

Discorrendo su uno dei migliori sistemi sanitari al mondo (dibattito su *La sanità in Italia*, di Federico Toth)

Melania D'Angelosante

1. Chi leggesse il recente libro di Federico Toth su *La sanità in Italia* dovrebbe cercare di calarsi nel modello ideale di destinatario cui esso pare rivolgersi, che si intravede scorrendone l'introduzione e la struttura, saggiandone il linguaggio e l'impostazione, esaminandone gli esiti annunciati e prodotti.

Questo interlocutore è principalmente l'uomo comune, l'uomo 'della strada', le cui personali conoscenze e opinioni sul sistema sanitario italiano siano però immuni dall'influenza di fattori non oggettivi, così come dall'influenza delle informazioni filtranti attraverso i mezzi di comunicazione di massa, spesso distorte dalla tendenza 'sensazionalistica' dell'informatore¹.

Dunque, per essere più precisi, l'Autore vorrebbe dialogare con un interlocutore realmente 'genuino', che riesca a spogliarsi anche delle sovrastrutture derivanti dal modo in cui le notizie vengono diffuse (risentendo normalmente delle personali inclinazioni di chi le divulga, appunto).

Due soli elementi gli si vorrebbero lasciare a disposizione.

Il primo è quello del percorso attraverso cui il lavoro si sviluppa e attraverso cui il lettore viene quindi condotto: questo *iter* parte dall'evoluzione storica del sistema per poi giungere (anche tramite il raffronto fra i principali modelli di assistenza sanitaria) all'esame delle sue attuali caratteristiche fondamentali nella prospettiva unitaria/nazionale, nonché all'esame delle differenziazioni che lo interessano nella sub-articolazione regionale e della disciplina delle professioni sanitarie, per arrivare infine alla individuazione delle principali sfide con cui oggi esso deve misurarsi.

(1) Come l'A. evidenzia e paventa alla p. 8.

Il secondo elemento è quello dei *dati*, delle informazioni riscontrabili, di cui il libro è ricco, nella migliore tradizione della impostazione politologica. La rete di queste informazioni e di questi dati, che vengono forniti in una prospettiva sia diacronica sia sincronica, costituisce l'architettura fondamentale del lavoro, di fronte alla quale lo stesso Autore si ritrae («l'impegno di chi scrive sarà di limitare al minimo le opinioni personali, facendo invece parlare i dati», si legge infatti alla p. 9).

L'intento principale della scelta è consentire all'interlocutore la valutazione personale del sistema in modo quanto più possibile prescindente da fattori soggettivi.

Assumendo l'atteggiamento del tipo di destinatario sin qui descritto, ogni lettore potrà porsi *in flow*² con l'Autore, e quindi provare a edificare questa personale valutazione, sia quando muova da una certa condizione di 'genuinità', nel senso sopra chiarito, sia quando muova, invece, dal possesso di una maggiore *expertise* (dovuta ad es. a ragioni professionali e/o di studio), che la rete dei dati vorrebbe provare a riallineare in una dimensione quanto più possibile *neutrale*.

2. Il filo conduttore del lavoro è la lettura del sistema sanitario italiano attraverso alcuni elementi selezionati per verificare se esso possa davvero considerarsi uno dei migliori al mondo (il secondo dopo quello francese, per essere precisi), come emerso da una indagine condotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità all'inizio del nuovo millennio, e mai più ripetuta in ragione delle contrastanti opinioni suscitate.

Una valutazione di questo tipo passa, in estrema sintesi, dall'incrocio di due dati fondamentali: quanto il sistema renda e quanto esso costi. Le migliori *performance* si registrano infatti nelle condizioni in cui si riescano a contenere al minimo i costi, contemporaneamente massimizzando gli indici di resa.

3. Si può partire dal primo parametro, ossia da quanto il sistema renda. In proposito l'A. evidenzia (p. 64), parlando in particolare della differenziazione dei modelli in ambito regionale, che una prima difficol-

(2) Per riferimenti più puntuali sul significato e sul conseguente uso dell'espressione si v. M. CSIKSZENTMIHALYI, *Flow: The Psychology of Optimal Experience*, New York, Harper & Row, 1990.

tà deriva dal possibile e frequente distacco fra come il modello si presenti sulla carta e come invece si presenti alla prova dei dati misurabili. Il significato della 'resa' riferita a questo settore va comunque chiarito: si sta parlando di sistemi nati per garantire la salute delle persone, e quindi di sistemi concepiti per assicurare tutti gli strumenti necessari a prevenire e/o curare le minacce a questa condizione, prescindendo dalla capacità di ciascuno di procurarseli direttamente con le proprie risorse. Dunque il livello di resa sarà evidentemente tanto più elevato quanto più il sistema riesca a estendere soggettivamente e oggettivamente il paniere delle prestazioni offerte con oneri diretti a carico dei pubblici poteri, e quindi possa ritenersi *equo* in relazione ad ambedue questi profili³. È questo il *livello di resa* che, per comodità, si potrebbe qui definire *quantitativo o strutturale*.

