

Esame degli schemi di intese preliminari tra il Governo della Repubblica italiana e le Regioni Liguria (Doc. CCXLVII nn. 1 e 2), Lombardia (Doc. CCXLVII nn. 3 e 4), Piemonte (Doc. CCXLVII nn. 5 e 6) e Veneto (Doc. CCXLVII nn. 7 e 8), per l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione
Documento Anaa Assomed

Illustre Presidente, Illustri Componenti la Commissione

ringrazio la Commissione per aver chiesto ad Anaa Assomed, Associazione maggiormente rappresentativa della Dirigenza medica e sanitaria dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, una memoria scritta sugli schemi di intese preliminari tra il Governo della Repubblica e le Regioni Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto.

In premessa va ricordato che il percorso verso l'autonomia differenziata, delineato dalla legge 86/2024, ha subito una forte battuta d'arresto a seguito della sentenza della Corte Costituzionale di dicembre 2024. La Consulta ha imposto vincoli stringenti, stabilendo che il decentramento può riguardare solo funzioni specifiche e non intere materie e che l'autonomia in ogni singola funzione deve essere giustificata dal principio di sussidiarietà. Resta il nodo della determinazione dei LEP, la cui delega al Governo non può più avvenire in bianco ma attraverso una legge delega; i LEP vanno individuati sulla singola funzione e non sulle materie e le funzioni pubbliche devono essere svolte dall'ente più vicino ai cittadini, ma solo se ciò comporta vantaggi rispetto a livelli di governo superiori. Ed ancora visto che il decentramento presuppone che la Regione gestisca il servizio in maniera più efficiente rispetto allo Stato, il parametro di finanziamento è unicamente il costo standard, per tutte le funzioni, difficile da determinare.

Nonostante la sentenza della Corte Costituzionale, il Governo ha approvato gli schemi d'intesa preliminare con Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto all'esame di questa rispettabile Commissione.

Queste regioni chiedono maggiore autonomia per funzioni in materia di protezione civile, professioni e previdenza complementare, ma soprattutto in materia di tutela della salute.

Sul contenuto degli schemi di intesa preliminare.

È opportuno soffermarsi dapprima sul Doc. CCXLVII nn. 2, 4, 6 e 8 avente ad oggetto l'attribuzione di ulteriori forme di autonomia alle regioni citate nella materia "*tutela della salute – coordinamento della finanza pubblica*". Il trasferimento di specifiche funzioni in materia di tutela della salute alle regioni Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto può avvenire solo dopo la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), che nel settore sanitario coincidono con i livelli essenziali di assistenza (LEA), già disciplinati dal d.lgs. n. 502/1992 e dal DPCM 12 gennaio 2017, ovvero è subordinata al rispetto dei LEA.

Le disposizioni relative alla salute sono strettamente connesse alla garanzia dei LEA, all'equità nell'accesso alle prestazioni e al mantenimento dell'equilibrio finanziario del sistema sanitario consentendo alle regioni di gestire autonomamente alcune risorse e strumenti in ambito sanitario, sempre nel rispetto dei vincoli nazionali e dei livelli essenziali di assistenza. È previsto un sistema di monitoraggio e verifica annuale sull'attuazione delle intese e sul rispetto dei LEA e dell'equilibrio economico-finanziario.

In particolare l'articolo individua come oggetto dell'intesa il trasferimento di funzioni in materia di tutela della salute, nel rispetto dei principi costituzionali (uguaglianza, unità della Repubblica, equilibrio di bilancio, riparto di competenze, autonomia finanziaria). Le intese devono garantire uniformità nazionale dei LEA, accesso equo e uniforme alle prestazioni sanitarie, equilibrio economico-finanziario del settore sanitario. La maggiore autonomia non può incidere sul finanziamento del SSN, sui criteri di riparto degli investimenti sanitari finanziati con risorse nazionali, né sulle modalità di erogazione delle risorse. È assicurata la neutralità degli effetti per Stato e altre regioni, inclusa la mobilità sanitaria. Le regioni pertanto potranno individuare tariffe di rimborso e remunerazione differenti rispetto a quelle nazionali, a carico del proprio bilancio; gestire autonomamente le risorse trasferite dallo Stato per investimenti in edilizia e tecnologia sanitaria; istituire e gestire fondi sanitari integrativi per prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA; destinare risorse all'assunzione di personale sanitario o all'incremento delle prestazioni aggiuntive; allocare su altri ambiti della spesa sanitaria le economie derivanti da efficientamento, previa verifica del raggiungimento degli obiettivi. Tutte queste facoltà sono subordinate al

