



Rivista N°: 2/2019
DATA PUBBLICAZIONE: 17/04/2019

AUTORI: Renato Balduzzi* e Davide Servetti**

REGIONALISMO DIFFERENZIATO E MATERIA SANITARIA

1. Premessa.

Dopo quasi un decennio di scarsa attenzione da parte sia degli studiosi sia della politica, il regionalismo differenziato è rientrato nell'agenda del Governo e della maggioranza parlamentare, secondo un percorso¹ in parte analogo e in parte peculiare in confronto a quelli intrapresi successivamente all'entrata in vigore dell'art. 116, comma 3, Cost. introdotto nel 2001².

Non mancano le analogie. Una delle più evidenti è il rinnovato protagonismo di due Regioni, Lombardia e Veneto, già in passato promotrici di richieste di accesso alle «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» previste dalla disposizione costituzionale: inequivocabile segnale della latenza di simili istanze presso questi territori e le relative classi dirigenti. In secondo luogo, può notarsi che questa nuova rivendicazione di «maggiore autonomia»³ av-

* Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università Cattolica del Sacro Cuore, sede di Milano.

** Dottore di ricerca in Diritto costituzionale nell'Università degli studi del Piemonte Orientale.

¹ Lo ricostruisce con particolare cura, dall'ottobre 2017 fino ai primi sei mesi della legislatura in corso, L. Violini, *L'autonomia delle Regioni italiane dopo i referendum e le richieste di maggiori poteri ex art. 116, comma 3, Cost.*, in *Rivista AIC*, 2018, n. 4.

² A breve distanza dalla revisione, la prima Regione a richiedere l'attivazione della clausola di differenziazione è stata la Toscana, con una deliberazione della Giunta regionale del 2003 avente ad oggetto la tutela dei beni culturali e paesaggistici. Alcuni anni dopo, nel 2007, a proporre l'attuazione nei loro confronti del regionalismo differenziato furono le Regioni Lombardia, Piemonte e Veneto. In dottrina, possono osservarsi due periodi di più intensa produzione sul tema, il primo immediatamente successivo alla riforma del Titolo V, il secondo coevo e correlato alle iniziative regionali del 2007. Per una sintetica rassegna dei contributi ascrivibili a questi due momenti cfr. C. Tubertini, *La proposta di autonomia differenziata delle Regioni del Nord: una differenziazione solidale?*, in *Federalismi*, 2018, n. spec. 7, pp. 318 ss.

³ Tale locuzione, liberamente impiegata negli atti che stanno scandendo il percorso avviato dalle tre Regioni menzionate, è visibilmente imprecisa rispetto a quella presente nell'art. 116, c. 3, Cost. («ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia») e contribuisce a veicolare una generale ambiguità sugli «spazi» di autonomia acquisibili da parte della Regione in attuazione della disposizione costituzionale. Si tratta di un'ambiguità osservabile fin dagli esordi del percorso, rispetto alla quale non è stata indifferente la stessa vicenda dei referendum lombardo e veneto. È noto infatti che la campagna referendaria condotta dai promotori della consultazione sia stata incentrata sulla prospettazione che l'attivazione della clausola costituzionale in parola possa condurre all'accesso a risorse finanziarie superiore alle attuali e derivanti dalla loro commisurazione a una quota prestabilita delle entrate

venga all'indomani del rigetto da parte del corpo elettorale di una estesa riforma della Costituzione avente ad oggetto, fra l'altro, una organica revisione del riparto di potestà legislativa. Certo, quando nel 2007 le due Regioni menzionate, insieme al Piemonte⁴, avviarono le trattative con il Governo, ad essere respinta dal referendum del giugno 2006 era stata una riforma che, sul piano delle intenzioni e dichiarazioni politiche, puntava al rafforzamento dei poteri regionali⁵, laddove nel dicembre 2016 ad essere bocciato è stato un progetto di segno contrario⁶. E tuttavia resta significativo che la via della differenziazione ex art. 116, comma 3, Cost. rappresenti ora come allora un veicolo per contestare, o almeno controbilanciare, il modello

fiscali prodotte nelle Regioni interessate, da trattenere presso le medesime anziché far confluire nel bilancio dello Stato o, comunque, da riottenere mediante trasferimenti proporzionati. Come da ultimo ricorda E. Balboni, *Per scongiurare la "secessione dei ricchi" basterebbe la buona amministrazione*, in *Forum costituzionale*, 28 febbraio 2019, p. 1), che tale prospettiva sia preclusa dai principi che sono contenuti nell'art. 119 Cost. e che costituiscono un limite esplicito alla differenziazione ex art. 116, c. 3, risulta con chiarezza dalla stessa giurisprudenza della Corte costituzionale che ha espressamente negato che il concetto di "residuo fiscale" rappresenti un criterio specificativo di tali principi (v. sentt. nn. 69 del 2016, rel. Carosi, e 83 del 2016, rel. de Pretis). Ciononostante, l'argomento ha dominato la campagna referendaria anche perché coerente con la dichiarata aspirazione di replicare per tali Regioni regole di finanziamento analoghe a quelle relative ad alcune autonomie speciali. Del resto, sia (espressamente) uno dei quesiti referendari veneti censurati dal giudice costituzionale nella sent. n. 118 del 2015 (rel. Cartabia) sia (allusivamente) il quesito lombardo votato il 22 ottobre 2017 si collocavano entro questa prospettiva (raccogliendo anche perciò la critica di larga parte della dottrina, come attesta tra gli altri M. Carli, *Diritto regionale*, Torino, Giappichelli, 2018, p. 126). Tutto ciò farebbe auspicare che le intese e la legge di differenziazione non riproducessero simili ambiguità e adottassero un lessico più controllato, anche se la lettura dei testi provvisori pubblicati lo scorso febbraio dal Dipartimento per gli affari regionali (v. *infra* nt. 15) non è in tal senso incoraggiante. Anzi, sotto il profilo del rispetto dei principi dell'art. 119 Cost., va segnalata la problematicità della disciplina risultante dai commi 3, 4 e 6 dell'art. 5 del Titolo I delle bozze di intesa, anzitutto perché quanto viene qui stabilito in ordine alla spettanza alla Regione delle variazioni del gettito sul quale valgono le compartecipazione o le aliquote riservate può comportare un sovrafinanziamento o un sottofinanziamento delle funzioni attribuite alla Regione interessata che non pare rimediabile prima della scadenza del biennio ivi previsto.

⁴ Quest'ultima, allora retta da una maggioranza politica di centro-sinistra affine a quella presente nelle due Camere, affiancò la propria alle istanze presentate della Lombardia e del Veneto, governate dall'opposto schieramento; a dieci anni di distanza, questo schema si è ripetuto, con l'Emilia-Romagna in luogo del Piemonte.