Ma in seguito occorre applicare un altro fascio di indicatori, per capire quale sia il livello di resa delle prestazioni offerte, ossia quanto esse riescano a rispondere con successo ai bisogni di prevenzione e di cura dei destinatari. L'indagine svolta dall'OMS ha usato a tal fine l'indice dell'*aspettativa di vita*, di cui l'A. evidenzia però i limiti (pp. 142 ss.), trattandosi di parametro non esclusivamente correlato alla qualità delle prestazioni sanitarie, cui si avvicina invece maggiormente il c.d. indice di *mortalità evitabile*. Il massimo contenimento della mortalità evitabi-

(3) L'equità dal punto di vista soggettivo è dovuta al fatto che i beneficiari delle prestazioni fruibili con oneri a carico del sistema pubblico siano tendenzialmente tutti i cittadini (ed è proprio a questo profilo che si riconduce il carattere universalistico del modello), senza limitazioni a specifiche categorie (come ad es. i lavoratori e i datori di lavoro e le loro famiglie, secondo i meccanismi che invece hanno caratterizzato e in parte ancora caratterizzano i sistemi c.d. 'occupazionali', quali quello tedesco o francese). L'equità dal punto di vista oggettivo è dovuta invece al fatto che il numero delle prestazioni fruibili con oneri a carico del sistema pubblico sia obiettivamente alto, essendo previste poche esclusioni (come ad es. alcune cure odontoiatriche o estetiche). Nel sistema italiano, come evidenziato dallo stesso A. (pp. 128 ss.), i fenomeni della *sanità low-cost* (si pensi ad es. alle prestazioni fornite a prezzi ribassati da alcuni studi medici associati non convenzionati, soprattutto nell'ambito dell'odontoiatria, uno dei più costosi con prestazioni in gran parte *out of pocket*) e della *sanità/mutualità integrativa* (da non intendere come *alternativa* al sistema pubblico) stanno avendo un'apprezzabile diffusione proprio perché funzionali ad abbattere i costi di quei trattamenti che restano direttamente a carico dei singoli pazienti. Per un approfondimento sui sistemi sanitari a confronto si v. F. TOTH, *Le politiche sanitarie – Modelli a confronto*, Bari, Laterza, 2009; M. D'ANGELOSANTE, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia*, Rimini, Maggioli, 2012; Id., *Fallimenti dello Stato e sussidiarietà inclusiva del mercato nel governo della salute ai tempi della crisi economica*, in *Ius Publicum Network Review*, n. 3, 2013.

le dovrebbe a sua volta derivare dall'applicazione di ulteriori indicatori più strettamente correlati alla qualità del servizio dal punto di vista sia funzionale sia organizzativo, come l'efficienza ospedaliera (che deriva ad es. dal tasso di uso dei posti letto), l'appropriatezza (dipendente ad es. dalla percentuale di trattamenti cui si dovrebbe ricorrere come *extrema ratio*), l'*output* (determinato dalla percentuale di trattamenti realizzati). È questo dunque il *livello di resa* che, in correlazione all'altro, si potrebbe qui definire *qualitativo o funzionale*. In questa prospettiva alcuni dei più recenti strumenti utilizzabili per migliorare la *performance* possono essere, ad es., l'*ospedale per intensità di cura* e le *case della salute* (cui l'A. si riferisce alle pp. 134 ss.). A essi si affiancano gli strumenti più tradizionali, che però talvolta sono risultati inutilizzati o sottoutilizzati: si pensi ad es. a quanto previsto, sin dal 1998, dal d.lgs. 124, secondo cui, quando i tempi massimi di attesa individuati secondo la procedura ivi descritta non sono osservati, il cittadino ha diritto di ricevere gratuitamente la prestazione in regime di *intra moenia* (p. 124). Si può ora tornare al *livello di resa quantitativo o strutturale*, poiché proprio con riferimento a esso è utile dare conto di recenti novità in grado di influenzarlo.

