



UNIVERSITÀ
DI PAVIA

DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZA
CORSO DI LAUREA IN GIURISPRUDENZA

Sanità e autonomia differenziata: l'impatto della Legge Calderoli sul
riparto delle competenze tra Stato e Regioni

Relatore: Chiar.mo Prof. Vittorio PAMPANIN

Tesi di laurea di:
Silvia Foiani
Matr. 481825

Anno accademico 2023/2024

Sommario

| | |
|--|----|
| Capitolo I | 5 |
| Il riparto delle competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria..... | 5 |
| 1. Dalla sanità di classe al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) | 5 |
| 1.1. La riforma del Titolo V della Costituzione (2001) | 13 |
| 2. Il diritto alla salute nella Costituzione italiana: l'art. 32 Cost..... | 16 |
| 3. La natura concorrente delle competenze sanitarie (art. 117 Cost.) | 23 |
| 3.1 La giurisprudenza costituzionale dell'articolo 117 cost. | 26 |
| 4. La struttura del servizio sanitario nazionale (SSN)..... | 28 |
| 4.1 Il ruolo dello stato nel servizio sanitario nazionale (SSN) | 28 |
| 5. Il ruolo delle regioni nel sistema sanitario nazionale..... | 34 |
| 6. Criticità del modello introdotto dalla riforma del Titolo V e prospettive future | 36 |
| Capitolo II..... | 39 |
| La legge n. 86 del 2024 sull'autonomia differenziata | 39 |
| 1. La necessità di una riforma: il dibattito politico e gli obiettivi del progetto di legge..... | 41 |
| 2. Le Questioni preliminari: la scelta in favore di una «legge generale di attuazione» di rango primario | 48 |
| 3. La legge n. 86/2024 ed il suo contenuto..... | 52 |
| 4. L'autonomia differenziata nel quadro costituzionale l'italiano | 54 |
| 5. Il Confronto tra la Procedura per la Richiesta di Autonomia Differenziata e la Legge Calderoli: Un'Analisi del Nuovo Quadro Normativo | 59 |
| 6. Le criticità della Legge Calderoli..... | 63 |
| 6.1. Il referendum sull'autonomia differenziata | 66 |
| 6.2 Le Recenti Pronunce di Incostituzionalità: Sentenza n. 180/2024 | 68 |
| Capitolo III | 72 |

| | |
|---|-----|
| Gli impatti della Legge n. 86/2024 sulle competenze sanitarie..... | 72 |
| 1. L'espansione delle competenze delle regioni in materia sanitaria | 73 |
| 2. Il finanziamento dei LEA e le sfide della sostenibilità economica | 78 |
| 3. Le criticità della Legge Calderoli nel settore sanitario | 82 |
| 3.1 Disparità nell'accesso alle cure e il fenomeno della mobilità sanitaria | 83 |
| 3.2 La mancanza di incentivi per l'efficienza..... | 88 |
| 3.3 L'indebolimento del ruolo dello Stato | 92 |
| 3.4. Il meccanismo di compartecipazione fiscale | 96 |
| 3.5. Il ruolo della Commissione paritetica Stato-Regioni..... | 103 |
| 4. Conclusioni e prospettive future: il bilanciamento tra autonomia differenziata e diritto alla salute | 109 |
| Bibliografia..... | 114 |
| Sitografia | 124 |
| Giurisprudenza..... | 126 |
| Normativa | 128 |
| Fonti istituzionali e parlamentari | 128 |

Capitolo I

Il riparto delle competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria

Questo capitolo offre un'analisi approfondita dei principali aspetti del sistema sanitario nazionale, ripercorrendo brevemente la sua istituzione nel 1978 e le riforme significative che ne hanno modellato l'evoluzione. Viene dedicata particolare attenzione al riparto delle competenze tra Stato e Regioni, evidenziando le opportunità e le criticità derivanti dal modello di governance decentrata introdotto dalla riforma del Titolo V della Costituzione.

Attraverso una riflessione critica, si esaminano le conseguenze del decentramento sulla capacità del Servizio Sanitario Nazionale di garantire standard uniformi di tutela della salute su tutto il territorio nazionale, evidenziando i divari territoriali e le disuguaglianze nell'accesso alle prestazioni sanitarie. Al contempo, si indagano le prospettive future per realizzare un equilibrio più solido tra autonomia locale e unità del sistema, al fine di tutelare in modo efficace il diritto fondamentale alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

1. Dalla sanità di classe al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Tra il 1922 e il 1943, il sistema sanitario italiano era caratterizzato da una forte frammentazione e da una gestione basata su enti mutualistici. Questi enti garantivano assistenza sanitaria quasi esclusivamente ai lavoratori dipendenti, lasciando prive di tutele ampie fasce di popolazione, tra cui disoccupati, contadini e individui con redditi bassi. Tale modello accentuava le

disuguaglianze sociali, precludendo l'accesso alle cure a chi non rientrava nei criteri economici richiesti e a ciò si aggiungeva una marcata disparità territoriale, visto che le zone rurali e meridionali risultavano fortemente penalizzate dalla carenza di strutture sanitarie adeguate, a differenza delle aree urbane e industrializzate del Nord.¹

Con la caduta del fascismo e la nascita della Repubblica, il nuovo assetto costituzionale segnò un momento di svolta. L'approvazione della Costituzione italiana nel 1948 introdusse, con l'articolo 32, il principio del diritto alla salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività. La norma sanciva l'obbligo dello Stato di garantire cure gratuite agli indigenti, affermando al contempo il divieto di trattamenti sanitari obbligatori, salvo per legge e nel rispetto della dignità umana. Tuttavia, questo importante riconoscimento giuridico rimase inattuato per decenni a causa delle difficoltà economiche del dopoguerra e le resistenze politiche che impedirono di tradurre l'articolo 32 in un sistema sanitario universale ed equo.

Negli anni Sessanta, il contesto socioeconomico e politico italiano favorì un crescente dibattito sull'inefficienza e l'inequità del sistema mutualistico. L'espansione economica del periodo e l'aumento della partecipazione politica portarono alla luce la necessità di una riforma che garantisse un accesso più equo ai servizi sanitari. Un primo passo in questa direzione fu la legge Mariotti del 1968, che segnò la nazionalizzazione degli ospedali e la creazione degli enti ospedalieri pubblici. Questa legge lasciò invariato il sistema delle mutue,

¹ Antonelli, A. (s.d.). *Breve storia del Servizio sanitario nazionale*. In amministrazione in cammino. pp 1-15.

perpetuando molte delle disuguaglianze esistenti, ma pose le basi per ulteriori riforme che si concretizzarono nel decennio successivo.

La vera svolta avvenne con la promulgazione della L. n. 833 del 23 dicembre 1978, che istituì il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questa legge in particolare ha fissato tre principi fondamentali:

1. Universalità: Il diritto all'assistenza sanitaria fu esteso a tutti i cittadini italiani, indipendentemente dal reddito o dalla posizione sociale.
2. Uguaglianza: Le prestazioni sanitarie dovevano essere garantite in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, riducendo le disuguaglianze regionali.
3. Globalità: Il sistema sanitario fu concepito per rispondere a tutte le esigenze di prevenzione, cura e riabilitazione.²

La riforma ha previsto il trasferimento della gestione sanitaria dalle mutue alle Unità Sanitarie Locali (USL), che furono incaricate di organizzare e gestire i servizi sanitari a livello territoriale. Le USL rappresentavano un tentativo di decentrare il sistema, avvicinando la gestione dei servizi alle comunità locali e favorendo un'ottica di prossimità.

