bisogno e del PIL: si perde terreno.
- **Spesa/PIL** — il metro corretto per confrontare i sistemi (Italia ~6,2-6,4%; Germania/Francia ~10-11%).
- **GIMBE** — fondazione indipendente, fonte principale sul finanziamento del SSN.
- **Out-of-pocket** — spesa sanitaria pagata direttamente dalle famiglie.
- **Rinuncia alle cure** — indicatore ISTAT: chi rinuncia a curarsi per attese o costi.

In sintesi. Il 'definanziamento' non è la spesa nominale (che cresce) ma la sua perdita di terreno su PIL e rispetto agli altri Paesi: l'Italia spende ~6,2-6,4% del PIL contro il 10-11% di Germania e Francia (fonte GIMBE/OCSE). Le spie sono la spesa privata out-of-pocket e la rinuncia alle cure ISTAT. Il metodo: sempre spesa/

PIL confrontabile e fonte citata, mai lo slogan. Domani (giorno 16) vediamo l'effetto più visibile: le liste d'attesa e la sanità duale.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Cosa si intende con 'definanziamento' del SSN?

- A) La spesa in euro che diminuisce ogni anno
- B) La spesa che cresce meno del bisogno e del PIL, perdendo terreno**
- C) L'abolizione del Fondo Sanitario
- D) La privatizzazione degli ospedali

Risposta: B. La spesa nominale cresce, ma meno del bisogno e del PIL: il SSN perde terreno rispetto al fabbisogno e agli altri Paesi.

2. Qual è il metro corretto per confrontare la spesa sanitaria tra Paesi?

- A) La spesa in valore assoluto
- B) Il rapporto spesa/PIL e il pro-capite confrontabile**
- C) Il numero di ospedali
- D) Il numero di ticket

Risposta: B. Il valore assoluto è fuorviante; il dato solido è spesa/PIL e pro-capite rispetto a Paesi comparabili.

3. L'Italia spende per la sanità pubblica circa:

- A) 11-12% del PIL
- B) 6,2-6,4% del PIL, sotto la media dei Paesi comparabili**
- C) 3% del PIL
- D) 20% del PIL

Risposta: B. L'Italia è intorno al 6,2-6,4% del PIL, contro il 10-11% di Germania e Francia: nella fascia bassa dei Paesi avanzati.

4. Qual è la fonte indipendente principale sul finanziamento del SSN?

- A) Le Regioni
- B) La Fondazione GIMBE**
- C) Le assicurazioni private
- D) I Comuni

Risposta: B. I rapporti GIMBE quantificano ogni anno il sottofinanziamento cumulato e il confronto con gli altri Paesi, da leggere con OCSE e ISTAT.

5. Cosa misura l'indicatore ISTAT della 'rinuncia alle cure'?

- A) Quanti medici emigrano
- B) Quante persone rinunciano a visite o esami per attese o costi**
- C) Quanti ospedali chiudono
- D) Quanti ticket si pagano

Risposta: B. È l'indicatore più drammatico del sottofinanziamento: milioni rinunciano a curarsi per liste troppo lunghe o costi troppo alti.

6. Qual è l'approccio corretto per non farsi ingannare dagli slogan?

- A) Ripetere che la sanità è al collasso
- B) Portare il dato confrontabile (spesa/PIL, rinuncia alle cure) citando sempre la fonte**
- C) Dire che spendiamo già abbastanza
- D) Evitare i numeri

Risposta: B. Il terreno solido è il dato confrontabile con fonte citata, distinguendo spesa nominale da spesa su PIL: chi litiga con lo slogan perde.

Fonti normative:

https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE.html

<https://www.istat.it/>

<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>

Liste d'attesa e sanità duale: la normativa (L. 213/2023, DL 73/2024)

Obiettivo. Capire come si governano le liste d'attesa: classi di priorità (U/B/D/P), PNGLA e RAO, e la stretta 2023-2024 (L. 213/2023, DL 73/2024: CUP unico, agende aperte, prestazioni aggiuntive, poteri sostitutivi). Cogliere il nodo intramoenia/privato e la 'sanità duale', il legame con la mobilità passiva (ponte al VCO) e il punto critico: il problema è soprattutto di offerta (personale), non solo di domanda impropria.

1. Il sintomo che tutti conoscono

Le **liste d'attesa** sono il volto quotidiano della crisi del SSN: mesi per una visita, esami rimandati, agende «chiuse». È il punto in cui il diritto alla salute (giorno 1) diventa, o non diventa, esigibile. Oggi vediamo come la legge prova a governarle e perché il problema si intreccia con il rapporto pubblico-privato — la cosiddetta **sanità duale**.

2. Le regole: classi di priorità e PNGLA

Le liste non sono tutte uguali: la prescrizione del medico assegna una **classe di priorità** che fissa il tempo massimo entro cui la prestazione va garantita. Le classi (definite dai Piani nazionali e regionali):

- **U — Urgente:** entro 72 ore;
- **B — Breve:** entro 10 giorni;
- **D — Differibile:** entro 30 giorni (visite) o 60 (esami);
- **P — Programmabile:** entro 120 giorni.

Il quadro di riferimento è il **PNGLA** (Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa), che fissa standard e strumenti come i **RAO** (Raggruppamenti di Attesa Omogenei) per prescrivere in modo appropriato.