Su questo punto l'A. precisa (p. 36) che l'estensione soggettiva delle prestazioni assicurate dal servizio sanitario nazionale italiano con oneri a carico delle finanze pubbliche è tale da renderlo effettivamente *universalistico*. Ciò in quanto: 1) i cittadini italiani possono tutti beneficiare delle prestazioni incluse nel paniere; 2) lo stesso può dirsi per i cittadini comunitari, il possesso da parte dei quali della tessera europea di assicurazione di malattia equipara il trattamento del titolare a quello degli italiani; 3) i cittadini extracomunitari appartenenti a Paesi che hanno sottoscritto apposite convenzioni con l'Italia possono fruire dell'assistenza sanitaria nei termini previsti dalla convenzione; 4) i cittadini extracomunitari appartenenti a Paesi che non hanno sottoscritto tali convenzioni: *a)* possono fruire, se in possesso di regolare permesso di soggiorno e se iscritti all'Asl di residenza, della stessa assistenza garantita agli italiani e ai cittadini comunitari; *b)* se tali condizioni non sussistono non possono invece beneficiare gratuitamente dell'assistenza sanitaria, a meno che non abbiano sottoscritto un'autocertificazione di indigenza (in conseguenza della quale viene attribuito a ciascuno di essi il codice di *straniero temporaneamente*

te presente, semestrale e rinnovabile, che dà diritto alla fruizione gratuita delle cure dell'emergenza e di quelle essenziali).

Questo quadro va tuttavia completato con il riferimento alla disciplina della migrazione sanitaria volontaria dall'Italia ad altro Paese, comunitario o extracomunitario. Il fenomeno indica i casi in cui un cittadino scelga e programmi di fruire di certe prestazioni in un Paese diverso da quello di appartenenza, e non i casi in cui si manifesti la necessità di fruirne durante una permanenza all'estero per qualsiasi altro motivo. Ebbene, volendo – e dovendo – semplificare quanto più possibile, a questo punto si deve in primo luogo precisare che la *mobilità internazionale (extracomunitaria o intracomunitaria)* è qui dovuta alla scelta fra erogatori di diversi sistemi sanitari nazionali.

In ipotesi come queste gli oneri della migrazione restano a carico del Paese di residenza dell'utente, e gravano sul bilancio regionale, alle seguenti condizioni: *a)* eleggibilità della prestazione, autorizzazione e limiti quantitativi di rimborso, secondo quanto previsto dallo Stato di appartenenza dell'utente, per l'ipotesi di *migrazione extracomunitaria*⁴; *b)* riconducibilità della prestazione a quelle dispensate dal sistema sanitario del Paese d'origine (che funge appunto anche da finanziatore), nei limiti della spesa che ivi occorrerebbe per erogare la cura, e previa autorizzazione dello stesso per le cure ospedaliere e specialistiche (oltre che nei casi previsti dall'art. 20, comma, 2 del reg. CE 883/04⁵), nell'ipotesi di *migrazione intracomunitaria*⁶.

(4) La prestazione deve in sostanza rientrare fra quelle per cui questo tipo di migrazione è consentita con oneri a carico del Paese d'origine, il quale deve in ogni caso prima autorizzare la migrazione, verificando ad es. la natura della prestazione e la disponibilità delle risorse. Nell'evoluzione della normativa e della giurisprudenza che consentono di giungere a queste conclusioni gli snodi essenziali sono rappresentati dalle seguenti fonti: artt. 6, comma 1, e 37 della legge 833/1978; art. 3, comma 5, della legge 595/1985; art. 1, comma 9, del d.l. 382/1989; d.m. Sanità del 3 novembre 1989; dd.mm. Sanità del 24 gennaio 1990 e del 30 agosto 1991; Corte cost., 16 luglio 1999, n. 309, in www.giurcost.org.

(5) Il Reg. CE 883/04, sul coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale, precisa che, nel suo ambito di applicazione, l'autorizzazione è sempre necessaria, e che non può negarsi se le prestazioni rientrano fra quelle erogate con oneri a carico del Paese d'origine e se qui le cure non siano fruibili in un lasso di tempo compatibile con la natura e lo stato della patologia.