Nonostante i principi innovativi su cui si basava la riforma del 1978, l'attuazione del SSN fu caratterizzata da diverse difficoltà. Il sistema sanitario nazionale si trovò ad affrontare problemi organizzativi e finanziari, in

² La Legge 23 dicembre 1978, n. 833, che ha istituito il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), sancisce i principi di universalità, uguaglianza e globalità nel suo articolo 1. In particolare, l'articolo afferma che la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il SSN, destinato alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali, assicurando l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio.

particolare, le disparità territoriali tra Nord e Sud rimasero una questione irrisolta, con molte Regioni meridionali incapaci di garantire standard adeguati di assistenza sanitaria. L'enorme incremento dei costi, dovuto all'ampliamento delle prestazioni e alla gestione pubblica, portò all'accumulo di debiti significativi da parte del sistema sanitario e l'organizzazione delle USL, concepita per garantire una gestione locale efficiente, incontrò problemi di coordinamento e talvolta si tradusse in duplicazioni di competenze e inefficienze. La prima riforma organica del SSN post-1978 avviene con la legge delega n. 421/1992 e il successivo D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, noto come "riforma bis" della sanità. Questo decreto attua un profondo riordino del sistema sanitario intervenendo su governance, finanziamento e principi di gestione. In primo luogo, il d.lgs. 502/1992 rafforza sensibilmente il ruolo delle Regioni nella sanità, facendone le protagoniste dell'amministrazione sanitaria a scapito dello Stato centrale. Viene infatti sancita la quasi totale estromissione dei Comuni dalla gestione della sanità e si avvia il processo di aziendalizzazione delle USL: le USL vengono trasformate in Aziende Sanitarie Locali (ASL) dotate di personalità giuridica e autonomia organizzativa. Ciò comporta la depoliticizzazione e la gestione manageriale dei servizi sanitari, con l'introduzione di direttori generali nominati dalle Regioni al posto dei precedenti comitati politico-amministrativi. In parallelo, i grandi ospedali pubblici vengono resi autonomi come aziende ospedaliere, separate dalle ASL³. Si promuove inoltre la concorrenza regolata tra strutture pubbliche e private tramite il sistema di accreditamento e remunerazione a tariffa delle prestazioni

³ Rosano, A. (s.d.). *Riforma del Servizio Sanitario Nazionale: tra la conquista del diritto alle cure e le insidie della "insostenibilità"*. Pagine 16-17.

(meccanismi che prefigurano un quasi-mercato sanitario). Un aspetto centrale della riforma del 1992 riguarda il finanziamento del SSN e l'idea dei "livelli uniformi di assistenza". Prima del 1992 il finanziamento avveniva principalmente attraverso il Fondo Sanitario Nazionale alimentato dallo Stato. Il d.lgs. 502/1992 introduce invece criteri innovativi orientati al budgeting: da un lato nuove fonti di finanziamento (si sottolinea il ricorso a forme di autofinanziamento regionale e alla compartecipazione degli utenti ai costi tramite i ticket); dall'altro la definizione, nell'ambito della programmazione sanitaria, di livelli di assistenza uniformi ed essenziali commisurati alle risorse disponibili. In altri termini, si delinea un nucleo di prestazioni garantite in modo uniforme su tutto il territorio nazionale entro i limiti quantitativi e finanziari prefissati, distinguendole da prestazioni aggiuntive erogabili solo in caso di risorse eccedenti o tramite fondi integrativi. Significativamente, il decreto 502/1992 (come modificato nel 1993) prevedeva che tali livelli uniformi di assistenza fossero individuati annualmente con la legge finanziaria, in funzione delle risorse disponibili.⁴ Si afferma così in via normativa il principio del diritto alla salute finanziariamente condizionato: l'estensione delle prestazioni garantite dipende dal bilancio pubblico destinato alla sanità in ciascun anno. Ciò non intacca il principio costituzionale della tutela della salute, ma ne modula l'attuazione pratica in base a criteri di sostenibilità economica. In coerenza con questa impostazione, la riforma del 1992 attribuisce alle Regioni la responsabilità di finanziamento delle ASL: spetta alle Regioni determinare le modalità di finanziamento delle aziende sanitarie, le quali ricevono una quota

⁴ Grillo, G., *1978-2018: 40 anni di Servizio Sanitario Nazionale*. In *quotidiano sanità* pp 1-20.

del Fondo sanitario (regionale) calcolata in base alla popolazione e possono reperire entrate proprie (donazioni, ticket, attività a pagamento, etc.). Viene introdotto il criterio della quota capitaria “pesata”, cioè un finanziamento per abitante aggiustato in base a indicatori demografici (età, sesso) e di bisogno sanitario, così da allocare le risorse tra regioni tenendo conto delle diverse esigenze sanitarie delle popolazioni. In sintesi, la riforma del 1992 ridisegna il SSN come un sistema decentrato in cui lo Stato fissa gli obiettivi e i livelli essenziali da garantire, e le Regioni – divenute attori chiave – gestiscono operativamente i servizi e il finanziamento, rispondendo dei risultati anche sotto il profilo economico. Alla fine degli anni '90, a seguito di ulteriori deleghe legislative (l. 419/1998), si attua un ulteriore intervento riformatore con il D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, noto come “riforma ter” o “decreto Bindi”.⁵ Questa riforma prosegue nella direzione tracciata nel 1992, consolidando il processo di aziendalizzazione e potenziando la regionalizzazione del sistema. I principi ispiratori del decreto 229/1999 mirano a confermare e rafforzare il ruolo centrale del SSN quale strumento di attuazione del compito costituzionale di tutela della salute (art. 32 Cost.). In tal senso, il provvedimento enfatizza la necessità di assicurare ai cittadini livelli essenziali e uniformi di assistenza su tutto il territorio nazionale, garantendo sia l’equità nell’accesso alle cure, sia standard di qualità uniformi, il tutto però accompagnato da una forte attenzione all’uso accorto delle risorse pubbliche disponibili. Si tratta dunque di bilanciare l’universalismo del diritto alla salute con criteri di efficacia, efficienza ed

⁵ Paris, D. (s.d.). *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, pp. 1-15.

economicità, evitando sprechi e duplicazioni. Sul piano organizzativo, il d.lgs. 229/1999 rafforza le competenze regionali in materia sanitaria, ampliando le facoltà delle Regioni sia nella programmazione sia nella gestione dei servizi. Vengono attribuiti alle Regioni nuovi poteri di regolazione, ad esempio sulla distribuzione territoriale delle ASL e Aziende Ospedaliere, sui criteri di finanziamento delle aziende sanitarie, sulle modalità di controllo e valutazione delle loro performance e sulla governance dell'accreditamento delle strutture private. Ciò apre la strada a sistemi sanitari regionali differenziati tra loro, in quanto ogni Regione ottiene margini più ampi per organizzare i servizi in base alle proprie esigenze e scelte politiche. Allo stesso tempo, la riforma del 1999 ribadisce l'unitarietà del SSN: viene definito formalmente il SSN come il "complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali", sottolineando come le singole sanità regionali siano parti di un disegno nazionale unitario. Viene anche qualificato il Piano Sanitario Regionale (PSR) come "piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi" a livello locale, in coerenza con gli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale. Questo significa che ogni Regione, pur avendo autonomia programmatica, deve raccordarsi agli obiettivi e agli standard essenziali fissati a livello centrale.⁶ In ambito finanziario, il d.lgs. 229/1999 conferma ed evolve i meccanismi di finanziamento introdotti nel 1992. In particolare, viene consolidato il criterio della quota capitaria "pesata" per la ripartizione interna del finanziamento pubblico: la riforma del 1999 fa propria la metodologia già sperimentata a metà degli anni '90 (l. 662/1996) di

⁶ Longo, F. (2010). *Finanziamento della sanità, una riforma attuata male*. In *lavoce.info*, pp. 1-4.