3. La stretta del 2023-2024

Di fronte al peggioramento, il legislatore è intervenuto con la **L. 213/2023** (legge di bilancio 2024) e soprattutto il **DL 73/2024** («decreto liste d'attesa»), che introduce:

- **CUP unico regionale** — un solo sistema di prenotazione che vede tutte le agende (pubblico e privato accreditato), per superare le agende chiuse;
- **obbligo di agende aperte** e apertura anche il **sabato e la domenica**;
- possibilità di superare il tetto di spesa del personale per pagare le **prestazioni aggiuntive**;

- una **Piattaforma nazionale liste d'attesa** e un **organismo di verifica** (con il coinvolgimento di AGENAS e NAS) e **poteri sostitutivi** statali verso le Regioni inadempienti.

4. Il nodo intramoenia e la sanità duale

Qui si salda il discorso con l'intramoenia (giorno 4) e il privato accreditato (giorno 9). Il cortocircuito è noto: la stessa prestazione può essere disponibile a pagamento in tempi brevi (intramoenia o privato) e gratuita ma lontanissima con il SSN. Nasce così la **sanità duale**: chi ha soldi o un'assicurazione accede prima, chi non ne ha aspetta o rinuncia (giorno 15). Il DL 73/2024 tenta di riequilibrare imponendo che l'intramoenia non superi l'attività istituzionale e alimenti le liste pubbliche.

Verifica critica. Attenzione a non ridurre le liste a un problema di «domanda impropria» (troppe prescrizioni inutili). Quella componente esiste ed è giusto governarla con i RAO, ma il cuore del problema è l'**offerta**: mancano medici, infermieri, ore-macchina, per le ragioni viste ai giorni 8-9-15 (tetti, blocco turnover, sottofinanziamento). Le norme del 2024 sono nella direzione giusta, ma **senza personale** restano parziali: puoi aprire le agende il sabato solo se hai chi ci lavora. Non confondere «abbattere le liste» con «assumere e organizzare»: la seconda è la condizione della prima.

5. La mobilità sanitaria: il ponte verso il territorio

Chi può permetterselo, di fronte alle liste, si sposta: fa la prestazione in un'altra Regione o in un altro territorio. È la **mobilità sanitaria**, che dal punto di vista dei conti diventa mobilità passiva per il territorio che «perde» i pazienti (e le relative risorse). È esattamente ciò che accade al VCO (giorno 19), che perde circa 19 milioni l'anno di prestazioni erogate fuori. Le liste, quindi, non sono solo un disagio: sono anche un drenaggio di risorse dal territorio.

6. Glossario minimo

- **Classi di priorità (U/B/D/P)** — i tempi massimi di garanzia per ciascuna prestazione.
- **PNGLA** — Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa; **RAO** — criteri di prescrizione appropriata.
- **DL 73/2024** — 'decreto liste d'attesa': CUP unico, agende aperte, prestazioni aggiuntive, poteri sostitutivi.
- **Sanità duale** — chi paga accede prima (privato/intramoenia), chi no aspetta o rinuncia.
- **Mobilità (passiva)** — pazienti che si curano altrove; per il territorio è perdita di risorse.

In sintesi. Le liste d'attesa sono governate da classi di priorità e dal PNGLA; la stretta 2023-2024 (L. 213/2023, DL 73/2024) introduce CUP unico, agende aperte, prestazioni aggiuntive e poteri sostitutivi. Ma il problema è soprattutto di offerta (personale): senza, le norme restano parziali, e si alimentano la sanità duale e la mobilità passiva. Da domani (giorno 17) entriamo nel blocco territoriale: prima l'autonomia differenziata, poi Piemonte e VCO.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Cosa indica la classe di priorità 'U' in una prescrizione?

- A) Entro 120 giorni
- B) Entro 72 ore (urgente)**
- C) Entro 30 giorni
- D) Nessun limite

Risposta: B. La classe U (urgente) va garantita entro 72 ore; B entro 10 giorni, D entro 30/60, P entro 120.

2. Cos'è il PNGLA?

- A) Un ospedale
- B) Il Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa**
- C) Un ticket
- D) Un contratto del personale

Risposta: B. Il PNGLA fissa standard e strumenti (come i RAO) per governare le liste d'attesa.

3. Quale misura introduce il DL 73/2024?

- A) L'abolizione del SSN
- B) Il CUP unico regionale, le agende aperte e le prestazioni aggiuntive**
- C) La chiusura degli ospedali
- D) L'aumento dei ticket

Risposta: B. Il 'decreto liste d'attesa' introduce CUP unico, obbligo di agende aperte (anche sabato/domenica), prestazioni aggiuntive e poteri sostitutivi.

4. Cos'è la 'sanità duale'?

- A) Due ministeri della salute
- B) Il fenomeno per cui chi paga accede prima (privato/intramoenia) e chi no aspetta o rinuncia**
- C) Due tipi di ticket
- D) Un sistema di assicurazioni obbligatorie

Risposta: B. La sanità duale è la disparità d'accesso: a pagamento in tempi brevi, gratis ma lontano col SSN.

5. Qual è la causa principale delle liste d'attesa?

A) Solo troppe prescrizioni inutili

B) Soprattutto la carenza di offerta (personale, ore-macchina)

C) Troppi ospedali

D) L'eccesso di fondi

Risposta: B. La domanda impropria esiste e va governata, ma il cuore è l'offerta: senza personale le norme restano parziali.

