

Brevi commenti su sanità e federalismo differenziato, a margine del seminario di Astrid

di Nicola Salerno¹

Pur in attesa di intese Stato-Regione ufficiali, i documenti sinora circolati sulle richieste di maggiori attribuzioni e maggiori risorse da parte di Emilia Romagna, Lombardia e Veneto permettono di tracciare alcune considerazioni riferibili al governo della sanità e forse estendibili anche agli altri ambiti. Si tratta di considerazioni di carattere generale, che partono dagli elementi desumibili dalle bozze e dal dibattito, per guardare non tanto agli effetti immediati di un passaggio al federalismo differenziato ma alla evoluzione nei rapporti tra Stato e Regione e tra Regioni che esso potrebbe far partire.

Per la sanità, i cambiamenti in discussione si incastrebbero, almeno in prima battuta, all'interno di un assetto già chiaramente definito in chiave decentrata anche se non del tutto attuato². Il D. Lgs. 56/2000, la L. 42/2009 e il D. Lgs. 68/2011 disegnano un sistema da un lato basato sul principio costituzionale che i livelli essenziali di assistenza siano erogati dalle Regioni in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale e, dall'altro, finanziato con la quota capitaria ponderata³.

In particolare, gli articoli 25-27 del D. Lgs. 68/2011 prevedono che le risorse per il Ssn vengano programmate a livello paese “*in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica*” e poi suddivise tra le varie Regioni sulla base della popolazione pesata, con pesi definiti di intesa tra Stato e Regioni e rivedibili a cadenza biennale. Qui la normativa resta non ben scritta e non univoca, nonostante l'importanza del punto. Prima si fa riferimento alle Regioni identificate come *benchmark*, per calcolare la loro spesa *pro-capite* ponderata in vista di una estensione della stessa alle popolazioni ponderate delle altre Regioni; poi però si lascia intendere che per ripartire tra le Regioni le risorse complessivamente programmate sia già sufficiente la sola scelta di ponderazione della popolazione⁴, senza passare per l'identificazione di Regioni *benchmark*. Probabilmente, l'intenzione male espressa del Legislatore era quella di misurare i pesi con cui ponderare la popolazione sulla base della spesa a consuntivo, disaggregata per macroaree e fasce di età, rilevabile nei modelli LA delle Regioni

¹ Considerazioni espresse a titolo esclusivamente personale.

² Si veda il documento del Servizio studi del Senato “Aspetti di rilievo costituzionale del federalismo fiscale” (2017) [<https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01008590.pdf>].

³ Il D. Lgs. 56/2000, la L. 42/2009 e il D. Lgs. 68/2011 riguardano le RSO.

⁴ E in effetti così è, quella informazione è già di per sé sufficiente.

*benchmark*⁵, per poi lasciare spazio, attorno a questi valori di riferimento, ad aggiustamenti contrattati tra tutte le Regioni⁶.

All'interno di questo assetto, quasi tutte le RSO sono abituate ormai da un po' di anni a fronteggiare le esigenze sanitarie restando grossomodo nei limiti delle risorse programmate⁷ che, tra l'altro, si collocano, rapportate al Pil nazionale, nella media di quanto si riscontra in Europa. Si riconoscono soltanto pochi casi devianti (Campania e Lazio *in primis*) che tuttavia non impediscono all'intero sistema di funzionare su encomiabili *standard* di efficienza soprattutto tenuto conto della complessità delle funzioni⁸. Significative e perduranti differenze interregionali esistono, invece, sul fronte della qualità, come testimoniato dalle verifiche annuali sull'erogazione dei Lea condotte dal Ministero della Salute⁹. Nel Mezzogiorno l'erogazione è più problematica e la qualità generalmente inferiore che al Centro-Nord.

La domanda allora è: Su un comparto così strutturato e funzionante, quali potrebbero essere gli effetti dell'autonomia rinforzata riconosciuta a tre Regioni ricche come Emilia Romagna, Lombardia e Veneto? Importante ricordare che, dal 2011 al 2018, tutte e tre queste Regioni sono sempre rientrate nel gruppo di cinque Regioni tra cui selezionare le tre Regioni *benchmark* da cui trarre informazioni utili ai fini del riparto del Fsn¹⁰. Nel 2019 il Piemonte ha sostituito nel gruppo delle migliori cinque la Lombardia che, a ogni modo, si è classificata sesta. L'ipotesi di federalismo differenziato coinvolge tre dei migliori Sistemi sanitari regionali italiani.

