

AUTONOMIA DIFFERENZIATA E DISUGUAGLIANZE DI ACCESSO AI SERVIZI

*Obiettivo di questa nota è quello di fornire una “cassetta degli attrezzi” per supportare i gruppi di lavoro che operano sul territorio nell’ambito de “La via maestra”, piattaforma unitaria entro la quale è maturato un ampio schieramento che si oppone al Disegno di legge sull’Autonomia differenziata operando, soprattutto con una sfida culturale, nei luoghi e con i luoghi. E’ uno strumento di lavoro semplice, senza pretese di esaustività, che fornisce una rielaborazione ragionata sui principali temi oggetto di dibattito e sui settori più sensibili, oggetto di potenziali maggiori rischi derivanti dall’impatto dell’autonomia differenziata. I dati utilizzati nelle analisi settoriali derivano da molteplici fonti e risultano quindi eterogenei sia con riferimento all’orizzonte temporale che all’articolazione territoriale. La nota è stata curata da **Mariella Volpe**, membro dell’Assemblea del Forum Disuguaglianze e Diversità.¹*

La legge sull’Autonomia Differenziata

La legge 86 del 26 giugno 2024 *Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario* costituisce un rischio per l’unità nazionale, poiché contiene le condizioni per cristallizzare i divari esistenti e aumentare le disuguaglianze.

La legge è passata, lasciando totalmente inascoltate le voci di autorevoli istituzioni - dalla Banca d'Italia alla Corte dei Conti, dall'Ufficio parlamentare di bilancio alla SVIMEZ - che hanno espresso perplessità e segnalato i possibili rischi, così come è stato mortificato il ruolo del Parlamento.

E questo apre un serissimo problema di metodo; quella della autonomia differenziata è una operazione che riguardando, da un lato, i reali diritti sociali esigibili da ogni cittadina e cittadino italiani, e, dall’altro, i meccanismi di finanziamento delle regioni, sarebbe dovuta avvenire con un grande dibattito pubblico e, soprattutto, preservando il Parlamento nell’esercizio delle sue prerogative. Il percorso sancito attribuisce invece al Parlamento un ruolo marginale, di mera ratifica di quanto deciso in altre sedi, su una questione che investe pienamente l’interesse generale.

Il problema non è l’autonomia che è un valore in sé sancito anche dalla Costituzione, ma il fatto che la legge manca di una adeguata coniugazione con i principi di:

- solidarietà e perequazione

¹ **Mariella Volpe**, economista, si occupa di economia pubblica, finanza pubblica a livello territoriale, valutazione di politiche pubbliche. Ha lavorato presso numerose istituzioni pubbliche e non (Presidenza Consiglio dei Ministri – Dipartimento per il Mezzogiorno, Cespe Fondazione, Osservatorio per le Politiche Regionali, Cabina di Regia nazionale, Istituto Assistenza Sviluppo Mezzogiorno, Dipartimento per le Politiche di Sviluppo, Agenzia per la Coesione Territoriale). I suoi interessi di ricerca vertono sugli effetti territoriali di politiche macroeconomiche; la costruzione di conti consolidati del settore pubblico allargato a livello territoriale; i rapporti tra federalismo, equità e sviluppo; gli effetti redistributivi dei servizi pubblici, gli effetti territoriali della autonomia differenziata. E’ autrice di articoli e saggi su questi temi.

- diritto a pari prestazioni a prescindere dal luogo di residenza
- unitarietà delle politiche pubbliche

Si tratta per lo più di principi enunciati ma non declinati in modo da renderli effettivi ed evitare la frammentazione.

1. La mancanza di solidarietà e perequazione

Un principio cardine dell'articolo 119 della Costituzione che, come noto, fissa i principi generali delle modalità di finanziamento delle Autonomie territoriali, è l'esplicito richiamo alle esigenze perequativo-solidaristiche dell'intero sistema di finanza pubblica multilivello, incluse le eventuali forme di federalismo differenziato: anche le Regioni che assumono competenze rafforzate devono partecipare al sistema di redistribuzione interregionale a favore delle regioni con minore capacità fiscale. In particolare il comma 3 dell'articolo fa riferimento ai meccanismi di solidarietà finanziaria a favore dei territori più deboli e di interventi per la riduzione dei divari strutturali ("La legge dello Stato istituisce un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante").

Di questo non si fa menzione nel disegno Calderoli. Si fa invece riferimento al Co. 5 del 119, cioè agli interventi per la riduzione dei divari strutturali che dovrebbero svolgere una funzione addizionale attraverso interventi speciali e aggiuntivi, quindi non ordinari, quali quelli dei Fondi strutturali o del Fondo di Sviluppo e Coesione.

Si confonde, come è spesso avvenuto, intervento ordinario (co. 3) e intervento speciale (co.5), rendendo sostitutivo ciò che dovrebbe essere invece aggiuntivo. Rischiamo di finanziare i LEP con i fondi di coesione e aboliamo il fondo perequativo, fondamentale in una ipotesi di autonomia differenziata.

Con la recente abolizione, attraverso la Legge di Bilancio, del fondo perequativo infrastrutturale si è toccato il fondo evidenziando come la perequazione non sia un obiettivo. Proprio la legge 42/2009 in materia di federalismo fiscale prevedeva l'istituzione di un fondo finalizzato alla perequazione infrastrutturale volta al recupero del deficit di infrastrutture esistente nelle diverse aree geografiche del Paese, prerequisite fondamentale per la devoluzione di ogni competenza verso le regioni.

Come noto, la disponibilità a redistribuire è influenzata dai diritti di proprietà: ritenere di avere un titolo valido sulle risorse attenua la disponibilità a redistribuire rispetto a quella che si avrebbe qualora si ritenessero le risorse di tutti e/o frutto del caso. Attribuire il diritto alla compartecipazione sul gettito delle imposte generate nelle diverse Regioni senza prevedere un fondo perequativo, rende elevato il rischio di una insufficiente disponibilità a redistribuire a favore delle Regioni dove si concentrano le fasce con minore reddito della popolazione.

2. Il diritto a pari prestazioni a prescindere dal luogo di residenza

Il diritto a pari prestazioni dovrebbe essere garantito dai LEP, i Livelli Essenziali delle Prestazioni, la cui importanza è sancita dall'articolo 117 della Costituzione e ribadita dalla legge 42 sul Federalismo fiscale a firma dello stesso Calderoli. I Lep vanno definiti negli ambiti seguenti: a) norme generali sull'istruzione; b) tutela dell'ambiente, dell'ecosistema e dei beni culturali; c) tutela e sicurezza del lavoro; d) istruzione; e) ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; f) tutela della salute; g) alimentazione; h) ordinamento

sportivo; i) governo del territorio; l) porti e aeroporti civili; m) grandi reti di trasporto e di navigazione; n) ordinamento della comunicazione; o) produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia; p) valorizzazione dei beni culturali e ambientali e promozione e organizzazione di attività culturali.

La determinazione dei LEP non è però mai avvenuta, dal 2001 ad oggi, nonostante la costituzione di numerose Commissioni e Gruppi di Lavoro. Infatti, il passaggio da un sistema di finanziamento basato sulla spesa storica ad uno basato su parametri oggettivi di fabbisogno e di costo è tuttora assai complesso, soprattutto tecnicamente, ma anche perché esso richiede un'azione politica di mediazione degli interessi delle diverse comunità e parti coinvolte. L'uso di diversi indicatori tecnici può infatti produrre esiti assai differenti.

È stato quindi un errore pensare che in tempi brevissimi - sei mesi erano previsti dalla legge di bilancio 2023 - i LEP potessero essere definiti dalla Commissione CLEP presieduta da Sabino Cassese e composta da autorevoli membri. Non a caso i LEP non sono stati definiti nei tempi ipotizzati e quattro autorevoli membri si sono dimessi, sostenendo che "finché non sono stati determinati tutti i LEP e non sono stati ridefiniti in relazione ai loro costi standard gli strumenti e i modi per assicurare a tutte le Regioni un'effettiva autonomia tributaria che consenta loro di finanziare integralmente i LEP medesimi, l'effettiva portata di questi principi resta indeterminata e indeterminabile". Ora la legge fissa un limite temporale di altri due anni.

Inoltre, anche qualora disponessimo di LEP, si pone la questione del loro finanziamento, alla luce del fatto che, dall'applicazione della legge e delle conseguenti intese "non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica" e al tempo stesso è garantita "l'invarianza finanziaria (...) per le singole regioni che non siano parte dell'intesa". Quindi la definizione dei LEP ha come obbligo il vincolo di bilancio.

