



*ANALISI UIL LINEE GUIDA PER L'ATTIVITÀ AZIENDALE IN REGIME DI SANITA' INTEGRATIVA
(FONDI, MUTUE, ASSICURAZIONI E TPA) LOMBARDIA Delibera regionale n. 4986*

Le Linee guida regionali rappresentano un passaggio che, dietro la veste tecnica e la retorica dell'“integrazione”, apre in realtà un varco strutturale dentro il servizio sanitario pubblico: un varco che consente alle Aziende e agli Enti del SSR di erogare prestazioni a domanda privata — finanziate da fondi, mutue e assicurazioni in parallelo e in concorrenza con l'attività istituzionale. Si tratta di una scelta che non è neutra né marginale: essa istituzionalizza un doppio binario clinico, organizzativo ed economico. Da un lato, il canale pubblico, universale e solidaristico, sostenuto dalla fiscalità generale; dall'altro, un canale privatistico-assicurativo, gestito dagli stessi soggetti pubblici ma riservato a chi può permettersi una copertura aggiuntiva, con tariffe negoziate e margini per le aziende.

Questa architettura diciamo con chiarezza rompe l'unitarietà del sistema sanitario nazionale, sposta capacità produttiva dal governo pubblico dei fabbisogni a logiche di mercato, e introduce incentivi distorti che spingono professionisti e strutture verso l'attività remunerata piuttosto che verso quella universale. Così si apre un'autostrada al rischio di marginalizzazione del SSN, alla creazione di corsie preferenziali per pochi, a discapito dei molti.

Non è solo un tema di organizzazione: è un tema di equità, giustizia sociale e diritti fondamentali. Questo doppio binario colpisce direttamente la tenuta del SSN e l'accesso universale alle cure, aggrava la già drammatica carenza di personale, rischia di compromettere i principi dell'esclusività e della libera professione pubblica, e mette in discussione la tenuta economica e solidaristica dei fondi sanitari negoziali.

La salute è un diritto universale, non un privilegio per chi può permetterselo. È su questo principio costituzionale che si fonda il nostro Servizio Sanitario Nazionale: un sistema pubblico, solidaristico, finanziato dalla fiscalità generale e orientato al bisogno, non alla capacità di spesa.

Le nuove Linee guida regionali, che aprono la strada a un regime strutturale di erogazione “aziendale” di prestazioni coperte da fondi, mutue e assicurazioni, rappresentano per noi **un punto di svolta critico**. Dietro l'apparenza neutra e tecnica di norme organizzative si cela un'operazione profonda e di sistema: si istituisce, di fatto, un doppio canale sanitario. Da una parte quello pubblico, universale, vincolato ai LEA e sostenuto dal bilancio collettivo; dall'altra, un canale privatistico-assicurativo, gestito dalle stesse aziende pubbliche ma riservato a chi dispone di una copertura integrativa, con tariffe negoziate e margini aziendali. Significa

disaccoppiare una quota crescente della capacità produttiva delle strutture sanitarie pubbliche dal governo dei fabbisogni collettivi, per orientarla verso logiche di mercato assicurativo. Significa creare **corsie preferenziali** per chi ha fondi integrativi, mentre le liste di attesa e la carenza di personale gravano sulle spalle di tutti gli altri. Significa, in ultima analisi, **minare i principi fondativi del SSN**, costruendo dentro il pubblico un'infrastruttura parallela che parla il linguaggio del mercato.

Come UIL denunciavamo con forza che questo modello **incentiva gli operatori verso l'attività remunerata a pagamento**, sottraendo energie, tempo e risorse all'attività istituzionale. Così facendo, mette a rischio:

- la **tenuta complessiva del SSN** e l'universalità di accesso alle cure;
- la **gestione delle gravi carenze di personale** e dei tempi di attesa;
- la **coerenza con i principi dell'esclusività e della libera professione** pubblica;
- la **sostenibilità economica e solidaristica** dei fondi sanitari negoziali.