6. Che legame c'è tra liste d'attesa e mobilità sanitaria?

A) Nessuno

B) Chi può, di fronte alle liste, si cura altrove: per il territorio è mobilità passiva e perdita di risorse

C) La mobilità elimina le liste

D) Sono la stessa cosa

Risposta: B. Le liste spingono chi può a spostarsi: il territorio perde pazienti e risorse (mobilità passiva), come accade al VCO (~19 mln/anno).

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2024-06-07;73>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2023-12-30;213>

<https://www.salute.gov.it/portale/listeAttesa/homeListeAttesa.jsp>

Autonomia differenziata (L. 86/2024) e sentenza Corte Cost. 192/2024

Obiettivo. Capire l'autonomia differenziata come ponte tra Titolo V e disuguaglianze territoriali: l'art. 116 c.3 Cost., la L. 86/2024 e il vincolo dei LEP/LEA, la sentenza Corte Cost. 192/2024 che l'ha ridimensionata (no materie intere, LEP definiti dal Parlamento e finanziati). Distinguere il piano giuridico (legge molto condizionata) dal piano sostanziale (rischio reale di ampliare i divari in sanità).

1. Il ponte tra il nazionale e il territoriale

Entriamo nel blocco finale, quello territoriale. Ma prima di scendere in Piemonte e nel VCO, serve capire la cornice che oggi rischia di cambiare gli equilibri: l'**autonomia differenziata**. È il tema che collega tutto ciò che abbiamo visto sul Titolo V (giorno 5) con le disuguaglianze concrete tra territori. In sanità, decidere «quanto» le Regioni possono differenziarsi significa decidere se il diritto alla salute resterà uguale da Bolzano a Reggio Calabria.

2. Cos'è l'autonomia differenziata (L. 86/2024)

L'art. **116, comma 3**, della Costituzione (già dalla riforma del 2001) consente alle Regioni ordinarie di ottenere «**ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia**» su alcune materie — tra cui la **tutela della salute** — attraverso un'**intesa** con lo Stato. La **legge 26 giugno 2024, n. 86** («legge Calderoli») ha definito la procedura per attuare questa possibilità.

Il punto decisivo è il legame con i **LEP** (Livelli Essenziali delle Prestazioni): la legge prevede che le funzioni si possano trasferire solo dopo aver determinato e finanziato i LEP nelle materie interessate. In sanità i LEP corrispondono, in sostanza, ai **LEA** (giorno 6): il pavimento uniforme.

3. La sentenza della Corte Costituzionale 192/2024

La legge è stata subito impugnata. Con la **sentenza n. 192 del 2024** la Corte Costituzionale non ha abolito la legge, ma l'ha profondamente **ridimensionata**, dichiarando illegittime diverse parti e imponendo condizioni stringenti. In sintesi, la Corte ha stabilito che:

- non si può trasferire una «materia intera» in blocco, ma solo **funzioni specifiche**, ciascuna motivata secondo il principio di **sussidiarietà**;
- i **LEP** devono essere determinati dal **Parlamento** (non con meccanismi tecnici che aggirino il legislatore) e **adeguatamente finanziati**;

- l'autonomia deve rispettare i principi di **solidarietà** e **unità** della Repubblica.

È una sentenza-argine: ammette l'autonomia differenziata, ma la incardina su LEP finanziati e su un controllo parlamentare, riducendo molto lo spazio per differenziazioni «a costo zero».

4. Perché in sanità è delicatissima

Verifica critica. Qui è facile scivolare nella propaganda, da un lato e dall'altro. Distinguiamo due piani. **Piano giuridico:** dopo la sent. 192/2024 la legge è molto ridimensionata, non «spacca-Italia» automatica; chi dice che «è già tutto deciso» sbaglia. **Piano politico e sostanziale:** il rischio resta reale. In un sistema già diseguale (le liste, la mobilità, la spesa pro-capite variano molto tra Nord e Sud), dare a Regioni forti più autonomia su organizzazione, contratti del personale e risorse può ampliare i divari: le Regioni ricche attraggono medici e servizi, le deboli restano indietro. Il vero discrimine è se i LEP saranno davvero definiti e finanziati: senza, l'autonomia diventa il moltiplicatore delle disuguaglianze. Da consulente: cita sempre la sentenza correttamente (non l'ha abolita, l'ha condizionata ai LEP) e sposta il confronto sul dato concreto, non sullo slogan.

5. Il referendum e lo stato dell'arte

Contro la legge è stato promosso un **referendum abrogativo**, sul quale la Corte Costituzionale si è pronunciata dichiarando inammissibile il quesito totale (2025). L'attuazione concreta resta perciò legata alla definizione dei LEP e alle eventuali intese Stato-Regione, ancora in gran parte da costruire. È un cantiere aperto, il cui esito peserà direttamente sul territorio che studieremo nei prossimi due giorni.

6. Glossario minimo

- **Autonomia differenziata** — la possibilità (art. 116 c.3 Cost.) di dare a Regioni ordinarie competenze aggiuntive, tra cui la sanità.
- **L. 86/2024** — 'legge Calderoli': definisce la procedura per l'autonomia differenziata.
- **LEP** — Livelli Essenziali delle Prestazioni; in sanità corrispondono ai LEA.
- **Sent. Corte Cost. 192/2024** — ridimensiona la legge: no materie intere, LEP definiti dal Parlamento e finanziati.
- **Sussidiarietà / solidarietà** — i principi che devono guidare e limitare la differenziazione.