In primo luogo, c'è un aspetto di base che non può non essere rimarcato. Se tre tra le Regioni più ricche ottenessero *tout court* di trattenere maggiori quote del gettito di imposte nazionali maturato sul proprio territorio, inevitabilmente sarebbero posti dei limiti alla capacità perequativa tra territori. Le conseguenze non riguarderebbero solo la sanità e le funzioni integranti livelli essenziali (Lea/Lep), ma sarebbero di portata ampia coinvolgendo, a seconda delle proporzioni del gettito

⁵ Modelli di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza (LA) delle aziende del Servizio sanitario nazionale.

⁶ Ogni anno continuano a essere identificate le Regioni *benchmark*, quelle che l'anno prima hanno mantenuto l'equilibrio di bilancio (spesa sanitaria a consuntivo in linea con la programmata) e erogato tutti i Lea con livelli alti di qualità.

⁷ Si veda "Quarant'anni di finanziamenti al sistema sanitario" (2019), di Vittorio Mapelli su www.lavoce.info. Interessante per la sintetica ricostruzione storica sia dell'organizzazione della sanità italiana (dalla casse mutue alla copertura universalistica), sia del *mix* di risorse a finanziamento.

⁸ Per un esercizio semplice di *benchmarking* interregionale si veda anche "Health Expenditure and Demography in Italian Regions", 2018, su [www.reforming.it](http://www.reforming.it/doc/1174/sani-ref-1.pdf) (<http://www.reforming.it/doc/1174/sani-ref-1.pdf>).

⁹ Si vedano i risultati della più recente verifica effettuata con distinzione per livello di assistenza (prevenzione, distretto e ospedale): <http://www.reforming.it/doc/1299/griglialea.pdf>. Si vedano anche gli indicatori-bersaglio curati dalla Scuola Superiore Sant'Anna di Pisa (www.performance.sssup.it/netval).

¹⁰ Nel 2018 le tre *benchmark* sono poi state individuate, in ordine di graduatoria, in Umbria, Marche e Emilia Romagna. Nel 2017 erano state, sempre in ordine di graduatoria, Marche, Umbria e Veneto.

trattenuto¹¹, tutte le scelte di politica economica con finalità allocative e redistributive su scala nazionale, sia di spesa corrente sia di investimento¹².

Si tratterebbe di una prospettiva al di fuori del solco costituzionale. E infatti gli accordi tra Stato e singole Regioni adotterebbero una impostazione diversa e, per rispettare i termini in cui la Costituzione offre possibilità di differenziazione, le maggiori risorse appropriabili dovrebbero essere quelle necessarie e sufficienti allo svolgimento delle nuove funzioni prese in carico direttamente dalle Regioni (o più in generale dagli altri livelli di governo subnazionale)¹³. Si potrebbe esser tentati di pensare che, grazie a questa biunivocità (funzione-risorse) e al quadro normativo già esistente, il comparto sanitario resti tutto sommato al sicuro da cambiamenti immediati. L'erogazione dei Lea sanitari è già competenza delle Regioni e, in linea di principio, a parità di programmazione delle risorse spendibili a livello nazionale, la suddivisione del Fsn continuerebbe ad avvenire secondo le regole della quota capitaria ponderata già messe in pratica negli ultimi anni. Potrebbe cambiare solo la denominazione delle partite contabili: le Regioni ad autonomia rinforzata riceverebbero quelle risorse direttamente come voci del loro bilancio (per loro la ripartizione del Fsn sarebbe solo *pro forma*), mentre per le altre si passerebbe attraverso l'usuale meccanismo. Ma davvero si tratterebbe di *budget labelling* e niente più? Rispondere è importante non solo per aver chiaro quali evoluzioni potrebbe avere l'allocatione delle risorse della sanità, ma anche per riflettere sui cambiamenti che potrebbero interessare la *governance* degli altri capitoli di spesa anche utilizzando la lente della *political economy*¹⁴.

Probabilmente, nel primo anno di passaggio al nuovo assetto differenziato il cambiamento si limiterebbe a *budget labelling*, ma molto meno ovvio è quello che potrebbe accadere negli anni successivi. Nonostante le rassicurazioni che la tutela dei livelli essenziali non subirà nocimento¹⁵, il riconoscimento dell'autonomia rafforzata avverrebbe attraverso una legge rinforzata su intesa dello Stato con la singola Regione¹⁶, mentre la definizione operativa dei Lea a oggi avviene tramite legge ordinaria o decreto del Presidente del consiglio dei ministri su intesa raggiunta

¹¹ In una prima fase del dibattito, il Veneto ha avanzato l'ipotesi di mantenere in Regione il 90 per cento.

