

Regionalismo differenziato e diritto alla salute: verso una (ulteriore) differenziazione tra sistemi sanitari?*

Leandra Abbruzzo**

SOMMARIO: 1. Cenni introduttivi. – 2. L'evoluzione della disciplina inerente alla tutela della salute. – 3. Dalla regionalizzazione alla ri-centralizzazione del SSN. – 4. IL divario tra Nord e Sud in materia sanitaria. – 5. La legge n. 86/2024. – 6. La sentenza n. 192/2024 della Corte costituzionale. – 7. Le richieste in ambito sanitario. – 8. L'impatto della sentenza della Corte costituzionale sulle richieste in materia di tutela della salute. – 9. Riflessioni conclusive.

ABSTRACT:

L'analisi proposta si inserisce nel più ampio dibattito concernente l'evoluzione del diritto alla salute, con particolare attenzione alla tensione tra autonomie territoriali e garanzie unitarie. Il contributo ripercorre le principali tappe evolutive della disciplina in materia sanitaria, evidenziando le significative disuguaglianze territoriali, soprattutto nel divario strutturale e qualitativo tra le prestazioni sanitarie garantite al Nord e quelle erogate al Sud. In tale scenario si inserisce la legge n. 86/2024 (censurata dalla sentenza n. 192/2024 della Corte costituzionale), espressione di un regionalismo differenziato che rischia di frammentare ulteriormente il Servizio Sanitario Nazionale e di comprimere le garanzie sostanziali per i cittadini. Le considerazioni conclusive offrono una riflessione critica, sottolineando la necessità di un equilibrio tra esigenze di autonomia e il principio di eguaglianza sostanziale.

The proposed analysis is part of the wider debate on the evolution of the right to health, with particular attention to the tension between territorial autonomy and unitary guarantees. The contribution traces the main evolutionary stages of the health discipline, highlighting the significant territorial inequalities, especially in the structural and qualitative gap between the health services guaranteed in the North and those provided in the South. This scenario includes law n. 86/2024 (censored by judgment n. 192/2024 of the Constitutional Court), an expression of a differentiated regionalism

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

** Dottore di ricerca in "Il diritto dei servizi nell'ordinamento italiano ed europeo" presso l'Università degli studi di Napoli Parthenope, leandra.abbruzzo@collaboratore.uniparthenope.it.

that risks further fragmenting the National Health Service and reducing the substantive guarantees for citizens. The concluding considerations offer a critical reflection, emphasizing the need for a balance between the need for autonomy and the principle of substantive equality.

1. Cenni introduttivi

L'impegno nella tutela dei diritti sociali e, tra essi, del diritto alla salute¹, rappresenta, come noto, «il fondamento di diritti e posizioni giuridiche esigibili per la persona»² e uno dei principi cardine della Costituzione repubblicana.

Nel dibattito avutosi in Assemblea costituente³ in merito alla formulazione dell'art. 32 Cost., assunse particolare rilievo la solidarietà⁴: la tutela della salute, configurandosi come diritto

¹ In merito la letteratura è amplissima. Si vedano, tra gli altri, L. CARLASSARE, *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in R. ALESSI (a cura di), *L'amministrazione sanitaria*, Atti del Congresso Celebrativo del Centenario delle Leggi amministrative di Unificazione, Vicenza, Neri Pozza, 1967-1969; L. MONTUSCHI, *Art. 32, 1° comma*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, Bologna – Roma, Zanichelli-Il Foro italiano, 1976, pp. 148 ss; D. VINCENZI AMATO, *Art. 32, 2° comma*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione*, cit., pp. 167 ss; M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e società*, 1980; B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Dir. Soc.*, 1983, n. 1; R. FERRARA, *Salute (diritto alla)*, in *Dig. disc. pubb.*, XIII, Torino, Utet, 1997; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milano, Giuffrè, 2002; A. SIMONCINI, E. LONGO, *Art. 32*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, I, Torino, Utet, 2006, pp. 655 ss.; 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, Il Mulino, 2013; A. PAPA, *La tutela della salute nello spazio europeo: opportunità o illusione*, in *Federalismi.it*, 2018, num. spec. 4; L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos – Le attualità del diritto*, 2020, n. 1; T. ANDREANI, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale*, in *BioLaw Journal*, 2023, n. 1; A. PITINO, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, in *Corti supreme e salute*, 2024, n. 2; A. NAPOLITANO, *Le dimensioni multilivello del diritto alla salute. Esigenze di tutela e vincoli di sistema*, Napoli, Editoriale scientifica, 2025.

² L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *Federalismi.it*, 2023, n. 26, p. 19. T. ANDREANI, *Il Servizio sanitario nazionale, tra storia e attualità: riflessioni intorno alla gestazione e alle prospettive di attuazione della riforma della sanità territoriale*, cit.

³ A coloro che si opponevano a una frammentazione dello Stato (Cfr. On. U. Nobile, intervento in Assemblea costituente, 30 luglio 1946, e on. V. La Rocca, 31 luglio 1946, intervento in Assemblea costituente, 31 luglio 1946) prevalse un orientamento contrario al centralismo statale, che non aveva aiutato la «condizione di arretratezza del Mezzogiorno» (On. F. Sullo, intervento in Assemblea costituente, 27 maggio 1947). L'onorevole Caronia, infatti, riteneva che una efficace organizzazione sanitaria avrebbe richiesto la «creazione di un organo centrale e autonomo» per coordinare la «complessa e delicata materia», ragion per cui considerava necessaria «unità di direttive e coordinamento di mezzi» per «evitare grande dispersione» di risorse, «costose interferenze e inevitabili deficienze» (On. G. Caronia, intervento in Assemblea costituente, 24 aprile 1947). Analogamente anche l'onorevole Camangi ragionava della necessità che lo Stato dovesse assicurare, mediante organi centrali e periferici, uguale assistenza sanitaria a tutti i cittadini per eliminare «una delle più dolorose ineguaglianze» presenti nella società italiana (On. L. Camangi, intervento in Assemblea costituente, 24 aprile 1947).

⁴ A.M. CAVALLOTTI, intervento in Assemblea costituente, 22 aprile 1947, riteneva che l'obiettivo da perseguire dovesse essere quello di «garantire la sicurezza sanitaria della popolazione su una base di solidarietà».

fondamentale⁵ della persona e interesse della collettività, risulta non solo un dovere dei pubblici poteri, ma anche uno scopo finalizzato allo sviluppo delle condizioni di vita della popolazione⁶. In merito non si scelse, tuttavia, un determinato modello organizzativo, nonostante trasparisse una propensione verso quello universalistico, maggiormente adatto a raggiungere gli obiettivi di valorizzazione dell'individuo (come l'eguaglianza sostanziale⁷) e quindi a rimuovere i numerosi divari presenti nella società italiana. Ne è derivata nel corso del tempo, come si vedrà *infra*, la successione di diversi modelli, cominciando dalla legge n. 833/1978, che tuttavia non hanno colmato queste diseguaglianze.

Tali differenze, a distanza di 77 anni, permangono ancora e si sono anche accentuate in virtù della crisi⁸ di cui hanno risentito tutte le Regioni⁹. Come si vedrà *infra*, la richiesta di maggiore autonomia avanzata da alcune Regioni, *ex art.* 116, co. 3, Cost.¹⁰, ha riaperto il dibattito inerente al regionalismo differenziato¹¹, di cui molti studiosi evidenziano con

⁵ In merito all'aggettivo si vedano V. CRISAFULLI, *In tema di emotrasfusioni obbligatorie*, in *Dir. soc.*, 1982, p. 564 e R. BALDUZZI, *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia. Le "lezioni" di alcuni Piani nazionali di ripresa e resilienza*, in *DPCE online*, 2023, n. 1, p. 4. M. LUCIANI, *Salute, Il diritto alla salute*, in *Enc. giur.*, vol. XXVII, Roma, Treccani, 1991, p. 4, spiega che l'aggettivo fondamentale, non presente nel progetto di Costituzione presentato per la discussione, fu introdotto nella seduta del 24 aprile 1947 dell'Assemblea costituente per rinforzare la garanzia della tutela della salute all'interno della Carta fondamentale.

⁶ S. ROSSI, *I principi del biodiritto in Assemblea costituente*, in *BioLaw Journal*, 2019, *special issue* n. 2, p. 21.

⁷ L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, Giappichelli, 2018, spec. pp. 11 ss. A. PITINO, *Il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, in *www.gruppodipisa.it*, 2023, p. 6, spiega che «dopo l'entrata in vigore della Costituzione del 1948, il Legislatore statale ha conservato la possibilità di scegliere la strumentazione giuridica e il modello organizzativo ritenuti più idonei a dare attuazione all'art. 32 Cost., nella consapevolezza che da tale scelta sarebbe dipesa, in concreto, non solo la tutela del diritto alla salute nell'ordinamento italiano, ma l'impostazione generale del *welfare state*».

⁸ S. MANGIAMELI, *Appunti a margine dell'art. 116, comma 3, della Costituzione*, in *Le Regioni*, 2017, n. 4, p. 662 si concentra sugli effetti della crisi economica sul regionalismo.

⁹ Per un'analisi approfondita del ruolo delle Regioni nell'ambito del sistema multilivello si veda, tra i tanti, A. PAPA, *Le Regioni nella multilevel governance europea*, in A. PAPA (a cura di), *Le Regioni nella multilevel governance europea. Subsidiarietà, partecipazione, prossimità*, Torino, Giappichelli, 2017 e P. BILANCIA, *Regioni, enti locali e riordino del sistema delle funzioni pubbliche territoriali*, in *Rivista AIC*, 2014, n. 4.

¹⁰ A. CARIOLA, F. LEOTTA, *Art. 116*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, vol. III, Torino, Utet, 2006; A. MORRONE, *Regionalismo differenziato. Commento all'art. 116, comma 3, della Costituzione*, in *Federalismo fiscale*, 2007, n. 1; A. MORELLI, *Articolo 116*, in *La Costituzione italiana*, in F. CLEMENTI, L. CUOCOLO, F. ROSA, G. E. VIGEVANI (a cura di), Bologna, il Mulino, 2018.

¹¹ Si vedano le considerazioni in merito di G. FALCON, *Il regionalismo differenziato alla prova, diciassette anni dopo la riforma costituzionale*, in *Le Regioni*, 2017, n. 4; A. NAPOLITANO, *Il regionalismo differenziato alla luce delle recenti evoluzioni. Natura giuridica ed effetti della legge ad autonomia negoziata*, in *Federalismi.it*, 2018, n. 21; A. PATRONI GRIFFI, *Regionalismo differenziato e uso congiunturale delle autonomie*, in *Diritto Pubblico Europeo Rassegna online*, 2019, n. 2; M. OLIVETTI, *Il regionalismo differenziato alla prova dell'esame parlamentare*, in *Federalismi.it*, 2019, n. 6, (secondo cui Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna hanno reclamato «tutte le competenze reclamabili»); F. PALLANTE, *Nel merito del regionalismo differenziato: quali «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» per Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna?*, in *Federalismi.it*, 2019, n. 6; A. PIRAINO, *Ancora su regionalismo differenziato: ruolo del Parlamento ed unità e indivisibilità della Repubblica*, in *Federalismi.it*, 2019, n. 8; R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 2; P. BILANCIA, *Regionalismo differenziato: opportunità e criticità*, in P. BILANCIA (a cura di), *Regionalismo differenziato: un percorso difficile*, Torino, Centro Studi sul Federalismo, 2019, pp. 9-15; ID., *Lo stato attuale del regionalismo italiano tra scarse prospettive di autonomia differenziata e potenziamento della leale*

preoccupazione le conseguenze sui diritti sociali¹², in particolare sul diritto alla salute. Non a caso il diritto *de quo* è stato definito «nello stesso tempo, come il più importante e il più fragile tra tutti i diritti sociali»¹³. Il diritto alla salute, infatti, è il diritto sociale maggiormente decentrato: pur finanziando lo Stato il Fondo sanitario nazionale, sono le Regioni a strutturare i sistemi di cura e ciò ha prodotto negli anni una molteplicità di modelli di organizzazione sanitari regionali¹⁴, creando, secondo parte della dottrina, un vero e proprio federalismo sanitario¹⁵.

Nelle pagine che seguono, dopo aver ricostruito brevemente l'evoluzione della disciplina costituzionale e legislativa inerente alla tutela del diritto alla salute e il divario nell'accesso ai servizi sanitari tra Nord e Sud, si esamineranno le criticità delle richieste di differenziazione¹⁶ avanzate in materia per considerarne l'impatto sul Servizio sanitario nazionale, cornice comune entro cui operano i sistemi sanitari regionali, responsabili dell'organizzazione e dell'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie. Il presente lavoro si propone, in particolare, di valutare se l'attribuzione di autonomia differenziata nella materia «tutela della salute» possa determinare un rafforzamento o una destrutturazione del Servizio sanitario nazionale, con la conseguente accentuazione, in quest'ultimo caso, di notevoli diseguaglianze già presenti.

cooperazione, in C. BERTOLINO, T. CERRUTI, M. OROFINO, A. POGGI (a cura di), *Scritti in onore di Franco Pizzetti*, Napoli, ESI, 2020, pp. 37-62; A. NAPOLITANO, *Il ruolo (imprescindibile) delle Camere per una corretta ed equa attuazione del regionalismo differenziato*, in *Nuove Autonomie - Rivista quadrimestrale di diritto pubblico*, 2020, n. 3; Id., *L'irrinunciabile funzione del Parlamento per una equilibrata e funzionale attuazione del procedimento di autonomia differenziata*, in *Italian papers on federalism*, 2023, n. 2; D. MESSINA, *Autonomia differenziata e garanzie dei livelli essenziali delle prestazioni. Quali prospettive nel percorso di differenziazione*, in *De iustitia*, 2024, n. 3; A. POGGI, *Il regionalismo differenziato nella "forma" del d.d.l Calderoli: alcune chiare opzioni politiche, ancora nodi che sarebbe bene sciogliere*, in *Federalismi.it*, 2024, n. 3. A tal proposito parte della dottrina parla di secessione (G. VIESTI, *Verso la secessione dei ricchi? Autonomie regionali e unità nazionale*, Roma-Bari, Laterza, 2019), smentita da un'altra corrente di pensiero (E. BALBONI, *Per scongiurare la "secessione dei ricchi" basterebbe la buona amministrazione*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 28 febbraio 2019).

¹² Si rimanda in merito a 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*, 2018, n. 2.

¹³ L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria: la giurisprudenza costituzionale accende il faro della Corte*, in *Federalismi*, 2017, n. 22, p. 2.

¹⁴ In proposito si vedano R. MANFRELOTTI, *Profili dell'organizzazione sanitaria tra centralismo e regionalizzazione: prospettive di riforma* (in collaborazione con M. Plutino), in L. CHIEFFI (a cura di) *Il diritto alla salute alle soglie del Terzo Millennio*, Torino, Giappichelli, 2003, pp. 95-119; A. PETRETTO, *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, Giappichelli, 2011.

¹⁵ F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del sistema sanitario*, in *Federalismi.it*, 2019, n. 15. Per tale motivo R. BALDUZZI, *Esiste ancora un Servizio sanitario nazionale?*, in M. RICCA, L. CHIEFFI (a cura di), *Regionalismi e diritti di cittadinanza*, Roma, Formez, 2005, pp. 23 ss. si interroga circa il «superamento del sistema unitario di sanità».

¹⁶ L. CHIEFFI, *Sviluppo del sistema delle autonomie e questione meridionale*, in C. BUZZACCHI, M. MASSA (a cura di), *Non abbiate paura delle autonomie. Scritti per Enzo Balboni*, Milano, Vita e Pensiero, 2022, p. 13, «le potenzialità offerte [...] per un ampliamento degli ambiti di autonomia regionale [...] non potrebbero tuttavia prescindere da una verifica del loro impatto all'interno di un paese ancora caratterizzato da un profondo divario socioeconomico tra le diverse parti del suo territorio».

2. L'evoluzione della disciplina inerente alla tutela della salute

L'esperienza pandemica ha contribuito a rafforzare la consapevolezza della salute quale presupposto ineludibile per il pieno esercizio delle libertà fondamentali, confermando la sua funzione strumentale alla realizzazione di un più ampio progetto di sviluppo individuale e sociale¹⁷, e, contemporaneamente, ha ben evidenziato le criticità del regionalismo italiano in materia sanitaria mostrando la necessità «di una disciplina unitaria, di carattere nazionale, idonea a preservare l'uguaglianza delle persone nell'esercizio del fondamentale diritto alla salute e a tutelare contemporaneamente l'interesse della collettività»¹⁸.

Nel testo della legge n. 833/1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, l'uniformità nell'accesso ai servizi sanitari doveva essere garantita mediante un'organizzazione regionale e una gestione locale per assicurare un'erogazione di servizi omogenea attraverso strutture presenti su tutto il territorio e per realizzare «l'idea di una tutela della salute universale, senza differenziazioni, funzionale alla ricerca di uno stato di benessere e di cura privo di barriere»¹⁹.

A questa legge hanno fatto seguito quattro interventi normativi tra il 1992 e il 2012²⁰ che hanno cercato di conciliare molteplici obiettivi, tra cui la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni, il decentramento organizzativo e la riduzione dei trasferimenti statali. In particolare, l'intervento riformatore del 1992 è stato motivato dall'esigenza di ottimizzare e razionalizzare l'utilizzo delle risorse destinate alla sanità, garantire maggiore efficienza del sistema a tutela dei cittadini, assicurare equità distributiva e contenere la spesa sanitaria, nel rispetto dell'art. 32 Cost., garantendo l'accesso universale alle cure nei limiti stabiliti dalla normativa vigente²¹.

Nel 1993, sulla scia della riforma avviata dalla legge n. 421/1992, il Governo ha adottato il d. lgs. n. 517, con cui ha apportato correzioni alle disposizioni introdotte dal d.lgs. n. 502/1992. Tali modifiche, determinate sia dall'iniziativa referendaria volta all'abrogazione

¹⁷ A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Dir. pubbl.*, 2020, n. 2, p. 385.

¹⁸ Corte cost., sent. n. 37/2021, Considerato in diritto, n. 7.1.

¹⁹ A. PAPA, *Regionalismo differenziato e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Regionalismo differenziato, un percorso difficile*, Milano, 8 ottobre 2019, p. 66. Secondo l'art. 1 della legge n. 833/1978 «il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio».

²⁰ Ci si riferisce ai d.lgs. nn. 502/1992, 517/1993, 229/1999 e al d. l. n. 15/2012, conv. nella l. n. 189/2012.