allocazione del Fondo Sanitario alle Regioni secondo indicatori di bisogno (età, genere, etc.), per assicurare una ripartizione più equa delle risorse. Contestualmente, si assiste all'attuazione di un più ampio disegno di federalismo fiscale in sanità: il d.lgs. 56/2000 (collegato alla riforma del 1999) abolisce il Fondo Sanitario Nazionale come entità autonoma, sostituendolo con il trasferimento alle Regioni di fonti di entrata tributaria propria (ad esempio, viene introdotta l'addizionale regionale IRPEF destinata alla sanità). In un primo momento tali entrate erano vincolate alla spesa sanitaria, poi dal 2001 il vincolo è stato rimosso per lasciare maggiore autonomia finanziaria (pur restando l'obbligo delle Regioni di garantire i LEA). Nel complesso, a fine anni '90 il finanziamento del SSN evolve verso un modello in cui le Regioni dispongono di autonomia impositiva e responsabilità diretta: il fabbisogno sanitario standard è coperto da tributi propri regionali e compartecipazioni al gettito erariale, con meccanismi di perequazione tra regioni più ricche e più povere per assicurare a tutte risorse simili per abitante. Il ruolo dello Stato si sposta così sulla definizione dei "Livelli Essenziali di Assistenza" (LEA) da garantire ovunque e sulla verifica che le Regioni li erogino. Vale la pena notare che proprio nel 2001, subito dopo la riforma Bindi, la revisione del Titolo V della Costituzione ha costituzionalizzato questo impianto, attribuendo allo Stato la competenza di fissare i LEA (art. 117, co.2, lett. m Cost.) e riconoscendo alle Regioni autonomia legislativa concorrente in materia di tutela della salute, nell'ambito però di tali livelli essenziali uniformi. Si codifica insomma un modello di decentralizzazione temperata: forte autonomia regionale nella

gestione e finanziamento della sanità, controbilanciata da standard nazionali inderogabili per garantire l'uniformità dei diritti sociali su tutto il territorio.⁷

1.1. La riforma del Titolo V della Costituzione (2001)

La riforma del Titolo V della Costituzione italiana, attuata con la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, ha profondamente modificato l'assetto delle competenze tra Stato e Regioni, in particolare in materia di tutela della salute. Tale riforma, confermata da referendum popolare nel 2001, mirava a rafforzare l'autonomia locale in un'ottica di federalismo cooperativo, ridefinendo i poteri legislativi e amministrativi delle Regioni. In questo contesto si inserisce il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il sistema pubblico di tutela della salute istituito nel 1978, che è stato significativamente influenzato dalla riforma sia dal punto di vista organizzativo che da quello normativo. Di seguito si analizzano le novità introdotte dal nuovo Titolo V, con particolare attenzione all'impatto sul SSN, al ruolo dell'Unione Europea e alle principali criticità emerse (disuguaglianze territoriali, regionalismo differenziato e coordinamento istituzionale), supportando l'analisi con riferimenti normativi e dottrinali aggiornati. La riforma costituzionale del 2001 ha inciso in maniera determinante sull'assetto del Servizio Sanitario Nazionale, accentuandone il carattere decentralizzato.⁸In effetti, si può affermare che oggi esistono 21 sistemi sanitari

⁷ Gabriele, S. (2003). *Riflettendo sul decreto 56/2000*. In *lavoce.info*, pp. 1-3.

⁸ Spasiano, N. (2021). *Il Titolo V e il diritto alla salute: fra autonomia e disuguaglianze regionali*. In *federalismi.it*, pp. 1-20.

regionali federati nel SSN. Ciascuna Regione organizza il proprio servizio sanitario: determina il numero e la gestione delle ASL/Aziende sanitarie, la rete ospedaliera e i servizi territoriali, adattandoli ai bisogni locali. Questo ha permesso, almeno in potenza, una maggiore flessibilità e capacità di innovazione: le Regioni hanno sperimentato modelli diversi (ad esempio, gestione più aziendalistica e orientata al mercato in Lombardia, oppure più integrata pubblico-territoriale in Emilia-Romagna), con l'idea che dal confronto delle diverse soluzioni potessero emergere best practices da estendere a tutto il Paese. L'estensione formale della competenza regionale alla "tutela della salute" ha consolidato quanto già in parte avviato negli anni '90 (con le riforme Bassanini e la riorganizzazione del SSN del 1992 e 1999): il SSN è stato ridefinito come "il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali", evidenziando che l'erogazione pratica delle prestazioni avviene a livello locale. Nonostante la forte autonomia organizzativa, il SSN post-riforma rimane un sistema nazionale e universalistico, grazie a meccanismi di garanzia e indirizzo centrale. In primo luogo, i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) – introdotti nel 2001 e periodicamente aggiornati con DPCM – costituiscono lo standard minimo di cure e servizi che ogni Regione deve assicurare ai cittadini (prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione, assistenza farmaceutica, ecc.). Lo Stato determina i LEA a livello centrale, spesso attraverso intese in Conferenza Stato-Regioni per coinvolgere le autonomie, e monitora la loro attuazione tramite appositi organismi (come il Comitato LEA e la verifica degli adempimenti

regionali in materia sanitaria).⁹ In secondo luogo, il finanziamento del SSN avviene in buona parte tramite il Fondo Sanitario Nazionale, alimentato dalla fiscalità generale e ripartito tra le Regioni secondo criteri di fabbisogno e popolazione (con correttivi perequativi per le aree meno sviluppate). Dopo la riforma, alcune entrate tributarie sono state attribuite alle Regioni per finanziare la sanità (ad esempio una quota dell'IRAP e dell'addizionale IRPEF è riservata al finanziamento dei servizi sanitari regionali), accrescendo la loro responsabilità finanziaria. In ogni caso, il coordinamento finanziario resta importante: lo Stato fissa annualmente (di concerto con le Regioni) il livello di spesa sanitaria programmata e attua interventi correttivi ove necessario per evitare disavanzi eccessivi. Emblematici sono i “Piani di rientro” sanitari imposti a partire dal 2007 ad alcune Regioni in grave deficit sanitario, con commissariamenti e misure di risanamento sotto la supervisione centrale – un chiaro esempio di come l'autonomia sia bilanciata dalla necessità di garantire sostenibilità ed equità nel SSN. La riforma ha prodotto un sistema nel quale lo Stato mantiene funzioni di indirizzo generale, definizione dei diritti sanitari fondamentali (LEA) e controllo degli equilibri, mentre le Regioni gestiscono in autonomia la pianificazione e l'erogazione dei servizi sanitari. Ciò ha comportato vantaggi, come una gestione spesso più aderente alle realtà locali e la possibilità di adattare l'offerta sanitaria alle diverse esigenze territoriali. Sono stati avviati programmi regionali innovativi (dalla telemedicina, ai ticket modulati in base al reddito locale, fino a reti assistenziali integrate territorio-ospedale in alcune realtà virtuose). Tuttavia, la “devoluzione” sanitaria ha anche

⁹ Gallo, F. (2023). *Riflessioni critiche sulla riforma del Titolo V e sulla tutela uniforme dei diritti sociali*. In *Costituzionalismo.it*, pp. 3-18.

generato una crescente eterogeneità tra i diversi servizi sanitari regionali, ponendo serie sfide di equità e coesione nazionale. La sezione seguente esaminerà criticamente queste problematiche.¹⁰

2. Il diritto alla salute nella Costituzione italiana: l'art. 32 Cost.

Questa riorganizzazione del Sistema Sanitario Nazionale, introdotta dalla riforma del Titolo V, si collega inevitabilmente al principio fondamentale sancito dall'articolo 32 della Costituzione, che riconosce la tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, configurando il diritto alla salute come il cardine attorno al quale ruotano le politiche sanitarie dello Stato e delle Regioni.

L'articolo 32 della Costituzione dispone:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

Il diritto alla salute così come sancito dalla costituzione si caratterizza per un “carattere bidimensionale”: è definito sia come un diritto fondamentale dell'individuo che come un interesse della collettività.

La giurisprudenza della Corte Costituzionale ha chiarito che il diritto alla salute si colloca al crocevia tra diritti individuali e doveri sociali¹¹, esso perciò

¹⁰ Marcazzan S., *La riforma del Titolo V della Costituzione: il nuovo ruolo delle Regioni nei rapporti con lo Stato e con l'Unione Europea*, Collegio europeo di Bruges.

