

Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato: i presidi non rinunciabili della solidarietà e i gravi rischi della competizione*

Maria Alessandra Sandulli**

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. L'abdicazione del potere legislativo statale e la sostanziale esautorazione del Parlamento. – 3. La “competizione” tra le Regioni.

1. Premessa

Il tema della differenziazione regionale in materia di prestazioni sanitarie, non rappresenta, come noto, una novità, ma è oggetto di dibattito dagli anni '90, accentuato dalla riforma costituzionale del 2001. Il dibattito si è peraltro riaperto, riassumendo massima attualità,

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. Lo scritto riproduce, senza aggiornamenti, il testo dell'intervento svolto alla tavola rotonda “Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato”, nell'ambito del XVII Convegno nazionale di diritto sanitario “La salute alla carta: il Ssn di fronte alle sfide del regionalismo differenziato”, organizzato a Roma l'8 novembre 2019 dalla Società italiana di Diritto sanitario in collaborazione con l'ALTEMS dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e il CEIMS dell'Università del Piemonte Orientale. Esso dunque non tiene e non dà conto delle successive evoluzioni del tema, tanto sul piano delle proposte normative, quanto, e soprattutto, in relazione alla drammatica congiuntura determinata dalla pandemia Covid-19. Non si può tuttavia non rappresentare, in apertura, che la questione della differenziazione regionale, in assoluto e soprattutto in ordine alle prestazioni sanitarie, non potrà non essere sottoposta a serie e profonde riflessioni, che esulano evidentemente dai confini di questo breve scritto, proprio alla luce dell'esperienza determinata da tale gravissima emergenza.

** Professore ordinario di Diritto amministrativo nell'Università degli studi Roma Tre, maria.sandulli@uniroma3.it.

in ragione delle forti istanze di alcune Regioni in merito al regionalismo differenziato, proposte in applicazione dell'art. 116, comma 3, della Costituzione¹.

È importante però che il tema sia affrontato alla luce dell'intero Titolo V della Costituzione, considerando cioè, in una con le spinte di differenziazione e autonomia (che riflettono peraltro una tendenza più generale, comune anche ad altri paesi europei²), l'imprescindibile esigenza di salvaguardare i valori unitari e gli strumenti per la loro tutela: i livelli essenziali delle prestazioni, la perequazione e la solidarietà del sistema finanziario, i principi fondamentali nelle materie concorrenti, la leale collaborazione³.

Fin dalla nota sentenza n. 303 del 2003, la Corte costituzionale ha sottolineato che il modello di sussidiarietà-autonomia tracciato dagli artt. 117 e 118 Cost. si caratterizza per il riconoscimento alle comunità territoriali sub-statali della capacità di rappresentare i loro interessi non solo in via diretta, ma anche mediante la partecipazione alle decisioni dei livelli superiori in termini di leale collaborazione. In anni più recenti, lo stesso Giudice delle leggi ha osservato che *“in caso di coinvolgimento, sovrapposizione o interferenza tra competenze e interessi di diversi livelli”* le parti devono *“tenere un comportamento collaborativo volto al perseguimento di un'intesa”* (sentt. 239 del 2013 e 7 del 2016). Nella stessa linea si orientano del resto le fonti normative fondamentali dell'Unione europea (così l'art. 4.6 della Carta europea delle autonomie locali, l'art. 4, c. 3 del TUE e l'art. 5 dello stesso Trattato: *“ogni azione politica che attenga a materie differenti rispetto a quelle oggetto di*

¹ Ai sensi del quale *“Ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, concernenti le materie di cui al terzo comma dell'articolo 117 e le materie indicate dal secondo comma del medesimo articolo alle lettere l), limitatamente all'organizzazione della giustizia di pace, n) e s), possono essere attribuite ad altre Regioni, con legge dello Stato, su iniziativa della Regione interessata, sentiti gli enti locali, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 119. La legge è approvata dalle Camere a maggioranza assoluta dei componenti, sulla base di intesa fra lo Stato e la Regione interessata”*. Si v. in particolare le proposte di Lombardia, Emilia Romagna e Veneto. Sebbene parziali e provvisorie, le bozze degli accordi ad oggi formalmente o informalmente rese note, contengono *inter alia* previsioni di maggiore autonomia in materia di tutela della salute. Tuttavia, si tratta prevalentemente di richieste di maggiore autonomia in merito a profili organizzativi, che, ovviamente, incidono sulle prestazioni sanitarie. Complessivamente, le tre Regioni istanti richiedono una maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale, nonché una maggiore autonomia in materia di accesso alle scuole di specializzazione e nella definizione del sistema di *governance* delle aziende e degli enti del Servizio. Inoltre, le bozze delle intese prevedono una maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella Regione, nel rispetto, ovviamente, dei LEA e dei vincoli di bilancio e dell'equilibrio economico-finanziario.