²¹ Corte cost., sent. n. 124/1994, ha specificato che principi e criteri che dovevano orientare il Governo «erano certamente quelli di garantire l'effettività delle funzioni trasferite alle regioni e alle province autonome, ma tutto ciò nell'ambito di un progetto di riordinamento della materia della sanità, che aveva di mira l'efficienza del sistema generale e l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse».

della normativa precedente, sia dalla sentenza n. 355/1993 della Corte costituzionale²², non hanno stravolto l'impianto riformatore del 1992, ma hanno inciso su aspetti qualificanti della disciplina²³. Nel complesso il d. lgs. n. 517/1993 ha favorito il processo di "regionalizzazione" del Servizio sanitario nazionale, recependo gli orientamenti della Corte costituzionale e riconoscendo un ampliamento delle competenze regionali. Una delle innovazioni più rilevanti introdotte dal d. lgs. n. 517/1993 è rappresentata dalla revisione dell'art. 9 del d. lgs. n. 502/1992²⁴: quest'ultimo, nella sua formulazione originaria, prevedeva la possibilità per le Regioni di introdurre, nell'ambito della programmazione regionale, forme sperimentali di assistenza differenziata per particolari tipologie di prestazioni, comprese quelle gestite da soggetti privati o da mutue volontarie, con la facoltà per gli assistiti di rinunciare temporaneamente all'accesso alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale. La finalità del legislatore del 1992 era quella di favorire la libertà di scelta dei cittadini e di creare, a partire dal 1° gennaio 1995, un sistema di assistenza sanitaria pri-

²² La Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale di specifiche disposizioni del d. lgs. n. 502/1992: in particolare, sono stati censurati gli artt. 3, co. 6, e 4, co. 8, nella parte in cui attribuivano determinate competenze al Presidente della Giunta regionale, previa delibera della Giunta, e alla Giunta stessa, anziché alla Regione, compromettendo così l'autonomia decisionale regionale. Inoltre, sono stati dichiarati incostituzionali l'art. 3, co. 6 e 12, nella parte in cui affidava l'esercizio dei poteri sostitutivi al Ministro della Sanità invece che al Consiglio dei ministri, previa diffida, violando così il principio di collegialità dell'organo esecutivo centrale. La Corte ha altresì colpito l'art. 4, co. 3, nella parte in cui qualificava come ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione i presidi ospedalieri caratterizzati dalla prevalenza del percorso formativo del triennio clinico delle facoltà di medicina e chirurgia e, su richiesta dell'università, quelli operanti in strutture di pertinenza universitaria, ritenendo tale previsione eccessivamente rigida e non adeguatamente rispettosa del principio di leale collaborazione. Parimenti, l'incostituzionalità è stata estesa all'art. 8, co. 4, e all'art. 13, co. 1, nella parte in cui, prevedendo l'immediato e totale esonero dello Stato da interventi finanziari per far fronte ai disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, non contemplava un adeguato regime transitorio che consentisse un passaggio graduale al nuovo sistema di finanziamento introdotto dallo stesso d. lgs. n. 502/1992. Tale omissione è stata ritenuta lesiva del principio di ragionevolezza e della necessaria sostenibilità finanziaria della riforma. La Corte, tuttavia, ha respinto la questione di legittimità costituzionale sollevata dalle Regioni riguardante l'intero decreto legislativo, basata sull'asserito mancato rispetto della procedura prevista dalla legge delega n. 421/1992, in particolare per l'omessa acquisizione del parere obbligatorio della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome. Sul punto, la Corte ha rilevato che, nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 17 dicembre 1992, era stato presentato un documento sulla proposta governativa di decreto legislativo, elaborato dai Presidenti delle Regioni e delle Province autonome, e che il Consiglio dei ministri aveva tenuto conto di tale contributo nella fase di approvazione del decreto legislativo. Ciò è stato ritenuto sufficiente a garantire il rispetto del principio di leale collaborazione e del procedimento previsto dalla legge delega, escludendo così l'illegittimità costituzionale dell'intero impianto normativo. Su tale sentenza si veda G. MOR, *Il riordino della sanità nelle crisi dello Stato sociale e della costituzione materiale*, in *Le Regioni*, 1994, p. 973.

²³ Tra questi, si segnalano una maggiore attenzione alla programmazione finanziaria della sanità, il conferimento alle Regioni e alle Province autonome di competenze legislative e amministrative in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera, la rimozione della qualificazione delle Aziende Sanitarie Locali come enti strumentali della Regione, l'adeguamento del settore sanitario pubblico al decreto legislativo n. 29 del 1993, la ridefinizione delle attribuzioni del direttore generale, la previsione dell'esclusività del suo rapporto di lavoro, la trasformazione dei presidi multizonali di prevenzione in dipartimenti di prevenzione all'interno di ciascuna ASL, la regolamentazione dell'atto di indirizzo e coordinamento in materia di autorizzazione delle strutture sanitarie pubbliche e private, l'introduzione di forme integrative di assistenza sanitaria, la revisione della disciplina delle sperimentazioni gestionali, la modifica del sistema di versamento dei contributi assistenziali e la previsione dell'adozione di un testo unico della normativa sanitaria.

²⁴ G. RICCIARELLI, *Art. 9 bis*, in *La nuova sanità*, con il coordinamento di F. Roversi Monaco, Rimini, Maggioli, 1995, p. 274. Si veda anche R. BALDUZZI, *Le 'sperimentazioni gestionali' tra devoluzione di competenze e 'fuoriuscita di sistema'*, in *Quad. reg.*, 2004, p. 533.

vattistico parallelo al SSN. Nel 1993, tuttavia, si è registrato un significativo mutamento di rotta, con l'introduzione, attraverso il d. lgs. n. 517, di fondi sanitari integrativi finalizzati a garantire prestazioni aggiuntive rispetto a quelle erogate dal Servizio sanitario nazionale. Si è passati, dunque, da una logica di sostituzione del sistema pubblico a una di integrazione, sfruttando la flessibilità della delega legislativa del 1992, che imponeva l'introduzione di norme orientate all'integrazione con il servizio pubblico, alla razionalizzazione dei consumi sanitari e alla valorizzazione del volontariato²⁵.

Con i d. lgs. nn. 502/1992²⁶ e 229/1999, inoltre, venne ribadito il ruolo delle Regioni, interlocutrici «dello Stato sul piano dell'autonomia territoriale», e venne introdotta «l'autonomia aziendale, interpretata da enti strumentali della stessa Regione, come ulteriore fattore di differenziazione organizzativa anche infraregionale»²⁷. L'obiettivo della riforma realizzata mediante il d.lgs. n. 229/1999 fu quello di rinforzare l'impostazione pubblicistica del SSN, tramite la valorizzazione del ruolo di coordinamento dello Stato e del Ministero della salute nel rapporto tra le istituzioni del Servizio sanitario nazionale e soggetti privati accreditati²⁸, e quindi di creare un modello nazionale di erogazione dei servizi sanitari pubblici a tutela dell'uniformità organizzativa delle ASL, senza pregiudicare «il doppio binario della regionalizzazione e della aziendalizzazione»²⁹.

Il processo cominciato nel 1992, razionalizzato del 1999 e costituzionalizzato nel 2001 ha istituito, dunque, un SSN fondato sulle Regioni, cui compete la «funzione di organizzare

²⁵ V. ANTONELLI, *I decreti del 1993 tra attuazione della legge n. 421 del 1992 e correzione del decreto legislativo n. 502 del 1992*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3, pp. 676 ss.; B. PEZZINI, *Il riordino del 1992 (un sistema sanitario universale, nonostante il riordino del 1992)*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3, pp. 560 ss.

²⁶ L. CUOCOLO, A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 23 settembre 2013, p. 5, spiega che la Regione assume la responsabilità della «disciplina in ordine a tutti i più rilevanti aspetti di funzionamento e di organizzazione delle AUSL» e delle principali voci di spesa del comparto sanitario. Le Regioni, per finanziare i SSR, potevano ricorrere a forme di auto-finanziamento volte «all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi [...], all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento [...], nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato» (art. 13 d.lgs. 502/1992).

²⁷ A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e disuguaglianza*, in *Ist. fed.*, 2020, n. 1, p. 43.

²⁸ Sulla *ratio* del d.lgs. n. 229/1999 e del ruolo dello Stato nel SSN si veda: R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, Giappichelli, 2007, pp. 118 ss.; R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, cit., pp. 7 ss., secondo cui la riforma *ter* si propone «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 mediante una definizione del «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».

²⁹ F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del sistema sanitario*, cit., p. 5.

[...] i propri sistemi sanitari regionali, anche discostandosi significativamente dal modello base nazionale»³⁰.

La legge cost. n. 3/2001 ha confermato «l'avvenuto rafforzamento della competenza legislativa regionale»³¹ corroborando «quell'opzione regionale, in un quadro complessivo di distribuzione delle competenze tra enti territoriali, che valorizzava l'autonomia senza escludere momenti di sintesi, di uniformità e di garanzia riconosciuti allo Stato»³². La riforma, mediante cui all'espressione «assistenza sanitaria ed ospedaliera» è subentrata la «tutela della salute», ha riconosciuto alle Regioni la competenza concorrente in questa materia, ma ha ribadito, come la giurisprudenza costituzionale³³, la competenza statale esclusiva nella fissazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali³⁴, necessari ad assicurare il diritto in maniera uniforme nel Paese³⁵. Questi ultimi rinviengono il proprio antecedente nella normativa del passato poiché già la legge n. 833/1978 imponeva la determinazione dei livelli uniformi delle prestazioni sanitarie³⁶.

³⁰ L. CUOCOLO, A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, cit., p. 32.

³¹ R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in *Quad. reg.*, 2002, p. 67.

³² D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio AIC*, 2018, n. 1, p. 3. L'Autrice sostiene che la riforma del 2001 ha garantito «un'adeguata copertura costituzionale al favor, già espresso dal legislatore ordinario, nei confronti di un SSN immaginato come sistema di servizi sanitari regionali ai quali corrispondono distinti centri di produzione normativa» (p. 4).

³³ La Corte costituzionale nella sentenza n. 125 del 2015 sottolinea come, con la previsione della competenza legislativa dello Stato in materia di livelli essenziali, la Costituzione abbia assegnato «al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto». In materia di vedano anche le sentt. nn. 200/2009, 207/2010, 115/2012 e 111/2014. Si rimanda a E. MENICCHETTI, *La tutela della salute tra competenze "divise" e interessi "concordati". Riflessioni sul destino del servizio sanitario nazionale nel nuovo Titolo V della Costituzione*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, Giuffrè, 2004, pp. 231 ss.; R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, cit., pp. 39 ss.; C. BOTTARI, *Tutela della salute e organizzazione sanitaria*, Torino, Giappichelli, 2009, pp. 15 ss.

³⁴ C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso della tutela della salute*, Bologna, Bononia University Press, 2008.

³⁵ C. TUBERTINI, *Stato, Regioni e tutela della salute*, in A. PIOGGIA, L. VANDELLI (a cura di), *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, Bologna, il Mulino, 2006, p. 209; A. BRANCASI, *Uguaglianza e disuguaglianza nell'assetto finanziario di una Repubblica federale*, in *Dir. pubbl.*, 2002, pp. 909 ss.; E.A. FERIOI, *Sui livelli essenziali delle prestazioni: le fragilità di una clausola destinata a contemperare autonomia ed eguaglianza*, in *Le Regioni*, 2006, p. 564. Si vedano le considerazioni di M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione*, in *Politica del Diritto*, 2002, p. 352.

³⁶ Cfr. C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 2, pp. 2 ss. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del sistema sanitario*, cit., p. 7, richiama, altresì, il potere sostitutivo dello Stato, previsto originariamente dal d.lgs. n. 229/1999 qualora la Regione non adottasse il piano sanitario regionale. Secondo l'Autrice «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».

3. Dalla regionalizzazione alla ri-centralizzazione del SSN

Il riformato riparto di competenze fra lo Stato e le Regioni permette a queste ultime di stabilire i propri sistemi sanitari, conformemente ai principi fondamentali statali³⁷, configurando così un sistema pluralista³⁸, ispirato al policentrismo organizzativo, reso coeso dalla competenza legislativa esclusiva statale in materia di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantirsi su tutto il territorio nazionale³⁹, in cui numerose funzioni di programmazione e organizzazione sono esercitate dall'amministrazione regionale attraverso le Aziende sanitarie locali (ASL), enti pubblici necessari a struttura complessa⁴⁰.

Alla regionalizzazione del SSN è seguito un progressivo riconoscimento di una maggiore autonomia finanziaria delle Regioni, attuato mediante provvedimenti attribuenti quote crescenti di compartecipazioni di determinati tributi a tali enti territoriali fino all'adozione del d.lgs. n. 56/2000 recante «Disposizioni in materia di federalismo fiscale», federalismo in realtà mai attuato dopo la legge cost. n. 3/2001⁴¹. In seguito, infatti, il d. lgs. n. 56/2000, la legge n. 42/2009 e il d. lgs. n. 68/2011 hanno configurato un sistema caratterizzato dall'uniformità dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) su tutto il territorio nazionale e finanziato mediante la quota capitaria ponderata⁴², ma tali provvedimenti hanno attuato solo parzialmente il federalismo fiscale, il cui percorso si è arrestato dopo la crisi economica che ha reso necessarie politiche di controllo sulla spesa pubblica.

³⁷ Per un riferimento generale alle caratteristiche del sistema, si v. F. PALLANTE, *I diritti sociali tra federalismo e principio di uguaglianza sostanziale*, in *Dir. pubb.*, 2011, n. 2; R. BALDUZZI (a cura di), *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, Bologna, il Mulino, 2016; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, Giappichelli, 2017; C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, cit., pp. 663 ss.; D. MORANA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3, pp. 601 ss.; G. M. NAPOLITANO, *Assistenza e servizi sociali*, in S. MANGIAMELI, A. FERRARA, F. TUZI (a cura di), *Il riparto delle competenze nell'esperienza regionale italiana tra materie e politiche pubbliche*, Milano, Giuffrè, 2020; C. BUZZACCHI, *Le Regioni e le politiche per i diritti economici e sociali al tempo della pandemia*, in *Rivista AIC*, 2021, n. 1, pp. 278 ss.

³⁸ In merito si vedano E. FERRARI, *Servizio sanitario nazionale (organizzazione)*, in *Dig. disc. priv., sez. comm.*, XIII, Torino, Utet, 1996 e N. AICARDI, *La sanità*, in S. CASSESE (a cura di), *Trattato di dir. amm.*, Milano, Giuffrè, 2003, p. 630.

³⁹ Si rinvia a L. TORCHIA, *Sistemi di Welfare e federalismo*, in *Quad. cost.*, 2002, spec. pp. 713 ss. e R. MANFRELOTTI, *Determinazione dei livelli essenziali e conferimento di funzioni amministrative: l'art. 117, co. II, lett. m) Cost. come "parametro presupposto" nel giudizio di costituzionalità* (in collaborazione con R. Miranda), in E. BETTINELLI, F. RIGANO (a cura di), *La riforma del Titolo V della Costituzione e la giurisprudenza costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2004, pp. 450 - 474.

⁴⁰ Si veda E. MENICETTI, *L'aziendalizzazione dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale: l'azienda USL nelle attuazioni regionali*, in A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario*, Milano, FrancoAngeli, 2008, pp. 23 ss.; ID., *La tutela della salute tra competenze "divise" e interessi "concordati". Riflessioni sul destino del servizio sanitario nazionale nel nuovo Titolo V della Costituzione*, cit.

⁴¹ In merito al finanziamento della spesa sanitaria si rinvia a N. VICECONTE, *L'evoluzione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio*, in *Italian papers on federalism*, 2012, n. 1-2-3, e G. CRISAFI, *Fabbisogni e costi standard, un'occasione perduta*, in *Osservatorio AIC*, 2016, n. 3.

⁴² Si rimanda per questi aspetti a N. SALERNO, *Brevi commenti su sanità e federalismo differenziato*, in *Astrid Rassegna*, 2019, n. 5.

Successivamente alla crisi economico - finanziaria del 2008, il rilievo della competenza concorrente in materia di «coordinamento della finanza pubblica»⁴³ e di quella esclusiva in «armonizzazione dei bilanci pubblici» è incrementato al fine di adeguare l'ordinamento italiano al cd. *fiscal compact* e al conseguenziale vincolo costituzionale di equilibrio contabile nei bilanci dello Stato e degli altri enti territoriali⁴⁴. Nel corso del tempo, pertanto, si è determinata una situazione difficile perché se lo Stato riduce i finanziamenti, «sono le Regioni che si trovano costrette nell'alternativa tra introdurre ticket sanitari, aumentare l'addizionale regionale all'IRPEF o ridimensionare i servizi sanitari offerti alla popolazione»⁴⁵: l'elemento finanziario, quindi, «ha amplificato i problemi di governo del sistema plurilivello, determinando spesso il disallineamento tra funzioni e risorse preordinate a garantire i livelli essenziali e i diritti costituzionali»⁴⁶. Tale situazione ha spinto le Regioni a un processo di ri-centralizzazione del sistema sanitario⁴⁷, imposto dai vincoli finanziari provenienti dallo Stato e dall'Unione Europea⁴⁸.

Nel tempo, nondimeno, si è registrato un progressivo indebolimento del riparto di competenza regionale in materia di tutela della salute, avallato anche dalla giurisprudenza costituzionale⁴⁹, e, non a caso, la «pervasività» statale⁵⁰ è stata confermata durante la pan-

⁴³ O. CHESSA, *Il regionalismo differenziato e la crisi del principio autonomistico*, Relazione al Convegno ASTRID – CRANEC, *Autonomie regionali: specialità e differenziazioni*, Roma, 27/06/2017, p. 4, sottolinea la «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».

⁴⁴ Sul punto si rinvia a G. FALCON, *La crisi e l'ordinamento costituzionale*, in *Le Regioni*, 2012, n. 1-2, e S. MANGIAMELI, *Le Regioni italiane tra crisi globale e neocentralismo*, Milano, Giuffrè, 2013.

⁴⁵ L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la «spesa costituzionalmente necessaria»*, in *Recenti Prog Med*, 2023, pp. 591- 592.

⁴⁶ G. RIVISECCHI, *Il regionalismo differenziato, un istituto della Repubblica delle autonomie: perché e come realizzarlo entro i limiti di sistema*, in *Federalismi.it*, 2022, n. 4, p. 859.

