

10 Giugno 2026 12:27

quotidianosanità.it

Studi e Analisi

Cronache Governo e Parlamento Regioni e Asl Lavoro e Professioni Scienza e Farmaci Studi e Analisi Lettere al direttore Edizioni Regionali QS Pro Professionisti Sanitari. AI

[QS Club Newslet](#)
[QS > Studi e Analisi](#) » Autonomia differenziata. Gimbe chiede la sospensione: "Senza Lep e monitoraggio si ampli...

Stampa

Autonomia differenziata. Gimbe chiede la sospensione: "Senza Lep e monitoraggio si ampliano i divari tra Regioni"



Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria chiedono le stesse maggiori competenze nonostante profonde differenze su Lea, accesso alle cure e personale. La fondazione

Gimbe: "Senza Lep sanitari e monitoraggio dell'equità si rischia di ampliare disuguaglianze e privatizzazione".

Le quattro Regioni che hanno sottoscritto gli schemi di intesa preliminare - Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria - per ottenere ulteriori autonomie in materia di tutela della salute presentano profonde differenze nelle performance sanitarie, nell'accesso alle cure e nella capacità di attrarre pazienti. E le maggiori competenze richieste dalle Regioni rischiano di aumentare disuguaglianze di accesso e privatizzazione.

È quanto emerge dall'audizione odierna della Fondazione Gimbe presso la Commissione Affari Costituzionali del Senato sugli schemi di pre-intesa per l'autonomia differenziata, anche alla luce delle evidenze illustrate ieri alla Commissione Affari Sociali della Camera nell'ambito dell'indagine conoscitiva sull'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), ovvero le prestazioni sanitarie che Regioni e Province Autonome devono garantire gratuitamente o previo il pagamento del ticket.

La Fondazione Gimbe ha ricordato che la Corte Costituzionale, con le sentenze n. 192/2024 e n. 10/2025, ha chiarito che il trasferimento di funzioni alle Regioni non può essere giustificato in modo generico, ma richiede un'istruttoria puntuale e motivata per ciascuna funzione oggetto di devoluzione, fondata sul principio di sussidiarietà e sulla dimostrazione che l'esercizio regionale sia in grado di perseguire meglio l'interesse pubblico. "Desta forti perplessità - dichiara **Nino Cartabellotta**, Presidente della Fondazione Gimbe - che i quattro schemi di pre-intesa siano sostanzialmente sovrapponibili, nonostante riguardino Regioni con caratteristiche epidemiologiche, demografiche, organizzative e assistenziali profondamente diverse".

LEA: differenze marcate tra le quattro Regioni. Nel Nuovo Sistema di Garanzia 2023 (ultimo anno disponibile) la Liguria non raggiungeva la soglia minima prevista in una delle tre macro-aree di valutazione, risultando pertanto inadempiente. Il Veneto ha invece raggiunto il punteggio complessivo più elevato (288 punti), seguito da Piemonte (270) e Lombardia (257), mentre la Liguria si fermava a 219 punti. Nella recente audizione sull'attuazione dei LEA, la Fondazione Gimbe

Gli speciali



Sanità digitale per garantire più salute e sostenibilità. Ma servono standard e condivisione

[Tutti gli speciali](#)

I più letti

[7 giorni] [30 giorni]



Medico di famiglia. Anatomia di un fallimento



Enpam. Scontro M5S-Giorgetti sulle pensioni dei medici. Castellone: "Investimenti a rischio, c'è un'inchiesta della procura di Milano"



Medici di famiglia, la riforma Schillaci si ferma. La maggioranza frena sul passaggio alla dipendenza



Riforma medicina generale. Schillaci: "Su case della comunità troveremo quadra. È rivoluzione dalla quale non possiamo tirarci indietro"



La rilevante svolta alla responsabilità civile sanitaria

ha inoltre evidenziato come l'attuale sistema di monitoraggio nazionale presenti limiti rilevanti nel cogliere le effettive diseguaglianze regionali nell'erogazione delle prestazioni e si sia progressivamente trasformato in uno strumento di political agreement tra Governo e Regioni.