rispetto dei LEA, all'assenza di effetti negativi sul finanziamento del SSN e al rispetto dei criteri di riparto delle risorse. È istituita una Commissione paritetica per la verifica dell'attuazione delle intese, composta da rappresentanti dello Stato, della Regione e degli enti locali, che effettua annualmente le verifiche sull'attuazione dell'intesa, valutando gli oneri finanziari derivanti dall'esercizio delle funzioni e l'erogazione dei servizi sanitari, garantendo l'equilibrio di bilancio e la corretta erogazione dei LEA. Le amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti con le risorse disponibili, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. L'intesa ha durata decennale, con rinnovo tacito salvo diversa volontà. Da ultimo ed ulteriormente i LEA sono monitorati tramite il Nuovo Sistema di Garanzia e il Comitato LEA; le regioni inadempienti rispetto ai LEA sono sottoposte ad audit e devono rientrare nei parametri entro due anni. Il finanziamento del SSN e la ripartizione delle risorse tra le regioni sono disciplinati da criteri che tengono conto di popolazione, mortalità e indicatori socioeconomici; le regioni possono istituire fondi sanitari integrativi solo per prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA, senza interferire con le liste di attesa o il finanziamento ordinario.

In secondo luogo è opportuno soffermarci anche sui Doc. CCXLVII nn. 1, 3, 5 e 7 ed in particolare sul trasferimento di funzioni in materia di personale, laddove si attribuisce alle Regioni di acquisire funzioni normative e amministrative sulle "professioni di rilievo regionale". Tali professioni devono avere un nesso diretto con le caratteristiche del territorio e richiedere competenze specifiche locali. L'esercizio è subordinato all'iscrizione in elenchi regionali, nel rispetto della normativa europea sulla proporzionalità e della libera circolazione. Le Regioni diventano autorità competenti per il riconoscimento di alcune qualifiche professionali estere e basate sull'esperienza, secondo le regole UE e nazionali.

Considerazioni sulla legge 84/2024

La Legge 833/78, istitutiva del SSN, pone tra i suoi obiettivi il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese e l'articolo 32 della Costituzione vuole i cittadini uguali nella esigibilità del diritto alla salute. A distanza di quarant'anni, però, non si registra alcuna reale convergenza e le distanze tra le varie aree del Paese si misurano non solo in chilometri, ma in aspettativa di vita (minore al Sud), tassi di mortalità evitabile (maggiori al Sud), speranza di vita in buona salute (20 anni tra i due estremi), mortalità

infantile (doppia al Sud), mortalità materna al parto (maggiore al Sud). Anche nei servizi sociali il divario è enorme. La persistenza di inaccettabili diseguaglianze, sia nell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie sia negli esiti di salute, particolarmente lungo la faglia Nord-Sud, fa dubitare che possa esserci una sola terapia per entrambe le aree del Paese.

"I cittadini di serie A e quelli di serie B" non sono un rischio paventato, ma l'iniqua realtà.