In sintesi. L'autonomia differenziata (art. 116 c.3 Cost., L. 86/2024) può dare alle Regioni più competenze sulla sanità, ma solo dopo LEP definiti e finanziati. La

sent. Corte Cost. 192/2024 l'ha ridimensionata (no materie intere, LEP in Parlamento, solidarietà). Sul piano giuridico non è 'spacca-Italia', ma sul piano sostanziale rischia di ampliare i divari se i LEP restano sulla carta. Domani (giorno 18) scendiamo sul territorio: il Piemonte.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Su quale articolo della Costituzione si fonda l'autonomia differenziata?

- A) Art. 32
- B) Art. 116, comma 3**
- C) Art. 81
- D) Art. 2

Risposta: B. L'art. 116 c.3 consente alle Regioni ordinarie di ottenere ulteriori forme di autonomia su alcune materie, tra cui la tutela della salute.

2. Quale condizione pone la legge per trasferire funzioni in sanità?

- A) Nessuna condizione
- B) La previa determinazione e il finanziamento dei LEP (in sanità i LEA)**
- C) L'abolizione dei LEA
- D) L'accordo dei Comuni

Risposta: B. Il trasferimento è subordinato alla determinazione e al finanziamento dei LEP: il pavimento uniforme deve restare garantito.

3. Cosa ha deciso la Corte Costituzionale con la sentenza 192/2024?

- A) Ha abolito del tutto la legge
- B) Ha ridimensionato la legge, imponendo LEP in Parlamento e vietando il trasferimento di materie intere**
- C) Ha reso obbligatoria l'autonomia per tutte le Regioni
- D) Non si è pronunciata

Risposta: B. La Corte non ha abolito la legge ma l'ha condizionata: solo funzioni specifiche, LEP definiti dal Parlamento e finanziati, rispetto di solidarietà e unità.

4. In sanità, a cosa corrispondono i LEP?

- A) Ai ticket
- B) In sostanza ai LEA, il pavimento uniforme di prestazioni**
- C) Ai DRG
- D) Ai piani di rientro

Risposta: B. I Livelli Essenziali delle Prestazioni in sanità corrispondono ai LEA: il livello che deve restare garantito a tutti.

5. Qual è il rischio sostanziale dell'autonomia differenziata in sanità?

A) Troppa uniformità

B) Ampliare i divari tra Regioni forti e deboli se i LEP restano sulla carta

C) L'abolizione delle Regioni

D) La fine del finanziamento pubblico

Risposta: B. In un sistema già diseguale, più autonomia alle Regioni forti può allargare le disuguaglianze: decisivo è che i LEP siano davvero definiti e finanziati.

6. Come va citata correttamente la sentenza 192/2024?

A) Ha cancellato l'autonomia differenziata

B) L'ha condizionata ai LEP e al controllo parlamentare, senza abolirla

C) L'ha resa immediatamente operativa ovunque

D) Non riguarda la sanità

Risposta: B. Distinguere il piano giuridico: la Corte ha ridimensionato e condizionato la legge, non l'ha abolita. È il modo onesto di trattare il tema.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:legge:2024-06-26;86>

<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2024&numero=192>

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:costituzione>

Il Piemonte: PSSR 2025, rete ospedaliera e riparto del Fondo Sanitario Regionale

Obiettivo. Capire come il Piemonte organizza il proprio SSR: il PSSR 2025 come strumento di programmazione, il riparto del Fondo Sanitario Regionale tra le ASL (quota capitaria e mobilità, DD 19/2025), la rete ospedaliera hub & spoke con l'hub torinese. Imparare il metodo multi-lente per leggere un piano regionale: incrociare fonte istituzionale (ottimista), osservazioni sindacali (critiche) e dato indipendente.

1. Dalla teoria alla nostra Regione

Dopo tutta la cornice nazionale, scendiamo in **Piemonte**: è qui che il diritto alla salute prende la forma concreta di ospedali, ASL, Case della Comunità, liste. La Regione è l'attore che — dopo il Titolo V (giorno 5) — organizza il proprio Servizio Sanitario Regionale entro il pavimento dei LEA e con le risorse del riparto. Vediamo gli strumenti principali con cui lo fa, e come leggerli con occhio critico.

2. Il PSSR: la bussola regionale

Lo strumento di programmazione è il **Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR)**. Il Piemonte ha approvato il **PSSR 2025** (versione definitiva, 2025), che fissa gli indirizzi per gli anni a venire: potenziamento del territorio (Case della Comunità, DM 77), riorganizzazione della rete ospedaliera, liste d'attesa, non autosufficienza e RSA, personale. È il documento-bussola: dice dove la Regione dichiara di voler andare.

3. Come leggere un PSSR: il metodo multi-lente

Un piano regionale è, per natura, un documento istituzionale e ottimistico: elenca obiettivi ambiziosi, spesso senza dettagliare risorse e tempi. Per valutarlo con onestà serve affiancarlo ad altre voci. Il caso piemontese offre proprio questo materiale: le **osservazioni della CGIL Piemonte al PSSR** (dicembre 2025), che criticano soprattutto lo scarto tra obiettivi e risorse, il nodo del personale, la debolezza su territorio e non autosufficienza.