¹² L'art. 119, comma 4, recita: "Le risorse derivanti dalle fonti di cui ai commi precedenti [*i.e. tributi propri, compartecipazioni a tributi erariali, fondo perequativo statale senza vincoli di destinazione*] consentono ai Comuni, alle province, alle Città metropolitane e alle regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite".

¹³ Non una avocazione *tout court* del gettito erariale maturato sul proprio territorio.

¹⁴ Interessanti spunti in questa direzione sono in "Alcune osservazioni sui profili finanziari delle bozze di intesa sull'autonomia differenziata" (2019), di Alberto Zanardi per la Rassegna di Astrid (<http://www.astrid-online.it/rassegna/index.html>).

¹⁵ Si veda il testo delle ipotesi di leggi regionali per la riorganizzazione della sanità su basi di federalismo rinforzato in "Regionalismo differenziato: il caso della sanità" (2019), di Enrico Caterini e Ettore Jorio per la Rassegna di Astrid (<http://www.astrid-online.it/rassegna/index.html>).

¹⁶ L'art. 116, comma 3, recita: "[...] Le legge [*di attribuzione di ulteriori forme e condizioni di autonomia*] è approvata dalle Camere a maggioranza assoluta dei componenti, sulla base di intesa fra lo Stato e la regione interessata".

all'interno della Conferenza Stato-Regioni e sentite le competenti Commissioni parlamentari delle due Camere. La Costituzione, infatti, contiene solo il principio dei livelli essenziali da garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale, ma ne assegna la specificazione del perimetro e l'aggiornamento nel tempo alla potestà legislativa esclusiva dello Stato (art. 117, comma 2, lettera m)¹⁷.

Le tre Regioni guadagnerebbero uno *status* di maggiore autonomia rimodificabile solo attraverso il medesimo *iter* con cui è stato riconosciuto (incluso il parere favorevole della singola Regione) e, nel contempo, i rappresentanti politici di quelle Regioni continuerebbero a partecipare, come parte della ordinaria attività parlamentare, alle scelte di programmazione delle risorse del Fsn e di revisione del perimetro dei Lea sanitari. Da una "rinforzata posizione contrattuale" (ma ovviamente sempre all'interno dell'interazione democratica), queste Regioni¹⁸ potrebbero, solo per fare un esempio, perseguire una riforma di più stretta circoscrizione dei Lea (verso prestazioni rispondenti a una diversa accezione di essenzialità¹⁹), rimandando alle singole Regioni l'approfondimento di un modello regionale di copertura socio-sanitaria facendo leva su risorse autonome, integrazione con le prestazioni offerte dai Comuni, o altre leve di *policy*. Le stesse tre fonti ordinarie che oggi presiedono al finanziamento della sanità, i citati D. Lgs. 56/2000, L. 42/2009 e D. Lgs. 68/2011, sarebbero coinvolgibili lungo questo percorso.

La possibilità che si attivi una dinamica complessa di *political economy* - prima sul piano strettamente politico e poi con ricadute in termini di scelte di *policy* - è meno remota di quanto possa apparire se si pensa che alcune delle richieste di conferimento di funzioni avanzate dalle tre Regioni in ambito sanitario²⁰ toccano direttamente o indirettamente il perimetro dei Lea. È così per l'autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa dei fondi sanitari integrativi; se sono lasciati alla istituzione e incentivazione regionale²¹, con *tax-expenditure* riconosciuta solo ai nati/residenti e con operatività ritagliata su ipotesi di complementarietà pubblico-privato tipiche del territorio e magari estesa anche alle prestazioni socio-sanitarie, è plausibile che favoriscano l'emergere di visioni differenti sul confine tra livelli essenziali finanziati direttamente dalle risorse pubbliche (il pilastro centrale) e prestazioni coperte dalle risorse predisposte tramite i fondi destinatari anche di incentivazioni pubbliche (il pilastro aggiuntivo). Visioni non necessariamente combacianti tra Regioni.

¹⁷ La più recente revisione dei Lea sanitari è avvenuta con Dpcm del 12 gennaio 2017.