“Le quattro Regioni che chiedono le stesse ulteriori competenze in sanità – commenta Cartabellotta – partono da situazioni molto diverse: una risulta inadempiente sui LEA, mentre le altre presentano livelli di performance distanti tra loro. È quindi difficile comprendere come schemi di intesa sostanzialmente identici possano rispondere a realtà assistenziali così eterogenee. Proprio queste differenze avrebbero richiesto istruttorie specifiche e puntualmente motivate, perché prima di attribuire nuove competenze occorre garantire che i diritti già previsti siano realmente esigibili in modo uniforme su tutto il territorio nazionale”.

Mobilità sanitaria: Lombardia e Veneto attraggono pazienti, Piemonte e Liguria perdono risorse. Nel 2023 la Lombardia ha registrato un saldo positivo della mobilità sanitaria di € 645,8 milioni, il Veneto di € 212,1 milioni. Piemonte e Liguria mostrano invece saldi negativi rispettivamente per € 20,7 milioni e € 74,4 milioni. In termini pro-capite il saldo è pari a € 65 per la Lombardia e € 44 per il Veneto, mentre scende a -€ 5 per il Piemonte e a -€ 49 per la Liguria. “La mobilità sanitaria – evidenzia Cartabellotta – è uno dei più chiari indicatori delle diseguaglianze regionali. Se due Regioni presentano saldi attivi e, viceversa, due registrano saldi negativi, è difficile sostenere che abbiano le stesse esigenze organizzative e assistenziali. Per questo lascia perplessi che le richieste di autonomia in sanità siano pressoché sovrapponibili”.

Rinuncia alle prestazioni sanitarie: Lombardia e Liguria oltre il 10%. Secondo l'indagine ISTAT 2024, ha rinunciato a prestazioni sanitarie il 10,3% della popolazione lombarda, il 10,1% di quella ligure, il 9,2% di quella piemontese e il 7,9% di quella veneta. “La rinuncia alle prestazioni sanitarie – osserva Cartabellotta – è la cartina al tornasole delle difficoltà di accesso alle cure. Se milioni di cittadini già oggi rinunciano a visite ed esami, significa che i diritti garantiti sulla carta non sono sempre esigibili nella realtà. Prima di attribuire nuove competenze alle Regioni occorre garantire livelli essenziali realmente esigibili e monitorare l'equità di accesso ai servizi, altrimenti il rischio è spingere sempre più cittadini verso il settore privato”.

Personale sanitario: carenze e forti differenze regionali. Persistono rilevanti differenze nella disponibilità di professionisti sanitari e nella capacità di coprire il fabbisogno di medici e pediatri di famiglia. Particolarmente marcata la variabilità nella dotazione di infermieri dipendenti, che passa da 6,86 ogni 1.000 abitanti in Liguria a 3,80 in Lombardia. “In assenza di LEP sanitari definiti e finanziati – commenta Cartabellotta – ulteriori margini di autonomia sul personale rischiano di accentuare la competizione tra Regioni e di ampliare le difficoltà di accesso al servizio pubblico”.

Maggiori autonomie e rischio di ampliare i divari. Le competenze richieste dalle Regioni – tariffe regionali differenziate, gestione autonoma delle risorse statali per edilizia sanitaria e tecnologie, istituzione di fondi sanitari integrativi regionali, maggiori margini per assunzioni di personale e prestazioni aggiuntive e riallocazione di risorse nazionali vincolate – potrebbero produrre effetti rilevanti sull'equità e sull'uniformità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Tariffe di rimborso e remunerazione superiori a quelle nazionali potrebbero aumentare la capacità delle Regioni più forti di attrarre erogatori, professionisti e pazienti, alimentando fenomeni di competizione tariffaria e/o incentivando la concentrazione sulle prestazioni più remunerative e spostandole verso il privato convenzionato. La gestione autonoma di risorse statali per edilizia sanitaria e tecnologie rischia di indebolire la funzione perequativa della programmazione nazionale, orientando gli investimenti verso interventi a maggiore consenso politico piuttosto che verso priorità strategiche quali assistenza territoriale, domiciliarità, salute mentale, prevenzione e interoperabilità digitale. Anche l'istituzione di fondi sanitari integrativi regionali potrebbe favorire una progressiva segmentazione dell'accesso alle cure, offrendo coperture che incidono su tempi, modalità e condizioni di accesso alle prestazioni e aumentando le diseguaglianze tra chi può beneficiare di tali strumenti e chi ne resta escluso.

