



Rivista N°: 3/2020
DATA PUBBLICAZIONE: 20/07/2020

AUTORE: Luca Dell'Atti*

TUTELA DELLA SALUTE E MODELLI DIFFERENZIATI DI GOVERNANCE. IL REGIONALISMO SANITARIO NELLA DIALETTICA FRA UNITÀ E AUTONOMIA

Sommario: 1. Il regionalismo sanitario alla prova della crisi. Note introduttive - 2. Il contesto: aziendalizzazione dei servizi e centralismo sanitario di scala regionale - 3. Uniformità, differenziazione e leale collaborazione in materia sanitaria. Un modello di soddisfazione negoziale e cooperativa delle esigenze unitarie - 4. La resa della differenziazione: una Repubblica, ventuno sistemi sanitari - 5. Segue: vera differenziazione o modelli fotocopia? - 6. Il regionalismo sanitario alle prese con l'art. 116, comma 3 Cost.: per un ragionevole compromesso fra differenziazione ed uniformità.

1. Il regionalismo sanitario alla prova della crisi. Note introduttive

La repentina diffusione in Italia del cd. nuovo coronavirus ha messo in luce alcune problematiche striscianti che affliggono – da ben prima che esplodesse l'emergenza virale – l'assetto dei rapporti Stato-Regioni, senz'altro uno dei luoghi più intricati del diritto costituzionale.

La conflittualità fra Governo centrale e taluni Presidenti regionali che ha, a più riprese, connotato la gestione di molti aspetti della crisi, ha messo in mostra – esacerbando o, semplicemente, offrendo una lente di osservazione sventuratamente privilegiata – talune delle lacune e contraddizioni che connotano il regionalismo italiano. L'esigenza di fronteggiare l'emergenza con soluzioni tempestive ed unitarie o, quanto meno, coordinate, ha riportato l'attenzione degli studiosi del regionalismo, per un verso, sull'assenza di una clausola espressa di unità o supremazia, e sull'ambiguità – seguita all'espunzione dal testo costituzionale dell'interesse nazionale – degli strumenti unitari a disposizione dello Stato e, parallelamente, sulla debolezza strutturale delle istituzioni della leale collaborazione, che finiscono spesso per risolversi in garanzie meramente procedurali più che sostanziali¹. Di qui, pienamente in linea con

* Dottore di ricerca in Principi giuridici ed istituzioni fra mercati globali e diritti fondamentali presso l'Università degli Studi di Bari Aldo Moro.

¹ Di tali questioni discuto, se si vuole, in *Le fonti della crisi. Esigenze unitarie e garanzie costituzionali nel governo della crisi da CoVid-19* (con G. NAGLIERI), in *BioLaw Journal*, 2/2020, al §3.

L'Associazione Italiana Costituzionalisti è iscritta al Registro Operatori della Comunicazione dal 9.10.2013 col n. 23897. La Rivista AIC è registrata presso il Tribunale di Roma col n. 339 del 5.8.2010 — Codice ISSN: 2039-8298 (on-line). Rivista sottoposta a referaggio — Rivista inclusa nella classe A delle Riviste scientifiche dell'Area 12 - Scienze giuridiche. Direttore Responsabile: Prof. Gaetano Silvestri — Direttori: Prof. Felice Giuffrè, Prof.ssa Elisabetta Lamarque, Prof. Alberto Lucarelli, Prof. Giovanni Tarli Barbieri.

quanto accaduto dopo la crisi del 2008, il tentativo delle istituzioni statali di cercare soluzioni *praeter constitutionem* per assolvere alle esigenze unitarie e la considerazione per cui il buon esito delle procedure collaborative – e, sullo sfondo, la tenuta dell’assetto delle relazioni Stato-Regioni – è in definitiva rimesso alla *goodwill* degli esecutivi, sia centrale che regionali.

Con specifico riguardo al governo multi-livello della sanità, l’emergenza connessa al dilagante contagio del virus ha messo in evidenza i due tratti caratteristici del vigente assetto del Servizio Sanitario Nazionale (d’ora innanzi SSN): la differenziazione regionale ed il protagonismo dell’ente Regione. La necessità di reperire in tempi rapidissimi posti letto ordinari, intensivi e sub-intensivi per i contagiati con sintomi gravi ha dato atto, fra l’altro, delle diverse funzioni svolte dall’ente Regione nell’ambito del proprio sistema sanitario, come pure del diverso ruolo delle ASL, delle aziende ospedaliere e dei soggetti privati accreditati nell’erogazione di servizi ospedalieri; i distinguo e le fughe in avanti di alcuni Presidenti regionali sull’utilizzo di tamponi, test sierologici, dispositivi individuali di sicurezza, farmaci anti-virali reputati utili a contrastare il corona-virus e su tempi e modalità di uscita dal *lockdown* per entrare nella fase della cd. convivenza con il virus, hanno messo in luce il protagonismo del circuito politico-istituzionale regionale nella materia in commento, in cui gioca un ruolo non marginale l’inevitabile sovraesposizione istituzionale e politica tipica di ogni sistema elettorale diretto di organi monocratici.

I diversi approcci regionali al contenimento e al contrasto della diffusione del CoVid-19 – su cui si tornerà brevemente più avanti (§4) – non fanno, come tali, oggetto del presente contributo, ma rendono forse utile tornare ad interrogarsi sugli esiti e sulle prospettive della differenziazione territoriale in un settore in cui le esigenze di eguaglianza imposte dall’art. 3 Cost. sono, più che in altri, evidenti.

L’attualità di tali interrogativi è altresì evidente ove si consideri che il dibattito costituzionale degli ultimi due anni è stato in gran parte occupato dall’iter di attivazione dell’art. 116, comma 3 Cost. da parte di Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna: poiché nelle istanze di maggiore autonomia delle tre Regioni del nord Italia rientra anche la materia sanitaria, è opportuno vagliare gli effetti che il regionalismo sanitario ha prodotto in un regime costituzionale (ancora) simmetrico, sì da poter offrire ulteriori spunti di riflessione al dibattito sull’autonomia differenziata.

Premessi cenni sui due fondamentali filoni che hanno guidato le riforme del SSN a partire dal 1992 (§2), si procede all’analisi della complessa dialettica fra uniformità, differenziazione e leale collaborazione – tipica di ogni ordinamento policentrico – declinata nell’ambito sanitario (§3). Si analizzano, poi, gli esiti della differenziazione regionale in materia, ricorrendo ad analisi afferenti non solo alle scienze giuridiche ma anche a quelle economiche (§§4 e 5), per porre, in conclusione, taluni interrogativi circa opportunità e utilità di un’ulteriore differenziazione (§6).

2. Il contesto: aziendalizzazione dei servizi e centralismo sanitario di scala regionale

La storia normativa dell'assetto di governo della sanità si snoda attorno a quattro provvedimenti fondamentali: la l. 833/1978 istitutiva del SSN, il d.lgs. 502/1992 (cd. decreto Amato o riforma *bis*), il d.lgs. 229/1999 (cd. decreto Bindi o riforma *ter*), la l. cost. 3/2001.

Col secondo dei richiamati provvedimenti si procedeva alla prima corposa riforma del SSN, nel duplice e coerente senso della regionalizzazione dell'amministrazione sanitaria e della aziendalizzazione del modello di gestione ed erogazione dei servizi, specialmente sul versante ospedaliero. Riguardo al primo profilo, va specialmente sottolineato che la regionalizzazione di cui si tratta va intesa nel senso di un sensibile rafforzamento del ruolo dell'ente Regione che «diventa protagonista dell'amministrazione sanitaria»²: se, sotto le previsioni della l. 833/1978, il contributo regionale era configurabile come mera amministrazione indiretta³, col d.lgs. 502/1992 la Regione assume la responsabilità della «disciplina in ordine a tutti i più rilevanti aspetti di funzionamento e di organizzazione delle AUSL»⁴ e delle principali voci di spesa del comparto sanitario⁵.

Col decreto Bindi si procedeva, poi, ad un riordino del sistema: con tale riforma – autorevolmente criticata per avere creato un «servizio sanitario imperiale, ordinato come una piramide [...] che risponde forse ai bisogni di governo del centro» ma indifferente a quelli delle comunità territoriali⁶ – il legislatore cercò, invece, una bilanciata soluzione di compromesso, per un verso riaprendo uno spazio di intervento per i Comuni, tagliati fuori dalla gestione della sanità dalla riforma del 1992, e, per altro, razionalizzando – senz'altro limitandole in ragione di una normativa statale alquanto dettagliata – le competenze regionali⁷. Il protagonismo

² L. CUOCOLO, A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 23 settembre 2013, 5.

³ Le competenze regionali si limitavano, sotto il vigore della l. 833/1978, all'individuazione dell'ambito territoriale delle USL nel rispetto della legislazione quadro statale e alla pianificazione sanitaria tesa all'eliminazione degli squilibri territoriali interni. Le Regioni, insomma, erano «solo in grado di emanare delle norme di attuazione della legislazione statale, norme sostanzialmente regolamentari emanate sotto forma di legge» (G. MOR, *Il nuovo assetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale*, in *Sanità pubblica*, 6/1997, 620).

⁴ L. CUOCOLO, A. CANDIDO, op. cit., 5. Ricordano gli AA. come alle Regioni si attribuiva, fra l'altro, la competenza a definire «il ridimensionamento del numero delle Unità sanitarie, cui corrisponde l'estensione dell'ambito territoriale di operatività delle medesime [...], l'articolazione delle Unità in Distretti, il finanziamento delle Unità ed i sistemi di controllo sulle medesime».

⁵ Ma vi è di più: non solo le Regioni divenivano il centro di spesa del sistema sanitario ma acquisivano un certo spazio di autonomia finanziaria. Accanto al fondo sanitario nazionale, infatti, trasferito dal centro per finanziare i SSR, le Regioni venivano abilitate a ricorrere a forme di auto-finanziamento volte «all'erogazione di livelli di assistenza sanitaria superiori a quelli uniformi [...], all'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti come base per la determinazione del parametro capitaro di finanziamento [...], nonché agli eventuali disavanzi di gestione delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato» (art. 13 d.lgs. 502/1992).

⁶ S. CASSESE, *Stato e mercato: la sanità*, in AA.VV. (a cura di), *Il governo della sanità*, Milano, Franco Angeli, 1999, 21.

⁷ E. GRIGLIO, *La sanità «oltre» le Regioni. Il superamento della dimensione territoriale statica e la riscoperta del ruolo dei Comuni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, Il mulino, 2009, 238-9.

dell'ente Regione, però, non veniva affatto stravolto⁸, trovando, anzi, completamente⁹: il SSN veniva, infatti, definito come il «complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali» ed il Piano sanitario regionale acquisiva un ruolo centrale nel sistema di programmazione «a cascata», con una peculiare attenzione all'attitudine del decisore politico regionale di cogliere e, pertanto, soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale¹⁰. La l. cost. 3/2001, infine, completava anche sul piano legislativo il ribaltamento realizzato nel decennio appena conclusosi¹¹, ampliando l'ambito di autonomia legislativa regionale nella materia in discorso: pur confermandone l'inquadramento nella competenza concorrente, la novella del 2001 estendeva la portata oggettiva di una materia che, da «assistenza sanitaria e ospedaliera», diveniva «tutela della salute»¹². L'ondivaga evoluzione successiva registra la complessa opera di sistematizzazione della riforma del 2001, tendenzialmente volta – in questo come in altri settori – a legittimare taluni interventi apparentemente intrusivi dello Stato nelle nuove, ma spesso problematicamente definibili¹³, competenze regionali, in linea di massima avallati dalla giurisprudenza costituzionale¹⁴.

⁸ Osserva F. SAITTA, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in *Le istituzioni del federalismo*, 3-4/2018, 797 che «senza mettere in discussione la piena responsabilità delle Regioni e delle direzioni aziendali nel governo della sanità, il c.d. «decreto Bindi» ha prospettato un loro esercizio più partecipato, a favore del quale sono state addotte ragioni non solo di democraticità, ma anche di efficacia: l'esperienza concreta dimostra [...] che senza il coinvolgimento ed il consenso dei vari attori interessati, i processi programmatori e valutativi non riescono a conseguire i loro obiettivi».

⁹ L. CUOCOLO, A. CANDIDO, op. cit., 6-7.

¹⁰ L'art. 13 d.lgs. 502/1992, come modificato dall'art. 1, comma 1 d.lgs. 229/1999, qualifica infatti il Piano sanitario regionale come «piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano sanitario nazionale».

¹¹ L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, Milano, Giuffrè, 2005, 22 ss.

¹² La materia «tutela della salute» ha acquisito, sulla scorta della vasta opera della Corte costituzionale volta a definirne i contenuti, un'estensione oggettiva alquanto ampia: per un verso, questa «non riguarda solo gli aspetti «acuti» di protezione del diritto, ma anche le altre attività di prevenzione e di cura che mirano al benessere fisico e psichico della popolazione» (L. CUOCOLO, A. CANDIDO, op. cit., 10); per altro, si estende «a tutti i profili che possono incidere sulla tutela della salute (sia come diritto, sia come interesse della collettività) anche se privi di una valenza propriamente assistenziale» e, dunque, fra l'altro, a «profili organizzativi e gestionali della sanità regionale, [...] l'organizzazione del servizio farmaceutico, [...] l'appropriatezza delle pratiche terapeutiche» (D. MORANA, *La tutela della salute*, cit., 3-4). Per doviziose analisi della materia in commento, con particolare riferimento alla giurisprudenza costituzionale successiva alla riforma del Titolo V, v. R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARRE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè, 2002, 11 ss.; A. CELOTTO, *La materia sanitaria nell'ambito delle competenze legislative regionali del nuovo art. 117 Cost.*, in *L'Arco di Giano*, 32/2002, 31 ss.; D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana. Profili sistematici*, Milano, Giuffrè, 2002, spec. 95 ss.; C. FASONE, *Tutela della salute (art. 117.3)*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO (a cura di), *Le materie dell'art. 117 nella giurisprudenza costituzionale dopo il 2001*, Napoli, Editoriale scientifica, 2005, 283 ss.; C. TUBERTINI, *Stato, regioni e tutela della salute*, in A. PIOGGIA, L. VANDELLI (a cura di), *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, Bologna, Il mulino, 2006, 209 ss.; D. MORANA, *Tutela della salute*, in G. GUZZETTA, F.S. MARINI, D. MORANA (a cura di), *Le materie di competenza regionale. Commentario*, Napoli, Editoriale scientifica, 2015, 583 ss.

¹³ Sulle problematiche legate al riparto materiale di competenze, inevitabile il rinvio a S. MANGIAMELLI, *Le materie di competenza regionale*, Milano, Giuffrè, 1992.

¹⁴ In particolare, si è trattato di consentire l'assorbimento della potestà legislativa sui profili organizzativi in ambito sanitario – potenzialmente inquadrabili nella competenza residuale regionale – negli altri titoli competenziali rilevanti in materia e, cioè, la competenza esclusiva dello Stato in materia di LEA e la competenza concorrente in materia di «tutela della salute» (di cui si è già detto: cfr. *supra*, nota 17). I congegni concreti utilizzati dalla Corte costituzionale per assicurare allo Stato un certo spazio di ingerenza sono stati, rispettivamente, la qualificazione dei LEA come materia trasversale, pertanto in grado di «tagliare» le altre competenze (cfr., su tutte, Corte cost.,

Negli anni successivi alla crisi finanziaria e poi economica del 2008, è aumentato – anche nella materia *de qua* – il rilievo, nello scioglimento dell'intreccio di attribuzioni, della potestà concorrente “coordinamento della finanza pubblica” e di quella “armonizzazione dei bilanci pubblici” – frattanto divenuta esclusiva – allo scopo di realizzare la stretta sui dei bilanci interni derivante dalla necessità di adeguamento dell'ordinamento italiano al cd. *fiscal compact* e ai consimili provvedimenti di matrice europea, nonché al conseguente nuovo vincolo costituzionale di equilibrio contabile nei bilanci dello Stato e degli altri enti territoriali¹⁵. La tensione fra *governance* statale delle politiche di bilancio e autonoma potestà normativa regionale in materia sanitaria ha messo in luce uno dei caratteri tipici dei diritti di prestazione, tornando a sollevare il quesito circa la condizionabilità finanziaria o meno degli stessi; inoltre, ha sospinto le Regioni a rivedere l'organizzazione interna degli assetti di *governance* sanitaria, dando vita ad un processo di ri-centralizzazione, ma su scala regionale, del sistema sanitario¹⁶, se pure in gran parte dovuto alla stretta finanziaria proveniente (non tanto) dallo Stato (quanto dall'Unione Europea)¹⁷.