Con l'attuazione dell'autonomia differenziata, sull'altare degli equilibri di maggioranza viene sacrificato un diritto della persona costituzionalmente tutelato, uno dei pochi elementi di quella "coesione nazionale" caposaldo della comunicazione governativa. Ma in un Sistema sanitario lacerato da importanti differenze, che arrivano a comprendere la stessa erogazione dei LEA, il regionalismo potenziato può fare venir meno definitivamente il concetto stesso di Servizio sanitario nazionale e di politica sanitaria nazionale. Per questa via, il diritto alla salute, uno e indivisibile, verrà declinato in 21 modi diversi, cessando di essere un bene pubblico nazionale per assumere una valenza locale, che diventa così la fonte primaria del diritto. Con una perdita complessiva di coesione sociale ed una accentuazione degli squilibri tra Regioni più ricche e più povere, aggravati dal fenomeno inarrestabile della mobilità sanitaria

Abbiamo già più volte affermato come l'obiettivo primo della legge Calderoli è stato quello di trattenere nelle Regioni, o meglio in alcune Regioni, più gettito fiscale, senza nemmeno indicare una soglia massima di compartecipazione al singolo tributo erariale che esse potranno ottenere in sede di intesa. Una differente capacità fiscale delle Regioni finirebbe, però, per avvantaggiare quelle più ricche, le quali potrebbero assicurare ai propri residenti servizi pubblici essenziali migliori, per quantità e qualità, una sorta di LEPs di prima categoria, in violazione del principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini.

Diminuire le disponibilità di risorse a livello centrale mette a rischio la possibilità per lo Stato di assolvere alle sue funzioni non delegabili, e di colmare i divari esistenti in diversi settori, come salute e istruzione. Con il rischio di approfondire una disarticolazione autonomistica in assenza di adeguati interventi di riequilibrio anche di tipo perequativo.

Un punto particolarmente critico è rappresentato dal ventaglio dei poteri concessi alle Regioni in materia sanitaria, senza nemmeno prevedere una clausola di supremazia, essenziale, ad esempio, in caso di pandemia. Essi spaziano dalla mano libera su tariffe e tickets, alla gestione dei fondi integrativi, con il rischio del risorgere di un sistema

mutualistico-assicurativo, dalla governance delle aziende, con la possibilità di un sistema arlecchino più variegato di quello odierno, all'istituzione a livello di alcune regioni di quel contratto lavoro a scopo formativo per specializzandi e MMG che il Governo si ostina a negare a tutto il sistema nazionale. Preoccupa, soprattutto, l'avvio di una concorrenza selvaggia nell'acquisizione delle risorse umane, data la possibilità di pagarle al di fuori dei vincoli del CCNL e l'autonomia nella regolamentazione dell'attività libero-professionale.

Nell'illusione di spendere meno dando servizi migliori, l'accesso alle cure, e i loro esiti, diventano funzione del reddito e della residenza, chi risiede in Regioni "forti" e avrà soldi si curerà, gli altri potranno solo aspettare in liste di attesa che ormai si misurano in anni. La sanità diventerà un bene pubblico per i residenti in una Regione e un bene di consumo in altre. Ma il diritto alla salute non può perdere una dimensione nazionale perché forti sono i rischi per l'integrazione sociale e la stessa unità nazionale derivanti da un sistema in cui i cittadini non condividono più gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute.

Avevamo già ribadito in tutte le sedi istituzionali che il quadro che viene fuori dalla legge Calderoli è per taluni aspetti confuso, per altri chiaro, soprattutto sul piano della compressione delle garanzie sociali e dei diritti e sul risultato ultimo che rischia di conseguire: rendere i livelli essenziali ancora più essenziali.

In presenza di un elevato deficit e debito pubblico cui è soggetto il nostro Paese, il pericolo che si cela dietro questa previsione a costo zero è quello di dare attuazione a una riforma autonomistica che, nonostante (o proprio per) l'ambizioso progetto, sarà costretta a conservare il criterio della spesa storica, con l'effetto di cristallizzare le disuguaglianze ancora esistenti nel Paese. Per di più, si introduce un vincolo di subordinazione delle prestazioni alle risorse, in netta contraddizione con una chiara giurisprudenza costituzionale per la quale «è la garanzia dei diritti incompressibili a incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione» (sentenza n.275/ 2016). L' Anaa Assomed (già nel Documento Direzione Nazionale 21 marzo 2024) ribadisce che si stia giocando una partita fondamentale per il futuro del Paese. In sanità significa sottrarre il diritto alla tutela della salute ad una dimensione nazionale, mettere in crisi il Servizio sanitario nazionale e anche un'idea unitaria di Paese, di Repubblica e di Stato. Senza contare il rischio di ulteriori e numerosi conflitti costituzionali tra Stato e Regioni.