Il Veneto richiede anche una maggiore autonomia in materia di gestione del personale del Ssn, inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale.

In tema di distribuzione ed erogazione dei farmaci, l'Emilia-Romagna, invece, richiede maggiore competenza a definire, sotto profili qualitativi e quantitativi, le forme di distribuzione diretta dei farmaci.

² In una lezione tenuta nell'ambito del corso del Diritto regionale del Seminario di studi e ricerche parlamentari Silvano Tosi in data 27 marzo 2019 su *“Il regionalismo differenziato”*, di cui ha personalmente corretto la sbobinatura inviandola per la pubblicazione nei Quaderni del Seminario (e anticipatamente pubblicata sulla *Rivista AIC*, 2019, n. 3), Luciano VANDELLI scriveva lucidamente a tale proposito che *“Certo è un dato che, almeno in Europa, nessuno crede più nell'uniformismo, nessuno crede più che l'uniformismo sia sufficiente a garantire l'eguaglianza sostanziale tra i cittadini. Il problema diventa allora quello di adeguare le istituzioni, le politiche, le azioni pubbliche alle diverse esigenze, alle diverse caratteristiche, alle diverse istanze espresse dai territori”*.

³ F. GALLO, *Dal federalismo al regionalismo differenziato*, in *Riv. Corte dei conti*, 2019, n. 5.

competenza esclusiva dell'Unione deve essere effettuata al livello di governo più adeguato al raggiungimento degli obiettivi e, quindi, attraverso una stretta cooperazione tra l'Unione e i livelli di governo locali)”).

È in quest'ottica solidaristica e collaborativa, ad oggi scarsamente attuata, che deve dunque muoversi il nuovo “regionalismo differenziato”, per evitare il rischio che esso, in un sistema finanziariamente impreparato, aumenti le diseguaglianze nella garanzia di diritti primari, come quelli all'istruzione e, prima ancora, alla salute, con inevitabili conflitti istituzionali e conseguente complessivo indebolimento del Paese.

Non si possono in altri termini non condividere le preoccupazioni di chi autorevolmente dubita della “compatibilità tra un futuro sistema di finanziamento differenziato (specie) dei servizi essenziali e le attuali ancora incerte e frammentarie regole perequative a livello nazionale, anche se un giorno il sistema fosse basato su fabbisogni standard e sulla capacità fiscale”⁴. È stato peraltro lucidamente osservato che la distribuzione e la differenziazione territoriale delle decisioni sulle entrate e sulle spese non si porrebbe *ex se* in contrasto con il principio di uguaglianza, né con i valori universalistici che vi sono insiti⁵. Muovendo dal concetto di bene comune e di contributo solidaristico del singolo *ex art. 2 Cost.*, se ne trae invero, da un lato, l'idea di un limite al diritto sociale alla prestazione sanitaria, dall'altro, l'esigenza di una visione del diritto alla salute che lo ponga a confronto con i doveri solidaristici del singolo e quindi con altri valori costituzionali che ne esigono il contenimento: contenimento inevitabile per evitare che, come osservato dalla Corte costituzionale, uno dei diritti costituzionalmente garantiti divenga “tiranno” nei confronti delle altre situazioni giuridiche riconosciute e protette che esprimono, nel loro insieme, la dignità della persona⁶.

La Nota di aggiornamento al DEF 2019⁷ ha confermato l'impegno del Governo a proseguire il processo di attuazione del regionalismo differenziato. Le linee programmatiche enunciate nella Nota sottolineano comunque che il processo di autonomia differenziata si svolgerà:

i) nel rispetto del “principio di coesione nazionale e di solidarietà”;

⁴ F. GALLO, *op. cit.*; C. MARZUOLI, *Uniformità e differenziazione: modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di) *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione, modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, Giappichelli, 2011, p. 4).

⁵ M. LUCIANI, *A mò di conclusione: le prospettive del federalismo in Italia*, in A. PACE (a cura di), *Quale, dei tanti federalismi*, Padova, Cedam, 1997, spec. pp. 253 ss.; Id. *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA, *op. cit.*, p. 10.