⁴⁷ Su questi aspetti M. MENEGUZZO, C. CUCCURULLO, *Ricentralizzazione delle Regioni ed autonomia delle aziende sanitarie: le tendenze in atto nell'era del federalismo sanitario*, in AA.Vv. (a cura di), *Bisogni, risorse e nuove strategie. Rapporto CEIS Sanità 2003*, Roma, Italpromo, 2003, pp. 153 ss.; M. MENEGUZZO, L. RONCETTI, A.G. ROSSI, *Ricentralizzazione delle Regioni (grip back) ed aziende sanitarie; centrali di acquisto e servizi in rete*, in AA.Vv. (a cura di) *Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza. Rapporto CEIS Sanità 2004*, Roma, Italpromo, 2004, pp. 241 ss.

⁴⁸ Sul ruolo dell'UE si rinvia a A. SPADARO, *Sui principi di continuità dell'ordinamento, di sussidiarietà e di cooperazione fra Comunità/Unione europea, Stato e Regioni*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1994, pp. 1041 ss. e P. CIARLO, *Le nuove Regioni: vocazione all'economia territoriale, crisi del criterio di competenza e contrattualismo politico*, in *Nuove autonomie*, 2001, n. 6, pp. 776 - 777. Si veda anche L. CHIEFFI, *Equità nella salute e nei servizi sanitari tra politiche europee e interventi statali*, in *Corti supreme e salute*, 2022, n. 1, pp. 177 ss.; S. SPATOLA, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in *Corti supreme e salute*, 2023, n. 3, pp. 703 ss.

⁴⁹ A titolo esemplificativo cfr. Corte cost., sentt. nn. 361/2003, 270/2005, 59/2006 e 63/2006. Cfr. C. TUBERTINI, *La giurisprudenza costituzionale in materia di tutela della salute di fronte alla nuova delimitazione delle competenze statali e regionali*, in *Astrid online*, 2005, p. 24.

⁵⁰ Si rimanda sul punto a A. LUPO, *La tutela del bene salute tra uniformità e differenziazione: spunti di riflessione per il futuro*, in *Diritti Regionali*, 2023, n. 2, pp. 492 ss.; C. PINELLI, *Cinquant'anni di regionalismo, fra libertà dallo Stato e culto per l'uniformità*, in *Dir. pubbl.*, 2020, n. 3, p. 761 e S. MANGIAMELI, *La differenziazione nel panorama attuale*, in S. MANGIAMELI, A. FILIPPETTI, F. TUZI, C. CIPOLLONI, *Prima che il Nord somigli al Sud. Le Regioni tra divario e asimmetria*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2020, pp. 88 ss.

demia. Il Covid-19 ha mostrato «alcune problematiche striscianti che affliggono – da ben prima che esplodesse l'emergenza virale – l'assetto dei rapporti Stato-Regioni»⁵¹: anche antecedentemente parte della dottrina, considerate le rilevanti disuguaglianze rispetto al godimento del diritto alla salute, sottolineava che «la determinazione dei livelli essenziali richiama con immediatezza il principio di uguaglianza letto in versione territoriale, per assicurare l'effettivo esercizio del diritto alla salute»⁵². La pandemia ha raggiunto in poco tempo le Regioni⁵³ che non avevano grandi disponibilità di posti letto e terapie intensive determinando il fenomeno della c.d. sanità sospesa e aggravando l'incapacità del SSN di rispondere alla domanda di pazienti “non Covid”⁵⁴.

Nonostante l'adozione di numerosi decreti, tra cui i d.l. nn. 14/2020⁵⁵, 18/2020⁵⁶, e 34/2020⁵⁷ che hanno incrementato il Fondo sanitario nazionale e introdotto misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale⁵⁸, durante la pandemia, essendosi resa manifesta la necessità di un cambiamento⁵⁹, si sono registrate due tendenze: da un lato «si è chiesto un forte riaccentramento dei poteri pubblici»⁶⁰ al punto che in sede politica sono state avanzate proposte istituzionali⁶¹ volte a sottoporre a revisione l'art. 117 Cost. per attribuire la competenza legislativa esclusiva in materia di tutela della salute allo Stato o a inserire

⁵¹ L. DELL'ATTI, *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. Il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in *Rivista AIC*, 2020, n. 3.

⁵² I.A. NICOTRA, *Le Regioni tra uniformità e differenze: autonomia responsabile o egoismi dei territori?*, in *Diritti regionali*, 2019, n. 1, p. 13.

⁵³ Si veda M. CASULA, A. TERLIZZI, F. TOTH, *I servizi sanitari regionali alla prova del Covid-19*, in *Riv. it. pol. pubbl.*, 2020, p. 330.

⁵⁴ Su questi aspetti si vedano S. NERI, *Quando i nodi vengono al pettine. La sanità italiana nella pandemia*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2020, n. 2, pp. 231-237 e il XIX Rapporto nazionale sulle politiche della cronicità, *La cura che (ancora) non c'è*, di Cittadinanzattiva, 13 dicembre 2021, spec. p. 61.

⁵⁵ Recante «Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19».

⁵⁶ Recante «Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19».

⁵⁷ Recante «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19».

⁵⁸ Su questi aspetti si rimanda a E. LONGO, *Episodi e momenti di conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid 19*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2020, fasc. spec., pp. 376 ss.; G. FALCON, *Dall'emergenza Covid, pensando al futuro del sistema sanitario*, in *Le Regioni*, 2020, p. 45.

⁵⁹ G. FALCON, *Dall'emergenza COVID, pensando al futuro del sistema sanitario*, cit., pp. 453-456; G. VICARELLI, G. GIARELLI (a cura di), *Libro Bianco. Il Servizio Sanitario Nazionale e la pandemia da Covid-19. Problemi e proposte*, Milano, Franco-Angeli, 2021.

⁶⁰ «In quanto il decentramento territoriale – soprattutto sul versante delle Regioni – sarebbe stato una delle cause principali cui imputare la fragilità e l'insufficienza delle risposte offerte dalle istituzioni»: così l'editoriale di Giulio Salerno, in *Newsletter Issirfa*, dicembre 2022. Sul punto si rimanda a R. BALDUZZI, *La questione sanitaria e i conflitti di competenza nell'emergenza pandemica*, in N. ANTONETTI, A. PAJNO (a cura di), *Stato e sistema delle autonomie dopo la pandemia*, Bologna, Il Mulino, 2022, pp. 30 ss.

⁶¹ Per tutti, M. COSULICH, *Il governo della salute ai tempi della pandemia da COVID-19: più Stato, meno Regioni?*, in *Le Regioni*, 2021, pp. 553 ss.

una clausola di supremazia per tutelare interessi unitari⁶²; dall'altro è ripreso il dibattito inerente al c.d. regionalismo differenziato.

4. Il divario tra Nord e Sud in materia sanitaria

Già nel 2018 l'Italia si presentava distinta in tre zone con diverse percentuali di adeguamento rispetto agli indicatori della c.d. griglia LEA (oggi "Nuovo sistema di garanzia dei LEA") che andavano dal 91-93% al Nord fino al 41% del Sud, restituendo l'immagine di un «Paese diviso e una rete assistenziale frammentaria»⁶³. Le iniquità nella tutela della salute concernono molteplici aspetti, compresi la letalità e «tutte le dimensioni della posizione sociale, sia quelle di carattere relazionale (...), sia quelle di carattere distributivo delle risorse stesse»⁶⁴.

Uno dei motivi determinanti di questa situazione si rinviene nella riduzione dei finanziamenti devoluti alla sanità, su cui più volte si sono espresse sia la Corte costituzionale⁶⁵ sia la Corte dei conti⁶⁶: la diminuzione delle risorse finanziarie ha provocato conseguentemente la contrazione delle prestazioni sanitarie poiché, trovandosi dinanzi «alla necessità di fare sempre di più con meno», sono aumentate le conseguenze dei tagli alla sanità⁶⁷.

⁶² Per il primo angolo visuale menzionato ci si riferisce ai d.d.l. A.S. n. 1767 e n. 1772 (recanti «Modifiche all'articolo 117 della Costituzione, concernenti l'attribuzione allo Stato della competenza legislativa esclusiva in materia di tutela della salute»); per il secondo, invece, ai d.d.l. A.C. n. 2422 (Introduzione dell'articolo 116-bis e modifica all'articolo 117 della Costituzione, in materia di conferenze per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le autonomie locali e di clausola di supremazia statale) e n. 2458 (Modifica all'articolo 117 della Costituzione, concernente la clausola di supremazia statale per la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica o dell'interesse nazionale).

⁶³ Ministero della salute, *Le risposte attuali del Servizio Sanitario Nazionale*, 2.12, *Cure palliative e terapie del dolore*, in www.rssp.salute.gov.it. In merito alle diverse disuguaglianze si rimanda a A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e disuguaglianza*, cit., *passim*.

⁶⁴ G. COSTA, *Promuovere equità di salute e di sanità in Italia*, in G. COSTA, M. BASSI, G.F. GENSINI, M. MARRA, A.L. NICELLI, N. ZENGARINI (a cura di), *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Milano, FrancoAngeli, 2014, p. 18. C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, cit., p. 5, sottolinea che «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».

⁶⁵ Cfr., *ex plurimis*, Corte cost., sent. n. 169/2017.

⁶⁶ Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Attuazione e prospettive del federalismo fiscale. Audizione presso la Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale*, 6 marzo 2014, in www.corteconti.it, p. 9; Corte dei conti, Sezione delle Autonomie, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni. Esercizio 2015*, in www.corteconti.it, p. 5 e pp. 231 – 232. G. TARLI BARBIERI, *Le Regioni viste dalla Corte dei conti: quando i dati contano*, in *Le Regioni*, 2017, pp. 5 ss.

⁶⁷ A. PIOGGIA, *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, in *Ist. fed.*, num. spec. 2020, p. 19 e nt. 4.

A incrementare il divario si aggiungono numerosi fattori, tra cui l'insufficienza dell'assistenza territoriale, la lentezza degli investimenti⁶⁸, lo spreco di risorse pubbliche, l'ineadeguatezza degli strumenti di riequilibrio tra territori adottati dal Governo⁶⁹, la corruzione in sanità, la criminalità organizzata⁷⁰, l'incapacità delle amministrazioni pubbliche di amministrare i fondi europei, un elevato tasso di evasione fiscale, di lavoro nero⁷¹ e una percentuale più alta di disoccupazione. In proposito, infatti, il Mezzogiorno è stato definito da alcuni come una «palla al piede»⁷² per lo sviluppo del Paese. Sussistono inoltre cause strutturali che frenano l'assistenza sanitaria fornita al Sud (con ovvie conseguenze discriminanti nell'esercizio dei diritti di cittadinanza⁷³) come, ad esempio, una quota di spesa sanitaria pubblica *pro capite* ridotta⁷⁴ e un inferiore potere di acquisto in capo alle popolazioni meno ricche⁷⁵.

La progressiva riduzione degli investimenti pubblici nel settore sanitario ha determinato un aumento della spesa sanitaria diretta a carico dei cittadini (*out of pocket*), con effetti particolarmente penalizzanti per le fasce della popolazione con minore capacità economica⁷⁶, contribuendo così alla formazione di un significativo divario nell'accesso ai servizi sanitari e alla crescita del fenomeno del «bisogno non soddisfatto» soprattutto nelle Regioni del Sud⁷⁷.

Anche recentemente è stata confermata l'esistenza di un *gap* sempre più rilevante, la presenza di liste d'attesa infinite e carenza di personale cui si affianca, dall'analisi della

⁶⁸ Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*, in www.corteconti.it, p. 22.

⁶⁹ Sul punto C. TRIGILIA, *Non c'è Nord senza Sud. Perché la crescita dell'Italia si decide nel mezzogiorno*, Bologna, il Mulino, 2012, spec. p. 128.

⁷⁰ Si veda in proposito la Relazione al disegno di legge di conversione del d.l. 35/2019, consultabile al sito www.camera.it.

⁷¹ Su questi aspetti si veda L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, cit., pp. 10 ss; Ufficio parlamentare di bilancio, *Lo stato della sanità in Italia*, Focus tematico 2019, n. 6, p. 1, in www.upbilancio.it.

⁷² Cfr. L. RICOLFI, *Illusioni italiane. Capire il paese in cui viviamo senza dar retta ai luoghi comuni*, Milano, Mondadori, 2010; ID, *La Repubblica delle tasse. Perché l'Italia non cresce più*, Milano, Rizzoli, 2011; ID, *Il sacco del Nord. Saggio sulla giustizia territoriale*, Milano, Guerini e Associati, 2012.

⁷³ Si vedano le considerazioni di M. BELLETTI, *La differenziazione in Emilia-Romagna rispetto all'equilibrio di bilancio e la tenuta dei livelli essenziali concernenti i diritti civili e sociali su base nazionale*, in *Regionalismo differenziato: opportunità e criticità*, Atti del Convegno di Milano, Milano, 8 ottobre 2019, pp. 32 ss.

⁷⁴ Si veda la Relazione del Procuratore regionale Michele Oricchio per l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2019 della Corte dei conti in Campania, Procura della Corte dei conti, consultabile all'indirizzo www.corteconti.it.

⁷⁵ Cfr. C. COTTARELLI, *I sette peccati dell'economia italiana*, Milano, Feltrinelli, 2019, p. 122.

⁷⁶ CittadinanzAttiva, *XII Rapporto PIT salute, Abstract*, novembre 2020, reperibile all'indirizzo <https://www.cittadinanzattiva.it>. Si veda in proposito anche il 19° Rapporto Sanità del Crea (Centro di ricerca Economia Applicata in Sanità), *Il futuro (incerto) del SSN, fra compatibilità macro-economiche e urgenze di riprogrammazione*, a cura di F. Spandonaro, D. D'Angelo e P. Polistena, Roma, 2023, pp. 251 ss.

⁷⁷ I. SICILIANI, *L'accesso ai servizi sanitari in Italia: difficoltà e strane preferenze*, in *il Menabò di Etica ed Economia*, 2019, n. 2. Su questi aspetti si rimanda anche a L. CHIEFFI, *Equità nella salute e nei servizi sanitari tra politiche europee e interventi statali*, cit., p. 180.

mobilità attiva e passiva, una capacità attrattiva delle Regioni del Nord di gran lunga superiore rispetto a quella delle Regioni del Centro-Sud⁷⁸. Il c.d. “turismo sanitario” include sia gli spostamenti dipendenti dall’esistenza di centri specializzati, sia quelli derivanti dalla difficile accessibilità delle prestazioni: ad esempio, Lazio, Lombardia, Toscana ed Emilia – Romagna sono maggiormente favorite per i ricoveri⁷⁹. Si determina quindi una discriminazione perché gli spostamenti coinvolgono per lo più pazienti istruiti e benestanti⁸⁰.

Secondo una corrente dottrinale, non a caso, il dislivello territoriale tra Nord e Sud in riferimento al diritto alla salute ha originato un «regionalismo differenziato di fatto»⁸¹ emergente dalle griglie LEA, i cui effetti protettivi sono ridotti proprio perché il Mezzogiorno «continua a peggiorare in termini di disuguaglianze sociali»⁸².

È necessario in questo contesto operare anche una riflessione sui piani di rientro⁸³, basati su forme di leale collaborazione tra due livelli di governo, con il duplice obiettivo di incoraggiare il contenimento della spesa sanitaria e il raggiungimento del pareggio di bilancio, assicurando l’effettività dei livelli essenziali di assistenza⁸⁴ e mirando a una profonda riqualificazione dei servizi sanitari regionali⁸⁵. Le valutazioni periodiche effettuate dimostrano che, nella maggior parte dei casi, le Regioni sottoposte al piano di rientro hanno registrato un miglioramento nella garanzia dei LEA e tale efficacia del piano è confermata dal fatto

⁷⁸ Si veda in proposito il 6° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale.

⁷⁹ Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica*, in *www.corteconti.it*, p. 279.

⁸⁰ Ministero della salute, *L'Italia per l'equità nella salute*, in *www.inmp.it*, novembre 2017, p. 40.

⁸¹ G. TARLI BARBIERI, *Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*, in *Corti supreme e salute*, 2022, n. 1, pp. 302 ss.

⁸² Ministero della salute, *L'Italia per l'equità nella salute*, in *www.inmp.it*, novembre 2017, p. 40. Si vedano i risultati de Monitoraggio dei LEA attraverso il nuovo sistema di garanzia – metodologia pubblicato al link <https://www.salute.gov.it/portale/lea/dettaglioPubblicazioniLea.jsp?lingua=italiano&id=3329>

⁸³ Da ultimo, I. CIOILLI, *Poteri sostitutivi statali, piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria. Tra disuguaglianze e tentativi di emarginazione della decisione politica*, in *Diritti regionali*, 2021, n. 1, pp. 38 ss. Sui piani di rientro si rimanda a A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari. Studio sulle questioni costituzionali sottese all'applicazione dell'Accordo tra Stato e Regione per garantire la tutela della salute*, II edizione, Pisa, Pacini Editore, 2024.

⁸⁴ Si veda E. GRIGLIO, *La legislazione regionale alla prova dei piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, in *Rivista AIC*, 2012, n. 3, p. 3; S. CALZOLAIO, *Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, in *Federalismi.it*, 2014, n. 23, pp. 13 ss.; I. CIOILLI, *Poteri sostitutivi statali, piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria*, cit., pp. 40 ss., spec. pp. 50 ss. Si veda anche G. RIVOSECCHI, *Poteri, diritti e sistema finanziario (tra Stato e Regioni)*, in M. CARTABIA, M. RUOTOLO (a cura di), *Potere e Costituzione. Enciclopedia del diritto: i tematici*, Milano, Giuffrè, 2023.

⁸⁵ I piani di rientro individuano le principali modifiche da apportare all’organizzazione del sistema sanitario regionale, articolandosi prevalentemente su quattro ambiti di intervento: assistenza ospedaliera, assistenza territoriale, politiche del farmaco e politiche del personale. Ciascuno di questi ambiti è declinato in specifici obiettivi volti alla ristrutturazione organizzativa del sistema sanitario, da attuarsi attraverso programmi operativi e misure di riforma: in particolare, i piani si propongono di correggere inefficienze strutturali comuni alle Regioni soggette a tali procedure, tra cui l’eccessiva incidenza della spesa farmaceutica, una dotazione sovradimensionata di posti letto ospedalieri, un insufficiente sviluppo dell’assistenza territoriale, un elevato tasso di ospedalizzazione accompagnato da inappropriatazza delle cure, la carenza di sistemi adeguati di monitoraggio e controllo sia a livello aziendale che regionale, nonché l’accumulo di debiti significativi derivanti dai disavanzi annuali.

che alcune Regioni hanno completato il percorso di rientro, mentre altre si trovano in una fase di consolidamento della propria uscita dal regime di commissariamento⁸⁶. Diversamente le Regioni che non hanno rispettato gli impegni assunti non hanno conseguito un miglioramento dell'equilibrio economico, né un incremento della qualità delle prestazioni sanitarie erogate⁸⁷.