Verifica critica (metodo multi-lente). Nessuna fonte, da sola, dà il quadro vero. Il documento regionale tende a presentare la situazione in modo favorevole (è chi governa a scriverlo); le osservazioni sindacali tendono a essere sovra-critiche (è il loro ruolo segnalare le mancanze). La verità sta nell'incrocio: prendi l'obiettivo dichiarato dal PSSR, mettilo accanto alla critica CGIL, e verifica con un dato indipendente (il riparto, i numeri AGENAS/NSG, GIMBE). Non fidarti di una

cifra solo perché è scritta nel piano — è la regola 'confuta sempre i dati' applicata al livello regionale. E usa solo fonti pubbliche e verificabili.

4. Il riparto del Fondo Sanitario Regionale

Come lo Stato ripartisce il FSN tra le Regioni (giorno 7), così la Regione ripartisce il **Fondo Sanitario Regionale (FSR)** tra le proprie ASL. Il criterio è di nuovo la **quota capitaria ponderata** per età, corretta per la **mobilità** (chi attrae pazienti da fuori guadagna, chi li perde ci rimette) e per le situazioni territoriali particolari. Il riferimento tecnico piemontese è la determinazione dirigenziale **DD 19/2025**. È il documento da cui, il giorno seguente, leggeremo i numeri del VCO.

Esempio. Una ASL con popolazione anziana e territorio montano (come quella del VCO) riceve un pro-capite più alto della media regionale; una ASL urbana con grandi ospedali che attraggono pazienti guadagna sulla mobilità. Il riparto fotografa questi equilibri.

5. La rete ospedaliera e l'hub torinese

La rete ospedaliera piemontese segue la logica hub & spoke del DM 70 (giorno 11): l'hub principale è la **Città della Salute di Torino**, attorno a cui ruotano i presidi provinciali. Le DGR regionali definiscono la rete; le tensioni più forti sono nelle aree periferiche e montane (Ossola, Verbano, Cuneese di valle), dove gli standard di volume si scontrano con le distanze — il tema che affronteremo domani sul VCO.

6. Glossario minimo

- **PSSR** — Piano Socio-Sanitario Regionale: lo strumento di programmazione della Regione (Piemonte: 2025).
- **Osservazioni CGIL** — la lente sindacale sul PSSR (dicembre 2025): utile per il metodo multi-lente.
- **FSR** — Fondo Sanitario Regionale: le risorse ripartite dalla Regione tra le ASL (DD 19/2025).
- **Città della Salute** — l'hub ospedaliero torinese di riferimento regionale.
- **Metodo multi-lente** — leggere insieme fonte regionale, sindacale e dato indipendente.

In sintesi. Il Piemonte programma con il PSSR 2025 (territorio, rete, personale, non autosufficienza) e ripartisce il FSR tra le ASL con quota capitaria e mobilità (DD 19/2025). Per valutarlo serve il metodo multi-lente: incrociare il piano regionale (ottimista), le osservazioni CGIL (critiche) e un dato indipendente.

Domani (giorno 19) applichiamo tutto al nostro territorio: il VCO, con i numeri del riparto e il nodo dell'ospedale unico.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Cos'è il PSSR?

A) Un ospedale

B) Il Piano Socio-Sanitario Regionale, strumento di programmazione della Regione

C) Un ticket regionale

D) Il contratto dei medici

Risposta: B. Il PSSR è il documento con cui la Regione programma la sanità; il Piemonte ha il PSSR 2025.

2. Perché un PSSR va letto con il 'metodo multi-lente'?

A) Perché è segreto

B) Perché è un documento istituzionale ottimistico, da incrociare con voci critiche e dati indipendenti

C) Perché è scritto dai Comuni

D) Perché non contiene dati

Risposta: B. Il piano regionale tende a presentare la situazione in modo favorevole: serve incrociarlo con le osservazioni sindacali e un dato indipendente.

3. Con quale criterio la Regione ripartisce il FSR tra le ASL?

A) In parti uguali

B) Quota capitaria ponderata per età, corretta per la mobilità e le situazioni territoriali

C) In base al numero di sindaci

D) A sorteggio

Risposta: B. Come a livello nazionale, il riparto usa la quota capitaria pesata per età, con correzioni per mobilità e territorio (in Piemonte, DD 19/2025).

4. Qual è l'hub ospedaliero di riferimento del Piemonte?

A) L'ospedale di Verbania

B) La Città della Salute di Torino

C) Un ospedale privato

D) Il policlinico di Novara solo

Risposta: B. La rete piemontese segue la logica hub & spoke del DM 70, con la Città della Salute di Torino come hub principale.

5. Le osservazioni CGIL al PSSR servono, nel metodo, a:

- A) Sostituire il piano
- B) Fornire la lente critica da incrociare con il documento regionale e i dati indipendenti**
- C) Approvare il piano
- D) Nascondere i dati

Risposta: B. Sono la 'lente sindacale': sovra-critiche per ruolo, utili proprio per bilanciare l'ottimismo del documento regionale.

6. Quale territorio piemontese vive la maggiore tensione tra standard di volume e distanze?

- A) Il centro di Torino
- B) Le aree periferiche e montane (Ossola, Verbano)**
- C) Le zone di pianura
- D) Nessuna

Risposta: B. Nelle aree montane gli standard di volume del DM 70 si scontrano con le distanze: è il nodo che affronteremo sul VCO.