Ma gli oneri per la finanza pubblica, laddove si volesse fare dei LEP un esercizio serio, finalizzato a risolvere le disuguaglianze nel diritto all'accesso, sarebbero davvero notevoli. Secondo i calcoli della Svimez "...è credibile che per colmare il gap siano necessari almeno cento miliardi di euro".

Inevitabilmente allora la ricognizione dei LEP, come dichiarato nella Relazione illustrativa, "dovrà estendersi alla spesa storica a carattere permanente dell'ultimo triennio, sostenuta dallo Stato sul territorio di ogni Regione", cioè implicitamente assumendo che quanto lo Stato nazionale spende ora per le funzioni LEP sia esattamente quanto necessario per finanziarli ed il rischio di tale scelta è molto alto, essendo la spesa storica pesantemente e storicamente antidistributiva.

L'Italia è e permane un paese fortemente duale, caratterizzato da squilibri strutturali della spesa pubblica che presenta una complessiva distribuzione territoriale non favorevole alle aree che presentano un maggior fabbisogno di intervento.

Secondo i dati dei Conti Pubblici territoriali (CPT), il 70,7% della totalità della spesa del Settore Pubblico Allargato in Italia continua ad essere concentrato nelle regioni del Centro-Nord, il 29,3% nel Mezzogiorno. In termini monetari, ogni cittadino del Centro-Nord si è avvalso mediamente, a prezzi costanti, di circa 15.408 euro pro capite rispetto ai 11.948 euro del cittadino del Mezzogiorno, con un divario medio di 3.460 euro pro capite tra Centro-Nord e Mezzogiorno. Nel 2020, con riferimento all'intero SPA, si è andati dai 18.846 della Lombardia ai 13.721 della Campania, dai 22.091 della P.A. di Trento ai 14.374 della Sicilia. L'approccio della

legge, di fatto, cristallizza i divari sull'istantanea dell'esistente mantenendo lo status quo.

Applicare la spesa storica significa in definitiva che saranno le risorse disponibili a determinare i LEP, in contrasto anche con la sentenza n. 275/2016 della Corte costituzionale che sancisce, al contrario, che deve essere «*la garanzia dei diritti incompressibili a incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione*».

In tal modo, di fatto, verrebbero determinati dei livelli essenziali che esprimono solo quello che si può fare con le risorse disponibili al fine di evitare l'insorgere di disavanzi di gestione.

3. Mancanza di unitarietà delle politiche pubbliche

I LEP, ancorchè adeguatamente definiti e finanziati, individuano solo un "pezzo" di ciò che serve alla soddisfazione dei diritti civili e sociali. La ragione è che **nessuna lista sarà mai in grado di cogliere appieno la qualità delle prestazioni, abbia essa a che fare con la dimensione tecnica o con quella valoriale attinente alla promozione della dignità umana. Le prestazioni, inoltre, sono solo uno degli input necessari alla soddisfazione dei diritti.** A tale fine, servono anche interventi di prevenzione degli svantaggi capaci di incidere sul contesto socio-economico complessivo e, sempre più, sull'ambiente, integrando i diversi servizi. Serve la creazione di alcune condizioni comuni, pena i rischi dei cosiddetti effetti di traboccamento di costi su terzi.

Basti pensare ai rischi di esasperazione di comportamenti del tipo *not in my backyard* oppure ai rischi di concorrenza fiscale dannosa (con connessi fenomeni di *dumping* sociale). In ogni caso, aumentano i costi di contrattazione fra Regioni. Servono altresì politiche di sostegno e pungolo alle attività regionali, in modo da potere attivare processi virtuosi di correzione delle eventuali inadempienze. Serve, in altre parole, unitarietà nelle politiche. **Le Regioni in molti casi non offrono la scala desiderabile, anche perché si sono evolute sulla base di contingenze storiche che ben poco hanno a che fare con la ricerca delle dimensioni ottimali per i diversi interventi.**

La legge 86 richiama diverse volte il concetto dell'unitarietà delle politiche, ma nulla fa per realizzarlo. Lo schema di intesa volto a sancire "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" è lasciato alla contrattazione fra le parti: **la legge non prevede alcun criterio di valutazione per l'assegnazione delle competenze alle Regioni che ne fanno domanda; non prevede alcun criterio per valutare, regione per regione, se l'autonomia rappresenti effettivamente un miglioramento per la Regione stessa e per lo Stato nel suo complesso.** L'unico ruolo che resta al livello centrale è quello punitivo (e estremo) "della cessazione integrale o parziale dell'intesa", qualora il monitoraggio riveli la violazione dei LEP. La sospensione richiede una legge votata dalle Camere a maggioranza assoluta. Nulla si dice sui tempi o su cosa fare nelle more.

I problemi, si noti, non riguardano solo chi abita nel Mezzogiorno. Dai dati del Rapporto AHEAD di Cittadinanzattiva sulla desertificazione sanitaria ed in particolare sulla carenza di professionisti sanitari, emerge ad esempio che Asti e provincia contano meno pediatri per numero di bambini (ogni professionista segue 1813 bambini fra gli 0 e i 15 anni, la media nazionale è di 1/1061 e la normativa prevede circa 1 pediatra per 800 bambini). Nella provincia di Bolzano ogni medico di medicina generale segue in media 1539 cittadini dai 15 anni in su (la media nazionale è di 1 medico ogni 1245 pazienti, sebbene la normativa fissi tale rapporto a 1/1500). A seguito della legge 86, la Lombardia potrebbe

pagare di più i propri medici. Se il più povero Piemonte non riuscisse a emulare la Lombardia si troverebbe a dover fronteggiare un'ulteriore carenza di medici. Oppure, i genitori cambiano residenza e figlie e figlie si troverebbero di fronte a assetti dell'istruzione assai diversi. O, ancora, imprese che volessero aprire più impianti in Italia dovrebbero affrontare regolazioni del mercato del lavoro o ambientali assai diverse. E come gestire beni pubblici come la transizione ecologica?

In breve, il processo di frammentazione delle politiche nazionali, che riguarderà anche le materie che non richiedono LEP, genererà un evidente svantaggio non solo per cittadini e imprese del Mezzogiorno, ma determinerà svantaggi comparati anche per il Centro Nord, a causa di **costi che famiglie e soprattutto imprese dovranno subire per far fronte al moltiplicarsi di regolamentazioni e legislazioni da rispettare per chi opera su più regioni.**

La frammentazione degli interventi renderà anche le economie del Centronord più deboli rispetto alla competizione internazionale.

La dimensione di importanti politiche pubbliche (energia, ambiente, industria) viene portata a livello locale laddove servirebbero politiche a dimensione nazionale o addirittura europea. Il rischio è quello che Viesti chiama "Paese arlecchino", in cui le regole su ambiente, infrastrutture, trasporti sono diverse da regione a regione, in cui il governo centrale avrebbe poteri residuali, e competenze solo su ritagli geografici, quelli che non accedono alla autonomia differenziata.

La mancata unitarietà diventa ancora più grave se consideriamo il fatto che per alcuni servizi fondamentali, come la salute, la dimensione necessaria per l'azione pubblica è quella Europea – si pensi alla necessità di una grande infrastruttura pubblica per la ricerca e lo sviluppo di farmaci. La vasta platea differenziata delle competenze regionali, anche in fase di recepimento delle direttive comunitarie su tematiche fondamentali, diverrà un ostacolo sia al negoziato sia all'attuazione di misure e azioni di scale europea.

Sottolineare l'importanza dell'unitarietà delle politiche non significa in alcun modo difendere modelli uniformi e *top down* e neppure ignorare i tanti limiti che caratterizzano l'attuale intervento pubblico nazionale. **Al contrario, in linea con la Costituzione, il sistema federale delle autonomie va difeso e rafforzato sul piano nazionale e su quello dell'Unione Europea. Il punto è che ciò che contraddistingue il federalismo è la ricerca delle complementarità istituzionali, non la supremazia di un livello.** E, comunque, l'autonomia decisionale può e deve essere promossa anche all'interno della Pubblica amministrazione. Questo è il rafforzamento delle autonomie che va ricercato riconoscendo la logica di unitarietà delle politiche, non il rafforzamento ingiusto e inefficiente contemplato dalla legge 86.

Appendice.

Di seguito si danno alcune informazioni essenziali sulle disuguaglianze territoriali nell'accesso a tre fondamentali servizi pubblici, la Sanità, l'Istruzione e l'Assistenza agli anziani non autosufficienti. L'attenzione si concentrerà sulle disuguaglianze in termini di risorse finanziarie, requisito necessario ma certo non sufficiente per il raggiungimento di livelli adeguati di servizio, e sulle differenze fra Regioni per le quali sono più disponibili ed evidenti i dati, pure essendo gravi e documentabili le differenze fra territori all'interno di ogni Regione, fra aree urbane e interne e all'interno delle stesse aree urbane.

