



31 LUGLIO 2019

Autonomia differenziata e tutela della
salute: autonomia competitiva dei
Sistemi sanitari regionali *vs*
universalismo solidale del Sistema
sanitario nazionale

di Francesca Angelini

Professore associato di Istituzioni di diritto pubblico
Sapienza – Università di Roma

Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali *vs* universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale^{*}

di Francesca Angelini

Professore associato di Istituzioni di diritto pubblico
Sapienza – Università di Roma

Sommario: 1. Premessa. – 2. Autonomia differenziata e tutela della salute: riflessioni a partire dalle esperienze maturate nel governo delle politiche sanitarie. – 3. Il procedimento per la definizione dell'intesa: stretta bilateralità o multilateralità pre-intesa? Le molte ragioni per guardare alle prassi affermate nei rapporti Stato-regioni in materia di tutela della salute. – 4. Le ragioni (solo) finanziarie della richiesta di regionalismo differenziato in materia di tutela della salute. 5. Alcune riflessioni conclusive sulla “desiderabilità” di forme di maggiore differenziazione nei SSR.

1. Premessa

Nella rubrica dei grandi temi istituzionali del nostro Paese, la questione regionale continua ad occupare un posto di rilievo. Malgrado gli epocali interventi riformatori degli ultimi decenni, il regionalismo italiano seguita ed essere percepito come una realtà magmatica, caratterizzata dalla costante ricerca di nuovi equilibri, i cui esiti finiscono, tuttavia, per replicare sempre la medesima sensazione di instabilità che trova origine, come dato oramai costante, nei “tre distinti profili: quello storico, quello propriamente istituzionale e quello politico”¹. A quanto osservato si aggiunga che, nell'ultimo decennio, anche le regioni hanno risentito, in maniera variabile, ma ugualmente sensibile su tutto il territorio nazionale, degli effetti della ‘crisi’ che, pure in questo caso, si è manifestata in crisi delle istituzioni, della politica, ma soprattutto dell'economia². Eppure, nell'esperienza degli ultimi 18 anni, il terreno dei rapporti fra Stato e regioni è stato ampiamente arato e ri-sistematizzato, spesso legittimando spinte centripete, dall'intervento deciso

^{*} Articolo sottoposto a referaggio. Questo lavoro rappresenta una rielaborazione approfondita dell'intervento, dal titolo *Regionalismo differenziato e tutela della salute: autonomia competitiva vs universalismo solidale*, presentato al seminario di studi, dal titolo *Il regionalismo differenziato alla luce delle recenti intese: profili giuridici e finanziari*, organizzato nell'ambito del dottorato di ricerca in Diritto pubblico, comparato e internazionale – curriculum di Diritto pubblico dell'economia dell'Università di Roma La Sapienza, svolto, presso la Facoltà di Economia, il 25 marzo 2019.

¹ Riprendo quanto sostenuto da E. CHELI, *Costituzione e sviluppo delle istituzioni in Italia*, Bologna, 1978, p. 151, perché, a distanza di più di quarant'anni, mi sembra che l'analisi sia ancora pienamente valida.

² Le implicazioni della crisi economica sul regionalismo sono sottolineate, in particolare, da S. MANGIAMELI, *Appunti a margine dell'art. 116, comma 3, della Costituzione*, in *Le Regioni*, n.4/2017, p. 662.

della Corte costituzionale; si è sostenuto, infatti, che “non vi è segmento del diritto regionale italiano sul quale la Corte non sia intervenuta con sentenze – spesso dal sapore “costituente” – [e] che hanno [per di più] indicato la strada da seguire ai legislatori della Repubblica”³. Nonostante ciò, in Italia, la definizione di un modello di regionalismo meno incerto è diventato come la tela di Penelope. A guardare, infatti, le vicende del Titolo V, della seconda parte della Costituzione italiana, dopo la riforma del 2001, si ha l'impressione che i legislatori abbiano aderito, con irrimediabile ritardo e inconsapevolmente, soprattutto negli ultimi anni, allo “sperimentalismo” proposto da Arturo Carlo Jemolo settant'anni fa; l'autorevole giurista suggerì, infatti, di concepire la riforma regionale “*Come un esperimento da cui si [sarebbe potuto] recedere dopo qualche lustro, se esso non [avesse dato] buoni risultati?*”⁴.

Alla ricerca di maggiore autonomia⁵, l'ultima svolta di questa lunga vicenda ha condotto alcune regioni ad intraprendere il cammino che porta al regionalismo differenziato, ex art. 116, comma 3, Cost.⁶; il

³ R. BIFULCO – A. CELOTTO, *Corte costituzionale e materie*, in R. BIFULCO – A. CELOTTO (a cura di), *Le materie dell'art. 117 nella giurisprudenza costituzionale dopo il 2001*, Napoli, 2015, p. XI.

⁴ La proposta, contenuta in un opuscolo sul decentramento regionale, è stata ripresa nei resoconti della Commissione Forti, istituita nel 1946 presso il Ministero per la costituente, COMMISSIONE PER GLI STUDI ATTINENTI LA RIORGANIZZAZIONE DELLO STATO, Ministero per la costituente, *relazione all'Assemblea costituente*, vol. II, *Autonomie locali*, Roma, 1946, p. 232.

⁵ Una maggiore autonomia che manifesta l'esigenza di “contestare, o almeno bilanciare, il modello “dell'uniformità””: R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, n.2/2019, pp. 2-3. Seconda altra visione, invece, l'autonomia differenziata rappresenta la risposta alla ricerca della “formula” con la quale, “nel terzo millennio” “si può mantenere l'unità politica in realtà già federali/regionali segnata da istanze autonomistiche di matrice identitaria, culturale o economica”, lo sostiene L. ANTONINI, *Metodo della differenziazione versus metodo dell'uniformità*, in A. MASTROMARINO – J.M. CASTELLÀ ANDREU (a cura di), *Esperienze di regionalismo differenziato*, Milano, 2009, pp. 2-3. Condivide la visione ottimistica sull'autonomia differenziata quale strumento “in grado di rilanciare il sistema regionale italiano”, S. NERI, *Le Ricadute organizzative al centro del regionalismo differenziato: quali raccordi interistituzionali?*, in www.forumcostituzionale.it, 25 gennaio 2019, p. 5. Sulle motivazioni che spingono all'autonomia differenziata, si veda anche: A. PIRAINO, *Ancora su regionalismo differenziato: ruolo del Parlamento ed unità e indivisibilità della Repubblica*, in *federalismi.it*, n.8/2019, p. 2 ss. Propone, infine, un'interessante lettura delle potenzialità dell'art. 116, comma 3, a partire dal “contesto” di riferimento, F. CORTESE, *La nuova stagione del regionalismo differenziato: questioni e prospettive, tra regola ed eccezione*, in *Le Regioni*, n.4/2017, p. 689 ss., che utilizza come chiave di lettura l'attuazione della disposizione all'interno della polarità “tra regola ed eccezione”, (ivi, p. 690).

⁶ Secondo M. OLIVETTI, *Il regionalismo differenziato alla prova dell'esame parlamentare*, in *federalismi.it*, n.6/2019, p. 7 ss., in questo particolare momento storico, il regionalismo differenziato, “più che come un cavallo di Troia” dovrebbe essere considerato “come un mezzo per rivitalizzare il regionalismo italiano, valorizzando l'autonomia delle aree più dinamiche del Paese”. In realtà, l'estensione delle richieste avanzate dalle tre regioni, Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna, che sono sostanzialmente arrivate a reclamare “tutte le competenze reclamabili”, cioè l'insieme delle 23 materie sulle quali è possibile chiedere, in base all'art. 116, la maggiore autonomia, ha di fatto provocato lo “scivolamento del processo in atto dal piano tecnico-giuridico al piano politico” da cui “l'accusa di avere, in realtà, per obiettivo la secessione”; in tal senso F. PALLANTE, *Nel merito del regionalismo differenziato: quali «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» per Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna?*, in *federalismi.it*, n.6/2019, p. 17. Condivisibilmente avanzano perplessità, anche sulla compatibilità costituzionale, delle ipotesi di autonomia differenziata attuate con il trasferimento di tutte le materie, A. PIRAINO, *Ancora su regionalismo differenziato: ruolo del Parlamento ed unità e indivisibilità della Repubblica*, cit., p. 9 ss. e R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 6. L'accusa di secessione è stata chiaramente avanzata da G. VIESTI, *Verso la*

percorso atteso, tuttavia, appare prospettarsi tutt'altro che una passeggiata irenica⁷, soprattutto sul piano delle ricadute sui diritti sociali⁸ (e fra questi del diritto alla salute in particolare), che rischiano di perdere

secessione dei ricchi? Autonomie regionali e unità nazionale, Roma-Bari, 2019, *passim*; critici su tale posizione considerata estrema sono: E. BALBONI, *Per scongiurare la "secessione dei ricchi" basterebbe la buona amministrazione*, in www.forumcostituzionale.it, 28 febbraio 2019 p. 1 ss. e R. BIN, *La "secessione dei ricchi" è una fake news*, in www.lacostituzione.info, 16 febbraio 2019, p. 1, secondo il quale "quello che si può fare" con il meccanismo dell'art. 116 è "riconoscere alcune competenze amministrative", e dunque legislative, in alcune materie che oggi sono dello Stato, alla regione e, se queste hanno un costo, "il loro finanziamento verrebbe trasferito alla regione" di modo che "in linea di principio, per l'erario pubblico non dovrebbe cambiare nulla e, soprattutto, nulla cambierebbe per le altre regioni".