282/2002), e l'assorbimento dell'ambito di competenza residuale “assistenza ed organizzazione sanitaria” entro quello concorrenziale “tutela della salute”, in applicazione del canone di prevalenza (ad es. nelle sentt. 181/2006 e 270/2005). La prevalenza, in particolare, è uno dei vari canoni studiati dal giudice delle leggi per risolvere le ipotesi di concorso (o concorrenza) di competenze che si verificano quando un dato oggetto di disciplina ricade contestualmente sotto la portata di diversi titoli competenziali, legittimando l'intervento del legislatore statale (sia a titolo esclusivo che concorrente) che di quello regionale (sia a titolo concorrente che residuale). Il criterio della prevalenza, assegnando la titolarità legislativa interamente all'unico titolo competenziale ritenuto prevalente nel caso concreto, ne taglia fuori gli altri: si tratta, insomma, di un criterio risolutivo particolarmente efficace poiché scioglie in modo *tranchant* il nodo del concorso competenziale ma, proprio, per questo, non del tutto garantista delle attribuzioni costituzionali (cfr. E. BUOSO, *Concorso di competenze, clausole di prevalenza e competenze prevalenti*, in *Le regioni*, 1/2008, 61 ss.). Quanto, poi, ai LEP genericamente intesi come materia trasversale non è possibile riportare la vastissima produzione sia giurisprudenziale che dottrinale, ma qualche riferimento, con specifico riguardo ai livelli essenziali in materia sanitaria, è nel §4.

¹⁵ La produzione sulle conseguenze della crisi economica sull'autonomia normativa, finanziaria e organizzativa delle Regioni è vastissima. Fra i molti si rinvia a G. FALCON, *La crisi e l'ordinamento costituzionale*, in *Le regioni*, 1-2/2012; e S. MANGIAMELI, *Le Regioni italiane tra crisi globale e neocentralismo*, Milano, Giuffrè, 2013.

¹⁶ Sulla torsione centralistica regionale della sanità v. M. MENEGUZZO, C. CUCCURULLO, *Ricentralizzazione delle Regioni ed autonomia delle aziende sanitarie: le tendenze in atto nell'era del federalismo sanitario*, in AA.Vv. (a cura di), *Bisogni, risorse e nuove strategie. Rapporto CEIS Sanità 2003*, Roma, Italtpromo, 2003, 153 ss.; e M. MENEGUZZO, L. RONCETTI, A.G. ROSSI, *Ricentralizzazione delle Regioni (grip back) ed aziende sanitarie; centrali di acquisto e servizi in rete*, in AA.Vv. (a cura di), *Sostenibilità, equità e ricerca dell'efficienza. Rapporto CEIS Sanità 2004*, Roma, Italtpromo, 2004, 241 ss.

¹⁷ Per osservare al meglio tali fenomeni è inevitabile il ricorso alla teoria del governo multi-livello grazie alla quale, pur non potendosi registrare la totale evanescenza dei confini normativi statuali, è possibile leggere le relazioni fra ordinamenti europeo, nazionali e regionali in ottica dinamica, fluida ed integrata. La comunicabilità fra i diversi livelli è resa possibile, fra l'altro, dalla diffusione, dapprima a livello sovranazionale, poi domestico, di tecniche simili nella gestione dei processi decisionali e dei rapporti multi-livello. Si pensi, su tutti, ai canoni mobili di allocazione ed esercizio delle competenze che sono la sussidiarietà e la leale collaborazione i quali, sorti nell'ordinamento comunitario, sono diffusamente circolati, penetrando, sia a mezzo di revisioni costituzionali formali che di flessioni sostanziali degli assetti costituzionali, negli ordinamenti statali. Sul ruolo dell'UE nella diffusione dei canoni in commento v., rispettivamente, A. SPADARO, *Sui principi di continuità dell'ordinamento, di sussidiarietà e di cooperazione fra Comunità/Unione europea, Stato e Regioni*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1994, 1041 ss.; e G. ROLLA, *L'evoluzione del principio unitario dall'unificazione alla Repubblica*, in *Quaderni costituzionali*, 3/2011, 913 ss.; P. CIARLO, *Le nuove Regioni: vocazione all'economia territoriale, crisi del criterio di competenza e contrattualismo politico*, in *Nuove autonomie*, 6/2001, 776-7.

Parallelamente, l'aziendalizzazione del SSN – consistente nell'utilizzo di strutture, criteri e metodi tipici dell'attività economica privata nel governo pubblico del settore sanitario¹⁸ – fu senz'altro animata dall'esigenza di risolvere talune criticità emerse nell'assetto disciplinato dalla l. 833/1978 la quale delineava un sistema sanitario capillarmente articolato in Unità Sanitarie Locali; queste, nella *ratio* del controllo democratico sull'erogazione dei servizi sanitari, erano soggette alla sorveglianza del Comune (o dei Comuni, in caso di dimensione territoriale sovra-comunale dell'Unità) di riferimento. La riscontrata inefficacia di un siffatto controllo¹⁹, le incertezze nella configurazione giuridica delle USL²⁰ e l'esigenza di una maggiore chiarezza nella separazione fra politica e *management*²¹ determinarono il legislatore a trasformare le Unità in Aziende autonome, rette da una struttura gestionale di stampo imprenditoriale-privatistico e da canoni di gestione tipicamente aziendalistici, quali l'efficacia, l'efficienza e l'economicità delle misure e delle azioni adottate²².

Ebbene, fra aziendalizzazione e regionalizzazione dei servizi sanitari vi è un'impostazione culturale di fondo. L'efficientamento dei servizi sanitari²³ che si cercava col primo versante di riforma è strettamente correlata alla logica di responsabilizzazione dei vertici politici e

¹⁸ L'aziendalizzazione non va confusa, naturalmente, con la privatizzazione, consistente, invece, nella cessione al privato di attività svolte da enti pubblici. L'accesso di soggetti privati – anche a scopo di lucro – nel settore sanitario è, infatti, previsto e consentito ma nell'ambito del regime fortemente pubblicistico dell'accreditamento. Come si vedrà (§§4 e 5), proprio sul ruolo dei privati nell'erogazione dei servizi ospedalieri è dato registrare una certa differenza nei modelli adottati dalle Regioni.

¹⁹ Secondo A. TANESE, *I sistemi sanitari regionali verso il federalismo. Appunti per una riflessione sull'evoluzione del SSN*, in A. D'ADAMO (a cura di), *La formazione manageriale. Il motore dello sviluppo in sanità*, Roma, Aracne, 2011, 24, il SSN, per come delineato nella l. 833/1978, «poggiava [...] su un sistema di *accountability* e di sostenibilità molto fragile, affidato alla sola "iniziativa locale", senza vincoli perentori di effettiva adozione dei sistemi di programmazione e controllo pur previsti dalla Legge».

²⁰ Fra i due profili vi è una chiara connessione: in ragione della ambigua configurazione dei rapporti giuridici fra Comuni e USL – connotati da «confusione tra l'ente strumentale e l'ente territoriale di riferimento [...], sovrapposizioni di competenza [e] influssi politici sulle unità sanitarie» (L. CUOCOLO, A. CANDIDO, op. cit., 6) – queste ultime erano divenute di fatto enti autonomi ma privi di controlli sulla gestione (così G. FALCON, *Unità sanitaria locale*, in M.S. GIANNINI, G. DE CESARE (a cura di), *Dizionario di diritto sanitario*, Milano, Giuffrè, 1984, 593-6). Nello stesso senso cfr. pure E. MENICETTI, *L'aziendalizzazione dell'organizzazione del Servizio sanitario: l'azienda USL nelle attuazioni regionali*, in A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Milano, Franco Angeli, 2008, 23.

²¹ Si tratta di un tema classico del diritto amministrativo. Fra i molti, v., per una declinazione del tema in ambito regionale A. PATRONI GRIFFI (a cura di), *Il governo delle regioni tra politica e amministrazione. Principi e modelli nei settori qualità delle regole, sanità, ambiente e territorio*, Torino, Giappichelli, 2007; per un recente focus sulla prospettiva organizzativa e manageriale del rapporto in commento M. RIDOLFI, *La distinzione tra politica e amministrazione nella struttura e nell'organizzazione della P.A.*, in *Rivista italiana di public management*, 1/2019 (2), 97 ss.; infine, con particolare riferimento al sistema sanitario, si rinvia ai contributi contenuti nella colletanea di studi amministrativisti *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario*, cit.

²² In linea, del resto, con la più ampia riforma avente ad oggetto tutte le pubbliche amministrazioni realizzata con la l. 241/1990, al cui art. 1, comma 1 si legge, com'è noto, che «L'attività amministrativa [...] è retta da criteri di economicità, di efficacia [...]». Per un'analisi completa sulla declinazione costituzionale di detti canoni, che rientrano sotto la portata prescrittiva del principio di buon andamento dell'attività amministrativa di cui all'art. 97 Cost., v. G.M. SALERNO, *L'efficienza dei poteri pubblici nei principi dell'ordinamento costituzionale*, Torino, Giappichelli, 1999.

²³ Tale obiettivo, in particolare, non va sottovalutato poiché gli anni della prima riforma del SSN sono gli stessi della ratifica ed entrata in vigore del Trattato di Maastricht: si tentava, cioè, di perseguire il rientro nei parametri di controllo della spesa pubblica e di rapporto equilibrato fra debito sovrano e PIL anche tramite l'efficientamento delle pubbliche amministrazioni, da realizzarsi, quest'ultimo, per mezzo della responsabilizzazione dei vertici politici e dirigenziali. In materia sanitaria in particolare G. TURATI, *Pubblico e privato nel sistema di welfare*, in G. CERRINA FERRONI, M. LIVI BACCI, A. PETRETTO (a cura di), *Modelli istituzionali e di governance della sanità regionale*,

dirigenziali territoriali, frattanto riforniti di maggiori responsabilità attraverso il secondo versante. Tale processo è evidente, ad esempio, nella attribuzione ai Presidenti regionali della nomina dei direttori generali delle ASL, a loro volta chiamati a nominare il direttore sanitario e quello amministrativo. Il circuito democratico che informa la pubblica amministrazione si riarticolava, dunque, su di un rapporto separato ma più chiaro fra vertici manageriali del comparto sanitario e vertici politici degli enti territoriali (anzi tutto delle Regioni), i primi responsabili per la gestione avanti ai secondi; questi ultimi politicamente responsabili avanti ai rispettivi organi rappresentativi e, più ancora, in ragione dell'investitura popolare diretta, avanti alle relative frazioni di elettorato²⁴.

Sul profilo proprio della gestione dei servizi, l'aziendalizzazione è consistita nell'adozione del modello del "quasi mercato", sulla scorta dell'esperienza inglese e olandese, incentrato sulla scissione fra produttore (il soggetto che eroga il servizio al pubblico) e assicuratore (il soggetto che remunera il produttore), dapprima unificati nella USL e, dopo il 1992, scissi, rispettivamente, nella singola azienda ospedaliera (o altro soggetto pubblico o privato) e nella ASL. A governare i rapporti fra i due soggetti si introduceva un vero e proprio sistema di prezzi definiti, a monte, in ragione delle tariffe pre-determinate per ciascun Raggruppamento Omogeneo di Diagnosi (DRG nell'originario acronimo inglese) e, a valle, calcolati in concreto sulla base della Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO). Poiché si rilasciava alle Regioni la possibilità, nell'ambito della normativa quadro statale, di «fissare un proprio tariffario, specificamente tagliato sulle esigenze locali di politica sanitaria», queste si configuravano come i veri «regolatori del sistema»²⁵, a conferma della logica comune alla base dei processi di aziendalizzazione e regionalizzazione del SSN.

Sempre non per caso, la riforma del 1999 che, rispetto ai rapporti multi-livello procedeva alla razionalizzazione delle competenze regionali, sotto il profilo della struttura gestionale della sanità virava verso «un modello con più "concertazione", con la definizione di un budget [...], con un depotenziamento del ruolo delle tariffe e con una chiara avversione alla separazione tra produttori e assicuratori», conservando, però, alle Regioni «ampi margini di manovra nell'organizzazione dei servizi»²⁶.

Pertanto, l'apertura alla differenziazione nel governo della sanità – vale a dire la possibilità di determinare assetti amministrativi e organizzativi differenziati Regione per Regione –,

Firenze, Cesifin online, 2017, 15. Più in generale S. MANGIAMELI, *Crisi economica e distribuzione territoriale del potere politico*, in questa Rivista, 4/2013, 26.

²⁴ Si osservi che anche nelle ipotesi di commissariamento delle Regioni soggette a Piano di rientro, di solito il commissario è individuato nello stesso Presidente della Regione *pro tempore* a significare, probabilmente, che il ricorso all'istituto è in concreto animato, più che da intenti afflittivo-sanzionatori, dalla medesima logica della responsabilizzazione del vertice politico regionale che – pur con i notevoli limiti che discendono dal regime di commissariamento ed eventualmente affiancato da subcommissari tecnici – rimane il responsabile apicale del SSR. Naturalmente questa prassi soffre eccezioni considerato che il commissariamento, in quanto istituto straordinario volto a riportare il SSR alla "normalità" sul piano economico-finanziario e su quello dell'erogazione dei LEA è, per sua natura, flessibile: il commissariamento di Regione Calabria, ad esempio, dapprima affidato all'allora governatore Scopelliti, è stato successivamente affidato a personalità esterne agli organi di governo regionali (la documentazione relativa è consultabile su www.salute.gov.it).

²⁵ G. TURATI, op. cit., 16.

²⁶ *IBID.*, 17.

su cui l'aziendalizzazione ha avuto un ruolo non marginale²⁷, va fatto risalire al decreto Amato, per come razionalizzato e corretto dal successivo decreto Bindi²⁸, non già alla più tarda novella costituzionale²⁹ per la quale, anzi, si può dire che le riforme del comparto salute degli anni Novanta abbiano fatto da "apripista"³⁰.

3. Uniformità, differenziazione e leale collaborazione in materia sanitaria. Un modello di soddisfazione negoziale e cooperativa delle esigenze unitarie

Il governo multi-livello della salute non solo ha anticipato il più generale ampliamento dell'autonomia regionale che sarebbe stato realizzato con la riforma Bassanini e con la di poco successiva revisione costituzionale, ma rappresenta anche la punta più avanzata dell'evoluzione delle pratiche cooperative Stato-Regioni. Di qui l'esigenza di dedicare qualche considerazione all'assetto dei rapporti e degli strumenti di raccordo fra Stato e Regioni nella materia *de qua*, che paiono oltretutto utili ai fini delle valutazioni che si proveranno a trarre in via di conclusione in ordine all'iter attuativo dell'art. 116, comma 3 Cost.