Questa impostazione non è compatibile con una visione progressiva e costituzionale del diritto alla salute.

La UIL rivendica con forza che ogni politica sanitaria regionale deve avere come stella polare il rafforzamento del servizio pubblico, non la sua progressiva smontatura dall'interno. Nessuna linea guida può trasformare il diritto universale alla salute in un bene a due velocità: uno per chi può permetterselo e un altro per chi resta in coda.

Di seguito l'analisi tecnico sindacale svolta dalla nostra Organizzazione sui contenuti e le criticità della delibera della Lombardia e le linee Regionali

Le Linee guida della delibera:

- definiscono la sanità integrativa come ambito "aggiuntivo" rispetto ai LEA, includendo però anche quote a carico dell'assistito su prestazioni LEA e attività libero-professionale (ALPI) (pp. 2-3: definizione e tipologie di prestazioni);
- prevedono che l'Azienda pubblica diventi il "soggetto contrattuale" che negozia con fondi/assicurazioni/TPA un nomenclatore tariffario e prezzi con margine operativo, senza oneri per il bilancio aziendale (pp. 4-5, 8: principi economici, schema di convenzione, prezzo di vendita);
- istituiscono canali e flussi separati dall'attività istituzionale, con volumi concordati in sede di budget annuale e attività svolta "fuori orario" con timbratura e rendicontazione dedicata (pp. 5-8: organizzazione, attività ambulatoriali e di ricovero);
- per i ricoveri prevedono fatturazione basata su "100% DRG" più componenti accessorie (equipe, alberghiero, protesi, diagnostica extra DRG), con utilizzo di letti accreditati "non attivi" in regime istituzionale ove non siano disponibili letti solventi (p. 6);

- richiamano l'esclusione da accantonamenti ex art. 90 CCNL (perequazioni/ fondi interni) per questa attività, pur confermando la trattenuta del 5% “Balduzzi” finalizzata a prevenzione e abbattimento liste (pp. 4, 8: accantonamenti; p. 9: controlli);
- pongono molte incompatibilità individuali e meccanismi di controllo interni, ma collocano la funzione integrativa come attività aziendale ordinaria (pp. 8–10: esclusioni, incompatibilità, controlli e responsabilità).

Il *diagramma di sintesi* a p. 7 (“Figura 1”) mostra chiaramente la costruzione di un secondo perimetro: “Integrativa aziendale” distinta dalla “Libera professione con copertura integrativa”, con logiche, remunerazioni, tariffe e trattenute differenziate (p. 7, figura).

Criticità tecnico-organizzative per SSN, liste e capacità produttiva

La separazione dei “flussi” e la definizione di *volumi dedicati* all'integrativa nel budget annuale crea un canale permanente, pianificato e remunerativo in parallelo ai percorsi istituzionali (p. 7: flussi separati; p. 7: volumi in sede di budget). Anche se formalmente “fuori orario”, la programmazione e la rendicontazione dedicate normalizzano un utilizzo di personale, infrastrutture e logistica che inevitabilmente competono con la missione istituzionale: ambulatori, sale operatorie, diagnostica e letti “non attivi” vengono riallocati alla domanda assicurativa (p. 6: ricoveri con 100% DRG e letti accreditati non attivi). Questo rischia di sottrarre energie organizzative e gestionali all'abbattimento delle liste di attesa istituzionali e di alimentare circuiti di priorità per gli assicurati.

Questa impostazione rappresenta uno snodo cruciale: la separazione dei flussi e la pianificazione di volumi dedicati all'attività integrativa non è un dettaglio tecnico, ma l'atto politico con cui si consolida un secondo canale strutturale dentro il servizio pubblico. Non si tratta di qualche prestazione occasionale o marginale, ma di un sistema che diventa programmato, remunerativo e competitivo rispetto all'attività istituzionale.