Il monitoraggio costante degli accordi⁸⁸ e la verifica della loro attuazione hanno confermato che il rispetto dei LEA è significativamente aumentato nelle Regioni sottoposte a piano di rientro⁸⁹: laddove gli obiettivi non sono stati raggiunti, le cause non vanno cercate nei limiti del piano, ma nell'inefficienza delle amministrazioni regionali, incapaci di applicare con efficacia le misure previste⁹⁰.

⁸⁶ L'analisi dell'impatto dei piani di rientro sulla riorganizzazione dei servizi sanitari regionali evidenzia alcuni risultati significativi. Ad esempio, la Regione Abruzzo ha registrato una riduzione del numero di ricoveri ospedalieri e una diminuzione della durata della degenza, a dimostrazione di una maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse sanitarie. Analogamente, in Molise si è osservato un calo marcato del ricorso all'ospedalizzazione, mentre in Sicilia si è registrata una contrazione dell'utilizzo dei posti letto ospedalieri, con un dato complessivo ormai solo lievemente superiore alla media nazionale. Per una valutazione più dettagliata dei risultati conseguiti da ciascuna Regione sottoposta a piano di rientro, si rinvia alle verifiche trimestrali disponibili sul sito del Ministero della Salute e alle relazioni dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), le quali monitorano l'attuazione dei programmi operativi validati dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e dal Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Dall'esame della documentazione emerge che le Regioni che hanno rispettato scrupolosamente i programmi operativi concordati hanno effettivamente raggiunto gli obiettivi di riorganizzazione e potenziamento del servizio sanitario regionale (SSR) stabiliti nei piani di rientro. La valutazione dell'efficacia delle misure adottate, nonché la verifica della congruità dei risultati ottenuti, è stata effettuata dal Ministro della Salute nell'ambito del monitoraggio sugli obiettivi raggiunti a seguito della sottoscrizione dei piani. Ciò conferma il ruolo essenziale del controllo istituzionale nel garantire che le misure di riequilibrio finanziario non compromettano il rispetto dei LEA e l'efficienza complessiva del sistema sanitario. Sui piani di rientro e la garanzia dei LEA, A. AMATO, *Niente al di fuori dei LEA. Il diritto fondamentale alla salute nelle regioni sottoposte a piano di rientro alla luce della più recente giurisprudenza costituzionale*, in *Diritti regionali*, 2023, n. 2, pp. 537 ss.

⁸⁷ Con riferimento all'assistenza ospedaliera, la Regione Calabria ha evidenziato che il tasso di ricoveri si mantiene superiore alla media nazionale.

⁸⁸ Il resoconto della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e del Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, svoltasi l'8 aprile 2015, ha evidenziato che, in termini generali, rispetto agli anni 2011, 2012 e 2013, si registrano significative inadempienze negli obblighi previsti ed è stato rilevato un consistente ritardo da parte delle aziende del Servizio Sanitario Regionale della Calabria nel saldare i propri debiti, nonostante la disponibilità delle risorse necessarie.

⁸⁹ In relazione ai punteggi assegnati, sedici Regioni hanno conseguito una valutazione positiva, raggiungendo un punteggio pari o superiore a 160, soglia minima richiesta secondo la Griglia LEA. In particolare, otto Regioni hanno ottenuto un punteggio superiore a 200, nello specifico: Piemonte, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lombardia, Umbria, Abruzzo e Marche. Ulteriori sette Regioni si collocano in una fascia compresa tra 160 (soglia minima accettabile) e 200, ovvero: Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Basilicata, Lazio, Puglia, Molise e Sicilia. A queste si aggiunge la Provincia Autonoma di Trento.

⁹⁰ A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari*, cit., pp. 67 ss.

5. La legge n. 86/2024

L'ambito della sanità ha assunto una centralità crescente negli ultimi anni, risultando la materia più frequentemente richiesta dalle Regioni nei percorsi di autonomia differenziata. Come noto, tre Regioni ordinarie (Emilia – Romagna, Lombardia e Veneto) hanno avviato formalmente questo iter già a partire dal 2017. Dopo un intenso dibattito politico e dottrinale, si è avuta l'approvazione della legge n. 86/2024 recante «Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'art. 116, terzo comma, della Costituzione», in cui si prevede la possibilità di richiedere maggiore autonomia in 23 materie, di cui 20 sono quelle riportate nell'art. 117, co. 3, Cost., tra cui rientra anche la tutela della salute.

Tale legge ha subordinato l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia alle Regioni richiedenti alla pregiudiziale e preventiva determinazione dei LEP, livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali⁹¹, costituenti «il ponte di collegamento fra la tutela dei valori legata al perseguimento dell'eguaglianza sostanziale dei cittadini [...] e il limite della spinta alla differenziazione delle comunità territoriali substatuali»⁹². I LEP, infatti, designano la soglia costituzionalmente fondamentale per rendere effettivi i già menzionati diritti e per favorire un'equa allocazione delle risorse così da eliminare i divari territoriali⁹³.

Per quanto riguarda la definizione dei LEP in materia di tutela della salute è opportuno riportare quanto specificato nella relazione illustrativa del d.d.l., secondo cui «resta fermo

⁹¹ Perplesso sul punto M. BELLETTI, *Un percorso di riflessione per un regionalismo "differenziato – cooperativo"*. Relazione al seminario su «Il disegno di legge recante "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario"», Roma, 26 aprile 2023, in *I paper di diritti regionali*, 9 maggio, 2023, p. 3; E. BALBONI, C. BUZZACCHI, *Autonomia differenziata: più problemi che certezze*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2023, n. 1, pp. 55-56. A. PITINO, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, cit., pp. 747 ss., sostiene che «in nessuna parte della legge n. 86 del 2024, però, è dato trovare una definizione di livelli essenziali delle prestazioni e, soprattutto, non si esplicita il rapporto fra i LEP e le risorse finanziarie. In particolare, non si dice se essi vadano intesi come finanziariamente condizionati e, dunque, tendenzialmente minimi; oppure, se essi vadano parametrati sull'esigenza di soddisfare in modo effettivo i bisogni connessi alla tutela dei corrispondenti diritti fondamentali. In quest'ultimo caso sarebbe necessario assicurare ai LEP non solo un finanziamento adeguato, ma anche prevedere regole comuni di carattere organizzativo e gestionale, allo scopo di prevenire e/o sanare eventuali inefficienze nell'erogazione dei LEP da parte delle regioni, che risulterebbero così effettivamente essenziali e in linea con la giurisprudenza costituzionale cui si è già fatto sopra riferimento».

⁹² F. PIZZETTI, *La ricerca del giusto equilibrio tra uniformità e differenza: il problematico rapporto tra il progetto originario della Costituzione del 1948 e il progetto ispiratore della riforma costituzionale del 2001*, in *Le Regioni*, 2003, n. 4, p. 600.

⁹³ Nel corso dell'esame in sede referente il comma 2 dell'art. 1 è stato modificato specificando che i diritti civili e sociali devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale «equamente» e introducendo il riferimento anche all'articolo 119 Cost. ai fini della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni. Al riguardo, si rinvia a S. STAIANO, *Salvare il regionalismo dalla differenziazione dissolutiva*, in *Federalismi.it*, 2023, n. 7, p. XII; G. AMATO, F. BASSANINI, G. MACCIOTTA, S. PAPARO, L. SPADACINI, G. TARLI BARBIERI, C. TUBERTINI, *L'autonomia regionale "differenziata" e la sua attuazione: questioni di procedura e di metodo*, in *Astrid online*, 2023, n. 93, p. 36; L. SPADACINI, *L'autonomia differenziata: considerazioni a margine del disegno di legge Calderoli e delle disposizioni della legge di bilancio per il 2023*, in *Federalismi.it*, 2023, n. 10, p. 223.

il quadro normativo relativo ai livelli essenziali di assistenza (LEA)», definiti dapprima con il D.P.C.M. del 29 novembre 2001 e nuovamente con il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017.

In merito ai LEA si è espressa anche la Corte costituzionale, secondo cui essi coincidono con la «determinazione degli standard strutturali e qualitativi di prestazioni che, concernendo il soddisfacimento di diritti civili e sociali, devono essere garantiti, con carattere di generalità, a tutti gli aventi diritto»⁹⁴ per «evitare che, in parti del territorio nazionale, gli utenti debbano, in ipotesi, assoggettarsi ad un regime (di assistenza sanitaria) inferiore, per quantità e qualità, a quello ritenuto intangibile dallo Stato»⁹⁵. I LEA, «contenuto prestazionale del diritto alla salute»⁹⁶, rappresentano quindi l'insieme delle prestazioni sanitarie garantite e finanziate dal Servizio sanitario nazionale, motivo per cui l'attuazione di tali livelli da parte dei servizi sanitari regionali «determina la concretizzazione del principio di universalità in ogni territorio e, complessivamente, dell'eguaglianza per quanto concerne la tutela della salute a livello nazionale»⁹⁷.

Pur essendo gli standard assistenziali stabiliti dai LEA giuridicamente vincolanti⁹⁸, l'effettività della tutela del diritto alla salute è una variabile dipendente da ciascuna Regione in ragione dei livelli di appropriatezza, qualità, efficacia ed efficienza dei servizi e delle prestazioni sanitarie di ogni SSR. L'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari regionali, pertanto, condizionano concretamente l'attuazione dei LEA o alla salute⁹⁹.

Al fine di controllare maggiormente la spesa sanitaria, la determinazione del fabbisogno standard annuale per finanziare i LEA è stata affidata alla negoziazione Stato-Regioni e alle intese concluse nell'ambito dei c.d. patti per la salute, sovente rimodulati per esigenze di contenimento della spesa. La complicata definizione del costo delle prestazioni ha frenato

⁹⁴ Corte cost., sent. nn. 387/2007, 168/2008 e 50/2008.

⁹⁵ Corte cost., sent. n. 387/2007, cit.

⁹⁶ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, cit., p. 81.

⁹⁷ A. PITINO, *Il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, cit., p. 9. Si veda anche R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?*, in *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Milano, Vita e Pensiero, 2011, pp. 57 ss.

⁹⁸ Cfr. M. COSULICH, *Le società regionali "speciali"*, in R. BALDUZZI (a cura di) *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, cit., pp. 49 ss.; R. BALDUZZI, D. PARIS, *La specialità che c'è ma non si vede. La sanità nelle Regioni a Statuto speciale*, in *Corti Supreme e Salute*, 2018, n. 1, p. 171; D. MORANA, *Una differenza davvero necessaria? qualche osservazione (e molte perplessità) su LEA, organizzazione sanitaria e tutela della salute nell'ottica dell'art. 116 u.c. Cost.*, in *Corti Supreme e Salute*, 2020, n. 1, pp. 246-247. Corte cost., sent. n. 62/2020, ha affermato che «la trasversalità e la primazia della tutela sanitaria rispetto agli interessi sottesi ai conflitti finanziari tra Stato e Regioni in tema di finanziamento dei livelli essenziali impongono una visione trascendente della garanzia dei LEA, che vede collocata al centro della tutela costituzionale la persona umana, non solo nella sua individualità, ma anche nella organizzazione della comunità di appartenenza che caratterizza la socialità del servizio sanitario».

⁹⁹ M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, cit., pp. 9 ss., sottolinea «l'intreccio inestricabile» tra organizzazione e tutela dei diritti. Anche la Corte costituzionale nella sentenza n. 62 del 2020 ha evidenziato che, essendo rilevanti anche i profili organizzativi dei SSR, per i LEA «il finanziamento adeguato costituisce condizione necessaria ma non sufficiente per assicurare prestazioni direttamente riconducibili al fondamentale diritto alla salute».

l'adozione dei LEA¹⁰⁰, il cui aggiornamento, che avrebbe dovuto aversi ogni tre anni¹⁰¹, invece, è stato approvato, come accennato *supra*, solo nel febbraio 2017¹⁰². Le Regioni in condizioni di equilibrio economico finanziario, inoltre, possono decidere di estendere l'assistenza garantita ai propri cittadini residenti destinando risorse proprie ai livelli ulteriori¹⁰³, diversamente invece dalle Regioni che, trovandosi in condizioni di disavanzo strutturale, hanno sottoscritto un piano di rientro¹⁰⁴ dal deficit, incidenti sui SSR¹⁰⁵, sulle singole prestazioni¹⁰⁶ e sulle forme organizzative e di gestione dei servizi.

¹⁰⁰ Sul procedimento di definizione dei LEA secondo la legge n. 86/2024 si veda A. PITINO, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, cit., pp. 748-753.

¹⁰¹ Così l'art. 1, co. 9 e 10, del d.lgs. n. 502/1992. In un secondo momento l'intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, formalizzata il 5 ottobre 2006 dalla Conferenza permanente nell'ambito del "nuovo patto sulla salute", ha vincolato l'Esecutivo a rivedere i livelli essenziali di assistenza, garantendo il rispetto del quadro finanziario previsto. In seguito, il Consiglio dei ministri ha approvato il 23 aprile 2008 un DPCM che definisce le tre principali aree dei livelli essenziali di assistenza (prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera), specificando le diverse attività comprese in ciascuna di esse. Sul punto si rinvia a R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, cit., pp. 85 ss.

¹⁰² In particolare, l'articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (Legge di stabilità 2016), stabilisce che la definizione e l'aggiornamento dei LEA siano effettuati con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM), su proposta del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari. È prevista, altresì, al comma 559 del medesimo articolo una procedura semplificata per le revisioni dei LEA che non comportano ulteriori oneri a carico della finanza pubblica. In tali casi, se la proposta riguarda esclusivamente la modifica degli elenchi delle prestazioni erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale o l'individuazione di misure volte a incrementare l'appropriatezza della loro erogazione, l'aggiornamento dei LEA può essere effettuato con decreto del Ministro della Salute, adottato di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari. Sulla questione dell'aggiornamento dei LEA si rinvia a G. VICARELLI, *I nuovi LEA: passaggio storico o illusione collettiva?*, in *Politiche sociali*, 2017, n. 3, pp. 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*, 2017, nn. 1-2, pp. 133 ss.

¹⁰³ Le Regioni Basilicata, Piemonte, Toscana (talvolta con oneri a carico degli utenti), Umbria e Veneto garantiscono livelli aggiuntivi di assistenza in quasi tutti i settori, tra cui assistenza protesica, servizi integrativi, contributi economici, esenzioni, prestazioni dedicate agli invalidi di guerra, supporto per bambini stranieri e riabilitazione ambulatoriale. Altre Regioni, invece, limitano gli interventi aggiuntivi a specifici contesti di vulnerabilità, come l'erogazione di farmaci per pazienti con malattie rare (Liguria) o per persone con disabilità (Marche). Le Regioni sottoposte a Piano di rientro, impegnate nella riduzione dei disavanzi sanitari e nella riforma dei rispettivi servizi sanitari regionali, devono prioritariamente garantire l'erogazione dei LEA. Solo una volta conseguito questo obiettivo, potranno procedere all'offerta di servizi extra-LEA.

¹⁰⁴ La Corte costituzionale ha osservato che «l'assoggettamento ai vincoli dei piani di rientro dal disavanzo sanitario impedisce di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali e per spese, dunque, non obbligatorie» secondo quanto previsto dall'art. 1, co. 174, l. n. 311/2004 (sentt. nn. 161/2022 e 242/2022).

¹⁰⁵ Cfr. I. CIOILLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale*, in *BioLaw Journal*, 2019, n. 2.

¹⁰⁶ 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, pp. 1078 ss.

6. La sentenza n. 192/2024 della Corte costituzionale

Sulla legge n. 86/2024 si è espressa la Corte costituzionale con la sentenza n. 192/2024¹⁰⁷, che ha avuto un impatto significativo sul quadro dell'autonomia differenziata attraverso l'accoglimento di alcune censure prospettate dalle Regioni Puglia, Toscana, Sardegna e Campania¹⁰⁸. In ogni caso, la pronuncia non si è limitata ad annullare singole disposizioni della legge, ma ne ha ribaltato l'intero impianto, ridefinendo i limiti entro i quali il regionalismo differenziato potrà essere attuato.

La sentenza n. 192/2024 della Corte costituzionale si distingue per la sua articolata struttura argomentativa e per l'ampiezza delle questioni esaminate, che investono profili centrali del regionalismo differenziato. In considerazione della complessità della pronuncia, per la parte che in questa sede rileva, ci si soffermerà esclusivamente sugli aspetti di maggiore rilevanza in relazione al diritto alla salute, con particolare attenzione al ruolo dei livelli essenziali delle prestazioni e ai vincoli costituzionali che ne disciplinano la determinazione e l'attuazione¹⁰⁹.

¹⁰⁷ Più volte richiamata anche dalla sentenza della n. 10/2025 della Corte costituzionale. Si vedano, *ex plurimis*, E. BALBONI, *Un esigente ed ambizioso manuale per l'uso della autonomia differenziata: una traccia culturale*, in *Astrid online*, 2024, n. 18; C. BUZZACCHI, *Pluralismo, differenze, sussidiarietà ed eguaglianza: dalla sentenza n. 192 del 2024 il modello per il sistema regionale «differenziato»*, in *Astrid online*, 2024, n. 18 e consultabile al link <https://giurcost.org/contents/giurcost/studi/astrid/buzzacchi.pdf>, 2024; P. CARETTI, *La Corte costituzionale mette un po' d'ordine nel confuso dibattito sull'autonomia differenziata*, in *Astrid online*, 2024, n. 18; V. CERULLI IRELLI, *Osservazioni «a prima lettura» sulla sentenza della Corte costituzionale in tema di autonomia differenziata*, in *Astrid online*, 2024, n. 18; E. CHELI, *La forma dello Stato regionale in una storica sentenza della Corte costituzionale*, in *Astrid online*, 2024, n. 18; G. DE MINICO, *Il fil rouge: dalla legittimità costituzionale all'ammissibilità referendaria della l. n. 86/2024*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2024, n. 3; V. MANZETTI, *La storia infinita dei LEP e dell'autonomia differenziata tra «non c'è tre senza due» e «non c'è due senza tre»*, in *Diritto e conti*, 2024, n. 2, pp. 224 ss; C. PINELLI, *Sulla premessa alla motivazione della decisione della Corte costituzionale sull'autonomia differenziata (sent. n. 192 del 2024)*, in *Astrid online*, 2024, n. 18; A. POGGI, *Il referendum sul regionalismo differenziato: i principi, l'attuazione, le Corti e la sovranità popolare*, in *Federalismi.it*, 2025, n.1; A. RUGGERI, *Dopo la pronuncia della Cassazione, il referendum «totale» sulla legge 86 del 2024 cambia pelle, convertendosi in... parziale*, in *Diritti regionali*, 2024, n. 3; ID, *Teoria della Costituzione e riorganizzazione del potere, tra regole istituzionali e regolarità della politica*, in *Giur. cost.*, 2024, n. III; ID, *Il regionalismo differenziato fa tappa presso la Consulta prima di riprendere il suo viaggio verso... l'ignoto*, in *Diritti regionali*, 2024, n. 3.