Il principio cooperativo (o di leale collaborazione), sorto nella prassi della gestione dei rapporti Stato-Regioni ben prima della sua inserzione nel testo costituzionale ad opera della l. cost. 3/2001³¹, risponde alla necessità di tenere adeguatamente conto delle esigenze di uniformità della normativa e dell'amministrazione su tutto il territorio nazionale e, d'altra parte, di quelle di differenziazione, volte a valorizzare le peculiarità territoriali nei vari ambiti di politiche pubbliche. Tali esigenze, apparentemente contrapposte, corrispondono funzionalmente ai due principi di unità ed autonomia iscritti all'art. 5 Cost. Sicché, il principio cooperativo, pur non espressamente nominato dalla lettera della disposizione citata³², rappresenta il presupposto

²⁷ R. BALDUZZI, *Sul rapporto tra regionalizzazione e aziendalizzazione in campo sanitario*, in *Quaderni regionali*, 3/2008, 1064 ss.

²⁸ Per tale sottolineatura, ad es., M.S. BONOMI, *Il diritto alla salute e il Sistema Sanitario Nazionale*, in *federalismi.it*, 5/2014.

²⁹ Cfr. D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio costituzionale*, 1/2018, 3-4: «La novella del 2001 consolida, quindi, sul piano costituzionale, la tendenza alla riunificazione dell'intera materia sanitaria che la legislazione ordinaria aveva già anticipato», garantendo «adeguata copertura costituzionale al favor, già espresso dal legislatore ordinario, nei confronti di un SSN immaginato come sistema di servizi sanitari regionali ai quali corrispondono distinti centri di produzione normativa». Nello stesso senso, subito dopo l'entrata in vigore della riforma, R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in *Quaderni regionali*, 2002, 67. Come scrive C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 3/2018, 4, «le ricadute della legge costituzionale del 2001 sono state nulle, e oggi se ne comprendono meglio le ragioni. Se è vero, infatti, che nel 2001 non si è fatto altro che stabilizzare sul punto lo *status quo ante*, si direbbe che nel periodo intercorso da allora la differenziazione dei modelli si sia definitivamente consolidata».

³⁰ Scrive F. MAINO, *La regionalizzazione della sanità italiana negli anni Novanta*, in *Il politico*, 4/1999, 583: «Tra le politiche sociali proprio la sanità, nel contesto italiano, ha avuto storicamente il curioso destino di anticipare o affiancare le svolte istituzionali riferite all'articolazione territoriale dello Stato».

³¹ Il legislatore costituzionale è stato, invero, alquanto parco nell'opera di costituzionalizzazione di un principio tutt'altro che ignoto alla legge ordinaria, alla prassi dei rapporti Stato-Regioni e, soprattutto, alla giurisprudenza costituzionale.

³² Ciò nondimeno, la Corte costituzionale ha da tempo individuato il fondamento costituzionale della leale collaborazione proprio nell'art. 5 Cost. (cfr. Corte cost., 470 e 1067/1988; 19 e 242/1997; 478/2002). Per l'analisi

logico (prima che giuridico) che consente alla tensione fra unità e autonomia di dipanarsi in senso complementare e non conflittuale: nelle sedi del dialogo inter-istituzionale, per tramite di procedure cooperative, è possibile che le esigenze unitarie, da un lato, e quelle differenziali, dall'altro, trovino composizione³³.

Declinando i tre principi presi in considerazione nello specifico settore della sanità³⁴, di vera e propria autonomia – e non di mero decentramento, che invece connotava il previgente sistema – si deve parlare con riguardo al processo avviato nel 1992, razionalizzato del 1999 e consacrato nel 2001 che ha delineato un SSN incentrato sulle Regioni³⁵, cui spetta la centrale «funzione di organizzare [...] i propri sistemi sanitari regionali, anche discostandosi significativamente dal modello base nazionale»³⁶.

A tale piano di autonomia fa da contraltare quello dell'unità, nella materia in commento rappresentato dai principi fondamentali in materia di «tutela della salute»³⁷, dal finanziamento complessivo del sistema (e dal riparto dei fondi ai vari SSR) nonché dalla fissazione dei LEA³⁸.

della giurisprudenza costituzionale sulla leale collaborazione v. almeno A. COSTANZO, *Modelli, principi e loro genesi nelle argomentazioni interpretative. Il caso della collaborazione fra Stato e Regioni*, in *Giur. cost.*, 1990, 2464 ss.; A. GRATTERI, *La faticosa emersione del principio costituzionale di leale collaborazione*, in E. BETTINELLI, F. RIGANO (a cura di), *La riforma del Titolo V della Costituzione e la giurisprudenza costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2004, 416 ss.; S. AGOSTA, *La leale collaborazione tra Stato e regioni*, Milano, Giuffrè, 2008. Anche la dottrina era impegnata a ricercare un fondamento teorico che legittimasse organi e procedure collaborativi a rigore non previsti dal modello costituzionale dei rapporti Stato-Regioni: cfr. T. MARTINES, *Dal regionalismo garantista al regionalismo cooperativo*, cit.; S. BARTOLE, *Supremazia e collaborazione nei rapporti tra Stato e Regioni*, in *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, 1971, 88 ss. e *Ripensando alla collaborazione tra Stato e Regioni alla luce della teoria dei principi del diritto*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 1982, 2420 ss.; A. D'ATENA, *Osservazioni sulla ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni (e sul collaudo dell'autonomia originaria)*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 1972, 2011 e ss. e *Verso una ricostruzione della c.d. collaborazione fra Stato e Regioni? (nota a Corte Cost., sent. n. 517/1987)*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 1/1987, 3381 ss. In senso critico v., invece, A. BARDUSCO, *Lo Stato regionale italiano*, Milano, Giuffrè, 1980, spec. pp. 217 ss.

³³ Per più approfondite considerazioni in merito sia consentito rinviare a L. DELL'ATTI, *Teoria e prassi del governo multi-livello. Studio sul regionalismo cooperativo italiano*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 2019, 41 ss.

³⁴ Sulla declinazione sanitaria della classica tensione fra uniformità e differenziazione v., ad es., B. PEZZINI, *Diritto alla salute e diritto all'assistenza tra tensione all'uniformità e logiche della differenziazione*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, cit., 87 ss.

³⁵ L'importanza della scelta effettuata dal legislatore del 1992 in ordine alla centralità della Regione nel governo della sanità va, di nuovo, ribadita. Come si è scritto, riguardo al duplice profilo di riforma del SSN, infatti, «se era in certo senso scontato che la scelta tecnocratica fosse la necessaria risposta alle inefficienze delle USL, non era altrettanto ovvio che alla stessa si accompagnasse una ridefinizione delle funzioni amministrative allocate ai diversi livelli territoriali, ben potendo immaginarsi un modello di governo aziendale che poggiasse sullo stesso impianto di competenze disegnato dal legislatore del 1978» (F. SAITTA, op. cit., 795).

³⁶ L. CUOCOLO, A. CANDIDO, op. cit., 32, corsivo mio. Nello stesso senso, R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in questa Rivista, 2/2019, 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».

³⁷ Anche se, «sul fronte amministrativo e in particolare organizzativo» si tratterebbe di uno strumento «cui lo Stato ha di fatto rinunciato»: C. PINELLI, *La revisione costituzionale*, cit., 4.

³⁸ Ma non va sottovalutata l'importanza dei principi fondamentali fissati con (o desunti dalla) legge statale nell'ambito della competenza concorrente «tutela della salute», la cui estensione oggettiva, del resto, si è vista essere stata ampliata dalla Corte costituzionale arrivando a comprendere anche profili organizzativi. Dal che, secondo R. BALDUZZI, D. SERVETTI, op. cit., 8, «può trarsi la conferma che, in sanità, i principi fondamentali della

Questi ultimi, in particolare, già noti al testo originario della l. 833/1978 che, all'art. 3, parlava di "livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini", divenivano, nel decreto Amato, "livelli uniformi di assistenza", nella consapevolezza che, nel momento in cui si apriva il SSN all'autonomia regionale, si doveva ricercare uno strumento unitario che garantisse l'uniformità del diritto alla salute dei cittadini, indipendentemente dalla Regione di residenza. I livelli in questione – che col decreto Bindi guadagnavano l'ulteriore attributo "essenziali" accanto a quello "uniformi"³⁹ – finivano, poi, per essere trasfusi nei titoli di competenza esclusiva dello Stato sotto la più generale etichetta "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale"⁴⁰.

Dunque, nel codificare uno fra i nuovi (e pochi) strumenti unitari in mano allo Stato, dopo l'ampliamento dell'autonomia regionale posto in essere con la riforma del 2001, si prendevano a modello proprio i LEA sanitari. Inoltre, poiché la regionalizzazione del SSN era già in gran parte stata realizzata per via legislativa negli anni precedenti, non grandi innovazioni avrebbero caratterizzato l'assetto dei rapporti fra uniformità e differenziazione negli anni successivi all'entrata in vigore della riforma. Il dpcm 29 novembre 2001, cui la legge rinviava per la fissazione dei LEA, infatti, è rimasto in vigore anche dopo (e, pertanto, nonostante) la riforma costituzionale, per lungo tempo⁴¹: naufragati due tentativi di riarticolazione dei LEA nel 2008 e nel 2013⁴², essi sono stati aggiornati solo col dpcm 12 gennaio 2017.

Quanto, infine, alla leale collaborazione, si può dire che, proprio in materia sanitaria, gli istituti cooperativi abbiano dato buon esito⁴³, in coerenza, del resto, con la giurisprudenza

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».

³⁹ L. CUOCOLO, A. CANDIDO, op. cit., 7, pongono l'accento sull'introduzione del concetto di "essenzialità" dei livelli, che lungi dal risolversi in un minimo comune multiplo dei Servizi sanitari regionali, devono necessariamente consistere nelle prestazioni essenziali per garantire il diritto alla salute».

⁴⁰ Acceso sarebbe stato il dibattito dottrinale circa il rapporto fra lo strumento dei livelli essenziali sanitari previsto dalla normativa di settore precedente alla riforma del Titolo V e la materia "livelli essenziali delle prestazioni" introdotta da tale riforma nell'art. 117, comma 2 Cost. per un compendio del quale si rinvia agli AA. citt. nella nota precedente, 24 ss.

⁴¹ Fu la legge finanziaria per l'anno 2003 a risolvere formalmente il problema, sorto dopo la riforma costituzionale del 2001, circa la collocazione nel sistema delle fonti dell'atto contenente la definizione dei LEA, fornendo copertura legislativa al dpcm del 2001.

⁴² Il primo a causa del mancato visto della Corte dei conti in ragione dell'assenza della necessaria copertura finanziaria, il secondo in ragione degli ostacoli creati dalle misure di contenimento della spesa pubblica conseguenti alla crisi.

⁴³ P. COLASANTE, A. IACOVIELLO, *Prassi e potenziali sviluppi dell'intergovernmental management nell'ordinamento italiano. Riflessi sul principio di leale collaborazione*, in questa Rivista, 3/2017, 16.

della Corte costituzionale tesa a sottolineare l'importanza della leale collaborazione nella materia *de qua*⁴⁴. I LEA, infatti, sono fissati con dpcm previa intesa in Conferenza Stato-Regioni⁴⁵ ed in esecuzione del Piano triennale della salute, a sua volta concordato in Conferenza fra Governo centrale ed esecutivi regionali. La Conferenza, inoltre, è pure coinvolta, ancora in attuazione del medesimo Piano, nelle decisioni relative al riparto del fondo sanitario nazionale che, annualmente fissato con la legge di bilancio, finanzia i SSR⁴⁶. Le due principali attività formalmente spettanti allo Stato nella materia in commento e serventi finalità unitarie, insomma, non sono adottate unilateralmente dalle istituzioni centrali ma, in guisa cooperativa, assieme alle Regioni⁴⁷. Le diverse ipotizzabili modalità di adozione di decisioni funzionali ad esigenze unitarie, infatti, corrispondono ad altrettanti possibili modelli nell'assetto relazione fra Stato e Regioni: ben possono le Regioni collaborare su un piano di quasi parità col Governo centrale nella definizione di misure da adottarsi, poi, a livello statale su materie di interesse comune o su cui si registra un *overlap* di attribuzioni.

⁴⁴ *Ex multis*, Corte cost. 88/2003; 134/2006; 162/2007; 8/2011. In dottrina, la letteratura è vastissima. Con particolare riferimento all'operatività del principio cooperativo nella giurisprudenza costituzionale in materia di LEA v., ad esempio, A.S. DI GIROLAMO, *Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione*, in *Le istituzioni del federalismo*, 3-4/2007; A. SIMONCINI, *Livelli essenziali delle prestazioni e diritto alla salute dopo la legge n. 42 del 2009: basta la «leale collaborazione»?*, in L. VIOLINI (a cura di), *Verso il decentramento delle politiche di welfare*, Milano, Giuffrè, 2011, 97 ss.; L. CUOCOLO, *Livelli essenziali: allegro, ma non troppo*; E. PESARESI, Art. 117, 2° comma, lett. m), *Cost.: la determinazione anche delle prestazioni? Tra riserva di legge e leale collaborazione, possibili reviviscenze del potere di indirizzo e coordinamento*, entrambi in *Giurisprudenza costituzionale*, 2/2006, risp. 1264 ss. e 1273 ss.

⁴⁵ Piuttosto ampia l'attenzione della dottrina nei confronti del cd. sistema delle conferenze, costituito dalla Conferenza Stato-Regioni, dalla Conferenza Stato-città e dalla fusione delle due, la Conferenza Unificata, per un compendio della quale – e un'analisi su evoluzioni, attività e rilievo politico dell'organo – si rinvia, se si vuole, a L. DELL'ATTI, *Teoria e prassi*, cit., con particolare riferimento al capitolo III, "Il sistema conferenze. Istituzioni e procedure della cooperazione", 111 ss. In particolare sul rilievo della Conferenza Stato-Regioni nell'ambito sanitario v. R. BALDUZZI, *La creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della Conferenza Stato-Regioni (con una digressione concreta del principio di sussidiarietà "orizzontale")*, in *Quaderni regionali*, 2004, 20 ss.; L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, cit., 269 ss.; G. CARPANI, *Accordi e intese tra Governo e regioni nella più recente evoluzione del SSN: spunti ricostruttivi*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di servizio sanitario nazionale*, cit., 35 ss.

⁴⁶ Sul complesso sistema di finanziamento del SSN e di riparto del fondo nazionale alle Regioni v. il recente report del Servizio Studi della Camera dei deputati "Il Livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale", 29 marzo 2020, consultabile sul sito www.camera.it.

⁴⁷ Sottolinea M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, Giappichelli, 2011, 23: «nel caso dei livelli essenziali avremo una riduzione della capacità ordinatoria della ripartizione per materie e un elemento di flessibilizzazione dei rapporti tra Stato e autonomie». L'A. descrive, in realtà, uno degli effetti tipici dei moduli cooperativi consistente nella flessione del riparto costituzionale di competenze incentrato sul principio di separazione; una flessione necessaria in quelle materie in cui concorrono interessi e competenze tanto nazionali che territoriali. Va precisato, però, che poiché la competenza in materia di LEA spetta in via esclusiva allo Stato, il coinvolgimento delle Regioni è, in definitiva, rimesso alla volontà del Governo. Tale precisazione è molto chiara nelle parole dell'A. cit., 24: «lo Stato determina, preventivamente e in base alla legge, i livelli essenziali delle prestazioni; [...] se lo Stato crede, può sostituire il proprio atto unilaterale con un atto consensuale, nella cui adozione siano coinvolte anche le autonomie. È quanto è accaduto con gli accordi del 22 novembre 2001 sui livelli di assistenza sanitaria», prassi seguita, come ricordato, anche ai fini dell'aggiornamento dei LEA nel 2017.

L'uniformità, in altri termini, può essere perseguita non necessariamente dallo Stato in solitudine ma anche attraverso moduli negoziali che coinvolgono il Governo e il fronte degli esecutivi regionali⁴⁸.

