

Criticita' e prospettive del regionalismo differenziato in materia di sanita'

di Luigi D'ANGELO*

SOMMARIO: **1.** Le ricadute del regionalismo differenziato sui diritti sociali: i c.d. LEA e LEPS. **2.** La materia della salute nelle intese tra Stato e Regioni.

ABSTRACT: *This article will focus on the criticalities and perspectives of differentiated regionalism in the Italian health system. In the first part, this work will show what are the consequences of differentiated regionalism on social rights and what has been until now the effect of this policy on ELA and ELP. In the second part, the article will analyze the relationship between Italian State and Regions on health system management.*

1. Le ricadute del regionalismo differenziato sui diritti sociali: i c.d. LEA e LEPS.

Il concetto di differenziazione, che è alla base dell'attuale fase progettuale del regionalismo italiano, con la garanzia dei Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (c.d. Leps) viene considerata oggi una delle sfide principali dell'attuazione dell'art. 116, 3 comma della Costituzione¹.

Prima di offrire una definizione di LEPS, (Livelli essenziali di prestazioni - art. 117, 2 comma, lettera m, della Costituzione), bisogna porre l'attenzione sull'evoluzione dei SSR che permette di comprendere anche le ragioni effettive delle richieste di regionalismo differenziato da parte dei territori più ricchi del Paese.

In particolare, proprio lo sguardo attento alle trasformazioni dell'organizzazione dei SSR negli ultimi decenni, a partire dalla riforma bis del 1992, rivela in maniera piuttosto evidente come le spinte di tali rivendicazioni oggi non possano che essere sostanzialmente motivate dalla volontà di veder riconosciuta un'effettiva autonomia economico finanziaria, anche come reazione alle forti limitazioni

* Dottore in giurisprudenza.

¹ V. ANTONELLI, *Regionalismo sanitario*, in *www.sanita24.ilsole*, 2019

sperimentate, da ultimo, a causa della crisi economica e che hanno avuto ripercussioni molto più sensibili nelle politiche sanitarie regionali².

Il processo di ulteriore regionalizzazione del SSN, avviato nei primi anni Novanta del secolo passato, si è accompagnato, originariamente, al graduale riconoscimento di una maggiore autonomia finanziaria e tributaria delle regioni, realizzato attraverso provvedimenti che hanno attribuito quote crescenti di compartecipazioni di tributi specifici in capo a tali enti sino a spingersi, come è noto, all'attuazione del federalismo fiscale a Costituzione invariata con il d.lgs. n. 56 del 2000. Tuttavia, proprio a partire dal 2001, anno in cui il federalismo fiscale è entrato in Costituzione con la nuova formulazione dell'art. 119, ha avuto inizio un'evidente inversione di tendenza attraverso nuove misure legislative che hanno segnato un deciso ri-accentramento delle politiche fiscali e causato il sostanziale congelamento, per quasi un decennio, del nuovo art. 119 Cost³.

È solo con la l. n. 42 del 2009, e con il successivo d.lgs. n. 68 del 2011 che l'attuazione del federalismo fiscale ha ripreso vigore, ma per un tempo molto limitato, prima di incontrare i nuovi ostacoli imputabili alla decisa svolta centripeta dovuta alla crisi economica che ha imposto politiche di rigoroso controllo sulla spesa pubblica⁴.

² Mentre, infatti, il condizionamento esterno sulle Regioni è estremamente penetrante per quanto riguarda gli aspetti finanziari, nulla del genere si può dire per la scelta degli aspetti organizzativi. Sotto il primo profilo, il perdurante carattere derivato, e informato al criterio della spesa storica, dei finanziamenti del settore sanitario continua a tradursi in un processo decisionale il cui momento cardine resta quello delle negoziazioni svolte in Conferenza Stato-Regioni, senza contare che i vincoli posti dall'appartenenza della Repubblica all'Unione economica e monetaria si sono come è noto notevolmente accresciuti dopo l'adozione del Fiscal Compact, con evidenti ricadute sulla finanza regionale, nel cui ambito la salute continua a spiccare in termini quantitativi. Invece, sul fronte amministrativo e in particolare organizzativo, il solo vincolo virtualmente posto in capo alle Regioni dovrebbe essere costituito dalla legislazione statale di principio, cui lo Stato ha di fatto rinunciato. C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, cit., p. 4

³ In generale sulla storia del finanziamento della spesa sanitaria si rinvia a: N. VICECONTE, *Il finanziamento del servizio sanitario nazionale*, cit., p. 371 ss.; ID., *L'evoluzione del sistema di finanziamento del servizio sanitario nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio*, in *www.issirfa.cnr.it*, luglio 2012, *passim*; G. CRISAFI, *Fabbisogni e costi standard, un'occasione perduta*, in *Osservatorio AIC*, n.3/2016, p. 1 ss.

⁴ Cfr. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, in *www.federalismi.it*, 15/19, 11. Certamente connessa alla "smisurata espansione della funzione statale di coordinamento della finanza pubblica, a sua volta motivata dall'orientamento, fatto proprio in sede sovranazionale e nazionale, secondo cui per fronteggiare la crisi economico-finanziaria sarebbero necessarie misure draconiane di consolidamento fiscale", lo sottolinea O. CHESSA, *Il regionalismo differenziato e la crisi del principio autonomistico*, cit., p. 4.

In particolare, proprio alla stretta anticrisi sono dovuti i forti limiti che hanno fatto registrare delle riduzioni di spesa rispetto agli anni precedenti nel finanziamento dei LEA (Livelli essenziali di assistenza). Le politiche di *spendingreview* hanno determinato, solo per fare qualche esempio, la razionalizzazione della spesa farmaceutica, la riduzione del tasso di ospedalizzazione, il blocco del turn over; di conseguenza, la sempre più complessa quantificazione del costo delle prestazioni ha finito per rallentare vistosamente, proprio in questi stessi anni, l'attesa adozione dei nuovi LEA, il cui aggiornamento dal 2001, è stato approvato, con evidente difficoltà, solo nel febbraio 2017⁵.

L'insieme di tali condizioni, da una parte, ha fatto venir meno la funzione statale di coordinamento del Ministero della salute nella sanità pubblica, emblematicamente evidente nel ritardo di adozione dei nuovi LEA⁶, dall'altra, ha ridimensionato gli spazi consentiti alle regioni ordinarie nella definizione delle politiche sanitarie, sottoponendole ad una stringente verifica da parte dello Stato. Il complesso di tali trasformazioni si è tradotto in un'azione di indebolimento regionale le cui conseguenze, comunque, si sono differentemente modulate a seconda della situazione finanziaria di ciascun ente.

Così, le regioni centro meridionali, per le loro condizioni di deficit elevato, si sono ritrovate strette dai piani di rientro che hanno pesantemente imbrigliato e condizionato i loro SSR⁷, con conseguenze tangibili, non solo sul piano delle singole prestazioni⁸, ma anche nell'autonomia delle forme organizzative e di gestione dei servizi. I piani di rientro, in sostanziale assenza del coordinamento del Ministero della Salute, hanno finito per porre le regioni del centro sud sotto la tutela del Ministero di Economia e Finanza. Diversamente, le regioni del centro

⁵ Solo con il d.p.c.m. n. 65 del 12 gennaio 2017 si è conclusa la lunga e travagliata vicenda dell'aggiornamento dei nuovi LEA, sulla quale si rinvia a: G. VICARELLI, *I nuovi LEA: passaggio storico o illusione collettiva?*, in *Politiche sociali*, n.3/2017, 517 ss.; B. VIMERCATI, *L'aggiornamento dei LEA e il coordinamento della finanza pubblica nel regionalismo italiano: il doppio intreccio dei diritti sociali*, in *Le Regioni*, nn.1-2/2017, 133 ss.