⁶ Il riferimento è alla nota sentenza n. 85 del 2013, recentemente richiamata nella *Relazione su “La tutela del diritto alla salute nella dialettica tra G.A. e A.G.O.”*, svolta da G. CORAGGIO a un convegno tenutosi presso il TAR Campania il 9 maggio 2019 (leggibile sul sito istituzionale della giustizia amministrativa).

⁷ Deliberata il 30 settembre 2019. Il disegno di legge che il Governo si appresta a presentare alle Camere è stato inserito, nella Nota di aggiornamento al DEF 2019, fra i provvedimenti collegati alla decisione di bilancio.

ii) nell'ambito di un quadro di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (LEP). Tutto ciò anche al precipuo fine di evitare “di aggravare il divario tra il Nord e il Sud del paese”.

La Nota dedica specifica attenzione al sistema sanitario, osservando che la “sfida” che il Ssn sarà chiamato ad affrontare nei prossimi anni è la “sostenibilità”, ovvero *“la capacità di assicurare il mantenimento del principio di universalità del sistema, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) coniugando allo stesso tempo equità, appropriatezza, qualità ed efficienza delle cure, governo dell'innovazione, salvaguardando gli equilibri economico-finanziari”*. Si osservava infatti che il Ssn, *“pur avendo garantito un sostanziale universalismo, non ha adeguatamente risposto a importanti aspettative, prima tra tutte quella della riduzione delle disparità territoriali e delle disuguaglianze”*. Tra le “sfide” indicate dal documento, per quanto vorrei evidenziare in questo intervento, emergono quelle di

- *“ attenuare le disuguaglianze presenti in termini di accesso ai servizi e di variabilità regionale degli stessi garantendo l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo uniforme su tutto il territorio nazionale;*
- *prepararsi ai cambiamenti derivanti dal progresso scientifico e tecnologico rafforzando i processi di governo dell'innovazione;*
- *porsi in maniera trasversale su interventi di policy intersettoriale, con particolare riguardo alla sicurezza sul lavoro e ai risvolti sanitari delle grandi sfide ambientali e del cambiamento climatico”*.

Nella linea di garanzia dell'uguaglianza, la Nota sottolinea poi che *“Sempre nella direzione di una manutenzione evolutiva dell'attuale forma di governance si rende inoltre necessaria una progressiva rivisitazione dell'attuale sistema di compartecipazione sulla base delle condizioni economiche reddituali, finalizzato a rendere il sistema più omogeneo ed equo. In particolare, tale fenomeno di discriminazione nell'accesso ai servizi è stato aggravato dall'introduzione del superticket che, pertanto, occorre progressivamente superare. Tenendo conto di quanto sarà previsto nel Patto per la Salute 2019-2021, da concordare con le Regioni, proseguiranno inoltre i processi di assunzione e stabilizzazione del personale anche attraverso l'utilizzazione delle graduatorie in corso di validità per coprire le carenze di personale maturate in questi anni”*.

Nel corso dell'audizione sulle linee programmatiche del 17 ottobre 2019 presso le Commissioni I e V della Camera, il Ministro per gli affari regionali ha evidenziato l'intenzione del Governo di ripartire dal lavoro svolto sinora. Ha al contempo preannunciato la presentazione in Parlamento di un'iniziativa legislativa volta a definire una cornice normativa unitaria in cui potranno definirsi gli interventi di attuazione dell'art. 116, terzo comma, Cost., tenendo conto delle previsioni costituzionali e del modello di perequazione delle regioni a statuto ordinario definito dalla legge 42/2009 e dal d.lgs. 68/2011.

Come anticipato, bisogna però evitare che seguendo la strada della differenziazione si perdano i caratteri di universalità ed essenzialità che costituiscono garanzia dei diritti fondamentali nell'unità e indivisibilità della Repubblica.

Il caos che regna sul tema è palpabile nelle dichiarazioni che giornalmente si leggono sui quotidiani, in cui gli stessi rappresentanti delle Regioni evidenziano che “*le richieste di autonomia differenziata di numerose Regioni rappresentano la risposta a mancate soluzioni da parte dello Stato su tematiche di grande rilievo ed urgenza per il Ssn*” portando anche gli Ordini di numerose professioni sanitarie ad insorgere a tutela del Ssn.

Si possono portare due esempi abbastanza noti sui problemi di disparità regionale e mancato coordinamento centrale: la definizione e l’aggiornamento dei LEA e la diffusione del fascicolo sanitario elettronico.