¹¹ Corte costituzionale, sentenza n. 455 del 1990.

comprende due dimensioni principali: salute come diritto soggettivo all'integrità psico-fisica, che obbliga lo Stato e i privati a non interferire con il bene salute della persona¹² e salute come diritto sociale di prestazione, che impone alla Repubblica l'obbligo di predisporre servizi sanitari adeguati a soddisfare i bisogni della collettività.

In questa prospettiva, il rapporto tra le due dimensioni del diritto alla salute può risultare conflittuale, richiedendo un continuo bilanciamento da parte delle autorità pubbliche. Lo Stato ha il compito di tutelare contemporaneamente l'interesse collettivo e i diritti del singolo, attraverso interventi normativi e amministrativi che garantiscano un equilibrio tra queste due sfere.

Tuttavia, è fondamentale non confondere la duplice natura del diritto alla salute sancita dall'art. 32 della Costituzione – che lo riconosce sia come diritto individuale sia come interesse della collettività – con la distinzione tra diritti fondamentali di libertà e diritti sociali. Mentre la prima riguarda il ruolo della salute nel contesto costituzionale, la seconda attiene alla diversa tutela giuridica di queste categorie di diritti, che rispondono a logiche differenti. Rileva in particolar modo la concezione di diritto alla salute come diritto finanziariamente condizionato. L'esperienza italiana del SSN evidenzia dunque il carattere peculiare del diritto alla salute: esso è un diritto fondamentale, ma la sua concreta attuazione è condizionata dalle risorse finanziarie e organizzative disponibili. In termini giuridici, il diritto alla salute rientra nei diritti sociali a prestazione, che richiedono l'intervento positivo dello Stato mediante l'allestimento di servizi e che, per loro natura, implicano un bilanciamento con altri interessi pubblici (primo fra tutti l'equilibrio della finanza pubblica). La

¹² La Corte ha sottolineato che la salute non è solo una condizione di assenza di malattia, ma un valore costituzionale comprensivo che include l'integrità bio-psichica dell'individuo e la qualità delle condizioni di vita, ambiente e lavoro (sentenza 184/1986).

Corte costituzionale, già a partire dagli anni '80-'90, ha elaborato il concetto di “diritto finanziariamente condizionato” in materia sanitaria. In particolare, la Consulta ha affermato che il diritto alle prestazioni sanitarie, al pari di ogni diritto sociale, non è illimitato, ma è garantito “tenuto conto delle risorse organizzative e finanziarie di cui [lo Stato] dispone al momento”.¹³ Ciò significa che spetta al legislatore ordinario il compito di definire l'estensione delle prestazioni dovute, bilanciando il diritto alla salute con altri interessi costituzionali e con le limitate risorse finanziarie disponibili. In questo senso, la tutela della salute si configura come un diritto mediato dalla legge e dalle scelte allocative di bilancio: non ogni prestazione concepibile è immediatamente esigibile dall'individuo, ma solo quelle comprese nei livelli definiti dalla legge in relazione ai mezzi finanziari (si pensi all'inclusione di un farmaco o di una terapia innovativa nei LEA, spesso subordinata a valutazioni di costo-efficacia). La giurisprudenza ha delineato alcuni punti fermi. Primo, l'art. 32 Cost. ha natura prevalentemente programmatica: fissa un obiettivo (tutelare la salute) e richiede al legislatore di darvi attuazione, ma non specifica quali prestazioni concrete vadano assicurate in ogni tempo. Secondo, il diritto alla salute in senso stretto – inteso come diritto di ottenere cure e prestazioni – è condizionato nell'an e nel quantum dalle scelte legislative che ne determinano il contenuto, le quali devono operare un ragionevole bilanciamento con le esigenze finanziarie e organizzative. In altri termini, esso è un diritto che si concretizza nei limiti dell'organizzazione del servizio sanitario (come riconosciuto già dalla Corte cost. n. 175/1982) e nei limiti delle risorse finanziarie disponibili (Corte

¹³ Gallo, F. (2023). *Diritto alla salute, bilancio e diritti incompressibili: dalla sentenza n. 275/2016 alla realtà del SSN*. In *Federalismi.it*, pp. 1-12.

cost. n. 309/1999 e n. 248/2011). Terzo, questo bilanciamento legislativo tra tutela della salute e sostenibilità economica non sfugge al controllo del giudice costituzionale: la Corte può sindacare le scelte del legislatore se esse comprimono il diritto in modo irragionevole o tale da violarne il nucleo essenziale. Quarto, l'affermazione che il diritto alla salute è finanziariamente condizionato non lo rende privo di tutela effettiva: ove la legge riconosca una certa prestazione come dovuta e non lasci margini di discrezionalità all'amministrazione, il cittadino vanta un vero e proprio diritto soggettivo perfetto a ottenerla. In definitiva, il diritto alla salute vive di un duplice registro: da un lato, come principio fondamentale impone allo Stato di approntare un sistema sanitario che massimizzi la tutela della salute collettiva compatibilmente con le risorse; dall'altro, come diritto individuale, si sostanzia nelle specifiche prestazioni sanitarie garantite dai LEA e dalle altre norme vigenti pro tempore. Al di fuori di queste prestazioni essenziali, eventuali servizi aggiuntivi possono essere esclusi dal finanziamento pubblico senza violare la Costituzione, purché si rispettino alcuni limiti (ad esempio, non creare discriminazioni irragionevoli, tutelare comunque i soggetti indigenti, e garantire che il livello essenziale sia dignitoso).¹⁴ Un chiaro esempio dell'approccio "finanziariamente condizionato" si trova nella giurisprudenza amministrativa: il Consiglio di Stato, con la sentenza sez. III, n. 5251/2017, ha ribadito che "il diritto alla salute, di cui all'art. 32 Cost., non comporta l'obbligo per il Servizio sanitario di fornire tutti i prodotti esistenti sul mercato per la cura di una determinata patologia". In quel caso, riguardante la richiesta di un farmaco

¹⁴ Trabucco, D. (2017). *Il diritto alla salute tra sostenibilità economica e vincolo di bilancio: riflessioni a partire dalla sentenza 275/2016 della Corte costituzionale*. In *Federalismi.it*, pp. 1-13.

specifico, i giudici hanno chiarito che l’SSN garantisce le cure appropriate secondo necessità terapeutica, senza che ciò implichi farsi carico di oneri aggiuntivi dettati dalle dinamiche del mercato (ad esempio farmaci non inclusi nel prontuario o molto costosi se esistono alternative efficaci). Questa pronuncia evidenzia come il diritto alle cure non equivalga al diritto a qualunque cura possibile: è legittimo che il sistema pubblico ponga dei limiti e delle scelte di priorità, in base a valutazioni di efficacia clinica ed economicità. Del resto, la stessa Corte costituzionale aveva avallato l’idea che alcune prestazioni possano essere escluse dai LEA per ragioni di sostenibilità, purché ciò avvenga con criterio. Ad esempio, con la nota sentenza n. 185/1998 (caso Di Bella), la Corte ritenne ammissibile che un trattamento terapeutico sperimentale non validato (nel caso, una cura anticancro alternativa) non fosse erogato dal SSN a tutti, ma solo a chi partecipava alla sperimentazione, evitando un onere generalizzato a carico del servizio. Allo stesso tempo, la Corte sottolineò che sarebbe contrario al principio di eguaglianza rendere disponibili a pagamento esclusivo dei cittadini prestazioni efficaci di base, soprattutto se ciò comporta discriminine verso gli indigenti. In sintesi, il “catalogo” delle prestazioni garantite dal SSN può subire limitazioni motivate da esigenze finanziarie, ma il nucleo essenziale del diritto (cure indispensabili e urgenti, assistenza di base, livelli essenziali) deve rimanere intangibile e accessibile a tutti senza discriminazioni economiche. Negli ultimi anni, la giurisprudenza costituzionale ha affinato il discorso sui limiti finanziari della tutela sanitaria, introducendo il concetto di “diritti incompressibili”.¹⁵ La sentenza Corte cost. n. 275/2016 – pur