⁶ Si è sostenuto, a proposito, come anche il ritardo nell'adozione dei LEA sia parte di una serie di "scorrettezze, tutte contrarie al principio di leale cooperazione" ascrivibili al potere centrale, che hanno contribuito a far riemergere la "mai sopita tensione regionale" alla contrapposizione con lo Stato; L. DAINOTTI, L. VIOLINI, *I referendum del 22 ottobre: una tappa del percorso regionale verso un incremento dell'autonomia*, cit., 720-721.

⁷ Al punto che l'impossibilità di fatto di differenziare le prestazioni in base al territorio prevedendo servizi extra LEA ha finito per trasformare questi ultimi in "meri livelli minimi di prestazione", I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento*, in corso di pubblicazione su *BioLaw Journal*,

⁸ Al punto che l'impossibilità di fatto di differenziare le prestazioni in base al territorio prevedendo servizi extra LEA ha finito per trasformare questi ultimi in "meri livelli minimi di prestazione", I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento*, cit., 6.

nord, come ad esempio la Lombardia (ma anche la Toscana), hanno in questi stessi anni non solo ristrutturato i loro SSR, utilizzando la normativa sull'autonomia organizzativa nelle politiche sanitarie, rimasta intatta dagli anni novanta, del Novecento⁹, ma hanno cominciato ad avanzare richieste di maggiore autonomia ex art. 116, comma 3, Cost., guardando all'unica disposizione rimasta dormiente del Titolo V, non solo per divincolarsi chiaramente dalla ricentralizzazione delle politiche di finanza pubblica¹⁰ conseguente alla crisi, ma anche per completare il già ampio "federalismo sanitario", di fatto realizzato, con un "federalismo fiscale" che, tuttavia, distante dai meccanismi di solidarietà previsti dall'art. 119 Cost., appare ispirato, nelle premesse e nelle richieste, a quel principio che la dottrina belga definisce *justeretour*¹¹, il cui obiettivo è quello di ancorare il gettito fiscale al territorio regionale e sganciare i residui fiscali dai sistemi di perequazione fra regioni.

Tuttavia, poiché spetta alle Regioni organizzare ed erogare le relative prestazioni (come previsto espressamente sia in materia sanitaria, sulla quale ci si soffermerà infra, sia ad esempio in materia di prestazioni sociali, come previsto dalla l. 328/00, art. 22, comma 4) appare evidente che il rispetto del dettato costituzionale è condizionato non solo dalla capacità (in termini di efficienza ed efficacia) della singola regione di erogare tali servizi ma anche, anzi soprattutto, dalla garanzia del pari accesso ad essi su tutto il territorio nazionale per quei cittadini che desiderano curarsi, studiare o altro in una regione diversa da quella di residenza¹².

Occorre quindi distinguere i due piani: da un lato vi è l'esigenza che le regioni adottino un livello organizzativo che tenga conto delle esigenze delle loro diverse aree territoriali; dall'altro, è indispensabile garantire che la declinazione territoriale della disposizione costituzionale sui Leps, scritta per assicurare

⁹ Ciascuna regione, infatti, dispone di strumenti incisivi per partecipare attivamente e secondo il proprio autonomo indirizzo di governo alla determinazione delle modalità di protezione del diritto alla salute, potendo caratterizzare il proprio "modello" di tutela del diritto a partire dalle scelte di organizzazione del Servizio sanitario regionale, entro il quadro del Servizio sanitario nazionale, R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in www.rivistaic.it, 2019

¹⁰ In tal senso anche R. BALDUZZI, D. SERVETTI, op. cit., p. 13, secondo i quali «le richieste di maggiore autonomia [coincidono] soprattutto con l'allentamento dei vincoli di spesa». Il punto è condiviso anche da F. GALLO, I limiti del regionalismo differenziato, in *Astrid*, n.9/2019, p. 1

¹¹ Sul principio del *justeretour*, si rinvia a F. ANGELINI, *Belgio. La funzione finanziaria*, in R. BIFULCO (a cura di), *Ordinamenti federali comparati*. II, Torino, 2012, 416 ss.

¹² G. TESAURO, *Autonomia regionale differenziata, sistema sanitario nazionale e oltre*, in *DPER*, 2019

un'uniformità quantitativa e qualitativa delle prestazioni su tutto il territorio nazionale, non generi ulteriori disuguaglianze (invece di ridurle)¹³.

Tornando alla definizione dei livelli essenziali, essa costituisce una scelta cruciale per garantire, in base al dettato costituzionale, diritti sociali alle persone e alle famiglie e per promuovere un nuovo rapporto tra le istituzioni e tra queste e i cittadini¹⁴.

La sigla LEPS sta ad indicare "Livelli Essenziali di Prestazioni Sociali" ed hanno bisogno di uno strumento di esplicitazione e di chiarificazione di diritti e di prestazioni atte a garantirli. Possono riaffermare diritti e prestazioni già dovute al presente, ma soprattutto in campo sociale devono attivare un processo verso obiettivi che si definiscono e che ci si impegna a perseguire e realizzare.

Pertanto, i Livelli essenziali riguardano l'insieme dei diritti sociali e coinvolgono quindi l'insieme degli interventi, dei servizi, delle risorse impegnate per la loro attuazione effettiva.

Nel campo delle politiche socio assistenziali la riforma costituzionale del 2001 ha sancito la competenza legislativa esclusiva delle Regioni, ma ha affidato allo Stato la definizione di livelli essenziali delle prestazioni volte a garantire i diritti civili e sociali su tutto il territorio nazionale¹⁵. Quindi, la Costituzione pur se afferma e tutela i diritti sociali perfetti e incompressibili (es.art. 38, c.1) pone i livelli essenziali oltre questa soglia.

Dal punto di vista strettamente dottrinale, la definizione dei livelli delle prestazioni richiede preliminarmente che si riempia di contenuto l'aggettivazione che li caratterizza, ossia la loro "essenzialità"¹⁶. Al riguardo sono state proposte, non solo dalla dottrina, diverse accezioni. La prima considera soddisfatto il requisito costituzionale in presenza della definizione di un livello minimo, pari al nucleo essenziale del diritto stesso, al di sotto del quale non è possibile andare. Tale nozione sottopone fortemente l'erogazione delle prestazioni alla disponibilità di risorse finanziarie, che vengono presupposte, nella misura in cui

¹³ A.N.A. DELIBERA, *Determinazione delle linee guida per l'affidamento di servizi a enti del terzo settore e alle cooperative sociali*. (Delibera n. 32), 20 gennaio 2016.

¹⁴ Cfr. E.R. ORTIGOSA, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni*, in *Astrid*, 2018.

¹⁵ Cfr. A. PATRONI GRIFFI, *Regionalismo differenziato e uso congiunturale delle autonomie*, in *Diritto Pubblico Europeo Rassegna online*, giugno 2019; A. POGGI., *Qualche riflessione sparsa sul regionalismo differenziato*, in *Diritti regionali*, n. 2, 2019.

¹⁶ Cfr. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, cit. 22.

si limita a rendere obbligatoria la somministrazione del solo “minimo vitale” della tutela del diritto, senza la quale quest’ultimo non potrebbe dirsi garantito¹⁷.

Questa impostazione era ad esempio presente nel D. Lgs. 502/1992 in materia sanitaria ritenuto, sin da subito e in modo pressoché concorde, insufficiente a garantire la tutela di questo diritto fondamentale.

Maggiormente soddisfacente appare la seconda definizione di “livello essenziale”, secondo cui esso si sostanzia in quell’insieme di prestazioni necessarie per soddisfare un determinato e specifico bisogno sociale, partendo dalle esigenze individuali e non dalle esigenze di bilancio.