Sul primo aspetto, si rimarca che, sebbene il D.P.C.M. del 2001 (sostituito a distanza di ben 16 anni dal D.P.C.M. 12 gennaio 2017, contenente l’aggiornamento dei LEA, ormai bisognosi di attenta revisione, anche in relazione ai nuovi vincoli di bilancio⁸) abbia rappresentato per oltre un quindicennio il riferimento normativo in materia, in assenza dell’opportuno controllo di uniformità dello Stato si è assistito ad una vera e propria frammentazione delle fonti, sicché i LEA sono stati progressivamente disciplinati principalmente da piani nazionali e regionali, atti amministrativi, programmi, nomenclatori nazionali e regionali e DRG. Tali strumenti hanno consentito senz’altro di adeguare l’offerta alle mutevoli esigenze degli utenti del servizio (e all’evoluzione della scienza), individuando nel concreto le prestazioni da riconoscere, ma la fluidità degli stessi, unitamente all’estrema parcellizzazione degli atti cui fare riferimento, ha dato origine a una situazione di incertezza e disomogeneità, contraria al principio di uniformità cui è votato il d.lgs. n. 502/1992

In un panorama composito e frammentario di esigenze e principi, la presenza dei livelli essenziali uniformi rimane fondamentale per temperare le deviazioni cui potrebbe condurre un eccesso di regionalismo competitivo. È stato, del resto, condivisibilmente affermato dal nostro autorevole *chairman* che proprio l’individuazione dei LEA ha determinato che, nel confronto tra le esigenze di differenziazione (implicitamente accolte nella riforma del 2001) e le spinte all’uniformità legate alla tutela di un diritto “fondamentale”, siano prevalse le seconde⁹.

Da ciò la necessità che, prima di procedere alle intese con le Regioni che chiedono di avvalersi del modello “*differenziato*” di autonomia, si provveda a individuare con legge i livelli essenziali delle prestazioni, come prescritto dall’art. 117, co 2, lett. *m*, e ribadito dall’art. 120, c. 2, Cost., che significativamente prevede un potere sostitutivo del Governo “*quando lo richiedono la tutela dell’unità giuridica o dell’unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali*”.

⁸ Sui nuovi LEA, cfr. M. BERGO, *Nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l’equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, 2017, n. 2, pp. 1-25; M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *Federalismi.it, Osservatorio di diritto sanitario*, 15 novembre 2017, pp. 1 ss.

⁹ R. BALDUZZI, *Salute e federalismo fiscale*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA, *op. cit.*, p. 151.

Una rilevante disparità nell'accesso degli utenti alla documentazione sanitaria tra le Regioni riguarda la diffusione del fascicolo sanitario elettronico, previsto dal d.l. n. 179/2012 e affidato alla responsabilità regionale e che trova la propria disciplina nel d.p.c.m. 29 settembre 2015, n. 178. L'attuazione difforme verificatasi sul territorio nazionale ha di fatto generato una disparità tra utenti in un momento particolarmente delicato della prestazione, quale quello dell'accesso alle risultanze e ai documenti medici. Se ormai le Regioni inadempienti sono rimaste poche (Campania, Calabria e Sicilia, cui si aggiunge la Provincia autonoma di Bolzano), solo di recente sono stati implementati i sistemi di molti FSE regionali e in più di metà delle nostre Regioni le percentuali di cittadini che hanno attivato il proprio fascicolo sanitario sono alquanto scoraggianti, prossime allo 0%.

2. L'abdicazione del potere legislativo statale e la sostanziale esautorazione del Parlamento

L'avvio oggi, per le regioni Veneto, Lombardia e Emilia-Romagna, del procedimento di attuazione del regionalismo differenziato previsto dall'art. 116, comma 3, Cost. – cui si sono aggiunte le iniziative di altre regioni – mostra un significativo allontanamento dallo Stato. Il regionalismo differenziato, infatti, permettendo teoricamente il trasferimento dell'intera materia 'tutela della salute' alla potestà legislativa esclusiva delle regioni richiedenti, lascia, di fatto, allo Stato solo la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie, mentre le nuove regioni ad autonomia differenziata potranno sostanzialmente legiferare persino sui principi generali in materia di tutela della salute e quindi rivedere i fondamenti sui quali fu istituito, con la l. n. 833 del 1978, il Ssn.