Quando sale operatorie, ambulatori, diagnostica e persino posti letto “non attivi” vengono indirizzati sistematicamente verso percorsi assicurativi, il rischio non è solo quello di una sottrazione materiale di spazi e risorse: è quello di un indebolimento strategico del servizio pubblico universale. In nome dell'efficienza e della sostenibilità, si finisce per normalizzare la privatizzazione interna, costruendo priorità parallele e discriminanti tra chi può accedere tramite fondi e chi resta nella lista d'attesa.

Per la UIL, questa è non si può costruire un sistema a due velocità e poi pretendere che le liste d'attesa si riducano da sole. Se si sottraggono risorse, personale e infrastrutture al canale pubblico per destinarle a quello solvente, si indebolisce la capacità di risposta per tutti.

Le Aziende fissano prezzi con *marginale operativo* e non inferiori al ticket (p. 8: prezzo di vendita e margine). La presenza di un margine potenzialmente più elevato di quello conseguibile sul canale SSN (vincolato da tetti e tariffe) genera un incentivo aziendale – e per i professionisti coinvolti – a spostare progressivamente attività verso l'integrativa, soprattutto

nelle aree a più alta domanda solvente (diagnostica rapida, chirurgia programmabile). Il risultato è un *pull* strutturale di risorse dal canale universale verso il canale a pagamento, in contrasto con la priorità pubblica di recupero liste.

L'indicazione a usare letti accreditati non attivi in regime istituzionale (p. 6) apre un varco: la non attivazione in istituzionale può diventare *razionalmente conveniente* se le stesse risorse vengono valorizzate a DRG pieno nell'integrativa. La *simulazione DRG ex ante* (p. 6) e la facoltà di aggiungere voci extra (equipe, alberghiero, protesi) accentuano l'asimmetria economica a sfavore del canale SSN.

Il rapporto contrattuale diretto tra Azienda e fondo/assicurazione (p. 4–5: schema di convenzione) sposta di fatto una quota di programmazione sanitaria verso la contrattazione commerciale tra soggetti, ancorché “senza oneri” per l'azienda. L'interesse del pagatore assicurativo a massimizzare soddisfazione e tempi di accesso per i propri iscritti può divergere dall'interesse pubblico di ridurre tempi per tutti e di agire sulle priorità cliniche.

Personale: carenze, orari e qualità del lavoro

Le Linee guida collocano l'attività integrativa “fuori orario” con timbratura, prevedendo anche supporto del comparto (pp. 5, 7–8, 10). Ma i servizi SSN soffrono già di scoperture di organico e straordinari. L'istituzionalizzazione di un secondo canale retribuito *extra orario* spinge i professionisti a destinare le proprie energie residue ad attività meglio retribuite, lasciando l'attività istituzionale ordinaria – spesso più gravosa e meno remunerata – alla fascia diurna. A regime, si accentua il burnout e si riduce la disponibilità per progetti di miglioramento del core pubblico. **Possono aderire i dirigenti con rapporto esclusivo** (non a impegno ridotto), gli specialisti ambulatoriali interni e il personale universitario contrattualizzato (p. 7). È una scelta che, pur coerente con i vincoli ALPI, crea un *canale privilegiato* di incremento reddituale per gli esclusivisti, potenzialmente in competizione con l'ALPI stessa e con la spinta, in alcuni contesti, a chiedere l'uscita dall'esclusiva per cercare opportunità esterne. Il rischio è una *pressione centrifuga* sul sistema delle carriere e sull'attrattività del lavoro istituzionale.

Questa impostazione mette a nudo una contraddizione profonda: si apre un secondo canale retribuito extra orario in un sistema che soffre già una carenza cronica di personale e un uso massiccio di straordinari. Non stiamo parlando di “ottimizzare risorse” ma di costruire un meccanismo che, invece di risolvere i problemi strutturali, li istituzionalizza e li amplifica. Si chiede a lavoratrici e lavoratori di fare di più, ma per un canale che non serve a ridurre le liste per tutti: serve a garantire percorsi più rapidi per chi può pagare.