⁵ Tale rafforzamento avrebbe dovuto conseguire, sul piano del riparto di potestà legislativa, all'individuazione di materie di competenza esclusiva delle Regioni. A questo proposito, mentre l'originario disegno di legge governativo (c.d. progetto Bossi; d.d.l. S. 1187, XIV leg.) prevedeva l'introduzione, accanto ai tipi di competenza esistenti, di una competenza qualificata come esclusiva attivabile su base volontaria da parte delle Regioni ordinarie con riferimento ad alcune materie nominate (assistenza e organizzazione sanitaria; organizzazione scolastica, gestione degli istituti scolastici e di formazione; definizione della parte dei programmi scolastici e formativi di interesse specifico della Regione; polizia locale), il secondo e più ampio progetto presentato dal Governo e poi approvato dalle Camere (c.d. *Devolution*, S.2544-D, XIV leg.) prevedeva la sostituzione della potestà residuale di cui al quarto comma con una potestà definita esclusiva su materie individuate sia nominativamente (le stesse del progetto Bossi) sia mediante clausola di residualità. Sui potenziali effetti di siffatta revisione costituzionale in campo sanitario, nonché sulle criticità generali di un riparto di competenze così configurato a partire dal caso della materia sanitaria, cfr. R. Balduzzi (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, Giuffrè, 2004; Id. (a cura di), *La Carta di tutti. Cattolicesimo italiano e riforme costituzionali (1948-2006)*, Roma, Editrice Ave, 2006 (in particolare, all'interno del volume, cfr. V. Onida, *Sulla cosiddetta "devoluzione"*, pp. 129 ss.).

⁶ Sottolineano che questa nuova stagione del regionalismo differenziato si sia improvvisamente aperta dopo anni di politiche neocentralistiche R. Bifulco, M. Cecchetti, *Le attuali prospettive di attuazione dell'art. 116, comma 3, della Costituzione: una ipotesi di intesa nella materia tutela dell'ambiente e dell'ecosistema*, in *Le Regioni*, 2017, n. 4, pp. 757 ss., i quali ascrivono tali politiche alla legislazione statale originata dalla crisi economico-finanziaria. L'osservazione è ineccepibile, ma merita di essere integrata ricordando come proprio la revisione di cui al d.d.l. cost. S.1429-D, XVII leg., avrebbe comportato la cristallizzazione di siffatto indirizzo di politica del diritto, al di là delle contingenze dei cicli economici e della finanza pubblica che l'hanno decisamente alimentato.

“dell’uniformità” che ha attraversato entrambe le stagioni del nostro regionalismo ordinario⁷, nonché per tornare a porre la questione dell’autonomia del Nord. Piuttosto, il fatto che nel 2007 la differenziazione ex art. 116, comma 3, Cost. fosse considerata quale *second best option* da parte dei suoi principali fautori e oggi, invece, si mostri quale reazione antitetica alle più recenti linee di sviluppo, effettive e progettate, del regionalismo ordinario sfida gli osservatori a una più attenta ponderazione di tutti i risvolti delle iniziative attualmente in discussione.

In questa prospettiva, assumono rilievo le peculiarità del contesto in cui sono maturate tali iniziative.

Diversamente dal passato, il cambio della legislatura non ha provocato l’interruzione del percorso, il quale anzi, dopo l’accelerazione impressa sul finire della XVII, è oggi sorretto da una maggiore forza propulsiva, che sembra profilare una – invero più volte annunciata e poi rinviata – prossima approvazione da parte del Consiglio dei ministri delle intese con le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto. Ciò non è certamente estraneo sia al fatto che, nel caso lombardo e veneto, la richiesta regionale sia sostenuta dall’esito, non identico ma pur sempre di segno positivo⁸, del referendum consultivo avente ad oggetto proprio l’avvio delle trattative con il Governo, sia al fatto che tutte e tre le Regioni abbiano tenuto a sancire i primi risultati di tale interlocuzione negli accordi preliminari conclusi nel febbraio 2018⁹.

Inoltre costituisce un fatto inedito che, almeno in un primo tempo, l’iniziativa di queste tre Regioni sia stata rapidamente emulata, pur con diversi gradi di definizione formale, dalla quasi

⁷ Che l’art. 116, c. 3, Cost. possa costituire il fulcro di una transizione dal “regionalismo dell’uniformità” (secondo la formula impiegata, con tono critico, da F. Trimarchi Banfi, *Il regionalismo e i modelli*, in *Le Regioni*, 1995, pp. 255 ss.) ad un nuovo “regionalismo della differenziazione” (v. M. Cecchetti, *Le fonti della “differenziazione regionale” ed i loro limiti a presidio dell’unità e indivisibilità della Repubblica*, in S. Pajno, G. Verde (a cura di), *Studi sulle fonti del diritto. Le fonti delle autonomie territoriali*, vol. II, Milano, Giuffrè, 2010, pp. 69 ss.) o a “specialità diffusa” (v. A. Ruggeri, *La “specializzazione” dell’autonomia regionale: se, come e nei riguardi di chi farvi luogo*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2008, n. 1, pp. 21 ss.) è una delle letture proposte nel dibattito costituzionalistico, al cui interno resta attuale la questione di fondo sulle virtualità della clausola di differenziazione, ovvero se essa consenta alle Regioni ordinarie di accedere eccezionalmente a una più estesa ma circoscritta quota di autonomia ordinaria (come suggerisce l’interpretazione più aderente al testo costituzionale) oppure a un tipo di autonomia diverso tanto dall’ordinaria quanto dalle speciali. A questo proposito sono diversi gli studiosi che, nella fase più recente della discussione, individuano nella strutturazione di un rapporto bilaterale tra Regione e Stato, coesistente alla procedura di differenziazione prevista dalla disposizione costituzionale, e nella conseguente stabilizzazione di tale rapporto mediante appositi raccordi il maggior potenziale del regionalismo differenziato, tanto sul piano dell’interesse delle singole Regioni a praticare una simile prospettiva quanto sul piano della modifica del nostro modello di Stato regionale: cfr. G. Falcon, *Il regionalismo differenziato alla prova, diciassette anni dopo la riforma costituzionale*, in *Le Regioni*, 2017, n. 4, pp. 628 ss., spec. p. 630; F. Cortese, *La nuova stagione del regionalismo differenziato: questioni e prospettive, tra regola ed eccezione*, ivi, pp. 689 ss.; M. Cosulich, *Traccia di discussione intorno alla relazione di Alessandro Morelli “Le relazioni istituzionali”*, p. 22 (testo provvisorio della relazione tenuta al XXXIII Convegno AIC “La geografia del potere. Un problema di diritto costituzionale”, Firenze, 16-17 novembre 2018).

⁸ La differenza più rimarchevole sul piano politico è stata individuata nel diverso grado di partecipazione alla consultazione referendaria, in Veneto superiore al 57% degli aventi diritto, in Lombardia attestatasi intorno a un più modesto 38%.

⁹ Si è soffermato sulla natura di tali documenti e sulla loro posizione all’interno della procedura di attuazione, anche con riferimento alle iniziative regionali intervenute prima dei medesimi, 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.

totalità delle altre¹⁰. Siffatto processo mimetico, il quale potrebbe interpretarsi come indicativo di un fenomeno noto ad altre esperienze di regionalismo asimmetrico¹¹, è annoverabile tra i segnali di incertezza e di ambiguità della fase in corso¹², ma pare in ogni caso esprimere una contraddizione in termini rispetto alla logica “eccezionale” connaturata alla clausola dell’art. 116, comma 3, Cost.¹³

Va peraltro considerato che, al di là di più o meno probabili “effetti domino”, l’attivazione della clausola può avere conseguenze propriamente sistemiche anche soltanto quando riguardi un ristretto numero di Regioni (in ipotesi, anche una soltanto), laddove le scelte di differenziazione concernenti i singoli settori materiali determinino, insieme all’emancipazione dai limiti imposti dalla legislazione statale, la possibilità di fuoriuscire dalle coordinate di fondo delle politiche nazionali di settore.

In termini generali, nella discussione scientifica animata da questa “nuova stagione” del regionalismo differenziato, alcuni autori hanno iniziato a segnalare i riflessi che una simile prospettiva può avere nel campo dei diritti sociali¹⁴.