In generale sull'inquadramento teorico e storico del regionalismo differenziato introdotto dall'art. 116, comma 3, Cost., oltre al lavoro di M. OLIVETTI, citato in questa nota, si vedano: L. ANTONINI, *Metodo della differenziazione versus metodo dell'uniformità*, cit.; A. ANZON DEMMIG, *Problemi ed esperienze del regionalismo "asimmetrico" secondo l'art. 116 comma 3 della Costituzione italiana*; A. POGGI, *Esiste nel titolo V un "principio di differenziazione" oltre la "clausola di differenziazione" del 116 comma 3?*, i tre scritti sono tutti in A. MASTROMARINO – J.M. CASTELLÀ ANDREU (a cura di), *Esperienze di regionalismo differenziato*, rispettivamente p. 1 ss.; p. 17 ss.; p. 27 ss.; O. CHESSA, *Il regionalismo differenziato e la crisi del principio autonomistico*, in *Astrid Rassegna*, n.14/2017, p. 1 ss.; A. CARIOLA – F. LEOTTA, *Art. 116*, in *Commentario alla Costituzione a cura di R. Bifulco, A. Celotto, M. Olivetti*, Torino, 2006, p. 2191 ss.; L. DAINOTTI – L. VIOLINI, *I referendum del 22 ottobre: una tappa del percorso regionale verso un incremento dell'autonomia*, in *Le Regioni*, n.4/2017, p. 713 ss.; S. MANGIAMELLI, *Appunti a margine dell'art. 116, comma 3, della Costituzione*, cit., p. 664 ss.; A. MORRONE, *Regionalismo differenziato. Commento all'art. 116, comma 3, della Costituzione*, in *Federalismo fiscale*, n.1/2007, p. 139 ss.; A. MORELLI, *Articolo 116*, in *La Costituzione italiana*, in F. CLEMENTI – L. CUOCOLO – F. ROSA – G. E. VIGEVANI (a cura di), Bologna, 2018, 328 ss.; C. TUBERTINI, *La proposta di autonomia differenziata delle Regioni del Nord: un tentativo di lettura alla luce dell'art. 116, comma 3 della Costituzione*, in *federalismi.it*, n.18/2018, p. 1 ss.

⁷ Il "carattere controverso" dell'art. 116, comma 3, Cost. è stato sottolineato da A. D'ATENA, *Diritto regionale*, Torino, 2019, p. 290. Deve essere evidenziato, inoltre, come l'attuazione dell'autonomia differenziata, intervenendo a distanza di diciotto anni dalla riforma del 2001, va ad innestarsi in un riparto di competenze Stato-regioni, così ampiamente modificato dalle sentenze della Corte costituzionale, che di quel quadro originario "non è rimasto praticamente nulla, a cominciare dalla stessa rigidità del riparto operato dall'art.117 Cost.": G. FALCON, *Il regionalismo differenziato alla prova, diciassette anni dopo la riforma costituzionale*, in *Le Regioni*, n.4/2017, p. 627. A tali difficoltà si aggiunga che la disposizione nasce con "evidenti difetti di formulazione", A. MORELLI, *Articolo 116*, cit., p. 329. Più in generale, gli aspetti politicamente problematici, le molte "opacità" nei percorsi e le "incertezze" nelle prospettive delle autonomie differenziate sono criticamente evidenziati, da ultimo, da M. CAMMELLI, *Flessibilità, autonomia, decentramento amministrativo: il regionalismo oltre l'art.116.3 Cost.*, in www.astrid-online.it, maggio 2019, p. 1 ss.

⁸ Sottolinea in particolare i pericoli dell'autonomia differenziata rispetto soprattutto alla tutela del principio di eguaglianza E. CATELANI, *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116 comma 3 Cost: profili procedurali di dubbia legittimità e possibile violazione dei diritti*, in *Osservatorio sulle fonti*, n.2/2018, p. 6 ss.

sulla strada della differenziazione⁹ quei caratteri di universalità, essenzialità e fundamentalità¹⁰ che si ergono a garanzia della unità¹¹ e dell'indivisibilità della Repubblica¹².

2. Autonomia differenziata e tutela della salute: riflessioni a partire dalle esperienze maturate nel governo delle politiche sanitarie

La grande sfida della riforma *ter* del Servizio sanitario nazionale (in avanti SSN), nota come riforma Bindi, attuata con il d.lgs. n. 229 del 1999, fu quella di rilanciare l'impostazione pubblicistica del SSN, proprio attraverso la valorizzazione dello Stato e del suo ruolo di coordinamento – soprattutto per il tramite del Ministero della salute – nel rapporto fra soggetti istituzionali del SSN e soggetti privati accreditati¹³. L'obiettivo primario di quella riforma fu, infatti, quello di favorire la creazione di un modello unico nazionale di erogazione dei servizi sanitari pubblici proprio a garanzia dell'uniformità organizzativa delle ASL e della universalità dell'erogazione dei servizi, senza, tuttavia, abbandonare il doppio binario della regionalizzazione e della aziendalizzazione, inaugurati nel 1992, anzi accentuando l'autonomia delle regioni alle quali fu affidata concretamente la riforma.

⁹ Non si dovrebbe mai dimenticare dunque che “l'“autonomia è differenziazione” nella direzione del miglior perseguimento di quella uguaglianza sostanziale che consente il pieno sviluppo della personalità e l'effettiva partecipazione, ma soprattutto è uno specifico modo di intendere la formazione (ininterrotta) di un ordinamento, in particolare di un ordinamento che si pretende costituzionale e sociale”; lo sottolinea L. RONCHETTI, *L'autonomia e le sue esigenze*, Milano, 2018, p. 250.

¹⁰ Appare utile ricordare come, all'interno della Costituzione, ‘solo’ il diritto alla salute venga definito espressamente “diritto fondamentale dell'individuo”.

¹¹ In riferimento alla formulazione dell'art. 5 Cost., proprio “nell'accompagnarsi dell'autonomia al decentramento”, G. BERTI, *Art. 5*, in *Commentario alla Costituzione a cura di G. Branca*, Bologna-Roma, 1975, p. 278, desumeva “annuncio” “di un ordine dove l'unità statale non ha più valore come unità giuridico-amministrativa, ma acquistava valore nell'unità di una società che, obbedendo a comuni regole di condotta e di linguaggio, si amministra mediante strutture adatte ai vari livelli ai vari gruppi sociali”.

¹² Il rischio “di annullare il Patto sociale che si instaura tra lo Stato e l'intera collettività, Patto che ha come fondamento la difesa dei diritti fondamentali e di cittadinanza”, per effetto dei progetti di autonomia differenziata è sottolineato da A. GIANNOLA – G. STORNAIUOLO, *Un'analisi delle proposte avanzate sul federalismo differenziato*, in *Rivista economica del Mezzogiorno*, nn.1-2/2018, p. 14. Sul rapporto fra nuove competenze riconosciute alle regioni e diritti di cittadinanza (unitaria e sociale), si veda S. GAMBINO, *Regionalismo (differenziato) e diritti. Appunti a rilettura del novellato titolo V Cost., fra unità repubblicana, principio di eguaglianza ed esigenze autonomistiche*, in *Astrid Rassegna*, n.5/2019, p. 1 ss.

¹³ Sulla *ratio* assunta dal d.lgs. n. 229 del 1999 di rilancio dell'impostazione pubblicistica e del ruolo dello Stato nel SSN si veda: R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007, p. 118 ss. Ancor più nel dettaglio, si vedano R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI – G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, p. 7 ss., che sottolineano come la riforma *ter* persegui soprattutto “la ricomposizione del sistema con i principi fondamentali della l. n. 833/1978 (universalità dei destinatari, globalità delle prestazioni ed equità nell'accesso)” accettando la “sfida a dare dimensione organizzativa al contenuto essenziale del diritto alla salute” anche attraverso una migliore definizione de “ruolo dello Stato, e del Ministro della Sanità in particolare, cui venivano conservate soprattutto funzioni di natura tecnico-scientifica, di programmazione generale e di monitoraggio già strutturate lungo gli anni Novanta”.

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 stanno aggiungendo, negli ultimi mesi, le iniziative di altre regioni – appare come la prova più evidente del fallimento di quel progetto e della perdita di quella sfida da parte dello Stato. Il regionalismo differenziato, infatti, permettendo teoricamente il trasferimento dell'intera materia 'tutela della salute' alla potestà legislativa esclusiva delle regioni richiedenti¹⁴, lascia, di fatto, allo Stato solo la determinazione dei livelli essenziali di assistenza, mentre le 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 SSN¹⁵.

Il riferimento al particolare dato storico, appena richiamato, ci permette di assumere immediatamente la prospettiva di analisi che si vuole dare a queste pagine¹⁶, che guarda all'esperienza e agli istituti sviluppati nell'ambito della tutela della salute, oltre che alla sua evoluzione, per riflettere su due profili di rilievo che interessano il processo in atto e che saranno trattati di seguito: il primo, procedurale, è relativo alla determinazione dell'intesa che, in base all'art. 116 Cost., definisce l'autonomia differenziata; il secondo, sostanziale, si soffermerà sull'individuazione di particolari processi, interni alle politiche sanitarie, che si sono rivelati prodromici all'apertura di questo nuovo capitolo del regionalismo italiano.

Nella parte conclusiva di queste pagine si tenterà, infine, di dare una valutazione generale sulla 'desiderabilità' di un'ulteriore differenziazione dei Sistemi sanitari regionali (d'ora in poi SSR), proprio a partire dalle conseguenze sul piano della uniformità e fundamentalità, come recita l'art. 32 Cost., del diritto alla salute che, insieme al diritto all'istruzione, ha costituito le fondamenta della cittadinanza sociale nel nostro Paese e che oggi rischia di essere messa seriamente in discussione. Occorre anticipare che sarà

¹⁴ "Tutte e tre le ipotesi, fosse anche nella diversità delle forme evidenziabili tra quelle elaborate dal Veneto e dalla Lombardia con quella perfezionata dall'Emilia-Romagna, sono tutte protese a sconvolgere, attraverso l'acquisizione dell'attribuzione legislativa esclusiva della materia della tutela della salute, l'attuale assetto organizzativo dei rispettivi servizi sanitari regionali"; così E. CATERINI – P. E. JORIO, *Regionalismo differenziato: il caso della sanità*, in *Astrid Rassegna*, n.3/2019, p. 6.

¹⁵ Sostanzialmente venendo meno la logica della potestà concorrente nel rapporto fra tutela della salute e organizzazione sanitaria verrebbero meno anche i "principi fondamentali della legislazione statale [che si sono] sviluppati quali strumenti di garanzia e di attuazione dei principi fondamentali del SSN e [che trovano] nell'art. 32 Cost. il proprio parametro di riferimento"; le frasi fra virgolette sono di R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 8. Per una maggiore comprensione di come la più estesa autonomia legislativa delle regioni potrà derogare ai principi fondamentali in materia di tutela della salute fissati con legge statale, si rinvia agli esempi riportati da C. TUBERTINI, *La proposta di autonomia differenziata delle Regioni del Nord: un tentativo di lettura alla luce dell'art. 116, comma 3 della Costituzione*, cit., p. 3.

¹⁶ Anche in considerazione dell'assenza di delimitazione degli ambiti materiali nei nuovi testi degli accordi intrapresi da Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna, con l'attuale Governo, sui quali si rinvia alle bozze di intesa pubblicate su sito del Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie: www.affariregionali.gov.it/attivita/aree-tematiche/autonomia-differenziata/autonomia-differenziata-articolo-116-iicomma-della-costituzione/.

un tentativo necessariamente limitato e che, in mancanza del dettaglio sulle singole materie nelle attuali bozze di accordi, farà anche riferimento, in maniera generale, ai testi relativi agli accordi raggiunti nella prima fase di attivazione dei percorsi di differenziazione conclusi con governo Gentiloni nel febbraio del 2018¹⁷.