«Il nucleo essenziale del diritto ed il livello essenziale delle prestazioni non sono sinonimi, nonostante la concomitanza dell’aggettivo; in particolare nel settore dei diritti sociali il nucleo essenziale può essere considerato sinonimo di quel livello di prestazioni al di sotto del quale viene meno la garanzia costituzionale e che pertanto risulta essere un livello irrinunciabile [...]»¹⁸; [...]»¹⁹; di conseguenza il livello essenziale risulta essere qualcosa in più rispetto al livello minimo del diritto».

Parte della dottrina sostiene come tale affermazione non consente di affermare che il livello essenziale rappresenti il risultato della sommatoria delle esigenze individualmente intese, ma in questo caso la determinazione del livello essenziale finirebbe infatti con il coincidere con l’insieme delle prestazioni potenzialmente erogabili²⁰.

Essa però consente, fermo restando il momento pubblicistico della sua fissazione, di invertirne il presupposto che non è più rappresentato dalla disponibilità delle risorse bensì dai bisogni da soddisfare. A distanza di quasi venti anni dall’approvazione della riforma costituzionale del 2001, lo Stato, come è noto, non ha ancora provveduto alla determinazione legislativa dei livelli essenziali delle prestazioni a tutela dei diritti civili e sociali, con la sola eccezione del diritto alla salute, sul quale ci si soffermerà (*infra*). Questa inerzia ha portato molte regioni ad elaborare alcuni propri parametri di intervento che, pur apprezzabili nel loro intento di colmare una lacuna sostanziale nella tutela dei

¹⁷ *I diritti fondamentali nella giurisprudenza della Corte Costituzionale*, Relazione predisposta in occasione dell’incontro della delegazione della Corte Costituzionale con il Tribunale Costituzionale della Repubblica di Polonia, in www.cortecostituzionale.it, 2006.

¹⁸ documento del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, febbraio 2014, rubricato *titolo Livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell’assistenza*.

¹⁹ documento del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, febbraio 2014, rubricato *titolo Livelli essenziali delle prestazioni nel settore dell’assistenza*.

²⁰ Cfr. A.PAPA, *Regionalismo differenziato e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni*. in *Atti del convegno "Regionalismo differenziato: opportunità e criticità"* Milano, 8 ottobre 2019,

diritti sociali, hanno tuttavia contribuito a svuotare di contenuto l'intento egualitario del testo costituzionale²¹.

Chiaramente, al fine di valutare il peso delle fonti regionali e la loro ricaduta nella tutela dei diritti sociali bisogna analizzare, pur se in via generale, gli statuti regionali, laddove già i primi sembravano accogliere disposizioni programmatiche, contenenti l'indicazione di finalità eccedenti l'ambito della organizzazione amministrativa dell'ente, rivendicando un ruolo di rappresentanza generale delle comunità territoriali, già riconosciuto dalla Corte Costituzionale²². È chiaro quindi che, con la riforma del 2001 l'autonomia politica delle Regioni sembra essere accresciuta, anche formalmente, tanto che le stesse esercitano una attività normativa tesa a dar voce agli interessi espressi dalla comunità di riferimento sia attraverso lo statuto che le leggi regionali.

La diversa formulazione adottata con la legge costituzionale del 1999, infatti, ha portato a ritenere che l'ambito di normazione della carta statutaria fosse notevolmente ampliato rispetto al passato, arrivando a comprendere anche la disciplina di diritti fondamentali (tra cui, appunto, i diritti sociali) e le politiche e i programmi per la loro attuazione²³.

A tal proposito, proprio la formulazione dell' art. 117, comma 2, lett. m, della Costituzione, statuendo che lo Stato ha competenza esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, pare presupporre, appunto, che i diritti sociali (e civili) possano essere disciplinati, garantiti e tutelati da diversi soggetti, e proprio per questo, ha attribuito alla competenza esclusiva della legge statale il compito di determinare il nucleo essenziale che deve essere garantito su tutto il territorio nazionale, ed il cui rispetto si impone alla attività normativa delle singole Regioni²⁴.

²¹ Cfr. A. PAPA, *Regionalismo differenziato e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso paradigmatico della tutela del diritto alla salute*, in *Atti del convegno "Regionalismo differenziato: opportunità e criticità"* cit., 3.

²² Cfr. L. TORCHIA, *Welfare e federalismo*, Bologna, 2005

²³ ²³ Cfr. R. BIFULCO, *"Livelli essenziali", diritti fondamentali e statuti regionali*, in T. GROPPI, M. OLIVETTI (a cura di), *La Repubblica delle autonomie. Regioni ed enti locali nel nuovo titolo V*, Torino 2003, 137 ss.; G.U. RESCIGNO, *I diritti civili e sociali tra legislazione esclusiva dello Stato e delle Regioni*, in S. GAMBINO (a cura di), *Il nuovo ordinamento regionale. Competenze e Diritti*, Milano 2003, 107 ss.

²⁴ In altri termini la formulazione contenuta nell'art. 117, comma 2, lett. m, avrebbe il significato di consentire che, garantito il livello essenziale da parte dello Stato, le Regioni possano ampliare la portata e la garanzia dei diritti sociali già garantiti a livello costituzionale. Si veda E. ROSSI, *Principi e diritti nei nuovi Statuti regionali*, in *Rivista di diritto costituzionale*, 2005, 60 e ss

La riforma del 2001, ha formalmente introdotto anche i LEA nella Carta Costituzionale, prefigurandoli come una sorta di ibrido tra finanza decentrata e finanza derivata.

I Livelli essenziali di assistenza (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale (SSN) è tenuto a fornire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di una quota di partecipazione (ticket), con le risorse pubbliche raccolte attraverso la fiscalità generale (tasse)²⁵.

Si tratta, di "livelli definiti essenziali" in quanto racchiudono tutte le prestazioni e le attività che lo Stato ritiene così importanti da non poter essere negate ai cittadini che sono stati introdotti prima dal d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successivamente, definiti con decreto del presidente del Consiglio dei ministri il 29 novembre 2001 e riformati con il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017 (pubblicato in GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15)²⁶.

Il legislatore costituzionale, ha voluto così inserire, nella riforma del 2001, una disposizione così importante come quella sui livelli essenziali delle prestazioni in cui si sostanziano i diritti civili e sociali degli individui (art. 117.2/m), fra l'altro investendola di specifica garanzia tramite l'attribuzione di poteri sostitutivi al Governo nei confronti delle Regioni eventualmente inadempienti (art. 120, co. 2, Cost.²⁷).

Con la modifica apportata alla Costituzione dalla Legge costituzionale del 2001 la n. 3, il rapporto Stato-Regioni in materia di diritti sociali ha subito una rilevante innovazione²⁸.

In effetti, ci si è posti il problema non tanto sul "come" questi diritti possono essere soddisfatti ma anche su quali sono i soggetti istituzionali che hanno la funzione di soddisfarli. Infatti in particolare, per quanto riguarda la tutela della salute da una parte secondo le indicazioni dell'art. 117 Cost. questa è

²⁵ Cfr. C.B. CEFFA, *Regionalismo differenziato e garanzia dei diritti sociali: profili di compatibilità costituzionale e potenziali benefici*, in *dirittifondamentali.it*, 39.

²⁶ Il Decreto prevede un aggiornamento dei LEA a cadenza annuale, a cura della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale.

²⁷ Cfr. C. PINELLI, *Sui livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, in *Dir. pubbl.* 2002/3, p. 895, che evidenzia il nesso anche sulla base del riferimento congiunto a diritti civili e (non solo) sociali; A. D'ALOIA, *op. cit.*, p. 1083, che parla di «molti punti di contatto e di reciproca incidenza tra le due tematiche».Tende invece a distinguere i piani, R. BIN, *Diritti e fraintendimenti: il nodo della rappresentanza*, in *Studi in onore di G. Berti*, Napoli, 2005, p.368 s.

