

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).

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

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

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

ASSISTENZA ANZIANI in STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI			
Giornate * Utente Anziano			
	MAX		MIN
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.

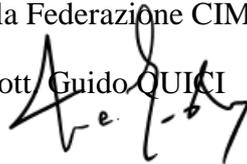
Conclusioni:

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



Disegno di legge AC 1665, approvato dal Senato, recante “Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell’articolo 116, terzo comma della Costituzione”.

***Audizione resa, per Anaa Assomed, dal
dott. Alessandro Grimaldi***

***Coordinatore Conferenza Permanente dei Segretari Regionali e delle Province Autonome Anaa
Assomed***

Roma, 26 marzo 2024

Illustre Presidente, Illustri Componenti la Commissione,

ringrazio la Commissione Affari Costituzionali per aver invitato l’Anaa Assomed, Associazione maggiormente rappresentativa della Dirigenza medica e sanitaria dipendente del Servizio Sanitario Nazionale, a prendere parte a questo ciclo di audizioni sul disegno di legge C1665, approvato dal Senato, recante “*Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell’articolo 116, terzo comma, della Costituzione*”.

In questi mesi la questione dell’autonomia differenziata non ha riguardato solo le sedi istituzionali e politiche, trovando un nuovo punto di “condensazione” sotto il profilo normativo nel testo approvato dal Senato della Repubblica e ora all’esame di codesta Commissione, ma ha coinvolto vasti settori della società italiana, per le preoccupanti ricadute che i progetti presentati potrebbero innescare sul terreno dell’eguaglianza e della coesione sociale del Paese.

In questa sede, a nome della Associazione che qui rappresento, vorrei tornare sulla questione già magistralmente evidenziata dal Segretario Nazionale Anaa Assomed, dott. Pierino Di Silverio nel corso delle audizioni tenutesi nel maggio dello scorso anno in Senato e ribadita dalla Direzione Nazionale di Anaa Assomed: “*l’autonomia differenziata e la fine del Servizio Sanitario Nazionale*”. Si sta giocando una partita fondamentale per il futuro del Paese. Autonomia differenziata in sanità significa sottrarre, al diritto alla tutela della salute, una dimensione nazionale, mettere in crisi il Servizio sanitario nazionale e anche un’idea unitaria di Paese, di Repubblica e di Stato.

La Legge 833/78, istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, 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 km, ma in aspettativa di vita (minore al Sud), tassi di mortalità evitabile (maggiori al Sud), speranza di vita in buona salute (venti 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, tra i 583 euro spesi per abitante di Bolzano e i 53 di Messina. Le Regioni del Mezzogiorno, mediamente più giovani, ricevono una quota capitaria media inferiore del 2,6% (-45,5 euro) rispetto a quella del Nord e del Centro, a causa di una iniqua ripartizione del Fondo sanitario nazionale, nonostante il lieve incremento dello 0,75% del parametro della deprivazione sociale, recentemente introdotto. La persistenza di inaccettabili diseguaglianze, sia nell'offerta di servizi e prestazioni sanitarie sia negli esiti di salute, particolarmente lungo la fascia 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.

Il disegno di legge per l'attuazione dell'autonomia differenziata, presentato dal Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie Roberto Calderoli, attualmente in discussione alla Camera, concede maggiori poteri alle Regioni su ventitré materie, tra cui la sanità. 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 ventuno 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 che ha sottratto in un decennio, secondo la Corte dei Conti, 14 miliardi di euro alle regioni del Sud, ridotte al rango di clienti di quelle del Nord, cui garantiscono la tenuta dei conti.

L'obiettivo primo del Ddl Calderoli è, in tutta evidenza, 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. Le Regioni del Nord, in particolare Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, danno oggi allo Stato più di quanto ricevono, a differenza di quelle del Sud. Una

ANAAO ASSOMED

00185 Roma – Via San Martino della Battaglia, 31

Telefono 064245741 - Fax 0648903523

e-mail: segreteria.nazionale@anaao.it

www.anaao.it

differenti capacità fiscali 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. La SVIMEZ ha stimato che, qualora fossero state approvate le pre-intese sottoscritte dal Governo Gentiloni (2018), ne sarebbe derivato un *«surplus tra i sei e i nove miliardi a favore delle tre Regioni interessate (Lombardia, Veneto, Emilia Romagna)»*.

Diminuire, però, 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.

Non si possono nascondere dubbi e perplessità, riguardanti la mancanza di prerequisiti per richiedere ulteriore autonomia, così che anche Regioni in piano di rientro possono chiedere di espandere le competenze nella tutela della salute, o lo scarso coinvolgimento del Parlamento, essendo l'intesa di fatto un accordo tra esecutivi.

Per la sanità possiamo distinguere due parti: una riguardante la definizione e il finanziamento dei **LEPs** (Livelli Essenziali delle Prestazioni), vale a dire la soglia costituzionalmente necessaria per rendere effettivi i diritti civili e sociali, che meriterebbe una attuazione accelerata, l'altro contenente le materie **non LEPs**, contenente non pochi aspetti allarmanti.

L'art.1 precisa che l'attuazione dell'autonomia differenziata è subordinata alla definizione dei LEPs concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Il combinato con l'articolo 119 della Costituzione (*«La legge dello Stato istituisce un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante»*) lascia intendere che l'insufficienza delle risorse regionali per assicurare i LEPs è da colmare senza se e senza ma. A garanzia per i più deboli di avere le stesse risorse per i loro diritti civili e sociali.