3. Il procedimento per la definizione dell'intesa: stretta bilateralità o multilateralità pre-intesa?

Le molte ragioni per guardare alle prassi affermate nei rapporti Stato-regioni in materia di tutela della salute

Il sistema di tutela della salute ha avuto spesso un ruolo anticipatore di istituti importanti del regionalismo italiano. Con riferimento alla riforma del 2001, ne sono esempi “la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni dei diritti civili e sociali”, che ha un precedente diretto nella determinazione, affidata alla legge statale, dei “livelli uniformi delle prestazioni” sanitarie, previsti originariamente nella l. n. 833 del 1978¹⁸, e il potere sostitutivo dello Stato, introdotto nell’ordinamento italiano proprio con il d.lgs. n. 229 del 1999, in caso di mancata adozione da parte della regione del piano sanitario regionale, e oggi previsto dall’art. 120 Cost. in relazione ad altre fattispecie importanti. I casi citati, testimoniano, fra l’altro, l’imprescindibilità, a fronte del riconoscimento di maggiore autonomia regionale, di strumenti di garanzia dell’uniformità dei diritti. Per rispondere a tali esigenze, negli ultimi anni, il governo della salute ha sperimentato forme di collaborazione che hanno assunto l’istituto dell’“intesa” fra enti alla base della garanzia dell’uniformità delle prestazioni. Proprio in considerazione di questa ampia esperienza, appare utile tornare a guardare al governo della salute come ad un “laboratorio” di riferimento anche per l’intesa prevista dall’art. 116, comma 3, Cost., in caso di realizzazione del regionalismo differenziato.

A tal proposito, in assenza di leggi di attuazione della citata disposizione costituzionale¹⁹, il Governo Gentiloni, nei primi accordi del febbraio 2018, si è riferito espressamente “al procedimento consolidato

¹⁷ In particolare, sul procedimento seguito per la realizzazione di tali accordi, si rinvia a G. PICCIRILLI, *Gli “Accordi preliminari” per la differenziazione regionale. Primi spunti sulla procedura da seguire per l’attuazione dell’art. 116, terzo comma, Cost.*, in www.dirittiregionali.it, n.2/2018, p. 1 ss.

¹⁸ Divenuti successivamente, nella riforma *bis* del SSN del 1992, i “livelli essenziali delle prestazioni”. Da ultimo, su questo, cfr. C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, n.3/2108, p. 2 ss.

¹⁹ In realtà, in funzione di un primo avvio del regionalismo differenziato, “al termine della XIII legislatura, vi fu un tentativo da parte del Governo di definire una disciplina organica sul procedimento, che sfociò nell’approvazione di uno schema di disegno di legge che tuttavia non venne mai presentato dalle Camere”: così, il Dossier n. 104/1 predisposto dal Servizio studi del Senato, intitolato *Il processo di attuazione del regionalismo differenziato*, consultabile all’indirizzo internet: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01106361.pdf, 11, nota 11. In tema si veda anche M. OLIVETTI, *Il regionalismo differenziato alla prova dell’esame parlamentare*, cit., 11. In senso contrario, riflette sulla possibilità di autoapplicazione dell’art. 116, comma 3, O. CHESSA, *Il regionalismo differenziato e la crisi del principio autonomistico*, cit., p. 8 ss.

in via di prassi, nell'approvazione delle intese fra lo Stato e le confessioni religiose, di cui all'art. 8, terzo comma, della Costituzione²⁰; la scelta è stata prontamente criticata dalla dottrina a causa della marginalità del ruolo del Parlamento²¹, cui spetterebbe, in base a tali precedenti, solo la possibilità di approvare o rigettare l'intero testo dell'intesa, escludendosi *a priori* la sua emendabilità²². Si riprenderà più avanti, attualizzandola, la questione relativa al rispetto delle prerogative parlamentari, ci si limita, in questa sede, solo ad avanzare due considerazioni, peraltro connesse fra loro. La prima muove dal fatto che all'interno di una Assemblea parlamentare che sia in grado di far valere pienamente le proprie prerogative, unitamente alle garanzie di discussione, approfondimento e confronto effettivo sulle proposte, anche il solo voto di approvazione o rigetto dell'intesa, o, ancor prima, un intervento affidato a "specifiche e motivate richieste di riesame dell'intesa"²³, consentirebbero, in questo particolare caso, il rispetto integrale del ruolo del Parlamento²⁴; appare chiaro, infatti, come l'emersione di dubbi e perplessità sull'intesa condurrebbe al suo rigetto da parte dell'Assemblea, cui conseguirebbe la sua rinegoziazione alla luce delle

²⁰ Così negli accordi riportati nel Dossier n. 16 predisposto dal Servizio studi del Senato, intitolato *Il regionalismo differenziato e gli accordi preliminari con le regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto*, consultabile all'indirizzo internet: www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/01067303.pdf, 78. In generale sul procedimento per realizzare l'intesa i modelli offerti dalla Costituzione sono tre, il primo fa riferimento appunto all'art. 8, comma 3, Cost.; il secondo all'art. 80 Cost. e al procedimento di approvazione delle leggi di autorizzazione alla ratifica dei trattati internazionali, a metà strada fra questi due si collocherebbe anche l'art. 7 Cost., con il procedimento di approvazione della modifica del Concordato; infine, l'ultima opzione è offerta dal vecchio testo dell'art. 123 che fa riferimento al procedimento di approvazione dei vecchi statuti regionali. Sulle differenti ipotesi, si rinvia a M. OLIVETTI, *Il regionalismo differenziato alla prova dell'esame parlamentare*, cit., p. 26, che rileva come si tratti di procedimenti caratterizzati comunque dalla inemendabilità dei testi delle intese da parte del Parlamento. In tema, si veda anche A. MORRONE, *Regionalismo differenziato. Commento all'art. 116, comma 3, della Costituzione*, cit., p. 157 ss.

²¹ M. VILLONE, *Autonomia, perché non si può blindare la legge*, in *il manifesto*, 12 febbraio 2019, p. 15; S. STAINO, *Autonomia. Ecco perché è incostituzionale, ma una soluzione c'è*, in www.ilsussidiario.net, 2 marzo 2019, che indica, in alternativa alla possibilità di applicare il procedimento per le intese ex art. 8 Cost., la via dell'approvazione di una legge generale di attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost.

²² Contrario a considerare "un provvedimento meramente formale la ratifica dell'intesa stipulata tra governo e regione interessata" è A. PIRAINO, *Ancora su regionalismo differenziato: ruolo del Parlamento ed unità e indivisibilità della Repubblica*, cit., p. 17, che sottolinea, a proposito, come non possa considerarsi legge meramente formale una legge (rinforzata) che andrebbe a modificare l'esercizio di prerogative parlamentari sancite dalla Costituzione. In generale, i profili relativi al rapporto fra intesa e legge rinforzata, la natura meramente formale o sostanziale di questa e, conseguentemente, la possibilità che il Parlamento possa emendare l'intesa sono ampiamente trattati da R. DIKMAN, *Note in tema di legge di attribuzione di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" ai sensi dell'art. 116, terzo comma, Cost.*, in *federalismi.it*, n.5/2019, p. 5 ss. Da ultimo, sul tema, cfr. le interessanti argomentazioni di B. CARAVITA, *Un doppio binario per l'approvazione del regionalismo differenziato?*, in *federalismi.it*, n.13/2019, pp. 3-5.

²³ A. MORRONE, *Regionalismo differenziato. Commento all'art. 116, comma 3, della Costituzione*, cit., p. 165.

²⁴ Si concorda con quanto osservato da M. OLIVETTI, *Il regionalismo differenziato alla prova dell'esame parlamentare*, cit., p. 27, e cioè, senza voler sottovalutare il problema dell'inemendabilità, ciò che appare veramente importante è l'individuazione di una procedura che garantisca "una serie di accorgimenti volti a valorizzare al massimo il contributo critico e dialettico del Parlamento".

indicazioni e delle criticità emerse nel dibattito parlamentare²⁵. La seconda considerazione porta a sottolineare come Governo e regioni, in questo caso, siano “tenuti a procedere nel rispetto del principio di leale collaborazione”²⁶, che mal si concilierebbe con il potere di emendamento, unilaterale e successivo all’*intesa*, del Parlamento²⁷.

Tenuto conto di quanto detto, l’aspetto che, invece, appare effettivamente critico nell’estendere la prassi consolidata delle intese *ex art. 8, comma 3, Cost.*, alla procedura di richiesta del regionalismo differenziato, consiste nella sua “bilateralità” che, se comprensibile nell’esperienza delle singole confessioni religiose, ancorché già in questo caso non considerata necessaria dalla dottrina²⁸, rischia oggi di mostrare limiti evidenti in considerazione delle ricadute e delle conseguenze sistemiche che tali scelte avranno, sul piano dell’uniformità e universalità delle prestazioni sanitarie, su tutte le altre regioni. Alla luce di quanto detto e fermo restando che dalla lettera dell’*art. 116, comma 3, Cost.*, l’*“intesa”* deve essere raggiunta fra “lo Stato e la regione interessata”, sembra auspicabile che si guardi a quella vasta esperienza maturata in ambito sanitario e alle prassi oramai consolidate nei procedimenti di formazione delle intese Stato-regioni sempre più diffuse negli ultimi anni nella determinazione di decisioni che incidono sulle prestazioni del SSN. Si tratta, fra l’altro, di accordi che precedono l’adozione di decisioni spesso riservate allo Stato, incidenti sulla determinazione quantitativa e qualitativa delle prestazioni sanitarie e sul loro finanziamento quali: l’adozione del ‘piano sanitario nazionale’²⁹, l’individuazione dell’elenco dei ‘livelli essenziali di

²⁵ Appare chiaro, come peraltro sottolineato da R. BIN, *La “secessione dei ricchi” è una fake news*, in www.la-costituzione.info, del 16 febbraio 2019, p. 2, che il Parlamento può, con legge approvata a maggioranza assoluta, rigettare interamente il testo dell’*intesa* o sospendere la discussione e votare un ordine del giorno con il quale chiede al Governo di riaprire i negoziati per una nuova *intesa*, come si fece nel 1984, nel caso addirittura dell’approvazione del ben più complesso “nuovo concordato” con la Santa sede, in base all’*art. 7 Cost.*, come sottolineato sempre da R. BIN (ivi, p. 2).

