



## **SENATO DELLA REPUBBLICA**

### **Commissione Affari Costituzionali**

**Disegni di legge nn. 615 e 273**  
**(Attuazione dell'autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario)**

Roma, 26 maggio 2023

**CIDA** è la Confederazione sindacale che rappresenta unitariamente a livello istituzionale dirigenti, quadri e alte professionalità del pubblico e del privato.  
Le Federazioni aderenti a CIDA sono:

**Federmanager** (industria) | **Manageritalia** (commercio e terziario) | **FP-CIDA** (funzione pubblica) | **CIMO-FESMED** (medici SSN)  
**Sindirettivo Banca Centrale** (dirigenza Banca d'Italia) | **FIDIA** (assicurazioni) | **Federazione Terzo Settore** (Sanità non profit)  
**FENDA** (agricoltura e ambiente) | **SAUR** (Università e ricerca) | **Sindirettivo Consob** (dirigenza Consob)





### **Premessa**

*L'esperienza "Covid" impone rinnovate riflessioni in merito all'autonomia differenziata, accompagnate da iniziative concrete per assicurare prospettive sostenibili, mettendo a fattor comune lungimiranza, tecnologie abilitanti e competenze manageriali. Le criticità del sistema sanitario, scolastico, dei trasporti e dei servizi pubblici, emerse nell'ultimo periodo, impongono un rinnovato impegno per contribuire tutti, a livello nazionale e regionale, al funzionamento dei servizi a favore dei cittadini, mettendo il personale nelle condizioni migliori per esprimere le professionalità.*

*La società civile sente il bisogno di informazioni chiare e attende risposte concrete:*

- *Il livello minimo dei servizi disponibili sull'intero territorio nazionale;*
- *l'implementazione territoriale in grado di assicurare efficacia ed efficienza economica, valorizzando le professionalità e responsabilizzando le organizzazioni.*

*Si rende necessaria l'azione sinergica Stato-Regioni per creare le condizioni e il contesto da "orchestra" nella quale ciascuno contribuisce in armonia al benessere collettivo.*

*Il tema dell'autonomia è quanto mai attuale e la dirigenza pubblica e privata sente il dovere sociale e la responsabilità di mettere a disposizione le competenze per promuovere l'omogeneità di servizi sostenibili su tutto il territorio, favorendo le sinergie, la cultura manageriale e il riconoscimento del merito.*

*Per CIDA autonomia è coniugare solidarietà fra Regioni con la necessità di porre le basi di uno Stato moderno costituito da professionalità eccellenti in grado di esprimere il meglio operando in Armonia.*

*Per tale motivo, di seguito riportiamo alcune considerazioni relative ai settori che maggiormente saranno toccati dai DL in discussione.*

### **Istruzione**

Il tema dell'autonomia differenziata di cui possono avvalersi le Regioni sta infiammando il dibattito politico e sociale, con specifico riferimento all'Istruzione. La possibilità per le Regioni di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia è prevista dalla Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3 che ha introdotto modifiche sostanziali al Titolo V della Costituzione con particolare attenzione agli articoli: 114 composizione della Repubblica; 116 autonomie speciali e forme particolari di autonomia; 117 potestà legislativa, potestà regolamentare ecc.; 118 funzioni amministrative e sussidiarietà; 119 federalismo fiscale. A distanza di oltre venti anni dalla sua approvazione, la legge in discussione tenta di prevedere procedure e garanzie per l'attuazione della norma costituzionale, a suo tempo approvata dal Parlamento e confermata dal referendum.

La vigente formulazione dell'art. 116 si occupa espressamente dell'argomento e inserisce tra le materie di possibile autonomia differenziata "le norme generali sull'istruzione"; norme che l'art. 117 elenca tra quelle di legislazione esclusiva dello Stato, da un lato, e di legislazione concorrente salva l'autonomia delle Istituzioni Scolastiche, dall'altro.

In questo contesto di normazione costituzionale 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 risulta l'intento del legislatore costituzionale: da un lato stabilisce i principi fondamentali che la Repubblica, nel suo complesso, fissa riguardo all'istruzione; dall'altro, demanda a Stato e Regioni, ciascuno nell'ambito della propria competenza, l'attuazione di tali principi.