Il vigente modello di gestione della *governance* sanitaria è incentrato su di un preciso compromesso costituzionale fra esigenze di uniformità del diritto alla salute e di differenziazione dei sistemi sanitari regionali⁴⁹: le prime sono assicurate dalla riserva allo Stato della fissazione dei LEA, del finanziamento del SSN e del coordinamento della finanza pubblica; le seconde dalla vasta autonomia normativa, amministrativa, organizzativa e – in parte – finanziaria di cui godono le Regioni. A chiusura del sistema, l'ampio ricorso a moduli cooperativi centro-periferia consente che la tensione fra i due poli sia tenuta entro margini di sicurezza per l'operatività del sistema, assicurando, per un verso, la compensazione del livello regionale le cui competenze sono spesso erose da quello statale e, per altro, spingendo le Regioni a confrontarsi fra di loro e col Governo centrale, allo scopo di evitare che la differenziazione degeneri in una intollerabile frammentazione.

4. La resa della differenziazione: una Repubblica, ventuno sistemi sanitari

A questo punto della trattazione è d'uopo dedicare qualche considerazione agli esiti che l'ampia autonomia regionale ha determinato, a poco più di quaranta anni dall'entrata in vigore del SSN e di venticinque dall'avvio delle radicali riforme degli anni Novanta. A tal fine è opportuno richiamare non solo analisi giuridiche ma anche economiche. I due spettri di analisi sono, in effetti, strettamente correlati, ove si consideri che il diritto alla salute si configura come classico diritto di prestazione – pertanto condizionato dalle risorse disponibili o, meglio, dalla possibilità per Stato e Regioni di ricorrere all'indebitamento per coprirne i costi – e, ad un tempo, come diritto individuale, come tale coperto dai principi personalista e solidarista di cui all'art. 2 Cost⁵⁰. **Il governo della sanità, inoltre, rappresenta un comparto dell'amministrazione**

⁴⁸ Ai fini della buona riuscita di un siffatto modello relazionale è, però, necessario che le Regioni facciano "fronte comune" comportandosi come un vero e proprio "sistema delle autonomie" unitario (per esempi positivi in tal senso, I. RUGGIU, *La Conferenza Stato-Regioni nella XIII e XIV legislatura*, in *Le regioni*, 1/2003, 195 ss.). A questi scopi assai rilevante è il ruolo della Conferenza delle Regioni, su cui si tornerà in conclusione, *infra*, §6.

⁴⁹ Sulla complessa questione del rapporto fra federalismo ed eguaglianza dei diritti, fra i moltissimi, v. M. LUCIANI, *A mo' di conclusione: le prospettive del federalismo in Italia*, in A. PACE (a cura di), *Quale, dei tanti federalismi*, Padova, Cedam, 1997, spec. 253 ss.

⁵⁰ Si badi: non si vuole, con ciò, descrivere una sorta di contrapposizione fra diritti fondamentali dell'individuo e diritti sociali di prestazione, come se si trattasse di due categorie distinguibili di situazioni giuridiche: i secondi, senza dubbio, rientrano a pieno titolo nella prima categoria al pari dei diritti cdd. di prima generazione e sono, pertanto, riconducibili al catalogo aperto di cui all'art. 2 Cost. Si vuole, invece, sottolineare che la garanzia effettiva dei diritti in commento passa dalla complessa ricerca di un «equilibrio tra le ineludibili esigenze di un libero sviluppo della persona (c.d. "universalità" del godimento dei diritti) e la sostenibilità finanziaria "delle ragioni" della solidarietà (c.d. "selettività nel godimento dei diritti stessi)» (L. TRUCCO, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, in *Gruppo di Pisa*, 3/2012, 1). Nondimeno, la Corte costituzionale ha precisato che "è compito dello Stato garantire [...] il rispetto dei principi fondamentali dell'ordinamento costituzionale, il quale certo non è indifferente alla realtà economica e finanziaria ma, con altrettanta certezza, non può consentire deroghe al principio di uguaglianza, sul quale è fondato l'ordinamento costituzionale" (s.n. 223/2012), con ciò sottolineando che le politiche di austerità nella spesa pubblica ritenute necessarie a fronteggiare le fasi critiche del ciclo economico non

pubblica essenziale in un sistema costituzionale incentrato su un *welfare* universalistico; un comparto, però, gestito in forma aziendalista, il cui modello istituzionale registra un tasso di autonomia regionale difficilmente riscontrabile in altri ambiti amministrativi relativi alla soddisfazione di diritti sociali primari⁵¹.

La resa della differenziazione regionale in sanità può essere declinata sotto svariati aspetti, tre dei quali appaiono particolarmente utili ai fini di questo studio. Il primo – e più rilevante – non può che attenersi alla garanzia dei LEA: un assetto ampiamente regionalizzato di un settore di politiche pubbliche così delicato prende le mosse – e trova la giustificazione della sottrazione allo Stato di competenze – sull’idea che i territori (nella materia di specie, le Regioni) siano in grado di assicurare gli obiettivi uniformi decisi a livello centrale, declinandoli su esigenze, contingenze e peculiarità locali⁵². Sfortunatamente un assetto del genere non sembra capace di assicurare l’uniformità delle prestazioni: le analisi effettuate fra il 2010 e il 2017 – relative, dunque, ai dati precedenti all’entrata in vigore dei ccdd. nuovi LEA, come detto adottati con dpcm 12 gennaio 2017 – attestano la vistosa differenza esistente fra Regioni che coprono più dell’85% degli adempimenti sulle prestazioni essenziali (Emilia Romagna, Veneto, Toscana, Piemonte e, di poco, Lombardia) e Regioni che si collocano sotto la soglia del 65% (Puglia, Calabria, Sardegna e Campania)⁵³. Il che, oltre a rendere quasi ridondante l’allarme circa le disparità di trattamento che un SSN regionalizzato realizza rispetto alla garanzia del diritto alla salute dei cittadini (di cui meglio si dirà oltre), stimola altresì la logica della competizione fra sistemi sanitari regionali – per vero insita nei sistemi di decentramento ad alta differenziazione – che, lungi dal consentire un avvicinamento degli stessi ai fini dell’uniformità della garanzia dei diritti, rischia di incentivare le fughe in avanti di alcuni territori⁵⁴.

debbano, comunque, mettere a repentaglio l’obiettivo primario dell’eguaglianza sostanziale tramite un definanziamento eccessivo dei diritti di prestazione. Con particolare riferimento al diritto alla salute se ne occupa, di recente, L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, Giappichelli, 2018, in part. nel capitolo II, intitolato “Il diritto alla salute “giano bifronte”: tra diritto sociale e diritto fondamentale”, 31 ss.

⁵¹ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, op. cit., 13.

⁵² È appena il caso di osservare che l’assetto del SSN antecedente alla riforma del 1992 era tutt’altro che gestito dalle amministrazioni centrali dello Stato, ma ampiamente decentrato: cfr. *supra* §2.

⁵³ Cfr. MINISTERO DELLA SALUTE, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, Ufficio VI, *Monitoraggio dei LEA attraverso la cd. Griglia LEA*, 27 ss. Il sistema di monitoraggio utilizzato sino allo scorso anno si incentrava su una complessa serie di indicatori la cui combinazione dava luogo ad un punteggio attribuito a ciascuna Regione. Interessante notare che, seguendo l’evoluzione storica di tali dati, talune Regioni etichettate come “adempianti con impegno” nello scorcio 2012-14 sono finite sotto l’etichetta “inadempiente” nello scorcio 2015-17. Per un dettagliato commento dei dati sintetizzati si rinvia al 3° *Rapporto sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale* curato dalla Fondazione GIMBE, Bologna, giugno 2018.

⁵⁴ Assai significative, in tal senso, le parole con cui il Presidente veneto Zaia commentava il “balzo in avanti” della sua Regione nella griglia LEA riferita all’anno 2018: «anche senza l’autonomia e a parità di fondi assegnati dal Fondo sanitario nazionale, esistono già due Italia. Una gestita con virtuosità e una piena di sprechi e cattivi servizi per i cittadini. Chi sostiene, quindi, che l’autonomia creerebbe un’Italia di serie A e una di serie B, dice una bugia facilmente smentibile». A commento del che viene utile richiamare un importante monito di R. BALDUZZI, D. SERVETTI, op. cit., 8-9: «L’esistenza del Servizio sanitario nazionale [...] pone una serie di vincoli di sistema che costituiscono un obiettivo-limite alla previsione di *generalizzate* e *generiche* differenziazioni tra Servizi sanitari regionali», il cui scopo è quello «di promuovere l’avvicinamento tra situazioni regionali diverse, mirando a ridurre le disuguaglianze territoriali e le conseguenze disparità di trattamento personali, non a cristallizzarle», corsivo degli AA.

Il secondo aspetto attiene al versante della spesa in materia di sanità⁵⁵, strettamente riconnesso al primo poiché è chiaro che l'adempimento delle Regioni alla garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie dipende anche dalle modalità con cui queste esercitano la propria autonomia di spesa. Ebbene, osservando la spesa regionale sanitaria pro capite in ottica comparata, è agevole riscontrare – ancora una volta – una profonda discrasia fra Regioni del nord e del sud⁵⁶. Al che deve aggiungersi che anche le forme di compartecipazione dei cittadini al finanziamento delle prestazioni sanitarie è rimesso alla discrezionalità – e, dunque, alla differenziazione – regionale, determinando una certa varietà nelle modalità e, soprattutto, nella quantità del ricorso a tali forme di co-finanziamento⁵⁷. La questione è inoltre molto rilevante sia ai fini dell'operatività del circuito democratico-rappresentativo regionale, sia dell'andamento dei rapporti Stato-Regioni: occupando la spesa sanitaria la più gran parte dei bilanci regionali, il relativo governo assume un indubbio valore emblematico sia per i cittadini (*recte*: gli elettori), alla stregua del quale valutano le performance della classe politica regionale, che per le Regioni stesse, le quali tendono a considerare «la sanità come un insostituibile simbolo della loro ragion d'essere e della loro sovranità rispetto al governo centrale»⁵⁸.

Infine, prima di approfondire (nel paragrafo che segue) il terzo aspetto rilevante, attinente alla differenziazione dei modelli di *governance* dei sistemi sanitari regionali, trattando di sanità – di questi tempi – non può non considerarsi quanto l'autonomia regionale in materia sanitaria abbia inciso sulle diverse modalità di gestione dell'emergenza legata alla diffusione pandemica del cd. nuovo coronavirus. Che, si badi, non equivale a discorrere delle eventuali responsabilità dei vertici politici e amministrativi di quelle Regioni (o, per meglio dire, di quella

⁵⁵ Aspetto invero strettamente riconnesso a quello della garanzia dei LEA: sulle correlazioni fra autonomia di spesa, finanziamento statale del fondo sanitario e garanzia delle prestazioni essenziali si concentra specialmente l'analisi di E. PLONER, *Il finanziamento: livello e risanamento*, in F. SPANDONARO, D. D'ANGELA, B. POLISTENA (a cura di), *Il ritorno della politica nazionale in sanità (?)*, 15° Rapporto Sanità CREA (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità), 99 ss.

⁵⁶ E. PLONER, B. POLISTENA, D. D'ANGELA, *L'evoluzione della spesa sanitaria nei confronti internazionali e nazionali*, in F. SPANDONARO, D. D'ANGELA, B. POLISTENA, ult. cit., 123 ss. L'indicatore utilizzato è, naturalmente, standardizzato allo scopo di «superare il confondimento derivante dalle diverse demografie» (134). Ancora sul piano della spesa assai interessante lo studio condotto da M. SCHEGGI, *Costi standard e livelli essenziali di assistenza. L'applicazione del federalismo al settore sanitario* per l'Istituto Health Management, Firenze, luglio 2011, che ha messo in relazione il reddito regionale pro-capite con taluni indicatori attinenti alle condizioni di salute (e, più, in genere di vita) dei cittadini, riscontrando una situazione globalmente «migliore» nelle Regioni più ricche (10-1). L'A. opportunamente sottolinea che il decremento che si registra nella spesa sanitaria pubblica, oltre a segnalare un globale de-finanziamento del settore, è correlato al parallelo aumento della spesa privata. Declinando tale osservazione in ambito regionale, ciò significa che la particolare virtuosità di qualche Regione in termini di spesa sanitaria (ad esempio, la Lombardia è, nell'anno 2018, l'unica Regione a coprire integralmente il finanziamento dei LEA con la spettante quota trasferita dallo Stato: E. PLONER, ult. cit., 110, tab. 2.7) può dipendere in concreto dall'ampiezza della spesa privata, la quale sarà prevedibilmente più alta nelle Regioni con reddito più elevato. Il che, sul piano dell'accesso alle prestazioni sanitarie – e, dunque, dell'eguaglianza sostanziale nella fruizione del più rilevante fra i diritti sociali – non può che destare un certo allarme. Cfr. pure C. PINELLI, *La revisione costituzionale*, cit., 5, che parla di una «sperequazione fra cittadini in ragione della loro dislocazione territoriale che si somma a quella in ragione del reddito».

⁵⁷ D. D'ANGELA, B. POLISTENA, F. SPANDONARO, *Introduzione. Il ritorno della Politica Nazionale in Sanità*, nel citato 15° Rapporto CREA, 27 ss.

⁵⁸ Così G. FRANCE, *La sanità: settore trainante nel processo di devoluzione?*, in AA.VV., *Secondo rapporto annuale sullo stato del regionalismo in Italia (2003)*, curato da ISSIRFA-CNR con il coordinamento scientifico di A. D'ATENA, Milano, Giuffrè, 2004, capitolo XII, anche rinvenibile su www.issirfa.cnr.it, che insiste sull'«importanza finanziaria, costituzionale e politica dell'assistenza sanitaria».

Regione) in cui l'epidemia ha assunto proporzioni tragiche – valutazione, del resto, che non spetta alla scienza costituzionalistica ma agli elettori, per i profili relativi alla responsabilità politica, e ai competenti settori della magistratura, per quella giuridica – né, tanto meno, della conflittualità incorsa fra Governo della Repubblica e (taluni) Presidenti regionali sulla gestione del *lockdown* e su tempi e modalità della graduale riapertura (cd. fase 2). Il riferimento è, se mai, alle conseguenze che i diversi modelli di sanità adottati nel tempo dalle Regioni hanno avuto in termini di prontezza ed efficacia delle risposte all'emergenza virale⁵⁹, specialmente in quelle Regioni in cui di vera diversità può parlarsi – vale a dire, come meglio si vedrà nel paragrafo seguente, Lombardia, Emilia Romagna e, in parte, Veneto – e che, per caso del destino, sono state le Regioni più colpite dal contagio nonché quelle Regioni che, secondo una diffusissima vulgata, avrebbero sviluppato una sanità efficiente e costellata di “eccellenze”. Come si è autorevolmente osservato sul punto, «La risposta all'epidemia ha mostrato che i sistemi sanitari sono altamente efficienti in Emilia Romagna e in Veneto», mentre ha «mostra[to] gravi falle in Lombardia, forse perché la scelta di promuovere il “sistema misto” ha consentito di sviluppare eccellenze specifiche in alcune strutture private, ma ha poco sostenuto le strutture pubbliche»⁶⁰.

Se i toni drammatici assunti dall'epidemia in Lombardia non possono essere attribuiti *tout court* alla responsabilità del peculiare modello sanitario ivi sviluppato sin dagli anni Novanta (poiché, nel farlo, si peccherebbe di semplificazione), esigono tuttavia il ripensamento di un assetto sanitario retto – come si vedrà – da logiche di quasi-mercato piuttosto che da un solido governo pubblico. Un assetto che, nella speranza di fare della sanità un settore di mercato controllato in grado di perseguire in autonomia obiettivi di efficienza e virtuosità contabile, ha, probabilmente, trascurato la costruzione di una fitta rete territoriale di presidi sanitari locali, inevitabili baluardi di garanzia di un diritto alla salute diffuso ed eguale⁶¹.

