

*Al Presidente e agli Onorevoli deputati*  
I Commissione permanente  
(Affari Costituzionali,  
della Presidenza del Consiglio e interni)

Roma, 26.03.2024 – Prot. FCF.21.2024

## **Audizione informale Commissione Affari Costituzionali Camera Deputati su Autonomia Differenziata**

### **Premessa:**

Il disegno di legge per l’attuazione dell’autonomia differenziata, presentato dal Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie Sen. Roberto Calderoli, adottando il meccanismo del regionalismo differenziato, individua 23 aree a forte impatto anche sociale, su cui lo Stato non esercita la potestà esclusiva ma amministra assieme agli enti locali secondo il principio della cosiddetta “legislazione concorrente”.

Al di là delle differenti visioni politiche sugli obiettivi della legge, l’esperienza “Covid” impone riflessioni che dovranno essere accompagnate da iniziative concrete finalizzate ad assicurare prospettive sostenibili. Non a caso la pandemia ha fatto emergere, ulteriormente, le già conosciute criticità del sistema sanitario, scolastico, dei trasporti e dei servizi pubblici e tanto è sufficiente ad un rinnovato impegno attraverso un’azione sinergica tra Stato e Regioni che non può sfociare in azioni che peggiorino ulteriormente le attuali evidenti disparità tra i cittadini nell’accesso a servizi sostenibili su tutto il territorio nazionale.

### **Analisi del contesto:**

In questo contesto, ad esempio per il servizio scolastico, non può essere dimenticato l’art. 33 della nostra carta fondamentale che così recita “*La Repubblica detta le norme generali sull’istruzione ed istituisce scuole statali per tutti gli ordini e gradi*”. Dall’interpretazione coordinata delle due disposizioni, ovvero art. 33 della Costituzione e DDL C. 1665, si corre, tuttavia, il rischio di una frammentazione del sistema scolastico in tante micro realtà locali e, in tale prospettiva, occorre preservare l’unitarietà complessiva del sistema scuola, nonché lo stato giuridico del personale scolastico, il cui inquadramento dovrebbe restare sotto il controllo statale.

Naturalmente, come Federazione CIMO-FESMED, rappresentativa di n. 16.000 medici della sanità pubblica e privata, focalizzeremo le nostre riflessioni sul settore della sanità che, pur avendo

strette analogie con il servizio scolastico, si trova già in una fase avanzata del “regionalismo differenziato”.

Partendo dall’art. 32 della Costituzione: “*la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti*” e perseguendo gli obiettivi della Legge 833/78, finalizzati ad assicurare l’uniformità delle condizioni di salute sul territorio nazionale, ovvero al “*superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del Paese*”, si deve prendere atto dei profondi mutamenti legislativi intervenuti in questi anni ad iniziare dal processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie (D.Lvo 502/92), fino alla riforma del Titolo V della Costituzione (L. Costituzionale n. 3/2001).

In particolare, il processo di aziendalizzazione non è riuscito a garantire, su tutto il territorio nazionale, i cosiddetti “Livelli Essenziali ed Uniformi di Assistenza”, tanto da essere successivamente surrogati dai nuovi “Livelli Essenziali di Assistenza” anche essi non sempre accessibili a tutti i cittadini per quantità e qualità. Al tempo stesso la riforma del Titolo V della Costituzione ha modificato l’assetto del governo territoriale sovvertendo i tradizionali rapporti tra Stato centrale ed enti periferici. E proprio in questo ambito temporale assume importanza assoluta la profonda crisi finanziaria che ha portato alla adozione dei cosiddetti “Piani di rientro” (Legge Finanziaria n. 311 del 2005).

Certo non sono in discussione i piani di rientro per ridurre i debiti regionali, ma sono in gioco gli effetti collaterali derivanti dalla prolungata “cristallizzazione” dell’offerta sanitaria derivante dagli inevitabili tagli lineari imposti a strutture, strumenti, risorse umane e finanziarie con il risultato di vedere compromessi i principi di universalità, equità ed accesso alle cure.