In questa sede, una volta richiamati i principali passaggi che hanno condotto alla stesura delle bozze di intesa disponibili¹⁵, ci proponiamo di offrire una prima disamina del processo di differenziazione in corso con riferimento specifico alla materia sanitaria.

¹⁰ Al momento, risulta che soltanto l’Abruzzo e il Molise non abbiano intrapreso iniziative in tal senso. Per un quadro (ancora attuale) concernente le altre Regioni, cfr. Senato della Repubblica, Servizio studi, *Verso un regionalismo differenziato: le Regioni che non hanno sottoscritto accordi preliminari con il Governo*, dossier n. 45, luglio 2018.

¹¹ Il riferimento è alle dinamiche di sviluppo del regionalismo asimmetrico spagnolo, ove si è assistito periodicamente ad una tendenza all’emulazione delle regioni a maggiore tradizione autonomistica da parte delle altre e al conseguente livellamento in senso accrescitivo delle competenze regionali a sua volta foriero di maggiori rivendicazioni da parte delle *comunitades históricas*: sulla portata e sui limiti di questo processo evolutivo dello Stato autonomico spagnolo cfr. in particolare A. Mastromarino, *Esperienze di federalismo disaggregativo*, Pavia, Italian University Press, 2008, diffusamente pp. 79-108, spec. pp. 91-93.

¹² Di incertezza, perché, rispetto all’iniziale apparente “rincorsa”, diverse Regioni che pur avevano richiesto l’avvio delle trattative con il Governo, di fronte agli sviluppi del negoziato relativo a Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, stanno convergendo su posizioni più prudenti; di ambiguità, sia perché, in un primo momento, l’attivazione della quasi totalità delle regioni avrebbe potuto preludere all’apertura di un “tavolo unitario” di trattative per una generalizzata attuazione del regionalismo differenziato, sia perché, oggi, l’accelerazione del processo che coinvolge le tre Regioni “d’avanguardia” ha provocato reazioni critiche addirittura presso le autonomie speciali (cfr. l’ordine del giorno votato dall’Assemblea regionale siciliana il 20 febbraio 2019, sul quale si sofferma I.A. Nicotra, *Le Regioni tra uniformità e differenze: autonomia responsabile o egoismi dei territori?*, in *Diritti regionali*, 2019, n. 1).

¹³ V. retro nt. 7

¹⁴ Cfr. in particolare E. Catelani, *La tutela dei diritti sociali fra Europa, Stato e Autonomie locali. I rischi della differenziazione*, in *Federalismi*, 2018, n. spec. 7, pp. 29 ss.; C. Tubertini, *La proposta di autonomia*, cit.

¹⁵ Fino alla seconda metà di febbraio 2019, gli unici testi ufficiali sono rimasti quelli dei pre-accordi, mentre hanno iniziato a circolare alcune versioni officiose delle bozze di intesa oggetto del negoziato attualmente in corso. Il 14 febbraio i testi in elaborazione sono stati illustrati dal ministro competente in Consiglio dei ministri, il quale, recita il comunicato stampa, «ne ha preso atto e condiviso lo spirito». Successivamente, il Dipartimento per gli Affari regionali ha pubblicato sul proprio sito web le bozze delle tre intese, limitatamente al titolo primo che reca disposizioni generali, comunicando che si tratta dei testi provvisori sui quali è stato raggiunto un accordo di massima con il Ministero dell’economia e delle finanze; nella stessa sede si precisa anche che questo «schema sarà quello adottato per ogni altra regione che chiederà l’autonomia». Tali documenti, dunque, non riportano le parti delle intese concernenti le singole materie; a questo proposito le considerazioni che seguiranno circa la materia sanitaria saranno basate sulle disposizioni rinvenibili nei pre-accordi (allegato n. 3) e nelle bozze officiose in circolazione.

2. Dagli accordi preliminari alle più recenti bozze di intesa, passando dal “Contratto per il Governo del cambiamento”.

Il 28 febbraio 2018, il Governo e le Regioni Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto hanno sottoscritto tre accordi preliminari aventi ad oggetto «i principi generali, la metodologia e le materie per l’attribuzione» a tali enti territoriali «di autonomia differenziata, ai sensi dell’art. 116, terzo comma, della Costituzione, nel rispetto dei principi posti dagli artt. 117, 119 e 81 della Costituzione e del principio di leale collaborazione, [...] nella consapevolezza del [...] carattere unitario e indivisibile» della Repubblica. La brevità dell’*iter* di elaborazione di tali documenti trova attestazione nelle premesse dei medesimi, ove vengono ripercorsi i principali fatti e atti istituzionali che, nel giro di meno di cinque mesi hanno condotto al risultato. Tra di essi non trovano menzione, non avendo in effetti inciso sulla formazione degli accordi, le uniche due limitate occasioni nelle quali il Parlamento è venuto a contatto con il «negoziato» – come lo denominano le parti – svoltosi tra il Governo (per il tramite del Dipartimento per gli affari regionali e le autonomie della Presidenza del Consiglio dei ministri) e le Regioni (per il tramite dei rispettivi Presidenti e c.d. delegazioni trattanti), ovvero le audizioni conoscitive tenutesi presso le Commissioni bicamerali per le questioni regionali e per l’attuazione del federalismo fiscale¹⁶. Non risulta avvenuto, invece, alcun coinvolgimento delle commissioni parlamentari di settore.

Tra le materie oggetto degli accordi, quella sanitaria era considerata nel terzo allegato, intitolato “Salute”, nel quale si prevedeva una «maggiore autonomia» in tema di: gestione del personale (in ordine alla rimozione di vincoli specifici di spesa e di attività libero-professionale); formazione del personale medico specializzato (in particolare, attraverso appositi accordi con le università) e previsione di un nuovo inquadramento professionale, quello dei medici assunti con contratto a tempo determinato di “specializzazione-lavoro”; determinazione del sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione; sistema di *governance* delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale; istituzione e gestione di fondi sanitari integrativi. Gli accordi contemplavano altresì la possibilità per le Regioni di interloquire con l’Aifa in tema di equivalenza terapeutica dei medicinali, nonché l’assicurazione, da parte dello Stato alle Regioni medesime, di un quadro pluriennale, certo e adeguato di risorse in tema di patrimonio edilizio e tecnologico.

¹⁶ La Commissione parlamentare per le questioni regionali ha promosso una indagine conoscitiva concernente le iniziative di Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto per l’attuazione dell’art. 116, c. 3, Cost. Tale indagine, si è articolata in cinque sedute tra novembre 2017 e febbraio 2018, durante le quali sono stati auditi due studiosi della materia (i proff. Antonio D’Atena e Stelio Mangiameli), i presidenti delle Regioni Emilia-Romagna e Lombardia (e, per il Veneto, il prof. Mario Bertolissi, quale delegato del presidente), il presidente del Consiglio regionale del Veneto (gli omologhi di Emilia-Romagna e Lombardia hanno inviato proprie memorie), il sottosegretario di Stato per gli Affari regionali; il documento conclusivo è stato approvato il 6 febbraio 2018. Sono state, invece, quattro le audizioni che hanno scandito la procedura informativa svoltasi nel novembre 2017 presso la Commissione parlamentare per l’attuazione del federalismo fiscale, di fronte alla quale sono intervenuti i presidenti delle tre Regioni interessate e il sottosegretario di Stato competente per materia. Nelle more della pubblicazione del presente articolo, la Commissione per le questioni regionali ha deliberato, nella seduta del 21 marzo 2019, una nuova indagine conoscitiva sul processo di attuazione dell’art. 116, terzo comma, Cost., le cui prime audizioni si sono svolte il 1, 10 e 11 aprile.