¹⁵ Pirozzi, L. (2018). *Una rondine fa primavera? La mobilità sanitaria e la sfida per un “sistema sanitario europeo”*. *Costituzionalismo.it*.

riguardando in senso stretto il diritto allo studio di studenti disabili – ha enunciato un principio di portata generale rilevante anche per la sanità: “È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l’equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione”.¹⁶ In altri termini, per la Corte costituzionale l’obbligo di assicurare i diritti fondamentali nel loro nucleo essenziale prevale sulle esigenze di bilancio: una volta identificato normativamente quel “nucleo invalicabile” di garanzie, esso non può essere sacrificato invocando ragioni finanziarie generiche. Questa affermazione, trasposta in ambito sanitario, significa che le prestazioni sanitarie essenziali e urgenti – quelle che danno attuazione al diritto alla salute nella sua dimensione fondamentale di tutela della vita e della dignità umana – non possono essere oggetto di tagli tali da comprometterne l’erogazione. L’equilibrio di bilancio va perseguito, ma non al punto da negare prestazioni sanitarie vitali: semmai, è il bilancio pubblico che deve adattarsi alle esigenze minime imposte dai diritti fondamentali. La stessa sentenza 275/2016 aggiunge che interpretare l’art. 81 Cost. (vincolo di bilancio) in senso assoluto, tale da consentire il disconoscimento dei diritti fondamentali, sarebbe una visione distorta del concetto di equilibrio finanziario. Questo orientamento innovativo funge da contrappeso al paradigma del diritto finanziariamente condizionato: se è vero che il legislatore può modulare l’estensione delle prestazioni secondo le risorse, non può però ridurre la tutela al di sotto di una soglia minima costituzionalmente necessaria. In ambito sanitario, ciò si traduce nell’obbligo di garantire sempre i LEA essenziali a tutti gli assistiti; qualora le risorse scarseggino, lo Stato deve

¹⁶ D’Alberti, M. (2020). *Il diritto alla salute come diritto incompressibile: la lezione della pandemia*. In *Federalismi.it*, pp. 1-10.

comunque trovare il modo di assicurare quel livello minimo, eventualmente ridistribuendo spese da altri settori o attivando fondi integrativi di solidarietà. In concreto, la Corte costituzionale, con varie pronunce, ha invalidato norme o prassi che subordinavano l'erogazione di servizi sanitari indispensabili a limiti di bilancio in modo irragionevole. Ad esempio, la citata sent. n. 275/2016¹⁷ ha dichiarato illegittima una legge regionale che condizionava il finanziamento del trasporto scolastico disabili alla disponibilità di fondi nel bilancio, stigmatizzando il fatto che così facendo si dava prevalenza al pareggio di bilancio su un diritto fondamentale. Analogamente, in materia strettamente sanitaria, la Corte ha affermato che le misure di contenimento della spesa non possono spingersi fino a negare cure essenziali: i piani di rientro sanitari regionali sono legittimi solo se garantiscono comunque i livelli essenziali di assistenza. In caso contrario, sarebbe lo Stato a dover intervenire a tutela dei cittadini (anche sostituendosi alla Regione inadempiente, come previsto dall'art. 120 Cost. in casi di tutela dell'incolumità e dei diritti civili). La tensione tra esigenze di razionalizzazione finanziaria e tutela uniforme dei diritti è dunque costantemente monitorata dalla giurisprudenza. L'orientamento attuale può essere riassunto così: il diritto alla salute può subire limitazioni quantitative legate alle risorse, ma non può mai essere svuotato nella sua essenza. Il legislatore e gli amministratori hanno il dovere di operare scelte allocative oculate – eliminando sprechi, aumentando l'efficienza, magari differendo l'accesso a prestazioni non urgenti – ma non possono rifiutare ai cittadini quelle prestazioni che costituiscono il “minimo vitale” del diritto alla salute. Va infine

¹⁷ Trabucco, D. (2017). *Il diritto alla salute tra sostenibilità economica e vincolo di bilancio: riflessioni a partire dalla sentenza 275/2016 della Corte costituzionale*. In *Federalismi.it*, pp. 1-13.

osservato che la stessa nozione di LEA è dinamica e in evoluzione: col progresso scientifico e tecnologico, nuove prestazioni diventano essenziali e la loro inclusione nei livelli garantiti pone sfide di sostenibilità. Le istituzioni devono dunque costantemente aggiornare l'elenco dei LEA (come avvenuto da ultimo col DPCM 12 gennaio 2017) e reperire i fondi necessari. In questo contesto, le risorse aggiuntive messe a disposizione in anni recenti (ad esempio con il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – PNRR – e l'aumento del Fondo Sanitario Nazionale dopo la pandemia Covid-19) rappresentano un tentativo di colmare le lacune emerse dopo un lungo periodo di contrazione della spesa sanitaria. Difatti, vari studi denunciano che decenni di tagli e rigorose politiche di contenimento hanno compromesso l'uniformità e l'equità delle prestazioni sul territorio nazionale, pregiudicando aspetti fondamentali del sistema e lasciando l'Italia con un livello di finanziamento pubblico della sanità inferiore a molti partner europei. La pandemia ha evidenziato queste fragilità, riaccendendo l'attenzione sull'importanza di investire nella sanità pubblica e garantire standard omogenei in tutte le Regioni.¹⁸

3. La natura concorrente delle competenze sanitarie (art. 117 Cost.)

L'articolo 117 della Costituzione, così come modificato dalla l. n. 3/2001, costituisce un pilastro fondamentale nella definizione delle responsabilità tra Stato e Regioni, mirato a equilibrare l'indipendenza locale con la necessità di coesione dell'ordinamento. Il primo comma della norma, infatti, dispone che

¹⁸ Spasiano, N. (2021). *LEA e sostenibilità finanziaria: la tenuta costituzionale del sistema sanitario tra autonomie e vincoli*. In *Federalismi.it*, pp. 1-14.

“La potestà legislativa è esercitata dallo Stato e dalle Regioni nel rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali.”

Come noto, la norma ha ridistribuito le competenze degli organi nazionali suddividendole in tre categorie: competenze esclusive statali, competenze concorrenti e competenze residuali regionali. Nelle materie di competenza esclusiva, lo Stato mantiene il controllo assoluto su settori strategici, nelle materie concorrenti lo Stato definisce i principi fondamentali che devono essere rispettati e garantiti a livello nazionale lasciando alle Regioni la disciplina di dettaglio e nelle materie residuali le Regioni hanno potestà legislativa autonoma.

Il secondo comma dell'articolo elenca le materie di competenza esclusiva statale, tra cui: politica estera, difesa, immigrazione, rapporti con le confessioni religiose, difesa e forze armate, moneta, tutela della concorrenza, sistema tributario e contabile dello Stato, ordine pubblico e sicurezza, cittadinanza, giurisdizione e norme processuali, determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale e altre ancora.

Sono materie di legislazione concorrente quelle disciplinate al terzo comma dell'articolo¹⁹ e relative a: tutela della salute, rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni, e altre. La tutela della salute rientra tra le materie di legislazione concorrente, come previsto dall'art. 117, terzo comma, della Costituzione. Questo significa che lo Stato ha il compito di stabilire i

¹⁹ Costituzione della Repubblica Italiana, art. 117, terzo comma: *“Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento a ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato. Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a [...] tutela della salute [...]. Nelle materie di legislazione concorrente spetta allo Stato la determinazione dei principi fondamentali, alle Regioni la potestà legislativa di dettaglio.”*

principi fondamentali della materia, mentre spetta alle Regioni emanare la normativa di dettaglio e organizzare i servizi sanitari sul proprio territorio. La Corte Costituzionale ha chiarito che la tutela della salute, pur rientrando nella legislazione concorrente, ha una natura trasversale²⁰, poiché può intrecciarsi con altre competenze, come la tutela dell'ambiente o la sicurezza sul lavoro. Inoltre, la Corte ha affermato che il diritto alla salute, essendo un diritto fondamentale, impone limiti all'autonomia regionale: le Regioni possono organizzare i servizi sanitari, ma senza compromettere i livelli essenziali di assistenza (LEA), che lo Stato deve garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.²¹

Al quarto comma dell'articolo 117 della Costituzione non si trova un'elencazione specifica delle materie di competenza regionale, come avviene per le altre due categorie. Questa competenza è residuale, poiché la norma dispone che "Spetta alle Regioni la potestà legislativa in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato".