²⁸ Per una valutazione dell'incidenza della riforma del 2001 sulla ripartizione delle competenze legislative vedi M. RUOTOLO, *Il riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni, a dieci anni dalla riforma costituzionale*, in *Diritto e società*, 2011, n. 1, p. 103 ss

inserita tra le competenze concorrenti²⁹, dall'altra nella potestà legislativa esclusiva dello Stato rientra la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117, comma 2 lettera m)³⁰. Una norma quest'ultima che è confermata dall'art. 120 cost. quando stabilisce che «il governo può sostituirsi ad organi delle Regioni quando lo richiedono in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali».

Una parte della dottrina³¹ ha interpretato il contenuto dei LEA come esigenza di fare emergere quell'interesse nazionale che era già previsto nel testo precedente agli articoli 117 e 127 cost., con lo scopo non escluderlo dal quadro costituzionale³². Un intervento, quindi, a sostegno non solo dall'effettiva tutela dei diritti sociali ma anche di quella piena realizzazione del principio di eguaglianza sostanziale sancito dal secondo comma dell'art. 3 cost.

Relativamente alla ricaduta che il regionalismo differenziato presenta in materia di diritti sociali, si deve ricordare che al fine di assicurare uniformità nell'erogazione dei LEA a tutti i cittadini, il Governo e le Regioni si sono impegnate a fare in modo che si superassero le inefficienze territoriali per favorire comportamenti improntati alla solidarietà e alla corresponsabilità delle Regioni nel perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica.

Purtroppo però, ancora oggi, il tema dei diritti sociali, la cui garanzia consente di giungere alla pari dignità sociale dei cittadini, costituisce uno dei segni di contraddizione della democrazia del nostro Paese³³.

²⁹ Per una valutazione complessiva dei problemi relativi alla potestà legislativa concorrente vedi per tutti G. SERGES, *Riassetto normativo mediante delega legislativa e determinazione dei principi fondamentali nelle materie di legislazione concorrente*, in *Le Regioni*, 1/2006, p. 83 ss.

³⁰ Cfr. G.C. DE MARTIN, *A voler prendere sul serio i principi costituzionali sulle autonomie territoriali*, in *Rivista AIC*, 3/2019, p. 340.

³¹ Cfr. C. BUZZACCHI, *LEA, costi, fabbisogni e copertura finanziaria: le categorie di riferimento per la finanza regionale presente e in corso di differenziazione*, in *Diritti regionali. Rivista di diritto delle autonomie territoriali*, n. 3, 2019; E. CATELANI, *La tutela dei diritti sociali fra Europa, Stato e Autonomie locali. I rischi della differenziazione*, in *federalismi.it*, n. 5, 2018.

³² Cfr. sul punto M. LUCIANI, *Le nuove competenze legislative delle Regioni a Statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della L. cost. n. 3/2001*, in *Il nuovo Titolo V della Costituzione. Stato/Regioni e diritto del lavoro*, suppl. al fascic. n. 1/2002 di *Lav. Pubbl. amm.*, p. 17 ss.

³³ Sul tema si vedano, nell'ormai assai estesa dottrina, tra i contributi più recenti, oltre a quelli citati nelle pagine che seguono: A. GIORGIS, *La costituzionalizzazione dei diritti all'uguaglianza sostanziale*, Napoli 1999; C. SALAZAR, *Dal riconoscimento alla garanzia dei diritti sociali. Orientamenti e tecniche decisorie della Corte costituzionale a confronto*, Torino 2000; B. PEZZINI, *La decisione sui diritti sociali. Indagine sulla struttura costituzionale dei diritti sociali*, Milano 2001.

Nello specifico, da recenti ricerche in ambito amministrativo e regionale risulta che la qualità dell'assistenza soprattutto sanitaria di base fornita dalle Regioni italiane è suddivisa in tre tronconi separati da altrettante nette fratture. Tanto in termini di prevenzione quanto di cura, chi abita nelle aree del Centro e del Nord della Penisola può contare più spesso su quelle tutele che il servizio sanitario nazionale dovrebbe invece, garantire ovunque. Questo perché, i governi regionali godono di grande autonomia nell'organizzare i servizi sanitari sul proprio territorio e hanno performance molto dissimili tra loro tanto da far emergere un netto divario tra Nord e Sud del paese.

I principali strumenti impiegati finora per colmare il gap sono i Piani di rientro, che se da un lato hanno contribuito a mettere in ordine i conti, dall'altro hanno finito per impoverire la qualità dei servizi erogati, che sembrano aver bisogno di un cambio di strategia e di rilancio soprattutto della sanità meridionale³⁴.

La riforma del 1992-93 e la successiva Legge 3/2001 hanno attribuito alle Regioni italiane grande autonomia nell'organizzare i servizi sanitari sul proprio territorio. E da allora i governi regionali hanno effettivamente approfittato di tale autonomia, adottando strategie anche molto differenti tra loro. Alla luce di tali mutamenti è necessario domandarsi sotto quali aspetti i sistemi sanitari regionali differiscano, e quali siano le conseguenze in termini di performance e di qualità dei servizi erogati.

I governi regionali devono innanzitutto decidere in quante ASL suddividere il proprio territorio. Alcune Regioni preferiscono avere molte ASL di piccole dimensioni: è questa, ad esempio, la scelta del Veneto, mentre altre Regioni hanno invece deciso di avere poche ASL di dimensioni maggiori. come ad esempio in Campania³⁵.

È già stato rilevato come il regionalismo differenziato nell'assetto ordinamentale italiano possa condurre ad interrogarsi sulla compatibilità della futura diversa allocazione territoriale delle competenze richieste dalle Regioni Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto con la garanzia del principio di uguaglianza sostanziale fra i cittadini, sia nella sua dimensione interpersonale (all'interno ovvero di ogni

³⁴ Cfr. F. TOTH, *La Sanità dei sistemi regionali: il gap tra nord e sud*, in *Italianieuropei*, 2016

³⁵ In Campania, le sette Aziende sanitarie locali hanno una popolazione media attorno agli 837.000 abitanti. Le Marche hanno addirittura costituito un'unica Azienda sanitaria regionale, che si prende cura di oltre 1.500.000 di residenti. In questa direzione va anche la recente riforma della Regione Toscana, che ha ridotto il numero delle ASL da 12 a 3: le nuove ASL toscane, operative a partire dal 1° gennaio, hanno una popolazione media di circa 1.250.000 abitanti.

singola Regione), sia in quella interterritoriale (con riferimento al luogo di residenza)³⁶.

Sebbene costituzionalmente contemplata nella disposizione dell'art. 116, comma 3, Cost., l'aspirazione al superamento di un sistema improntato all'uniformità competenziale fra le Regioni ordinarie richiede, affinché si rispetti l'impianto costituzionale, che sussista sempre un ragionevole bilanciamento fra il "diritto" delle Regioni richiedenti ad ottenere un regime differenziato di autonomia ed il principio di uguaglianza, formale e sostanziale che legittima i cittadini alla pretesa ad avere la medesima parità dei punti di partenza³⁷. Ad ogni modo, se è vero che le molte incognite che accompagnano l'attuazione del regionalismo differenziato possono ingenerare dubbi tali da indurre a ribadire con forza da più parti che dalla sua realizzazione non derivino ripercussioni sullo statuto della cittadinanza, che deve restare nazionale e sociale, è altrettanto corretto affermare che non si può escludere a priori che lo stesso possa rappresentare un possibile strumento al servizio della comunità e dei suoi valori³⁸.