Salvo modeste differenze, quali la distribuzione diretta dei medicinali (per l'Emilia-Romagna), la determinazione del numero dei posti per la formazione dei medici di medicina generale (per la Lombardia), i riferimenti al personale convenzionato con il Ssr e ad incentivi di sostegno per il personale operante in sedi montane disagiate (per il Veneto), i tre accordi presentavano clausole analoghe.

Su queste basi, il negoziato è ripreso nell'estate 2018, dopo la nomina del nuovo esecutivo. Infatti, il programma che ha preluso alla formazione di quest'ultimo (denominato dalle due forze politiche di maggioranza "Contratto per il Governo del cambiamento") sanciva l'impegno a «porre come questione prioritaria nell'agenda di governo l'attribuzione, per tutte le Regioni che motivatamente lo richiedano, di maggiore autonomia in attuazione dell'art. 116, terzo comma, Cost., portando anche a rapida conclusione le trattative tra Governo e Regioni attualmente aperte»; a questo impegno, il "Contratto" aggiungeva che «il riconoscimento delle ulteriori competenze dovrà essere accompagnato dal trasferimento delle risorse necessarie per un autonomo esercizio delle stesse» e che «alla maggiore autonomia dovrà infatti accompagnarsi una maggiore responsabilità sul territorio, in termini di equo soddisfacimento dei servizi a garanzia dei propri cittadini e in termini di efficienza ed efficacia dell'azione svolta», per concludere nel senso di applicare «regione per regione la logica della geometria variabile».

Da qui lo svolgimento di una complessa trattativa, ancora una volta tutta interna agli esecutivi statale e regionali, sfociata nella richiesta di autonomia legislativa e/o amministrativa nelle venti materie di legislazione concorrente e nei tre oggetti di esclusiva statale "degradabili" (ambiente, istruzione, organizzazione della giustizia di pace) da parte del Veneto; in due competenze di potestà esclusiva e diciotto di concorrente da parte della Lombardia; nei tre oggetti di esclusiva e in tredici materie di legislazione concorrente da parte dell'Emilia Romagna.

Si è così avverata la previsione contenuta negli accordi preliminari che il negoziato sulla differenziazione potesse estendersi a ulteriori aspetti delle materie contemplate nei relativi allegati e ad altre fino ad allora rimaste fuori dalle trattative. In due casi su tre ciò è avvenuto in una misura uguale o prossima a quella massima possibile e già questa notazione suggerisce come la trattativa condotta nella XVIII legislatura abbia collocato l'attuazione del regionalismo differenziato su di una direttrice anomala. Chiedere di applicare il terzo comma dell'art. 116 a tutte le materie di legislazione concorrente o anche alla maggioranza di esse significa ambire a una differenziazione che appare nettamente contrastante con la *ratio* e la lettera del medesimo: se il senso del regionalismo differenziato è quello non di modificare la forma di Stato regionale, o di creare una ulteriore tipologia regionale che si affianchi alle Regioni ad autonomia speciale e a quella ad autonomia ordinaria, bensì di consentire alle Regioni, che hanno sperimentato su singole materie risultati reputati convincenti, di potere ulteriormente darsi regole e procedure idonee a porre le medesime come apripista anche per le altre Regioni su puntuali e circoscritte competenze («ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia», non

genericamente «maggiore autonomia»¹⁷, appare di tutta evidenza l'impossibilità di giustificare l'estensione alla totalità degli oggetti contemplati nell'art. 116, comma 3, Cost.

Nell'ottica qui accolta, dovrebbe semmai costituire preoccupazione comune allo Stato e alle Regioni quella di puntualmente definire quali principi fondamentali possano essere derogati e quali specifiche procedure amministrative attribuire alla regione interessata. Un diverso approccio, improntato alla generica identificazione di oggetti devoluti ad una «maggiore autonomia» per lo più indeterminata quanto a criteri e limiti di esercizio, condurrebbe (e già vi sono tutte le avvisaglie) ad una paradossale eterogenesi dei fini. Su questa china, per stare ad un esempio interno alla materia sanitaria, anche Regioni sottoposte a piano di rientro, o addirittura commissariate, potrebbero accedere alle procedure del regionalismo differenziato, magari allo scopo di sfuggire all'adempimento dei relativi obblighi¹⁸. L'assenza di una univoca indicazione dei limiti statali derogabili da parte della Regione beneficiaria della clausola di differenziazione non offre alcuna garanzia circa la coerenza tra la pretesa di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia e le specifiche ragioni in forza delle quali siffatta pretesa si legittima sul piano dell'efficacia prima ancora dell'efficienza.

3. I vincoli sistemici derivanti dall'attuazione dell'art. 32 Cost. attraverso il Servizio sanitario nazionale.

Per quanto attiene specificamente al settore di nostro interesse, la riflessione poc'anzi accennata impone di considerare attentamente i caratteri essenziali del modello istituzionale

¹⁷ Se è questa la concezione del regionalismo differenziato qui preferita, essa riguarda uno degli aspetti dell'art. 116, c. 3, Cost. sui quali si confrontano diversi punti di vista in dottrina. Da una premessa sostanzialmente concorde circa la funzione che tale disposizione ha nel valorizzare le migliori capacità che alcune Regioni dimostrano in confronto con altre nell'esercizio di determinate funzioni, infatti, possono trarsi conclusioni differenti. Da un lato c'è chi, in una prospettiva che parrebbe di lungo periodo, afferma espressamente che l'esito auspicabile dell'evoluzione consentita dalla clausola di differenziazione allo Stato regionale coincide con un orizzonte nel quale «tutte le Regioni, e non solo alcune, abbiano ottenuto la maggiore autonomia» permessa dalla clausola stessa: così S. Mangiameli, *Appunti a margine dell'art. 116, comma 3, della Costituzione*, in *Le Regioni*, 2017, n. 4, p. 664 (il quale rinvia per uno sviluppo di tale visione a Id., *Il regionalismo italiano dopo la crisi e il referendum costituzionale. Appunti per concludere una lunga transizione*, in www.issirfa.cnr.it, sezione Studi e interventi, marzo 2017). Dall'altro lato, c'è chi esprime preoccupazione per uno scenario in cui prevalgano fenomeni emulativi che, ove conducessero a una generale omologazione delle competenze, contraddirebbero la logica della clausola di differenziazione: su questa linea 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., il quale afferma che di un simile sviluppo del regionalismo differenziato la «versione peggiore e più nociva, risiederebbe nell'attivazione da parte di tutte le Regioni al fine dell'acquisizione di tutte le competenze virtualmente acquisibili in base al testo della disposizione costituzionale *de qua* con efficacia immediata nel tempo» (p. 658). Tali opinioni, tendenzialmente inconciliabili, segnalano però entrambe il problema di individuare criteri convincenti per l'accesso alle «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» in ordine alla selezione degli oggetti materiali, ai tempi di tale accesso, alla valutazione dell'esercizio delle competenze così acquisite. E, in quest'ordine di idee, l'immediata attivazione della clausola per la totalità o la quasi totalità delle materie considerate nell'art. 116, c. 3, indica un'insoddisfacente capacità del processo in corso di farsi carico di tale problema. Sul punto, sono particolarmente condivisibili le considerazioni svolte da Sabino Cassese nell'intervista pubblicata su *Il Foglio* del 5 marzo 2019, intitolata *I rischi che comporta l'improvvisazione del governo sull'autonomia delle regioni*.