La logica è chiara e pericolosa: l'energia residua dei professionisti, già logorati da carichi insostenibili, viene orientata dove la remunerazione è più alta, cioè nell'attività integrativa, lasciando scoperta e impoverita l'attività ordinaria diurna. Così facendo, si rafforza un circuito perverso: l'attività istituzionale diventa il “fratello povero” del sistema, quella dove si lavora di più e si guadagna meno, mentre l'extra orario solvente diventa il terreno delle opportunità economiche e professionali.

In questo modo, invece di costruire leve per trattenere e valorizzare il personale nel SSN, si crea una pressione centrifuga: verso l'attività integrativa e, in molti casi, verso l'abbandono dell'esclusività per cercare ulteriori margini nel privato esterno. È una logica miope e distruttiva per la tenuta stessa del sistema pubblico, che non potrà mai reggere se il "cuore produttivo" viene progressivamente svuotato. Per la UIL questa deriva è inaccettabile. La priorità deve essere invertita: prima si rafforza e si valorizza l'attività istituzionale, si assumono stabilmente le persone necessarie, si pagano in modo equo e si costruiscono carriere attrattive; solo dopo si può discutere di eventuali attività aggiuntive, sempre e comunque subordinate alle esigenze pubbliche e non alle logiche di mercato.

La norma prevede divieti, incompatibilità e severe sanzioni (pp. 8–10). Ma nella pratica la *concorrenza interna* tra liste istituzionali e integrative – con gli stessi professionisti potenzialmente coinvolti – può generare fenomeni di *steering* implicito: allocazioni di slot, comunicazioni e tempi di follow-up che, anche senza violazioni formali, favoriscano i percorsi assicurativi.

ALPI ed esclusività: sovrapposizioni, trattamento economico e derive culturali (e ambiguità verso i cittadini)

Il documento qualifica esplicitamente l'erogazione in regime di sanità integrativa come "*attività a pagamento richiesta dal cittadino*", tanto in ambulatoriale quanto in ricovero, richiamando l'art. 89, c. 1, lett. d) del CCNL 23.1.2024. La novità è che il titolare del rapporto contrattuale diventa l'Ente (non il singolo medico scelto nominalmente), e il pagamento è a carico di fondo/assicurazione/mutua (eventualmente con compartecipazione dell'assistito), con attività svolta fuori orario e con flussi dedicati di rendicontazione (*onere 4 – Solvenza*).

Questo impianto crea agli occhi di chi fruisce una quasi-sovrapposizione col perimetro ALPI: in entrambi i casi si tratta di prestazioni richieste e pagate extra SSN; cambiano la "facciata" del rapporto (Ente-Fondo invece che Paziente-Professionista), la logistica (flussi separati) e la tariffazione (nomenclatore e prezzi negoziati dall'azienda). Ma la promessa di accesso più rapido rimane il vero driver di domanda, che per il cittadino/assicurato rende labile la distinzione tra *libera professione intramuraria* e *integrativa aziendale*. Il documento, infatti, istituzionalizza agende e flussi separati dall'attività istituzionale e prevede che i volumi integrativi siano concordati in sede di budget: segni concreti di un secondo canale organizzato e prevedibile. **Sul piano economico**, l'Ente negozia un nomenclatore tariffario e definisce prezzi non inferiori ai ticket; può operare con margine operativo e politiche tariffarie modulabili in funzione dei volumi richiesti dai fondi. Questo differenziale di governance e pricing rispetto a ALPI (dove prevale la logica "a prestazione" e un paniere di trattenute più ampio) sposta incentivi e priorità dell'organizzazione, di conseguenza la domanda solvente "matura" viene instradata verso un canale a regia aziendale che, pur formalmente distinto, intercetta la stessa finalità di ALPI (prestazioni a pagamento richieste dal cittadino). **Sul piano dell'equità, questo può "normalizzare" la percezione di una via rapida assicurativa come modalità ordinaria**

di accesso, erodendo il senso dell'integrazione come *aggiunta* al SSN. (La premessa normativa stessa mette in continuità il modello con ALPI e con il quadro CCNL 2024.)