La Legge 86/2024 sull'autonomia differenziata, si innesta su un impianto già debole, e che – secondo la recente sentenza della Corte Costituzionale n. 192/2024 – non può trasformare la Repubblica in uno Stato federale, né consentire una devoluzione illimitata di competenze. L'attribuzione di nuove funzioni deve basarsi su LEP definiti, finanziati con risorse certe e garantite a livello nazionale. Ampliare l'autonomia senza chiarire confini di responsabilità, fonti di finanziamento e meccanismi di controllo rischia di produrre effetti regressivi, aggravando disuguaglianze e inefficienze. Solo un rafforzamento della capacità istituzionale e una reale perequazione territoriale possono rendere il regionalismo uno strumento per l'efficienza senza compromettere l'universalismo del SSN.

Rafforzare il regionalismo in sanità significa, insomma, insistere su una strada sbagliata e contraria a quella indicata dal Presidente della Repubblica Sergio Mattarella: *“Le differenze legate a fattori sociali, economici, organizzativi, sanitari tra i diversi territori del nostro Paese – tra Nord e Meridione, per le isole minori, per le zone interne - creano ingiustizie, feriscono il diritto all'uguaglianza.”* *“Occorre operare affinché quel presidio insostituibile di unità del Paese rappresentato dal Ssn si rafforzi”*.

Sugli schemi di intese preliminari

Alla luce di quanto sopra esprimiamo forte preoccupazione per il rischio che il processo di attuazione dell'autonomia differenziata possa compromettere l'unitarietà del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), anche in assenza di una profonda revisione del ruolo del Ministero della Salute quale garante dell'uguaglianza dei cittadini nell'accesso alle cure e nella tutela della salute. Il timore è che un'ulteriore estensione delle autonomie regionali in materia sanitaria possa accentuare le disuguaglianze territoriali già esistenti.

Particolare attenzione peraltro deve essere rivolta all'ipotesi di devoluzione delle competenze relative alle professioni regolamentate, che potrebbe determinare una frammentazione del sistema e un indebolimento dei principi di uniformità e coesione che caratterizzano il SSN. È certo che senza Lep e monitoraggio di equità si rischia di ampliare i divari tra Regioni, disuguaglianze di accesso e privatizzazione.

Desta significativa perplessità il fatto che i quattro schemi di pre-intesa in materia di autonomia differenziata risultino sostanzialmente sovrapponibili, nonostante riguardino Regioni caratterizzate da marcate differenze nei livelli di adempimento dei LEA, nelle

performance dei servizi sanitari, nei flussi di mobilità sanitaria, nell'accesso alle cure e nella disponibilità di personale sanitario. I dati evidenziano infatti realtà profondamente eterogenee: alcune Regioni registrano elevate capacità attrattive e migliori risultati organizzativi, mentre altre presentano criticità nell'erogazione dei servizi e saldi negativi di mobilità sanitaria.

La descrizione delle funzioni è molto generica e non spiega, come vorrebbe la Consulta, come e perché l'autonomia della specifica regione permetterebbe di svolgere la specifica funzione meglio rispetto allo Stato.