Fonti normative:

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita>

<https://www.cgilpiemonte.it/>

<https://www.regione.piemonte.it/web/amministrazione/bilancio-finanze/finanza-regionale>

Il VCO: riparto FSN, mobilità passiva, ospedale unico e Case della Comunità

Obiettivo. Applicare tutto il percorso al Verbano-Cusio-Ossola: i numeri del riparto FSN 2024 (pro-capite ~2.014 €, più alto per struttura anziana e montana), la mobilità passiva (~-19,4 mln/anno) come vero salasso, il nodo dell'ospedale unico (volumi DM 70 vs tempi di accesso in montagna) e le Case della Comunità. Usare i dati ufficiali con rigore, distinguendo certezze e questioni aperte, senza mai pubblicare resoconti di riunioni.

1. La sanità dove viviamo: il VCO

Ultima tappa del percorso normativo prima della sintesi: il **Verbano-Cusio-Ossola**. Qui tutti i concetti visti finora — riparto, quota capitaria, DM 70, DM 77, mobilità, liste — si toccano con mano. Il VCO ha due caratteristiche che ne fanno un caso di scuola: è **più anziano** della media regionale e ha un **territorio montano**, con presidi distanti e piccoli numeri. Vediamo i dati (dal riparto ufficiale FSN 2024) e il nodo che ne deriva.

2. I numeri del riparto (fonte: riparto FSN 2024)

- Popolazione ASL VCO: circa **163.900 abitanti** (3,85% del Piemonte); over 65 circa **46.300**, con indice di vecchiaia sopra la media regionale.
- Totale assegnato ante mobilità: circa **330 milioni di euro** (4,07% del Piemonte).
- **Pro-capite ante mobilità: circa 2.014 €**, più alto di quello del Novarese (~1.763 €).

Come spiegato al giorno 7, questo pro-capite più alto non è un privilegio: riflette la quota capitaria ponderata per età (popolazione anziana = più bisogno sanitario). È un punto da tenere presente per non cadere nella retorica del «VCO abbandonato da tutti»: su alcune voci il territorio è, correttamente, premiato.

3. La mobilità passiva: il vero salasso

Il problema serio del VCO è la **mobilità passiva** (giorno 16): pazienti che si curano fuori provincia o fuori Regione perché il servizio manca o la lista è troppo lunga. Sommando le voci del riparto, la mobilità passiva vale circa **-19,4 milioni di euro l'anno** di prestazioni erogate altrove. Tradotto: risorse e cure che escono dal territorio, con disagio per i pazienti (viaggi, attese) e impoverimento dell'offerta locale.

Esempio-ragionamento. Trattenere anche solo una parte di quei 19,4 milioni, riportando sul territorio alcune specialistiche, significherebbe insieme meno disagio

per i cittadini e più risorse per l'ASL. Ma per farlo servono personale e volumi sufficienti a rispettare gli standard del DM 70 — ed è qui che il cerchio si chiude.

4. Il nodo dell'ospedale unico

La risposta regionale al problema «piccoli numeri + standard di sicurezza» è, da anni, l'ipotesi dell'**ospedale unico del VCO**: concentrare in un'unica struttura moderna ciò che oggi è distribuito tra i presidi (Verbania, Domodossola, Omegna), per raggiungere i volumi del DM 70 e attrarre professionisti. Il tema è studiato (analisi del **Politecnico di Torino** sulla localizzazione) e discusso a livello di ASL e Regione, con la **delibera ASL VCO n. 299/2026** (linee di indirizzo per la riorganizzazione) e la **DGR 1633** sulla rete ospedaliera VCO tra i riferimenti.

Verifica critica. Qui la posizione onesta non è né «ospedale unico = soluzione a tutto» né «difendiamo ogni presidio comunque». I dati del reparto sono ufficiali e vanno usati con rigore; ma restano questioni aperte da verificare prima di trarne conclusioni politiche: perché il VCO risulta escluso da alcune voci di personale ospedaliero (A1) e dalle COT (A5) nel reparto? Il dato sulla bassa mortalità under-75 (voce A19) è coerente con l'ISTAT? E soprattutto: un ospedale unico risolve i volumi, ma come garantisce i tempi in un territorio montano (reti tempo-dipendenti, giorno 11)? Da consulente: porta i numeri con la fonte, distingui i dati certi dalle ipotesi, e non pubblicare mai resoconti di riunioni o incontri. Il valore aggiunto non è avere una tesi, è avere i dati verificati.

5. Il territorio: Case della Comunità e PNRR nel VCO

Anche il VCO ha in programma **Case della Comunità e Ospedali di Comunità** (DM 77, PNRR, giorno 12). Ma vale la stessa avvertenza nazionale: contano gli organici, non gli edifici. In un territorio montano e anziano, un territorio forte (domiciliarità, telemedicina, infermiere di comunità) può ridurre proprio quella mobilità passiva e quei viaggi che pesano di più sui pazienti fragili.

6. Glossario minimo

- **Pro-capite VCO ~2.014 €** — più alto della media per struttura anziana e montana (non un privilegio).
- **Mobilità passiva ~-19,4 mln/anno** — cure erogate fuori territorio: risorse e pazienti che escono.
- **Ospedale unico VCO** — ipotesi di concentrare i presidi per raggiungere i volumi del DM 70.
- **Delibera ASL VCO 299/2026 / DGR 1633** — atti di riorganizzazione della rete locale.

- **Questioni aperte** — esclusione da voci A1/A5, verifica A19 mortalità, tempi vs volumi in montagna.