Pur non essendo direttamente elencate, alcune materie di competenza esclusiva regionale possono comunque incidere sulla gestione del servizio sanitario. Ad esempio, la pianificazione del territorio regionale influisce sulla distribuzione delle strutture sanitarie e sulla localizzazione degli ospedali. Analogamente, la disciplina delle attività commerciali riguarda anche la regolamentazione delle farmacie, la cui collocazione e numero sul territorio sono stabiliti dalle Regioni in base ai bisogni della popolazione. Questi aspetti, pur rientrando nella

²⁰ Corte costituzionale, sentenza n. 282 del 2002: *"La tutela della salute, pur essendo materia di legislazione concorrente, è una competenza trasversale che può coinvolgere diverse sfere di intervento, imponendo un costante bilanciamento tra poteri statali e regionali."*

²¹ Corte costituzionale, sentenza n. 200 del 2005: *"L'autonomia regionale nella gestione della sanità incontra il limite del rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), che lo Stato deve garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, in ossequio al principio di eguaglianza sancito dall'art. 3 della Costituzione."*

competenza legislativa esclusiva regionale, si intrecciano con la tutela della salute e la garanzia di un equo accesso ai servizi sanitari.²²

3.1 La giurisprudenza costituzionale dell'articolo 117 cost.

Con l'approvazione della riforma del Titolo V, la ripartizione delle competenze ha sollevato rilevanti questioni interpretative, in particolare per quanto riguarda le materie di carattere interdisciplinare. La Corte costituzionale ha riconosciuto che alcune competenze, come quelle relative alla tutela dell'ambiente, alla sanità e all'istruzione, presentano inevitabili sovrapposizioni. In materia ambientale, la Corte ha affermato che l'ambiente rappresenta un "bene unitario" e un "valore primario ed assoluto", richiedendo un equilibrio tra le normative statali e regionali²³. In ambito sanitario, è stata sottolineata l'importanza della collaborazione tra Stato e Regioni, particolarmente evidente nella gestione delle emergenze sanitarie, come la pandemia da COVID-19²⁴. Per l'istruzione, la Corte ha riconosciuto la natura concorrente delle competenze, evidenziando la necessità di un coordinamento efficace per garantire un sistema educativo uniforme su scala nazionale.

Sono numerose le sentenze della Corte costituzionale che hanno approfondito le problematiche legate al nuovo articolo 117, mettendo in luce la complessità e l'interconnessione delle materie trasversali. In tali pronunce, è emersa l'esigenza di bilanciare le competenze statali e regionali per preservare l'unitarietà dell'ordinamento giuridico e, al contempo, rispettare le autonomie locali. La Corte ha osservato che i fenomeni sociali complessi rendono spesso

²² Senato della Repubblica Italiana. (n.d.). *Federalismo fiscale: Legislazione e giurisprudenza*.

²³ Corte costituzionale, sentenza n. 641 del 30 dicembre 1987.

²⁴ Corte costituzionale, sentenza n. 5 del 18 gennaio 2018.

difficile ricondurre una normativa a una singola materia, dando luogo a intrecci di competenze che essa stessa ha definito come “inestricabili”.²⁵

In caso di conflitti tra norme statali e regionali, la Costituzione non fornisce criteri espliciti di risoluzione, rendendo necessaria l’elaborazione di principi giurisprudenziali. Tra questi, il principio di prevalenza stabilisce che, qualora una legge incida su ambiti riconducibili sia alle competenze statali sia a quelle regionali, si debba individuare l’aspetto predominante della normativa: se il nucleo essenziale rientra nelle competenze statali, prevale la legge statale, e viceversa. Il principio di leale collaborazione, invece, richiede strumenti di partecipazione effettiva tra Stato e Regioni, spesso realizzati attraverso le Conferenze Stato-Regioni e Autonomie locali. Un ulteriore principio elaborato dalla Corte è infine quello dell’“attrazione in sussidiarietà”²⁶. Esso consente allo Stato di intervenire in materie generalmente attribuite alle Regioni quando sia necessario garantire un esercizio unitario delle funzioni amministrative, nel rispetto dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza. Tale principio è stato applicato in settori strategici come le infrastrutture, l’energia, la comunicazione e il turismo, nei quali esigenze di carattere unitario richiedono un approccio centralizzato.

La giurisprudenza costituzionale ha poi ribadito l’importanza di un’interpretazione sostanziale, piuttosto che formale, delle materie elencate nell’articolo 117. L’interpretazione sostanziale implica che le materie non siano considerate come compartimenti stagni, bensì come categorie flessibili, capaci di adattarsi all’evoluzione dei fenomeni sociali, economici e tecnologici. Tale approccio consente di cogliere il nucleo centrale degli interessi pubblici sottesi

²⁵ Corte costituzionale, sentenza n. 50 del 2 febbraio 2005.

²⁶ Corte costituzionale, sentenza n. 203 dell’11 giugno del 2003.

e di individuare, di volta in volta, quale livello di governo sia più idoneo a disciplinarli ²⁷

4. La struttura del servizio sanitario nazionale (SSN)

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano è stato istituito nel 1978 con la legge 833, con l'obiettivo di garantire a tutti i cittadini l'accesso universale e gratuito alle prestazioni sanitarie e si basa su principi fondamentali quali l'universalità, l'equità, l'unitarietà e l'integrazione dei servizi. Il rispetto di questi principi assicura che ogni individuo, indipendentemente dalla propria condizione economica o sociale, possa accedere alle cure necessarie.

La struttura del SSN è articolata su tre livelli: nazionale, regionale e locale. A livello nazionale, il Ministero della Salute è responsabile della programmazione sanitaria, della definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e della supervisione generale del sistema. Le Regioni, in virtù del principio di sussidiarietà, hanno competenze legislative e amministrative in materia sanitaria, organizzando e gestendo i servizi sanitari sul proprio territorio. A livello locale, le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e le Aziende Ospedaliere (AO) sono responsabili dell'erogazione diretta delle prestazioni sanitarie.

4.1 Il ruolo dello stato nel servizio sanitario nazionale (SSN)

Il sistema sanitario italiano si basa su un modello organizzativo di tipo decentrato, basato sulle Aziende Sanitarie Locali, in cui lo Stato mantiene un

²⁷ Corte costituzionale, sentenze n. 5 del 18 gennaio 2018 e n. 251 del 25 novembre 2016.

ruolo centrale nella regolamentazione, con l'obiettivo di garantire uniformità, equità e sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale. Questa funzione si realizza attraverso attività chiave, tra cui: la definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), l'esercizio di competenze legislative esclusive e l'elaborazione di politiche sanitarie orientate all'unitarietà del sistema.

I LEA sono il mezzo più importante di cui lo Stato dispone per garantire l'universalità del diritto alla salute. Spetta allo Stato il compito di definirli e aggiornarli, assicurando a tutti i cittadini l'accesso a prestazioni sanitarie essenziali e di qualità. Questo ruolo mira a prevenire disparità territoriali, tenendo conto che le Regioni, pur godendo di autonomia organizzativa, possono avere capacità gestionali e risorse finanziarie diverse.