In particolare per la salute, le regioni chiedono maggiore autonomia su tariffe sanitarie, gestione delle risorse per investimenti, fondi sanitari integrativi, assunzione di personale e allocazione di risparmi. Tuttavia, manca una chiara giustificazione di come queste autonomie garantirebbero il mantenimento dei LEA e non aumenterebbero le disparità territoriali. Il percorso dell'autonomia differenziata appare pertanto attualmente rallentato da vincoli costituzionali e dalla mancanza di dettagli tecnici e motivazioni nelle richieste regionali, rischiando di rimanere più un obiettivo politico che una reale riforma amministrativa. In questo contesto, l'attribuzione delle medesime ulteriori competenze rischia di produrre effetti disomogenei, amplificando le disuguaglianze territoriali già esistenti. Misure quali tariffe regionali differenziate, maggiore autonomia nella gestione delle risorse, fondi sanitari integrativi regionali e maggiori margini di spesa per personale e prestazioni potrebbero rafforzare ulteriormente le Regioni più solide sotto il profilo organizzativo e finanziario, indebolendo al contempo la funzione perequativa e universalistica del Servizio Sanitario Nazionale.

La questione non riguarda l'autonomia in sé, bensì le condizioni in cui essa verrebbe esercitata: in un sistema ancora segnato da difficoltà nel garantire uniformemente i livelli essenziali di assistenza, da carenze di personale e da crescenti ostacoli nell'accesso alle cure. Per questo appare indispensabile procedere preliminarmente alla definizione e al finanziamento dei LEP sanitari, alla determinazione dei relativi costi standard e all'istituzione di un sistema indipendente di monitoraggio, affinché l'eventuale ampliamento delle autonomie regionali non si traduca in un ulteriore aumento delle disuguaglianze, ma sia compatibile con la tutela uniforme del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale.

Ad una lettura più attenta si riscontra come la tutela della salute pur rappresentando l'elemento comune alle richieste di autonomia avanzate dalle Regioni, si declina secondo esigenze e obiettivi in parte differenti. Veneto e Lombardia mirano a una più ampia autonomia nella gestione del sistema sanitario, con particolare riferimento alla programmazione delle risorse, alla gestione del personale e alla capacità organizzativa e negoziale. Il Piemonte adotta un approccio più prudente e graduale, anche in considerazione delle criticità strutturali del proprio sistema ospedaliero e universitario. La Liguria, invece, concentra le proprie richieste sul rafforzamento della sanità territoriale, dei servizi di emergenza-urgenza e dell'integrazione assistenziale tra aree interne e costiere. Anche tale diversità richiede particolare attenzione e approfondimento, soprattutto in un ambito sensibile quale la tutela di un diritto fondamentale come la salute. Ribadiamo come ha la Legge 86/2024 in assenza di Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) definiti e di efficaci meccanismi di governance multilivello, l'autonomia rischia di amplificare le disuguaglianze territoriali già esistenti nel SSN, sia nell'accesso che nella qualità dei servizi sanitari. La variabilità tra regioni oggi è già significativa, con forti differenze nei tempi di attesa, nella qualità percepita e nella mobilità sanitaria, soprattutto dal Sud verso il Nord nella consapevolezza che il decentramento possa funzionare solo se accompagnato da dotazioni, competenze e standard omogenei, e che la mancanza di strumenti strutturali come costi e fabbisogni standard e LEP effettivi rischia di aggravare le disuguaglianze. È necessario rafforzare la capacità istituzionale e decisionale a tutti i livelli, promuovendo una governance multilivello e una reale perequazione territoriale.

Questo nuovo percorso sulle intese che riapre la corsa all'autonomia differenziata, ci preoccupano non poco. Da tempo abbiamo denunciato che il disegno dell'autonomia differenziata nasconde pericoli che non appartengono solo alla mancanza di risorse per definire i livelli essenziali delle prestazioni socio sanitarie (LEPs, ovvero i servizi da assicurare in forma gratuita e con modalità omogenee su tutto il territorio nazionale), ma anche, se non soprattutto, alle materie e funzioni che non richiedono la preliminare definizione degli stessi. Tra le quali spicca il tema "professioni", di rilievo soprattutto in ambito sanitario.