¹⁸ A oggi, Emilia Romagna, Lombardia e Veneto contano, in quanto Regioni grandi e popolose, rispettivamente 45, 102 e 50 Deputati e 22, 49 e 24 Senatori. Rappresentanze importanti che, sodalizzate, potrebbero lavorare a orientare il dibattito sul contenuto dei Lea e a incidere sulla loro definizione e sulla programmazione del Fsn, a seconda anche di altri eventi, congiunturali o strutturali, che di volta in volta interessassero il singolo territorio o l'intero Paese.

¹⁹ A oggi, il perimetro dei Lea sanitari comprende di fatto l'insieme delle prestazioni erogate dal Ssn intese come tutte egualmente essenziali in un Paese con economia e *welfare* avanzati.

²⁰ Si veda Enrico Caterini e Ettore Jorio, *cit.*

²¹ Nelle varie bozze circolate si parla addirittura di fondi istituiti direttamente dalla Regione.

È così anche per la richiesta di disegnare in maniera autonoma le compartecipazioni a carico dei cittadini ai costi delle prestazioni (i *copay*); l'obbligo - differenziato per situazione economico-patrimoniale e per caratteristiche soggettive rilevanti - di farsi carico direttamente di una quota del costo della prestazione Lea diverrebbe parte della definizione stessa del Lea²². Pur gravata da un *copay*, la prestazione offerta dal sistema sanitario regionale continuerebbe a fare parte dei Lea rimodellati.

Medesima riflessione anche per la richiesta delle Regioni di avere voce in capitolo sulla valutazione di appropriatezza terapeutica e prescrittiva di farmaci e dispositivi medici, sull'equivalenza tra principi attivi, sulla modalità di erogazione dei farmaci in ospedale e sul territorio; se prendessero piede queste funzioni, i prontuari dei farmaci e delle prestazioni che si avvalgono di dispositivi medici potrebbero arrivare a differenziarsi notevolmente da Regione a Regione.

Le Regioni non sono attrezzate per la maggior parte di tali funzioni che hanno natura complessa e profonde fondamenta scientifiche, e proprio per questo dovrebbero essere affrontate ispirandosi il più possibile al *consensus* e alle *best practice* emerse all'interno della comunità specialistica internazionale (convogliate dal Ministero della salute e dall'Aifa)²³. Ma anche volendosi tenere lontano da scenari di pericoloso protagonismo scientifico-sperimentale delle Regioni, basterebbe la loro volontà, sollecitata dalla consapevolezza di maggiore autonomia, di aumentare con urgenza nel circuito ospedaliero regionale la disponibilità di farmaci biotecnologici - salvavita ma ad altissimo costo (antitumorali, trattamento malattie rare, etc.) - per motivare la richiesta di trattenere più risorse rispetto a quelle derivanti dalla quota capitaria utilizzata sino all'anno prima. In altri termini, una maggiore autonomia sanitaria di una Regione ricca, garantita da una legge rinforzata, potrebbe, non solo attivare dinamiche dell'ordinario confronto politico per una revisione dei Lea nazionali, ma anche portare in *agenda* l'obiettivo di inserire nei Lea regionali prestazioni innovative, salvavita e ad alto costo, di cui sarebbe difficilmente sostenibile o insostenibile altrettanto rapida estensione su scala nazionale. Una argomentazione così costruita, e magari caricata di accenti demagogici, potrebbe avere conseguenze fortissime e disgreganti, soprattutto in questo frangente storico²⁴.

²² Dal punto di vista del cittadino di Emilia Romagna, Lombardia o Veneto, diverrebbe logico domandarsi come mai una prestazione Lea su cui lui è chiamato a pagare un *copay* resta invece totalmente gratuita, o con un *copay* inferiore, se erogata da altra Regione, magari da Regione beneficiaria netta di perequazione tra territori.

²³ A quale *ratio* risponderebbe la scelta del Veneto (per fare un esempio) di applicare sul suo territorio una sostituibilità *ad hoc* tra alcuni principi attivi o una modalità particolare di somministrazione di un farmaco, quando in tutto il resto del Paese (se non di Europa) i principi attivi non sono ritenuti sostituibili con sufficiente sicurezza o si seguono altre modalità di somministrazione?