Le bozze di intesa concluse nel febbraio 2019 fra le tre regioni interessate e Governo, pur non interessando i principi generali, introducono novità importanti, che, se sembrano in linea astratta e teorica valorizzare il principio di leale collaborazione, segnano di fatto un deciso arretramento in termini di garanzie di partecipazione del Parlamento, a fronte dell'intensificazione di forme di concertazione esclusivamente fra Governo e regione interessata.

Le nuove bozze di intese, infatti, affidano la determinazione dei contenuti sostanziali relativi alla definizione delle materie e del finanziamento del regionalismo differenziato ad una Commissione paritetica Governo-regione di 18 membri, nominata con d.p.c.m.¹⁰.

¹⁰ Si v. ad esempio l'art. 3 della bozza di Intesa 25 febbraio 2019, Intesa sottoscritta tra il Presidente del Consiglio dei Ministri Giuseppe Conte e il Presidente della Regione Veneto Luca Zaia: "1. Con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di approvazione della presente intesa, è istituita una commissione paritetica Stato Regione Veneto, di seguito commissione paritetica, composta da nove rappresentanti designati dal Ministro per gli affari regionali e le autonomie, su indicazione dei Ministeri competenti, e nove rappresentanti designati dalla Giunta della Regione Veneto. 2. La commissione paritetica, entro centoventi giorni dalla sua istituzione, determina, avvalendosi della collaborazione di tutte le amministrazioni statali coinvolte, le risorse

L'elevato carattere di "sperimentalismo" di tale procedura appare evidente; la previsione di fasi successive all'approvazione parlamentare delle intese, che si configurano a questo punto in forma di "intese quadro", rimette la sostanza della decisione sul loro effettivo contenuto e finanziamento a una sub-procedura e a una fonte, il d.p.c.m., che di fatto sfuggono al controllo del Parlamento, delle altre regioni (la prima) e della Corte costituzionale (la seconda).

Le bozze di intese elaborate nel 2018, riconoscono alle regioni autonomia sulle modalità di erogazione dei farmaci, ma anche sulla valutazione della loro appropriatezza, con ricadute evidenti sulle possibilità di cura, che non sarebbero più uniformi. Infine, tra tutte le richieste, quella che colpisce maggiormente, anche per le sue conseguenze problematiche, appare l'autonomia nei percorsi formativi, nel reclutamento e nella retribuzione delle professioni sanitarie, che avrebbe conseguenze addirittura "antisolidali" nel suo spingere logiche di "accaparramento" delle migliori professionalità dalle altre regioni.

Ugualmente critica si rivela la procedura individuata, sempre in base alle nuove bozze di intese, per il trasferimento delle "competenze legislative e amministrative attribuite alle Regioni", da effettuarsi sempre con uno o più d.p.c.m., ma con la previsione, in questo caso, dell'acquisizione dei "pareri" della Conferenza Unificata e delle commissioni parlamentari competenti per materia sugli schemi dei decreti. La procedura sembrerebbe recuperare la dimensione collaborativa, salvo che i "pareri" sono previsti come obbligatori, ma non vincolanti.

Occorre a tale proposito ricordare che, affidando la tutela del diritto alla salute alla "Repubblica", e non già a uno specifico livello di governo, la Costituzione sottende un paradigma collaborativo nell'attuazione di tale diritto¹¹, già presente nella volontà dei Costituenti e potenziato dalla riforma del 2001, che, come noto, ha incluso la "tutela della salute" tra le materie di competenza legislativa concorrente.

Si tratta di un tema particolarmente delicato, rispetto al quale il surrichiamato dibattito sulla compatibilità tra federalismo e uguaglianza riveste massima attualità e rilevanza, fermo restando che la pluralità dei pubblici poteri è costituzionalmente necessaria non soltanto in forza degli artt. 5 e 114 Cost., ma anche e soprattutto perché la differenziazione, come dimostra l'art. 3, comma 2 Cost., è essa stessa essenziale a una effettiva attuazione del principio di uguaglianza.

Ricordiamo che, con riferimento alla spesa sanitaria, si è passati da un sistema di devoluzione di risorse alle Regioni per consentire loro l'"amministrazione" del relativo comparto

finanziarie, umane e strumentali nonché le forme di raccordo con le amministrazioni centrali, necessarie all'esercizio delle funzioni di cui al Titolo II".

¹¹ R. BALDUZZI, *A mo' di introduzione: su alcune vere o presunte criticità del servizio sanitario nazionale e sulle sue possibili evoluzioni*, cit., in ID. (a cura di), *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, Il Mulino, 2009, p. 12.