In tutti questi casi si tratta di divari territoriali, di forti differenze fra l'accesso di cittadine e cittadini a servizi centrali del welfare universale, di fronte alle quali il modo con cui si è deciso di affrontare l'autonomia differenziata regionale toglie allo Stato centrale possibilità e responsabilità strategica di intervento.

SANITA'

Il diritto alla salute è costituzionalmente sancito dagli articoli 3 e 32 della Costituzione; non a caso i principi fondanti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), erano universalità, uguaglianza, equità, già oggi largamente inattuati.

“Non si può sottacere che la grave crisi di sostenibilità del sistema sanitario nazionale non garantisce più alla popolazione un’effettiva equità di accesso alle prestazioni sanitarie, con intuibili conseguenze sulla salute delle persone e pesante aumento della spesa privata; la tendenza, ormai già da diversi anni, appare lenta ma costante: da un Servizio Sanitario Nazionale incentrato sulla tutela del diritto costituzionalmente garantito, a tanti diversi sistemi sanitari regionali, sempre più basati sulle regole del libero mercato”. (Corte dei conti, inaugurazione dell’anno giudiziario 2024).

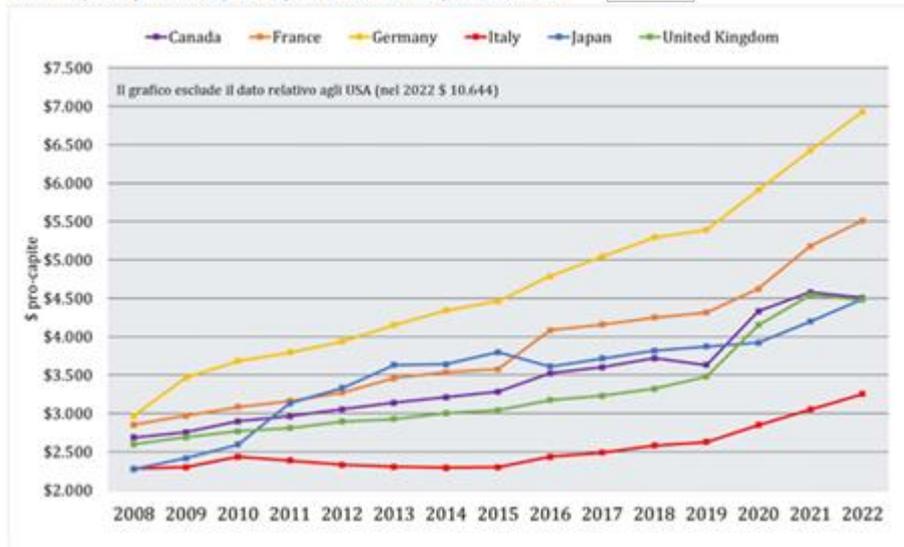
“Il nostro SSN è ormai profondamente indebolito e segnato da inaccettabili diseguaglianze regionali. E con l’attuazione delle maggiori autonomie in sanità si legittimerà normativamente la “frattura strutturale” Nord-Sud: il meridione sarà sempre più dipendente dalla sanità del Nord, minando l’uguaglianza dei cittadini nell’esercizio del diritto costituzionale alla tutela della salute” (Fondazione Gimbe).

“Per quanto riguarda la salute dei cittadini, le regioni settentrionali corrono gli stessi rischi di desertificazione sanitaria di quelle meridionali, quasi tutte sono estremamente deboli nelle risposte di assistenza territoriale, molte devono la loro eccellenza alla forza dei servizi privati piuttosto che al rafforzamento di quelli pubblici. D’altro canto, alcune Regioni considerate più fragili stanno migliorando i loro servizi ma, privati di risorse o di interventi di tipo perequativo, rischiano di fare brutti passi indietro” (Cittadinanzattiva).

Il principale più grave anche se ovviamente non unico problema è quello della inadeguatezza della spesa pubblica, che ha aperto un iato sempre più maggiore tra aspettative che crescono (invecchiamento della popolazione, esigenze di miglioramento del welfare, disuguaglianze rilevanti, ecc...) e spesa sanitaria pubblica, che è rimasta invariata e di molto inferiore a quella di altri paesi europei. Il rapporto spesa sanitaria/PIL in Italia è (dati 2022) del 6,8% - sotto di 0,3 punti percentuali sia rispetto alla media Ocse (7,1%) che alla media europea (7,1%) - contro il 10,9% della Germania e 10,0% della Francia. Per allinearci al rapporto spesa sanitaria/PIL di Francia e Germania occorrerebbero circa 40 miliardi annui.

Lo stanziamento aggiuntivo per il 2024 (+0,9% 3 mld) non è sufficiente a compensare l’incremento dei prezzi (+2,4%): secondo stime Svimez su dati NADEF e UPB la spesa sanitaria reale nel 2024 si ridurrà di circa 30 euro pro capite rispetto al 2023.

Trend spesa pubblica pro-capite 2008-2022: paesi del G7



Fonte: Gimbe su dati OCSE

La situazione di generale debolezza del SSN si è tradotta in un aumento delle disuguaglianze territoriali. All'interno di ogni Regione, fra aree urbane e interne e all'interno di una stessa area urbana la qualità del servizio presenta oggi grandi differenze. Nel confronto fra Regioni questa differenza riguarda anche, in modo eclatante, la differenza delle risorse finanziarie pro-capite disponibili.

Secondo i dati dei Conti Pubblici territoriali (CPT), a fronte di una media nazionale di 2.140 euro, la spesa corrente più bassa si registra in Calabria (1.748 euro), Campania (1.818 euro), Basilicata (1.941 euro) e Puglia (1.978 euro). Con riferimento alla spesa in conto capitale, che è fondamentale per la sanità, perché significa ospedali e macchinari, a fronte di una spesa media nazionale di 41 euro, in Campania ne abbiamo 18, nel Lazio 24, in Calabria 27.

In questo contesto, in cui i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) non hanno copertura finanziaria integrale, molte delle Regioni del Mezzogiorno risultano inadempienti. Il monitoraggio - che offre un quadro delle differenze nell'efficacia e qualità delle prestazioni fornite dai diversi SSR - fa emergere i deludenti risultati del Sud: 5 regioni del Mezzogiorno (Campania, Calabria, Molise, Sicilia, Sardegna) risultano inadempienti.

Questi numeri si traducono in minore diritto all'accesso alle prestazioni sanitarie, minore prevenzione, maggiore mortalità in alcune aree, soprattutto mortalità infantile.

Il Report *Svimez – Save the Children “Un paese, due cure. I divari Nord – Sud nel diritto alla salute”*, recentemente presentato, ne fornisce un quadro impietoso.

Nel Mezzogiorno la povertà sanitaria (famiglie che hanno riscontrato difficoltà o hanno rinunciato a sostenere spese sanitarie) riguarda l'8% dei nuclei familiari, una percentuale doppia rispetto al 4% del Nord-Est (5,9% al Nord-Ovest, 5% al Centro). (dati CREA -Centro per la ricerca economica applicata in sanità)

Gli indicatori relativi alla speranza di vita mostrano un differenziale territoriale marcato e crescente negli anni: nel 2022, la speranza di vita alla nascita per i cittadini meridionali era di 81,7 anni, 1,3 anni in meno del Centro e del Nord-Ovest, 1,5 rispetto al Nord-Est.

Il tasso di mortalità per tumore è pari al 9,6 per 10 mila abitanti per gli uomini rispetto a circa l'8 del Nord. È cresciuto il divario per le donne: 8,2 al Sud con meno del 7 al Nord; nel 2010 i due dati erano allineati. (Indicatori BES - Benessere Equo e Sostenibile).

La copertura complessiva dei programmi di screening gratuiti per le donne di 50-69 anni è dell'80% al Nord, del 76% al Centro, ma scende ad appena il 58% nel Mezzogiorno. La prima regione per copertura è il Friuli-Venezia Giulia (87,8%); l'ultima è la Calabria, dove solamente il 42,5% delle donne di 50-69 anni si è sottoposto ai controlli.