In sintesi, il Piano di rientro, da strumento tecnico si è presto trasformato in strumento politico a partire dalle modalità di ripartizione del FSN, fino agli adempimenti LEA. Quindi l’avvio di un percorso “involutivo” per alcuni Servizi Sanitari Regionali che, negli anni, hanno portato all’ampliamento del gap tra regioni del sud e del nord. In sintesi, a distanza di circa 20 anni dalla Legge 311/05, il mancato rilancio dell’offerta sanitaria, ovvero la mancata possibilità di assicurare una seria prevenzione secondaria e terziaria, attraverso precoci diagnosi e terapie a favore dei cittadini di alcune regioni, ha ridotto drasticamente l’accesso alle cure aumentando, di fatto, la mobilità passiva quasi esclusivamente verso Lombardia, Emilia Romagna e Veneto (il cui saldo positivo di € 4,25 miliardi di euro nel 2021).

Da qui quella “salute diseguale” che Istat ha descritto in termini di aspettativa di vita alla nascita (tra la Provincia di Trento e la Campania esiste un gap di 3,2 anni), di mobilità sanitaria passiva (l’11,4% dei ricoverati residenti nel Meridione a fronte del 5,6% dei residenti nel Nord-Italia), di mortalità evitabile (le situazioni più critiche si registrano in Campania, Calabria, Sicilia e Lazio) e di deprivazione materiale e sociale. Indicatori, questi, che includono alcuni importanti trend di

salute quali le elevate percentuali di multi morbidità e malattie croniche, costantemente aumentate nell'ultimo decennio.

Non ultimo una breve considerazione sullo “stato dell’arte” della Missione 6 del PNRR. Secondo AGENAS (dati giugno del 2023) il 72% delle case di Comunità attive sono presenti in Emilia Romagna e Lombardia, mentre il 50% degli Ospedali di Comunità nel Veneto. L’assenza pressoché totale di queste strutture in gran parte delle regioni italiane non consentirà, ancora per un lungo periodo di tempo, di assicurare quella assistenza territoriale propedeutica ad una vera deospedalizzazione, né consentirà di garantire quelle forme prevenzione secondaria necessarie alla riduzione delle cronicità e malattie oncologiche. Al di là del contrasto tra le raccomandazioni della Commissione Europea sulla necessità di convergenza tra Mezzogiorno e centro-nord e il DDL Calderoli, appare palese il pericolo di un ulteriore peggioramento dell’attuale divario.

Di seguito alcuni indicatori di assistenza territoriale pubblicati dal Ministero della Salute (Annuario Statistico anno 2021).

<b>ASSISTENZA DOMICILIARE</b>			
<b>Numero ANZIANI su 1.000 RESIDENTI + 65 anni</b>			
	<b>MAX</b>		<b>MIN</b>
MOLISE	182,5	CALABRIA	24,9
VENETO	121,2	SARDEGNA	29,4
E. ROMAGNA	104,5	PIEMONTE	31,0

<b>ASSISTENZA DOMICILIARE</b>			
<b>% Pazienti Terminali</b>			
	<b>MAX</b>		<b>MIN</b>
SARDEGNA	19,8	MOLISE	3,1
SICILIA	19,3	TOSCANA	3,8
UMBRIA	16,3	FRIULI V.G.	4,7

<b>ASSISTENZA ANZIANI in STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI</b>			
<b>Utenti * 100.000 abitanti</b>			
	<b>MAX</b>		<b>MIN</b>
VENETO	3.541,5	CAMPANIA	210,2
LOMBARDIA	3.431,6	BASILICATA	318,8
LIGURIA	3.006,7	SARDEGNA	323,4

<b>ASSISTENZA ANZIANI in STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI</b>			
<b>Giornate * Utente Anziano</b>			
	<b>MAX</b>		<b>MIN</b>
LOMBARDIA	240	SICILIA	59
FRIULI V.G.	228	BASILICATA	104
PUGLIA	220	CALABRIA	106

## Lo scenario:

Il DDL C.1665 presenta una insolita trasversalità politica tra alcune regioni. Un preoccupante segnale che svela l'obiettivo di avere mani libere nel decidere le politiche del personale (su formazione, immissione in ruolo, rapporti con le OO.SS.), le politiche del farmaco, le politiche di economia sanitaria (che rappresentano la fetta più importante di un bilancio regionale), le politiche di assistenza sanitaria integrativa e tanto altro. Il pericolo è che ogni regione potrebbe creare un sistema diverso in concorrenza con gli altri e con logiche economicistiche al ribasso.