(il SSR costituisce più dell'80% dei bilanci regionali¹²) al sistema delle Conferenze, diretto a realizzare una collettivizzazione delle scelte regionali, stemperandone l'autonomia¹³, e, più recentemente, all'assoggettamento delle Regioni a un controllo centralizzato *ex post*, con applicazione del commissariamento in caso di violazione degli obiettivi minimi di contenimento della spesa pubblica¹⁴, con conseguente riduzione dell'autonomia delle Regioni meno virtuose¹⁵. Questo meccanismo ha determinato una notevole differenziazione tra i medesimi enti: le Regioni più virtuose (prevalentemente quelle del settentrione e del centro-nord) sono state in grado di contenere i livelli di spesa nei margini di sicurezza concordati, accrescendone gli standard qualitativi, le altre hanno invece abbondantemente superato tali margini, con una concomitante riduzione dei livelli di qualità¹⁶.

3. La “competizione” tra le Regioni

Un ulteriore effetto della differenziazione – e allo stesso tempo una causa della stessa – è costituito dalla “competizione” che inevitabilmente viene a crearsi tra le Regioni per attrarre mercato e, in un sistema che si autoalimenta, risorse (economiche e umane), a svantaggio di altre.

Si delinea così, anche sulla scorta dell'art. 116, co. 3 Cost., laddove rimette a una legge statale ordinaria la previsione “*su iniziativa della Regione interessata*” di “*ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia*” nell'ambito di alcune delle materie riservate alla potestà legislativa statale, uno scenario – di “regionalismo asimetrico” – in cui le Regioni competono tra loro per acquisire attribuzioni sempre maggiori e migliorare la propria efficienza per attrarre capitali e investimenti¹⁷.

Ed è su questo fronte, e in particolare sul confine tra prestazioni essenziali e aggiuntive, che si gioca la partita dell'equilibrio tra differenziazione e uguaglianza.

Nonostante quanto previsto dall'art. 5 delle stesse bozze di intesa, con la classica formula di stile di invarianza finanziaria (“*dall'applicazione della presente intesa non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica*”), il “regionalismo asimetrico” non può non avere ricadute economiche e finanziarie per le regioni più povere, che

¹² B. CARAVITA DI TORITTO, *Salute e federalismo fiscale*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di) *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., p. 76.

¹³ Cfr. M. DI FOLCO, *Le funzioni amministrative*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 2013, p. 170; L. VIOLINI, *Differenziare per accordo: una formula per rispondere alla crisi?*, in *Le Regioni*, 2009, pp. 197 ss.

¹⁴ G. PITRUZZELLA, *Sanità e Regioni*, in *Le Regioni*, 2009, pp. 1177 ss.

¹⁵ F. CINTIOLI, *Diritto alla salute, interessi pubblici e ruolo delle regioni*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, cit., p. 36.

¹⁶ G. PITRUZZELLA, *op. cit.*

¹⁷ M. LUCIANI, *op. loc. cit.*

non si potranno ad esempio permettere meccanismi di defiscalizzazione, con conseguente sperequazione tra le popolazioni residenti nei diversi territori (e magari di quelle “nate” nel relativo ambito).

E ciò senza considerare il rischio di una minore contribuzione generale delle tre regioni più ricche d'Italia, o di una loro uscita dalla quantificazione del Fondo Sanitario Nazionale, con inevitabili ricadute sul principio di solidarietà verso “territori con minore capacità fiscale per abitante” (art. 119, comma 3, Cost.).