Il processo di attuazione dell'autonomia differenziata può comportare, se ben gestito, delle opportunità. Sarebbe possibile, in particolare:

- *Adattare gli ordinamenti scolastici alle specificità regionali, nella logica originaria dell'autonomia, valorizzando le eccellenze presenti in ogni territorio*



- Spostare le competenze da Stato a Regioni renderebbe più vicini i decisori politici alle esigenze locali. Tuttavia, occorrerebbe individuare dei sistemi di controllo, atti ad evitare possibili distorsioni a danno dell'equità generale, nonché inopportune incursioni negli ambiti dell'autonomia scolastica, considerando che anche quest'ultima è riconosciuta e tutelata dalla Costituzione.

L'autonomia differenziata comporta, in ogni caso, il rischio di una frammentazione del sistema scolastico in tante microrealità locali. Questo rischio può essere evitato se, contemporaneamente all'attribuzione di competenze alle Regioni, saranno rafforzati, da parte dello Stato, i propri poteri di indirizzo, monitoraggio e controllo (in alcuni casi anche possibili interventi sostitutivi) che la Costituzione gli riserva.

In tale prospettiva, occorre fare molta attenzione affinché si preservi l'unitarietà complessiva del sistema scuola nonché dello stato giuridico del personale scolastico, il cui inquadramento dovrebbe restare sotto il controllo statale, senza però escludere alcuni correttivi sul *welfare*, che potrebbero risolvere le problematiche derivanti dalle notevoli differenze del costo della vita, esistenti fra le singole regioni. Al fine di perseguire tale obiettivo, l'attribuzione alle scuole di dirette facoltà assunzionali, per tutte le categorie che lavorano nella scuola, potrebbe contribuire alla qualità dell'offerta formativa, esaltando il ruolo determinante delle istituzioni scolastiche autonome.

Infine, la tenuta complessiva del sistema dipenderà strettamente dall'attenzione con la quale saranno definiti, attuati e monitorati i livelli essenziali delle prestazioni.

Con queste accortezze, l'attuazione della riforma costituzionale del 2001 potrebbe essere gestita adeguatamente, consentendo lo sviluppo di un sistema scolastico che, pur mantenendo una sostanziale unitarietà, potrebbe essere più aderente alle singole realtà regionali, maggiormente efficace rispetto al sistema attuale.

## Sanità

L'autonomia differenziata avrà esiti molto forti sul funzionamento del Servizio sanitario nazionale (SSN), già ampiamente compromesso – come messo in luce dalla gestione della pandemia – dall'attuale regionalismo. La riforma del Titolo V, infatti, ha già aperto le porte di un SSN pubblico e universale ad una parcellizzazione selvaggia che ha dimostrato tutti i suoi limiti, creando la "salute diseguale": secondo l'Istat, al Sud si vive un anno e sette mesi in meno che al Nord, e la mobilità sanitaria riguarda l'11,4% dei ricoverati residenti nel Meridione a fronte del 5,6% dei residenti nel Nord-Italia.

Alcuni indicatori, riportati dall'Annuario Statistico del Servizio Sanitario Nazionale anno 2021, evidenziano, tra le diverse regioni, il diverso accesso alle cure dei cittadini italiani, in particolare degli anziani. Di seguito alcuni dati indicativi:

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

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

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

ASSISTENZA ANZIANI in STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI			
Giornate * Utente anziano			
Regione	MAX	Regione	MIN
LOMBARDIA	240	SICILIA	59
F.V. GIULIA	228	BASILICATA	104
PUGLIA	220	CALABRIA	106



Occorre inoltre considerare che nel 2010 il 38,6% della popolazione aveva almeno una malattia cronica e il 20,1% ne aveva almeno due. Nel 2020, si è registrato un netto incremento dell'incidenza delle cronicità, con il 40,9% della popolazione a soffrire di una patologia cronica ed il 20,8% ad averne due. Tale tendenza è destinata a crescere nei prossimi anni, il che renderà necessario un livello maggiore di assistenza sanitaria. Inoltre, tra Nord e Sud Italia si registrano differenze notevoli in termini, tra gli altri, di aspettativa di vita (in base ai dati Istat chi abita al Nord vive mediamente un anno e 7 mesi in più rispetto a chi abita al Sud), di mortalità evitabile (le situazioni più critiche si registrano in Campania, Calabria, Sicilia e Lazio) e di deprivazione materiale e sociale (che ancora una volta evidenzia un benessere maggiore nelle regioni del Nord Italia rispetto alle regioni del Sud Italia e delle Isole).