In una situazione già fortemente asimmetrica, l'attuazione del regionalismo differenziato in materia di tutela della salute rischia di determinare una differenziazione ancora maggiore nei modelli già molto sperequati dei SSR³⁹. In realtà, come evidenziato, in base alla legislazione degli ultimi anni, le regioni dispongono di un'ampia libertà nell'organizzare il proprio SSR, tanto che a partire dalla seconda metà degli anni Novanta dello scorso secolo sono emersi "modelli sanitari regionali" caratterizzati da assetti regolativi differenziati (alcuni ad esempio molto improntati alla concorrenza tra produttori di servizi) e che hanno riconosciuto ampio spazio alla sperimentazione gestionale.

Si tratta di modelli dunque che hanno sostanzialmente creato già un accentuato federalismo sanitario, con grandissime differenze in termini di servizi; l'ulteriore differenziazione rischierebbe di mettere definitivamente in crisi l'universalismo del SSN.

³⁶ Sulla distinzione vedi Cfr. S. GAMBINO, *Regionalismo e diritti di cittadinanza (unitaria e sociale): l'esperienza italiana alla luce delle (recenti) riforme (costituzionali e legislative)*, in AA.VV., *Scritti in onore di Antonio D'Atena*, II, Milano, Giuffrè, 2015, 1198,1199.

³⁷ Cfr. E. CATELANI, *La tutela dei diritti sociali fra Europa, Stato e Autonomie locali. I rischi della differenziazione*, cit., 43.

³⁸ Cfr. A. RUGGERI, *Neoregionalismo e dinamiche della normazione*, cit., 3.

³⁹ Cfr. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del sistema sanitario nazionale*, cit. 18.

Le proposte di autonomia “ulteriore” sono state numerose e, anche non facilmente classificabili, data la estrema variabilità delle elencazioni proposte⁴⁰. Le più riguardano la sanità ed emergono in questo momento dal processo di differenziazione rilevando, alla luce di quanto esposto sopra, che in materia di “tutela della salute” si vorrebbe concedere maggiore autonomia in merito alla definizione dei percorsi formativi delle professioni sanitarie; alla definizione di modalità erogative dei farmaci e dei dispositivi e di indirizzi di appropriatezza terapeutica e prescrittiva; all’ istituzione di un fondo regionale integrativo e misure di defiscalizzazione per favorire e incentivare l’adesione volontaria; al reclutamento dei dirigenti e dei dipendenti del servizio sanitario regionale; alla libera professione anche per le attività ordinarie; al livello di contrattazione regionale per incentivare le retribuzioni dei dipendenti e dei dirigenti e all’ accesso dei medici non specialisti presso strutture ospedaliere⁴¹.

Ovviamente, si tratta di proposte di duplice natura: alcune incidenti direttamente sul campo della tutela della salute, altre, incidenti indirettamente tramite la diversa organizzazione del Servizio sanitario regionale⁴². Da questi punti emerge, infatti, la possibilità di cambiare i percorsi formativi delle professioni sanitarie (ovviamente solo nel ristretto territorio regionale), cambiare la normativa concorsuale, aumentare le retribuzioni con la conseguenza di attrarre il personale già carente altrove, cambiare l’accesso al farmaco e quindi alle cure, introdurre la libera professione anche per le attività ordinarie (partite iva al posto dei dipendenti), istituzione di fondi regionali aggiuntivi defiscalizzati⁴³.

Ci si chiede quindi, se possono essere messe in atto proposte che incidono così fortemente nell’organizzazione e nella fruizione di diritti in modo differenziato nelle varie regioni italiane o, più correttamente, solo in alcune; inoltre un’altra questione su cui si deve dibattere è se sia o meno ammissibile una tale differenziazione senza ledere il diritto fondamentale alla salute da riconoscersi secondo i principi di uguaglianza e da attivarsi, anche, con doveri di “inderogabili di solidarietà politica” tenendo conto dell’uscita dal fondo sanitario e dalle sue perequazioni di alcune importanti regioni italiane⁴⁴.

⁴⁰ Cfr. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, cit.19.

⁴¹ Cfr. L. MUSSI, *Perché l’autonomia differenziata fa molto male alla salute*, cit. . 5

⁴²Cfr. E. CATELANI, *La tutela dei diritti sociali fra Europa, Stato e Autonomie locali. I rischi della differenziazione*, cit., 43.

⁴³ Cfr. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, cit.20.

⁴⁴ Cfr. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, cit., 21

Tali quesiti nascono dal riuscire a capire se alcune regioni possono o meno provvedere all'istituzione di fondi integrativi anche attraverso la defiscalizzazione che hanno come conseguenza la sottrazione di risorse per l'intera collettività nazionale, differenziando, pertanto, il diritto alla salute subordinandolo alla residenza dei cittadini.

Il diritto alla salute "è un elemento costitutivo della persona e della sua cittadinanza"⁴⁵ e non può e non deve subire limitazioni per il solo fatto di risiedere in una zona meno fortunata del Paese e più svantaggiata economicamente.

Pertanto, è difficile, inoltre, non concordare con chi ha affermato che se "la salute non diventa un interesse generale, un bene comune, un valore economico del paese, è difficile che essa sia effettivamente un diritto individuale"⁴⁶.

Tra l'altro, alcune politiche sanitarie, incidono direttamente in tutto il tessuto nazionale – e talvolta sovranazionale – come, proprio nello specifico, le politiche di sanità pubblica.

Tecnicamente, in tale ambito, oltre alle dimensioni delle ASL, le Regioni possono scegliere se lasciare gli ospedali sotto la gestione delle ASL oppure trasformarli in aziende ospedaliere autonome. Si possono distinguere, a tal riguardo, due modelli: quello integrato e quello separato. Nel modello integrato, gli ospedali rimangono sotto il controllo delle ASL: questo dovrebbe favorire il coordinamento tra le cure ospedaliere e quelle territoriali. Nel modello separato, gli ospedali vengono invece scorporati dalle rispettive ASL e trasformati in aziende autonome: tale modello, stimolando la competizione tra le diverse strutture ospedaliere, rispecchia maggiormente il modello teorico del "mercato interno"⁴⁷. Nel nostro paese, solo una Regione ha adottato con convinzione il modello separato: la Lombardia. Tutte le altre Regioni hanno o un sistema integrato o tutt'al più un sistema misto (come in Piemonte).

Un'ulteriore scelta strategica che i governi regionali devono compiere riguarda il coinvolgimento della sanità privata. Ogni Regione è infatti libera di decidere quale parte dei servizi erogare con proprie strutture e con proprio personale, e quale invece esternalizzare a fornitori privati (case di cura, ambulatori privati, personale non dipendente dal SSN).

⁴⁵Cfr. S. RODOTÀ, *Libertà e diritti non sono negoziabili*, in www.repubblica.it, 2017.

⁴⁶ Cfr. I. CAVICCHI, www.quotidianosanita.it, 16 maggio 2019.

⁴⁷ Cfr. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, cit.24.

Non sorprende che alcune Regioni facciano molto affidamento sui privati, altre meno. Le Regioni che ricorrono maggiormente ai privati sono Lazio, Lombardia e Puglia (esse esternalizzano oltre il 40% della spesa sanitaria regionale). Hanno invece una struttura d'offerta eminentemente pubblica (viene esternalizzato ai privati meno di un quarto della spesa sanitaria pubblica) la Provincia di Bolzano, la Valle d'Aosta, il Friuli-Venezia Giulia, l'Umbria e la Toscana. In linea generale, le Regioni meridionali fanno più ricorso ai fornitori privati di quanto facciano le Regioni centro-settentrionali⁴⁸. Ogni Regione ha le proprie regole e il proprio assetto organizzativo. Viene naturale domandarsi se esista un modello – almeno sulla carta – migliore degli altri. Se guardiamo solo al modello organizzativo, e non ai risultati che esso produce, non è facile rispondere a tale domanda, in quanto non essendoci linee guida chiare, nell'elaborare le proprie strategie i governi regionali tendono a farsi influenzare dalle scelte già compiute in passato, dai gruppi d'interesse più influenti e – non di rado – dall'ideologia.