¹⁸ Accenna a questa possibilità V. Antonelli, *Regionalismo sanitario. Verso una sanità a macchia di leopardo?*, in *Il Sole 24 Ore Sanità*, 13 febbraio 2019.

cui è confermata la materia sanitaria e sul quale le previsioni delle intese sono dirette a incidere. L'esistenza del Servizio sanitario nazionale, infatti, pone una serie di vincoli di sistema che costituiscono un obiettivo-limite alla previsione di *generalizzate* e *generiche* differenziazioni tra Servizi sanitari regionali. Un sistema nazionale di tutela della salute fondato sull'universalità dei destinatari, la globalità della copertura assistenziale, l'equità di accesso sotto il profilo economico e territoriale, l'appropriatezza delle prestazioni e il finanziamento sulla base della fiscalità generale (progressiva, cioè equa) ha tra le sue finalità primarie quella di promuovere l'avvicinamento tra situazioni regionali diverse, mirando a ridurre le disegualianze territoriali e le conseguenze di disparità di trattamento personali, non a cristallizzarle.

Il concreto funzionamento del riparto di competenze legislative e amministrative tra Stato e Regioni in sanità riflette la stretta implicazione tra protezione del diritto alla salute e organizzazione dei servizi connaturata ad un tale sistema. Questo rapporto di reciproco condizionamento trova una conferma evidente nella possibilità che la stessa determinazione dei livelli essenziali di assistenza e delle loro specificazioni possa comportare la posizione di standard organizzativi¹⁹ (gli esempi sono più che noti: dalla indicazione dei regimi appropriati di erogazione delle prestazioni, ricomprese nei livelli, alla specificazione degli standard ospedalieri; si tratta di presupposti che, d'altro canto, fondano la stessa possibilità di pervenire alla determinazione dei costi standard delle prestazioni)²⁰; ma ancor più tale implicazione è strutturale alla logica della potestà concorrente, come dimostra inequivocabilmente la definizione della questione, posta da alcune Regioni all'indomani della revisione del 2001, del rapporto tra tutela della salute e organizzazione sanitaria, risolto dalla Corte nel senso non della distinzione tra due materie separate, ma in quello della inclusione della seconda nella prima²¹. Da ciò può trarsi la conferma che, in sanità, i principi fondamentali della legislazione statale si siano sviluppati quali strumenti di garanzia e di attuazione dei principi fondamentali del Ssn e trovino nell'articolo 32 Cost. il proprio parametro di riferimento.

Si pensi al caso della c.d. libera professione intramuraria²², le cui regole di fondo costituiscono principi fondamentali ai sensi dell'art. 117, comma 3, in quanto posti a presidio di un delicato bilanciamento tra funzioni pubbliche e attività economica privata, programmazione e concorrenza, interesse pubblico all'esclusività del rapporto di lavoro e interesse pubblico alla qualità professionale dei medici dipendenti dal Ssn, e così via.

¹⁹ Il riconoscimento di tale possibilità in capo allo Stato, nonché delle relative condizioni procedurali (ovvero il ricorso alla medesima procedura di leale collaborazione prevista dalla legge per l'individuazione dei Lea), risale alla sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006 (rel. De Siervo), la quale ha trovato negli ultimi anni diverse conferme (si vedano ad es. le sentenze nn. 192 e 231 del 2017, rel. Cartabia) che hanno concorso a chiarirne altresì le condizioni sostanziali.

²⁰ Significativa a questo proposito la ponderata analisi di C. Pinelli, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti Supreme e Salute*, 2018, n. 3, ove si riconosce che le linee di tendenza dell'autonomia regionale in sanità osservabili negli anni successivi alla riforma del Titolo V abbiano confermato l'imprescindibilità di una organizzazione ultraregionale quale condizione di tenuta del sistema.

²¹ È stata particolarmente esplicita sul punto la sentenza n. 371 del 2008 (rel. Quaranta), la quale è stata sotto questo profilo ripetutamente confermata (negli anni più recenti cfr. ad es. le sentenze n. 54 del 2015, rel. Napolitano, e n. 231 del 2017, rel. Cartabia).

²² Oggetto della già menzionata sentenza n. 371 del 2008.

L'esigenza di strumenti di tenuta unitaria del sistema, necessari per adempiere all'obbligazione costituzionale di protezione della salute quale diritto fondamentale della persona e interesse della collettività, è una chiave di lettura essenziale e non scontata della regionalizzazione della sanità italiana, prevista già nel testo originario della Costituzione repubblicana e confermata nella revisione costituzionale del 2001²³: da un lato, conferma quanto la differenziazione tra territori sia un dato di partenza del sistema e tenda, ove non governata, ad espandersi, con effetti negativi in termini di eguaglianza nel godimento del diritto stesso; dall'altro, tuttavia, legittima una lettura "forte" della regionalizzazione del Ssn. 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 nazionale²⁴. Sotto questo profilo, la disposizione contenuta nello Statuto della Regione Piemonte, secondo cui (art. 9, comma 3) "il sistema sanitario regionale opera nel quadro del sistema sanitario nazionale" esprime un principio da ritenersi implicitamente applicabile alla generalità delle Regioni italiane.

Questa concezione della differenziazione, che presuppone una cornice comune di principi fondamentali, potrebbe costituire – e non solo in sanità – la base di partenza corretta per dare attuazione all'art. 116, comma 3, Cost., poiché invita, prima, a verificare quali siano gli oggetti sui quali la singola Regione nel governo del proprio servizio sanitario ha saputo operare con efficacia (nella direzione di una maggiore protezione del diritto) ed efficienza (nella direzione di un migliore impiego delle risorse, non solo finanziarie) e, poi, a individuare di conseguenza sia le innovazioni positive da disseminare nell'intero sistema, sia le forme di autonomia che possono consentire alla singola Regione di sviluppare ulteriormente questi stessi spazi di differenziazione²⁵. Laddove, il criterio-limite di questa maggiore autonomia non può che essere la conferma della sottintesa logica "win-win" tra interesse regionale e nazionale.

La farmacovigilanza, sulla quale peculiarmente si soffermano l'accordo preliminare e la bozza di intesa relative all'Emilia-Romagna, costituisce un caso esemplare: la maggiore capacità di controllo e gestione del farmaco da parte di una Regione va a vantaggio diretto della sua popolazione e indiretto della collettività nazionale, si muove nell'ambito dei principi statali sul sistema del farmaco, individua un modello virtuoso anche per altre realtà regionali, può preludere a maggiori spazi di autonomia nella organizzazione e gestione della distribuzione, anche al di là del modello che la legislazione statale indica alla generalità delle regioni. In una situazione di questo tipo, la differenziazione ex art. 116, comma 3, può consentire ad una Regione di far evolvere gli schemi imposti dalla legislazione statale e superarli a beneficio di

²³ Sulla regionalizzazione della materia sanitaria quale scelta del costituente, spunti ricostruttivi in R. Balduzzi, *Devolution e riforma della sanità*, in *Coscienza*, 2004, n. 1, pp. 15 ss.

²⁴ In tal senso, la stessa aziendalizzazione si è rivelata uno strumento di notevole rafforzamento della regionalizzazione, pur entro una dinamica di pesi e contrappesi tra "centralismo" regionale e autonomia aziendale e tra prerogative dell'indirizzo politico-amministrativo e autonomia tecnico-professionale della dirigenza apicale. Sul punto si rinvia a R. Balduzzi, *Sul rapporto tra regionalizzazione e aziendalizzazione in campo sanitario*, in *Quaderni regionali*, 2008, n. 3, pp. 1064 ss.