5. Segue: vera differenziazione o modelli fotocopia?

Venendo, nel dettaglio, agli assetti di *governance* adottati dalle Regioni, il differenziale registrabile riguarda: numero e dislocazione territoriale delle ASL, numerosità della costituzione di aziende ospedaliere rispetto alle strutture ospedaliere esistenti in ciascuna Regione,

⁵⁹ E. CARLONI, *La crisi coronavirus come problema di geografia amministrativa*, in *Iacostituzione.info*, 12 maggio 2020.

⁶⁰ R. BIN, *Caro Orlando, il vero problema della sanità è al centro, non in periferia*, in *Iacostituzione.info*, 3 aprile 2020. L'opinione dell'A. – formulata a mo' di risposta alle considerazioni dell'on. Orlando, vice-segretario del PD, circa l'opportunità di una ri-centralizzazione su scala nazionale del governo della sanità – è che, *invero, la fonte del parziale fallimento del regionalismo in materia sanitaria vada ricercato, piuttosto che nell'autonomia regionale, nelle inadempienze dello Stato nell'esercizio delle sue competenze in materia e, persino, «nel cattivo governo locale e [n]ei cittadini che lo hanno lasciato prosperare».*

⁶¹ Di «destrutturazione della rete territoriale di assistenza nel sistema “ospedalocentrico” della Lombardia» parla E. CARLONI, op. cit. Per considerazioni diffusamente critiche sul tema, con particolare riferimento al ruolo svolto dai privati nel processo di progressiva erosione dei presidi sanitari territoriali v. M.E. SARTOR, *La nebbia sulla sanità privata in Lombardia*, in *Centro Studi Sereno Regis*, 12 settembre 2019.

esistenza di enti intermedi fra Regione e ASL (e rispettive competenze), rilievo dei privati accreditati⁶².

Specialmente gli ultimi due profili paiono di particolare interesse per il costituzionalista. Anzi tutto, gli enti intermedi cui si è fatto riferimento sono «quelle forme che vanno progressivamente popolando lo spazio tra assessorato e aziende» e che, pertanto, delineandosi come soggetti di *meso-government* fra l'ente Regione e le ASL, sottraggono ad entrambi i poli attribuzioni di governo del settore, specialmente di natura programmatica e pianificatoria e di controllo. Sotto questo aspetto l'autonomia regionale ha prodotto qualche modello differenziato, di cui il capofila è senz'altro quello lombardo il quale conta otto Agenzie di Tutela della Salute (ATS) con funzioni sia programmatiche (tipiche, nella maggior parte dei sistemi, dell'ente Regione) che di remunerazione delle prestazioni sanitarie (di solito esercitate dalle ASL); accanto ad esse, inoltre, Regione Lombardia ha istituito «tre ulteriori enti intermedi senza funzioni di governo ma principalmente con funzioni di coordinamento, promozione e vigilanza (AREU – Agenzia Regionale Emergenza Urgenza; Agenzia per la promozione del servizio sociosanitario lombardo e Agenzia di Controllo)»⁶³.

Soggetti simili, ma non eguagliabili a quelli lombardi quanto ad ampiezza e centralità delle competenze attribuite, sono poi l'EGAS friulano (Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi), l'ESTAR toscano (Ente di supporto tecnico amministrativo regionale), l'AREUS sarda (Azienda regionale per le emergenze-urgenze sarda), la CRAS umbra (Centrale Regionale di Acquisto per la Sanità), l'A.Li.Sa. ligure (Azienda Ligure Sanitaria). Fa eccezione la recente svolta del Veneto che ha istituito con l. reg. 16/2019 l'Azienda Zero, «ente del servizio sanitario regionale, dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, di autonomia amministrativa, patrimoniale, organizzativa, tecnica, gestionale e contabile» (art. 1) che svolge la più gran parte di quelle funzioni di coordinamento e controllo (art. 2) normalmente riservate all'ente Regione.

Quanto alle altre Regioni, che non contemplano un livello di *meso-government* della sanità, è facile distinguere fra quelle di piccola dimensione (in termini di territorio e/o di popolazione) che hanno optato per la presenza di un'unica ASL – di dimensione, pertanto, regionale – (Valle d'Aosta, Molise e Province autonome) e quelle che hanno conservato l'assetto classico incentrato sulla corrispondenza dell'ASL col territorio provinciale⁶⁴.

⁶² Per una classificazione dei sistemi sanitari regionali modellati a seguito della riforma del 1992 si rinvia a G. FATTORE, *Sistemi di competizione amministrata nel SSN: modelli di finanziamento a tariffa e modelli negoziali*, in *Mecosan*, 5/1996, 81 ss. Uno schema sinottico contenente le principali modifiche agli assetti istituzionali Regione per Regione dagli anni Novanta al 2017 è nel Rapporto OASI 2018 (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), CERGAS-Bocconi (a cura di), *Appendice I: Quadro delle principali modifiche nell'assetto istituzionale dei SSR*, 100 ss.

⁶³ E. BARZAN, L. BORSOI, A. GUGIATTI, F. PETRACCA, *La struttura e le attività del SSN*, nel Rapporto citato alla precedente nota, 33 ss.

⁶⁴ Seppure con vistose eccezioni: la Toscana contempla aziende pluri-provinciali; Emilia Romagna, Veneto, Liguria, Piemonte e Friuli Venezia Giulia prevedono ASL di dimensioni inferiori alla provincia e lo stesso dicasi, infine, per quelle Regioni che ospitano grandi aree metropolitane (Roma, Napoli e Torino).

Sempre ragionando nei termini di assetti istituzionali della sanità, una seconda linea di analisi della differenziazione regionale – relativa al profilo del rapporto pubblico-privato e cittadino-amministrazione – ne mette in evidenza una resa alquanto scarsa. Si confrontano, in questi termini, essenzialmente due modelli organizzativi peculiari, Lombardia ed Emilia Romagna⁶⁵, che tradiscono un'impostazione culturale (se non ideologica) radicalmente diversa rispetto al rapporto fra comparto erogatore dei servizi e cittadini fruitori e, dunque, se si vuole, rispetto alle dinamiche proprie della sussidiarietà orizzontale nei servizi sanitari. Regione Lombardia è l'unica ad aver adottato e consolidato un modello autentico di quasi mercato, incentrato sulla cd. *public choice*, costruendo, cioè, un assetto «aperto e pluralistico» di soggetti pubblici e privati erogatori dei servizi sanitari, incentrato sulla libertà di scelta del cittadino (in generale) fra pubblico e privato⁶⁶ e (in particolare) sulla specifica azienda cui accedere per fruire delle prestazioni sanitarie. Il che – in una logica pressoché concorrenziale in cui la Regione ha poteri limitati al controllo sulla tenuta del sistema⁶⁷, le ASL svolgono prevalentemente funzioni di coordinamento e raccordo con gli enti locali erogando poche prestazioni, la più gran parte delle quali, invece, è erogata dalle aziende ospedaliere e dai soggetti pubblici e privati accreditati – dovrebbe responsabilizzare i singoli soggetti erogatori, incentivando, fra l'altro, la prestazione di servizi di qualità, le performance manageriali e il rigore contabile.

Regione Emilia Romagna, invece, ha conservato un assetto più tradizionale, costruito sulle funzioni di controllo e programmazione dell'ente Regione e sull'erogazione dei servizi principalmente da parte delle stesse ASL. D'altra parte, ha sviluppato un modello di *governance* innervato di robuste connessioni con le collettività territoriali, sia per tramite delle rappresentanze politico-istituzionali di queste⁶⁸, sia attraverso forme dirette di coinvolgimento delle organizzazioni di cittadini e dei soggetti del cd. terzo settore⁶⁹. Ne è derivato un assetto fortemente pubblicistico – incentrato sul ruolo della Regione – ma aperto, in ottica sussidiaria e solidaristica, alla partecipazione della comunità⁷⁰.

A seconda del precipuo oggetto di studio prescelto dall'osservatore, insomma, la resa della differenziazione regionale in sanità può essere variamente commentata. Tuttavia, sembra possibile individuare un filo rosso che tiene assieme quegli studi che pongono l'accento

⁶⁵ Per un commento del sistema sanitario lombardo v. G. PELISSERO, *La sanità della Lombardia. Il sistema sanitario e l'attività ospedaliera nel periodo 2003-2008*, Milano, Franco Angeli, 2010; per quello emiliano-romagnolo R. GRILLI, R. TOMBA, *L'esperienza dell'Emilia-Romagna: il ruolo degli enti locali e dei professionisti*, in C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, Il mulino, 2011, 257 ss.

⁶⁶ L. CUOCOLO, A. CANDIDO, op. cit., 34.

⁶⁷ E. GIGLIO, *L'esperienza della Lombardia: il ruolo della Regione*, in C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA (a cura di), *La sanità in Italia*, cit., 245.

⁶⁸ Cfr. F. TARONI, *Autonomia, responsabilità ed elusione del biasimo nei moderni Stati sanitari: una riflessione a posteriori sul bilancio di missione nel sistema sanitario della Regione Emilia-Romagna*, in M. BIOCCHIA (a cura di), *Bilancio di Missione. Aziende responsabili si raccontano*, Roma, Il pensiero scientifico, 2010, 177 ss.

⁶⁹ L. CUOCOLO, A. CANDIDO, op. cit., 34.

⁷⁰ Gli AA. da ultimo citati riferiscono, in particolare, come tali obiettivi abbiano «trovato concretizzazione nel Piano sociale e sanitario regionale 2008-2011 e poi ulteriore conferma nella [...] delibera di giunta regionale n. 284 del 2013, che ha ribadito la necessità di rafforzare la coesione sociale, ponendo al centro la persona e assicurando un processo di programmazione partecipata».

sulla scarsa resa della differenziazione⁷¹ e quelli che, invece, descrivono «un SSN che ha perso gradualmente elementi di unitarietà, uniformità e coerenza, dando origine a 21 sistemi regionali»⁷². In tal senso, analizzando la differenziazione regionale sulla base di indicatori aziendalistici relativi alle performance (sia economiche che generali) si è osservato, nel confrontare sincronicamente i rendimenti dei vari sistemi sanitari regionali, un elevato tasso di differenzialità, ma, allo stesso tempo, analizzando l'evoluzione storica di ciascun SSR singolarmente considerato, una tendenziale continuità col passato⁷³: come si è scritto, «ogni Regione “raccolge ciò che ha seminato”; quelle in ritardo nello sviluppo di processi e sistemi di governo difficilmente riescono a recuperare in tempi rapidi il gap con le Regioni più “mature”»⁷⁴. Del resto, la scarsa capacità di innovare, profittando delle (non più tanto) nuove competenze attribuite alle Regioni dalla novella del 2001, è fenomeno tutt'altro che ignoto agli studiosi del regionalismo⁷⁵.

⁷¹ Così, ad es., L. CUOCOLO, A. CANDIDO, op. cit., 32. Si tratta, d'altra parte, di osservazioni generali e sistematiche che, pur cogliendo uno dei principali profili legati all'inattuazione della riforma del Titolo V, hanno ad oggetto le funzioni legislative. Analizzando la legislazione regionale negli anni immediatamente successivi alla novella del 2001, si è osservato che se le Regioni hanno prodotto (tutto sommato) poche leggi nell'ambito della competenza concorrente “tutela della salute”, non altrettanto può dirsi rispetto alla vasta congerie di atti di diverso rango (normativi secondari e amministrativi generali) adottati nella veste di regolamenti consiliari e delibere di Giunta (cfr. G. FRANCE, op. cit.). Tuttavia, il dato quantitativo, se pur importante nell'analisi della resa dell'autonomia regionale, non può considerarsi risolutivo in ragione, ad esempio, del noto fenomeno delle ccdd. leggi fotocopia, che ben può estendersi ad altre categorie di atti. L'attivismo regionale nella produzione di atti giuridici non legislativi in materia sanitaria, quindi, non contraddice necessariamente le riferite conclusioni circa gli esiti alquanto modesti della differenziazione sanitaria. Per un'accurata compilazione delle leggi regionali in materia successive all'entrata in vigore della novella del 2001 si rinvia a D. PARIS, *Il ruolo delle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali a sei anni dalla riforma del Titolo V: ripartizione delle competenze e attuazione della sussidiarietà*, in *Amministrazione in cammino*, 10 luglio 2007, spec. nota 2.

⁷² E. BORGONOV, A. TORBICA, *Prefazione*, in *Rapporto OASI 2019*, XVIII. Per un'analisi più approfondita e analitica si rinvia al citato Rapporto dell'Osservatorio del 2018 che, celebrando le quattro decadi dalla l. 833/1978, è per gran parte rivolto ad effettuare un bilancio complessivo della resa del SSN. Quest'ultimo è effettuato sulla base di metodologie di analisi economico-aziendale usate dal CERGAS per la redazione dei suoi report sin dal 2012 e incentrato sui seguenti indicatori: «(i) numerosità e tipologia di aziende e (ii) mobilità dei Direttori Generali [...]; scelte di assetto tecnico (configurazione fisico-tecnica delle aziende) e di dimensionamento dell'organismo personale in termini quali-quantitativi [...]; dati di output in termini di tipologia, volume e qualità delle prestazioni erogate; dati di confronto internazionale in termini di struttura dell'offerta, personale e attività dei sistemi sanitari» (E. ANESSI PESSINA, E. CANTÙ, *Il modello di analisi, l'impostazione del Rapporto e i principali risultati*, in *Rapporto OASI 2012*, 3 ss.). G. TURATI, op. cit., 16-7, sottolinea un ragguardevole tasso di divergenza, da Regione a Regione, nella creazione delle aziende ospedaliere, nella gestione dei tariffari e nell'implementazione dell'assetto gestionale del quasi mercato. Venendo, infine, all'analisi giuridica, cfr., ad es., C. Pinelli, secondo il quale il protagonismo delle Regioni ha determinato «In termini di rapporti di forza [...] uno squilibrio fra lo Stato, sempre più solo virtuale legislatore, e le amministrazioni regionali, coperte e protette da Presidenti eletti».

⁷³ Cfr. E. PAVOLINI: *Il funzionamento e la performance dei sistemi sanitari regionali italiani; e Come spiegare le differenze regionali nella sanità*, entrambi in Id. (a cura di), *Il cambiamento possibile. La sanità in Sicilia fra Nord e Sud*, Roma, Donzelli, 2011, rispettivamente 3 ss. e 191 ss.

⁷⁴ A. TANESE, 29. Continua l'A.: «Anzi, è possibile che questa forbice si allarghi, considerando la diversa velocità come il riflesso strutturale del diverso grado di solidità degli assetti istituzionali, organizzativi e gestionali».

⁷⁵ In dottrina si è a più riprese registrata, dopo l'entrata a regime della riforma del Titolo V del 2001, una tendenziale continuità col passato, dovuta non solo ad un atteggiamento conservativo delle istituzioni statali – dal canto loro impegnate a ricercare varchi per mantenere quella posizione nettamente preminente loro attribuita dal previgente modello –, ma anche alla generalizzata inerzia delle Regioni che non avrebbero saputo sfruttare a pieno le potenzialità messe a disposizione dalla riforma, con particolare riguardo alla competenza legislativa concorrente e residuale. In tal senso v. G. TARLI BARBIERI, *I rapporti tra la legislazione statale e la legislazione regionale*, in E. Bettinelli, F. Rigano (a cura di), *La riforma del Titolo V della Costituzione e la giurisprudenza costituzionale*, Giappichelli, Torino, 2004, 230; U. DE SIERVO, *Conclusioni*, in *Le regioni*, 2-3/2011, 591 ss.; E. Rossi, *La giurisprudenza*

Se ne può desumere che la differenziazione nell'organizzazione della salute abbia prodotto risultati concreti – vale a dire la creazione di assetti di *governance* peculiari e frutto di scelte originali di indirizzo regionale autonomo – solo in pochi casi (Lombardia e, in parte, Emilia Romagna e Veneto) che, tuttavia, confermano – quando non acuiscono – quelle «differenze *negative*», tendenzialmente sintetizzabili nella questione del divario fra nord e sud del Paese⁷⁶: gli intenti del federalismo sanitario, che possono essere compendati nella facoltà delle Regioni di «riconoscere e valorizzare le differenze di tipo *positivo* che esprimono la capacità di adattare principi e regole generali alle diverse realtà socio-economiche del paese», sarebbero, allora, in gran parte traditi⁷⁷.