Un ulteriore ambito di intervento statale è rappresentato dalla determinazione dei principi fondamentali in materia di tutela della salute, che costituiscono il limite e la cornice normativa entro cui le Regioni esercitano le loro competenze legislative concorrenti. In questo contesto, lo Stato svolge una funzione di indirizzo per garantire un equilibrio tra autonomia regionale e unità del sistema sanitario. Questo avviene nel rispetto dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza, attraverso l'individuazione dei principi fondamentali della materia e la definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA), che le Regioni sono tenute a garantire in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

Il ruolo dello Stato non si esaurisce poi nella regolamentazione, ma si estende alla fondamentale attività di pianificazione del sistema sanitario, con particolare attenzione alla programmazione economico-finanziaria e al controllo della spesa. Il Piano Sanitario Nazionale (PSN) è il principale strumento attraverso il

quale lo Stato italiano definisce, su base pluriennale, gli obiettivi e le strategie del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).²⁸

Il processo di elaborazione del PSN è articolato e partecipativo. Il Ministro della Salute, considerando i contributi delle Regioni e delle Province autonome, predispone una bozza del Piano. Questa bozza viene poi sottoposta al parere delle Commissioni parlamentari competenti e delle Confederazioni sindacali maggiormente rappresentative. Una volta raccolti i pareri, il Piano viene adottato con Decreto del Presidente della Repubblica, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri e d'intesa con la Conferenza Unificata.

Nel corso degli anni, sono stati adottati diversi Piani Sanitari Nazionali, ciascuno con specifici obiettivi e strategie, ma alcuni obiettivi sono senza dubbio comuni come: l'uniformità delle prestazioni, l'equità del sistema, la necessità di adattamento ai cambiamenti, l'integrazione sociosanitaria²⁹.

Infine, lo Stato si occupa di promuovere l'innovazione e la ricerca scientifica in ambito sanitario, coordinando progetti di rilievo nazionale e internazionale e favorendo la diffusione di tecnologie avanzate e buone pratiche. Questa funzione è particolarmente significativa per affrontare sfide globali, come l'invecchiamento della popolazione, le malattie croniche e le pandemie, che richiedono soluzioni condivise e strategie integrate.

²⁸ Per alcuni anni, il Piano Sanitario Nazionale è stato sostituito dai Patti per la Salute, accordi tra Stato e Regioni finalizzati alla programmazione e al finanziamento del SSN. Questa sostituzione è avvenuta a partire dal Patto per la Salute 2010-2012 e si è protratta negli anni successivi. Tuttavia, con l'attuale governo e il Ministro della Salute Orazio Schillaci, il PSN è stato recentemente ripristinato, riaffermando il suo ruolo di strumento centrale nella programmazione sanitaria nazionale

²⁹ Ministero della Salute. (s.d.). *Le disposizioni nei Piani Sanitari*. Disponibile in <https://www.salute.gov.it/portale/programmazioneFinanziamentoSSN/dettaglioContenutiProgrammazioneFinanziamentoSSN.jsp?area=programmazioneSanitariaLea&id=1489&menu=obiettivi>

4.1.1. Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) rappresentano il complesso delle prestazioni e dei servizi che il sistema pubblico è tenuto a garantire a tutti i cittadini, senza alcuna discriminazione territoriale o economica. La loro definizione è affidata allo Stato, che attraverso decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) identifica e aggiorna periodicamente le prestazioni sanitarie da assicurare, tenendo conto delle risorse disponibili e dell'evoluzione delle conoscenze scientifiche e tecnologiche.

I LEA si articolano in tre grandi macroaree: prevenzione collettiva e sanità pubblica, che include interventi come le vaccinazioni e la prevenzione delle malattie infettive; assistenza distrettuale, che comprende la medicina di base, l'assistenza specialistica ambulatoriale, la farmacia e i servizi sociosanitari territoriali; e assistenza ospedaliera, riguardante ricoveri ordinari, interventi di emergenza e day hospital.

L'obiettivo primario dei LEA è garantire l'universalità e l'equità del sistema sanitario, evitando che differenze di gestione o disponibilità di risorse tra le Regioni possano tradursi in disuguaglianze nell'accesso alle cure. Tuttavia, nonostante il principio di uniformità sancito a livello nazionale, l'attuazione pratica dei LEA dipende dalla capacità amministrativa e finanziaria delle singole Regioni, responsabili dell'organizzazione dei servizi sanitari.

Permane la necessità di un costante monitoraggio da parte dello Stato, che attraverso il Ministero della Salute e il Comitato LEA verifica la conformità dei servizi regionali agli standard nazionali, promuovendo al contempo

l'aggiornamento delle prestazioni per rispondere alle nuove esigenze della popolazione.³⁰

4.1.2. Il rapporto tra LEA e LEP: affinità e differenze

L'articolo 117, secondo comma, lettera m) della Costituzione attribuisce allo Stato la competenza esclusiva nella “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”. I LEP (Livelli Essenziali delle Prestazioni) mirano a garantire l'uniformità nell'erogazione di servizi fondamentali per i cittadini, indipendentemente dalla Regione di residenza, in attuazione del principio di uguaglianza sostanziale sancito dall'articolo 3 della Costituzione³¹. Tra i settori in cui si applicano i LEP rientra la sanità, attraverso i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), che definiscono le prestazioni e i servizi che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) deve garantire. Tuttavia, mentre i LEP hanno un campo di applicazione trasversale e includono anche ambiti come istruzione, assistenza sociale e trasporti pubblici, i LEA riguardano esclusivamente il settore sanitario, stabilendo le prestazioni minime che devono essere erogate in modo uniforme su tutto il territorio nazionale. Una distinzione importante riguarda la loro portata normativa e la loro origine. I LEP sono stati formalmente introdotti con la riforma costituzionale del 2001 e la loro attuazione è ancora in fase di definizione. I LEA, invece, pur rientrando nei

³⁰ Fumagalli, L. (2020). *LEA e giustiziabilità del diritto alla salute: un'analisi costituzionale e sistemica*. In *Costituzionalismo.it*, pp. 1-18.

³¹ La garanzia di prestazioni uniformi su tutto il territorio nazionale riflette il principio costituzionale di uguaglianza, sancito dall'art. 3 della Costituzione, che impegna la Repubblica a rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che limitano l'uguaglianza sostanziale tra i cittadini.

LEP, hanno una storia normativa precedente, essendo stati introdotti con la legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (L. 833/1978) e successivamente ridefiniti con le riforme del 1992 (D.Lgs. 502/1992) e del 1999 (D.Lgs. 229/1999)³². Pertanto, mentre i LEP sono stati concepiti come uno strumento di armonizzazione delle politiche pubbliche dopo la riforma del Titolo V della Costituzione, i LEA esistevano già come standard minimi di assistenza sanitaria prima della loro formalizzazione nel testo costituzionale. Dal punto di vista attuativo, i LEA hanno una regolamentazione più strutturata e sono monitorati attraverso strumenti specifici come il Comitato LEA, che verifica la loro effettiva applicazione nelle Regioni. I LEP, invece, richiedono una governance più complessa, coinvolgendo Stato, Regioni ed enti locali per armonizzare le politiche e le risorse in diversi ambiti. Infine, la Corte Costituzionale ha chiarito che i LEP non costituiscono una “materia” in senso stretto, ma rappresentano una funzione normativa che consente allo Stato di fissare standard minimi di prestazione, indipendentemente dal fatto che l'erogazione dei servizi sia affidata alle Regioni. Questo principio è stato ribadito nella sentenza n. 78 del 2020, in cui la Corte ha sottolineato il ruolo dei LEP nel garantire uniformità nella tutela dei diritti civili e sociali.³³

³² D.Lgs. 502/1992 e D.Lgs. 229/1999: Riformano il SSN, ridefinendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) come prestazioni sanitarie minime garantite in modo uniforme su tutto il territorio nazionale

³³ Fumagalli, L. (2022). *LEP, diritti sociali e centralismo costituzionale: profili critici della competenza esclusiva statale*. In *Costituzionalismo.it*, pp. 1-18.