Gravissimo inoltre è come la Regione conferma la trattenuta del 5% “Balduzzi” sui compensi dei dirigenti per finanziare prevenzione e prestazioni aggiuntive per l’abbattimento liste; ma esclude gli accantonamenti di cui all’art. 90 CCNL (fondi perequativi, ecc.), sostenendo che la partecipazione ai proventi di attività a pagamento richieste da terzi costituisce fattispecie distinta dalla libera professione intramuraria (art. 89).

Questo assetto, unito alla fatturazione dei ricoveri su base “100% DRG” + componenti extra (equipe, alberghiero, protesi, diagnostica extra-DRG), crea una miscela economica che può risultare più redditizia per l’azienda (e, in alcuni casi, per i professionisti) rispetto a ALPI, dove il paniere di trattenute e vincoli redistributivi è più ampio. Il rischio concreto è il drenaggio di casistica “solvente” dall’ALPI verso l’integrativa aziendale, per convenienza e semplicità contrattuale (rapporto diretto Ente-Fondo, sconti a volume, ecc.).

In controluce, l’eliminazione degli accantonamenti ex art. 90 riduce la perequazione interna che in ALPI attenua le disparità tra discipline e professionisti, e rafforza l’incentivo ad alimentare il canale integrativo quando la domanda assicurativa è sostenuta. È significativo che il documento ribadisca anche che i prezzi non possono essere inferiori ai ticket, rendendo l’integrativa strutturalmente *solvente* e con margine operativo aziendale.

La disciplina regionale limita l’accesso all’integrativa ai dirigenti con rapporto esclusivo (non a impegno ridotto), oltre ad altre categorie selezionate; simultaneamente, vieta l’integrativa in una serie di casi (assenze, pronta disponibilità, incompatibilità, conflitti). Questo allineamento formale al quadro ALPI (dove l’esclusività è cardine) però cambia di segno quando l’integrativa diventa canale strutturale a regia aziendale e con volumi concordati a budget.

In termini di cultura organizzativa, l’esclusività – nata per garantire l’impegno primario nel canale SSN – rischia di trasformarsi in “abilitazione” all’accesso a un secondo mercato interno (più ordinato, negoziato, con margine) che, per strutture e professionisti, diventa appetibile e pianificabile (tariffe orarie per ambulatoriale, nomenclatore dedicato, DRG pieno per ricoveri) rispetto allo sforzo spesso più gravoso dell’ordinario SSN.

Ne segue un paradosso: l’esclusività non tutela più (o tutela meno) la priorità del servizio universale, ma finisce per abilitare la capacità produttiva extra orario su un binario solvente; il rischio è una privatizzazione “interna” in cui carriere, reputazione e incentivi economici si allineano progressivamente al *canale integrativo*, lasciando l’istituzionale con meno leve di attrazione. Non a caso, il documento elenca minuziosamente incompatibilità e controlli per prevenire conflitti di interessi e concorrenza sleale – segnale che la frizione tra i due canali è attesa e non accidentale.

Le Linee guida legittimano il *rapporto diretto* tra pagatore assicurativo e azienda, con *prezzi negoziati, sconti a volume* (p. 8) e gestione di servizi alberghieri e componenti extra

DRG (p. 6). È un linguaggio industriale che spinge la sanità pubblica a *segmentare* l'offerta in funzione del potere d'acquisto di gruppi coperti da fondi/mutue, erodendo il principio "uguale bisogno, uguale accesso". Il mantra "**nessun onere per il bilancio aziendale**" (p. 4) ignora i **costi-opportunità: pianificazione, coordinamento, amministrazione, IT, CUP, contabilità, controllo, gestione del rischio clinico e medico-legale per un secondo canale**. Anche i *tempi* dei dirigenti e dei quadri si spostano su negoziazioni e controllo dell'integrativa, sottraendo focus alla performance SSN.