²⁵ Sottolinea condivisibilmente l'indefettibilità di questo tipo di valutazione C. Tubertini, *La proposta di autonomia*, cit., p. 324, riportandone la *ratio* anzitutto ai generali principi di ragionevolezza e proporzionalità.

un proprio modello organizzativo, ma sempre restando nell'ambito dei principi che fondano il Ssn e contribuendo, anzi, al loro dinamico rafforzamento.

Del resto, tornando al testo del programma di governo già menzionato, non si vede quale altra interpretazione dovrebbe avere la previsione, tutt'altro che incidentale da un punto di vista sostanziale, in base alla quale le richieste di maggiore autonomia debbano essere *motivatamente avanzate*.

4. Prime considerazioni sui contenuti delle bozze d'intesa concernenti la materia sanitaria: differenziazione tra Ssr o decostruzione del Ssn?

Sulla base di queste premesse e alla luce degli esempi fatti, è possibile prendere in considerazione alcune delle principali previsioni contenute nelle bozze di intesa.

In tema di personale, la previsione della possibilità, da parte di una regione, di superare i rigidi tetti attualmente stabiliti a livello statale dovrebbe comunque prevedere la coerenza con gli standard e i criteri metodologici nazionali concernenti i relativi piani di fabbisogno, oltre che subordinare tale facoltà al raggiungimento e al mantenimento dell'equilibrio economico. Per quanto concerne in particolare l'accesso alle scuole di specializzazione, *nulla quaestio* circa l'importanza e la delicatezza del tema, anche in considerazione delle profonde differenze tra le regioni in ordine alle forme di collaborazione tra Servizi sanitari regionali e Università: è proprio in ambiti come questi che l'esperienza di alcune regioni dovrebbe servire sia a diffondere le buone pratiche a beneficio di tutti, sia a permettere ad esse di consolidarla e svilupparla ulteriormente. Dovrebbe per contro essere chiaro che costituisce un problema di tutt'altra natura e di portata intrinsecamente nazionale la possibilità di individuare un *genus* ulteriore rispetto agli specializzandi, affiancando al contratto di formazione specialistica la figura del "contratto di formazione-lavoro". In proposito, oltre che stabilire procedure di selezione concorsuale e prevedere il finanziamento con risorse proprie della regione, dovranno essere definiti i compiti assegnabili a tali neo-laureati²⁶, nonché i caratteri del rapporto di lavoro propri al nuovo status professionale: infatti una tale disciplina interseca, a titolo prevalente, la materia dell'"ordinamento civile" e dunque una competenza esclusiva statale non devolvibile con il procedimento del regionalismo differenziato²⁷.

²⁶ Anche con riferimento ai principi contenuti nella recente sent. n. 249 del 2018 della Corte costituzionale (rel. Amato), sulla quale si veda la nota di A. Carminati in *Corti Supreme e Salute*, 2019, n. 1 (in corso di pubblicazione).

²⁷ Sul punto *contra*, sembra, G. Falcon, *Il regionalismo differenziato*, cit., p. 628, quando, propendendo per la praticabilità di entrambe le ipotesi formulate nella domanda, si chiede: «se si ammette che il legislatore ordinario (statale) possa coinvolgere le Regioni, in misura più o meno ampia, nell'amministrazione e nella legislazione delle materie statali esclusive, o almeno di alcune di esse, perché non lo potrebbe fare, al di là delle materie espressamente contemplate, anche il legislatore (statale) del regionalismo differenziato, che oltretutto delibera a maggioranza assoluta?». Si potrebbe obiettare che una cosa è riconoscere che l'attuazione dell'art. 116, comma 3 implichi la soluzione, all'interno della legge di differenziazione, di eventuali interferenze con materie che restano di competenza esclusiva statale; il che vorrebbe dire, a seconda dei casi, confermare espressamente e in via generale il vincolo che la competenza esclusiva statale genera nei confronti dell'esercizio della "nuova" competenza che la Regione acquisisce grazie alla clausola *de qua*, oppure – più opportunamente – specificare i modi e i termini di esercizio della nuova competenza che si considerano compatibili con quel vincolo e/o quelli che, invece, il vincolo

La materia dell'ordinamento civile "incrocia" anche altre disposizioni delle bozze di intese. Quella che riguarda la Regione Veneto, ad esempio, parrebbe aprire a forme di erogazione delle cure primarie svincolate dalle convenzioni nazionali con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta²⁸, secondo una soluzione che pare non praticabile anzitutto per il limite che essa trova nell'art. 117, c. 2, lett. f). La Corte costituzionale (da ultimo nella sentenza n. 186/2016, rel. Carosi), infatti, ha 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 rapporto convenzionale [...] è certamente parte»²⁹.

Quanto alle misure di compartecipazione alla spesa, la richiesta di uno spazio maggiore di modulazione delle stesse non può non essere correlata con le decisioni concernenti i cosiddetti fondi sanitari integrativi: per ragioni che gli esperti di sanità pubblica da molto tempo ben conoscono, i sistemi cosiddetti multi-pilastro presentano inefficienze, sprechi e complessiva

preclude; altra cosa è sostenere che l'interferenza, la quale certamente non può comportare il ritaglio a favore della Regione di oggetti ricompresi in una competenza esclusiva statale diversa da quelle considerate nel terzo comma del 116 (pena la violazione palese dei limiti letterali della disposizione costituzionale), possa autorizzare lo Stato a un esercizio della competenza esclusiva "differenziato" nei confronti della Regione medesima, con la fissazione, in ipotesi, di specifici limiti diversi da quelli validi per l'intero territorio nazionale, in quanto una simile soluzione si porrebbe in contrasto con la *ratio* stessa della riserva costituzionale allo Stato di determinate materie in via esclusiva, che risiede nella disciplina necessariamente unitaria di tali materie – tale da imporsi, in via generale, anche alle autonomie regionali speciali - in ragione della corrispondenza delle stesse a interessi nazionali infrazonabili. In altre parole: se la riserva di cui al secondo comma dell'art. 117 certamente non vieta che l'esercizio di siffatta potestà legislativa si traduca in un coinvolgimento di tutte le Regioni nell'amministrazione di tali materie, non soltanto per l'esecuzione della legge statale, bensì anche per l'assunzione di decisioni di portata propriamente nazionale (si pensi alla procedura di declaratoria dei livelli essenziali di assistenza); se è dubbio che tale riserva permetta di subordinare il coinvolgimento amministrativo delle Regioni alla soddisfazione di criteri predeterminati, purché validi per tutte le Regioni, la cui obiettiva applicazione si traduca in maggiori spazi amministrativi per alcune piuttosto che per altre; tale riserva sembra invece precludere strutturalmente la possibilità per lo Stato di dettare una disciplina su materie di competenza esclusiva valida per alcune e non per altre, se non con limitato riferimento agli oggetti per cui una simile prospettiva è autorizzata eccezionalmente dall'art. 116, c. 3, Cost. e deve risultare strettamente funzionale alla devoluzione di profili di competenza relativi a tali oggetti. In proposito, va precisato che il rinvio che l'art. 116, c. 3., fa ai commi dell'art. 117, tanto il secondo quanto il terzo, è finalizzato a individuare gli ambiti materiali di competenza soggetti a differenziazione. Ciò esclude non solo che, fuori da tali ambiti, possano essere accordate ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, ma anche che, all'interno di essi, la differenziazione consista nel trasferimento automatico e in blocco alla Regione della sottesa potestà legislativa statale: poiché una simile soluzione non soddisferebbe fondamentali esigenze di bilanciamento tra principio di autonomia e principio di unità, la differenziazione possibile ai sensi del comma 3 dell'art. 116 dovrebbe invece consistere nella puntuale riconfigurazione degli spazi e dei limiti della potestà legislativa regionale sugli oggetti materiali devoluti, che tenga conto, materia per materia, o meglio oggetto per oggetto, delle predette esigenze.

