

*Campo Tizzoro, 2 maggio 2026*

Dal 25 aprile al 2 maggio 2026, la comunità della Montagna Pistoiese ha tenuto un presidio civile continuativo davanti all'Ospedale Pacini di San Marcello Pistoiese. Otto giorni ininterrotti, due dibattiti pubblici: il primo con i sindaci del territorio, il secondo con rappresentanti nazionali delle aree interne, studiosi e operatori della sanità di prossimità. Da quell'esperienza — non da un tavolo, non da una segreteria di partito — è emerso un quadro preciso: il progressivo svuotamento dei presidi sanitari montani non è il risultato di scelte tecniche inevitabili. È il risultato di una architettura normativa e finanziaria che ha sistematicamente trattato la montagna come un'eccezione tollerata, anziché come una realtà costituzionalmente protetta. Questo manifesto è la traduzione di quella constatazione in proposte concrete. Non è un documento di parte. È un atto di rivendicazione costituzionale.

## **Manifesto Nazionale per la Sanità delle Terre Alte**

### **Il diritto alla salute in montagna come obbligo strutturale dello Stato**

L'articolo 32 della Costituzione non contiene eccezioni geografiche. Il diritto alla salute è riconosciuto a tutti i cittadini, senza distinzione di residenza, altitudine o densità abitativa. Eppure, l'ordinamento sanitario vigente, nella sua applicazione concreta, produce esattamente quella distinzione: chi vive in montagna ha accesso a cure meno tempestive, strutture meno dotate, personale meno stabile. Questo non è un dato naturale. È una scelta politica reversibile. Le proposte che seguono indicano come invertirla.

#### **1. Separazione del diritto alla salute dalla variabile della rappresentanza politica**

La sopravvivenza di un presidio ospedaliero montano non può dipendere dal peso elettorale del territorio che serve, né dalla forza negoziale del suo rappresentante istituzionale. I parametri che determinano l'attivazione, il mantenimento e il livello di dotazione di una struttura sanitaria in area montana devono essere fissati per legge sulla base di criteri tecnici oggettivi: orografia, tempi medi di percorrenza, stagionalità delle vie di accesso. Questi criteri, una volta codificati, non sono rinegoziabili per via amministrativa.

#### **2. Riconoscimento giuridico specifico della montagna, distinto dalla categoria "aree interne"**

La definizione di "area interna", introdotta dalla programmazione europea e recepita dalla normativa nazionale, è una categoria residuale: aggrega realtà eterogenee e tende a distribuire le risorse su una superficie troppo ampia per produrre effetti misurabili. La montagna ha caratteristiche proprie - condizioni climatiche, isolamento stagionale, pendenze che moltiplicano i tempi di soccorso - che richiedono una legislazione dedicata. La distanza rilevante, in montagna, non si misura in chilometri lineari ma in minuti di percorrenza effettiva. La norma deve adottare questa unità di misura.

### 3. Esclusione dei presidi sanitari montani dall'applicazione del criterio di pareggio di bilancio

Il decreto ministeriale 70 del 2015 ha introdotto standard quantitativi di volume e soglia che, applicati alle strutture montane, producono un risultato prevedibile: il sottosoglia giustifica il declassamento, il declassamento riduce l'utenza, la riduzione dell'utenza conferma il sottosoglia. È un meccanismo circolare che non misura l'efficienza del servizio, ma la densità del territorio. Un presidio montano costa più per abitante servito: questo costo non è uno spreco, è il prezzo costituzionalmente dovuto per garantire l'articolo 32 a cittadini che vivono in condizioni strutturalmente diverse. Il vincolo dell'invarianza di spesa non può applicarsi a questa categoria di strutture.

### 4. Istituzione dell'Azienda Sanitaria Montana (ASM)

La gestione della sanità montana delegata come funzione periferica delle Aziende Sanitarie Locali di fondovalle genera due distorsioni sistematiche: la montagna compete per risorse con bacini di popolazione molto più grandi e perde; i servizi vengono progettati su modelli organizzativi inadatti al territorio. Serve un ente con autonomia gestionale, personalità giuridica propria e mandato specifico: progettare, finanziare e governare la sanità di prossimità nelle aree montane. L'ASM non è una duplicazione burocratica: è la condizione tecnica perché le risorse destinate alla montagna arrivino alla montagna.