²⁴ Già adesso la gestione dei registri per i farmaci ad alto costo e del cosiddetto file "F" presenta molte differenze da Regione a Regione. Si veda per esempio "La rendicontazione e la remunerazione dei farmaci. Finalità, struttura e gestione del File F in nove Regioni italiane" (2016), Francesco Costa *et alii*, Management ed economia sanitaria, Franco Angeli. L'Osservatorio civico sul federalismo in sanità (curato da Cittadinanza Attiva) ha più volte segnalato, nelle sue varie edizioni, l'emergere della tendenza a regolare con delibere regionali l'erogazione di trattamenti

Gli esempi potrebbero continuare, ma il punto è già abbastanza chiaro²⁵. Anche per un comparto, come la sanità, migliorabile ma strutturato e funzionante su basi regionali coese, il passaggio (con legge rinforzata) di tre Regioni importanti²⁶ a un regime differenziato espone a dei rischi, nel senso che può preludere a evoluzioni dei rapporti tra Stato e singola Regione e tra Regioni molto più complesse e contraddittorie di quanto immaginabile o auspicabile all'inizio. A maggior ragione questo rischio potrebbe concretizzarsi in comparti sinora governati direttamente dallo Stato dove la regionalizzazione porterebbe una vera e propria innovazione.

Però il messaggio che qui si lancia vuole essere di cautela e metodo, non di chiusura preconcepita rispetto a modifiche dell'istituto regionale come sinora lo si è conosciuto e utilizzato. Ha ragione Alessandro Petretto quando sostiene²⁷: *“L'autonomia rafforzata ad alcune Regioni con le carte in regola (quindi non necessariamente a tutte), se disciplinata attenendosi scrupolosamente al dettato costituzionale, potrebbe costituire l'occasione per un rilancio del polveroso istituto regionale, con vantaggi in termini di produttività estesi a tutto il paese, come la teoria economica della convergenza e delle esternalità territoriali in qualche modo suggerisce”*. Revitalizzare le Regioni potrebbe dare nuova luce alla stessa Carta costituzionale a partire dal suo interno, evitando che, per concretizzare le loro aspirazioni, dai territori arrivino spinte a modifiche e cesure più nette.

Ma declinare spazi di autonomia e di sperimentazione regionale con il dettato costituzionale è tutt'altro che facile in un Paese che ha come storico tratto distintivo il divario Nord-Sud e mai come adesso appare attraversato da forze centrifughe, esacerbate anche dalla crisi economica. Prima di dare libera espressione a forme di più ampia autonomia regionale, la base su cui queste devono innestarsi e comporsi - l'ossatura statale - deve essere adeguatamente preparata, il più possibile chiara e non troppo facilmente modificabile o eludibile dalle stesse Regioni.

È possibile non bastino i soli principi costituzionali ma che si debba dare una più alta protezione giuridica e un maggior risalto ad aspetti di natura più operativa. Se l'autonomia differenziata di Emilia Romagna, Lombardia e Veneto troverà fondamento in una legge rinforzata, non appare esagerato ipotizzare che, preventivamente, anche i capisaldi più importanti del D. Lgs. 56/2000, della L. 42/2009 e del D. Lgs. 68/2011 possano, anche riorganizzati, trovare affermazione in

farmacologici ad alto costo a pazienti residenti in altra Regione, al fine di limitare il rischio che, anche dopo le compensazioni per mobilità, una parte dei costi resti a carico della Regione erogante. Sinora la regolazione regionale non si è per fortuna spinta sino a violare il diritto costituzionale di accedere alle prestazioni dappertutto sul territorio nazionale, ma negli ultimi anni si è registrata una crescente diffidenza tra Regioni, soprattutto in merito all'erogazione di trattamenti innovativi e ad alto costo.

²⁵ Si veda “Regole da rispettare per un buon federalismo differenziato” (2019), di Alessandro Petretto su www.lavoce.info.

²⁶ Emilia Romagna, Lombardia e Veneto valgono oltre il 40 per cento del Pil nazionale e quasi il 55 per cento dell'*export* italiano.

²⁷ “Regole da rispettare per un buon federalismo differenziato” (2019), *cit.*.

uno strumento almeno dello stesso rango²⁸. E probabilmente così diverrà più evidente che ci sono porzioni di questi tre atti normativi non ancora attuate, a dare anche un tocco di surrealtà al dibattito sulla differenziazione federalista, dal momento che, guardando alla sostanza delle cose, non è ben chiaro neppure rispetto a quale *status quo* le tre Regioni andrebbero a differenziarsi²⁹.

²⁸ Come per la L. 243/2012 di attuazione dei principi costituzionali di equilibrio dei bilanci pubblici ai diversi livelli di governo.

²⁹ O sarà proprio questo (lentezza nella applicazione, iato tra leggi e prassi) uno dei motivi per cui le tre Regioni vorrebbero guadagnare più ampi margini di autonomia?