(6) Nell'evoluzione della normativa e della giurisprudenza che consentono di giungere a queste conclusioni gli snodi essenziali sono rappresentati dalle seguenti fonti: reg. CEE 1048/1971; artt. 6, comma 1, e 37 della legge 833/1978; Corte giust. CEE, 17 dicembre 1981, n.

Ed è proprio sulla *migrazione intracomunitaria* che deve darsi conto delle novità cui sopra si faceva riferimento, poiché esse sono in grado di incidere sull'ampiezza soggettiva e oggettiva delle prestazioni garantite dal sistema pubblico.

Con il d.lgs. 38/2014, entrato in vigore lo scorso 5 aprile, l'Italia ha infatti recepito la direttiva comunitaria 24/2011 sulla migrazione sanitaria fra Paesi dell'UE.

Qui a seguire si evidenzieranno brevemente e prevalentemente i contenuti di maggiore rilievo che integrano e/o innovano rispetto alla disciplina sopra descritta, e soprattutto rispetto alla direttiva.

In primo luogo il decreto prevede la propria applicazione, oltre che ai cittadini comunitari, anche a quelli extracomunitari in casi particolari⁷.

L'intero sistema viene reso operativo attraverso la istituzione di un Punto di contatto nazionale, che funge da interfaccia informativa sia per i pazienti italiani che richiedano di curarsi all'estero sia per quelli stranieri che abbiano chiesto di curarsi in Italia (dunque sia in uscita sia in entrata), ma anche per lo scambio di dati fra l'Italia, gli altri Stati membri e la Commissione europea. In aggiunta ciascuna Regione può istituire un proprio Punto di contatto regionale da coordinare con quello nazionale. Autorità procedimentale competente per l'esame delle richieste di migrazione in uscita e per il riscontro alle stesse, nonché per i connessi procedimenti di rimborso, è l'ASL nel cui distretto il paziente risiede, secondo la procedura e i tempi indicati all'art. 10 del d.lgs. 38/2014.

Si prevede tuttavia che per motivi imperativi di interesse generale (come specifiche esigenze di pianificazione e/o economiche) la competente autorità ministeriale possa adottare misure (evidentemente restrittive) sull'accesso alle cure, anche con efficacia limitata nello spazio, e comunque facendo stretta e scrupolosa applicazione del principio di proporzionalità.

279, in www.europa.eu; art. 3, comma 5, della l. 595/1985; art. 1, comma 9, del d.l. 382/1989; d.m. Sanità del 3 novembre 1989; dd.mm. Sanità del 24 gennaio 1990 e del 30 agosto 1991; Corte giust. CE, 28 aprile 1998, n. 158, in www.europa.eu; Corte cost., 16 luglio 1999, n. 309, in www.giurcost.org; reg. CE 883/04; Corte. giust. UE, grande sezione, 15 giugno 2010, n. 211; direttiva UE n. 24/11.

(7) Ma sul punto, per ragioni di economia espositiva, si deve necessariamente rinviare al decreto stesso, in particolare agli artt. 2 e 3 e alla ulteriore normativa ivi richiamata.

Si stabiliscono il principio di continuità delle cure (secondo cui, in caso di assistenza ricevuta all'estero, i controlli medici conseguenti sono fruibili anche in Italia alle stesse condizioni previste per l'assistenza qui fruita) e di mutuo riconoscimento delle prescrizioni mediche (alle condizioni e con i limiti di cui all'art. 12), nonché di mutua assistenza e cooperazione tra Stati, anche al fine della uniformazione degli standard qualitativi e di sicurezza in materia sanitaria.

Per la *migrazione in uscita* si ribadisce in particolare che il servizio sanitario nazionale si fa carico del costo della prestazione (parametrato ai tariffari interni al netto della quota di compartecipazione degli utenti alla spesa) secondo la procedura dell'anticipo a carico del paziente e del rimborso dietro presentazione di idonea documentazione⁸, purché la cura fruita rientri fra quelle riconducibili ai LEA stabiliti in ambito nazionale, ferma restando la facoltà dei singoli bilanci regionali di farsi carico della copertura di eventuali livelli integrativi. Il regime dell'autorizzazione preventiva viene applicato ai soli casi contemplati all'art. 9, comma 2, ossia: *a*) l'assistenza sanitaria soggetta a esigenze di pianificazione per ragioni qualitative e/o di contenimento dei costi e che richieda, alternativamente, il ricovero del paziente per almeno una notte o l'uso di infrastrutture/apparecchiature altamente specializzate e costose; *b*) l'assistenza sanitaria che comporti particolari rischi per il paziente o la popolazione; *c*) l'assistenza sanitaria prestata da erogatori che non forniscano specifiche garanzie di qualità e affidabilità. In nessun caso il rilascio dell'autorizzazione può comunque comportare la responsabilità del Ssn per danni occorsi al paziente in conseguenza dei trattamenti ricevuti all'estero (art. 9, comma 9). L'individuazione dettagliata delle prestazioni di cui alla predetta lett. *a*) è tuttavia rimessa ad apposito d.m., nelle more della cui adozione l'art. 9, comma 2, lett. *a*), risulta comunque applicabile. In nessuno dei suindicati tre casi, cui ogni Regione e le Province Autonome possono peraltro aggiungere ulteriori ipotesi di subordinazione della migrazione in uscita all'autorizzazione preventiva (art. 9, comma 8), l'autorizzazione può però negarsi se nel Paese di origine le cure non siano erogabili in un lasso di tempo compatibile