Analogamente, maggiori margini di spesa per personale e prestazioni aggiuntive potrebbero ridurre i tempi di attesa nelle Regioni più forti senza aumentare la capacità produttiva di quelle più fragili, amplificando le diseguaglianze e alimentando ulteriormente la mobilità sanitaria, con possibili effetti boomerang anche per le Regioni più attrattive. Infine, la possibilità di riallocare risorse

nazionali vincolate verso finalità diverse da quelle originarie rischia di compromettere obiettivi strategici in settori dove i risultati richiedono investimenti continuativi e di lungo periodo: prevenzione, screening, liste di attesa, assistenza territoriale e non autosufficienza.

“La criticità – continua Cartabellotta – non è l'autonomia amministrativa sé, ma il contesto in cui si vorrebbe applicarla. Trasferire ulteriori competenze sanitarie a Regioni che già oggi partono da condizioni molto diverse significa intervenire su un SSN segnato da sottofinanziamento, persistenti difficoltà nel garantire i LEA e crescente ricorso alla spesa privata. In questo scenario, le stesse competenze richieste possono produrre effetti molto diversi a seconda della capacità organizzativa, amministrativa e finanziaria delle singole Regioni: senza adeguati meccanismi di garanzia e perequazione il rischio è che l'autonomia differenziata rafforzi ulteriormente chi è già più forte e renda ancora più difficile colmare i divari esistenti”.

“La garanzia formale dei LEA – conclude Cartabellotta – non basta se milioni di cittadini continuano a incontrare ostacoli nell'accesso alle cure. Prima di trasferire ulteriori competenze alle Regioni è indispensabile definire e finanziare i LEP sanitari, misurare gli effetti delle autonomie su accesso ed equità e istituire un sistema pubblico e indipendente di monitoraggio. Del resto, la stessa Corte Costituzionale ha chiarito che l'autonomia differenziata richiede una rigorosa istruttoria funzione per funzione e adeguate garanzie di uniformità dei diritti sull'intero territorio nazionale. In assenza di queste condizioni, il rischio non è soltanto di ampliare le disuguaglianze nell'accesso alle cure, ma anche di legittimarle. Per questo la Fondazione GIMBE ha chiesto di sospendere l'iter o di subordinarlo ad una moratoria fino alla definizione dei LEP sanitari, alla quantificazione dei relativi costi standard e all'adozione di un sistema nazionale di monitoraggio dell'impatto delle maggiori autonomie su salute, accesso ed equità”.

Stefani: “Tiriamo dritto, obiettivo è sanità migliore per i veneti”

10 Giugno 2026

© Riproduzione riservata

Potrebbe interessarti in Studi e Analisi



Tumori. In Europa 3,2 milioni di nuove diagnosi: +58% dal 1995. Ma la sopravvivenza migliora. Il nodo resta il tempo di accesso ai nuovi farmaci

Il cancro continua a rappresentare una delle principali sfide per i sistemi sanitari europei. Nel 2022 in Europa sono stati stimati 3,2 milioni di nuovi casi, contro i 2,1 milioni...



Liste d'attesa. Ginecologia a due velocità: visite ed ecografie nei tempi per le prestazioni programmate, ma un'urgenza su 4 fuori soglia

Le liste d'attesa per le prestazioni ginecologiche continuano a viaggiare a due velocità. Se visite ed esami programmati vengono nella maggior parte dei casi garantiti entro le soglie previste dal...



Droghe. Ue: aumentano disponibilità e potenza delle sostanze. Oltre 7.600 morti per overdose nel 2024

Un mercato delle droghe sempre più dinamico, diversificato e pericoloso, caratterizzato da sostanze più potenti, nuovi prodotti sintetici e un aumento dei rischi per la salute pubblica. È il quadro...