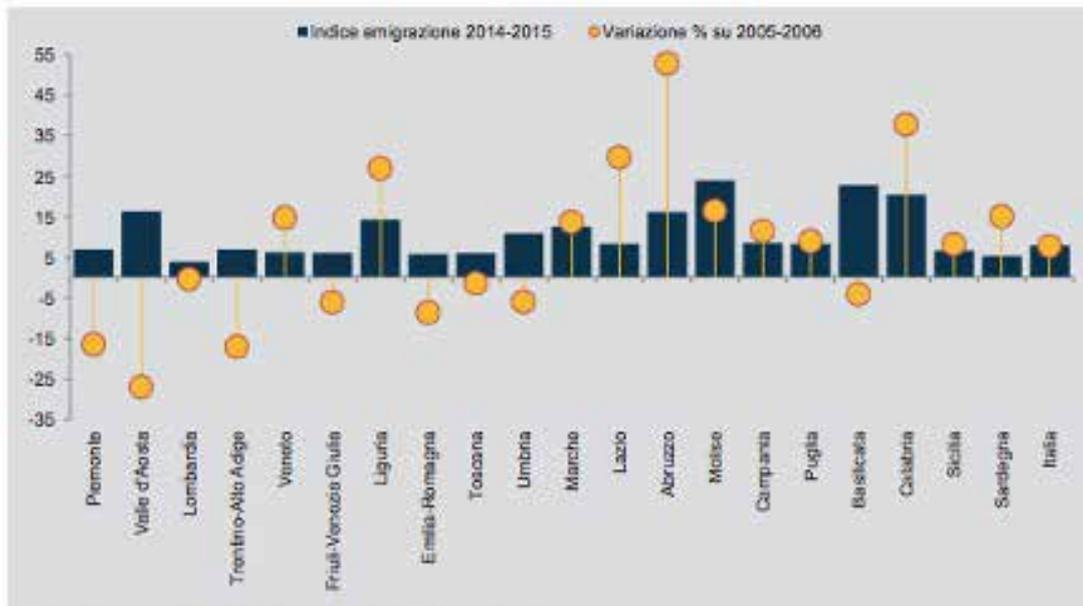
La mobilità sanitaria, a tutti i livelli (interregionale, intraregionale e internazionale, all'interno e all'esterno dell'Unione) richiede un'adeguata disciplina e accurati sistemi di controllo della domanda interna di prestazioni sanitarie da parte delle realtà territoriali, in una con la predisposizione di strumenti diretti a incentivare la mobilità attiva, riducendo quella passiva (e i relativi, inevitabili, costi).

Un rapporto ISTAT pubblicato il 24 settembre 2019 su “*La salute nelle regioni italiane – Bilancio di un decennio (2005-2015)*” offre dati interessanti sul tema della mobilità sanitaria. L'arco temporale considerato è indicativo, perché copre di un periodo importante, in cui la crisi economica e le trasformazioni sociali da essa indotte hanno imposto importanti sfide alle politiche pubbliche, anche in presenza di un quadro demografico critico per l'invecchiamento della popolazione e i forti flussi migratori: elementi indubbiamente rilevanti nella differenziazione regionale, anche se, come ben evidenziato anche nella richiamata bozza di Patto per la salute 2019-2021, non si deve confondere la mobilità “reale”, espressamente considerata come un “fenomeno da ridurre”¹⁸, con quella “fisiologica” (legata all'ordinaria stabilizzazione dei cittadini extra-regione).

La mobilità ospedaliera, ovvero la scelta di usufruire delle cure di un SSR diverso da quello della propria regione di residenza, è un fenomeno complesso, spesso legato a fattori eterogenei quali la vicinanza dei presidi ospedalieri, la qualità delle prestazioni erogate, la presenza di strutture residenziali per i parenti, la gradevolezza dell'area in cui è localizzata la struttura, la casualità associata agli spostamenti temporanei della popolazione, ecc.

L'ISTAT analizza la mobilità ospedaliera utilizzando tra l'altro attraverso l'indice di emigrazione, calcolato come rapporto percentuale fra il numero di dimissioni ospedaliere avvenute fuori regione e il totale delle dimissioni dei residenti nella regione. Il fenomeno della mobilità ospedaliera interregionale, che nel biennio 2014-2015 interessa in media quasi 8 dimissioni ospedaliere su 100, è notevolmente vario. Il Molise è la regione in cui i residenti hanno la propensione più elevata alla fruizione di cure presso strutture ubicate fuori regione che riguarda circa 24 su 100, seguita dalla Basilicata, con quasi 23 dimissioni su 100, dalla Calabria, con 20,5 per cento e dalla Valle d'Aosta con 16,5 per cento (l'unica dell'area settentrionale a usufruire dei presidi extraregionali).

¹⁸ Cfr. bozza art. 6, “Mobilità”.