6. Il regionalismo sanitario alle prese con l'art. 116, comma 3 Cost.: per un ragionevole compromesso fra differenziazione ed uniformità

Tale ultima considerazione induce a volgere l'attenzione al processo di attivazione della clausola di maggiore autonomia o di asimmetria di cui all'art. 116, comma 3 Cost. Gli altalenanti destini della disposizione in commento sono noti: all'accelerazione impressa sul finire della XVII legislatura con la stipula *in limine* degli Accordi preliminari fra Governo centrale e Presidenti di Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, cui è seguita la redazione delle bozze d'intesa nel maggio del 2019, ha fatto da controcanto un ripensamento altrettanto brusco – ma probabilmente coerente col radicale cambio di formula politica che ha accompagnato l'avvicendamento dei due Governi Conte – con la diffusione, nel novembre dello scorso anno, di una bozza di disegno di “legge-quadro” da parte del Dipartimento per gli Affari regionali e le autonomie (cd. ddl Boccia), volta a predisporre una cornice normativa statale nell'ambito della quale, poi, (ri)prendere le negoziazioni fra Governo e singole Regioni interessate.

Conviene dunque attendere la conclusione di tali complesse vicende politico-istituzionali per poterne offrire un commento rigoroso ma, nelle more, è senz'altro possibile, sulla scorta dell'ampio dibattito dottrinale che è dato registrare sulla complessa tematica, svolgere qualche osservazione di tenore prospettico.

Com'è noto, il processo di differenziazione di cui all'art. 116 comma 3 Cost. è ad uno stadio particolarmente avanzato proprio con riguardo a quelle Regioni – Lombardia in testa – che, secondo alcune delle letture riferite nel precedente paragrafo, costituiscono le eccezioni di “differenziazione realizzata” in materia sanitaria. Non dovrebbe trattarsi di un caso: la specializzazione degli assetti di autonomia delle Regioni che avrebbero sviluppato, più di altre, un modello di sanità regionale più o meno peculiare, può, infatti, essere il presupposto per una

della Corte costituzionale nel giudizio in via principale nel triennio 2011-2013: profili statistici e tendenze più rilevanti, in *Consulta online*, 2013.

⁷⁶ V. C. PINELLI, *La revisione costituzionale*, cit., 5: «le differenziazioni fra modelli vanificano quell'egualianza fra cittadini nel godimento del diritto alla salute che costituisce l'orgoglio del nostro servizio sanitario. Più aumentano le differenziazioni, maggiori diventano le disparità fra Regioni in termini di efficienza e quindi di qualità del servizio reso».

⁷⁷ E. BORGNONI, A. TORBICA, op. cit., XIX, corsivi aggiunti.

divaricazione ulteriore⁷⁸. Il movente della richiesta di «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» andrebbe cioè ricercato proprio nel fatto che nei settori oggetto della richiesta stessa la Regione richiedente abbia già dato prova di particolari efficacia ed efficienza⁷⁹. Si tratta, a ben guardare, di un argomento logico prima che giuridico e/o politico: presupposto per accedere ad un più ampio spettro di autonomia è che la Regione interessata abbia profittato al massimo delle competenze previste dallo statuto ordinario di autonomia contenuto nel Titolo V della Costituzione⁸⁰.

In materia sanitaria le richieste avanzate dalle Regioni, per come rimodulate nella fase intercorsa fra la stipula degli accordi del 2018 e delle successive bozze di intesa del 2019, riguardano svariati profili: le scuole di specializzazione medica con particolare riferimento ai rapporti con le Università della Regione; la costituzione e gestione di fondi sanitari integrativi relativi, fra l'altro, al personale delle strutture sanitarie e assistenziali; gli investimenti in edilizia; l'impiego di medici laureati non specializzati per garantire la continuità dei servizi; la disciplina della libera professione medica; la distribuzione diretta dei farmaci e l'equivalenza terapeutica dei medicinali sviluppando rapporti non mediati dal centro con l'Aifa⁸¹.

Pur con qualche distinguo fra una Regione e l'altra⁸², il dato comune attiene alle modalità con cui le richieste di ulteriori condizioni di autonomia sono formulate, vale a dire, in

⁷⁸ Cfr. R. BALDUZZI, D. SERVETTI, op. cit., 6-7.

⁷⁹ Anche se, come osserva acutamente O. CHESSA, *Il regionalismo differenziato e la crisi del principio autonomistico*, in *Diritto e storia*, 15/2017, «“chi stabilisce chi sono i meritevoli e in base a quali indici?”. È scontato che sia lo Stato ad avere questo ruolo decisivo e determinare i criteri della meritevolezza, il quale Stato sarebbe così l'arbitro della competizione inter-regionale per ottenere maggiori risorse: questo dividerebbe il fronte regionale e porrebbe il governo centrale nella condizione di esercitare una sorta di “divide et impera”».

⁸⁰ È in fondo questo l'argomento da più parti utilizzato a sostegno dei regionalismi competitivi. Cfr., ad esempio, A.M. RUSSO, *Il regionalismo italiano nel vortice autonomistico della differenziazione: l'asimmetria sperimentale tra integrazione e conflitti*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2/2018, 269 ss. che riconduce, pur non sottovalutandone i rischi, la nostra clausola di differenziazione nella prospettiva comparata delle asimmetrie “efficientistico-funzionali”; e A. PIRAINO, *Ancora sul regionalismo differenziato: ruolo del Parlamento ed unità ed indivisibilità della Repubblica*, in *federalismi.it*, 8/2019, 4, il quale fa leva sul duplice vantaggio competitivo che sarebbe conseguenza naturale della differenziazione: da un lato «un processo di concorrenza *verticale* tra i livelli nazionale e regionale di governo di un bel fascio di funzioni che non può non ripercuotersi positivamente sulla efficienza del loro svolgimento in termini di rapporto costo/prestazioni» e, dall'altro, «un positivo meccanismo di concorrenza *orizzontale* tra le varie realtà regionali che finirebbe sicuramente per costringere le regioni più avanzate istituzionalmente ed amministrativamente a porsi come modello da seguire da parte di quelle meno virtuose e più in ritardo di sviluppo e queste ultime ad attivarsi per mantenere il passo», corsivi dell'A. *Contra*, fra i molti, O. CHESSA, op. cit., che, nel ricercare opportunamente le radici culturali dell'asimmetria competitiva, sottolinea: «l'idea di una concorrenza tra le regioni, finalizzata alla selezione di *best practices*, [...] sembra ideologicamente viziata da un certo ottimismo di stampo neo-liberale».

⁸¹ Per una dettagliata analisi degli accordi preliminari (febbraio 2018) e delle bozze di intesa (maggio 2019) si rinvia, rispettivamente, a L. VIOLINI, *L'autonomia delle Regioni italiane dopo i referendum e le richieste di maggiori poteri ex art. 116, comma 3, Cost.*, in questa Rivista, 4/2018, 343 ss; e F. PALLANTE, *Ancora nel merito del regionalismo differenziato: le nuove bozze di intesa tra Stato e Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna*, in *federalismi.it*, 20/2019.

⁸² In particolare, è stata evidenziata, nel passaggio dai documenti regionali del 2018 a quelli del 2019, la tendenziale uniformazione nello stile e nei contenuti delle richieste di Regione Emilia Romagna a quelle lombardo-venete. Anche se «una differenza d'approccio permane tra le Regioni a guida leghista, da una parte, e la Regione governata dal Partito democratico, dall'altra, la si può individuare [...] nella propensione di quest'ultima ad avanzare richieste forse mediaticamente meno “appariscenti”, ma, all'atto pratico, suscettibili di esplicare conseguenze non così lontane da quelle che verrebbero a verificarsi nelle altre due Regioni» (F. PALLANTE, op. ult. cit., 5-6). Con

punto di metodo, mediante semplice traslazione delle materie dalla competenza concorrente a quella esclusivamente regionale e, in punto di merito, chiedendo tutte o quasi le competenze in potenza ottenibili. Su entrambi i profili si sono concentrate talune critiche della dottrina. Ciò che si contesta, cioè, non è la richiesta in sé di maggiore autonomia – che, del resto, è prevista dalla Costituzione – quanto a) l'utilizzo più "ideologico" che "politico" di tale richiesta – ossia quel«l'atteggiamento astrattamente imputabile alla Regione che, a prescindere dalla valutazione di merito delle sue effettive esigenze di differenziazione, si risolvesse a rivendicare tutte le "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" riconducibili alla fattispecie normativa astratta per il solo fatto che sono previste dalla fattispecie normativa astratta»⁸³, e b) la mancata precisa individuazione dei vincoli statali (vale a dire i principi fondamentali della legislazione statale) derogabili e, soprattutto, di quelli che si ritengono assolutamente cogenti a fini di unità⁸⁴.

Queste modalità, tenuto conto di quanto si è detto sul finire del precedente paragrafo a proposito della resa della differenziazione sanitaria, potrebbero porre più di una criticità per la conservazione di un sistema sanitario nazionale. La divaricazione che sarebbe conseguenza dell'«attribuzione 'totalitaria' di competenze»⁸⁵ a Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna sarebbe, a ben guardare, non una divaricazione fra ventuno distinti sistemi sanitari, ciascuno dotato di una propria innovativa ed efficiente singolarità, ma fra alcune, ben precise, zone del territorio nazionale sceverate dal rispetto dei principi fondamentali della legislazione statale e la restante parte dello stesso, che continuerebbe a muoversi su di una logica prevalentemente uniforme⁸⁶. Si acuirebbe pertanto quell'elemento che si è già detto rappresentare il risultato più evidente di un SSN da tempo incentrato sul protagonismo regionale e che si muove lungo la linea del divario fra nord e sud del Paese⁸⁷. Come si è sostenuto, infatti, per le

particolare riferimento alla materia sanitaria qualche lieve differenza è rintracciabile nelle richieste venete, più avanzate delle altre con riguardo allo *status* dei medici di medicina generale, alla contrattazione collettiva, alla disciplina della libera professione medica.

⁸³ *Ibid.*, 4. Nello stesso senso ma con toni più sfumati, L. VIOLINI, *L'autonomia delle Regioni*, cit., 348 che, proprio in taluni ambiti delle competenze sanitarie, critica la formula eccessivamente generica della "maggiore autonomia", «senza che si specifichi però in quale ambito questa "autonomia" verrà declinata». Cfr. anche R. BALDUZZI, D. SERVETTI, op. cit., 6-7 secondo cui è la stessa lettera dell'art. 116, comma 3 Cost. che, nel discorrere di «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia», esige l'individuazione specifica e non generica di tali forme e condizioni. Una interessante proposta interpretativa dell'art. 116, comma 3 Cost. che potrebbe consentire di superare siffatte censure è di M. OLIVETTI, *Il regionalismo differenziato alla prova dell'esame parlamentare*, in *federalismi.it*, 6/2019, 30, che suggerisce di stipulare intese materia per materia, in ossequio ad un «principio di omogeneità dell'intesa» volto a «permettere una valutazione parlamentare su ciascuna scelta devolutiva ed anche ad una esigenza di gradualità e di sperimentazione».

⁸⁴ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, op. cit., 7.

⁸⁵ R. BIFULCO, *I limiti del regionalismo differenziato*, in questa Rivista, 4/2019, 265.

⁸⁶ In tal senso F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute*, in *federalismi.it*, 15/2019, 6. Cfr. pure V. ANTONELLI, *Regionalismo sanitario. Verso una sanità a macchia di leopardo?*, in *Sanità24 (Il sole 24 ore)*, 13 febbraio 2019: «Le nuove pretese regionali non sembrano voler consolidare l'attuale assetto (già regionalizzato per quanto possibile) del servizio sanitario nazionale, magari muovendosi secondo una logica di maggiore solidarietà. Le regioni [...] rivendicano una piena "territorializzazione" o "regionalizzazione" dell'assetto istituzionale». V. infine R. BIFULCO, *I limiti del regionalismo differenziato*, cit., 281: «La tesi secondo cui una maggiore competizione tra Regioni potrebbe aiutare a migliorare l'intero sistema delle autonomie dal punto di vista dell'efficienza amministrativa ed economica può avere un suo fondamento ma se applicata a settori ben determinati. Nel caso di specie, invece, la concorrenza tra enti regionali diventerebbe, oltre che sleale, impari».

⁸⁷ Cfr. R. BIFULCO, op. ult. cit., 279; e A. SPADARO, *Appunti sul 'regionalismo differenziato': una buona idea*

Regioni non differenziate e specialmente per quelle «più deboli in termini di organizzazione e di risorse economiche proprie [...], gli effetti di un'assenza di potestà legislativa statale uniforme su tutto il territorio della Repubblica potrebbero essere così rilevanti e amplificati da comportare un livello di disaggregazione territoriale che può avere ripercussioni sull'intero territorio nazionale, ben oltre i confini delle Regioni che chiedono la differenziazione»⁸⁸. Del resto, acuta dottrina ha messo in evidenza che già le politiche di contenimento della spesa e del ricorso all'indebitamento conseguenti alla crisi economica del 2008 hanno determinato «l'approfondimento del divario nord – sud all'interno del nostro Paese» poiché «hanno imposto [al]le Regioni, specialmente del sud, di aumentare (sino al massimo) la pressione tributaria, soprattutto nell'ipotesi di Regioni sottoposte al piano di rientro nel settore della sanità», mentre «in alcune Regioni del nord si registra la tendenza a un alleggerimento fiscale»⁸⁹. Il che non può che leggersi come una conseguenza distorsiva della responsabilizzazione regionale nei termini di autonomia di spesa e di concorso al finanziamento dei SSR che occupa gran parte dei bilanci regionali.

Com'è evidente, la grande questione che resta sullo sfondo del dibattito in esame è quella fiscale, in virtù della considerazione di ordine generale per cui il movente fiscale accompagna da sempre i *claim* autonomisti di alcune Regioni (ed alcuni partiti) del nord⁹⁰ e, pertanto, regge anche le recenti richieste di autonomia differenziata⁹¹ e di quella più specifica relativa alle conseguenze della devoluzione della tutela della salute a Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna sulla sostenibilità dei LEA delle Regioni ordinarie non differenziate⁹².

che può diventare un disastro, in *federalismi.it*, 19/2019, 18.

⁸⁸ I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale*, in *BioLaw Journal*, 2/2019, 21-2. Similmente E. CATELANI, *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116 comma 3 Cost.: profili procedurali di dubbia legittimità e possibile violazione dei diritti*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2/2018, 9, la cui la principale "diffidenza" verso la strada della differenziazione rimane la possibilità che essa generi disuguaglianze non solo, si badi, per i cittadini residenti nelle Regioni non differenziate, ma anche per quelli delle Regioni che dovessero, infine, accedere alla maggiore autonomia promessa dall'art. 116, comma 3 Cost.

⁸⁹ S. MANGIAMELI, *Crisi economica*, cit., 29.