Ogni Regione organizza pure il proprio sistema sanitario come meglio crede: può avere ASL grandi o piccole; può adottare il modello separato oppure quello integrato; può produrre in proprio o esternalizzare ai privati, purché il servizio funzioni e le cure erogate ai cittadini siano tempestive e di buona qualità. Proprio su quest'ultimo punto, i singoli sistemi sanitari regionali hanno infatti performance molto dissimili tra loro ed emerge un netto divario tra Nord e Sud del paese⁴⁹. Qui uno degli aspetti più critici è l'equilibrio finanziario, fonte di continui attriti tra il governo nazionale e le amministrazioni regionali. Poche sono infatti le Regioni che sono state capaci di tenere sempre una contabilità ordinata; fra queste vi sono il Friuli-Venezia Giulia, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia-Romagna e l'Umbria. Altre Regioni hanno invece sistematicamente problemi di budget.

Dal 2001 in avanti i sistemi sanitari regionali hanno accumulato un gran disavanzo del quale le Regioni centro-settentrionali sembrano essere poco responsabili a differenza delle Regioni centro-meridionali (Lazio incluso)⁵⁰.

Le Regioni centro-settentrionali, dal 2001 ad oggi, hanno mediamente accumulato un disavanzo pro capite molto basso, mentre il disavanzo delle Regioni meridionali – sempre pro capite, e sempre nello stesso arco di tempo –

⁴⁸ F.E. CASTELLUCCI, *La tutela della salute e le criticità che ne mettono in pericolo l'effettività*, in *altalex.com*, 2017, 6.

⁴⁹ Cfr. F.E. CASTELLUCCI, *La tutela della salute e le criticità che ne mettono in pericolo l'effettività*, cit., 6.

⁵⁰ Cfr. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, cit., 25.

è stato invece altissimo, quasi nove volte superiore a quello delle Regioni centro-settentrionali.

Un sistema assistenziale non si misura pertanto solo in termini economici; vanno piuttosto considerati lo stato di salute della popolazione e la qualità dei servizi offerti. Relativamente a ciò, sembra che le Regioni meridionali sembrano offrire dei servizi sanitari di bassa qualità a differenza delle Regioni settentrionali.

Il ministero della Salute, ad esempio, monitora ogni anno in quale misura le Regioni siano in grado di erogare i Livelli essenziali di assistenza (LEA). Questi ultimi costituendo il pacchetto delle cure cui tutti abbiamo diritto e che dovrebbero essere erogate in modo uniforme sull'intero territorio nazionale. Sono maggiormente garantiti dalle Regioni del Centro-Nord; mentre nelle Regioni del Mezzogiorno sono scarsamente garantiti. Ciò a dimostrazione che il regionalismo differenziato ha avuto la maggiore incidenza positiva portando forti miglioramenti della qualità dei servizi nelle Regioni centro – settentrionali, mentre al meridione si fatica ancora per giungere ad un adeguamento di base nel rispetto del principio di eguaglianza previsto dall'art.3 Cost.

2. La materia della salute nelle Intese tra Stato e Regioni.

Nel nostro ordinamento giuridico, il diritto alla salute rappresenta, come è noto, una situazione giuridica soggettiva non solo riconosciuta e tutelata dalla Carta costituzionale ma anche l'unico diritto ad essere qualificato come "fondamentale", volendo, i costituenti dare risalto alla naturale correlazione che intercorre tra la salute e il bene della vita, essendo la prima necessaria a garantire la seconda.

Si ritiene che sulla formulazione finale dell'art. 32 Cost., abbia influito anche l'idea democratica secondo la quale il benessere di ogni individuo rappresenta la misura di quello dell'intero corpo sociale di appartenenza⁵¹.

In questa ottica, quindi, la tutela del diritto fondamentale alla salute si delinea come finalizzata non solo a tutelare il benessere del singolo ma anche a misurare quello di tutta la società.

Essendo, esso tutelato dal dettato costituzionale è, in primo luogo un diritto al quale va garantita l'uguaglianza formale e quindi l'assenza di discriminazioni non giustificate nell'accesso alle prestazioni, con la conseguenza che l'accesso alle cure va garantito senza distinzioni di genere, etnia, religione, opinioni politiche, condizioni economiche e sociali.

⁵¹ A. PAPA, *Regionalismo differenziato: opportunità e criticità*, cit., 65

L'articolo 32 Cost., che tutela la salute contemplava già nella sua formulazione originaria due diverse esigenze: da un lato la garanzia di una omogenea erogazione di servizi su tutto il territorio nazionale, dall'altra una presenza capillare (per lo più comunale) di strutture su tutto il territorio, basate su un modello univoco e chiamate a garantire il perseguimento dei medesimi obiettivi: universalità della tutela sanitaria; unicità del soggetto istituzionale referente; uguaglianza dei destinatari delle prestazioni; globalità e socialità delle prestazioni stesse, dal momento che agli interventi di cura venivano affiancati anche quelli di prevenzione e controllo.

Addirittura, nel progetto costitutivo del servizio sanitario nazionale era presente un elemento ideale fondamentale: l'idea di una tutela della salute universale, senza differenziazioni, funzionale alla ricerca di uno stato di benessere e di cura privo di barriere⁵².

Nel corso dei successivi decenni, con i cambiamenti politici che si sono susseguiti, quella che doveva essere una legge su un terreno di sperimentazione diventa terreno di "speculazione": si pensi, infatti, al numero dei centri di autonomia di spesa, unitamente all'indisponibilità, almeno sino agli inizi degli anni Novanta, di strumenti affidabili di calcolo della spesa globale, oltre che di quella per centri di costo. Elementi questi che, pur senza intaccare l'idea di fondo di una sanità generale e generalizzata, la rendono caratterizzata da indecisioni e confusioni; da qui le quattro "riforme della riforma" – come sono state definite – nel tentativo di razionalizzare il sistema, in modo peraltro non sempre lineare, a partire dal 1992 e fino al 2012 (d.lgs. 502/1992; d.lgs. 517/1993; d.lgs. 229/1999; d.l. 15/2012, conv. nella l. 189/2012)⁵³.

Questi interventi normativi nel tentativo, di conciliare interessi ed esigenze diverse tra cui la garanzia di livelli dapprima minimi e poi essenziali delle prestazioni su tutto il territorio nazionale oltre che il decentramento organizzativo, ha portato alla definizione di un sistema multilivello, nel quale Stato e regioni condividono le responsabilità e le politiche in materia, ciascuno nel proprio ambito ma, almeno nelle intenzioni del legislatore, in modo sinergico, sul versante legislativo e del finanziamento⁵⁴.

⁵² Per la dottrina, sul tema: M. LUCIANI, *Salute (Diritto alla salute – Diritto costituzionale)* cit 34. A. PIOGGIA, *diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2014, 81 ss.; E. MENICHETTI, *l'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale: profili di organizzazione e della dirigenza*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARÈ (a cura di), *l'aziendalizzazione nel d.lgs.229/99*, Milano, 2004, 44 ss; R. BALDUZZI, G.CARPANI, *Manuale di diritto sanitario*, cit., 221.

⁵³ Cfr. A. PAPA, *Regionalismo differenziato: opportunità e criticità*, cit., 66.

⁵⁴ M. BELLETTI, *I livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali..” alla rprova della giurisprudenza costituzionale. Alla ricerca del parametro plausibile*, cit., 22.