Sempre in tema di salute femminile, il Rapporto civico 2023 di Cittadinanzattiva segnala la carenza di consultori, criticità che riguarda varie aree del Paese. Istituiti nel 1975, l'attuale Decreto di riforma dell'assistenza territoriale ne prospetta un rilancio prevedendone 1 ogni 20.000 abitanti con possibilità di 1 consultorio ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. In Italia ci sono 2.227 consultori attivi a fronte di uno standard minimo di 2.949: rispetto alla popolazione, il rapporto medio è di 1 ogni 35 mila residenti, nel 2008 era 1/28.000, nel 1993 era di 1/20.000. Dunque numeri in costante decrescita per un servizio centrale per la prevenzione e la promozione della salute, soprattutto per le giovani generazioni e per le donne. Attualmente in 6 Regioni ed una Prov. Aut. – Lombardia, Veneto, FVG, Lazio, Molise, Campania e PA di Trento – il rapporto fra numeri di consultori e residenti è di circa 1/40mila, quindi ogni struttura copre un bacino di utenza più che doppio rispetto a quanto previsto dal

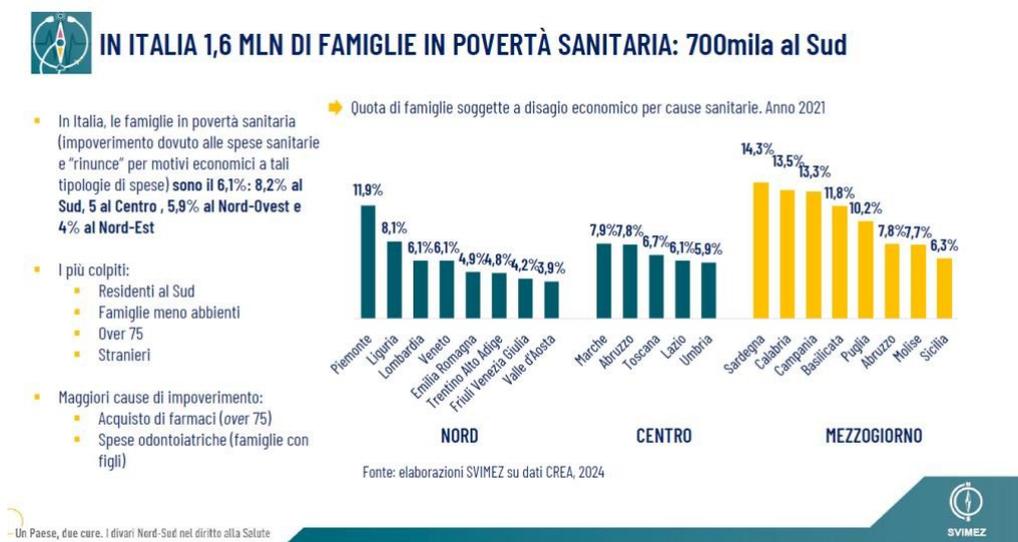
legislatore.

Come sostiene la Corte dei Conti, le carenze dell'offerta di prestazioni, sia dal punto di vista organizzativo delle strutture che di qualità delle prestazioni, motivano infatti gran parte dei flussi interregionali, in particolare dal Sud al Nord del Paese. Rilevanti le ricadute, sia sugli equilibri economico-finanziari delle regioni, che in termini di accesso alle cure e costi a carico dei pazienti. Tutte le regioni meridionali presentano saldi negativi, da correlare alla scarsa qualità delle erogazioni prestate, con valori particolarmente elevati in Calabria (-26.186 ricoveri); in Campania (-28.529), dove i ricoveri da fuori regione sono appena il 3,1 per cento; in Sicilia, che evidenzia un saldo negativo (-17.843 ricoveri).

Nel 2022, dei 629 mila migranti sanitari (volume di ricoveri), il 44% era residente in una regione del Mezzogiorno. Nel 2022, dei 66.885 malati oncologici residenti al Sud, 12.401 «scegliono» di curarsi in una regione del Centro-Nord, circa il 20%.

I pazienti che fanno il percorso inverso sono appena 800, lo 0,1% dei pazienti oncologici residenti al Centro-Nord. È la Calabria a registrare l'incidenza più elevata di migrazioni: il 43% dei pazienti si rivolge a strutture sanitarie di Regioni non confinanti. Seguono Basilicata (25%) e Sicilia (16,5%).

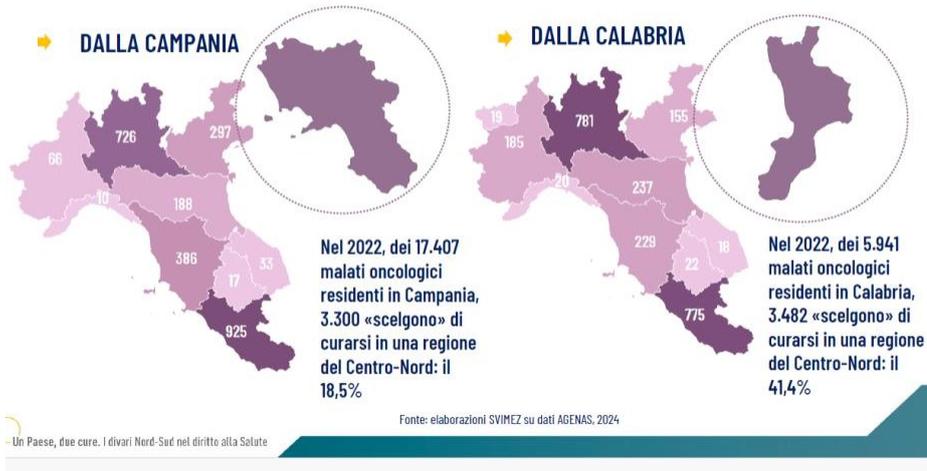
Crescenti risultano anche le migrazioni sanitarie pediatriche da Sud verso il Centro-Nord: l'indice di fuga – ovvero il numero di pazienti pediatrici che vanno a farsi curare in una regione diversa da quella di residenza – nel 2020 si attesta in media all'8,7% a livello nazionale, con differenze territoriali che vanno dal 3,4 del Lazio al 43,4 del Molise, il 30,8 della Basilicata, il 26,8 dell'Umbria e il 23,6 della Calabria.





LA MOBILITÀ ONCOLOGICA IN CAMPANIA E CALABRIA, 2022

LA MAGGIOR PARTE DEGLI SPOSTAMENTI VERSO LOMBARDIA E LAZIO



L'autonomia differenziata in sanità deresponsabilizza lo Stato dal garantire i diritti di un fondamentale servizio universale, dal sentirsi investito e rispondere del principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute. E dunque, essendo stata disegnata dalla legge approvata, in modo tale da non garantire il superamento dei divari esistenti e anzi rischiando di inchiodarli alla spesa storica, consegna quei divari a permanere e probabilmente ampliarsi nel tempo. Ma c'è di più. Non prevedendo alcun criterio né alcuna condizionalità nell'accettare la proposta regionale di autonomia differenziata, la legge condanna lo Stato centrale a rinunciare a svolgere alcuna funzione nella riduzione dei divari interni alla stessa Regione richiedente.

ISTRUZIONE

Il settore dell'Istruzione rappresenta una sfida particolare per l'autonomia regionale differenziata. Regionalizzare la scuola può infatti tradursi nel disgregare il sistema nazionale dell'istruzione pervenendo a programmi diversi a seconda dei territori, a sistemi di reclutamento degli insegnanti diverso, perdendo quindi la funzione principale della scuola, cioè quella di generare uguaglianza. Ogni norma attuativa dell'autonomia differenziata non può non darsi carico di questi rischi per scongiurarli. Questi gravi rischi sono accentuati sia dall'esistenza di gravi disuguaglianze nella qualità e nei risultati dell'istruzione, di nuovo fra Regioni e all'interno delle Regioni e dei territori, sia dal sottoinvestimento in questo servizio fondamentale.

L'analisi della spesa dedicata al settore negli ultimi 20 anni evidenzia, infatti, un forte indebolimento delle politiche per la scuola con un progressivo disinvestimento della filiera dell'istruzione e si considera la spesa dedicata all'Istruzione² in percentuale rispetto alla spesa riferita al complesso della spesa del Settore Pubblico Allargato di fonte CPT, nel ventennio 2000-2020 questa ha rappresentato mediamente il 5,7% della spesa complessiva totale del Settore Pubblico Allargato, valore che però nel 2020 non è andato molto oltre il 5%.

Il trend di lungo periodo evidenzia un andamento tendenzialmente decrescente, dal momento che l'incidenza massima mai registrata ha coinciso proprio con il primo anno osservato.