In sintesi. Il VCO è un caso di scuola: anziano e montano, con un pro-capite più alto (correttamente, per l'età) ma una mobilità passiva di circa 19,4 mln/anno che drena risorse e pazienti. La risposta discussa è l'ospedale unico (volumi DM 70), che però deve fare i conti con i tempi di accesso in montagna. Il compito del consulente è portare i dati ufficiali con rigore, distinguere certezze e ipotesi, non pubblicare resoconti di riunioni. Domani (giorno 20) chiudiamo con la sintesi e un caso pratico di lettura critica.

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Quali due caratteristiche rendono il VCO un caso di scuola?

- A) Popolazione giovane e pianeggiante
- B) Popolazione anziana e territorio montano con piccoli numeri**
- C) Grande città e molti ospedali privati
- D) Nessuna particolarità

Risposta: B. Il VCO è più anziano della media e montano: piccoli numeri e distanze che si scontrano con gli standard del DM 70.

2. Il pro-capite del VCO (~2.014 €) è più alto della media perché:

- A) È un privilegio politico
- B) Riflette la quota capitaria ponderata per età (popolazione anziana = più bisogno)**
- C) Ha più ospedali privati
- D) Paga meno tasse

Risposta: B. Il maggior pro-capite deriva dalla ponderazione per età: non è un favore, ma il riconoscimento di un bisogno sanitario più alto.

3. Quanto vale circa la mobilità passiva del VCO?

- A) Un guadagno di 19 mln
- B) Circa -19,4 milioni di euro l'anno di prestazioni erogate fuori territorio**
- C) Zero
- D) +50 milioni

Risposta: B. La mobilità passiva vale circa -19,4 mln/anno: risorse e pazienti che escono dal territorio per curarsi altrove.

4. Qual è la risposta regionale discussa al problema 'piccoli numeri + standard'?

- A) Chiudere tutta la sanità del VCO
- B) L'ipotesi dell'ospedale unico del VCO, per raggiungere i volumi del DM 70**
- C) Aumentare i ticket
- D) Nessuna

Risposta: B. L'ospedale unico concentrerebbe i presidi per raggiungere i volumi di sicurezza del DM 70 e attrarre professionisti; è studiato e discusso (delibera ASL VCO 299/2026).

5. Qual è la questione aperta principale dell'ospedale unico in montagna?

A) Costa poco

B) Risolve i volumi ma resta il problema dei tempi di accesso (reti tempo-dipendenti)

C) Elimina la mobilità del tutto

D) Non riguarda i pazienti

Risposta: B. Un ospedale unico affronta i volumi ma non basta a garantire i tempi in un territorio montano: è il nodo del DM 70 applicato al VCO.

6. Qual è l'atteggiamento corretto del consulente sui dati del VCO?

A) Usare qualsiasi cifra utile alla tesi

B) Portare i dati ufficiali con la fonte, distinguere certezze e ipotesi, non pubblicare resoconti di riunioni

C) Inventare i numeri mancanti

D) Fidarsi solo dei comunicati

Risposta: B. Il valore aggiunto è il rigore: dati ufficiali con fonte, separazione tra certezze e questioni aperte, e rispetto della riservatezza di riunioni e incontri.

Fonti normative:

<https://www.aslvco.it/>

<https://www.regione.piemonte.it/web/temi/sanita>

https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE.html

Ripasso generale + caso pratico: leggere un atto sanitario con lente critica

Obiettivo. Ricomporre l'intero percorso (fondamenti, architettura, riforme recenti, dibattito, territorio) e trasformarlo in un metodo operativo: leggere un atto sanitario regionale in 5 mosse (quale norma attua, cosa promette vs finanzia, confronto con dato indipendente, scarto, cosa NON dire) e applicare la lettura multi-lente. Il lascito: un diritto è reale solo se finanziato, tariffato ed erogato.

Chiusura del percorso: dalla norma alla realtà

Venti lezioni per un'unica idea: **il diritto alla salute vale quanto la sua attuazione**. Oggi ricomponiamo la mappa e la mettiamo al lavoro con un caso pratico — come si legge un atto sanitario con lente critica, il metodo che rende utile tutto ciò che hai studiato.

1. La mappa del SSN in una pagina

- **Fondamenti** (g1-5): art. 32 Cost. (diritto fondamentale, nucleo irriducibile) → L. 833/1978 (nasce il SSN universale) → 502/1992 (aziende) → 229/1999 (Bindi, accreditamento) → Titolo V 2001 (Regioni + LEA statali).
- **Architettura** (g6-9): LEA (il pavimento) → FSN e quota capitaria (i soldi) → piani di rientro (le crisi) → personale e privato accreditato (chi lo fa vivere).
- **Riforme recenti** (g11-14): DM 70 (ospedale) → DM 77 e PNRR (territorio) → sanità digitale → integrazione sociosanitaria.
- **Dibattito e dati** (g15-16): definanziamento (spesa/PIL, GIMBE) → liste d'attesa e sanità duale.
- **Territorio** (g17-19): autonomia differenziata → Piemonte (PSSR, FSR) → VCO (riparto, mobilità, ospedale unico).

2. Il caso pratico: leggere un atto sanitario regionale in 5 mosse

Immagina di avere davanti una delibera regionale o d'ASL (un PSSR, una DGR sulla rete, la delibera ASL VCO 299/2026). Ecco il metodo per non farti impressionare né dai proclami né dagli allarmi.

- **Mossa 1 — Quale norma nazionale attua?** Ogni atto regionale vive dentro una cornice: LEA (DPCM 2017), DM 70, DM 77, riparto. Chiediti: di quale legge/decreto questo atto è l'attuazione locale? Se non lo dichiara, è già un segnale.