Relativamente ai (LEA) erogati su tutto il territorio nazionale, il sistema decentrato ha prodotto, una differenziazione nella tutela della salute nei diversi territori poiché, non ha agevolato la riduzione delle disuguaglianze a causa di una mobilità interna che si è avuta da parte dei pazienti.

Inoltre, il nuovo modello organizzativo ha costretto molte regioni ad adottare piani di rientro per ripianare il disavanzo con la previsione di ticket, talvolta superiori allo stesso costo della prestazione in strutture private o convenzionate, e con tagli all'erogazione dei servizi, nella forma di soppressione o accorpamento di strutture o di non universalità delle prestazioni offerte dalla sanità pubblica, con conseguente allungamento delle liste di attesa. Tutti questi elementi, e la rilevante differenziazione territoriale (non solo Nord-Sud) che ne è derivata, hanno prodotto un ampio dibattito, in diversi ambiti, sulla reale capacità, del decentramento sanitario di garantire la necessaria applicazione alla tutela della salute dei principi di solidarietà e uguaglianza. In effetti, è emersa una stretta correlazione tra diritto alla salute e costo della sua tutela. Ciò andrebbe contro il principio che i diritti sociali non sono tali senza l'erogazione di prestazioni pubbliche, che rappresentano quindi un elemento ad essi connaturato.

E ciò è ancora più evidente nel caso del diritto alla salute dal momento che l'esonero totale o parziale dal pagamento delle prestazioni assurge a elemento coesistente della tutela, sul versante sia della cura sia della prevenzione, dal momento che difficilmente un individuo può anche solo teorizzare di essere in grado di far fronte ad una severa patologia con le proprie risorse personali⁵⁵.

Nelle bozze di intesa in merito al regionalismo differenziato, attualmente in corso si è cercato di uniformare su tutto il territorio nazionale gli interventi in materia di salute attraverso una ripartizione di competenze Stato-regioni che hanno trovato nello strumento giuridico dell'intesa la loro realizzazione. In particolare, le intese presentate da Emilia Romagna, Lombardia e Veneto, stanno rappresentando il punto di riferimento non solo per le altre regioni che stanno intraprendendo la propria fase progettuale di differenziazione, ma anche per il dibattito politico e scientifico sul tema.

Come è noto, tali bozze hanno subito negli ultimi diciotto mesi significative modifiche che hanno riguardato anche le competenze in materia di tutela della salute.

⁵⁵ Cfr. C. FERRARA, *Salute (diritto alla)*, in *Digesto pubbl.*, XIII, Torino, 1997, 513 ss; M. LUCIANI, *I livelli sanitari delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in G. CATELANI, S. CERRINA FERONI, F. GRISOLIA (a cura di), 2011; M. SACCO, *Art. 32 della costituzione italiana: diritto alla salute - come sono state realizzate e continuano a realizzarsi le riforme nella sanità*, in *Centro Studi diritto sanitario*, www.dirittosanitario.net.

Si tratta, fra l'altro, di accordi che precedono l'adozione di decisioni spesso riservate allo Stato incidenti sulla determinazione quantitativa e qualitativa delle prestazioni sanitarie e sul loro finanziamento quali: l'adozione del "piano sanitario nazionale", l'individuazione dell'elenco dei "livelli essenziali di assistenza" (LEA), la quantificazione del 'fondo sanitario nazionale' e, dal 2005, la determinazione dei "patti per la salute"⁵⁶.

L'importanza del coinvolgimento di tutte le regioni, in queste procedure è testimoniata anche dal fatto che spesso l'intesa è prevista persino in deroga alla legge o alla Costituzione. Così per il piano sanitario nazionale, che, in base alla l. n. 833/1978⁵⁷, doveva essere adottato con legge dello Stato e per i LEA, da adottarsi, in base all'art. 117 Cost., con legge dello Stato, ma in realtà affidati, sin dal 2001, al raggiungimento di un'intesa, in sede di Conferenza Stato-regioni, fatta propria dallo Stato con DPCM.

Dalla sentenza n. 88/2003 la Corte ha, infatti, con chiarezza affermato che in materia di livelli essenziali delle prestazioni la rilevante compressione dell'autonomia regionale, pur ammessa, deve essere accompagnata da procedure che permettano alla Regione di essere coinvolte nei processi decisionali di attuazione⁵⁸; quindi, pur ammettendo infatti che "la potestà normativa secondaria spetta allo Stato ai sensi dell'art. 117, comma 6, ha cura di ribadire che "la legge statale dovrà determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie"⁵⁹.

Ed alla prima occasione utile la Consulta ha individuato ed imposto uno strumento tale che laddove la necessità (il diritto) di uguaglianza prevalga su quella di differenziazione le regioni non vengano del tutto depauperate dei propri poteri decisionali, fermo restando il ruolo di legislatore prevalente dello Stato,

⁵⁶ Cfr. F. PALLANTE, *Nel merito del regionalismo differenziato: «quali ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» per Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna?*, cit., 1-35.

⁵⁷ Legge costituzionale 23 dicembre 1978, n.833, *Istituzione del servizio sanitario nazionale*, in *Gazzetta Ufficiale n.360*, 1978.

⁵⁸ Cfr. C. PANZERA, *I livelli essenziali delle prestazioni secondo i giudici comuni*, in *Giurisprudenzacostituzionale*, 2011, 379

⁵⁹ Corte Costituzionale, 7 luglio 2003, n. 88, in *www.cortecostituzionale.it*, Già da questa pronuncia, infatti, la Corte ha riconosciuto in capo 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.

⁵⁹ Cfr. C. DI SOMMA, *Livelli essenziali di assistenza e leale collaborazione attraverso*.

quale tutore di istanze insuscettibili di alcuna differenziazione territorialmente condizionata⁶⁰.

L'attuazione dell'art. 116, terzo comma della Costituzione si ravvisa relativamente al Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna. attraverso tre testi comprendenti, anche il titolo secondo, dedicato alle competenze attribuite alla singola Regione. Sono testi che portano la data del 15 maggio 2019 successiva quindi di circa tre mesi rispetto alle bozze di intese del 25 febbraio e che non sono stati pubblicati nei siti del Governo ne delle Regioni⁶¹.

Con riguardo al tema del diritto alla salute⁶², le tre Regioni confermano l'interesse ad acquisire competenze molto ampie, a partire dalla definizione dell'assetto istituzionale del Servizio sanitario regionale (SSR)⁶³.

Lombardia ed Emilia Romagna aggiungono la richiesta di poter ridefinire le regole di *governance* del Servizio, sia nel suo complesso, sia con riguardo ai singoli elementi che lo compongono (organizzazione di governo delle Asl e degli altri enti del Ssr). L'Emilia Romagna equipara, poi, la propria posizione a quella delle altre Regioni relativamente alla organizzazione dell'offerta ospedaliera e dell'erogazione dei servizi, mentre tutte e tre le Regioni acquisiscono la nuova competenza inerente alla definizione del fabbisogno di personale e alla ripartizione del fabbisogno complessivo tra le varie tipologie contrattuali (tempo indeterminato, tempo determinato, collaborazione coordinata e continuativa, lavoro flessibile, convenzioni)⁶⁴. Trova conferma l'interesse per il

⁶⁰ Cfr. C. DI SOMMA, *Livelli essenziali di assistenza e leale collaborazione attraverso l'intesa*, in www.forumcostituzionale.it, 2010.

⁶¹ A rendere pubbliche le bozze di intesa è stato il sito Internet *Roars*, www.roars.it. In specifico sul merito delle richieste dell'Emilia Romagna cfr. A. CANDIDO, *Prove di regionalismo differenziato. La richiesta della Regione Emilia Romagna*, in *Diritti regionali*, n. 3, 2019.