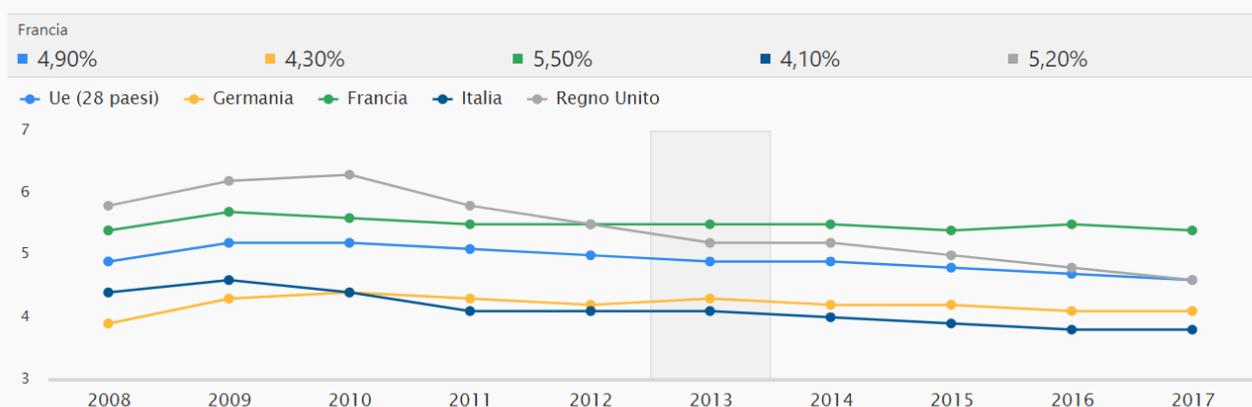
² Il grafico è estratto da I dati CPT sulla spesa pubblica settoriale 2000-2020 – Settore Istruzione, aprile 2023. Il settore comprende, secondo la classificazione dei Conti Pubblici Territoriali (CPT) le spese di amministrazione, funzionamento e gestione delle scuole e delle università pubbliche (ad esclusione di quelle che queste ultime esplicitamente destinano alla ricerca scientifica).

Il progressivo disinvestimento dalla filiera dell'istruzione ha interessato soprattutto le regioni del Sud. Tra il 2008 e il 2020, la spesa complessiva in termini reali si è ridotta del 19,5% al Sud, oltre 8 punti percentuali in più del Centro-Nord (-11,2). Ancora più marcato il differenziale a svantaggio del Sud nel calo della spesa per investimenti, calati di quasi un terzo contro "solo" il 23% nel resto del Paese.

L'Italia risulta essere inoltre uno degli stati europei che investe meno in educazione rispetto alla propria economia. Il dato italiano (4,1 nella media 2008-2017; 3,8% del Pil nel 2017) è inferiore alla media Ue (pari al 4,7% del pil). Ed è anche al di sotto di quello dei maggiori paesi europei, in particolare Francia (5,5%) e Regno Unito (4,7%).

Italia e Germania sotto la media Ue per la quota di Pil spesa in educazione

Percentuale di spesa in educazione rispetto al pil nei maggiori paesi Ue (2008-17)



FONTE: elaborazione openpolis - Con i bambini su dati Eurostat (ultimo aggiornamento: venerdì 15 Novembre 2019)

Con riferimento ai dati pro capite (Spesa complessiva PA -Scuola e Università) sembrerebbe esserci un vantaggio relativo per il Mezzogiorno: a fronte di una media nazionale di 831 euro nel 2022, la spesa per il Mezzogiorno è stata in media di 893 euro, quella del Centro-Nord di 802 euro.

Ma è fondamentale guardare al di là del dato aggregato pro capite, che è spesso malamente utilizzato dai sostenitori dell'autonomia. Come è stato ampiamente argomentato, infatti, non ha molto senso parametrare la spesa per istruzione scolastica alla popolazione residente in una regione; essa va infatti più correttamente messa in relazione alla dimensione dei fruitori del servizio scuola, soprattutto alla luce della diversa struttura per età della popolazione regionale e del fatto conseguente che il peso degli studenti sul totale della popolazione regionale è molto variabile (da un minimo dell'11,9% in Lombardia ad un massimo del 15,6% in Campania).

In questo caso i rapporti relativi si invertono (*Rapporto Svimez, Un paese due scuole, 2023*), ribaltando quello che appariva come il privilegio di una spesa eccessiva nelle regioni del Sud; a fronte di una media italiana di 5.159 euro pro capite, lo studente del Mezzogiorno ne riceve 5.080, quello del Centro Nord 5.185.

Se ci si limita al settore delle scuole statali, a fronte di una media italiana di 6.240 euro pro

capite, lo studente del Mezzogiorno ne riceve 6.025, quello del Centro Nord 6.395. E questo avviene nonostante la diversa anzianità del corpo docente, molto più elevata nelle regioni del Mezzogiorno, influenzi il costo stipendiale medio.

Altri indicatori attinenti alle pre-condizioni strutturali del servizio scolastico confermano questi divari. Nel Mezzogiorno il 71,6 per cento degli edifici non dispone di un certificato di agibilità, l'85,5 per cento non dispone di uno spazio mensa, il 61,2 non dispone di palestra o piscina. Con riferimento alla scuola primaria, emerge che solo il 21,2% degli allievi della primaria nel Mezzogiorno frequenta una scuola dotata di una mensa; il 53,5% al Centro-Nord. Solo un allievo su tre (33,8%) frequenta una scuola primaria dotata di palestra nel Mezzogiorno; quasi un allievo su due (45,8%) nel Centro-Nord (Anagrafe dell'edilizia scolastica del Ministero dell'Istruzione e del Merito - anno scolastico 2021-2022).

Tali disparità sono fortemente correlate ai limiti della spesa in conto capitale che, sempre rapportata agli studenti, risulta notevolmente inferiore nel Mezzogiorno, nonostante la presenza delle risorse aggiuntive derivanti dai Fondi Strutturali e dal Fondo di Sviluppo e Coesione. A fronte di una media italiana di spesa in conto capitale per studente pari a 255 euro, lo studente del Mezzogiorno ne riceve 206, quello del Centro Nord 287. Lo scarto è ancora più significativo se si guarda alla sola spesa per investimenti: 34,6 per lo studente del Mezzogiorno contro 51 per quello del Centro Nord a fronte di una media nazionale di 45.

La carenza di offerta dei servizi educativi riguarda tutti i comparti, dagli asili nido alla scuola primaria, agli ordini superiori. Emblematico il caso degli asili nido.

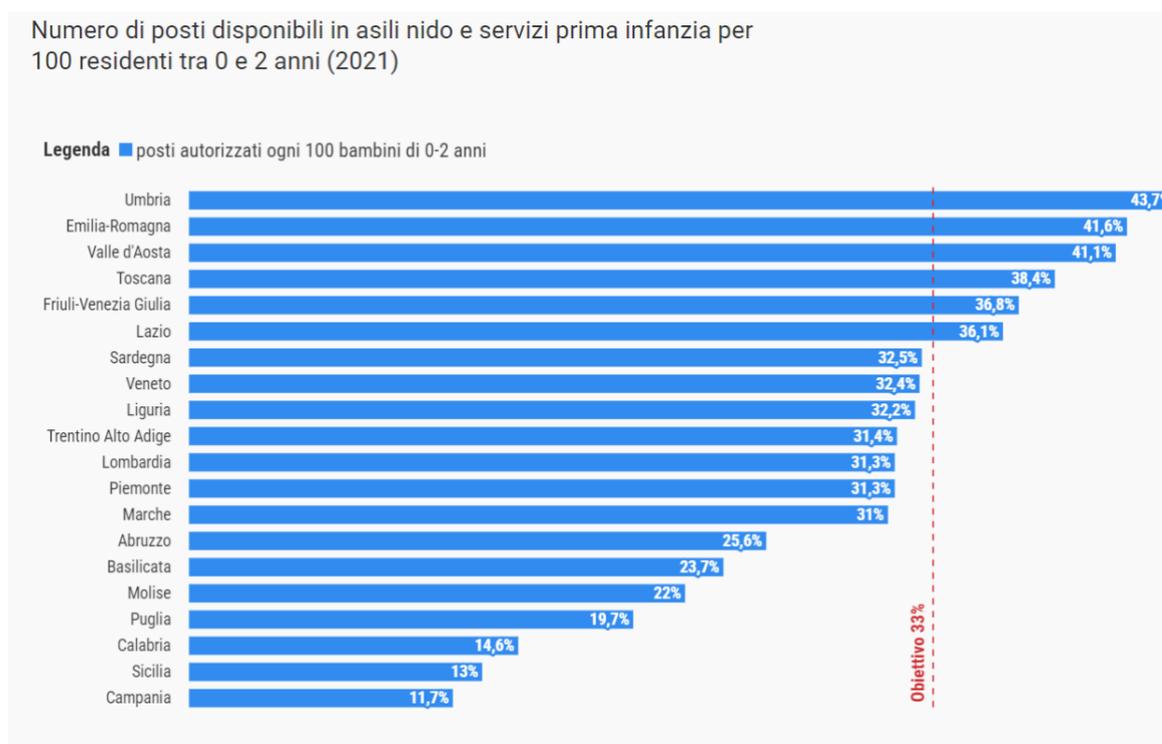
Gli obiettivi Ue di Barcellona riguardano la diffusione di nidi, servizi e scuole per l'infanzia, da offrire ad almeno il 33% dei bimbi sotto i 3 anni e al 90% di quelli tra 3 e 5 anni. Dopo il Covid sono stati innalzati al 45% e al 96%. Il target del 96% è stato confermato nelle raccomandazioni specifiche in materia di educazione e cura della prima infanzia, formulate nel consiglio dell'Ue alla fine del 2022. In questa sede anche l'obiettivo del 33% per la fascia sotto i 3 anni è stato innalzato al 45%, sempre entro il 2030.