(8) Con le eccezioni previste all'art. 8, comma 2.

con la natura e lo stato della patologia (art. 9, comma 5). Viene quindi ripresa una previsione già contenuta nel Reg. CE 883/04, sul coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale (*supra*). A questo regime si aggiunge del resto quello disciplinato dallo stesso Reg. 883, la cui applicazione viene fatta salva. Le tre ipotesi previste dall'art. 9, comma 2, per il ricorrere del regime di autorizzazione preventiva si ricollegano peraltro parzialmente a quelle previste dal successivo comma 6 come causa di diniego dell'autorizzazione, che deve inderogabilmente opporsi quando: *a*) la valutazione clinica del caso evidenzia che il trattamento richiesto sottoporrebbe il paziente a rischi esorbitanti rispetto ai possibili benefici; *b*) il trattamento richiesto comporterebbe con ragionevole certezza rischi per la popolazione; *c*) il prestatore prescelto non fornisca specifiche garanzie di qualità e affidabilità; *d*) il trattamento richiesto possa essere prestato nel Paese d'origine in un lasso di tempo compatibile con la natura e lo stato della patologia.

Lo stato di attuazione del decreto legislativo di recepimento della direttiva 24/11, infine, viene rimesso al monitoraggio permanente delle singole amministrazioni regionali, che devono riferirne periodicamente alla competente autorità ministeriale, la quale a sua volta dovrà riferirne al Parlamento con cadenza biennale.

Prima di esprimere qualche considerazione sul rapporto fra questa disciplina e il *livello di resa quantitativo o strutturale* è preferibile soffermarsi anche sul parametro dei costi.

4. Sul secondo parametro, ossia su quanto il sistema costi, l'A. evidenzia ciò che si evincerebbe dall'esame dei dati riportati. In una prospettiva generale emergerebbe in primo luogo che, rispetto agli altri Paesi, il sistema sanitario italiano costerebbe meno e renderebbe bene sia in relazione all'indice dell'aspettativa di vita sia in base a quello della mortalità evitabile (pp. 142 ss.). Si stanno quindi utilizzando alcuni degli *indicatori* che sopra si sono definiti *qualitativi o funzionali*, e non quelli *quantitativi o strutturali*. In ambito regionale emergerebbe inoltre che i sistemi non indebitati erogherebbero servizi migliori di quelli indebitati, e che dunque il punto sarebbe non l'entità del *budget*, ma come lo si usi (pp. 88-89). L'esperienza dei Piani di rientro dai disavanzi sanitari eccessivi e dei conseguenti commissariamenti per l'ipotesi di inosservanza dei Piani avrebbe

inoltre avuto effetti positivi solo in pochi casi (come quello dell'Abruzzo, che per la prima volta ha chiuso il bilancio sanitario in avanzo nel 2011), ma inapprezzabili o negativi in molti altri (p. 79).

Queste riflessioni sul costo del sistema vanno però correlate a quelle su come lo si finanzia affinché possa funzionare.