In particolare, in relazione DDL 615 segnaliamo almeno tre limiti di difficile applicazione:

1. **I tempi per la definizione e quantificazione dei Lep** (livelli essenziali di prestazioni), chiamati Lea (livelli essenziali di assistenza) in sanità, per poter erogare a tutti i cittadini, da Nord a Sud, le "prestazioni sociali di natura fondamentale" (art. 1 del Ddl).  
I Lep, i costi e i finanziamenti standard delle 23 materie delegabili si dovrebbero definire entro il 2025, secondo le procedure previste dalla L 197/22 (art. 1 c. 791-804). I Lea sanitari, enunciati per la prima volta dalla L 412/91 e previsti per contrasti battibecchi tra Regioni e Stato. Sono stati aggiornati nel 2017, ma ancora oggi non sono erogati in quantità e qualità uniformi in tutte le regioni del paese. Per fare un altro esempio: l'elaborazione dei costi standard degli asili nido ha richiesto dieci anni. I tempi ipotizzati dal ddl risultano dunque, di per sé, impraticabili.
2. **Il ddl contiene il divieto di nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica** (art. 8), ma senza risorse aggiuntive non si possono erogare gli stessi Lep alle Regioni con spesa storica troppo bassa. Per consentire l'avvio del SSN fu necessario dotare il primo fondo sanitario (1980) di 4800 miliardi di lire (circa 9.1 miliardi di euro) al fine di superare il gap tra regioni rispetto alla media nazionale: il risultato dell'operazione, nel corso degli anni di sua applicazione, fu quello di addebitare i disavanzi alle regioni responsabili sottoponendole ai piani di rientro. Ne consegue che, storicamente, se si parte da situazioni sperequate, se si deve intervenire ad invarianza di finanziamenti e tutte le regioni devono godere di Lep predefiniti, il costo standard avvantaggia alcune Regioni e ne penalizza altre. Con gli immaginabili effetti a scapito dei servizi.
3. Il terzo limite è congenito 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, essendo di per sé molto variegato, produce un gettito a sua volta molto diverso.

Con l'autonomia differenziata sarà quindi molto facile per le regioni più ricche del Centro-Nord erogare migliori servizi, stipendi più elevati, Lep più generosi, mentre sarà dura per quelle del Sud garantire persino lo standard di legge. Tale divaricazione andrà a lacerare l'unità nazionale e a creare tensioni tra i cittadini del Sud e del Nord: la profonda differenza che si registra oggi nell'accesso alle cure tra Nord e Sud Italia aumenterà ulteriormente.

Si accentueranno dunque le difformità tra le Regioni più ricche e quelle più povere, frammentando il diritto alla salute in 21 declinazioni diverse in base al CAP e al reddito dei pazienti: chi risiede in regioni ricche ed avrà soldi si curerà, mentre gli altri potranno solo affidarsi a liste di attesa che ormai si misurano in semestri. Con il paradosso di una mobilità sanitaria che ogni anno sottrae risorse alle regioni del Sud, da un finanziamento peraltro più basso, per sostenere l'equilibrio dei conti delle regioni del Nord.



La tutela del diritto alla salute garantita dalla Costituzione verrà ancor più compromessa, e si vanificherà uno degli obiettivi principali della Legge 833/1978, istitutiva del SSN: “il superamento degli squilibri territoriali nelle condizioni socio-sanitarie del paese”.

L'autonomia differenziata rappresenterà dunque l'ennesimo colpo, forse definitivo, a quello che resta di nazionale del Servizio sanitario pubblico, in assenza - tra l'altro - di evidenze che confermino un aumento del grado di efficienza dei servizi erogati a fronte di ulteriori gradi di autonomia nelle disponibilità e nella gestione delle risorse.

A nostro avviso, il diritto alla salute deve mantenere una dimensione nazionale, 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 quindi 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.