Le quattro Regioni richiedono ad esempio di poter autonomamente legiferare sulle professioni sanitarie in particolare sulle retribuzioni e sulle condizioni di lavoro, rischiando

di produrre differenze nell'ambito della stessa professione basate sulla sola sede di lavoro. Per intenderci, un medico o un dirigente sanitario che lavora in Lombardia potrebbe guadagnare di più rispetto a un medico che lavora in Campania per il solo fatto di avere una sede di lavoro ubicata in una regione economicamente "forte", a dispetto dei tempi e dei modi con cui svolge la propria attività professionale.

In tal modo si finisce per sancire il definitivo superamento dei contratti e delle convenzioni nazionali, aprendo la strada, in forma esplicita o indiretta, a una crescente ingerenza della legislazione regionale.

L'Italia spezzata è lo scenario prossimo venturo della sanità pubblica italiana. Nel quale si perde il diritto dei cittadini all'eguaglianza di fronte alle malattie e quello dei professionisti a retribuzioni rispettose della gravosità e complessità del loro lavoro, nonché del livello di competenza raggiunto, a dispetto del luogo di esercizio della professione.

Nasce una concorrenza selvaggia nell'acquisizione delle risorse umane, innestata dalla possibilità di pagarle al di fuori dei vincoli contrattuali e di regolamentare in maniera autonoma le condizioni del loro lavoro, compresa la vituperata attività libero-professionale. Un mercato competitivo per l'ingaggio dei professionisti sanitari, nutrito dal dumping salariale e dalle politiche regionali, con una loro mobilità parallela a quella dei malati lungo lo stesso gradiente Sud-Nord. Con inevitabili ripercussioni sulla tutela della salute dei cittadini, che avranno a disposizione differenti possibilità di assistenza e accesso alle cure.

Il diritto alla salute, l'unico che la Costituzione definisce "*fondamentale*", "*uno e indivisibile*", cessa, così, di avere una valenza nazionale per assumerne una locale che ne diventa la fonte, con la prospettiva di accentuare le differenze fino a trasformarle in divaricazioni. Le palesi ambiguità della legislazione concorrente hanno già decretato il fallimento del federalismo in sanità, ora in cerca di rivincita nella nuova versione "*a geometria variabile*". Per questa strada, però, si va alla creazione di più sistemi sanitari, a diversa efficacia e sicurezza, sia per chi eroga le cure che per chi le riceve, fino al venir meno del concetto stesso di Servizio sanitario nazionale e di politica sanitaria nazionale.

L'unitarietà del SSN, pur in un contesto regionalista, esige la presenza di alcuni fili verticali tra i quali lo stato giuridico del personale, i requisiti di accreditamento di strutture e professionisti, l'individuazione di livelli essenziali organizzativi omogenei, gli accordi

contrattuali e convenzionali. La perseveranza di bypassare il pronunciamento della Corte Costituzionale mette a rischio *“quel presidio insostituibile di unità del Paese rappresentato dal Ssn”*, come definito dal Presidente Mattarella.

Il rischio è che le Regioni che chiedono l'autonomia vogliano portarsi a casa non solo risorse economiche ma pezzi di politiche pubbliche sulle quali esercitare poteri, decisioni, facoltà di cambiare modelli organizzativi. Dopotutto, chi gestisce la cosa pubblica è interessato non solo al quantum di spese da allocare, ma anche a come e a chi distribuire quel quantum, poco o grande che sia. Senza curarsi del “colpo” sparato contro quello che resta della sanità pubblica.

Noi continueremo la nostra battaglia, in ogni sede e in ogni modo, convinti che il diritto a curare come quello alla cura non possono essere declinati in 21 modi differenti se si vuole rispettare l'articolo 32 della Costituzione ed evitare la fine del welfare state del nostro Paese. O a quel che ne resta. Almeno togliendo la sanità dalle materie delegabili.

Dott. Pierino Di Silverio

Segretario Nazionale

AnaaO Assomed

Roma, 19 giugno 2026