- **Mossa 2 — Cosa promette vs cosa finanzia?** Separa gli obiettivi (sempre ambiziosi) dalle risorse e dai tempi (spesso vaghi). Un obiettivo senza copertura e scadenza è un'intenzione, non un impegno.
- **Mossa 3 — Confronta con un dato indipendente.** Prendi la cifra dell'atto e mettila accanto a una fonte terza: riparto ufficiale, monitoraggio AGENAS/NSG, rapporti GIMBE, ISTAT. È la regola «confuta sempre i dati».
- **Mossa 4 — Segnala lo scarto.** Dove obiettivo e realtà divergono, evidenzialo come questione aperta, non come accusa: «l'atto prevede X entro Y, ma il dato Z mostra un ritardo/una distanza».
- **Mossa 5 — Blindati: cosa NON dire.** Elenca le affermazioni che ti farebbero perdere credibilità (dati non verificabili, nessi non provati, resoconti di riunioni). Dire meno ma solido batte dire tanto e smentibile.

3. Il metodo multi-lente, un'ultima volta

Nessuna fonte da sola dice la verità: il documento regionale è ottimista, quello sindacale sovra-critico, l'atto amministrativo tecnico e reticente. La competenza sta nell'**incrociarli** e nel poggiare ogni affermazione su un dato con la sua fonte. Usa solo materiali **pubblici e verificabili**; non pubblicare mai resoconti di riunioni o incontri.

Il lascito del corso. Non ti servirà ricordare a memoria ogni numero di decreto. Ti servirà una postura: sapere che dietro ogni servizio c'è una norma, dietro ogni norma un finanziamento, dietro ogni finanziamento una scelta politica — e che un diritto è reale solo se finanziato, tariffato ed erogato. Con questa postura, un PSSR, una delibera d'ASL o un titolo di giornale non ti troveranno mai impreparato: saprai dove guardare, cosa chiedere, quale dato pretendere.

4. Esercizio finale (da fare a voce)

Prendi la **delibera ASL VCO 299/2026** (o il PSSR Piemonte 2025) e applica le 5 mosse: quale norma attua? cosa promette e cosa finanzia? quale dato indipendente useresti per verificarla? dove sta lo scarto? cosa NON diresti? Se riesci a rispondere, hai portato a casa il percorso.

Fine del percorso. Hai attraversato il SSN dall'art. 32 fino alla sanità del tuo territorio, tenendo sempre insieme la norma e la sua attuazione. Il metodo «confuta sempre i dati» e la lettura multi-lente sono gli strumenti che restano quando i dettagli sfumano. Grazie per aver studiato con costanza: da qui in poi, ogni notizia di sanità la leggerai da dentro. — Bogdy ☐

Quiz di autovalutazione — con soluzioni

1. Qual è la sequenza corretta dei fondamenti del SSN?

A) Titolo V → 833 → 502

B) Art. 32 → L. 833/1978 → 502/1992 → 229/1999 → Titolo V 2001

C) 502 → 229 → 833

D) DM 70 → DM 77 → LEA

Risposta: B. I fondamenti seguono l'ordine: art. 32, L. 833/1978, D.Lgs 502/1992, D.Lgs 229/1999, Titolo V 2001.

2. Nella lettura critica di un atto, la prima mossa è:

A) Cercarne subito i difetti

B) Chiedersi quale norma nazionale l'atto attua

C) Pubblicarlo

D) Ignorare le fonti

Risposta: B. Ogni atto regionale attua una cornice nazionale (LEA, DM 70/77, riparto): individuarla è il primo passo per valutarlo.

3. Cosa vuol dire 'separare cosa promette da cosa finanzia'?

A) Ignorare i costi

B) Distinguere gli obiettivi ambiziosi dalle risorse e dai tempi effettivi

C) Guardare solo gli obiettivi

D) Guardare solo le risorse

Risposta: B. Un obiettivo senza copertura e scadenza è un'intenzione, non un impegno: la seconda mossa smaschera i proclami.

4. A cosa serve la mossa 'cosa NON dire'?

A) A dire di più

B) A blindare la credibilità elencando le affermazioni non verificabili o smentibili

C) A nascondere i dati

D) A criticare di più

Risposta: B. Elencare cosa non dire (dati non verificabili, resoconti di riunioni) protegge dalla perdita di credibilità: meglio meno ma solido.

5. La lettura multi-lente consiste nel:

- A) Fidarsi solo del documento regionale
- B) Incrociare fonte regionale, sindacale e dato indipendente, con fonti verificabili**
- C) Usare solo i comunicati
- D) Non usare fonti

Risposta: B. Nessuna fonte da sola dice la verità: si incrociano documento regionale (ottimista), sindacale (critico) e dato indipendente, sempre verificabili.

6. Qual è il lascito centrale del corso?

- A) Ricordare a memoria ogni decreto
- B) Un diritto è reale solo se finanziato, tariffato ed erogato**
- C) La sanità è tutta uguale ovunque
- D) Il finanziamento non conta

Risposta: B. La postura che resta: dietro ogni servizio una norma, dietro ogni norma un finanziamento e una scelta politica; il diritto vale quanto la sua attuazione.

Fonti normative:

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:costituzione>

<https://www.salute.gov.it/portale/lea/homeLea.jsp>

https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE.html