Ma l'espansione nel canale pubblico a DRG pieno + extra rischia di *accrescere i premi/contributi* o di spingere i fondi verso una *selezione del rischio* (pacchetti, esclusioni, massimali) per non erodere il saldo tecnico. In entrambi i casi si indebolisce la *solidarietà intra-fondo* e si amplia la forbice tra chi è coperto e chi no, **inoltre l'esclusione degli accantonamenti perequativi ex art. 90 CCNL (p. 4) riduce i meccanismi di redistribuzione interna delle risorse generate dall'attività a pagamento. Il 5% Balduzzi (p. 8) resta utile ma insufficiente a compensare l'effetto di spiazzamento sull'abbattimento delle liste con risorse e orari standard.**

Anche richiamando il recente DL liste d'attesa (norma citata a p. 11), la soluzione proposta muove *nella direzione opposta*: invece di concentrare capacità e incentivi sull'attività istituzionale (ampliamento orari SSN, stabilizzazione del personale, produttività aggiuntiva vincolata alle agende pubbliche), si istituzionalizza un circuito "fast track" *pagato da fondi*. Il rischio concreto è che la percezione pubblica della *via rapida* per esami e ricoveri diventi l'assicurazione integrativa, normalizzando l'idea di *secondo pilastro necessario* per accedere in tempi ragionevoli.

Conclusioni

Di fronte a un impianto che rischia di istituzionalizzare un errato utilizzo del secondo pilastro dentro il servizio sanitario pubblico, la UIL avanza con chiarezza e fermezza una proposta alternativa, fondata su principi di equità, trasparenza e rafforzamento del SSN in cui i Fondi sanitari integrativi devono avere un valore integrativo e non sostitutivo. La sanità integrativa non può essere un treno parallelo che corre più veloce per chi ha una copertura assicurativa, ma se esiste deve essere subordinata, controllata e vincolata a **priorità pubbliche non negoziabili**. Per questo chiediamo che l'attivazione dei volumi integrativi sia consentita solo dopo il pieno raggiungimento degli obiettivi istituzionali, con **clausole di salvaguardia automatiche** in caso di sforamenti e **agende integrate** per impedire scorciatoie organizzative e priorità occulte.

Le risorse generate dall'integrativa devono tornare **in modo vincolante al cuore del SSN**: almeno il 20–30% dei ricavi va destinato al recupero delle liste di attesa, alla stabilizzazione e all'assunzione di personale, all'ampliamento degli orari pubblici e alla produttività aggiuntiva, riducendo così il divario tra canale solvente e istituzionale. Allo stesso modo, è necessario ripristinare meccanismi perequativi interni per evitare enclaves di rendita, imporre **tetti e trasparenza nell'uso di letti, DRG e prestazioni extra**, e fissare limiti chiari alle ore extra per tutelare lavoratrici e lavoratori da logiche di sfruttamento e burnout.

Chiediamo inoltre di **armonizzare ALPI e integrativa** sotto regole comuni e trasparenti, impedendo che la libera professione venga bypassata da un canale più conveniente per pochi. L'esclusività non può trasformarsi in un "pass" per il mercato assicurativo interno: deve tornare ad essere garanzia di impegno e valore pubblico. Allo stesso tempo, i fondi integrativi devono rispettare **standard veri di mutualità e solidarietà**, non logiche assicurative selettive, e rendere conto con trasparenza del loro impatto sociale.

Infine, serve una vera **architettura di controllo pubblico e sociale**: dati aperti e pubblicazione periodica di tempi, volumi e ricavi; un osservatorio paritetico con potere di intervento; e audit esterni indipendenti. Se davvero si vuole "integrare" e non sostituire, queste condizioni non sono accessorie: **sono l'unica garanzia per evitare che la sanità integrativa diventi il cavallo di Troia della privatizzazione interna.**

La UIL non accetterà modelli che dividono i cittadini tra chi può e chi non può permettersi la salute. E soprattutto non intende accettare una riforma sanitaria regionale mascherata dall'utilizzo del secondo pilastro, che è un valore importante nato per integrare e rispondere ai bisogni delle lavoratrici e dei lavoratori.