²⁶ Dossier n. 104/1 predisposto dal Servizio studi del Senato, *Il processo di attuazione del regionalismo differenziato*, cit., p. 12.

²⁷ Cfr. sul punto M. OLIVETTI, *Il regionalismo differenziato alla prova dell’esame parlamentare*, cit., p. 27, secondo il quale “è soprattutto l’esigenza di rispettare il *principio bilaterale* nella determinazione del contenuto della differenziazione che spinge ad escludere una modificazione unilaterale di quanto disposto nell’*intesa* fra Stato e regione mediante l’approvazione di un emendamento da parte del Parlamento statale”. Sulla natura dell’*intesa* e il rapporto fra questa legge di approvazione parlamentare, si vedano anche le approfondite considerazioni di A. MORRONE, *Regionalismo differenziato. Commento all’art. 116, comma 3, della Costituzione*, cit., p. 157 ss., secondo il quale, “l’interpretazione più accreditata tende a riconoscere alla legge natura di atto di *approvazione* dei contenuti dell’*intesa*, senza che il Parlamento possa modificarla”, ivi, p. 162.

²⁸ Sulla questione si veda F. FINOCCHIARO, *Art. 8*, in *Commentario alla Costituzione a cura di G. Branca*, Bologna-Roma, 1975, p. 419, che non esclude la possibilità di prevedere intese che avrebbero potuto “essere stipulate con il concorso di più confessioni religiose e dare luogo ad una legge” o che, in alternativa, “tutte le confessioni acattoliche esistenti in Italia [avrebbero potuto] addivenire ad un’*intesa* collettiva con lo Stato”.

²⁹ G. CARPANI, *La programmazione*, in R. BALDUZZI – G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., p. 325 ss.; particolarmente per l’individuazione della procedura concertata con la Conferenza unificata, ivi, p. 326.

assistenza' (LEA)³⁰, la quantificazione del 'fondo sanitario nazionale' e, dal 2005, la determinazione dei 'patti per la salute'³¹. L'importanza del coinvolgimento di tutte le regioni, attraverso delle pre-intese³², in queste procedure è testimoniata anche dal fatto che spesso il raggiungimento dell'accordo preliminare Stato-regioni è stato introdotto, con riferimento ai casi richiamati, persino in deroga alla legge o alla Costituzione. Così è stato per Piano sanitario nazionale, che, originariamente in base alla l. n. 833 del 78, doveva essere adottato con legge dello Stato, ma poi, a partire dai primi anni Novanta, del secolo passato, a causa del sostanziale fallimento della programmazione, è stato affidato a un provvedimento governativo avente forma di d.p.r. per poi diventare, dopo la riforma costituzionale del 2001, la "cornice di sintesi, costituita dalle macro linee di indirizzo frutto del processo di concertazione con le regioni, all'interno della quale vanno ricondotti e trovano coordinamento i diversi accordi, piani e programmi che danno consistenza al funzionamento complessivo di tutto il sistema"³³. Ma così è stato, più eloquentemente, per i LEA, da adottarsi in base all'art. 117, comma 2, lett. m), Cost. con legge riservata allo Stato, ma in realtà affidati, sin dal 2001, ad una complessa procedura che prevede prima il raggiungimento di un'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, e successivamente l'adozione da parte dello Stato, con d.p.c.m., dei contenuti dell'accordo. Proprio in relazione alla determinazione dei LEA, il rilievo dell'intesa, quale strumento pienamente attuativo del principio di leale collaborazione, è stato confermato dalla Corte costituzionale, che ne ha sottolineato i profili di garanzia rispetto agli interessi di tutti gli enti coinvolti e alle esigenze di uniformità e di equità nell'accesso ai diritti (si veda, in tal senso la sent. n. 88 del 2003). In altre parole, le intese, anche quando derogano ad espresse previsioni costituzionali o legislative, sono considerate indispensabili dalla Corte costituzionale in quanto rappresentano l'unico strumento di effettiva concertazione plurale fra Stato e regioni a garanzia dell'uguaglianza e dell'uniformità delle prestazioni³⁴.

³⁰ R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, cit., p. 81 ss.

³¹ N. VICECONTE, *Il finanziamento del servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI – G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., p. 376 ss.

³² Anche se l'art. 116 sembrerebbe imporre solo intese bilaterali, la dottrina non ha escluso la possibilità di "intese plurime" secondo lo schema "dell'intesa madre e delle intese figlie" riconducibile al modello dell'art. 7 Cost. e delle c.d. "intese subconcordatarie", soluzione che consentirebbe una "maggiore flessibilità al meccanismo di negoziazione politica delle forme e condizioni particolari di autonomia", così A. MORRONE, *Regionalismo differenziato. Commento all'art. 116, comma 3, della Costituzione*, cit., p. 167.

³³ A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2017, p. 126.

³⁴ Si veda A. PIOGGIA, *op. cit.*, p. 58, che sottolinea come, in riferimento "al procedimento di adozione, i giudici costituzionali hanno anche chiaramente mostrato di ritenere indispensabile che la decisione sui livelli essenziali sia assunta nel rispetto del principio di leale collaborazione fra livelli di governo, dichiarando incostituzionale la previsione che consentiva l'adozione di misure specifiche dei livelli essenziali "sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome" piuttosto che "previa intesa" da raggiungersi in Conferenza stessa (sent. n. 134 del 2006)".

Per concludere il quadro delle intese previste nel governo della salute, appare interessante sottolineare come ci sia un unico caso di accordo bilaterale Stato-regione ed è dato dalla procedura, inaugurata dal 2005, di adozione del c.d. ‘Piano di rientro’, con il quale la regione in situazione di disavanzo eccessivo, negozia con lo Stato, sulla base di un regime di stretta condizionalità, un percorso pluriennale di risanamento finanziario. Appare tuttavia implicito, come nella fattispecie considerata, le limitazioni sui diritti, anche molto stringenti, conseguenti dall’accordo riguardino esclusivamente la regione destinataria del Piano di rientro e, dunque, coinvolta nell’accordo.

L’attuazione del regionalismo differenziato in materia di tutela della salute nelle tre regioni, Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna, con il maggior gettito tributario e con i residui fiscali³⁵ più alti non può essere realizzata senza conseguenze³⁶ – soprattutto rispetto alla perequazione finanziaria – sulla tutela

³⁵ Sui c.d. residui fiscali, “definiti come differenza tra l’ammontare di risorse (sotto forma di imposte pagate dai cittadini) che lo Stato centrale riceve dai territori e l’entità della spesa pubblica che lo stesso eroga (sotto forma di servizi) a favore dei cittadini degli stessi territori” e sulla richiesta di finanziare le nuove funzioni derivanti dall’attuazione dell’autonomia differenziata attraverso una quota di residuo fiscale sganciata dal costo necessario a finanziarla, si rinvia ampiamente a A. GIANNOLA – G. STORNAIUOLO, *Un’analisi delle proposte avanzate sul federalismo differenziato*, cit., p. 32 ss.; sul tema dei residui fiscali si sofferma ampiamente G. VIESTI, *Verso la secessione dei ricchi?*, cit., p. 32 ss., che sottolinea (ivi, 24) come il tema delle risorse e l’invito a conquistare la maggior quota possibile del c.d. residuo fiscale siano stati i temi dominanti delle campagne referendarie che in Veneto e in Lombardia hanno avviato l’attuale percorso di regionalismo differenziato.

³⁶ Sembra infatti “difficile escludere che dietro la richiesta di attivazione della clausola asimmetrica non vi sia anche, se non principalmente in alcuni casi, l’obiettivo di una modifica del sistema centrale di redistribuzione territoriale delle risorse, soprattutto nella rimodulazione dei c.d. “residui fiscali”; così: A. M. RUSSO, *Il regionalismo italiano nel vortice autonomistico della differenziazione: l’asimmetria sperimentale tra integrazione e conflitti* in *Istituzioni del federalismo*, n.2/2018, p. 338. Va sottolineato per completezza come la Corte costituzionale abbia censurato tali tendenze; si veda in particolare la sent. n. 118 del 2015 nella quale la Consulta ha dichiarato l’incostituzionalità dei tre quesiti di cui all’art. 2, comma 1, numeri 2), 3) e 4), della legge reg. Veneto n. 15 del 2014, di indizione del referendum consultivo sull’autonomia differenziata, che, afferma la Corte, “delineano un assetto finanziario in cui i tributi riscossi sul territorio regionale, o versati dai «cittadini veneti», sarebbero trattenuti almeno per l’ottanta per cento dalla Regione e, nella parte incamerata dalla «amministrazione centrale», dovrebbero essere utilizzati almeno per l’ottanta per cento nel territorio regionale «in termini di beni e servizi». Il referendum e le conseguenti iniziative degli organi rappresentativi della Regione previste dalla legge impugnata riguardano pertanto la destinazione del gettito derivante dai tributi esistenti e ne prospettano la distrazione di una cospicua percentuale dalla finanza pubblica generale, per indirizzarla ad esclusivo vantaggio della Regione Veneto e dei suoi abitanti”. Muovendo da tale esame la Corte ha concluso, dunque, che “i quesiti in esame profilano alterazioni stabili e profonde degli equilibri della finanza pubblica, incidendo così sui legami di solidarietà tra la popolazione regionale e il resto della Repubblica. Pertanto, i due quesiti investono in pieno non già le singole manovre di bilancio, o determinate misure in esse ricomprese, ma alcuni elementi strutturali del sistema nazionale di programmazione finanziaria, indispensabili a garantire la coesione e la solidarietà all’interno della Repubblica, nonché l’unità giuridica ed economica di quest’ultima. Così facendo, i quesiti si pongono in contrasto con principi di sicuro rilievo costituzionale ed entrano nel cuore di una materia in cui lo stesso statuto regionale, in armonia con la Costituzione, non ammette referendum, nemmeno consultivi” (pt. 8.4 del cons. in diritto). Sulla portata della sentenza si sofferma ampiamente S. GAMBINO, *Regionalismo (differenziato) e diritti. Appunti a ri-lettura del novellato titolo V Cost., fra unità repubblicana, principio di eguaglianza ed esigenze autonomistiche*, cit., p. 8 ss.