¹⁰⁸ Si tratta dei ricorsi nn. 28, 29, 30 e 31, pubblicati in Gazzetta Ufficiale, 1ª serie speciale, rispettivamente nei numeri 37 e 38 dell'11 settembre 2024 e del 18 settembre 2024.

¹⁰⁹ La Corte ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 2, della legge 26 giugno 2024, n. 86, nella parte in cui prevede «[l']attribuzione di funzioni relative alle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia [...]», anziché «[l']attribuzione di specifiche funzioni relative alle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia [...]»; dell'art. 2, comma 1, terzo periodo, della legge n. 86 del 2024, nella parte in cui stabilisce che il negoziato, «con riguardo a materie o ambiti di materie riferibili ai livelli essenziali delle prestazioni di cui all'articolo 3, è svolto per ciascuna singola materia o ambito di materia», anziché stabilire che il negoziato, «con riguardo a specifiche funzioni riferibili ai livelli essenziali delle prestazioni di cui all'articolo 3, è svolto con riferimento a ciascuna funzione o gruppo di funzioni»; dell'art. 2, comma 2, della legge n. 86 del 2024; dell'art. 3, comma 3, della legge n. 86 del 2024, nella parte in cui prevede che «i LEP sono determinati nelle materie o negli ambiti di materie seguenti», anziché «i LEP sono determinati per le specifiche funzioni concernenti le materie seguenti»; dell'art. 4, comma 1, primo periodo, della legge n. 86 del 2024, nella parte in cui menziona «materie o ambiti di materie riferibili ai LEP», anziché «specifiche funzioni riferibili ai LEP»; dell'art. 2, comma 1, primo periodo, della legge n. 86 del 2024, nella parte in cui non prescrive che l'iniziativa regionale sia giustificata alla luce del principio di sussidiarietà; dell'art. 3, comma 1, della legge n. 86 del 2024; dell'art. 3, comma 7, della legge n. 86 del 2024; dell'art. 3, comma 9, della legge n. 86 del 2024; dell'art. 8, comma 2, della legge n. 86 del 2024; dell'art.

La legge del 2024, secondo la Corte, ha piegato la differenziazione a dinamiche che alterano in modo significativo i valori costituzionali di solidarietà, buon andamento dell'amministrazione, unità nazionale, sussidiarietà ed equilibrio di bilancio. Per questo motivo, la Corte ha richiamato il legislatore al rispetto di tali principi, indicando, in modo additivo o con interpretazioni costituzionalmente orientate, i criteri che dovranno guidare la futura integrazione normativa, al fine di colmare le lacune derivanti dalla dichiarazione di illegittimità costituzionale di diversi articoli della legge.

Il punto di partenza dell'argomentazione della sentenza è la necessità di leggere l'art. 116, co. 3, Cost. in un quadro coerente con l'intera architettura costituzionale: il modello di regionalismo differenziato ammette una certa competizione e differenziazione tra Regioni e territori, riconoscendone i possibili effetti benefici, nella misura in cui ciò possa incentivare un innalzamento della qualità delle prestazioni pubbliche, ma questa competizione non può tradursi in una frattura della solidarietà tra Stato e Regioni o tra le Regioni stesse. Un aspetto particolarmente rilevante della decisione riguarda la modalità di trasferimento delle competenze, che nella formulazione originaria della legge n. 86/2024 prevedeva una cessione ampia e generalizzata di materie alle Regioni richiedenti, senza un'adeguata valutazione delle condizioni di esercizio. Su questo la Corte costituzionale ha introdotto un chiarimento essenziale sul rapporto tra sussidiarietà e devoluzione di competenze, stabilendo che il principio di sussidiarietà deve riferirsi alle funzioni e non alle materie nel loro complesso¹¹⁰. Il trasferimento di funzioni, quindi, non può avvenire in blocco¹¹¹, ma deve riguardare ambiti specifici¹¹², giustificati da esigenze territoriali e sostenuti da un'istruttoria rigorosa che dimostri la capacità della Regione di gestire tali competenze in modo più efficiente dello Stato¹¹³.

9, comma 4, della legge n. 86 del 2024, nella parte in cui prevede la facoltatività del concorso delle regioni differenziate agli obiettivi di finanza pubblica, anziché la doverosità su un piano di parità rispetto alle altre regioni; dell'art. 11, comma 2, della legge n. 86 del 2024; dell'art. 3, commi 2, 4, 5, 6, 8 e 10 della legge n. 86 del 2024; dell'art. 1, commi da 791 a 801-*bis*, della legge 29 dicembre 2022, n. 197 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023-2025).

¹¹⁰ Corte cost., sent. n. 192/2024, Considerato in diritto, punto 8.4. Già la dottrina aveva ritenuto che applicare il terzo comma dell'art. 116 a tutte le materie di competenza legislativa concorrente avrebbe significato non rispettarne la *ratio* poiché il senso del regionalismo differenziato è quello di accordare alle Regioni «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» su determinate competenze e non su tutte quelle contemplate nella disposizione poiché a una «generica identificazione di oggetti devoluti ad una «maggiore autonomia» seguirebbe «una paradossale eterogeneità dei fini» (R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 7). Cfr. anche R. TONIATTI, *L'autonomia regionale ponderata: aspettative ed incognite di un incremento delle asimmetrie quale possibile premessa per una nuova stagione costituzionale del regionalismo italiano*, in *Le Regioni*, 2017, n. 4, pp. 635 ss.

¹¹¹ Sul punto già autorevole dottrina (S. STAIANO, *Note per l'audizione innanzi al Gruppo di lavoro sul regionalismo differenziato*, 4 giugno 2021) aveva ritenuto che, non essendo trasferibili le «materie», sono trasferibili le funzioni a esse riconducibili. Si veda in proposito la sentenza della Corte costituzionale n. 303/2003.

¹¹² Corte cost., sent. n. 192/2024, Considerato in diritto, punto 4.1.

¹¹³ Corte cost., sent. n. 192/2024, Considerato in diritto, punto, 4.3. Al punto successivo la Consulta ha individuato alcune funzioni (il «commercio con l'estero», la «tutela dell'ambiente», i «porti e gli aeroporti civili», le «grandi reti di trasporto e navigazione», l'«ordinamento della comunicazione» e le «norme generali sull'istruzione») che non si prestano al trasferimento nell'ambito dell'autonomia differenziata, ritenendo che il loro decentramento sarebbe difficilmente giustificabile

Nella definizione dei LEP la Corte costituzionale riafferma il ruolo centrale del Parlamento, attribuendo a esso la competenza esclusiva di individuare i diritti civili e sociali che necessitano di tutela uniforme, anche in ambiti che apparentemente sembrerebbero estranei a situazioni soggettive garantite. Senza ricorrere a una dichiarazione di incostituzionalità, la Corte restituisce pienamente alle Camere le loro prerogative: considerato che tale legge è abilitata a derogare al riparto costituzionale delle competenze e che disciplina il finanziamento delle funzioni trasferite, incidendo così sulla gestione delle risorse pubbliche, l'intervento del Parlamento non può ridursi, come si legge nella sentenza, a «una legge di mera approvazione dell'intesa»¹¹⁴. Qualora le Camere intendano introdurre modifiche sostanziali all'accordo siglato, sarà necessario riaprire il negoziato tra il Governo e la Regione richiedente. In questo modo, l'art. 2, co. 8, della legge n. 86/2024 supera il vaglio di legittimità costituzionale attraverso un'interpretazione costituzionalmente orientata.

Sempre con riferimento ai LEP, la legge n. 86/2024 ne aveva lasciato in larga parte la definizione alla discrezionalità del Governo, senza stabilire una cornice normativa chiara e vincolante, e ciò ha portato la Corte costituzionale a dichiarare illegittimo l'art. 3, co. 1, per violazione dell'art. 76 Cost¹¹⁵. Secondo la Consulta, la legge impugnata ha giustamente individuato la necessità di definire i LEP prima di concedere forme particolari di autonomia differenziata poiché la determinazione di questi livelli è infatti essenziale per bilanciare l'autonomia differenziata e assicurare condizioni di vita omogenee su tutto il territorio nazionale¹¹⁶.

La legge n. 86/2024 esclude dal processo di autonomia differenziata alcune materie¹¹⁷, ragion per cui in questi ambiti, il processo di differenziazione potrebbe teoricamente avviarsi senza attendere la determinazione dei LEP, in quanto rientrano nelle cosiddette materie «no-LEP». In proposito, tuttavia, la Corte specifica che nelle materie escluse dal perimetro dei LEP possono comunque emergere situazioni che incidono su diritti civili e sociali e in tal caso, se lo Stato decidesse di accogliere una richiesta regionale per una funzione rientrante in una materia «no-LEP» ma incidente su diritti civili e sociali, il trasferimento potrebbe avvenire solo previa determinazione del relativo LEP, stabilito a partire dal costo standard della prestazione.

In merito alla priorità tra il trasferimento di competenze alle Regioni e la definizione dei LEP, nella sentenza in commento, attraverso un'interpretazione adeguatrice della legge n.

secondo il criterio di sussidiarietà. Di conseguenza, qualsiasi legge di differenziazione che includa funzioni relative a queste materie sarà sottoposta a un controllo particolarmente rigoroso di legittimità costituzionale.

¹¹⁴ Corte cost., sent. n. 192/2024, Considerato in diritto, punto 11.2.

¹¹⁵ Corte cost., sent. n. 192/2024, Considerato in diritto, punto 9.2 e 13.2.

¹¹⁶ Corte cost., sent. n. 192/2024, Considerato in diritto, punto 14.1.

¹¹⁷ Ovvero la «previdenza complementare e integrativa», le «professioni», l'«organizzazione della giustizia di pace», i «rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni», il «commercio con l'estero», la «protezione civile», il «coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario», le «casche di risparmio, casche rurali e aziende di credito a carattere regionale» e gli «enti di credito fondiario e agrario a carattere regionale».

86/2024, viene stabilita una chiara progressione temporale: prima lo Stato deve garantire il finanziamento e l'effettiva attuazione dei LEP e solo successivamente potrà procedere alla devoluzione di funzioni alle Regioni che dimostrino di avere le capacità necessarie per gestirle in modo più efficiente.

Per quanto concerne il finanziamento delle specifiche funzioni oggetto di trasferimento nell'ambito dell'autonomia differenziata, la legge impugnata stabilisce il principio dell'invarianza finanziaria, imponendo che il trasferimento avvenga «a costo zero» per la finanza pubblica. Sul punto, la Corte non ravvisa profili di incostituzionalità, ritenendo che tale impostazione sia coerente con la *ratio* dell'art. 116, co. 3, Cost. Non solo il trasferimento delle funzioni non deve comportare un aumento della spesa pubblica, ma il finanziamento delle stesse deve avvenire sulla base di costi standard, escludendo il parametro della spesa storica, che rischierebbe di perpetuare inefficienze¹¹⁸.

La Corte dichiara invece fondate le censure relative all'art. 9, co. 4, della legge, nella parte in cui prevede che la partecipazione delle Regioni differenziate agli obiettivi di finanza pubblica sia facoltativa, ma interviene additivamente imponendo l'introduzione del principio della doverosità. Secondo la Consulta, tutte le Regioni, comprese quelle che ottengono forme particolari di autonomia, devono contribuire equamente al raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica, senza beneficiare di un regime di maggior favore ingiustificato. Si ribadisce così che il regionalismo differenziato non può tradursi in un indebolimento della coesione finanziaria dello Stato, né in una esenzione per alcune Regioni dagli obblighi di responsabilità fiscale.

7. Le richieste in ambito sanitario

Più recentemente, i negoziati per l'autonomia differenziata sono stati promossi nell'ottobre 2024 da Lombardia, Veneto, Piemonte e Liguria, che hanno richiesto formalmente l'apertura delle trattative con il Governo, come previsto dall'art. 116, co. 3, Cost. e disciplinato dalla legge n. 86/2024. Come è noto, l'art. 11, co. 1, della legge n. 86/2024 (non inciso dalla Corte costituzionale), sancisce, non senza sollevare perplessità in dottrina¹¹⁹, che le

¹¹⁸ Corte cost., sent. n. 192/2024, Considerato in diritto punto 22.1: «Questo criterio, in linea di principio, esclude il riferimento alla spesa storica per il finanziamento delle funzioni trasferite, richiedendo la rimozione delle eventuali inefficienze che si annidano nella stessa, e costituisce il parametro per valutare oggettivamente se la devoluzione realizzi la migliore allocazione delle funzioni interessate, assicurando i vantaggi in termini di efficienza, che costituiscono un aspetto significativo del principio di sussidiarietà».

¹¹⁹ La dottrina, infatti, si è interrogata se, essendo già definiti i LEA, vi possa essere un'attuazione più rapida rispetto alla tutela della salute «che, ad esempio, potrebbe essere stralciata dalle intese del 2018-19 e proseguire in modo autonomo il suo percorso di approvazione, riproponendo gli stessi contenuti già allora previsti» (A. PITINO, *Il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, cit., p. 24). S. STAIANO, *Nota per la Commissione Affari costituzionali della Camera Audizione del 12 marzo 2024*, 2024, spiega che «Con quella vicenda del 2018 va segnata oggi una cesura netta, rendendosi perciò anzitutto altamente opportuno, se non necessario,

iniziative regionali già presentate al Governo, per le quali il confronto congiunto sia stato avviato prima dell'entrata in vigore della legge, devono essere esaminate secondo le nuove disposizioni. Poiché le richieste presentate riguardano, in varia misura, l'organizzazione del sistema sanitario, appare opportuno riassumerle sinteticamente, per valutarne la possibile prosecuzione alla luce della recente sentenza della Corte¹²⁰.

Il 28 febbraio 2018 sono stati sottoscritti tre accordi preliminari tra il Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio dei Ministri con delega agli Affari regionali e le Autonomie ed Emilia – Romagna, Lombardia, Veneto¹²¹, nel cui terzo allegato vennero riportate le molteplici richieste di maggiore autonomia in ambito sanitario¹²². A questi accordi preliminari, ha fatto seguito la redazione delle bozze d'intesa con il Governo Conte I.

È utile preliminarmente sottolineare come l'individuazione di ambiti di autonomia differenziata nel settore sanitario dovrà considerare che la tutela della salute condiziona l'organizzazione dei servizi sanitari e ospedalieri¹²³: incidono, infatti, sugli aspetti organizzativi linee di indirizzo, le modalità organizzative dell'assistenza socio-sanitaria integrata¹²⁴, la

per eliminare ogni residua ambiguità e correggere senza possibilità di equivoco un errore originario, un emendamento sostitutivo dell'art. 11, c. 1, ddl n. 615 – che, trasmesso alla Camera, ha ricevuto il numero 1665 – norma transitoria richiamante quelle vecchie intese, in modo da stabilire espressamente che, con l'entrata in vigore della legge, cessi l'efficacia degli accordi preliminari stipulati con le Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna. Quelle intese, peraltro, sono del tutto incompatibili, nell'impostazione e nei contenuti, con l'impianto stesso del ddl 1665.

¹²⁰ Sul punto anche A. PITINO, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, cit., pp. 757 ss.

¹²¹ 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 *Diritti regionali*, 2018, n. 2. Sul recupero degli accordi preliminari e delle bozze di intesa del 2018-2019 da parte della legge n. 86/ 2024 si rimanda a A. PITINO, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, cit., pp. 753-756.

¹²² L. BENCI, *Tutela della salute e regionalismo differenziato: i limiti costituzionali e i poteri del Parlamento*, in *Quotidiano Sanità*, 3 marzo 2019, p. 3 afferma che «sono proposte di duplice natura: alcune incidenti direttamente sul campo della tutela della salute, altre, incidenti indirettamente tramite la diversa organizzazione del Servizio sanitario regionale».

¹²³ Corte cost., sent. n. 207/2010, cit., «le norme che disciplinano gli aspetti organizzativi dell'attività sanitaria vanno anch'esse ricondotte alla matrice della tutela della salute, quando sono idonee ad incidere sulla salute dei cittadini, costituendo le modalità di organizzazione del servizio sanitario la cornice funzionale ed operativa che garantisce la qualità e l'adeguatezza delle prestazioni erogate». Secondo D. MORANA, *Una differenza davvero necessaria? qualche osservazione (e molte perplessità) su LEA, organizzazione sanitaria e tutela della salute nell'ottica dell'art. 116 u.c. Cost.*, cit., p. 249, dalle decisioni della Corte si comprende che «la materia della tutela della salute è in grado di esprimere una irresistibile vis attrattiva nei confronti di tutti quei frammenti materiali che intersecano in qualche modo il diritto alla salute, anche qualora siano direttamente rivolti solo alla dimensione organizzativa dei servizi finalizzati a garantire tale diritto». R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 8 spiegano come la «possibilità che la stessa determinazione dei livelli essenziali di assistenza e delle loro specificazioni possa comportare la posizione di standard organizzativi».

¹²⁴ Ci si riferisce al d. l. n. 34/2020, recante «Misure urgenti in materia di salute e di sostegno al lavoro e all'economia» (c.d. decreto «Rilancio»), che ha posto le basi per un potenziamento e per la riorganizzazione della rete assistenziale sanitaria e sociosanitaria territoriale. I relativi standard sono stati stabiliti con decreto del Ministro della Salute n. 77/2022. Sul punto cfr. R. BALDUZZI, *Gli standard (e il modello) dell'assistenza sanitaria territoriale: prime considerazioni*, in *Corti Supreme e Salute*, 2022, n. 2, p. 7, secondo cui «è evidente che in presenza di una disciplina regionale eventualmente difforme dalle previsioni del d.m. sugli standard territoriali, non sarebbe conferente il richiamo alla clausola dei livelli essenziali e, pertanto, non sarebbe giustificata la compressione dell'autonomia regionale da parte di una fonte secondaria

rimodulazione delle procedure autorizzatorie che vincolano le Regioni per ciò che concerne l'inserimento dei privati nell'organizzazione dei servizi sanitari regionali e l'indicazione delle modalità di selezione della dirigenza sanitaria nonché della formazione manageriale in materia di sanità pubblica¹²⁵.