I LEPs, però, pur essendo fondamentali per allineare la qualità dei servizi delle Regioni del Centro-Sud a quelle del Nord, saranno definiti da una Commissione Tecnica, e non dal Parlamento, promulgati attraverso DPCM impugnabili solo davanti al TAR ma non davanti alla Corte Costituzionale. E restano, al momento, orfani di risorse. Ma si potrà procedere con l'autonomia prima ancora che le risorse siano stanziare, perché il trasferimento delle funzioni alle Regioni potrà essere effettuato dopo la definizione dei LEPs senza attendere la loro attuazione. In altri termini, l'autonomia precede il recupero dei divari tra le varie aree del Paese.

ANAAO ASSOMED

00185 Roma – Via San Martino della Battaglia, 31

Telefono 064245741 - Fax 0648903523

e-mail: segreteria.nazionale@anaao.it

www.anaao.it

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. Un mercato competitivo per l'ingaggio dei professionisti, nutrito dal dumping salariale e dalle contrattazioni regionali che metterebbero una *"pietra tombale sulla contrattazione collettiva nazionale e sul ruolo dei sindacati a carattere nazionale"* (GIMBE). Le note dolenti riguardano le **modalità di finanziamento dei LEPs**. In un sistema che non vuole "aggravi" per la finanza pubblica, sarà difficile comporre la differenza del 25% di spesa sanitaria individuale tra Nord e Sud e rispondere a quel 11% della popolazione che rinuncia alle cure, per problemi economici o tempi di attesa. O colmare, in tempi rapidi, i profondi divari interterritoriali, soprattutto di tipo infrastrutturale, attraverso la realizzazione di efficaci interventi perequativi, cui pure mira il Ddl Calderoli (articoli 9 e 10). Quando la Germania affrontò il problema della riunificazione decise di trasferire ingenti risorse da Ovest a Est. In mancanza delle quali, e nella vaghezza del finanziamento del fondo di perequazione, Regioni che in partenza sono al di sotto della soglia minima di LEPs non potranno recuperare terreno, vanificando anche le numerose sollecitazioni europee a favore della crescita dei territori più svantaggiati.

Infine, *last but not least*, la normativa in esame tende a configurarsi all'interno del sistema delle fonti come legge rinforzata e blindata nei confronti del Parlamento. E, per di più, non "aggredibile" nemmeno in via referendaria, ex articolo 75 della Costituzione. Come del resto la stessa legge-quadro, pervasa da frequenti richiami agli «*obiettivi di finanza pubblica*» e alle norme attuative dell'«*equilibrio di bilancio*», materie inibite al referendum abrogativo. Non a caso il Governo ha inserito la "legge-quadro" tra i provvedimenti collegati alla manovra di bilancio.

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.

ANAAO ASSOMED

00185 Roma – Via San Martino della Battaglia, 31

Telefono 064245741 - Fax 0648903523

e-mail: segreteria.nazionale@anaao.it

www.anaao.it

Per “mitigare” gli effetti collaterali del regionalismo potenziato in sanità si possono individuare tre contromisure:

- 1) il contestuale aumento delle capacità di indirizzo e verifica dello Stato;
- 2) la messa in atto di meccanismi di solidarietà tra Regioni;
- 3) l’aumento in maniera consistente della quota di deprivazione da destinare alle Regioni del Centro-Sud

In conclusione, il quadro che viene fuori dal Ddl 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, tra i più elevati in Europa, e dell’imminente ripristino delle strettoie del patto di stabilità, appare assai arduo il finanziamento dei LEPs entro il termine ravvicinato previsto. 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 incomprimibili a incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»* (sentenza n.275/ 2016).

La Direzione Nazionale di Anaa Assomed ritiene che si stia giocando una partita fondamentale per il futuro del Paese. Trasferire tutte le competenze previste dall’articolo 116 a una o più Regioni, senza che nemmeno esistano evidenze, come rilevato dalla Corte dei Conti, per affermare che ulteriori gradi di autonomia nelle disponibilità economiche e nella gestione delle risorse aumentino il grado di efficienza dei servizi erogati, appare azzardato in una epoca in cui l’Italia ha scelto di delegare, per ragioni di armonizzazione e per avere maggiore peso geopolitico, alcune materie alla competenza sovranazionale dell’Unione europea.

In sanità significa sottrarre al diritto alla tutela della salute 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 numerosi conflitti costituzionali tra Stato e Regioni.

Rafforzare il regionalismo in sanità significa, insomma, insistere su una strada sbagliata e contraria a quella indicata dal Presidente della Repubblica Sergio Mattarella nel discorso di fine 2022: *“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*

ANAAO ASSOMED

00185 Roma – Via San Martino della Battaglia, 31

Telefono 064245741 - Fax 0648903523

e-mail: segreteria.nazionale@anaao.it

www.anaao.it

affinché quel presidio insostituibile di unità del Paese rappresentato dal Ssn si rafforzi”.

L'Anaa Assomed ribadisce pertanto la propria contrarietà e opposizione ad un progetto siffatto, auspicando che si voglia evitare il colpo di grazia al welfare state del nostro Paese. O a quel che ne resta. Almeno togliendo la sanità dalle materie delegabili.

ANAAO ASSOMED

00185 Roma – Via San Martino della Battaglia, 31

Telefono 064245741 - Fax 0648903523

e-mail: segreteria.nazionale@anaao.it

www.anaao.it