In due sentenze più recenti, le nn. 69 e 83 del 2016, la Corte ha affermato chiaramente come “il criterio del residuo fiscale (...) non è parametro normativo riconducibile all’art. 119 Cost.” (sent. n. 69 del 2016, pt. 4 del cons. in diritto).

dei livelli delle prestazioni delle altre Regioni³⁷. Non solo, proprio in relazione alle modalità di approvazione e aggiornamento dei LEA, da ultimo, si è evidenziato come sia del tutto aperta la possibilità che il riconoscimento di tali nuove forme di autonomia possa giungere ad attivare una “dinamica complessa di *political economy*” connessa al fatto che in alcuni ambiti tali richieste “toccano direttamente o indirettamente il perimetro dei LEA”³⁸, con conseguenze importanti sul piano sia procedurale che sostanziale. Rispetto al piano procedurale, appare chiaro che la conseguenza immediata sarebbe quella di sottrarre gli ambiti dei LEA coinvolti nelle richieste di maggiore autonomia dal procedimento collaborativo, prima richiamato, di determinazione dei LEA; sul piano sostanziale, invece, tali dinamiche potrebbero chiaramente favorire “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”³⁹.

In particolare, dunque, per ciò che concerne l’ambito sanitario, la richiesta di nuove forme di autonomia non dovrebbe prescindere dalla realizzazione di una specifica intesa o pre-intesa in materia di tutela della salute⁴⁰, che, in attuazione del principio di leale collaborazione, coinvolga tutte le regioni⁴¹, in sede di Conferenza Stato-regioni, nella quantificazione delle ricadute sistemiche e finanziarie su tutti gli enti della maggiore autonomia⁴². Sembra proprio questo il senso del richiamo, *ex art. 116 Cost.* al “rispetto dei principi di cui all’articolo 119”⁴³.

³⁷“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 trattenuto, tutte le scelte di politica economica con finalità allocative e redistributive su scala nazionale, sia di spesa corrente sia di investimento”: N. SALERNO, *Brevi commenti su sanità e federalismo differenziato*, in *Astrid Rassegna*, n.5/2019, pp. 2-3.

³⁸ N. SALERNO, *op. cit.*, p. 4.

³⁹ N. SALERNO, *op. ult. cit.*, pp. 4-5, che riporta, fra l’altro, alcuni esempi concreti molto illuminanti.

⁴⁰ La possibilità di prevedere intese specifiche su ogni materia mi sembra del resto auspicata dalla dottrina, si veda sul punto M. OLIVETTI, *Il regionalismo differenziato alla prova dell’esame parlamentare*, cit., p. 30, a parere del quale ci sarebbero “significative ragioni di sistema (che) dovrebbero indurre ad optare per la conclusione di intese materia per materia, anche per consentire al Parlamento di valutare le ragioni di ciascuna di essa”.

⁴¹ Si è sostenuto, del resto, in maniera chiara come “il tenore testuale della norma non è in sé decisivo. Di certo, nel prescrivere intese bilaterali, non vieta intese collettive o plurisoggettive”, A. MORRONE, *Regionalismo differenziato. Commento all’art. 116, comma 3, della Costituzione*, cit., p. 167.

⁴² Si veda ancora M. OLIVETTI, *Il regionalismo differenziato alla prova dell’esame parlamentare*, cit., p. 17, il quale pare auspicare comunque una consultazione sulle bozze di intesa della Conferenza Stato-regioni proprio per permettere a tutti gli enti di valutare gli effetti sistemici che l’autonomia differenziata può avere sul sistema regionale nel suo insieme.

⁴³ Nello stesso senso: D. MONE, *L’autonomia differenziata come mezzo di unità statale: La lettura dell’art. 116, comma 3 Cost., Conforme a costituzione*, in *Rivista AIC*, 2019, p. 266 e A. PIRAINO, *Ancora su regionalismo differenziato: ruolo del Parlamento ed unità e indivisibilità della Repubblica*, cit., p. 6 ss.; più ampiamente sul limite del rispetto della Costituzione finanziaria, si veda A. MORRONE, *Regionalismo differenziato. Commento all’art. 116, comma 3, della Costituzione*, cit., p.

Da ultimo, invece, le bozze di intesa concluse nel febbraio 2019 fra le tre regioni interessate e l'attuale Governo, introducono novità importanti, che solo in apparenza, come vedremo, sembrano valorizzare il principio di leale collaborazione, ma che di fatto segnano un deciso arretramento in termini di garanzie di partecipazione sia del Parlamento che delle altre regioni 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.⁴⁴.

181. Lo stretto legame di interrelazione fra l'art. 116 e 119 Cost. è, del resto, confermato dall'art. 14 della legge n. 42 del 2009, che ha dato attuazione all'art. 119 Cost., che prevede la conformità all'art. 119 Cost. della legge che dà attuazione all'autonomia differenziata ex art. 116, comma 3.

⁴⁴ In evidente contrasto con le esigenze di contenuto e di procedimento segnalate dalla dottrina che ha sottolineato come “sia il Governo – in sede di stipulazione dell'intesa – sia il Parlamento, con l'approvazione finale della proposta, devono potersi esprimere su un testo che contenga già, in maniera sufficientemente puntuale, sia l'individuazione delle materie oggetto di autonomia differenziata, sia la definizione del tipo di funzioni e competenze a cui esse intendono fare riferimento (legislative ed amministrative), sia l'indicazione delle modalità di copertura finanziaria e delle fonti di finanziamento delle stesse. Come insegna la giurisprudenza costituzionale, quando la Costituzione affida ad una legge approvata a maggioranza assoluta del Parlamento la definizione di una certa disciplina, questa legge può demandare ad altre fonti solo la precisazione di *alcuni aspetti tecnici* (la Corte costituzionale lo ha ribadito, anche di recente, in relazione alla legge di attuazione dell'art. 81 della Costituzione), non certo eludere la riserva di legge rinviando aspetti fondamentali ad altre fonti, sia primarie (ma ordinarie), che secondarie”: C. TUBERTINI, *La proposta di autonomia differenziata delle Regioni del Nord: un tentativo di lettura alla luce dell'art. 116, comma 3 della Costituzione*, cit., p. 17. Va detto che, da ultimo, le dichiarazioni della Ministra per gli affari regionali, Erika Stefani, sembrano aprire al più ampio confronto parlamentare soprattutto al fine di garantire l'univocità del procedimento per tutte le Regioni nell'attuazione delle intese; all'esito dell'incontro, del 3 aprile scorso, tenuto con tutti i presidenti delle regioni, così, infatti, si è espressa la Ministra: “Oggi è stato fatto un passo avanti: ho invitato i presidenti delle Regioni per parlare dell'autonomia differenziata, il dibattito deve entrare nella sua sede naturale. Stiamo attendendo che il Parlamento decida l'iter da affrontare per il dibattito parlamentare al quale sono totalmente aperta. Il dibattito parlamentare per me è fondamentale sia prima della firma dell'intesa che nella fase successiva. L'operazione deve essere il più possibile condivisa. In sede di esecuzione della legge che ci sarà, ci saranno vari d.p.c.m. che daranno attuazione concreta ai trasferimenti di risorse e a tutto il resto. Poi le Regioni dovranno emanare le leggi regionali in esecuzione del percorso: non vedo alcun intasamento, l'importante è lavorare tutti. La parte generale e il meccanismo procedurale sarà uguale per tutte le Regioni, di qui un confronto come quello di oggi. Le singole Regioni potranno decidere, d'accordo col Governo, le materie sulle quali chiedere lo spazio d'autonomia. La differenziazione c'è sulle materie non sulla procedura e sull'impianto generale”. La dichiarazione è riportata su www.regioni.it/newsletter/n-3584/del-03-04-2019/autonomia-differenziata-stefani-un-altro-passo-avanti-19581/. Occorre tuttavia rilevare come le parole della Ministra siano ancora distanti da una consapevole assunzione dell'importanza delle conseguenze sistemiche fra regioni del riconoscimento dell'autonomia differenziata di alcune particolari materie quali la tutela della salute o l'istruzione. Sui possibili schemi procedurali di approvazione della legge rinforzata attuativa della autonomia differenziata, si sofferma ampiamente R. DIKMAN, *Note in tema di legge di attribuzione di “ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia” ai sensi dell'art. 116, terzo comma, Cost.*, cit., p. 4 ss. che individua i seguenti tre schemi: a) legge rinforzata limitata ad approvare l'intesa decisa dal Governo e la regione; b) legge rinforzata preceduta da “una fase preliminare di indirizzo parlamentare” attraverso la quale “ciascuna Camera potrebbe indicare al Governo eventuali questioni critiche nell'ambito delle bozze di intese, che il Governo potrebbe (non dovrebbe, in ragione dell'efficacia degli

L'elevato carattere di 'sperimentalismo pericoloso' di tale procedura, definita financo "eversiva"⁴⁵, appare evidente; la previsione di fasi successive all'approvazione parlamentare delle intese, che diventano a questo punto più 'intese quadro', rimette la sostanza della decisione sul loro effettivo contenuto e finanziamento ad una sub-procedura e ad 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)⁴⁶. 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 atti obbligatori, ma non vincolanti a differenza delle "intese", come rilevato dalla Corte costituzionale nella nota sentenza sulla riforma Madia, n. 251 del 2016⁴⁷, alla quale si rinvia per evidenziare la diversità sostanziale dell'intesa, considerata strumento forte di collaborazione fra enti⁴⁸, rispetto al semplice parere della Conferenza unificata. Altro aspetto critico di questa procedura è, infine, il ricorso all'effetto 'compensativo' fra lo svilimento sostanziale del ruolo del Parlamento, ridotto ad approvare una intesa vuota di contenuti effettivi, e la previsione dei pareri che dovrebbero legittimare la maggiore libertà riconosciuta ai poteri

indirizzi solo sul piano politico) rinegoziare con le Regioni interessate"; c) "la legge rinforzata potrebbe incidere sul testo dell'intesa in quanto sarebbe legge non solo formale ma legge "di attribuzione" *pleno iure* di condizioni differenziate di autonomia. In breve, la fonte dell'attribuzione sarebbe la legge, non l'intesa".

⁴⁵ R. BIN, *L'insostenibile leggerezza dell'autonomia "differenziata": allegramente verso l'eversione*, in www.lacostituzione.info, 16 marzo 2019, p. 2, secondo il quale l'aspetto eversivo sarebbe rintracciabile nel fatto che le intese invece di presentare al voto delle Camere "l'indicazione analitica delle "maggiori competenze" (...), si limita a rinviare il "riempimento" del trasferimento nelle singole materie ad atti successivi".