⁹⁰ Il riferimento è specialmente al peso che l'argomento del trattenimento sul territorio regionale del grosso del gettito fiscale ivi prodotto ha svolto – non senza retorica – nella preparazione e celebrazione dei referendum consultivi dell'ottobre 2017 celebratisi in Lombardia e Veneto sulla richiesta di attivazione della clausola di maggiore autonomia. Un argomento che, a dire di A. MORRONE, *Populismo referendario. La strada impervia della secessione all'italiana*, in *federalismi.it*, 20/2017, 4, avrebbe dovuto restare fuori dai quesiti per espressa pronuncia della Corte costituzionale (sent. n. 118/2015) e che invece vi è stato di fatto riproposto (implicitamente nel quesito veneto ed espressamente in quello lombardo) «con la scusa di potere-dovere coprire le spese delle nuove competenze». Sul rilievo storico-politico del movente fiscale nelle rivendicazioni autonomiste di talune Regioni del settentrione d'Italia e della Lega, che ivi storicamente vanta un solido ruolo nel governo locale e regionale, con una lettura comparata delle pur diverse vicende scozzese e catalana si rinvia a L. DELL'ATTI, *Crisi economiche e Stato regionale. Considerazioni sul rapporto fra democrazia diretta e paradigma territoriale nell'ordinamento italiano, anche alla luce di alcune esperienze europee*, in corso di pubblicazione in *Ianus*, 20/2019.

⁹¹ Il dibattito sul tema è ampio e complesso. Molto nota la posizione di G. VIESTI, *Verso la secessione dei ricchi? Autonomie regionali e unità nazionale*, Bari, Laterza, 2019, secondo cui l'ampliamento dello spettro di competenze per le tre Regioni del nord che contribuiscono a più del 40% del PIL nazionale determinerà l'inevitabile sottrazione di risorse alle altre Regioni. Per opinioni critiche v. R. BIN, *La "secessione dei ricchi" è una fake news*, in *Iacostituzione.info*, 16 febbraio 2019; e E. BALBONI, *Per scongiurare la "secessione dei ricchi" basterebbe la buona amministrazione*, in *Forum di Quad. Cost.*, 28 febbraio 2019.

⁹² N. SALERNO, *Brevi commenti su sanità e federalismo differenziato*, in *Rassegna Astrid*, 5/2019, 2-3.

Ma poiché il diritto alla salute è un diritto “costoso”, la questione legata al finanziamento delle prestazioni sanitarie è inestricabilmente connessa con quella dell'uniformità dei diritti e, dunque, ha a che fare con l'assoluta cogenza del principio di unità di cui all'art. 5 Cost. Quest'ultima, come acuta dottrina ha sottolineato, va intesa nel senso di “unità costituzionale”, relativa, cioè, al patto assiologico fondamentale attorno al quale le forze costituenti eressero la Repubblica⁹³; si tratta, in altri termini, di una formula di per sé alquanto neutra, il cui contenuto è da ricercarsi nei principi supremi della Costituzione e, su tutti, negli artt. 2 e 3, sì che il senso più autentico e profondo dell'unità ex art. 5 Cost. attenga all'uniformità nel godimento e nell'effettività dei diritti civili, politici e sociali⁹⁴. Per questo motivo l'ulteriore approfondimento dell'autonomia regionale in sanità rischia probabilmente di sbilanciare eccessivamente l'equilibrio fra unità e autonomia nel senso della seconda, depotenziando le «istituzioni dell'uguaglianza»⁹⁵ e di registrare, nel«l'erogazione di prestazioni in parti diverse del territorio [...] un divario non più colmabile e a quel punto l'unità dello Stato ne uscirebbe fortemente compromessa»⁹⁶: se nella dialettica fra unità e autonomia inscritta nell'art. 5 Cost., la seconda trova i suoi limiti nella prima, i quali sono volti a garantire l'uniformità dei diritti, non è certo l'autonomia differenziata in sé a poter vulnerare l'unità costituzionale, quanto una sua realizzazione frettolosa e orfana di un ragionamento serio (nel senso di privo di retorica) sull'irrobustimento dei vincoli statali ad un'autonomia regionale che si vuole ampliata⁹⁷.

⁹³ M. LUCIANI, *Un regionalismo senza modello*, in *Le regioni*, 5/1994, 1314-5.

⁹⁴ V., in tal senso, U. ALLEGRETTI, *Autonomia regionale e unità nazionale*, in *Le regioni*, 1995, 20; A. RUGGERI, *“Forme” e “tecniche” dell'unità, tra vecchio e nuovo regionalismo*, in G. ROLLA (a cura di), *La definizione del principio unitario negli ordinamenti decentrati*, Giappichelli, Torino, 2003, 92; A. MANGIA, *Unità, pluralismo e principi costituzionali*, in ID. (a cura di), *“Tutta Italia un giuro uni”. Unità, pluralismo e principi costituzionali*, Giuffrè, Milano, 2011, 14-5.

⁹⁵ M. DOGLIANI, *Quer pasticciaccio brutto del regionalismo italiano*, in *Il Piemonte delle autonomie*, 3/2018, 1. L'A. si riferisce a quei «grandi servizi pubblici nazionali» che, afferendo alla soddisfazione dei diritti sociali, garantiscono in concreto l'eguaglianza dei cittadini. Nello stesso senso cfr. A. PALLANTE, *federalismi.it*, 20/2019, 10: «le tre Regioni ottengono, in ambiti relevantissimi e collegati al cuore stesso del disegno costituzionale (l'eguaglianza in senso sostanziale), competenze che consentiranno loro di ulteriormente incrementare la qualità dei servizi resi alla popolazione. Difficile anche per via della separazione dei sistemi scolastici, fulcro della “costruzione” della cittadinanza, che di fatto verrebbe a verificarsi non temere conseguenze per la tenuta del sentimento di solidarietà (politica, economica e sociale) nazionale sancito, come dovere, dall'art. 2 Cost». Assai pragmaticamente, osserva A. TANESE, op. cit., 23: «le Regioni, che pur rivendicano sempre maggiori spazi di autonomia nel governo della salute dei cittadini residenti, non dispongono delle stesse effettive capacità, con il risultato di generare livelli di performance a volte estremamente differenziati, che hanno forti ricadute sulla qualità di vita e sulle condizioni di salute dei cittadini».

⁹⁶ I. CIOLLI, op. cit., 22-3. Per l'opinione secondo cui l'autonomia differenziata può rappresentare un rischio per l'unità, intesa come uniformità dei diritti, cfr. *ad adiuvandum* L. RONCHETTI, *Unità e indivisibilità della Repubblica: la sovranità popolare e l'interdipendenza nel nome della Costituzione*, in *costituzionalismo.it*, 1/2018, 16 ss.; E. CATELANI, *La tutela dei diritti sociali fra Europa, Stato e Autonomie locali. I rischi della differenziazione*, in *federalismi.it*, 7/2018, 29 ss. *Contra*, v. A.M. RUSSO, op. cit., 387 secondo cui «la clausola asimmetrica diviene strumento idoneo a rafforzare ambiti materiali strategici per lo sviluppo regionale, nel tentativo di dare un significato pieno al principio autonomistico di cui all'art. 5 Cost.».

⁹⁷ Cfr. S. MANGIAMELI, *L'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, con particolare riferimento alle recenti iniziative delle Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna*, testo scritto dell'audizione avanti la Commissione parlamentare per le questioni regionali del 29 novembre 2017 rinvenibile su www.issirfa.cnr.it. Nel rispondere al quesito della Commissione relativo a vantaggi e rischi dell'autonomia differenziata, l'A. afferma: «Più che di rischi dell'asimmetria [...] bisognerebbe parlare di limiti e condizioni che questa deve rispettare. Infatti, l'asimmetria, soprattutto nel momento in cui il processo si avvia, trova dei limiti nelle disuguaglianze che crea, le quali non possono andare oltre una certa soglia nell'ambito del sistema regionale nel suo complesso». Nello stesso

Ebbene, il freno imposto dal cambio di strategia governativa all'accelerazione del processo di compimento della differenziazione⁹⁸ può rappresentare l'occasione per prendere consapevolezza delle critiche di merito e metodo mosse dalla dottrina, come pure delle problematiche che l'emergenza epidemica ha messo in risalto. La proposta del Ministro per gli Affari regionali on. Boccia – per esplicita affermazione del quale non già accantonata ma solo temporaneamente messa da parte per via dell'emergenza pandemica⁹⁹ – consiste nella specificazione del procedimento di cui all'art. 116, comma 3 Cost. espressamente prevedendo che le intese adottate a norma della disposizione in commento debbano conformarsi, fra l'altro, alla determinazione nelle materie oggetto di attribuzione, dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) o degli obiettivi di servizio uniformi su tutto il territorio nazionale e dei fabbisogni standard, ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione» e alla definizione del finanziamento delle competenze devolvibili in relazione ai fabbisogni standard, «con particolare riferimento alla sostituzione delle risorse erariali con autonomia di entrata, territorialità dei tributi e perequazione»¹⁰⁰. Lo scopo, dunque, pare quello di schivare (o per lo meno

senso F. PALLANTE, op. cit., 5 che effettua una lettura dell'art. 116, comma 3 Cost. col filtro dell'art. 5 Cost. dovendo il primo essere «considerato come una disposizione costituzionale che rinvia a un elenco di competenze a cui ciascuna Regione è invitata, per così dire, ad "attingere" limitatamente a quanto compatibile con le proprie esigenze di differenziazione, non ad impossessarne *tout court*, costi quel che costi [...]». Sarebbe quest'ultimo un atteggiamento irriducibile all'art. 5 Cost. [...] volto, in ultima istanza, a provocare, se non la "secessione dei ricchi", quantomeno il distacco di fatto, su profili materiali decisivi, di alcuni territori dal resto del Paese. Con inevitabili ricadute sul principio di uguaglianza sancito dall'art. 3 Cost. a cui l'art. 5 Cost. si ricollega in tutti i casi in cui le autonomie territoriali sono chiamate a erogare servizi rivolti all'attuazione dei diritti costituzionali, oggi soprattutto la salute».

⁹⁸ Neppure in dottrina, invero, vi è concordia circa le modalità concrete di compimento dell'iter di differenziazione, con particolare riferimento alla necessità (od opportunità) dell'approvazione di una legge di attuazione dell'art. 116, comma 3 Cost. ovvero all'attitudine di tale disposizione di essere direttamente applicata, senza l'intermediazione della fonte ordinaria: nel primo senso cfr., ad esempio, C. IANNELLO, *Asimmetria regionale e rottura dell'unità nazionale*, in *Rassegna di diritto pubblico europeo*, 2/2018, 427 ss.; e A. MORRONE, *Il regionalismo differenziato. Commento all'art. 116, comma 3, della Costituzione*, in *Federalismo fiscale*, 1/2007, 139 ss. cit. *Contra*, invece, O. CHESSE, op. cit.

⁹⁹ Si v. le dichiarazioni del Ministro del 28 maggio scorso raccolte da Adkronos (<http://www.regioni.it/news/2020/05/28/autonomia-boccia-legge-quadro-su-regioni-ricalendarizzata-per-coronavirus-613476/>)

¹⁰⁰ Tanto la definizione dei LEP e degli obiettivi, quanto le conseguenti determinazioni in ordine alle modalità di finanziamento e di riparto di risorse fra territori sono rimessi ad appositi decreti del Presidente della Repubblica, da adottarsi su proposta del Presidente del Consiglio e del Ministro per gli Affari regionali, di concerto col Ministro dell'Economia, sentiti i Ministri interessati, previa intesa in Conferenza Stato-Regioni, entro dodici mesi dall'entrata in vigore della legge di approvazione dell'intesa. Il testo della bozza di ddl è consultabile in L.A. MAZZAROLLI, *Considerazioni a prima vista di diritto costituzionale sulla 'bozza di legge-quadro' in materia di articolo 116, co. 3, Cost.*, in *federalismi.it*, 22/2019, 5 ss. L'A., che ne offre uno fra i primi commenti, è particolarmente critico nei confronti della proposta del Ministro Boccia che reputa di dubbia compatibilità con la lettera dell'art. 116, comma 3 Cost. per almeno due motivi: in primo luogo, perché la citata disposizione «prevede con estrema chiarezza quali sono le fonti da adoperare per addivenire al risultato che la disposizione si propone e le fonti sono ... una sola fonte», la legge statale di approvazione dell'intesa, sicché non vi sia spazio per un atto come la legge-quadro in commento; in secondo luogo poiché la bozza Boccia, nel pretendere di dettare «Principi per l'attribuzione alle Regioni di forme e condizioni particolari di autonomia», com'è rubricato l'art. 1, si collocherebbe in violazione dell'art. 117, comma 3 Cost. non essendone il contenuto riconnesso ad alcune delle materie di competenza concorrente, le uniche in cui il legislatore dello Stato è, in effetti, autorizzato a porre principi fondamentali. Alla prima censura potrebbe agevolmente obiettare che lo scarno procedimento disciplinato dall'art. 116, comma 3 Cost. può tollerare di essere integrato da norme sottordinate che lo rendano concretamente attuabile e meglio compatibile con talune esigenze costituzionali di rango fondamentale; quanto alla seconda, poi, va sottolineato che l'obiettivo principale della bozza di ddl-quadro è quello di disciplinare il procedimento di esercizio della competenza in materia di fissazione dei LEP, che appartiene alla competenza esclusiva dello Stato, non già a quella concorrente. Più congrua appare la critica mossa da L. DI MAJO, *Regionalismo differenziato: una questione di metodo, prima ancora del merito*, in questa

attenuare) i lamentati rischi riconnessi al potenziale disgregativo del “balzo in avanti” nel tasso di autonomia delle tre Regioni del nord mediante la previa definizione dei livelli essenziali delle prestazioni che, eccezion fatta per i LEA sanitari, sono rimasti lettera morta.

Ed infatti, come si è a più riprese sottolineato, la sanità è un settore in cui lo spazio di autonomia regionale è già particolarmente spiccato ed in cui, per l'appunto, i rapporti centro-periferia sono incentrati da prima della novella del 2001 sul controllo statale degli standard delle prestazioni e sulla gestione ed erogazione di queste da parte delle Regioni¹⁰¹; un settore in cui le prassi della cooperazione multi-livello sono già più avanzate che in altri, chiamando Governo ed esecutivi regionali ad un confronto costante nella gestione comune di svariati profili della materia; un settore, insomma, che ha fatto da apripista per la riforma del Titolo V e che potrebbe farlo anche ora per il prosieguo dell'iter di attuazione della clausola di asimmetria: proprio nella materia *de qua* le consolidate pratiche collaborative tramite le quali Stato e (tutte le) Regioni condividono assieme quelle attività istituzionali che attengono alle finalità unitarie possono rappresentare un punto di riferimento per il completamento del processo di differenziazione nel suo complesso. In questi termini, poco prima della diffusione della bozza del ddl Boccia, si era già espressa attenta dottrina nel segnalare che «per ciò che concerne l'ambito sanitario la richiesta di nuove forme di autonomia non dovrebbe prescindere dalla realizzazione di una specifica intesa o pre-intesa in materia di tutela della salute che, in attuazione del principio di leale collaborazione, coinvolga tutte le regioni, in sede di Conferenza Stato regioni»¹⁰².

E, in effetti, la bozza Boccia è stata presentata ai Presidenti regionali nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 28 novembre 2019 ove il rappresentante del Governo (lo stesso Ministro Boccia che la presiede) ha ricevuto l'assenso unanime dei primi e recepito talune proposte di emendamento provenienti da una preventiva discussione in sede di Conferenza delle Regioni, che riunisce i Presidenti di Regione e delle Province Autonome di Trento e Bolzano¹⁰³. Tale ultima Conferenza, in particolare, che già nel 2018 ha assunto una posizione piuttosto chiara sull'attivazione della clausola di asimmetria¹⁰⁴, può svolgere un ruolo determinante nel futuro svolgersi delle vicende in commento. Del resto, l'organo – sorto nel 1981 per

Rivista, 1/2020, 234, che sottolinea invece l'assenza nella bozza di un «riferimento alle esigenze di unità e coesione sottese dall'art. 120 Cost.». Ancora, sul tema, v. E. JORIO, *La bozza di legge quadro attuativa del regionalismo differenziato: dubbi e perplessità*; e *L'iter della legge quadro c.d. Boccia: modifiche, speranze e preoccupazioni* entrambi in *Rassegna Astrid*, risp. 13 novembre 2019 e 17 febbraio 2020.