L'obiettivo del 33% è stato integrato anche nella normativa nazionale, attraverso il decreto 65 del 2017: *"lo Stato promuove (...) il progressivo consolidamento, ampliamento, nonché l'accessibilità dei servizi educativi per l'infanzia, anche attraverso un loro riequilibrio territoriale, con l'obiettivo tendenziale di raggiungere almeno il 33 per cento di copertura della popolazione sotto i tre anni di età a livello nazionale"*.

Al momento il grado di copertura potenziale dei nidi in Italia è pari al 28%, ma la media nasconde forti disparità tra le diverse zone d'Italia, in particolare tra Centro-Nord e Mezzogiorno.

Anche se nessuna regione oggi raggiunge la nuova soglia del 45%, sono 6 quelle che superano la quota del 33% fissata in sede Ue: Umbria (43,7 posti ogni 100 bambini 0-2 anni), Emilia-Romagna (41,6), Val d'Aosta (41,1), Toscana (38,4), Friuli-Venezia Giulia (36,8) e Lazio (36,1).

Le regioni del Mezzogiorno (con l'eccezione della Sardegna che ha quasi raggiunto il 33%) si



collocano tutte al di sotto della media nazionale attuale, cioè al 28%: Campania (11,7%), Sicilia (13%), Calabria (14,6%), Puglia (19,7%), Basilicata (22%), Abruzzo (25,6%).

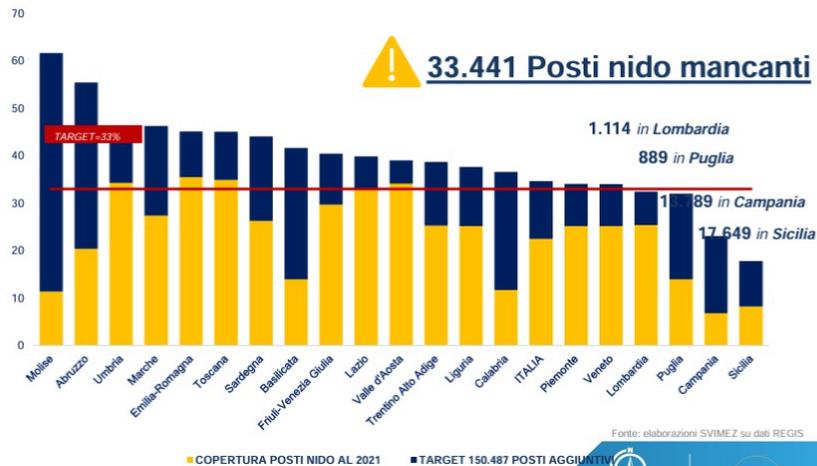
FONTE: Elaborazione Openpolis–Con i Bambini su dati Istat
(ultimo aggiornamento: giovedì 15 Giugno 2023)

La recente riduzione degli obiettivi del PNRR per i nuovi posti asili nido (da 248 mila a 150 mila) solleva preoccupazioni sulla possibilità di raggiungere il target europeo. Dalle simulazioni effettuate dalla SVIMEZ risulta che, anche se si superassero tutte le difficoltà attuative, le attuali ripartizioni delle risorse non consentirebbero di raggiungere il target europeo del 33% in tutte le regioni. In particolare, la riduzione del target PNRR non consentirebbe di raggiungere il LEP, ad esempio, in Sicilia (-17 mila posti), Campania (-13 mila).

Il target del 45% sarebbe raggiunto con le risorse attuali solo da 6 regioni, mentre le rimanenti

PIANO ASILI NIDO: TARGET PNRR A RIBASSO → obiettivo da 284 a 150mila
DOPO IL PNRR, LOMBARDIA, PUGLIA CAMPANIA E SICILIA ANCORA SOTTO QUOTA 33%

- Il target dei nuovi posti nido è stato rivisto a **ribasso** (aumento costi materie prime/progetti non attinenti): l'obiettivo è ora fissato a 150.487 nuovi posti.
- In base alle stime SVIMEZ:
 - ✓ Pur completando tutti i progetti, **non si raggiungerebbe il target europeo 33% in 4 regioni:**
 - Lombardia (32,4%)
 - Puglia (32%)
 - Campania (23%)
 - Sicilia (17,8)



14 resterebbero sotto anche dopo il PNRR.

Rimangono inoltre aperti tutti i problemi derivanti dalle modalità con cui il PNRR opera per garantire il raggiungimento dei target. Infatti gli investimenti del PNRR che dovrebbero mirare a colmare queste disparità, rischiano di penalizzare gli enti locali più piccoli e/o più deboli. In particolare, la scelta del metodo dei bandi competitivi fra amministrazioni locali per allocare risorse desta perplessità: se essa può consentire di selezionare i progetti ritenuti migliori o più meritevoli, rischia di penalizzare i territori con una capacità di risposta fortemente influenzata dalle capacità amministrative degli enti locali e quindi le amministrazioni più deboli.

Non siamo neppure entrati nell'esame dei divari in termini di dispersione scolastica o di raggiungimento di livelli minimi di competenza nella lettura o nella matematica misurati dall'Invalsi. Divari che si presentano forti assai non solo fra Regioni, ma all'interno delle stesse aree urbane o fra diverse aree interne. Si tratta di profili che, assieme a quelli della spesa, con questo modo di realizzare l'autonomia differenziata senza valutazioni, requisiti e condizionalità, escono dalla capacità preventiva dello Stato di indirizzare e provvedere. Se questa è la mappa dell'Italia prima di tale passo quali strumenti e azioni ci garantiscono che con tale passo non peggiori?

ASSISTENZA AGLI ANZIANI NON AUTOSUFFICIENTI

1 – L' aumento della sopravvivenza nelle età più avanzate - derivante principalmente dal miglioramento delle condizioni economiche e sociali e dai progressi della ricerca sanitaria - e il calo della fecondità hanno reso l'Italia uno dei paesi più vecchi al mondo.

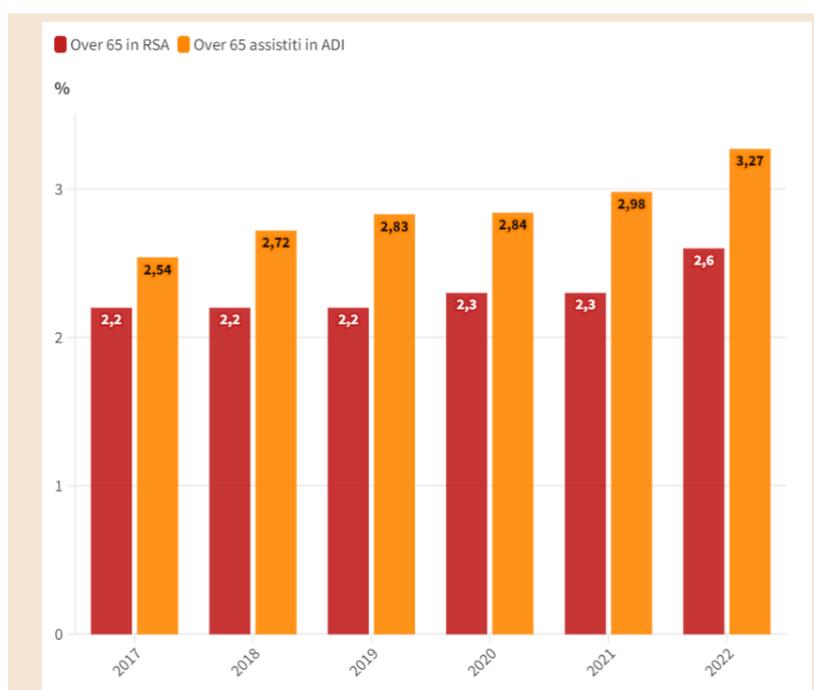
In Italia, nel 2021, la fascia delle persone che superano i 65 anni di età rappresenta il 24% della popolazione totale. Il Centro e il Nord risultano essere le zone con la maggiore incidenza di anziani (entrambe poco sopra al 24%) rispetto a Sud (22%) e Isole (23%).