⁴⁶ Si veda, a proposito, da M. CAMMELLI, *Flessibilità, autonomia, decentramento amministrativo: il regionalismo oltre l'art.116.3 Cost.*, cit., p. 8, che sottolinea come sostanzialmente ci si trovi di fronte a "processi decisionali e atti che per loro natura si sottraggono ad ogni sorta di effettivo controllo, sia in itinere (perché sottratti alle sedi collegiali parlamentari e governative) sia per il regime dell'atto finale (di natura incerta, ma in ogni caso difficilmente sindacabile sul piano giurisdizionale, ordinario e costituzionale)".

⁴⁷ Deve comunque essere sottolineato, a supporto di quanto sostenuto in queste pagine, come, con tale sentenza la Corte ha esteso "anche al procedimento legislativo statale il principio di leale cooperazione, imponendo la ricerca dell'«intesa» Stato-regioni quando si tratti di «riformare istituti che incidano su competenze statali e regionali inestricabilmente connesse» (sentenza 25 novembre 2016, n. 251)", S. STAIANO, *Art. 5. Costituzione italiana*, Roma, 2017, p. 146. Per un ampio commento alla sent. n. 251/2016, si rinvia a F. COVINO, *Leale collaborazione e funzione legislativa nella giurisprudenza costituzionale*, Napoli, 2018, p. 79 ss.

⁴⁸ "L'intesa, più in generale, rappresenta uno dei principali moduli della leale collaborazione tra enti di governo territoriale, prevista nell'ordinamento giuridico in tipi e con efficacia differenti, caratterizzata per essere, tra tutti i paradigmi, quello che realizza "la forma più intensa di partecipazione""; A. MORRONE, *Regionalismo differenziato. Commento all'art. 116, comma 3, della Costituzione*, cit., p. 158.

normativi dell'esecutivo, che come è noto ripete uno schema, non virtuoso e assai criticabile, ampiamente sperimentato nella delega legislativa⁴⁹.

4. Le ragioni (solo) finanziarie della richiesta di regionalismo differenziato in materia di tutela della salute

Porre attenzione sull'evoluzione dei SSR permette di comprendere anche le ragioni effettive delle richieste di regionalismo differenziato da parte dei territori più ricchi del Paese. In particolare, proprio lo sguardo attento alle trasformazioni dell'organizzazione dei SSR negli ultimi decenni, a partire dalla riforma *bis* del 1992, rivela in maniera piuttosto evidente come le spinte di tali rivendicazioni oggi non possano che essere sostanzialmente motivate dalla volontà di veder riconosciuta un'effettiva autonomia economico-finanziaria, anche come reazione alle forti limitazioni sperimentate, da ultimo, a causa della crisi economica e che hanno avuto ripercussioni molto più sensibili nelle politiche sanitarie regionali⁵⁰.

Il processo di ulteriore regionalizzazione del SSN, avviato nei primi anni Novanta del secolo passato, si è accompagnato, originariamente, al graduale riconoscimento di una maggiore autonomia finanziaria e tributaria delle regioni, realizzato attraverso provvedimenti che hanno attribuito quote crescenti di compartecipazioni di tributi specifici in capo a tali enti sino a spingersi, come è noto, all'attuazione del federalismo fiscale a Costituzione invariata con il d.lgs. n. 56 del 2000. Tuttavia, proprio a partire dal 2001, anno in cui il federalismo fiscale è entrato in Costituzione con la nuova formulazione dell'art. 119, ha avuto inizio un'evidente inversione di tendenza attraverso nuove misure legislative che hanno segnato un deciso riaccentramento delle politiche fiscali e causato il sostanziale congelamento, per quasi un decennio, del nuovo art. 119 Cost.⁵¹.

⁴⁹ Ci si limita a rinviare, sul tema, a F. ANGELINI, *L'evanescenza dell'indirizzo politico parlamentare fra legge delega e pareri (negativi) delle Commissioni parlamentari nella riforma del mercato del lavoro: il caso dei licenziamenti collettivi e dei controlli a distanza in Diritti, Lavori, mercati*, Quaderno n. 2/2016, *le riforme del diritto del lavoro: politiche e tecniche normative*, a cura di M.P. IADICICCO - V. NUZZO, p. 289 ss.

⁵⁰ “Mentre, infatti, il condizionamento esterno sulle Regioni è estremamente penetrante per quanto riguarda gli aspetti finanziari, nulla del genere si può dire per la scelta degli aspetti organizzativi. Sotto il primo profilo, il perdurante carattere derivato, e informato al criterio della spesa storica, dei finanziamenti del settore sanitario continua a tradursi in un processo decisionale il cui momento cardine resta quello delle negoziazioni svolte in Conferenza Stato-Regioni, senza contare che i vincoli posti dall'appartenenza della Repubblica all'Unione economica e monetaria si sono come è noto notevolmente accresciuti dopo l'adozione del *Fiscal Compact*, con evidenti ricadute sulla finanza regionale, nel cui ambito la salute continua a spiccare in termini quantitativi. Invece, sul fronte amministrativo e in particolare organizzativo, il solo vincolo virtualmente posto in capo alle Regioni dovrebbe essere costituito dalla legislazione statale di principio, cui lo Stato ha di fatto rinunciato.” C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, cit., p. 4.

⁵¹ In generale sulla storia del finanziamento della spesa sanitaria si rinvia a: N. VICECONTE, *Il finanziamento del servizio sanitario nazionale*, cit., p. 371 ss.; ID., *L'evoluzione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale tra*

È solo con la l. n. 42 del 2009, e con il successivo d.lgs. n. 68 del 2011 che l'attuazione del federalismo fiscale ha ripreso vigore, ma per un tempo molto limitato, prima di incontrare i nuovi ostacoli imputabili alla decisa svolta centripeta dovuta alla crisi economica che ha imposto politiche di rigoroso controllo sulla spesa pubblica⁵². In particolare, proprio alla stretta anticrisi sono dovuti i forti limiti che hanno fatto registrare addirittura negli anni 2013 e 2015 delle riduzioni di spesa rispetto agli anni precedenti nel finanziamento dei LEA⁵³. In generale le politiche di *spending review* hanno determinato, solo per fare qualche esempio, la razionalizzazione della spesa farmaceutica, la riduzione del tasso di ospedalizzazione, il blocco del *turn over*. Inoltre, la sempre più complessa quantificazione del costo delle prestazioni ha finito per rallentare vistosamente, proprio in questi stessi anni, l'attesa adozione dei nuovi LEA, il cui aggiornamento dal 2001, ancorché previsto a cadenza triennale⁵⁴, è stato approvato, con evidente difficoltà, solo nel febbraio 2017⁵⁵. L'insieme di tali condizioni, da una parte, ha fatto venir meno la funzione statale di coordinamento del Ministero della salute nella sanità pubblica, emblematicamente evidente nel ritardo di adozione dei nuovi LEA⁵⁶, dall'altra, ha ridimensionato gli spazi consentiti alle regioni ordinarie nella definizione delle politiche sanitarie, sottoponendole ad una stringente verifica da parte dello Stato. Il complesso di tali trasformazioni si è tradotto in un'azione di indebolimento regionale le cui conseguenze, comunque, si sono differentemente modulate a seconda della situazione finanziaria di ciascun ente. Così, le regioni centro meridionali, per le loro condizioni di deficit elevato, si sono ritrovate strette dai piani di rientro che hanno pesantemente imbrigliato e condizionato i loro SSR⁵⁷, con

federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio, in www.issirfa.cnr.it, luglio 2012, *passim*; G. CRISAFI, *Fabbisogni e costi standard, un'occasione perduta*, in *Osservatorio AIC*, n.3/2016, p. 1 ss.

⁵² Certamente connessa alla "smisurata espansione della funzione statale di coordinamento della finanza pubblica, a sua volta motivata dall'orientamento, fatto proprio in sede sovranazionale e nazionale, secondo cui per fronteggiare la crisi economico-finanziaria sarebbero necessarie misure draconiane di consolidamento fiscale", lo sottolinea O. CHESSA, *Il regionalismo differenziato e la crisi del principio autonomistico*, cit., p. 4.

⁵³ Le esigenze di maggiore controllo sulla spesa sanitaria hanno condotto ad affidare la determinazione del fabbisogno standard annuale per finanziare i LEA alla negoziazione Stato-Regioni e alle intese concluse nell'ambito dei c.d. patti per la salute; tuttavia, spesso questi stessi patti sono stati rimodulati, per esigenze di contenimento della spesa, dal Parlamento e dal Governo dall'inizio della crisi.

⁵⁴ Così l'art. 1, commi 9 e 10 del d.lgs. n. 502 del 1992, che affida tale compito al Piano sanitario nazionale di durata triennale.

⁵⁵ Solo con il d.p.c.m. n. 65 del 12 gennaio 2017 si è conclusa la lunga e travagliata vicenda dell'aggiornamento dei nuovi LEA, sulla quale si rinvia a: G. VICARELLI, *I nuovi LEA: passaggio storico o illusione collettiva?*, in *Politiche sociali*, n.3/2017, 517 ss.; B. VIMERCATI, *L'aggiornamento dei LEA e il coordinamento della finanza pubblica nel regionalismo italiano: il doppio intreccio dei diritti sociali*, in *Le Regioni*, nn.1-2/2017, p. 133 ss.

⁵⁶ Si è sostenuto, a proposito, come anche il ritardo nell'adozione dei LEA sia parte di una serie di "scorrettezze, tutte contrarie al principio di leale cooperazione" ascrivibili al potere centrale, che hanno contribuito a far riemergere la "mai sopita tensione regionale" alla contrapposizione con lo Stato; L. DAINOTTI – L. VIOLINI, *I referendum del 22 ottobre: una tappa del percorso regionale verso un incremento dell'autonomia*, cit., pp. 720-721.

⁵⁷ Al punto che l'impossibilità di fatto di differenziare le prestazioni in base al territorio prevedendo servizi extra LEA ha finito per trasformare questi ultimi in "meri livelli minimi di prestazione", I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento*, in corso di pubblicazione su *BioLaw Journal*, p. 6 del dattiloscritto.

conseguenze tangibili, non solo sul piano delle singole prestazioni⁵⁸, ma anche nell'autonomia delle forme organizzative e di gestione dei servizi. I piani di rientro, in sostanziale assenza del coordinamento del Ministero della Salute, hanno finito per porre le regioni del centro sud sotto la tutela del Ministero di Economia e Finanza. Diversamente, le regioni del centro nord, come ad esempio la Lombardia (ma anche la Toscana), hanno in questi stessi anni non solo ristrutturato i loro SSR, utilizzando la normativa sull'autonomia organizzativa nelle politiche sanitarie, rimasta intatta dagli anni novanta, del Novecento⁵⁹, ma hanno cominciato ad avanzare richieste di maggiore autonomia *ex art.* 116, comma 3, Cost., guardando all'unica disposizione rimasta dormiente del Titolo V, non solo per divincolarsi chiaramente dalla ricentralizzazione delle politiche di finanza pubblica⁶⁰ conseguente alla crisi, ma anche per completare il già ampio 'federalismo sanitario'⁶¹, di fatto realizzato, con un 'federalismo fiscale' che, tuttavia, distante dai meccanismi di solidarietà previsti dall'art. 119 Cost., appare ispirato, nelle premesse e nelle richieste, a quel principio che la dottrina belga definisce "*juste retour*"⁶², il cui obiettivo è quello di ancorare il gettito fiscale al territorio regionale e sganciare i residui fiscali dai sistemi di perequazione fra regioni.