²⁸ Secondo indirizzi peraltro già presenti nel recente Piano socio-sanitario regionale approvato con l.r. Veneto n. 48/2018, cfr. spec. § 6 dell'allegato.

²⁹ Il potenziale superamento del modello convenzionale prospettato dalla bozza di intesa con la Regione Veneto risulta poi problematico sotto altri aspetti. L'istituto della Convenzione unica nazionale, infatti, costituisce la struttura portante del sistema dell'assistenza primaria. Tale assetto è parte integrante dei livelli essenziali di assistenza (cfr. da ultimo l'art. 4 del d.p.c.m. 12 gennaio 2017) e il connubio prestazioni-organizzazione appare come inestricabile anche perché collegato con l'altro principio fondamentale connesso strettamente con la tutela del diritto alla salute, cioè la libera scelta da parte del titolare del diritto. Da qui la necessaria inclusione del modello convenzionale tra i principi non derogabili nell'ambito della procedura di cui all'art. 116, c. 3, Cost.

minore qualità rispetto a un sistema quale quello italiano³⁰. Ne consegue che è assai problematico devolvere a singole regioni la facoltà di derogare al sistema costruito dalla legge n. 833 del 1978 e dalle riforme della medesima approvate nel 1992, 1993, 1999 e 2012³¹, senza una preventiva ampia discussione nazionale: trattandosi di una materia nella quale le interrelazioni regionali sono strettamente dipendenti dall'assetto di fondo del sistema, una *devolution* riferita a questo o quel territorio regionale non potrebbe che 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 (e anzi, stante il prevedibile carattere largamente sostitutivo e non meramente integrativo delle prestazioni coperte da tali fondi, generando duplicazioni e aggravando le disparità tra territorio e territorio, tra cittadino e cittadino). Inoltre, non sarebbe difficile scorgere nella combinazione di fondi sostitutivi, manovre sui ticket, regole "ammorbidite" quanto all'attività libero-professionale intramuraria e facoltà di assumere medici non in possesso di specializzazione né che abbiano stipulato un contratto di formazione specialistica, la possibile costruzione di un sistema "a doppio pilastro" assai squilibrato, nel quale la qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalla componente pubblica sarebbe inevitabilmente recessiva rispetto a quella realizzabile all'interno del settore privato³²: ma una siffatta situazione non sembrerebbe per nulla coerente con le premesse dell'inclusione della tutela della salute nel novero delle materie al cui proposito attribuire forme e condizioni particolari di autonomia.

Quanto infine alle richieste di una complessiva maggiore autonomia in tema di organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali, essa sta dentro la logica di fondo della regionalizzazione. Dunque, di per sé, la circostanza che quelle Regioni che possono vantare risultati comunque positivi, in termini di bilanciamento tra qualità dei servizi e risorse impiegate, vogliano accrescere l'autonomia organizzativa, va certamente valutata positivamente, con le sole limitazioni derivanti dalla necessità di precisare quali principi fondamentali organizzativi si intendano derogare: tenuto conto dello stretto legame tra la garanzia dei livelli essenziali di assistenza e l'esistenza di un'organizzazione nazionale (con le proprie coerenze di sistema), soltanto la precisazione circa gli oggetti specifici sui quali ottenere quella maggiore autonomia e circa gli standard nazionali e i principi fondamentali da intendersi come non derogabili varrebbe a ridurre il rischio che l'attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost. possa significare decostruzione dell'impianto e della logica del Servizio sanitario nazionale.

5. Qualche riflessione conclusiva.

³⁰ Per una complessiva ricostruzione della questione, cfr. F. Taroni, *Politiche sanitarie in Italia*, Roma, Il pensiero scientifico, 2011.

³¹ Da ultimo, per una lettura complessiva di questa evoluzione, possono vedersi i contributi di E. Balboni, V. Antonelli, D. Morana, B. Pezzini, C. Pinelli, F. Politi, F. Taroni al numero 3 del 2018 della rivista *Corti Supreme e Salute* (www.cortisupremeesalute.it).

³² Sarebbe allora questa la vera "secessione dei ricchi", la quale, diversamente da quanto emerge in E. Balboni, *Per scongiurare la "secessione dei ricchi"*, cit., non si lega soltanto alla questione (che si ritiene oggi superata o, comunque, preclusa dall'art. 119 Cost.) del c.d. residuo fiscale e, più estesamente, al tema dei maggiori o minori trasferimenti di risorse finanziarie a fronte delle nuove competenze, bensì deriverebbe dalla prospettiva di decostruzione del Ssn evidenziata nel testo.

Il rapporto tra sanità e regionalismo è, come noto, storicamente e giuridicamente complesso e la sua evoluzione ha mostrato tanto la “specialità” della materia, scaturita dalle fondamentali scelte istituzionali di attuazione dell’art. 32 Cost. compiute con la creazione del Servizio sanitario nazionale e con le successive riforme di settore, quanto la “paradigmaticità” della medesima, riconoscibile nell’origine e definizione al suo interno di soluzioni concettuali e istituzionali (dal nucleo incompressibile dei diritti ai livelli essenziali delle prestazioni) centrali per il complessivo funzionamento dello Stato regionale³³.

In quest’ottica, il “peso” della materia sanitaria nella versione del regionalismo differenziato attualmente emergente dalle bozze di intesa merita di essere attentamente valutato.

Tale peso va inteso anzitutto in ragione di quello che tale materia esercita nei bilanci regionali, del tutto incomparabile ad altre.

Esso rispecchia chiaramente un livello di regionalizzazione del comparto assai più avanzato di quello riscontrabile in altri settori interessati dalle richieste di differenziazione, il quale rappresenta una scelta sistemica inequivocabile fin dalla definizione del Servizio sanitario nazionale di cui all’art. 1 del d.lgs. 502/1992 come modificato nel 1999.

Poiché uno dei motori delle richieste di attivazione della clausola di differenziazione è l’aspirazione a disporre di maggiori risorse finanziarie, in sanità (dove il flusso di risorse è già elevato e sono minori sia il problema di acquisirne di aggiuntive mediante l’attrazione di nuove funzioni sia il problema di come disegnare un sistema di rapporti con lo Stato in cui sia più forte la capacità della Regione di trattenere o vedersi trasferire maggiori risorse per le funzioni attribuite) è naturale che le richieste di maggiore autonomia coincidano soprattutto con l’allentamento dei vincoli alla spesa.

Se il ragionamento si arrestasse qui, si potrebbe ritenere che, quasi per paradosso, in campo sanitario il regionalismo differenziato determini meno complicazioni che altrove, sia perché la differenziazione provocherebbe spostamenti di competenza più cospicui in altri settori sia perché i bilanci regionali avrebbero da guadagnare piuttosto con le nuove materie che con quella sanitaria. Sicché, una volta appurato il buono stato di salute dei bilanci sanitari delle Regioni proponenti l’attivazione della clausola³⁴, basterebbe tenere fermi alcuni limiti attinenti al coordinamento della finanza pubblica e osservare scrupolosamente tutti i principi dell’art. 119 Cost. per allontanare la prospettiva di un regionalismo differenziato rischioso per i conti pubblici e penalizzante la solidarietà nazionale³⁵.