Questo traguardo, certamente positivo, ha impatti molto rilevanti su vari settori della spesa pubblica, da quella pensionistica a quella relativa ai servizi sanitari e alle prestazioni di carattere sociosanitario, essendo l'obiettivo finale quello di riuscire ad assicurare un'assistenza adeguata ai cittadini in tarda età che, per motivi di salute o di anzianità, presentano forme più o meno gravi di non autosufficienza.

I dati Istat tratti dall'Indagine di salute europea EHIS 2019 delineano una fotografia preoccupante della domanda di assistenza che, nella classe di età 75 e più, assume una rilevanza preponderante a causa della compromissione di capacità funzionali e della mancanza di supporto sociale e a volte economico. Su una popolazione di riferimento composta da circa 6,9 milioni di over 75, sono stati identificati oltre 2,7 milioni di individui che presentano gravi difficoltà motorie, comorbidità, compromissioni dell'autonomia nelle attività quotidiane di cura della persona e nelle attività strumentali della vita quotidiana.

2 - Nel 2022 il 2,6% degli over 65 ha usufruito di un servizio residenziale all'interno di una RSA e un altro 3,2% ha ricevuto Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Se consideriamo gli over 75 siamo rispettivamente al 4,6% e al 5,3% di persone che sono state assistite.

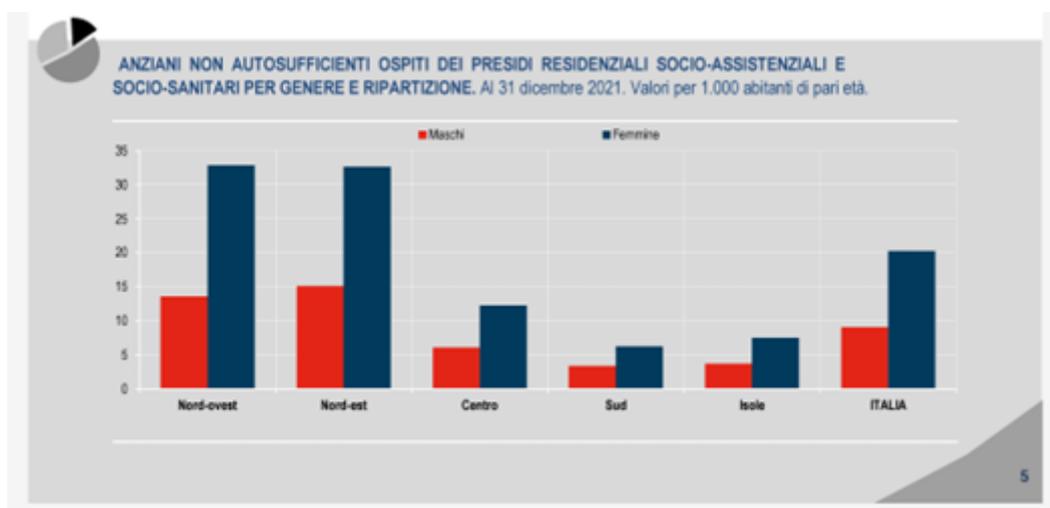
La domanda di assistenza è fortemente cresciuta negli anni, soprattutto dopo la fase pandemica. Dal 2017 al 2022 siamo passati dalle 296 mila persone con oltre 65 anni residenti in RSA alle 362 mila, con un boom proprio negli ultimi due anni post pandemia.



Fonte: Il Sole 24 ore

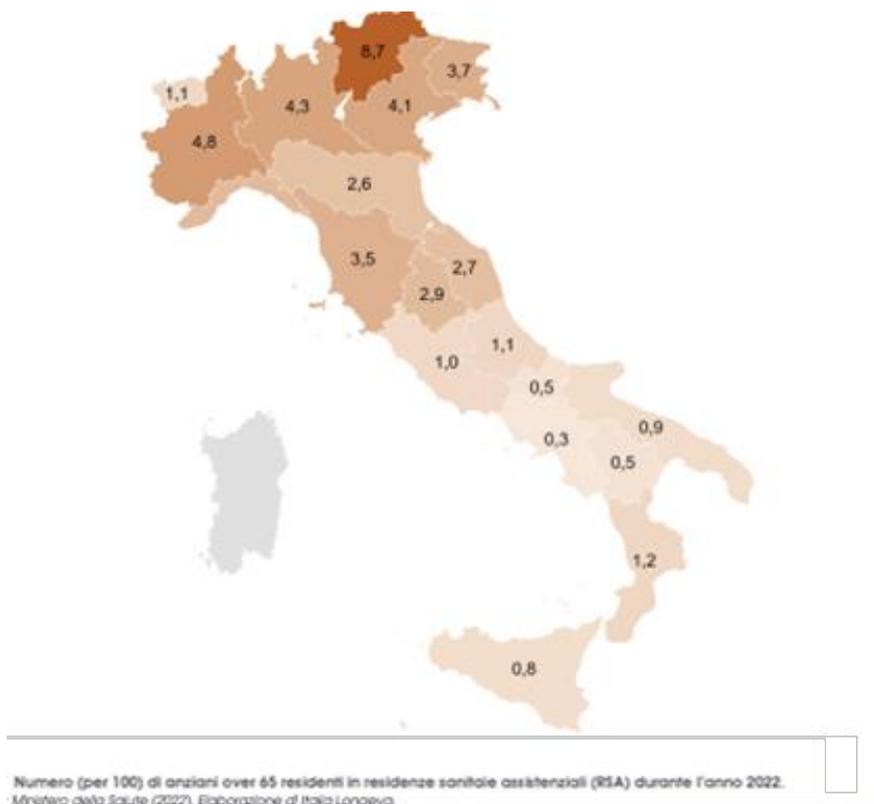
Si evidenziano tuttavia le forti disuguaglianze geografiche che tradizionalmente caratterizzano l'offerta assistenziale agli anziani non autosufficienti nel nostro Paese. Ancora una volta esse sono interne a ogni Regione e area urbane, e fra le aree interne e le aree urbane, ma sono particolarmente misurabili e visibili fra Regioni.

Nelle residenze del Nord-est il tasso di ricovero si attesta ai livelli più alti con 28 ospiti per 1.000 anziani residenti; nelle regioni del Mezzogiorno su 1.000 anziani residenti, solo 8 sono ospiti delle strutture residenziali (Rapporto ISTAT sulle strutture residenziali socio-assistenziali e socio- sanitarie presenti in Italia-2022).



Fonte: ISTAT

Notevole è la variabilità tra regioni, con un divario Nord-Sud rilevante: nel 2022, le regioni che hanno registrato la maggiore presenza di over 65 assistiti in istituti residenziali sono state la Provincia Autonoma di Trento (l'8,7% della popolazione anziana assistita), il Piemonte (il 4,8%), la Lombardia (il 4,3%), il Veneto (4,1%) e la Provincia Autonoma di Bolzano (3,9%). Sul fronte opposto, le regioni del Meridione presentano tassi di assistenza residenziale ben al di sotto dell'1%: la Campania con lo 0,3%, la Basilicata e il Molise con lo 0,5% ciascuna, la Sicilia con lo 0,8% e la Puglia con lo 0,9%. (Italia Longeva – Trend di fragilità e Long-Term Care in Italia - Indagine 2023)



La politica sanitaria negli anni recenti ha stabilito che l'assistenza domiciliare (ADI) è la modalità migliore per erogare le cure a pazienti fragili con cronicità, prevalentemente anziani. Da un lato consente ai pazienti di rimanere nel proprio contesto abitativo e familiare, dall'altro di assicurare al paziente di essere assistito adeguatamente da personale sanitario e sociosanitario, con costi ampiamente più bassi rispetto alle cure erogate in regime residenziale e, soprattutto, rispetto ai costi del ricovero ospedaliero (ISTAT, Rapporto BES 2023- Il benessere equo e sostenibile in Italia).