In una situazione già fortemente asimmetrica, l'attuazione del regionalismo differenziato in materia di tutela della salute rischia di determinare una differenziazione ancora maggiore nei modelli già molto sperequati dei SSR. In realtà, come evidenziato, in base alla legislazione degli ultimi anni, le regioni

⁵⁸ In tema si veda M. BELLETTI, *Le Regioni «figlie di un Dio minore». L'impossibilità per le Regioni sottoposte a Piano di rientro di implementare i livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2013, p. 1078 ss.; che ben mette in evidenza come, in riferimento alla giurisprudenza costituzionale, la "pervasività" riconosciuta alla materia coordinamento della finanza pubblica, in funzione del contenimento della spesa pubblica non abbia corrisposto "una correlativa garanzia dei «livelli essenziali delle prestazioni» sull'intero territorio nazionale" (ivi, 1087).

⁵⁹ "Ciascuna regione, infatti, dispone di strumenti incisivi per partecipare attivamente e secondo il proprio autonomo indirizzo di governo alla determinazione delle modalità di protezione del diritto alla salute, potendo caratterizzare il proprio "modello" di tutela del diritto a partire dalle scelte di organizzazione del Servizio sanitario regionale, entro il quadro del Servizio sanitario nazionale", R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 9.

⁶⁰ In tal senso anche R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *op. cit.*, p. 13, secondo i quali "le richieste di maggiore autonomia [coincidono] soprattutto con l'allentamento dei vincoli di spesa". Il punto è condiviso anche da F. GALLO, *I limiti del regionalismo differenziato*, in *Astrid Rassegna*, n.9/2019, p. 1.

⁶¹ Si veda, N. CARTABELLOTTA, *Così il «regionalismo differenziato» mette a rischio l'universalismo del Ssn*, in www.sanita24.ilsole24ore.it, del 28 settembre 2018, che mette chiaramente in evidenza come, a fronte 21 differenti sistemi sanitari già caratterizzati da notevoli disuguaglianze in relazione a molteplici aspetti quali, gli adempimenti dei LEA, le performance ospedaliere, le dimensioni delle aziende sanitarie ospedaliere, le disponibilità dei farmaci innovativi e uso di farmaci equivalenti, la governance della libera professione, la giungla dei ticket, le eccellenze ospedaliere del nord e la desertificazione dei servizi territoriali del sud, la mobilità sanitaria ecc., "le ulteriori autonomie concesse dal regionalismo differenziato da un lato indeboliranno le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle regioni, dall'altro accentueranno iniquità e disuguaglianze disgregando definitivamente l'universalismo del SSN".

⁶² Sul principio del "*juste retour*", si rinvia a F. ANGELINI, *Belgio. La funzione finanziaria*, in R. BIFULCO (a cura di), *Ordinamenti federali comparati. II*, Torino, 2012, p. 416 ss.

dispongono di un'ampia libertà nell'organizzare il proprio SSR, tanto che a partire dalla seconda metà degli anni Novanta dello scorso secolo sono emersi “modelli sanitari regionali” caratterizzati da assetti regolativi differenziati (alcuni ad esempio molto improntati alla concorrenza tra produttori di servizi) e che hanno riconosciuto ampio spazio alla sperimentazione gestionale⁶³. Si tratta di modelli dunque che hanno sostanzialmente creato già un accentuato federalismo sanitario, con grandissime differenze in termini di servizi; l'ulteriore differenziazione rischierebbe di mettere definitivamente in crisi l'universalismo del SSN.

5. Alcune riflessioni conclusive sulla “desiderabilità” di forme di maggiore differenziazione nei SSR

I tentativi di anticipare valutazioni di processi ancora *in fieri* devono trovare un primo dato di chiarezza in un'operazione di onestà intellettuale che porta ad ammetterne, preliminarmente, la natura necessariamente incompleta e relativa. Ciò premesso, in questo caso sembra comunque importante non sottrarsi a tali valutazioni poiché queste, incidendo sul modello di tutela della salute da realizzare, assumono comunque, ancorché parziali, un peso specifico di rilievo nella comprensione dei processi di trasformazione della forma di Stato e del sistema di *welfare* dell'intero Paese.

Alla luce di tale premessa, la prima valutazione generale sui progetti di regionalismo differenziato e sulle loro conseguenze sulla forma di Stato italiano non può mancare di evidenziare l'affermazione di una decisa spinta del regionalismo italiano a transitare da un modello prevalentemente ‘solidale’ ad un modello sostanzialmente ‘competitivo’⁶⁴.

Già qualche anno fa l'aumento delle differenze nelle prestazioni sanitarie, tra SSR del Nord e del Sud, era stato valutato “al di là di limiti coerenti e compatibili con il principio di uguaglianza”⁶⁵; a fronte di tale severa valutazione, le richieste di autonomia differenziata delle tre regioni con residui fiscali più alti appaiono non solo tutt'altro che neutrali rispetto alla perequazione, ma anche non desiderabili sul piano della tutela dell'uniformità dei diritti. Si può ben capire, dunque, come le condizioni effettive del SSN,

⁶³ Si è sottolineato infatti come in conseguenza dell’“ampiezza dell'autonomia istituzionale e organizzativa riconosciuta alle regioni” oggi esistono “tante organizzazioni istituzionali per la salute quante sono le regioni”, E. GRIGLIO, *L'organizzazione istituzionale per la tutela della salute in ambito regionale*, in R. BALDUZZI – G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., p. 219.

⁶⁴ Si veda, F. GALLO, *I limiti del regionalismo differenziato*, cit., p. 1, a parere del quale la realizzazione dell'autonomia differenziata in questa particolare fase storica “va inquadrata nel contesto dell'attuale crisi del federalismo solidaristico e cooperativo regolato dal titolo V, parte II, della Costituzione”.

⁶⁵ P. DE IOANNA – R. FANTOZZI, “*Vincoli ciechi*”: i tagli alla spesa e il diritto alla salute, in *Menabò di etica ed economia*, n.19/2015, p. 1.

valutate alla stregua dei principi costituzionali, non appaiono più compatibili, o meglio sostenibili, con riforme che le esporrebbero a forme ulteriori di differenziazione.

Il regionalismo asimmetrico non solo non sarà a costo zero per lo Stato, contrariamente a quanto previsto dall'art. 5 delle stesse bozze di intesa, dove si afferma che “dall'applicazione della presente intesa non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”, ma, con evidente eterogenesi dei fini, finirà per rappresentare un costo per le regioni più povere⁶⁶, si pensi ad esempio alla richiesta di istituire fondi integrativi regionali favoriti da meccanismi di defiscalizzazione che ancora una volta smentirebbe la neutralità perequativa delle misure. Rispetto, inoltre, al rischio di una minore contribuzione generale delle tre regioni più ricche d'Italia, o rispetto alla previsione della loro uscita dalla quantificazione del Fondo Sanitario Nazionale⁶⁷, appare davvero difficile, se non del tutto impossibile, riuscire a garantire la perequazione e la solidarietà verso “territori con minore capacità fiscale per abitante” (art. 119, comma 3, Cost.). Si assisterà così all'accentuarsi di fenomeni negativi già ampiamente diffusi, negli ultimi anni, come conseguenza all'elevata disomogeneità fra SSR. Il primo, fra questi, sarà il ricorso alla c.d. mobilità sanitaria interregionale che assumerà un volto sempre più selettivo⁶⁸; l'attuazione, infatti, di ulteriori forme di autonomia sanitaria, se da un lato aumenterà i vantaggi per i residenti, permettendo una ridefinizione nella qualità e quantità delle prestazioni, dall'altra aprirà una rimodulazione delle loro tariffe per i non residenti⁶⁹, in un'ottica di spinta competitività nell'offerta dei servizi finalizzata chiaramente ad attirare la mobilità solo dei cittadini non residenti più ricchi, disposti a pagare costi alti per accedere alle prestazioni proposte delle regioni virtuose, in una logica di sola remunerazione.

⁶⁶ Cfr. G. VIESTI, *Autonomie regionali differenziate e spese per l'istruzione scolastica. Ovvero: Robin Hood al contrario* in Menabò di etica ed economia, n.102/2019, p. 1 ss.

⁶⁷ Si veda L. BENCI, *Tutela della salute e regionalismo differenziato: i limiti costituzionali e i poteri del Parlamento*, in www.quotidianosanità.it, 3 marzo 2019, p. 3, che avanza il pericolo di uscita dal fondo sanitario e dalle sue perequazioni delle regioni interessate all'autonomia differenziata.

⁶⁸ “Una spia eloquente è offerta dalla crescita del 40% dei ricoveri fuori Regione dal 1986 ad oggi, con la Calabria che ha visto raddoppiare l'indice degli spostamenti e la Lombardia che ha visto raddoppiare l'indice di attrattività; d'altra parte, non è difficile immaginare che i ricoveri fuori Regione vengano compiuti da quanti possono permetterseli”: C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, cit., p. 5. Il fenomeno è stato denunciato anche dalla CORTE DEI CONTI, *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2018*, p. 9: “Permangono infine forti differenziali Nord-Sud nella qualità e nella disponibilità dei servizi, testimoniati dai più accentuati casi di rinuncia alle cure e dalla crescente incidenza della mobilità sanitaria dal Sud al Nord”. www.corteconti.it/export/sites/portalecdc/documenti/controllo/sezioni_riunite/sezioni_riunite_in_sede_di_controllo/2018/presentazione_rapporto_coordinamento_fp_2018.pdf.

⁶⁹ “Le nuove competenze consentiranno alle regioni interessate di ottenere un'ampia autonomia nell'organizzazione della rete ospedaliera e dei servizi sanitari, in vista del loro potenziamento. Ciò, in particolare, grazie alla maggiore disponibilità di personale ricavabile dalla facoltà di istituire scuole di specializzazione assumendo a termine gli specializzandi”, ma si prevede anche “la definizione del sistema tariffario e di rimborso”: F. PALLANTE, *Nel merito del regionalismo differenziato: quali «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» per Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna?*, cit., p. 5.