Il tema è affrontato dall'A. (pp. 46, 52 ss., 54-57) principalmente facendo riferimento: *a*) alla individuazione, da parte dell'amministrazione centrale, del *budget* da destinare al Ssn (attraverso il finanziamento del Fsn, che dovrebbe avvenire in proporzione ai LEA precedentemente determinati, anche se nella prassi se ne è di volta in volta rideterminato l'ammontare parametrando a quello dell'anno precedente); *b*) al conseguente e successivo sistema di ripartizione dei fondi a cascata, il quale prevede la divisione del *budget* nazionale fra le Regioni (in base a criteri⁹ non uniformemente condivisi dalle amministrazioni destinatarie, e dunque oggetto di discussione), e poi da queste (che ne trattengono prima una quota per le funzioni orizzontali e non tariffate) fra le Asl e/o le Ao¹⁰, le quali a loro volta pagano gli erogatori, pubblici e privati; *c*) al ruolo che su questo modello potrebbe avere la legge 42/2009 (recante la delega al Governo per l'attuazione dell'art. 119 Cost. in materia di federalismo fiscale) e al dubbio se il sistema dei *costi standard* ivi previsto debba riguardare solo il riparto delle risorse fra le Regioni o anche la determinazione dell'ammontare del FSN.

È proprio sui dubbi espressi dall'A. in punto di attuazione del federalismo fiscale che questa discussione può continuare.

L'art. 119 Cost. e le sue fonti applicative sul finanziamento della sanità (non solo la legge delega 42/2009, ma anche il d.lgs. attuativo 68/2011, il quale a sua volta rinvia in parte a ulteriori decreti) prospettano l'uso dei LEA come strumento di perequazione fiscale, ossia come mezzo per mitigare un federalismo che diversamente risulterebbe troppo competitivo e iniquo.

(9) Come il numero di residenti, o il numero di residenti pesato in base all'età, o pesato anche in base ad altri criteri, quali le condizioni ambientali e socioeconomiche, gli stili di vita, ecc.

(10) L'A. precisa in particolare che in alcune Regioni il *budget* è diviso fra le Asl (su base capitaria) e fra le Ao (come per tutti i fornitori diversi dalle Asl, a tariffa, in base ai d.r.g.), mentre in una seconda fase le Asl retribuiscono gli erogatori; invece in altre Regioni il *budget* è prima diviso fra le Asl, e poi da queste fra gli (altri) erogatori (comprese le Ao).

La spinta all'autonomia finanziaria di entrata e di spesa delle Regioni è infatti temperata dalla possibilità, per quelle che non riescano ad assicurare i LEA nella misura corrispondente al *fabbisogno standard*, di attingere a un apposito fondo statale per la perequazione integrale di quanto occorrente, alternativamente: *a*) a erogare i LEA in condizioni di qualità e appropriatezza (se essi non sono assicurati ma il bilancio regionale è in pareggio); *b*) a raggiungere il pareggio di bilancio per la spesa sanitaria (se i LEA sono assicurati ma il bilancio è negativo); *c*) a conseguire ambedue gli obiettivi di cui alle lettere *a*) e *b*) (se i LEA non sono assicurati e il bilancio è negativo).

Per la ripartizione di queste risorse si prevede però il superamento del criterio della spesa storica, a vantaggio invece di quello dei *fabbisogni standard*.

In sintesi: *a*) la realizzazione dell'autonomia di entrata e di spesa è concepita quale strumento per rendere autosufficienti le Regioni nelle attività di finanziamento dei propri sistemi sanitari; *b*) i livelli più elevati di competitività e iniquità che tale sistema potrebbe determinare si vogliono scongiurare attraverso un fondo statale per la perequazione integrale di quanto occorrente a garantire i LEA nelle Regioni che non riescono ad erogarli secondo i parametri quali-quantitativi richiesti, o che per erogarli in tal modo non riescono a raggiungere il pareggio del bilancio sanitario; *c*) per la ripartizione delle risorse necessarie a raggiungere questi obiettivi si prevede il superamento del criterio della spesa storica, a vantaggio invece di quello dei *fabbisogni standard*.

Il '*fabbisogno standard*', secondo quanto si desume dal d.lgs. 68/2011, rappresenta il prodotto fra i LEA e i *costi standard* delle prestazioni rilevati nelle Regioni virtuose, e dunque rappresenta, assieme ai *costi standard*, la grandezza che dovrebbe segnare il superamento del criterio della spesa storica per il finanziamento della sanità. Sono virtuose, sempre in base al d.lgs. 68/2011, le Regioni che non siano sottoposte ai Piani di rientro e che posseggano un bilancio in pareggio. Ma se quelle che rispondano ad ambedue questi requisiti non esistono nel numero indicato dal decreto, allora si può fare riferimento al parametro suppletivo del miglior risultato economico. L'individuazione e la scelta delle Regioni virtuose sono i presupposti per determinare i *costi standard* delle prestazioni sanitarie, che debbono essere rilevati nelle Regioni così scel-

te e poi moltiplicati per i livelli essenziali delle prestazioni da garantire in ciascuna Regione, con una ponderazione realizzata in base a criteri demografici per classi di età¹¹. Il tutto al fine di consentire la quantificazione del *fabbisogno regionale standard* da finanziare.