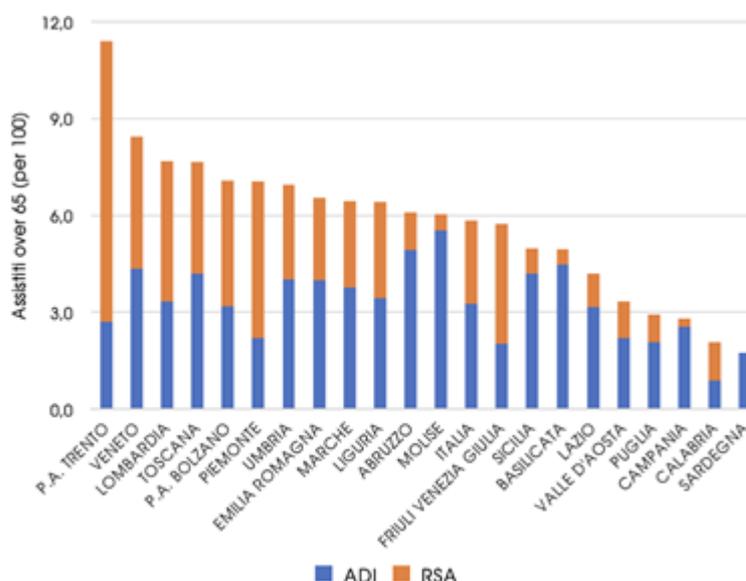
Di conseguenza, il potenziamento dell'assistenza in ADI è uno dei target della Missione 6 (Casa come primo luogo di cura e telemedicina) all'interno del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), per mantenere una buona qualità di vita degli assistiti e, allo stesso tempo, garantire una maggiore sicurezza dell'assistenza e favorire la riduzione di ricoveri inappropriati.

Nel 2022 sono circa 459 mila gli anziani assistiti in ADI, il 3,3% della popolazione con più di 64 anni. Erano meno di 400 mila nel 2019, il 2,9%. L'incremento maggiore dell'indicatore si è osservato al Centro, da 2,6% a 3,6%, mentre è rimasto sostanzialmente stabile nel Mezzogiorno (2,9% nel 2022) e in debole aumento al Nord (da 2,7% a 3,0% nel Nord-ovest, da 3,5% a 3,8% nel Nord-est). Nelle regioni si osservano incrementi significativi in Lombardia, Toscana, Umbria, Lazio e Abruzzo. Quest'ultimo, insieme al Molise (5,5%), ha la quota più elevata di anziani assistiti in ADI (4,9%). (Istat, Rapporto BES 2023: il benessere equo e sostenibile in Italia, aprile 2024)

Se si guarda il sistema complessivo dei servizi (% di anziani riceventi ADI e residenti in RSA), si evidenziano scelte diverse tra le varie aree del Paese e, al tempo stesso, importanti differenze regionali.

Un modello di *long-term care* che favorisce la cura degli anziani all'interno di strutture residenziali risulta adottato dalla Provincia Autonoma di Trento, dal Piemonte e dal Friuli-Venezia Giulia; in Lombardia e nella Provincia Autonoma di Bolzano la percentuale di residenti in RSA e di anziani che usufruiscono di servizi ADI tende ad essere simile; nel Lazio e in tutte le regioni del Mezzogiorno la scelta è fortemente orientata verso l'assistenza domiciliare.

Rimane comunque evidente il più basso livello di copertura complessiva delle regioni meridionali degli anziani assistiti per 100 abitanti. Il Sud, ripartizione geografica fortemente interessata dal processo di invecchiamento della popolazione e da precarie condizioni di salute, presenta quote molte basse di anziani fragili assistiti sia in ADI (2,3%) sia in residenze (0,5%). Queste differenze geografiche si legano strettamente alla forte variabilità territoriale dei posti letto nei presidi residenziali: nel 2021, a fronte di una dotazione media nazionale pari a 70,1 posti letto per 10.000 residenti, nel Nord-est è pari a 100,3, tre volte più elevata rispetto al Sud (33,4).



Confronto regionale tra la percentuale di anziani over 65 ricevuti ADI e residenti in RSA nel 2022.
 Fonte: Ministero della Salute (2023). Elaborazione di Italia Longeva.

3 - In Italia si attende la riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti da oltre 20 anni. In altri paesi europei, il settore dell'assistenza agli anziani non autosufficienti (*long-term care*) è stato oggetto di approfondite riforme nazionali in anni più o meno recenti - nel 1994 in Germania, nel 2002 in Francia, nel 2006 in Portogallo e Spagna, nel 2011 in Austria, a differenza di quanto accaduto in Italia, dove non si registrano rilevanti modifiche a livello nazionale ormai da decenni.

Peraltro il confronto con l'impegno finanziario per il *long term care* degli altri Paesi europei non è gratificante: agli anziani non autosufficienti in Italia viene riservato il 10,1% dell'intera spesa sanitaria pubblica mentre in Svezia tale percentuale è del 26,3%, in Olanda del 24,8%, in Belgio il 24,3%, nel Regno Unito il 18,2, in Germania il 16,3%.

Alla luce di tali criticità, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) ha riconosciuto l'urgenza di procedere ad una riforma complessiva degli interventi in questo settore, al fine di migliorarne l'efficacia e la sostenibilità per il futuro. Per la realizzazione di tale percorso notevole è stato l'apporto del Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, che ha elaborato una serie di proposte, nello spirito di costruttiva collaborazione che anima tutti i soggetti aderenti al Patto.²

Quella che è stata proposta è una nuova governance delle politiche per la non autosufficienza, attraverso l'istituzione del Sistema Nazionale Assistenza Anziani (SNA), fondato sul governo unitario e sulla realizzazione congiunta delle risposte da parte dei diversi soggetti pubblici responsabili (Stato, Regioni, Comuni). L'idea è che, essendo le condizioni di non autosufficienza estremamente eterogenee, per affrontarle efficacemente non bisogna puntare su singole misure bensì costruire una filiera di risposte, cioè un insieme d'interventi che siano differenziati e complementari tra loro: servizi domiciliari, servizi semiresidenziali, servizi residenziali, trasferimenti monetari, adattamenti delle abitazioni, sostegni ai caregiver familiari e alle assistenti familiari.

Il 23 marzo 2023 è stata quindi approvata la L. 33 "Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane" con l'impegno all'adozione dei relativi decreti attuativi entro i primi mesi del 2024. L'implementazione operativa dovrà disciplinare una serie di questioni: percorsi di accesso e di valutazione del bisogno, sistemi informativi, adeguatezza qualitativa e quantitativa degli interventi domiciliari, residenziali e diurni, sistemi di programmazione e di monitoraggio.

Si è trattato di un passaggio epocale per un Paese come il nostro che, a differenza dei principali referenti internazionali, presenta programmi per gli anziani datati, mai confluiti in una vera e propria riforma organica.

Purtroppo però l'attesa di una riforma dell'assistenza agli anziani non autosufficienti è stata per ora disattesa. Lo mostra la versione definitiva del decreto attuativo della legge delega approvato dal Consiglio dei Ministri.

Il decreto attuativo tradisce infatti le premesse della Legge Delega 33/2023 che dopo oltre due decenni prometteva una riforma della non autosufficienza, presentando varie criticità e lacune³, ma soprattutto notevoli differenze con quanto assunto in premessa nella Legge 33.

Il Decreto stanziava 500 milioni di Euro per il biennio 2025-2026, dedicati alla sperimentazione della prestazione universale, ma non vi sono risorse aggiuntive di natura strutturale; è stata cancellata la prevista riforma dei servizi domiciliari; non ci sono indicazioni sostanziali, se non il rimando a un successivo ulteriore decreto, relativamente ai servizi residenziali; né ci sono indicazioni circa la riforma dell'indennità di accompagnamento.

² Cfr. Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, Proposte per l'introduzione del Sistema Nazionale Assistenza Anziani - Un contributo per il confronto, marzo 2022. Il Patto raggruppa gran parte delle organizzazioni della società civile coinvolte nell'assistenza agli anziani non autosufficienti nel nostro Paese: rappresentano gli anziani, i loro familiari, i pensionati, gli ordini professionali e i soggetti che offrono servizi.

³ Cfr. Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza, Il Decreto legislativo in attuazione della Legge delega di riforma dell'assistenza agli anziani (L. 33/2023) - Una valutazione d'insieme, febbraio 2024.

Il Decreto non pone le basi per il futuro dell'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, che avrebbe dovuto essere il compito della riforma, né prevede quella riforma complessiva della non autosufficienza prevista dal PNRR e già adottata dalla maggior parte dei paesi europei.

In particolare, l'assenza di finanziamenti dedicati ai vari interventi fanno, al momento, del Decreto anziani una ricognizione di tutte le misure di cui possono beneficiare le persone anziane, ma la cui attuazione è fortemente condizionata, oltre che dall'emanazione di numerosi decreti attuativi, dalle risorse e dalle rilevanti diseguaglianze regionali.

In questo contesto, le modalità con cui l'autonomia differenziata viene attuata priva in questo settore il paese di ogni speranza di una riforma unitaria, rispetto a una questione fondamentale dell'unità nazionale del paese.