³³ Sul tema si rinvia a R. Balduzzi, *La giurisprudenza costituzionale in materia sanitaria tra paradigma e deroga*, in Id., M. Cavino, J. Luther (a cura di), *La Corte costituzionale vent’anni dopo la svolta*, Torino, Giappichelli, 2011, pp. 175 ss., ove l’interpretazione del rapporto tra regionalismo e materia sanitaria, peraltro, muove da acquisizioni consolidate nella dottrina giuspubblicistica “specializzata” (v. G. Mor, *Il nuovo assetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale*, in *Sanità pubblica*, 1997, pp. 620 ss.; P.A. Capotosti, *I limiti costituzionali all’organizzazione e al funzionamento del S.S.N. nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in R. Balduzzi (a cura di), *Annuario DRASD 2010*, pp. 327 ss.)

³⁴ Secondo una impostazione, sotto questo profilo, analoga a quella dell’art. 116, c.3, come modificato dal d.d.l. cost. S.1429-D, XVII leg.

³⁵ Da questo punto di vista, sembra non valere, almeno per il settore sanitario, l’ottimismo espresso da Valerio Onida nell’intervista pubblicata sul *La Repubblica* del 15 febbraio 2019 circa la sostanziale assenza di rischi per la coesione sociale.

L'analisi condotta in questa sede porta tuttavia, come si è anticipato, a conclusioni più articolate. La necessità di concepire i limiti di esercizio dell'autonomia regionale in materia sanitaria nella dovuta coerenza con il rapporto implicazione tra organizzazione dei servizi e garanzia del diritto alla salute³⁶ rivela che ove la differenziazione trovasse vincoli finanziari forti e certi, ma vincoli sostanziali deboli e indeterminati, essa aprirebbe ad una prospettiva di possibile e probabile decostruzione del modello di tutela della salute proprio del Servizio sanitario nazionale.

Ciò implica l'opportunità di iniziare a riflettere su almeno due indicazioni che possono trarsi dal nostro discorso.

La prima si colloca nell'orizzonte della valutazione di ragionevolezza e proporzionalità della differenziazione. A questo proposito, se resta indefettibile un vaglio delle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia in relazione alla dimostrata capacità della Regione istante di dar buona prova d'esercizio della medesima nella situazione esistente, rivelandosi altrimenti immotivata e irragionevole la richiesta, ad esso potrebbe aggiungersi un esame puntuale dei margini di differenziazione che, *de iure condito*, la Regione potrebbe già praticare ed eventualmente non ha praticato. Questa seconda verifica costituirebbe un interessante *test* di proporzionalità delle richieste di differenziazione, nonché un utile accorgimento procedurale per arrivare a una più puntuale indicazione degli oggetti, dei criteri e dei limiti della differenziazione medesima³⁷.

Da qui muove la seconda indicazione. Infatti, nella materia sanitaria come nelle altre, la carenza più ricorrente nelle bozze d'intesa è proprio la incerta e generica individuazione, quando non l'assenza, dei predetti criteri e limiti di esercizio della maggiore autonomia concessa. Se una delle prospettive di maggiore interesse dell'attuazione dell'art. 116, c. 3, Cost. sta nella possibilità di definire, insieme alle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia anche più precisi confini e più efficaci meccanismi di raccordo tra competenze statali e regionali, l'orientamento emergente dalle trattative in corso non sembra adeguato a tale esigenza e, ove l'ulteriore elaborazione delle bozze d'intesa non riservasse novità su questo fronte, spetterebbe al Parlamento rimediare³⁸.

³⁶ Il quale a sua volta esprime con particolare intensità un vincolo di reciproco condizionamento che la Corte ha avuto modo di riconoscere in termini generali e in relazione ad altri settori, come quello scolastico: cfr. ad es. la sentenza n. 383 del 1998 (rel. Zagrebelsky).

³⁷ Sotto questo profilo, è significativo che nel dibattito di settore stia emergendo un orientamento, che trova riscontri anche presso le amministrazioni delle Regioni interessate o almeno una parte di queste, favorevole a trasfondere diverse previsioni contenute nelle bozze di intesa all'interno dell'elaborando Patto per la salute, in particolare con riferimento a quelle che rimuovono specifici limiti statali all'autonomia regionale e conferiscono maggiori margini di manovra nella gestione di singole funzioni. Se così fosse, si tratterebbe di una conseguenza indiretta del processo di attuazione in corso assai eloquente quanto alla corrispondenza di siffatte previsioni ad interessi generalizzati di tutte le Regioni e dei rispettivi SSR e non a specifiche esigenze delle Regioni richiedenti; sicché, per quanto riguarda la materia sanitaria, sarebbero ancora più forti i dubbi circa la necessità del ricorso alla differenziazione eccezionale ex art. 116, terzo comma, piuttosto che a procedimenti e forme resi già disponibili dalle norme costituzionali, dalla legislazione vigente, nonché dalle prassi che governano i rapporti Stato-Regioni.

³⁸ A questo riguardo, desta preoccupazione la disciplina dei rapporti tra legge statale e regionale stabilita nell'art. 7 delle bozze di intesa pubblicate dal Dipartimento per gli affari regionali, sul piano sia formale sia sostanziale. Infatti, l'ampia rimessione al legislatore regionale del potere di indicare le norme di legge statale derogate in forza dell'autonomia attribuita con la legge di differenziazione pare esprimere una concezione di tale fonte rinforzata quale mero strumento di deconstituzionalizzazione degli ambiti di competenza legislativa e non anche di individuazione dei principi statali per cui tale deroga sia consentita.

Se, con riferimento specifico alla materia sanitaria, si è argomentato che la finalità precipua di un sistema *nazionale* di tutela della salute è di ridurre le diseguaglianze tra territori e tra persone, sicché la tenuta unitaria del sistema, contro una sua decostruzione, corrisponde a un interesse non derogabile dalla procedura di differenziazione ex art. 116, c. 3, l'esigenza di orientare il regionalismo differenziato alla valorizzazione delle migliori espressioni dell'autonomia a beneficio dell'intera collettività nazionale e non solo di quella locale interessata vale per tutti gli ambiti materiali coinvolti e impone di precludergli percorsi di sviluppo che possano condurre, già nel medio periodo, all'aggravamento delle disparità territoriali in una direzione opposta e contraria a quella della coesione economico-sociale che trova tutela anche presso i trattati eurounitari.

In questo quadro, la necessità di garantire una partecipazione attiva delle Camere al procedimento di formazione della legge rinforzata (nel senso cioè di non limitare il loro intervento alla mera approvazione o non approvazione, o a modifiche attinenti ai soli profili "esterni" della legge) non deve essere concepita meramente come una opportuna compensazione del ruolo preminente del Governo e dell'esecutivo regionale nella elaborazione dell'intesa, bensì come la soluzione costituzionale più coerente con la natura delle ponderazioni di interessi di cui la legge si fa espressione: al Parlamento compete una visione d'insieme poiché è la legge dello Stato che ha il compito di assicurare le ragioni dell'unità, proprio perché esse comportano la necessità, connaturata ad uno Stato delle autonomie, di superare una generalizzata sovrapposizione tra uniformità e unità e, dunque, di distinguere gli spazi dell'autonomia da quelli della unità nazionale.