¹⁰¹ Sicché l'esigenza di cui il ddl Boccia si fa portatore sembra venire in rilievo più per gli altri settori devolvibili tramite la clausola di maggiore autonomia e, specialmente, per quelli in cui non si può parlare di vere e proprie prestazioni.

¹⁰² F. ANGELINI, op. cit., 12. L'A. si riferisce specialmente alle “ricadute finanziarie” della maggiore autonomia in materia sanitaria, sottolineando come la previsione di passaggi preliminari nella sede principe del dialogo Stato-Regioni renderebbe, oltretutto, il processo di attivazione dell'art. 116, comma 3 Cost. più conforme alla lettera dello stesso allorché impone il «rispetto dei principi di cui all'art. 119».

¹⁰³ Cfr. il report di *Regioni.it*, 3734/2019 del 29 novembre contenente anche le dichiarazioni sul tema dei Presidenti Emiliano, De Luca, Zaia e Fontana.

¹⁰⁴ Il 18 ottobre 2018 la Conferenza approvava un documento dal titolo “Le Regioni e le nuove sfide del regionalismo” ove si legge: «mentre nelle passate legislature si è pensato di rifondare “lo stato regionale e delle autonomie” ritoccando, anche in riduzione, gli spazi di autonomia legislativa delle Regioni, oggi l'approccio dovrà avere basi radicalmente diverse e mirare più a soluzioni specifiche sui temi del governo territoriale, garantendo

spontanea iniziativa dei ccdd. governatori e mai disciplinato dalla legge o da altre forme di *hard law* – ha acquisito un ruolo vieppiù determinante nel concreto svolgersi delle dinamiche multi-livello, specialmente in materia sanitaria¹⁰⁵: un luogo in cui i vertici degli esecutivi regionali possono confrontarsi ed assumere posizioni unitarie – o, quanto meno, attenuare le più spigolose divergenze di vedute – da portare poi nel dialogo verticale col Governo che si svolge in Conferenza Stato-Regioni¹⁰⁶.

Si tratta, pertanto, di stimolare un dialogo leale fra Governo e fronte regionale, che consenta al primo, sia nel corso dell'esame parlamentare del ddl Boccia, sia nelle successive approvazioni parlamentari delle intese a norma dell'art. 116, comma 3 Cost., di serrare la maggioranza e al secondo di mantenere una posizione di massima coesa, anche quando la riapertura delle negoziazioni bilaterali per la stipula delle singole intese rischierà di dare nuovo slancio alle fughe in avanti di taluni Presidenti regionali. Naturalmente, si tratta di un processo non così agevole, anzi tutto poiché il dialogo inter-governativo rimane formalmente incapace di attingere i procedimenti legislativi¹⁰⁷, ragione per cui è ancor più importante che un atteggiamento seriamente collaborativo sia tenuto dalle parti in causa¹⁰⁸.

Soluzioni di questo tipo paiono a chi scrive rappresentare un compromesso fra la volontà (costituzionalmente legittima) di alcune Regioni di ottenere ulteriori condizioni di autonomia e l'indefettibile esigenza di contenere i rapporti multi-livello entro margini di sicurezza per la tenuta di un sistema sanitario nazionale minimamente uniforme. Non fosse altro perché, se questa seconda esigenza verrà perseguita non dal centro in solitudine ma con i moduli del

comunque i principi di unitarietà, di solidarietà e di coesione sociale». Nell'opinione dei Presidenti regionali, dunque, «la richiesta di attribuire alle Regioni ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia secondo quanto previsto all'art. 116, III comma, della Costituzione, costituisce un'ulteriore tappa nell'ambito del processo di decentramento che, dopo aver registrato un rallentamento per effetto della crisi iniziata nel 2008 e della conseguente legislazione di emergenza, sta vivendo una nuova stagione che vede la centralità ed il ruolo propulsivo delle Regioni nel processo di definizione dei nuovi assetti istituzionali». Il testo completo del documento è rinvenibile al seguente indirizzo: <http://www.regioni.it/newsletter/n-3479/del-23-10-2018/le-regioni-e-le-nuove-sfide-del-regionalismo-18820/>

¹⁰⁵ In ragione dell'importanza della sanità nella congerie delle competenze regionali, il rilievo della Conferenza dei Presidenti è di per sé evidente: per rendersene conto, basta scorrere l'odg. di qualunque seduta della Conferenza come pure i rapporti del CINSEDO (centro studi che funge da apparato di supporto della Conferenza). Entrambe le categorie di documenti sono agevolmente consultabili all'indirizzo www.regioni.it.

¹⁰⁶ Sul rilievo della Conferenza inter-regionale nel più ampio spettro dei rapporti multi-livello v. L. FERRARO, *La Conferenza dei Presidenti delle Regioni tra la materia comunitaria e le altre novità di sistema*, in *Le istituzioni del federalismo*, 6/2007, 725 ss.; mentre, per una più diffusa analisi di storia, organizzazione interna e funzioni svolte dall'organo, v. G. CAPRIO, G. PAVESE, *La Repubblica dal conflitto alla governance. Comuni, Province, Città metropolitane, Regioni e Stato*, Roma, Ediesse, 2006.

¹⁰⁷ Come precisato a più riprese dalla Corte costituzionale. La considerazione è naturalmente mossa *de jure condito*, «nella perdurante assenza di una trasformazione delle istituzioni parlamentari» (Corte cost., 6/2004). Diversamente, una riflessione *de jure condendo* potrebbe prendere in considerazione sia l'ipotesi della costituzionalizzazione della Conferenza, sia quella di irrobustire e rendere operativi i meccanismi di comunicazione fra Camere e legislativi regionali, sia, infine, la riforma del bicameralismo nel senso della regionalizzazione del Senato. Su tali questioni assai note le riflessioni di R. BIFULCO di cui v., ad es., *In attesa della seconda camera federale*, in T. GROPPi, M. OLIVETTI (a cura di), *La Repubblica delle autonomie*, cit., 211 ss.; e *Una piccola grande riforma: l'integrazione della Commissione parlamentare per le questioni regionali*, in J.M. CASTELLA ANDREU, S. PAJNO, G. RIVOSCHCHI, G. VERDE (a cura di), *Autonomie territoriali, riforma del bicameralismo e raccordi intergovernativi. Italia e Spagna a confronto*, Napoli, Editoriale scientifica, 2018, 217 ss.

¹⁰⁸ Su questi temi v. *amplius* L. DELL'ATTI, *Tra modelli e prassi. Formalismo e informalità nella cooperazione fra Stato e Regioni*, in *federalismi.it*, 18/2019.

dialogo inter-governativo già noti soprattutto al governo multi-livello della sanità, sarà senz'altro più complesso per qualche Presidente di Regione lamentare come inopportuno o persino illegittimo un intervento statale (percepito come) invasivo¹⁰⁹.

Diversamente, una differenziazione svincolata da un processo multi-laterale siffatto e rimessa ai destini delle contrattazioni solitarie potrebbe determinare la torsione dell'assetto dei rapporti Stato-Regioni da integrato-quasi cooperativo in conflittuale-competitivo, potendone derivare la rottura nel piano collaborativo dell'assunzione delle decisioni fra Stato e Regioni nel loro insieme che al momento svolge un ruolo determinante in materia sanitaria¹¹⁰. A riprova del che è sufficiente richiamare gli studi dei sistemi policentrici *ab origine* asimmetrici e ad alta differenziazione per rendersi conto che, in tali ordinamenti, gli strumenti di raccordo informali e, soprattutto, bilaterali fra esecutivo centrale e singola entità territoriale autonoma interessata prevalgono di gran lunga, mentre quelli della collaborazione multi-laterale sono ampiamente recessivi¹¹¹.

In queste pagine conclusive si è voluto concentrare l'attenzione sull'intreccio fra i principi costituzionali di unità, autonomia e leale collaborazione, le prassi cooperative sviluppate in materia sanitarie e le prospettive dell'iter di attivazione della clausola di asimmetria. Ma è

¹⁰⁹ A tal riguardo S. MANGIAMELI, *I problemi della differenziazione e della omogeneità nello Stato regionale*, febbraio 2019 (rinvenibile su www.issirfa.cnr.it) ritiene che la differenziazione del nostro regionalismo possa essere compatibile con le indefettibili esigenze di omogeneità espressive del principio unitario purché ricompresa in un più ampio disegno di intervento che tenga conto delle esigenze di tutte le Regioni e non solo di quelle Regioni settentrionali in cui più viva è la bramosia dell'attivazione della clausola di asimmetria. L'A. parla infatti di «un patto nazionale tra le regioni e lo Stato» che, mentre devolve maggiori competenze alla Regioni del nord (che lo richiedono), tenga anche conto delle esigenze delle altre Regioni ed in particolare di quelle meridionali, nonché delle esigenze – riconnesse al principio solidaristico – di coesione territoriale e perequazione, da perseguirsi tramite «non solo una redistribuzione delle risorse a favore dei territori svantaggiati, ma un piano strategico che ricomprenda un programma di investimenti e sviluppo».

¹¹⁰ Come osserva acutamente O. CHessa, op. cit., fra i due modelli relazionali esiste una sorta di gioco a somma zero nei termini di spazio di autonomia delle decisioni, nel senso che l'aumento e la differenziazione Regione per Regione delle decisioni da assumere "in solitudine" comporta lo speculare venir meno degli spazi di decisione condivisa fra Stato e Regioni nel loro insieme. Cfr. inoltre R. BIN, *"Regionalismo differenziato" e utilizzazione dell'art. 116, terzo comma, Cost. Alcune tesi per aprire il dibattito*, in *Le istituzioni del federalismo*, 1/2008, 14-5 che, più di un decennio fa, scriveva: «Parlare del 116 significa non parlare del resto e incrinare il fronte delle Regioni; significa pretendere per pochi attraverso il regime "speciale" ciò che andrebbe ottenuto da tutti (almeno come potenzialità) attraverso il regime ordinario. [...] appare inutile affrontare l'attuazione dell'art. 116.3 prima che sia avviata un'opera più sistematica di attuazione del Titolo V». È appena il caso di sottolineare che, se in dieci anni lo scenario politico italiano è mutato non poco, di certo non lo sono le problematiche legate alla persistente inattuazione del "nuovo" Titolo V, anzi per certi aspetti intensificatesi negli anni successivi alla crisi economico-finanziaria del 2008.

¹¹¹ Un utile punto di riferimento – pur con la prudenza richiesta dalla comparazione di sistemi costituzionali sensibilmente diversi – può essere il Regno Unito, ordinamento policentrico asimmetrico *par excellence*, in ragione della duplice asimmetria che riguarda non solo la diversità dei modelli di autonomia di ciascuna *devolved Nation*, ma anche la sussistenza di una vasta porzione di territorio (l'Inghilterra) non devoluta. Per quel che attiene, in particolare, al rapporto fra asimmetria e prevalenza di moduli bilaterali di raccordo nell'assetto delle *inter-governmental relations* d'Oltremania v. D. KENEALY, *Concordats and International Relations: Binding in Honour Only?* e G.W. HORGAN, *Inter-institutional Relations in the Devolved Great Britain: Quiet diplomacy*, entrambi in *Regional & Federal Studies*, risp. 22/2012 (1) e 14/2004 (1); P. LEYLAND, *The Multifaceted Constitutional Dynamics of U.K. Devolution*, in *International Journal of Constitutional Law*, 9/2011 (1). Per un'analisi comparata degli organi della cooperazione inter-governativa si rinvia R. BIFULCO, *La cooperazione nello Stato unitario composto*, Padova, Cedam, 1995; e R. BIN, I. RUGGIU, *La rappresentanza territoriale in Italia. Una proposta di riforma del sistema delle conferenze, passando per il definitivo abbandono del modello Camera delle Regioni*, in *Le istituzioni del federalismo*, 6/2006, 903 ss.

d'altra parte noto che il dibattito dottrinale sul tema è assai più complesso di così: già in fervore prima dell'esplosione incontrollato del contagio del CoVid-19 in talune zone del Paese, esso è destinato, una volta che la situazione emergenziale sarà terminata, a divenire ancor più animato e registrare posizioni in ipotesi radicali, nell'un senso come nell'altro¹¹². Di certo c'è che la costituzionalistica è chiamata ad interrogarsi, nella pluralità di opinioni tipica di un dibattito scientifico democratico, intorno alla prudenza e all'opportunità di conservare e incrementare l'ampio spettro di differenziazione in un settore in cui lo Stato-apparato è, in definitiva, chiamato ad assicurare l'eguale fruibilità del diritto alla salute da parte di tutti i cittadini.

¹¹² Dibattito, per vero, già iniziato durante la fase acuta del contagio. Va menzionata, ad esempio, l'opinione di Sabino Cassese apparsa su *ilmessaggero.it* dello scorso 3 aprile (intervista di D. Pirone), oltre che per l'autorevolezza della stessa, poiché l'A. criticava, sul finire dello scorso secolo, il parziale ri-accentramento posto in essere col cd. decreto Bindi (cfr. *supra*, nota 6). Mentre ora, secondo Cassese, «Il servizio sanitario è definito nazionale perché deve avere una organizzazione e un funzionamento uniforme sul territorio [...] Quindi, finita questa vicenda, bisognerà trasferire il servizio allo Stato, o a una guida centrale assicurata da un organo composito Stato-regioni, ma che parli con una voce sola». Più specifica la proposta di C. PINELLI, *Il precario assetto delle fonti impiegate nell'emergenza sanitaria e gli squilibrati rapporti fra Stato e Regioni*, in *Rivista di diritti comparati*, 2/2020, 54, secondo cui il problema costituzionale dei rapporti Stato-Regioni messo in luce dall'emergenza virale non va ricercato nel riparto di competenze legislative ma sul piano dell'amministrazione, eccessivamente differenziata Regione per Regione ed individua dunque una possibile soluzione in una funzione d'indirizzo statale sulla tutela della salute. In senso opposto si v. S. PIPERNO, *Ripensare il regionalismo in tempi di pandemia?*, in *Centro studi sul federalismo, Commenti*, 174/2020, 8 aprile, il quale mette in guardia dal muovere riflessioni scientifiche dominate dall'onda emotiva derivante dalle obiettive criticità riscontrate nel corso dell'emergenza specialmente nel sistema sanitario lombardo o, comunque eccessivamente affrettate, poiché si rischierebbe, a dire dell'A., di vanificare i risultati dell'impegnativo dibattito politico e scientifico sull'autonomia differenziata sin qui ottenuti e che «si inneschi una critica distruttiva del Titolo V della Costituzione invocando un riaccentramento delle competenze ora attribuite alle Regioni». Infine, su posizioni mediane, P. COLASANTE, A. FILIPPETTI, in un intervento su *ilsole24ore.com* del 9 aprile 2020 dal titolo «*Il regionalismo alla prova dell'emergenza: un regionalismo a emotività invariata*», a dire dei quali «La crisi attuale rappresenta [...] una chance non per una rottamazione, ma per un tagliando al regionalismo. Ma solo quando l'epidemia sarà superata e l'emotività scemata». Tanto poiché, «La pandemia in corso ha la caratteristica di avere portata nazionale ma di essere al contempo estremamente differenziata a livello territoriale. È pertanto un tipico fenomeno dove il decentramento può, teoricamente, risultare efficace, laddove il governo centrale stabilisse gli interventi generali e il sistema regionale adattasse tali interventi alle specifiche esigenze del territorio, attraverso un coordinamento tra livelli di governo».