Vi sarebbe inoltre da chiedersi quale fisionomia tali meccanismi finiranno per assumere alla luce della sopraggiunta riforma sulla introduzione del principio del pareggio di bilancio in Costituzione, oltre che alla luce delle numerose misure che hanno determinato e stanno determinando il riaccentramento delle politiche finanziarie per effetto della crisi economica. I tempi sono forse prematuri per poter fornire una risposta esaustiva: tuttavia l'impressione complessiva che si trae dal raffronto fra le varie disposizioni è che l'autonomia non sarà in via di principio soffocata, ma diverrà un premio per le Regioni che riescano a raggiungere determinati obiettivi. Obiettivi che, va detto, non sembrano poi così confliggenti rispetto a quelli prospettati dalle norme sulla realizzazione del federalismo fiscale: lo si può prima di tutto evincere, ad es., dal fatto che il pareggio di bilancio rappresenti sia una delle condizioni preliminari per potere considerare una Regione virtuosa ai sensi delle disposizioni di attuazione dell'art. 119 Cost., sia un principio ora consacrato espressamente in Costituzione, soprattutto in conseguenza dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario. Non pare dunque che l'autonomia sia o corra il pericolo di essere sacrificata sull'altare della crisi economica, poiché in effetti la seconda non dovrebbe comportare la rinuncia alla prima. A conclusioni in parte diverse si deve invece giungere quanto al rapporto fra autonomia e responsabilità dei livelli di governo substatuali, ma non in ragione della crisi economica, bensì alla luce del fatto che la regionalizzazione del Patto di stabilità evidenzia un'asimmetria, in punto di responsabilità nella sua attuazione, fra il modo in cui lo Stato si relaziona all'UE e il modo in cui vi si relazionano i livelli di governo substatuali, con la conseguenza che viene al momento ostacolata l'instaurazione di un rapporto di reciproca funzionalità, appunto, fra

(11) Sui limiti della generalizzazione, per le Regioni non virtuose, dei parametri ricavati dall'analisi dei dati di quelle virtuose, si v., *ex multis*, T.E. FROSINI, *The Gamble of Fiscal Federalism in Italy*, in *Italian Journal of Public Law*, n. 1, 2011, p. 138; G. LEONE, *Per un federalismo competitivo e solidale*, in questa Rivista, n. 3-4, 2009, pp. 538 ss.

l'autonomia e la responsabilità di tali livelli di governo di fronte all'UE¹². Fatte queste precisazioni, si può comunque ritenere che la manovra di attuazione del federalismo fiscale: *a)* tenda a incentivare, attraverso la predicata autonomia finanziaria di entrata e di spesa, la differenziazione dei sistemi sanitari in ambito regionale, essenzialmente sul versante dei modelli fiscali; *b)* tenda quindi a incentivare anche la responsabilizzazione finanziaria delle amministrazioni regionali quanto meno di fronte allo Stato.

A questi obiettivi possono però aggiungersi, quali ulteriori conseguenze: *a)* l'incentivo al livellamento al rialzo della qualità delle prestazioni dei sistemi regionali più inefficienti sino ad un certo comune denominatore, ritenuto irrinunciabile per la effettiva garanzia dei LEA; *b)* l'incentivo alla spesa buona piuttosto che alla 'riduzione dei costi a tutti i costi' (dunque a prescindere da eventuali incrementi della spesa, i quali potrebbero anche prodursi, ad es. se si considera che nelle Regioni i cui sistemi sanitari sono comunemente ritenuti più efficienti si può spendere anche di più che nelle altre, ma lo si fa in genere meglio); *c)* il disincentivo all'ulteriore miglioramento dei sistemi meno efficienti, una volta che essi abbiano raggiunto la soglia di ottimizzazione sostenuta dagli incentivi fiscali; *d)* il disincentivo all'ulteriore miglioramento dell'efficienza dei sistemi già virtuosi, che potrebbe gravare solo sui bilanci regionali, la cui autonomia di gestione deve oggi obiettivamente misurarsi coi principi e con le disposizioni che impongono la chiusura in pareggio. Verrebbe quindi premiata l'inefficienza al di sotto di una certa soglia, e parallelamente verrebbe disincentivato il miglioramento oltre un determinato livello: il tutto in nome della necessità di condurre i Sistemi sanitari regionali ad una condizione paritaria di partenza (quanto alla garanzia qualitativa dei LEA) di fronte alla responsabilità ed alla capacità di migliorarsi ulteriormente. Responsabilità e capacità che però dovranno far leva esclusivamente sulle abilità e sulle risorse dei singoli ordinamenti regionali.