Tuttavia, lo stesso DDL C. 1665 presenta almeno cinque limiti di difficile applicazione:

1. I tempi per la definizione e quantificazione dei Lep (livelli essenziali di prestazioni), per poter erogare a tutti i cittadini italiani le "prestazioni sociali di natura fondamentale" (art. 1 del Ddl). Di fatto la scadenza per definire i costi e i finanziamenti standard delle 23 materie delegabili entro il 2025, e secondo le procedure previste dalla L. 197/22 (art. 1 c. 791-804) sono impraticabili. Basti ricordare i Lea sanitari, enunciati per la prima volta dalla L. 412/91 ed aggiornati nel 2017, ancora oggi non sono erogati in quantità e qualità uniformi in tutte le regioni del paese.
2. Il ddl contiene il divieto di nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica (art. 8), quindi senza risorse aggiuntive. Tanto impedisce l'erogazione dei LEA da parte di quelle regioni che hanno una spesa storica troppo bassa per cui si crea una situazione sperequativa con immaginabili effetti a scapito dei servizi. Il tutto già aggravato dal fenomeno inarrestabile della mobilità sanitaria che ha sottratto in un decennio, secondo la Corte dei Conti, 14 miliardi di euro alle regioni del Sud.
3. Il terzo limite è legato alla diversissima capacità fiscale delle Regioni e allo sforzo necessario per fronteggiare i deficit o concedere Lea aggiuntivi: il gettito derivante dalla fiscalità regionale, legato al sistema produttivo e all'occupazione è di per sé molto variegato per cui appare superfluo ipotizzare LEA più generosi per le regioni più ricche, servizi migliori, stipendi più elevati. Da qui il rischio di lacerare l'unità nazionale creando tensioni tra i cittadini del Sud e del Nord.
4. La maggiore autonomia regionale in termini di contrattazione del personale, di fatto ostativa al contratto nazionale di lavoro, provocherà la mobilità dei professionisti sanitari verso quelle Regioni più ricche che saranno in grado di offrire condizioni economiche più vantaggiose. Analoghi disequilibri tra regioni riguarderanno il finanziamento, e quindi, il numero di borse di studio alle scuole di specializzazione compreso i medici di medicina generale.
5. Le maggiori autonomie sul sistema tariffario, rimborsi e compartecipazione alla spesa sanitaria, aumenteranno le diseguaglianze nell'offerta dei servizi, nell'accesso alle cure e, in caso di offerta sanitaria insufficiente con tempi di attesa particolarmente lunghi, il ricorso ulteriore al privato.

## Conclusioni:

Come Federazione CIMO-FESMED, riteniamo che l'autonomia differenziata rappresenterà l'ennesimo colpo, forse quello definitivo, a ciò che resta di nazionale del Servizio sanitario pubblico. Oggi non ci sono evidenze che confermano un aumento del grado di efficienza dei servizi erogati a fronte di ulteriori gradi di autonomia nelle disponibilità e nella gestione delle risorse; soprattutto non ci sono quelle condizioni economiche che consentano a tutte le regioni di partire dallo stesso "nastro di partenza".

Proprio per queste motivazioni il diritto alla salute deve mantenere una dimensione nazionale, il Ministero della Salute deve assumere il vero ruolo centrale evitando che una valenza locale ne diventi la fonte primaria, perché forti sono i rischi per l'integrazione sociale e l'unità del Paese se i cittadini non condividono gli stessi principi di giustizia sociale in un ambito rilevante come quello della salute. Riteniamo, pertanto, necessario superare l'attuale ripartizione di materie tra Stato e Regioni, andando tuttavia nella direzione opposta a quella disegnata dal progetto di autonomia differenziata: la salute dovrebbe essere di competenza esclusiva dello Stato, e non concorrente. Solo così si potrà tentare di sanare le differenze che si registrano al livello territoriale e garantire un accesso alle cure veramente equo ed universale in ogni parte del Paese.

Il Presidente della Federazione CIMO-FESMED

Dott. Guido QUICI