Secondo parte della dottrina non destano particolari preoccupazioni le richieste di autonomia concernenti l'organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali e la realizzazione degli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del Servizio sanitario regionale¹²⁶, ma altre forme di autonomia, definite eversive¹²⁷, rischiano di aumentare le disuguaglianze regionali.

Nelle bozze di intesa stipulate, nello specifico, Lombardia, Veneto ed Emilia – Romagna mirano a ottenere le competenze circa la definizione dell'assetto istituzionale del sistema sociosanitario regionale e dei relativi profili organizzativi¹²⁸ e le modalità organizzative di erogazione dei servizi ospedalieri e territoriali¹²⁹.

Le richieste di introduzione di forme integrative di finanziamento dei servizi sanitari regionali, finalizzate a una maggiore efficienza nell'accesso alle cure e all'integrazione delle prestazioni oltre i livelli essenziali di assistenza, sollevano significative perplessità¹³⁰. In particolare, le Regioni, nel rispetto delle competenze statali¹³¹, dispongono già di strumenti per modulare la compartecipazione alla spesa sanitaria, come i ticket aggiuntivi regionali o il finanziamento di prestazioni extra-LEA¹³², pertanto l'attribuzione di maggiore autonomia in tale ambito potrebbe compromettere l'equilibrio tra il principio di responsabilizzazione degli utenti e la garanzia di accesso uniforme ai LEA su tutto il territorio nazionale¹³³.

L'eventuale riconoscimento di competenze differenziate sulla compartecipazione alla spesa sanitaria si interseca con la disciplina dei fondi sanitari integrativi previsti dall'art. 9 del d.lgs. n. 502/1992. Qualora fosse concessa alle Regioni la facoltà di istituire fondi sanitari sostitutivi o comprensivi di prestazioni LEA ed extra-LEA, si rischierebbe di ampliare

statale»; F. G. CUTTAIA, *Il recupero della centralità del diritto alla salute*, Torino, Giappichelli, 2022, p. 145, che manifesta perplessità circa la precettività del d.m. 77/2022, ritenuta *praeter legem* rispetto al d.lgs. n. 502/1992.

¹²⁵ In particolare, ci si riferisce agli artt. 15, 20 e 21, della l. n. 118/2022.

¹²⁶ L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, cit., p. 9.

¹²⁷ M. GEDDES DA FILICAIA, *L'autonomia differenziata in sanità*, in *Salute internazionale*, 7 luglio 2022.

¹²⁸ Art. 25, lett. a), bozza Lombardia; art. 29, lett. a), bozza Veneto. Sul punto G. FARES, *Regionalismo differenziato, analisi delle funzioni, ed equilibri di sistema: le possibili ricadute sull'ordinamento farmaceutico*, in *Diritti Regionali*, 2020, n. 1, pp. 28 ss.; R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit.

¹²⁹ Art. 25, lett. b), bozza Lombardia; art. 29, lett. b), bozza Veneto; art. 35, lett. d), bozza Emilia-Romagna.

¹³⁰ Art. 25, lett. l), bozza Lombardia; art. 29, lett. l), bozza Veneto; art. 35, lett. f), bozza Emilia-Romagna.

¹³¹ Si pensi alla fissazione di soglie massime di compartecipazione alla spesa. Cfr. I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento*, cit., pp. 25 ss.

¹³² M. GARLASCHI, *La spesa per ticket sanitari nelle diverse regioni d'Italia*, in *Osservatorio sui conti pubblici italiani*, 2022.

¹³³ A. PITINO, *Il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, cit., pp. 29 ss.

le diseguaglianze tra chi può accedere a servizi sanitari più qualificati tramite tali fondi e chi deve limitarsi alle prestazioni del servizio sanitario nazionale. Parte della dottrina evidenzia, in proposito, come la possibilità di derogare al modello delineato dalla legge n. 833/1978 potrebbe «comportare la destrutturazione del Servizio sanitario nazionale e l'aumento delle diseguaglianze e delle iniquità, senza che siano chiaramente percepibili i vantaggi in termini di tutela della salute e garanzia dei LEA»¹³⁴.

Analoghe criticità emergono in relazione alle richieste di poter destinare risorse aggiuntive regionali, nell'ambito della contrattazione collettiva integrativa, per valorizzare il personale sanitario e incentivarlo nelle sedi disagiate¹³⁵ poiché tale facoltà rischierebbe di introdurre forme discriminatorie¹³⁶ in contrasto con gli artt. 3, 36 e 98 Cost.¹³⁷, alterando l'assetto della contrattazione collettiva nazionale e generando disuguaglianze retributive tra il personale sanitario su base territoriale¹³⁸.

Ulteriori problematiche derivano dalla richiesta di competenze in materia di attività libero-professionale dei dirigenti medici e sanitari dei servizi sanitari regionali¹³⁹. L'esercizio di tale attività incide su molteplici posizioni giuridiche soggettive, quali la tutela della salute e la libertà di iniziativa economica, che non possono essere oggetto di una disciplina differenziata su base regionale. In proposito, la legge n. 120/2007 ha già stabilito un quadro normativo volto a prevenire conflitti di interesse tra attività istituzionale e libero-professionale, lasciando alle Regioni e alla contrattazione collettiva la gestione dell'intramoenia¹⁴⁰. Un'autonomia regionale differenziata in questo ambito potrebbe incentivare il personale

¹³⁴ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 12.

¹³⁵ Art. 25, lett. e), bozza Lombardia; art. 29, lett. e), bozza Veneto.

¹³⁶ L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, cit., pp. 7 ss.; E. CATELANI, *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116 comma 3 Cost: profili procedurali di dubbia legittimità e possibile violazione dei diritti*, cit., pp. 8 ss.

¹³⁷ V. P. GROSSI, *La perdurante attualità del regionalismo differenziato. Un'analisi dei contenuti delle 'bozze d'intesa'*, in *Diritti Regionali*, 2021, n. 2, p. 377.

¹³⁸ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 11, richiamano la sentenza 186/2016 della Corte costituzionale, che aveva «già avuto modo di rilevare la stretta integrazione tra legislazione statale e contrattazione collettiva in materia di personale convenzionato del SSN e che essa limita fortemente i margini della legislazione regionale in forza di due titoli di competenza statale: la tutela della salute e l'ordinamento civile, del quale ultimo la «contrattazione collettiva nazionale in materia di personale sanitario a supporto convenzionale [...] è certamente parte». Analogamente anche il «Manifesto dell'alleanza tra professionisti della salute per un nuovo SSN» firmato dalle federazioni nazionali degli ordini di professione sanitaria e sociale.

¹³⁹ Art. 25, lett. d), bozza Lombardia; art. 29, lett. d), bozza Veneto.

¹⁴⁰ Anche il Giudice costituzionale ha rilevato come la disciplina dell'attività libero-professionale dei medici del SSN costituisca «un elemento tra i più caratterizzanti nella disciplina del rapporto fra personale sanitario ed utenti del Servizio sanitario, nonché della stessa organizzazione sanitaria» poiché «l'individuazione dei soggetti legittimati a svolgere la libera professione all'interno della struttura sanitaria (...) richiede una disciplina uniforme sull'intero territorio nazionale» (Corte cost., sent. n. 54/2015).

sanitario a trasferirsi verso territori più vantaggiosi, con conseguenze negative sulla distribuzione equa delle risorse umane nel Servizio sanitario nazionale¹⁴¹.

Vi sono altresì richieste in tema di gestione del personale sanitario¹⁴², utilizzo temporaneo di medici abilitati ma non specializzati per evitare l'interruzione di pubblico servizio¹⁴³, e ampliamento della rete formativa per le specializzazioni mediche e sanitarie¹⁴⁴. In merito è bene sottolineare che il d. lgs. n. 368/1999 permette alle Regioni di modulare la formazione dei medici di medicina generale al fine di consentire lo svolgimento di attività assistenziali rivolte a rispondere alle carenze di personale a livello regionale, purché, come ribadito anche dalla giurisprudenza costituzionale, sia salvaguardata la «preparazione teorico-pratica di livello adeguato e uniforme su tutto il territorio dell'Unione europea»¹⁴⁵. Tali condizioni valgono anche per i medici in formazione specialistica, con i quali le Regioni possono stipulare contratti di formazione-lavoro nel rispetto degli obblighi imposti dai corsi di formazione specialistica¹⁴⁶. Trattandosi, com'è noto, di un settore regolamentato dalla normativa europea e nazionale¹⁴⁷, maggiore autonomia in questi ambiti avrebbe ripercussioni negative sulla parità di accesso alla professione sanitaria poiché l'introduzione di una disciplina differenziata sull'inserimento sarebbe suscettibile di incidere negativamente sulla formazione degli stessi medici specializzandi e ne ipotizzerebbe lo spostamento repentino dal sistema universitario a quello nel servizio sanitario regionale. L'introduzione di regimi differenziati per l'inserimento dei medici specializzandi nel SSR rischierebbe quindi di compromettere la qualità e l'uniformità della formazione, con potenziali violazioni del principio di eguaglianza *ex art. 3 Cost.* La possibilità di qualificare i medici in formazione come dipendenti del SSR solleva, inoltre, il dubbio che tale scelta risponda a esigenze di contenimento della spesa pubblica, con il rischio di trasferire attività sanitarie su personale non ancora strutturato¹⁴⁸, con conseguenze sulla qualità delle prestazioni erogate¹⁴⁹.

¹⁴¹ 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. 8.

¹⁴² Art. 25, lett. c), bozza Lombardia; art. 29, lett. c), bozza Veneto; art. 35, lett. a), bozza Emilia-Romagna.

¹⁴³ Art. 25, lett. f), bozza Lombardia; art. 29, lett. f), bozza Veneto; art. 35, lett. g), bozza Emilia-Romagna.

¹⁴⁴ Art. 25, lett. g), bozza Lombardia; art. 29, lett. g), bozza Veneto; art. 35, lett. b), bozza Emilia-Romagna.

¹⁴⁵ Corte cost., sent. n. 112/2023.

¹⁴⁶ A. CARMINATI, *I medici in formazione specialistica tra disciplina quadro statale, normativa regionale, e interventi di riforma. Note a margine della sentenza della Corte costituzionale n. 249 del 2018 sulla L. Reg. Lombardia n. 33 del 2017*, in *Corti Supreme e Salute*, 2019, n. 1, pp. 3 ss., specifica che spetta allo Stato, in base alla competenza esclusiva in materia di ordinamento civile, stabilire quali attività assistenziali possano essere affidate ai medici in formazione.

¹⁴⁷ Legge 8 novembre 2013, n. 128, recante «Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 settembre 2013, n. 104, recante misure urgenti in materia di istruzione, università e ricerca».

¹⁴⁸ F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del sistema sanitario*, cit., p. 20, ritiene ci sarebbero «conseguenze addirittura 'anti solidali' nel suo spingere logiche di 'accaparramento' delle migliori professionalità dalle altre Regioni». Si vedano anche le considerazioni di N. SALERNO, *Brevi commenti su sanità e federalismo differenziato*, cit., pp. 4 ss.

¹⁴⁹ 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. 7.

Si comprende quindi che alcune richieste suscitano maggiori perplessità poiché sembrano orientate a una trasformazione dell'attuale Servizio sanitario nazionale verso un assetto fondato su una combinazione tra pilastri pubblici e privati¹⁵⁰. Un simile sviluppo, oltre a determinare un incremento della spesa sanitaria, potrebbe acuire le disuguaglianze sia tra i territori che tra i cittadini, compromettendo l'uniformità della tutela del diritto alla salute¹⁵¹. Per quanto la valutazione astratta di un modello sanitario in termini di superiorità assoluta rispetto a un altro risulti complessa, nell'ottica di uno Stato democratico-sociale l'ordinamento è chiamato a stabilire le priorità della protezione sanitaria in coerenza con i principi costituzionali. Ne consegue che una scelta di tale rilievo non può essere demandata esclusivamente ad alcune Regioni, ma deve necessariamente coinvolgere l'intero assetto statale. In proposito, l'analisi della sentenza n. 192/2024 ha confermato che il regionalismo differenziato non può compromettere l'uniformità dei LEP e la garanzia dei diritti fondamentali, anzi la determinazione preventiva dei LEP è condizione imprescindibile per il riconoscimento di autonomia regionale, in quanto rappresenta il necessario contrappeso all'autonomia stessa. I livelli essenziali delle prestazioni rappresentano la manifestazione più concreta del principio di pari dignità sociale che permea l'ordinamento costituzionale e, in quanto tali, costituiscono il presupposto per l'effettivo godimento, in condizioni di parità, dei diritti inviolabili, garantendo la liberazione dal bisogno e, conseguentemente, la possibilità per tutti gli individui di percorrere in modo equo i sentieri dell'emancipazione e dell'autodeterminazione. Ne deriva, quale corollario necessario, che la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni deve essere assicurata in ogni circostanza, a prescindere da qualsiasi contingenza economica o politica, fino al punto di orientare l'intero assetto ordinamentale alla loro effettiva attuazione.

Ciò assume un rilievo particolarmente significativo nel settore sanitario, dove richieste di maggiore flessibilità nella compartecipazione alla spesa e nella gestione del personale potrebbero determinare un'alterazione del principio di uguaglianza e un incremento delle disparità regionali nell'accesso ai servizi essenziali. Sulla base di queste brevi considerazioni le nuove forme di autonomia in ambito sanitario, dunque, toccando «direttamente o indirettamente il perimetro dei LEA», potrebbero innescare una «dinamica complessa di *political economy*» ovvero incoraggiare l'emersione 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)»¹⁵².

¹⁵⁰ F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti Supreme e Salute*, 2018, n. 3, p. 543, ritiene che la privatizzazione sia rimasta «un'aspirazione mai completamente sopita pronta a riemergere ad ogni crisi finanziaria».

¹⁵¹ D. BENASSI, *Father of the Welfare State? Beveridge and the Emergence of the Welfare State*, in *Sociologica*, 2010, n. 3, p. 17. Su questi aspetti A. PITTINO, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, cit., pp. 766.

¹⁵² N. SALERNO, *Brevi commenti su sanità e federalismo differenziato*, cit., p. 4.

8. L'impatto della sentenza della Corte costituzionale sulle richieste in materia di tutela della salute

La sentenza n. 192/2024 della Corte costituzionale definisce un vero e proprio perimetro della futura evoluzione del regionalismo differenziato segnando con chiarezza i confini entro cui può svilupparsi l'autonomia regionale. L'analisi delle istanze di autonomia differenziata avanzate da Emilia – Romagna, Veneto e Lombardia costituisce un utile punto di partenza per valutare, in chiave critica, le prospettive e i limiti del regionalismo differenziato in materia sanitaria poiché rappresentano paradigmi interpretativi capaci di sollecitare una più ampia riflessione. La recente sentenza costituzionale, da cui si desume il favore per un regionalismo differenziato «funzionale al rafforzamento dei diritti di cittadinanza sull'intero territorio nazionale e, quindi, all'unità»¹⁵³, impone di interrogarsi sul significato costituzionale della garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni e sulla compatibilità tra autonomia regionale e principio di eguaglianza sostanziale.

Il punto di equilibrio tra l'esigenza di mantenere l'unità della Repubblica e il riconoscimento delle differenze tra i territori è rappresentato dalla coesione territoriale, che costituisce «un modo di perseguire l'eguaglianza sostanziale nelle diverse forme di contrasto alla povertà ed al disagio sociale, con interventi di sostegno alle pari opportunità tra le persone»¹⁵⁴, motivo per cui i LEP rappresentano il mezzo «per misurare la coesione sociale ed economica, ma anche per valutare i profili relativi alla coesione territoriale»¹⁵⁵. Il regionalismo differenziato contemplato dall'art. 116 Cost. diviene dunque «uno strumento al servizio del bene comune della società e della tutela dei diritti degli individui e delle formazioni sociali»¹⁵⁶ e ciò impone di muoversi entro i confini delineati dall'art. 5 Cost., che declina sinergicamente autonomia e unità nazionale come elementi complementari di un medesimo valore costituzionale.

La Corte costituzionale ha chiarito che il regionalismo differenziato deve essere interpretato in chiave solidaristica, nel rispetto del principio di coesione nazionale (artt. 2, 3, 5 e 120 Cost.), ponendo un limite strutturale alla possibilità di devolvere competenze senza una previa verifica dell'impatto sull'equilibrio complessivo dell'ordinamento e sulla garanzia uniforme dei diritti fondamentali. In tal senso, il principio di sussidiarietà orizzontale e verticale impone che il trasferimento di funzioni avvenga con un'analisi preventiva degli effetti su tutto il sistema statale e regionale, evitando che si generino asimmetrie incompatibili con il principio di eguaglianza sostanziale (art. 3, co. 2, Cost.). Le richieste delle tre

¹⁵³ D. MONE, *Autonomia differenziata come mezzo di unità statale: la lettura dell'art. 116, comma 3 cost., conforme a costituzione*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 1, p. 350.

¹⁵⁴ F. MANGANARO, *Politiche di coesione*, in B.G. MATTARELLA, M. RAMAJOLI (a cura di), *Enciclopedia del Diritto - Funzioni amministrative*, Milano, Giuffrè, 2022, p. 853.

¹⁵⁵ Ivi, p. 857.

¹⁵⁶ Corte cost., sent. n. 192/2024, Considerato in diritto, punto 4.

Regioni, sebbene formalmente legittime ai sensi dell'art. 116, co. 3, Cost., sollevano criticità poiché potrebbero accentuare le disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari, minando il principio di solidarietà finanziaria tra le Regioni e la garanzia uniforme dei LEP. Sul piano procedimentale, la sentenza n. 192/2024 ha opportunamente ribadito la necessità di un recepimento parlamentare che non si configuri come un mero atto formale di ratifica dell'intesa tra Stato e Regione, bensì come un passaggio essenziale per garantire il rispetto dei principi costituzionali. Il Parlamento, dunque, non può limitarsi a un'approvazione acritica dell'accordo tra esecutivo e Regione, ma deve svolgere una funzione di garanzia, verificando il rispetto del principio di unità giuridica ed economica della Repubblica e l'assenza di effetti distorsivi sulla perequazione finanziaria. Il Parlamento dovrà valutare il merito delle richieste avanzate e avrà facoltà di emendarle, imponendo un vaglio più stringente rispetto al passato e conseguentemente le istanze delle Regioni dovranno confrontarsi con un iter procedurale più complesso.