⁶² Si interroga, giungendo a una risposta negativa, sull'effettiva «devolvibilità» autonomista di tutte e ventitré le materie riconducibili all'art. 116, co. 3, Cost. Cfr. A. PIRAINO, *Ancora su regionalismo differenziato: ruolo del Parlamento ed unità e indivisibilità della Repubblica*, in «*Federalismi.it*», n. 8, 2019, 9 ss. Sul punto cfr., altresì, M. OLIVETTI, *Il regionalismo differenziato alla prova dell'esame parlamentare*, cit., 13.

⁶³ Si interroga, giungendo a una risposta negativa, sull'effettiva «devolvibilità» autonomista di tutte e ventitré le materie riconducibili all'art. 116, co. 3, Cost. Cfr. A. PIRAINO, *Ancora su regionalismo differenziato: ruolo del Parlamento ed unità e indivisibilità della Repubblica*, in federalismi.it, n. 8, 2019, 9 ss. Sul punto cfr., altresì, M. OLIVETTI, *Il regionalismo differenziato alla prova dell'esame parlamentare*, cit., 13.

⁶⁴ Cfr. E. MENICETTI, *Le pratiche terapeutiche nel nuovo assetto costituzionale: la tutela della salute tra principi fondamentali e livelli essenziali (osservazioni a margine della sentenza Corte cost. 26 giugno 2002 n. 282)*, in www.amministrazioneincammino.luiss.it, 2002; V. MOLASCHI, *Dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Ragiusan*, n. 237/238, 2003, 39-40; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008, di M. D'ANGELO SANTE, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia*, Rimini, 2012, di E. JORIO, *Diritto sanitario*,

rafforzamento della formazione specialistica e per la possibilità di impiegare nelle strutture sanitarie gli specializzandi. Per far fronte al rischio «d'interruzione di pubblico servizio» diventa, peraltro, possibile l'impiego anche dei laureati in medicina privi di specializzazione (salvo che negli ambiti della radiologia e dell'anestesia), mentre sempre in tema di personale Veneto e Lombardia mantengono la competenza di disciplinare l'attività libero-professionale dei dirigenti medici e sanitari. Lombardia ed Emilia Romagna tengono ferma la richiesta di autonomia in materia di distribuzione dei farmaci e di definizione dell'equivalenza terapeutica tra i medicinali⁶⁵.

La sola Emilia Romagna ambisce a competenze sulla definizione del sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione. Comune a tutte le Regioni resta l'interesse per la compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria, con facoltà di abolire i ticket; la Lombardia si preoccupa di escludere che ciò possa comportare oneri per le casse regionali derivanti dalla mobilità sanitaria interregionale. Sempre a proposito dei profili finanziari, la costituzione di fondi integrativi per il finanziamento del Ssr è obiettivo delle tre Regioni, ma per l'Emilia Romagna ancora manca l'assenso governativo; lo stesso ⁶⁶ dicasi per la programmazione degli investimenti nel patrimonio edilizio e tecnologico. Le due Regioni settentrionali vorrebbero, poi, poter liberamente decidere sull'impiego delle risorse ricevute, scegliendo quanto destinare a personale e quanto all'acquisto di beni e servizi, di farmaci, di dispositivi medici e di prestazioni dai privati accreditati. L'Emilia Romagna concentra l'analoga richiesta sulla «valorizzazione delle risorse umane», allo scopo dichiarato di incrementare la dotazione di organico⁶⁷.

Con l'inizio della XVIII legislatura, tutte e tre le regioni con le quali sono state stipulate le c.d. pre-intese hanno manifestato al Governo l'intenzione di ampliare

2010Milano; e, ancora, Cfr. le opere collettanee, curate da R. BALDUZZI, G. CARPANI, *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, dal primo degli Autori testé menzionati, I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenza di sistema. Milano, 2005, e *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria – Spunti e materiali per l'analisi comparata*, Bologna, 2008; A. PIOGGIA, S. CIVITARESE MATTEUCCI, G.M. RACCA, M. DUGATO, *I servizi sanitari: organizzazione, riforme e sostenibilità. Una prospettiva comparata*, Rimini, 2011; *Oltre l'aziendalizzazione del sistema sanitario. Un primo bilancio*, Milano, 2008; e gli scritti inseriti nelle trattazioni sistematiche di diritto amministrativo, quale quello di A. CATELANI, *La sanità pubblica*, in *Trattato di diritto amministrativo*, a cura di G. SANTANIELLO, Padova, 2010; ovvero, quale quello a cura di R. FERRARA, *Salute e sanità*, in *Trattato di biodiritto*, a cura di S. RODOTÀ, P. ZATTI, Milano, 2010

⁶⁵ Cfr. E. CATELANI, *La tutela dei diritti sociali fra Europa, Stato e Autonomie locali. I rischi della differenziazione*, cit. 23.

⁶⁶ Cfr. E. CATELANI, *La tutela dei diritti sociali fra Europa, Stato e Autonomie locali. I rischi della differenziazione*, cit. 22.

⁶⁷ Cfr. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute*, cit., 31.

il novero delle materie da trasferire⁶⁸. Nel frattempo, altre regioni, pur non avendo firmato alcuna pre-intesa con il Governo, hanno espresso la volontà di intraprendere un percorso per l'ottenimento di ulteriori forme di autonomia (sono pervenute ufficialmente al Governo le richieste di Piemonte, Liguria, Toscana, Umbria, Marche e Campania).

Sono in tal modo riprese le trattative tra le tre regioni e i Ministeri interessati nell'ambito dell'attività di coordinamento in capo al Ministro pro tempore per gli affari regionali.

In conclusione, tutte e tre le bozze giustificano le richieste di maggiore autonomia e prevedono un finanziamento determinato da una Commissione paritetica che parte dalla spesa storica, sostituita dall'ammontare dei fabbisogni standard da calcolare entro tre anni e, in mancanza, riferimento al valore medio nazionale che abbiamo già criticato. Non c'è la scadenza della validità dell'intesa e nemmeno il riferimento al procedimento di approvazione parlamentare delle intese con le confessioni religiose. C'è la competenza complementare della sola Emilia Romagna. e la già vista (e criticata) previsione di leggi statali dichiarate inefficaci nei confronti della Regione da una legge regionale⁶⁹.

I secondi titoli contenenti le competenze attribuite alla Regione non sono identici fra loro. 50 articoli il Veneto, 42 la Lombardia e 47 l'Emilia, ma in realtà gli articoli sono di più perché quelli proposti dalle Regioni non sono numerati. Il Ministero dell'ambiente ha precisato che le sue proposte sono provvisorie. Sono solo quattro gli articoli sui quali c'è il consenso di due o tre Regioni; dieci sono i casi che hanno avuto il consenso di una sola Regione; di più sono i pareri favorevoli con modifiche (19 casi), cui si aggiungono i pareri contrari (21 casi), e poi proposte non accettate e proposte della Regione sulle quali il Governo non si è espresso. Quindi evidente il raggiungimento delle necessarie intese è ancora in itinere⁷⁰.

⁶⁸ Cfr. E. CATELANI, *La tutela dei diritti sociali fra Europa, Stato e Autonomie locali. I rischi della differenziazione*, cit. 23.

⁶⁹ Cfr. V. NASTASI, *Il regionalismo differenziato e i problemi ermeneutici sorti in seguito alle recenti iniziative di attuazione dell'art. 116, comma 3, della Costituzione*, in *forumcostituzionale.it*, 31 maggio 2018; C. TUBERTINI, *La proposta di autonomia differenziata delle Regioni del Nord: un tentativo di lettura alla luce dell'art. 116, comma 3 della Costituzione*, in *federalismi.it*, 26 settembre 2018.

⁷⁰ Cfr. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute*, cit., 38; E. BALBONI, *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, cit.33.; R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del SSN*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2018.