### 5. Riclassificazione degli ospedali di area disagiata montani come Presidi Montani Strategici di Sicurezza

La denominazione "ospedale in area disagiata" ha prodotto una progressiva riduzione degli standard richiesti fino alla soglia minima compatibile con il mantenimento formale della struttura. Gli ospedali montani devono essere riclassificati come **Presidi Montani Strategici di Sicurezza**, con dotazione minima obbligatoria fissata per legge e non derogabile per via regionale o aziendale: medicina interna, chirurgia generale, ortopedia e traumatologia, cardiologia, pronto soccorso a codifica complessa, struttura di assistenza ostetrico-pediatria per i casi non trasferibili in sicurezza. I parametri di dotazione non si calcolano sui volumi di utenza - criterio che penalizza strutturalmente i territori a bassa densità - ma sui tempi medi di percorrenza verso il presidio Hub e sulla frequenza stagionale di isolamento viario.

Questa logica si estende alla gestione delle emergenze tempo-dipendenti. Infarto, ictus, trauma grave: in montagna la finestra terapeutica si chiude prima e il codice postale del paziente non può determinare la probabilità di sopravvivenza. Devono essere definiti protocolli nazionali vincolanti che garantiscano attivazione immediata dell'elisoccorso, presenza stabile di unità di stabilizzazione avanzata sul territorio e continuità certificata della catena del soccorso dal primo contatto al ricovero definitivo.

### 6. Istituzione di un Fondo Nazionale per la Sanità Montana

Il Fondo Sanitario Nazionale ordinario distribuisce le risorse secondo criteri che premiano la concentrazione demografica. Una quota strutturale e vincolata, distinta dal FSN ordinario, deve essere destinata al finanziamento stabile delle strutture sanitarie montane. L'entità del fondo deve essere calcolata sulla base dei differenziali di costo documentati e non può essere erosa per coprire fabbisogni di altre aree del sistema.

### **7. Incentivi strutturali e obbligatori per il personale sanitario in area montana**

La carenza di medici e infermieri nelle strutture montane non è il prodotto di una preferenza spontanea del mercato del lavoro: è il risultato dell'assenza di condizioni che rendano quelle sedi professionalmente competitive. Servono indennità di montagna vincolate per contratto, percorsi di progressione di carriera differenziati, supporto logistico garantito (alloggio, servizi, connettività). Senza queste misure, il personale continuerà a preferire contesti urbani e ogni investimento strutturale risulterà vano.

### **8. Telemedicina come integrazione, non come sostituzione**

La telemedicina è uno strumento utile. Non è una risposta al problema della presenza fisica. Ogni piano di sviluppo della telemedicina in area montana deve contenere una clausola esplicita: nessun servizio di diagnostica o assistenza in presenza può essere dismesso adducendo la disponibilità di alternative digitali. La tecnologia integra il medico di famiglia, l'infermiere di comunità, il pronto soccorso locale. Non li sostituisce.

### **9. Riconoscimento e sostegno strutturale al volontariato socio sanitario montano**

Le organizzazioni di volontariato socio sanitario svolgono, nelle comunità montane, funzioni che altrove sono coperte da strutture pubbliche. Operano con volontari mediamente più anziani, su territori più vasti, con costi per intervento più elevati. Questo differenziale deve essere riconosciuto formalmente e compensato attraverso meccanismi di sostegno economico e organizzativo dedicati, con attenzione esplicita al ricambio generazionale.

### **10. Obbligo di valutazione preventiva dell'impatto e trasparenza totale sulle riorganizzazioni**

Nessuna riorganizzazione della rete ospedaliera che incida su strutture montane può essere avviata senza la pubblicazione preventiva di uno studio sull'impatto sociale e sulla mortalità evitabile attesa. Deve essere istituito un Rapporto annuale sulla Sanità Montana, a cura di un organismo indipendente, con dati disaggregati per area geografica. Ogni riduzione di servizio o declassamento di struttura deve essere subordinata al consenso esplicito delle comunità interessate e a una verifica indipendente degli standard di sicurezza raggiunti.

### **Conclusione**

"Dal Pacini non si scende" è il nome di una mobilitazione locale. Il principio che esprime è nazionale: nelle terre alte, il diritto alla salute non è negoziabile, non è contingente, non dipende dalla forza di chi lo rivendica. Deve essere scolpito nella legge e sottratto, una volta per tutte, all'arbitrio della congiuntura politica e alla logica del contenimento dei costi.

**Dalla Montagna non si scende.**