In secondo luogo, la sentenza ha chiarito che la devoluzione di competenze deve avvenire per singole funzioni e non per intere materie, richiedendo un'istruttoria rigorosa basata su parametri oggettivi di efficienza e capacità gestionale. Le richieste avanzate devono dunque essere valutate caso per caso, dimostrando che le funzioni richieste possano essere esercitate con maggiore efficacia rispetto alla gestione statale e senza compromettere la coesione del sistema sanitario nazionale.

Le richieste *ex art. 116, comma 3, Cost.*, benché formalmente legittime, sollevano quindi criticità rilevanti: in particolare, rischiano di accentuare le disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari, minando il principio di solidarietà finanziaria tra Regioni e la garanzia uniforme dei LEP. A ben vedere, tali rivendicazioni di autonomia sembrano rispondere non solo a esigenze gestionali, ma anche a una più profonda istanza di riconoscimento di autonomia economico-finanziaria. Le rivendicazioni di maggiore autonomia probabilmente rappresentano una reazione alle politiche sanitarie regionali e sottintendono la richiesta del riconoscimento di autonomia economico-finanziaria¹⁵⁷. Lombardia, Veneto ed Emilia – Romagna hanno avanzato richieste *ex art. 116, co. 3, Cost.*, infatti, per rifuggire dalla nuova centralizzazione delle politiche di finanza pubblica dovute alla crisi¹⁵⁸ e per realizzare il c.d. 'federalismo sanitario'¹⁵⁹.

Permane, come già espresso, la perplessità che ciò possa incrementare differenziazioni già presenti tra i vari sistemi sanitari regionali, creati per soddisfare le esigenze del proprio territorio. La tutela della salute, nella prospettiva di attribuzione di maggiore autonomia al-

¹⁵⁷ Cfr. C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, cit., p. 4.

¹⁵⁸ In tal senso anche R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 13, secondo i quali «le richieste di maggiore autonomia [coincidono] soprattutto con l'allentamento dei vincoli di spesa» e F. GALLO, *I limiti del regionalismo differenziato*, in *Astrid Rassegna*, 2019, n. 9, p. 1.

¹⁵⁹ Cfr. N. CARTABELLOTTA, *Così il «regionalismo differenziato» mette a rischio l'universalismo del Ssn*, in *www.sanita24.ilsole-24ore.it*, 28 settembre 2018.

le Regioni, rappresenta, difatti, una cartina di tornasole poiché nonostante il monitoraggio dei LEA, dei piani di rientro e commissariamenti per migliorare i bilanci regionali, talvolta il *gap* tra Nord – Sud è peggiorato per alcuni indicatori¹⁶⁰.

Partendo da questo presupposto, non si può trascurare un fattore: se tre tra le Regioni più ricche conquistassero maggiori quote del gettito di imposte nazionali prodotto sul proprio territorio¹⁶¹, si limiterebbe la capacità perequativa tra territori, determinando un costo a carico delle Regioni più povere¹⁶². Pur non essendo state dichiarate fondate le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 5, co. 2, della legge n. 86/2024¹⁶³, questa disposizione stabilisce un collegamento tra le risorse finanziarie da attribuire alle Regioni richiedenti ed il gettito di uno o più tributi erariali maturato nel territorio regionale prodotto nel territorio regionale, la cui quota spettante a ciascun ente regionale è stabilita, come noto, sulla base della media dei consumi finali delle famiglie rilevati dall'Istat. Essendo quindi le compartecipazioni determinate in virtù della spesa che le Regioni devono sostenere, i cittadini di una Regione che produce maggior reddito, e quindi maggiore gettito fiscale, potrebbero avvalersi di servizi migliori perché meglio finanziati¹⁶⁴. Ciò viola quanto previsto, a parere di chi scrive, non solo nell'art. 119 Cost., ma anche nell'art. 2, co. 2, lett. bb) e cc), della legge delega in materia di federalismo fiscale, che sancisce la «garanzia del mantenimento di un adeguato livello di flessibilità fiscale nella costituzione di un insieme di tributi e compartecipazioni, da attribuire alle Regioni e agli Enti locali»¹⁶⁵. La rilevante sperequazione del gettito *pro capite* tra le Regioni rende rischioso immaginare una compartecipazione

¹⁶⁰ Corte dei conti. *Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei Servizi Sanitari Regionali. Esercizi 2020-2021*, consultabile al link www.corteconti.it.

¹⁶¹ Cfr. L. BENCI, *Tutela della salute e regionalismo differenziato: i limiti costituzionali e i poteri del Parlamento*, cit., p. 3, che avanza il pericolo di uscita dal fondo sanitario e dalle sue perequazioni delle Regioni interessate all'autonomia differenziata.

¹⁶² Cfr. G. VIESTI, *Autonomie regionali differenziate e spese per l'istruzione scolastica. Ovvero: Robin Hood al contrario*, in *Menabò di etica ed economia*, 2019, n. 102, pp. 1 ss.

¹⁶³ Corte cost., sent. n. 192/2024, Considerato in diritto n. 23.2: «La censura relativa alla discriminazione delle regioni con minore capacità fiscale per abitante (che non potrebbero accedere alla differenziazione) non è fondata (oltre a essere contraddittoria con l'evocazione dell'utilizzo dei tributi propri, che pure sfavorirebbero le regioni con minore capacità fiscale). In primo luogo, l'aggancio con la ricchezza del territorio non è una scelta "discriminatoria" dell'art. 5, comma 2, in quanto il principio di territorialità risulta dall'art. 119, secondo comma, Cost. (in relazione ai tributi propri e alle compartecipazioni) e da molte norme legislative: ad esempio, art. 2, comma 2, lettere e hh) e), e art. 7, comma 1, lettera d), della legge n. 42 del 2009; art. 4, comma 3, e art. 9 del d.lgs. n. 68 del 2011; art. 13, comma 1, lettera a), numero 2), della legge n. 111 del 2023. Inoltre, in presenza dei presupposti generali della differenziazione (punto 4), anche le regioni svantaggiate possono chiedere un'intesa: il meccanismo della compartecipazione dovrà essere calibrato di volta in volta in modo da garantire una quantità sufficiente di risorse a ciascuna regione per lo svolgimento delle funzioni attribuite».

¹⁶⁴ In questo senso G. VIESTI, *Le grandi criticità delle richieste di autonomia regionale differenziata*, in *Economia e società regionale*, 2019, n. 3, 40. Sul punto anche A. PATRONI GRIFFI, *Regionalismo differenziato e coesione territoriale*, in *Regionalismo differenziato: un percorso difficile*, cit., 19 ss.; G. RIVOSECCHI, *Poteri, diritti e sistema finanziario tra centro e periferia*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 3, 288.

¹⁶⁵ Su questi aspetti si veda S. VILLANI, *Regionalismo fiscale differenziato. I privilegi dell'autonomia e i problemi del Mezzogiorno*, in *Rivista economica del Mezzogiorno*, 2019, n. 3 – 4, pp. 969 ss.

regionale al gettito di uno o più tributi prodotto nel territorio regionale o l'applicazione di aliquote riservate sulla base imponibile del suddetto tributo riferibile al territorio regionale. Si potrebbe accentuare, ad esempio, la c.d. mobilità sanitaria interregionale¹⁶⁶ poiché, in seguito a una rimodulazione delle tariffe delle prestazioni per i non residenti, si attirerebbero cittadini non residenti più ricchi¹⁶⁷.

In questo contesto diventerebbe (ancora più) complicato per le Regioni meridionali adempiere alle esigenze che il Ministero deve certificare mediante un sistema di 88 indicatori¹⁶⁸, di cui 22 definiti "CORE" ovvero decisivi per la valutazione degli enti territoriali¹⁶⁹.

Com'è palese, vi è quindi una spinta finanziaria nei *claim* autonomisti di alcune Regioni¹⁷⁰ e nelle richieste di autonomia differenziata¹⁷¹, in particolare di quella inerente alla tutela

¹⁶⁶ Cfr. C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, cit., p. 5.

¹⁶⁷ In un primo momento, il Veneto aveva postulato di trattenere in Regione il 90%. A seconda del gettito trattenuto, tuttavia, le conseguenze riguarderebbero non solo la sanità, ma anche ogni decisione di politica, sia di investimento che di spesa corrente. Cfr. N. SALERNO, *Brevi commenti su sanità e federalismo differenziato*, cit., pp. 2 ss. secondo cui «si tratterebbe di una prospettiva al di fuori del solco costituzionale. E infatti gli accordi tra Stato e singole Regioni adotterebbero una impostazione diversa e, per rispettare i termini in cui la Costituzione offre possibilità di differenziazione, le maggiori risorse appropriabili dovrebbero essere quelle necessarie e sufficienti allo svolgimento delle nuove funzioni prese in carico direttamente dalle Regioni (o più in generale dagli altri livelli di governo subnazionale)». Anche G. ARACHI, *Audizione dell'Ufficio parlamentare di bilancio sui DDLL n. 615, 62 e 273 (attuazione dell'autonomia differenziata delle regioni a statuto ordinario)*, 6 giugno 2023, consultabile al link www.senato.it, p. 3 ritiene che bisogna correggere l'«inadeguatezza della spesa storica pro-capite come criterio per la determinazione delle risorse da trasferire alle RAD in caso di mancata definizione dei fabbisogni standard» nonché i rischi «di maggiori oneri per il bilancio dello Stato derivanti dall'asimmetria nell'aggiustamento delle aliquote di compartecipazione negli anni successivi al conferimento delle ulteriori forme di autonomia e l'assenza di momenti di coordinamento tra le decisioni riguardanti le risorse da trasferire alle diverse Regioni richiedenti, prese unicamente sulla base di accordi bilaterali fra esecutivi nell'ambito delle Commissioni paritetiche Stato-Regione».

¹⁶⁸ Essi, tra gli altri, comprendono assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera e la valutazione dei percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA).

¹⁶⁹ A titolo esemplificativo, si riporta il caso della Regione Campania che, presentando un'età media inferiore rispetto alle Regioni del Nord, riceve meno finanziamenti del riparto regionale dei fondi per la sanità e questo perché essi vengono calcolati sulla base della popolazione pesata che utilizza criteri anagrafici ovvero il 98,5% delle risorse disponibili vengono ripartite sulla base della popolazione residente e della frequenza dei consumi sanitari per età; lo 0,75% in base al tasso di mortalità della popolazione con età inferiore a 75 anni; lo 0,75% in base al dato complessivo risultante dagli indicatori utilizzati per definire particolari situazioni territoriali che impattano sui bisogni sanitari. Nella Regione campana, inoltre, si registra una più elevata percentuale di malati cronici ed oncologici ad alto impatto economico e un'aspettativa di vita di circa due anni in meno rispetto a quelle del Nord. Configurandosi, dunque, come una Regione «più giovane», la Campania riceve circa 250-300 milioni di euro in meno rispetto alla media nazionale, ovvero circa 60€ *pro capite* in meno rispetto all'Emilia – Romagna, 40€ in meno di Veneto e Lombardia cui si aggiunge una grave carenza di circa 1400 posti letto rispetto a quanto previsto dal decreto ministeriale n. 70/2015.

¹⁷⁰ Sul trattenimento del gettito fiscale e dei referendum consultivi del 2017 della Lombardia e del Veneto cfr. A. MORRONE, *Populismo referendario. La strada impervia della secessione all'italiana*, in *Federalismi.it*, 2017, n. 20, pp. 4 ss. Sul movente fiscale nelle richieste autonomiste si rinvia a L. DELL'ATTI, *Crisi economiche e Stato regionale. Considerazioni sul rapporto fra democrazia diretta e paradigma territoriale nell'ordinamento italiano, anche alla luce di alcune esperienze europee*, in *Ianus*, 2019, n. 20.

¹⁷¹ Il dibattito è complesso. Secondo G. VIESTI, *Verso la secessione dei ricchi? Autonomie regionali e unità nazionale*, cit., l'ampliamento delle competenze per Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna, che contribuiscono a più del 40% del PIL, comporterà una riduzione di risorse per le altre Regioni. Critici R. BIN, *La "secessione dei ricchi" è una fake news*, in *lacostituzione.info*, 16 febbraio 2019; E. BALBONI, *Per scongiurare la "secessione dei ricchi" basterebbe la buona amministrazione*, cit.

della salute¹⁷². L'attribuzione delle richieste di autonomia da parte delle Regioni con le migliori *performance* sanitarie, che presentano il maggior gettito tributario, incrementerà tale discrasia¹⁷³ e comporterà ripercussioni¹⁷⁴ sulla tutela dei livelli delle prestazioni delle altre Regioni¹⁷⁵ pregiudicando ancora di più la capacità competitiva delle Regioni già sottofinanziate¹⁷⁶.

Politiche regionali finalizzate a trattenere il gettito fiscale di un territorio *in loco* sono così suscettibili di violare l'art. 3 Cost., comportando discriminazioni fra cittadini fondate sulla residenza e sul reddito¹⁷⁷, e 53 Cost.¹⁷⁸, poiché il rinvio al dovere di contribuzione alle spese pubbliche si riferisce a tutto lo Stato comunità¹⁷⁹ e non a una sua porzione¹⁸⁰.

Il finanziamento del diritto alla salute è inevitabilmente collegato anche al principio di unità di *ex art.* 5 Cost. intesa nell'accezione di unità costituzionale, sostenuta da parte

¹⁷² N. SALERNO, *Brevi commenti su sanità e federalismo differenziato*, cit., pp. 2-3.

¹⁷³ Report Osservatorio GIMBE, n. 1, 2023, *Il regionalismo differenziato in sanità*, p. 16, consultabile al link https://www.gimbe.org/osservatorio/Report_Osservatorio_GIMBE_2023.01_Regionalismo_differenziato_in_sanita.pdf, in cui si legge che «I principi fondanti del SSN si sono già dissolti senza alcun ricorso all'autonomia differenziata, ma solo in ragione della competenza regionale concorrente in tema di tutela della salute. Il regionalismo differenziato finirà dunque per legittimare normativamente e in maniera irreversibile il divario tra Nord e Sud, violando il principio costituzionale di uguaglianza dei cittadini nel diritto alla tutela della salute».

¹⁷⁴ Così A.M. RUSSO, *Il regionalismo italiano nel vortice autonomistico della differenziazione: l'asimmetria sperimentale tra integrazione e conflitti*, in *Ist. fed.*, 2018, n. 2, p. 338. Si veda anche la sentenza della Corte costituzionale n. 118/2015 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 regionale del Veneto n. 15/2014, di indizione del referendum consultivo sull'autonomia differenziata. Sulla portata della sentenza si sofferma S. GAMBINO, *Regionalismo (differenziato) e diritti. Appunti a ri-lettura del novellato titolo V Cost., fra unità repubblicana, principio di eguaglianza ed esigenze autonomistiche*, in *Astrid Rassegna*, 2019, n. 5, pp. 8 ss. In due sentenze più recenti, le nn. 69 e 83 del 2016, La Corte costituzionale ha, altresì, affermato che «il criterio del residuo fiscale (...) non è parametro normativo riconducibile all'art. 119 Cost.» (sent. n. 69/2016).

¹⁷⁵ N. SALERNO, *Brevi commenti su sanità e federalismo differenziato*, cit., pp. 2-3.

¹⁷⁶ Su questi aspetti M. CAPPIELLO, *L'impatto dell'autonomia differenziata sulla sanità campana*, in *Quotidiano Sanità*, 2 febbraio 2024; A. ZANARDI, *Alcune osservazioni sui profili finanziari delle bozze di intesa sull'autonomia differenziata*, in *Astrid Rassegna*, 2019, n. 5.

¹⁷⁷ A. PAPA, *Regionalismo differenziato e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni*, cit., p. 69, secondo cui le misure per ripristinare l'equilibrio tra i territori devono sicuramente considerare le differenziazioni, senza però consolidare le disuguaglianze rendendo, ad esempio, la «residenza» un ostacolo alla «mobilità». Quest'ultima, infatti, «non può che rimanere un diritto nella piena disponibilità dell'individuo ma deve nel contempo rappresentare una sfida per un sistema sanitario che unitariamente inteso lavori per la diffusione su tutto il territorio nazionale di soddisfacenti ed elevati standard qualitativi, che crei una rete nazionale delle eccellenze e che ne favorisca la conoscenza e l'accesso. Che realizzi, come pure è stato sottolineato, economie di scala e non di scopo».

¹⁷⁸ A. GIANNOLA, G. STORNAIUOLO, *Un'analisi delle proposte avanzate sul federalismo differenziato*, in *Rivista economica del Mezzogiorno*, 2018, nn. 1 – 2, pp. 18-19, secondo cui è evidente che le forme di finanziamento del regionalismo differenziato mettono al centro al centro «il concetto di capacità fiscale del territorio (non del contribuente)» per «regolare i rapporti finanziari tra gli enti e non quelli giuridici ed economici tra Stato e consociati».

¹⁷⁹ Cfr. A. FEDELE, *Appunti dalle lezioni di diritto tributario*, Torino, Giappichelli, 2005, p. 22 e M. LUCIANI, *Costituzione, tributi e mercato*, in *Rassegna tributaria*, 2012, p. 839.

¹⁸⁰ E. MARELLO, *Art. 53*, in S. BARTOLE, R. BIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, Cedam, 2008, p. 533; P. BORJA, *Art. 53*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, vol. I, Torino, Utet, p. 1061.

della dottrina¹⁸¹, ovvero di una nozione connessa agli artt. 2 e 3 Cost.¹⁸² Se l'autonomia riconosciuta nell'art. 5 Cost. rinviene i propri limiti nella necessità di garantire l'uniformità dei diritti, l'attuazione di un regionalismo differenziato privo di un «irrobustimento dei vincoli statali ad un'autonomia regionale che si vuole ampliata» lede l'unità costituzionale¹⁸³, rischiando il pregiudizio delle «istituzioni dell'uguaglianza»¹⁸⁴ e «un divario non più colmabile e a quel punto l'unità dello Stato ne uscirebbe fortemente compromessa»¹⁸⁵.

Si evince dunque come l'autonomia differenziata in ambito sanitario incontri ostacoli nei principi costituzionali della solidarietà *ex art. 2 Cost.*, dell'art. 3 Cost.¹⁸⁶, dell'unità ed indivisibilità della Repubblica *ex art. 5 Cost.*, dell'art. 119 Cost. e dell'art. 120 Cost.¹⁸⁷.