In base ai contenuti delle bozze di intese raggiunte nel 2018⁷⁰, le regioni avranno autonomia sulle modalità di erogazione dei farmaci, ma anche sulla valutazione della loro appropriatezza, con ricadute evidenti sulle possibilità di cura, non più uniformi⁷¹. Infine, tra tutte le richieste, quella che colpisce maggiormente, anche per le sue conseguenze problematiche, appare l'autonomia nei percorsi formativi⁷², nel reclutamento e nella retribuzione delle professioni sanitarie, che avrebbe conseguenze addirittura 'anti-solidali' nel suo spingere logiche di 'accaparramento' delle migliori professionalità dalle altre regioni⁷³.

Sul piano più strettamente costituzionale, la realizzazione di tali richieste costituirebbe un'evidente violazione dei principi affermati negli artt. 3 e 53 Cost. Nel primo caso perché creerebbe nuove forme di discriminazioni fra cittadini basate sulla residenza e sul reddito⁷⁴; nel secondo caso poiché il richiamo al dovere di contribuzione alle "spese pubbliche", nella disposizione, è chiaramente riferito a tutto lo

⁷⁰ In una situazione caratterizzata ancora da trattative "segrete" e da una "documentazione "grigia" di accompagnamento" (riportata essenzialmente nei tre Dossier del servizio studi del Senato, nn. 16, 104, 104/1, cit., e nelle bozze di intesa rese pubbliche) un tentativo di ricostruire, in un quadro sinottico, le nuove competenze che verrebbero attribuite al Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna si può leggere in F. PALLANTE, *op. cit.*, p. 19 ss. In materia sanitaria si vedano anche: R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., 5 ss.; E. CATERINI – P.E. JORIO, *Regionalismo differenziato: il caso della sanità*, cit., p. 4 ss., anche questo contributo è dotato di un quadro sinottico, *ivi*, p. 6; N. SALERNO, *Brevi commenti su sanità e federalismo differenziato*, cit., *passim*.

⁷¹ Sottolinea L. BENCI, *Tutela della salute e regionalismo differenziato: i limiti costituzionali e i poteri del Parlamento*, cit., p. 3, "sono proposte di duplice natura: alcune incidenti direttamente sul campo della tutela della salute, altre, incidenti direttamente tramite la diversa organizzazione del Servizio sanitario regionale". Sul punto si vedano anche le considerazioni di N. SALERNO, *Brevi commenti su sanità e federalismo differenziato*, cit., p. 5, che sottolinea in relazione alla "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)".

⁷² Che apre scenari molto problematici, cfr. E. CATELANI, *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116 comma 3 Cost: profili procedurali di dubbia legittimità e possibile violazione dei diritti*, cit., p. 6.

⁷³ Dalle richieste emerge "la possibilità di cambiare i percorsi formativi delle professioni sanitarie (ovviamente solo nel ristretto territorio regionale), cambiare la normativa concorsuale, aumentare le retribuzioni con la conseguenza di attrarre il personale già carente altrove": L. BENCI, *Tutela della salute e regionalismo differenziato: i limiti costituzionali e i poteri del Parlamento*, cit., p. 3.

⁷⁴ Fra l'altro di fatto già esistente, cfr., sul punto quanto osservato da C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, cit., p. 5, "il divario è da tempo certificato da rapporti di organizzazioni internazionali a partire dall'OCSE, che vedono alcune Regioni centro-settentrionali ai primissimi posti a livello europeo, e altre, dislocate prevalentemente al Sud, al fondo della classifica. Con una sperequazione fra cittadini in ragione della loro dislocazione territoriale che si somma a quella in ragione del reddito".

Stato comunità⁷⁵ e non esclusivamente ad una sua parte⁷⁶; politiche regionali che mirino a trattenere per gran parte o per intero la maggiore capacità contributiva di un territorio *in loco* sarebbero, dunque, chiaramente contrarie all'obbligo previsto dall'art. 53 Cost.⁷⁷.

C'è in conclusione da chiedersi se il ruolo affidato dalla Costituzione alla Repubblica di garanzia di quella fondamentale di cui ci parla l'art. 32 Cost. possa realisticamente accontentarsi della sola previsione dei livelli essenziali di assistenza⁷⁸ la cui determinazione economica vede venir meno la solidarietà dei territori più ricchi. L'opinione di chi scrive è che l'autonomia differenziata in materia di tutela della salute, ferma l'ampia autonomia organizzativa già esistente, incontri evidenti limiti costituzionali sia formali che sostanziali, rintracciabili nei principi fondamentali informati al valore della solidarietà (art. 2 Cost.) e dell'unità ed indivisibilità della Repubblica (art. 5), nell'art. 119 Cost., che predispone meccanismi di perequazione, risorse aggiuntive e interventi speciali per i territori svantaggiati e nell'art. 120 Cost., in relazione al potere sostitutivo, quando sono in gioco i livelli essenziali dei diritti⁷⁹. È la stessa Costituzione,

⁷⁵ Il dovere di concorrere alle spese pubbliche “non è che un aspetto dell'appartenenza alla comunità”: A. FEDELE, *Appunti dalle lezioni di diritto tributario*, Torino, 2005, 22; nello stesso senso M. LUCIANI, *Costituzione, tributi e mercato*, in *Rassegna tributaria*, 2012, p. 839.

⁷⁶ Considerato che “il dovere di contribuzioni spetta a «tutti», il che – oltre a richiamare l'universalità egualitaria dell'imposizione – significa l'indifferenza della cittadinanza o della residenza nella delimitazione del novero dei soggetti passivi”, E. MARELLO, *Art. 53*, in S. BARTOLE – R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, 2008, p. 533; deve, inoltre, essere sottolineato come “l'interesse collettivo verso il quale si indirizza l'obiettivo di reperimento delle risorse finanziarie necessarie per le spese pubbliche è l'interesse della società che risulterà dal processo di rimozione degli ostacoli fattuali diretto a favorire la trasformazione del contesto generale, politico, economico e sociale, così da permettere il pieno sviluppo della personalità dei consociati”, P. BORJA, *Art. 53*, in *Commentario alla Costituzione a cura di R. Bifulco, A. Celotto, M. Olivetti*, cit., vol. I, p. 1061.

⁷⁷ Appare chiaro infatti come l'art. 53 Cost. ponga al centro il rapporto fra Repubblica e cittadini, caratterizzato dai reciproci doveri, mentre le forme di finanziamento del regionalismo differenziato, nelle richieste avanzate, pongono al centro “il concetto di capacità fiscale del territorio (non del contribuente)” rivelando l'intento “di regolare i rapporti finanziari tra gli enti e non quelli giuridici ed economici tra Stato e consociati”, A. GIANNOLA – G. STORNAIUOLO, *Un'analisi delle proposte avanzate sul federalismo differenziato*, cit., pp. 18-19.

⁷⁸ “In altre parole, si discute se la legge di differenziazione regionale possa avere come oggetto anche il diritto “fondamentale” alla salute in senso ampio o se questo sia per sua natura indevolubile, oltre a quanto esplicitamente previsto attualmente”: L. BENCI, *Tutela della salute e regionalismo differenziato: i limiti costituzionali e i poteri del Parlamento*, cit., 3.

⁷⁹ Accolgo pienamente la posizione di D. MONE, *L'autonomia differenziata come mezzo di unità statale: La lettura dell'art. 116, comma 3 Cost., Conforme a costituzione*, cit., p. 282, secondo la quale appare “necessario assumere un atteggiamento vigile rispetto alle concrete ipotesi di attuazione del regionalismo differenziato affinché siano coerenti con la Costituzione”. Con specifico riguardo proprio alla tutela della salute, all'indomani della riforma del Titolo V, L. CHIEFFI, *Allocazione delle risorse e ambiti di tutela del diritto alla salute. Riflessioni in tema di determinazione dei livelli essenziali di assistenza e dei criteri di priorità*, in *L'arco di Giano*, n. 32/2002, pp. 132-133, aveva già indicato, a garanzia della tenuta del principio di eguaglianza, in caso di attuazione dell'autonomia differenziata ex art. 116 Cost., la necessità del rispetto dei limiti costituzionali che derivano: “dall'obbligo di adeguarsi alle prescrizioni degli organi dello Stato centrale, a cominciare proprio dal rispetto dei “livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali””; dalla previsione “di interventi governativi di tipo sostitutivo” ex art. 120 Cost., e, infine, dai “trasferimenti di tipo perequativo, aggiuntivo o a carattere speciale per i territori con minore capacità fiscale per abitante”, ex art. 119 Cost.

dunque, che nel contemplare la possibilità di attuare forme di autonomia differenziata, fissa argini evidenti finalizzati a preservare l'impianto e le finalità solidaristiche posti a fondamento del patto costituzionale⁸⁰. Argini che hanno per giunta trovato conferma esplicita, è bene ricordarlo a conclusione di queste brevi riflessioni, anche nel *referendum* costituzionale del 2006 che di fatto ha respinto il progetto di *devolution* della tutela della salute alle regioni⁸¹, riconfermando il ruolo fondamentale dello Stato quale garante della universalità del SSN.

⁸⁰ Appare chiaro “il necessario rispetto dei principi dell’art. 119 Cost., e, prima ancora, dei principi fondamentali della Costituzione, come il principio di unità ed indivisibilità della Repubblica (art. 5), il principio solidaristico (art. 2) e quello di uguaglianza (art. 3): limiti impliciti e senz’altro insuperabili, di fronte a qualsiasi richiesta “differenziata” o rafforzata, che dir si voglia”, C. TUBERTINI, *La proposta di autonomia differenziata delle Regioni del Nord: un tentativo di lettura alla luce dell’art. 116, comma 3 della Costituzione*, cit., p. 6.

⁸¹ Occorre tuttavia precisare che la riforma costituzionale proposta nel 2005, oggetto del citato *referendum* costituzionale, in realtà avrebbe abrogato l’art. 116, comma 3, e dunque eliminato la possibilità di forme ulteriori di regionalismo differenziato; sul punto cfr. M. OLIVETTI, *Il regionalismo differenziato alla prova dell’esame parlamentare*, cit., p. 6, nota 18. Il richiamo, nel testo, al *referendum* del 2006 deve intendersi, dunque, limitato alla proposta di devolvere la materia “tutela della salute” alla competenza esclusiva delle regioni, comunque contemplata nella riforma mai passata.