5. Si può ora chiudere con qualche osservazione sugli ulteriori due parametri aggiunti con questo dibattito a quelli usati dall'A. per verificare se

(12) Per un approfondimento si v. M. SALERNO, *Autonomia finanziaria regionale e vincoli europei di bilancio*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2013.

effettivamente il sistema sanitario italiano possa dirsi uno dei migliori al mondo. Si fa riferimento alla disciplina della migrazione sanitaria internazionale (ma soprattutto nella prospettiva intracomunitaria) e all'attuazione del federalismo fiscale anche alla luce delle misure che hanno determinato e stanno determinando il riaccentramento delle politiche finanziarie per effetto della crisi economica.

Ambedue questi fenomeni influenzano a ben vedere la circolazione dei pazienti, non solo fra sistemi nazionali (il primo), ma anche fra sistemi regionali all'interno del sistema nazionale (il secondo).

La disciplina e gli effetti di questa circolazione, oltre che il significato della forma di 'competizione' da essa innescata (da intendersi prevalentemente come competizione fra sistemi sanitari nazionali o regionali, nel senso di competizione fra sistemi di *welfare* e dunque di finanziamento del servizio), inducono a domandarsi se lo scenario descritto sia l'epifania di episodi di fallimenti dello Stato, ossia della incapacità dei pubblici poteri di rispondere adeguatamente a certi bisogni dei propri cittadini, soprattutto come conseguenza della crisi economica. La Corte di giustizia¹³ ha ad es. ritenuto potenzialmente in contrasto con il principio di libera prestazione dei servizi quelle misure che rendano la circolazione di questi tra gli Stati membri più difficile della prestazione degli stessi servizi all'interno di ogni singolo Stato comunitario. Pertanto la circostanza che la normativa nazionale non garantisca all'utente un livello di copertura altrettanto vantaggioso rispetto a quello dello Stato membro ospitante potrebbe rappresentare una restrizione alla libera prestazione dei servizi, poiché tenderebbe a disincentivare la migrazione sanitaria internazionale intracomunitaria dovuta a carenze dell'offerta del sistema sanitario di appartenenza dell'utente: ciò in quanto, se la prestazione non è contemplata fra quelle offerte dal sistema sanitario dello Stato di appartenenza, non sussistono i presupposti per ottenere da questo l'autorizzazione a fruirne nello Stato ospitante o comunque il rimborso delle cure qui fruito.

Si richiede in sostanza che i sistemi si livellino al rialzo, tendendo quanto più possibile a uniformarsi.

(13) Corte giust. UE, grande sezione, 15 giugno 2010, n. 211.

Si tratta di ragioni e di esiti che possono riguardare non solo la dimensione sovranazionale, ma anche quella regionale all'interno di quella nazionale. A questa prospettiva si collega l'attuazione del federalismo fiscale in materia sanitaria in Italia, che promuove un livellamento al rialzo della qualità dei Ssr sino a una certa soglia e a prescindere da logiche competitive, le quali tornano invece ad essere protagoniste dell'ulteriore miglioramento oltre tale soglia (destinato infatti a gravare sui singoli bilanci regionali, e non sul fondo perequativo statale).

Il parametro dell'attuazione del federalismo fiscale in materia sanitaria può dunque contribuire, se e quando si completerà, all'ulteriore miglioramento del sistema nazionale, ma nei termini e coi limiti chiariti.

Lo stesso è da dirsi, in un certo senso, per il parametro della migrazione sanitaria internazionale: qui però il possibile livellamento al rialzo delle *performance* riguarderebbe non i singoli sistemi regionali all'interno di quello nazionale, bensì diversi sistemi nazionali. Sicché gli eventuali effetti positivi si spalmerebbero in teoria su più 'competitori', con le sole possibili (e peraltro verosimilmente minime) differenze date da come ciascuno di essi abbia recepito o recepirà la direttiva.