Fonte: Elaborazioni sulle Schede di dimissione ospedaliera, Ministero della salute

Indice di emigrazione ospedaliera in regime ordinario per regione. Biennio 2014-2015 e variazione percentuale su 2005-2006 (grafico tratto dal Rapporto ISTAT “La salute nelle regioni italiane - Bilancio di un decennio (2005-2015)”)

Per contro la regione con una maggiore inclinazione alla stanzialità, intesa come complemento a 100 dell’indice di emigrazione, è la Lombardia, che mostra un livello di ricoveri fuori regione che non raggiunge il 4%. È seguita dalla Sardegna, verosimilmente a causa della maggiore difficoltà degli spostamenti dovuta all’insularità del territorio, con un indice emigrazione del 5,3%, e, a poco distanza, da Emilia Romagna (con indice 5,8%) e da Friuli Venezia Giulia (con indice 6,1). Rispetto al biennio 2005-2006 la mobilità regionale globale è in media lievemente più alta (del 7,7%): si registrano incrementi più elevati nelle regioni Abruzzo e Calabria (rispettivamente +52,8 e +37,8 per cento), seguite da Lazio e Liguria il cui aumento supera il 25 %. In molte regioni del Centro Nord si osserva invece una riduzione del ricorso alle cure ospedaliere fuori regione: al primo posto la Valle d’Aosta (-27,1 %), seguita dal Trentino Alto Adige (-17,2%) e dal Piemonte (-16,6 %).

Un importante elemento di attrazione verso alcune regioni e di potenziale disequaglianza tra i cittadini è costituito dalle innovazioni terapeutiche e tecnologiche: la concentrazione in alcune aree delle avanguardie terapeutiche e tecnologiche apre la strada a gravissime disuguaglianze, inevitabilmente condizionando l’accessibilità alle cure alle possibilità, non soltanto economiche, ma anche logistiche e sociali, degli individui.

Significativamente, una recente ricerca commissionata dall’Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e dal Ministero della Salute sull’utilizzo della piattaforma robotica Da Vinci, evidenzia una forte differenziazione regionale nella disponibilità della tecnologia (19 la Lombardia, 11 la Toscana, 1 la Calabria, 1 la Sicilia, 0 il Molise). Sorprendentemen-

te, dai risultati della ricerca emerge la mancanza di implementazione delle azioni minime necessarie ad assicurare la diffusione su base nazionale della tecnologia innovativa: rafforzamento della programmazione dell'utilizzo dei macchinari e dei meccanismi di monitoraggio su processi, costi ed esiti (funzionali alla verifica della gestione della tecnologia sanitaria robotica, del suo impatto finanziario e dunque, in ultima analisi, della relativa appropriatezza), uniformità della regolazione dei requisiti organizzativi e di formazione del personale addetto (frammentariamente affidati a linee guida e protocolli interni alle singole Asl a scapito di una regolazione unitaria, che favorirebbe un equo accesso alla tecnologia robotica, all'insegna del principio di uguaglianza nell'attuazione del diritto alla salute).

Prima di chiudere queste brevissime considerazioni, desidero perciò ancora una volta richiamare il pensiero di Luciano Vandelli, che giustamente rappresentava l'esigenza di incentivare *“un ampliamento tendente a introdurre innovazioni, razionalizzazioni, semplificazioni che – una volta che la singola esperienza abbia prodotto risultati positivi – possono valere come sperimentazioni idonee ad essere riprodotte in altre esperienze e, magari, essere diffuse come soluzione generalizzata (ad esempio, riunificando in capo alla Regione interventi e passaggi procedurali suddivisi tra diverse autorità, regionali e statali). Su entrambi questi versanti, se utilizzate (e, magari, combinate) adeguatamente, le ‘ulteriori forme e condizioni particolari’ di autonomia possono dare un positivo e rilevante contributo al superamento di tendenze centralistiche e uniformanti ed al rilancio di un effettivo regionalismo e autonomismo. Al di là di ogni chiusura e solipsismo territoriale”*¹⁹.

Per una effettiva garanzia del principio di uguaglianza nella tutela di un diritto assolutamente primario – imposto dal carattere unico e indivisibile della nostra Repubblica e dei suoi cittadini – i LEA devono seguire le innovazioni. Gli organi competenti al loro aggiornamento – *in primis*, il c.d. Comitato LEA – dovranno darsene specificamente carico, attraverso un opportuno *upgrade* dei livelli *aggiuntivi* rivelatisi efficaci in livelli *essenziali*. Il Ssn dovrà quindi fare ogni sforzo per garantire, anche nelle Regioni con minori disponibilità, livelli di assistenza e di qualità del servizio sanitario tali da evitare discriminazioni territoriali e conseguenti tensioni sociali.

¹⁹ L. VANDELLI, *Prospettive di differenziazione regionale: dalle autonomie speciali alle ulteriori forme e condizioni di autonomia ex art. 116 della Costituzione*, Rassegna Astrid, 2017, n. 13, p. 11.