¹⁸¹ M. LUCIANI, *Un regionalismo senza modello*, in *Le Regioni*, 1994, n. 5, pp. 1314 - 1315.

¹⁸² COSÌ U. ALLEGRETTI, *Autonomia regionale e unità nazionale*, in *Le Regioni*, 1995, p. 20; A. RUGGERI, «Forme» e «tecniche» dell'unità, tra vecchio e nuovo regionalismo, in G. ROLLA (a cura di), *La definizione del principio unitario negli ordinamenti decentrati*, Torino, Giappichelli, 2003, p. 92.

¹⁸³ L. DELL'ATTI, *Tutela della salute e modelli differenziati di governance*, cit., p. 197. Cfr. S. MANGIAMELI, *L'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, con particolare riferimento alle recenti iniziative delle Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna*. Indagine conoscitiva della Commissione parlamentare per le questioni regionali. Audizione del 29 novembre 2017, consultabile al link <http://www.issirfa-spoglio.cnr.it/s-mangiameli-l-attuazione-dell-articolo-116-terzo-comma-della-costituzione-con-particolare-riferimento-alle-recenti-iniziative-delle-regioni-lombardia-veneto-ed-emilia-romagna-00e.html>, secondo cui «Più che di rischi dell'asimmetria [...] bisognerebbe parlare di limiti e condizioni che questa deve rispettare. Infatti, l'asimmetria, soprattutto nel momento in cui il processo si avvia, trova dei limiti nelle disuguaglianze che crea, le quali non possono andare oltre una certa soglia nell'ambito del sistema regionale nel suo complesso». Analogamente F. PALLANTE, *Ancora nel merito del regionalismo differenziato: le nuove bozze di intesa tra Stato e Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna*, in *Federalismi.it*, 2019, n. 20, pp. 4 ss. analizza l'art. 116, co. 3, Cost. in rapporto all'art. 5 Cost. dovendo il primo essere «considerato come una disposizione costituzionale che rinvia a un elenco di competenze a cui ciascuna Regione è invitata, per così dire, ad «attingere» limitatamente a quanto compatibile con le proprie esigenze di differenziazione, non ad impossessarne tout court, costi quel che costi [...]». Sarebbe quest'ultimo un atteggiamento irriducibile all'art. 5 Cost. [...] volto, in ultima istanza, a provocare, se non la «secessione dei ricchi», quantomeno il distacco di fatto, su profili materiali decisivi, di alcuni territori dal resto del Paese. Con inevitabili ricadute sul principio di uguaglianza sancito dall'art. 3 Cost. a cui l'art. 5 Cost. si ricollega in tutti i casi in cui le autonomie territoriali sono chiamate a erogare servizi rivolti all'attuazione dei diritti costituzionali, oggi soprattutto la salute».

¹⁸⁴ M. DOGLIANI, *Quer pasticciaccio brutto del regionalismo italiano*, in *Il Piemonte delle autonomie*, 2018, n. 3, p. 1.

¹⁸⁵ I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento*, cit., pp. 22-23. Nello stesso senso L. RONCHETTI, *Unità e indivisibilità della Repubblica: la sovranità popolare e l'interdipendenza nel nome della Costituzione*, in *Costituzionalismo.it*, 2018, n. 1, pp. 16 ss.; E. CATELANI, *La tutela dei diritti sociali fra Europa, Stato e Autonomie locali. I rischi della differenziazione*, in *Federalismi.it*, 2018, n. 7, pp. 29 ss. *Contra*, A.M. RUSSO, *Il regionalismo italiano nel vortice autonomistico della differenziazione: l'asimmetria sperimentale tra integrazione e conflitti*, cit., p. 387 secondo cui «la clausola asimmetrica diviene strumento idoneo a rafforzare ambiti materiali strategici per lo sviluppo regionale, nel tentativo di dare un significato pieno al principio autonomistico di cui all'art. 5 Cost.».

¹⁸⁶ G.D. FALCON, *Il regionalismo differenziato alla prova, diciassette anni dopo la riforma costituzionale*, cit., p. 634, ribadisce che, pur derivando dalla differenziazione inevitabilmente delle disuguaglianze, «deve però trattarsi, per essere costituzionalmente accettabile, di una disuguaglianza negli strumenti per la realizzazione di un obiettivo «della Repubblica» che rimane pur sempre quello dell'uguaglianza sostanziale tra le persone, a prescindere dalla collocazione o appartenenza territoriale». Analogamente S. MANGIAMELI, *Appunti a margine dell'art. 116, comma 3, della Costituzione*, cit., p. 687, secondo cui «l'equilibrio territoriale richiede che la collaborazione tra il centro e i territori realizzi il principio di «omogeneità delle condizioni di vita», con un giusto bilanciamento tra «solidarietà» e «competizione».

¹⁸⁷ 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, n. 1, p. 349, secondo cui è «necessario assumere un atteggiamento vigile rispetto alle concrete ipotesi di attuazione del regionalismo differenziato affinché siano coerenti con la Costituzione». Già L. CHIEFFI, *Allocazione delle risorse e ambiti di tutela del diritto alla salute. Riflessioni in tema di determinazione dei livelli essen-*

9. Riflessioni conclusive

Considerata l'asimmetria tra le Regioni¹⁸⁸, l'attuazione del regionalismo differenziato in materia di tutela della salute è suscettibile di rimarcare ancora di più una differenziazione già evidente tra servizi sanitari regionali. Le Regioni, infatti, già godono di un'ampia autonomia nell'organizzazione del proprio servizi sanitari regionali al punto che si sono delineati «modelli sanitari regionali»¹⁸⁹. Una differenziazione in ambito sanitario è desiderabile solo se «funzionale a un miglior soddisfacimento dei diritti delle persone, senza comportare irragionevoli disparità di trattamento»¹⁹⁰, ma alle condizioni attuali ciò non appare possibile poiché già in passato il divario nelle prestazioni sanitarie tra Servizi sanitari regionali del Nord e del Sud era stato ritenuto «al di là di limiti coerenti e compatibili con il principio di uguaglianza»¹⁹¹.

Come anche confermato dalla sentenza n. 192/2024, lo stesso art. 116, co. 3, Cost. suppone che la realizzazione di un regionalismo differenziato sia finalizzata a rafforzare il principio unitario ovvero l'uniformità dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali sul territorio nazionale¹⁹² in ossequio al principio di eguaglianza, la cui interpretazione particolarmente rigida, secondo parte della dottrina, potrebbe aver contribuito ad ampliare il divario territoriale¹⁹³ nell'accesso alle prestazioni sanitarie. È importante, infatti, gestire equilibratamente le risorse sanitarie in funzione delle specificità locali. Se le Regioni «sono nate per rendere il sistema più democratico, ma ciò inevitabilmente sfocia nella

ziali di assistenza e dei criteri di priorità, in *L'arco di Giano*, 2002, n. 32, pp. 132-133, aveva indicato in caso di attuazione dell'autonomia differenziata ex art. 116 Cost., la necessità del rispetto dei limiti costituzionali derivanti «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, dai «trasferimenti di tipo perequativo, aggiuntivo o a carattere speciale per i territori con minore capacità fiscale per abitante», ex art. 119 Cost.

¹⁸⁸ Il divario tra Nord e Sud è stato anche oggetto di un monito del Presidente della Repubblica. Il Presidente Mattarella nel messaggio di fine anno, 31 dicembre 2022, consultabile al sito www.quirinale.it, ha affermato che «Le differenze legate a fattori sociali, economici, organizzativi, sanitari tra i diversi territori del nostro Paese – tra Nord e Meridione, per le isole minori, per le zone interne - creano ingiustizie, feriscono il diritto all'uguaglianza», ragion per cui «occorre operare affinché quel presidio insostituibile di unità del Paese rappresentato dal Servizio Sanitario Nazionale si rafforzi, ponendo sempre più al centro la persona e i suoi bisogni concreti, nel territorio in cui vive».

¹⁸⁹ 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, ha evidenziato come l'ampiezza dell'autonomia istituzionale e organizzativa riconosciuta alle Regioni abbia determinato «tante organizzazioni istituzionali per la salute quante sono le Regioni». Ogni Regione, difatti, può partecipare attivamente alla determinazione dell'organizzazione del Servizio sanitario regionale. Così R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., p. 9.

¹⁹⁰ A. MORELLI, *Quale futuro per il regionalismo italiano?*, in *Le Regioni*, 2021, n. 1-2, p. 162.

¹⁹¹ P. DE IOANNA, R. FANTOZZI, «Vincoli ciechi»: i tagli alla spesa e il diritto alla salute, in *Menabò di etica ed economia*, 2015, n. 19, p. 1.

¹⁹² D. MONE, *L'autonomia differenziata come mezzo di unità statale*, cit., p. 333.

¹⁹³ A. LUPO, *La tutela del bene salute tra uniformità e differenziazione: spunti di riflessione per il futuro*, cit., p. 495.

differenziazione»¹⁹⁴ e si considera la differenziazione «lo scopo dell'autonomia così come l'autonomia è lo strumento della differenziazione»¹⁹⁵, è logico pensare che per realizzare un bilanciamento tra autonomia e tutela uniforme del diritto alla salute è necessario attuare quanto previsto dagli artt. 2, 3, 5, 114 e 118 Cost.¹⁹⁶ valorizzando maggiormente il principio di leale collaborazione¹⁹⁷ e non proponendo, come nella legge pubblicata e censurata dalla Corte costituzionale in più punti, «un modello distorto di Stato autonomistico»¹⁹⁸ caratterizzato non solo da «un'asimmetria nell'asimmetria», bensì da «un'autonomia regionale fuori da ogni contesto istituzionale complessivo»¹⁹⁹.

Come si evince chiaramente, inoltre, l'art. 116, co. 3, Cost. ancora le «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» al rispetto dei principi di cui all'art. 119 Cost., e quindi all'esistenza di un federalismo fiscale compiuto²⁰⁰: essendo il finanziamento delle politiche sanitarie un elemento imprescindibile per garantire l'effettività del diritto alla salute, la non realizzazione del federalismo fiscale rappresenta un ostacolo ad una differenziazione dei sistemi sanitari regionali.

L'unità di indirizzo sembrerebbe necessaria altresì per evitare il pericolo di rendere le Regioni del Centro-Sud «clienti» dei servizi prodotti dalle Regioni del Nord²⁰¹: la Fondazione GIMBE ha in merito ritenuto che ulteriori forme di autonomia derivanti dall'attuazione dell'art. 116, co. 3, Cost. potrebbero «sovvertire totalmente gli strumenti di *governance*

¹⁹⁴ A. MORELLI, A. POGGI, *Le Regioni per differenziare. Lo Stato per unire. A ciascuno il suo*, in *Diritti Regionali*, 2020, n. 2, p. 3. A. POGGI, *A vent'anni dalla revisione costituzionale del Titolo V: un bilancio con lo sguardo rivolto al futuro*, in *Ist. fed.*, 2021, n. 1, p. 98, secondo cui «l'unità del sistema è assicurata attraverso la valorizzazione delle autonomie locali e del decentramento».

¹⁹⁵ R. BIN, *L'attuazione dell'autonomia differenziata*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2017, p. 1. Secondo A. PETRETTO, *Regole da rispettare per un buon federalismo differenziato*, in *www.lavoce.info*, 2019, «l'autonomia rafforzata ad alcune Regioni con le carte in regola (quindi non necessariamente a tutte), se disciplinata attenendosi scrupolosamente al dettato costituzionale, potrebbe costituire l'occasione per un rilancio del polveroso istituto regionale, con vantaggi in termini di produttività estesi a tutto il paese, come la teoria economica della convergenza e delle esternalità territoriali in qualche modo suggerisce».

¹⁹⁶ Così A. CONTIERI, F. ZAMMARTINO, *Note sparse sul regionalismo differenziato: il caso delle Città Metropolitane*, in M. IM-MORDINO, N. GULLO, G. ARMAO (a cura di), *Le autonomie speciali nella prospettiva del regionalismo differenziato*, Napoli, Editoriale scientifica, 2021, pp. 81 ss.; A. MORELLI, A. POGGI, *Le Regioni per differenziare*, cit., p. 3; N. PIGNATELLI, *Brevi note sul regionalismo nell'emergenza sanitaria*, in *P.A. Persona e amministrazione*, 2020, n. 2, p. 101; M. DE DONNO, *Ripensare le autonomie locali per attuare (davvero) il Titolo V della Costituzione: alcune riflessioni a partire dal PNRR e dal disegno di legge delega per la riforma del TUEL*, in *Diritti Regionali*, 2022, n. 1, p. 115.

¹⁹⁷ Come più volte suggerito anche dalla Corte costituzionale. Si vedano le sentt. nn. 251/2016, 282/2002, 303/2003 cit., 213/2006.

¹⁹⁸ A. LUPO, *La tutela del bene salute tra uniformità e differenziazione: spunti di riflessione per il futuro*, cit., p. 497. Cfr. C. BUZZACCHI, *Le Regioni e le politiche per i diritti economici e sociali al tempo della pandemia*, cit., pp. 291-293.

¹⁹⁹ F. MANGANARO, *Regionalismo differenziato e divari di cittadinanza nelle più recenti proposte di riforma*, in *Giustizia insieme*, 2023, pp. 1-9.

²⁰⁰ S. MANGIAMELLI, *Errori e mancata attuazione costituzionale. A proposito di regionalismo e regionalismo differenziato*, in *Diritti Regionali*, 2023, n. 1, p. 24.

²⁰¹ Report Osservatorio GIMBE, n. 1, 2023, *Il regionalismo differenziato in sanità*, cit., pp. 16 – 17.

nazionale aumentando le diseguglianze regionali, proprio in un momento storico in cui la riorganizzazione dei servizi sanitari legata alle risorse del PNRR impone di ridurle»²⁰².

È opportuno anche operare una riflessione sul processo di regionalismo differenziato e l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza: quest'ultimo, com'è noto, è ispirato a una logica di simmetria, ragion per cui, qualora l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia concretizzasse la c.d. "clausola di asimmetria"²⁰³, ne conseguirebbe un contrasto con il PNRR²⁰⁴. La sentenza n. 192/2024 della Corte costituzionale si inserisce coerentemente nel quadro dei principi che sorreggono il PNRR, con particolare riferimento alla Missione 6, dedicata alla "Salute"²⁰⁵, fondata su una logica di uniformità volta a garantire l'equo accesso ai diritti sociali fondamentali su tutto il territorio nazionale. La Corte, nel ribadire che l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia ex art. 116, co. 3, Cost., deve essere subordinata alla previa determinazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni, riafferma un principio cardine secondo cui l'unità sostanziale dei diritti sociali è condizione imprescindibile per qualunque sviluppo differenziato dell'autonomia regionale. Ne consegue che la differenziazione non può prescindere da un solido impianto perequativo e da una cornice simmetrica di tutela dei diritti, così come delineata, sul piano programmatico e finanziario, dal PNRR. In tal senso, la sentenza condivide la *ratio* di un disegno riformatore che, pur lasciando spazio alle autonomie, è finalizzato a rafforzare la coesione territoriale e l'eguaglianza sostanziale tra i cittadini. Sia la Corte costituzionale che il Piano, dunque, escludono un regionalismo competitivo o asimmetrico, privilegiando invece una *governance* basata sulla collaborazione e sull'interesse generale.

A valle di queste considerazioni, si comprende che solo una volta garantita l'omogeneità nell'erogazione dei livelli essenziali sarà possibile declinare il principio di differenziazione regionale in funzione delle specificità territoriali, senza compromettere l'universalità del diritto alla salute. In questa direzione, il dibattito non può ridursi a un'alternativa tra ac-

²⁰² Ivi, p. 8.

²⁰³ Sul punto si rinvia a A. D'ATENA, *A proposito della "clausola di asimmetria" (art. 116, u. c. Cost.)*, in *Rivista AIC*, 2020, n. 4, pp. 313 ss.

²⁰⁴ Il PNRR si propone di ristabilire una maggiore stabilità del sistema sanitario. La missione 6 del Piano di Ripresa e Resilienza, dedicata alla salute, prevede una riforma incentrata sull'assistenza sanitaria territoriale, di cui uno degli strumenti fondamentali è rappresentato dalle Case della Comunità. In proposito si veda L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, cit. M. D'ANGELOSANTE, *I sistemi sanitari regionali alla prova del regionalismo differenziato*, in *Osservatorio AIC*, 2024, n. 1, p. 140 spiega che «le risorse destinate dal PNRR e dal PNC ai servizi sanitari sono del resto una occasione per l'attenuazione del condizionamento finanziario in materia di tutela della salute e per la ricerca di quel punto di equilibrio fra differenziazione e uniformità che consenta alla prima (la differenziazione) di introdurre modelli 'benchmark' anche ampliando le opportunità di trattamento/scelta degli utenti, e alla seconda (l'uniformità) di scongiurare che l'esercizio della autonomia avvenga a detrimento della appropriatezza e della qualità delle prestazioni».

²⁰⁵ G. RAZZANO (a cura di), *La missione Salute del PNRR: opportunità e prospettive*, Napoli, Jovene, 2024.

centramento e devoluzione²⁰⁶, ma deve piuttosto orientarsi verso un modello che coniughi il principio di leale collaborazione tra Stato e Regioni con un'effettiva equità nell'accesso alle prestazioni sanitarie²⁰⁷, rendendo così possibile avviare la differenziazione regionale per far fronte alle specificità territoriali e ai particolari bisogni della collettività.

²⁰⁶ M.P. IADICICCO, *Pandemia e rapporti tra Stato e regioni in sanità. Riflessioni su di un antico travaglio, limiti e criticità di alcune proposte di riforma. "Tutto cambi affinché tutto rimanga com'è"?*, in *Diritti regionali*, 2021, n. 3, p. 641.

²⁰⁷ Cfr. A. GIOVANARDI, D. STEVANATO, *Autonomia, differenziazione, responsabilità. Numeri, principi e prospettive del regionalismo rafforzato*, Padova, Marsilio, 2020; G. BOGGERO, *Allontanare lo spettro della "centralizzazione statalista": il regionalismo differenziato dopo la pandemia*, in *Osservatorio AIC*, 2021, n. 6, pp. 573-596; A. POGGI, *A vent'anni dalla revisione costituzionale del Titolo V: un bilancio con lo sguardo rivolto al futuro*, cit., pp. 77-105. Su questi aspetti C. SAGONE, *Criticità, divari territoriali e pandemia: quali prospettive future per il sistema sanitario italiano?*, in *Diritti regionali*, 2002, n. 1, pp. 81 ss.