5. Il ruolo delle regioni nel sistema sanitario nazionale

Il funzionamento del sistema sanitario regionale italiano rappresenta un esempio di *governance* decentralizzata, risultato di un processo evolutivo che ha visto l'attribuzione di competenze significative alle Regioni in materia sanitaria, in linea con la riforma del Titolo V della Costituzione. Tale riforma, avviata con la legge costituzionale n. 3 del 2001, ha introdotto un modello di gestione che bilancia l'autonomia regionale con l'esigenza di garantire uniformità nei principi fondamentali stabiliti dallo Stato, come il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

L'organizzazione dei sistemi sanitari regionali si basa su una pluralità di strutture e modelli operativi, adattati alle specifiche esigenze territoriali. Le Regioni hanno il compito di programmare e gestire i servizi sanitari, definendo le modalità di erogazione e controllo attraverso unità organizzative come le Aziende Sanitarie Locali (ASL) e le Aziende Ospedaliere. Queste istituzioni variano per dimensione, popolazione servita e superficie territoriale, influenzando le modalità operative e l'efficienza dei servizi³⁴Un elemento centrale del funzionamento del sistema sanitario regionale è la separazione delle funzioni di acquisto ed erogazione dei servizi, introdotta con le riforme sanitarie degli anni '90. Questo meccanismo è finalizzato a migliorare il controllo della spesa sanitaria, garantire una maggiore trasparenza nella gestione delle risorse pubbliche e favorire una maggiore efficienza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie. La separazione tra acquisto ed erogazione è stata formalizzata con il D.Lgs. 502/1992, modificato dal D.Lgs. 229/1999, attraverso la trasformazione delle Unità Sanitarie Locali (USL) in Aziende Sanitarie Locali (ASL), dotate di

³⁴ Taroni, F., "Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale." Treccani: Enciclopedia Italiana.

autonomia gestionale. Questo modello ha portato alla distinzione tra acquirenti le Regioni e le ASL, che finanziano e programmano l'offerta sanitaria ed erogatori: le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, responsabili della fornitura dei servizi ai cittadini. Tale assetto consente una gestione più efficiente delle risorse, promuovendo una competizione regolata tra soggetti pubblici e privati per migliorare la qualità delle prestazioni sanitarie.

Tuttavia, le scelte organizzative non sono uniformi tra le Regioni, riflettendo approcci differenti nella gestione dell'offerta sanitaria. Ad esempio, alcune Regioni puntano sull'accentramento delle funzioni strategiche per un controllo più rigoroso delle risorse, mentre altre privilegiano un modello decentralizzato per rispondere meglio ai bisogni locali³⁵

L'attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) rappresenta un aspetto fondamentale del sistema sanitario italiano. Lo Stato stabilisce gli standard minimi delle prestazioni sanitarie garantite su tutto il territorio nazionale, ma la responsabilità della loro effettiva erogazione spetta alle Regioni.

Questa suddivisione di competenze consente alle Regioni di adattare l'erogazione dei LEA alle specificità territoriali, rispondendo meglio alle esigenze della popolazione locale. Tuttavia, ciò può anche determinare differenze significative nella qualità e nell'accessibilità delle cure, soprattutto nelle aree con minori risorse finanziarie o con difficoltà organizzative, creando un potenziale squilibrio nel rispetto del diritto alla salute.

³⁵ Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. *Il funzionamento del sistema sanitario regionale*. Rapporto Osservasalute 2004: Argomenti sui sistemi sanitari regionali., disponibile su: https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2004-arg-sistemi_sanitari_regionali.pdf.

6. Criticità del modello introdotto dalla riforma del Titolo V e prospettive future

La riforma del Titolo V della Costituzione, introdotta per valorizzare l'autonomia regionale e rafforzare il principio di sussidiarietà, ha nel complesso fatto emergere delle criticità. In particolare, le disparità territoriali e i conflitti istituzionali, uniti ai limiti finanziari, mettono in discussione la capacità del sistema sanitario di garantire uniformità ed equità nell'accesso ai servizi, minando il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

Uno degli effetti più rilevanti della riforma è stato il divario crescente tra le Regioni del Nord e quelle del Sud. Questo fenomeno si manifesta in diversi aspetti: nei tempi di attesa e nella qualità delle prestazioni sanitarie, nettamente inferiori nelle Regioni meridionali; nelle carenze strutturali delle infrastrutture sanitarie, particolarmente evidenti nelle aree rurali; e nella gestione finanziaria, spesso caratterizzata da debiti accumulati e tagli ai servizi essenziali, aggravando ulteriormente le disuguaglianze³⁶.

In questo contesto, il decentramento delle competenze ha aumentato le responsabilità finanziarie delle Regioni, ma la loro capacità di gestire le risorse si è dimostrata disomogenea. Alcune Regioni hanno accumulato significativi disavanzi, richiedendo interventi straordinari dello Stato sotto forma di piani di rientro, che però spesso hanno comportato tagli ai servizi essenziali. Questo ha ulteriormente penalizzato le fasce più vulnerabili della popolazione.

Per affrontare queste criticità, è necessario un ripensamento del modello di governance introdotto dal Titolo V e questo ripensamento dovrebbe mirare a un

³⁶ Sanità33. (2024, 6 dicembre). *Disuguaglianze sanitarie in crescita, le sfide per il futuro nel 58° Rapporto Censis*. Disponibile su: <https://www.sanita33.it/studi-e-analisi/4483/disuguaglianze-sanitarie-in-crescita-le-sfide-per-il-futuro-nel-58-rapporto-censis.html>

equilibrio tra l'autonomia regionale e la garanzia di standard uniformi su tutto il territorio nazionale. Tra gli interventi prioritari vi sono il potenziamento degli strumenti di coordinamento istituzionale, come le Conferenze Stato-Regioni, e un rafforzamento del ruolo dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso un monitoraggio più rigoroso e risorse adeguate.

Investimenti mirati nelle Regioni più svantaggiate rappresentano un altro elemento cruciale. Tali investimenti dovrebbero includere la modernizzazione delle infrastrutture sanitarie, l'incremento del personale qualificato e il potenziamento della sanità territoriale, con l'obiettivo di ridurre le disuguaglianze territoriali. Allo stesso tempo, è fondamentale garantire una redistribuzione equa delle risorse finanziarie basata sui reali bisogni di salute delle popolazioni regionali e promuovere l'efficienza nella gestione dei fondi.

Per garantire il pieno rispetto del diritto alla salute, sarà necessario intraprendere un percorso di revisione normativa e amministrativa, che bilanci le esigenze di autonomia regionale con l'obiettivo di un sistema sanitario uniforme e universale. Questo richiede un impegno condiviso tra Stato e Regioni per costruire un modello di governance sanitaria più coeso, efficace e sostenibile.

In questo contesto, la Legge Calderoli sull'autonomia differenziata, solleva interrogativi sulla sua capacità di risolvere tali criticità. Alcuni analisti sostengono che potrebbe ampliare le disuguaglianze esistenti, favorendo le regioni più ricche a discapito di quelle più svantaggiate³⁷. Inoltre, il dibattito pubblico ha evidenziato timori che l'autonomia differenziata possa

³⁷ Ad esempio, la Fondazione Gimbe ha espresso preoccupazioni riguardo al potenziale aumento del divario sanitario tra Nord e Sud, evidenziando che l'autonomia differenziata potrebbe portare al collasso la sanità nelle regioni meridionali.

compromettere l'universalità dei diritti e l'unità del Paese, creando una “frattura strutturale” nel sistema sanitario nazionale ³⁸.

³⁸ Cartabellotta, N. (2024, 27 marzo). *Così l'autonomia di Calderoli distruggerà la Sanità*. Disponibile su: *L'Espresso*. <https://lespresso.it/c/politica/2024/3/27/cosi-lautonomia-di-calderoli-distruggera-la-sanita/50423>

Capitolo II

La legge n. 86 del 2024 sull'autonomia differenziata

L'adozione della legge n. 86 del 2024 ha segnato un passaggio fondamentale nel dibattito sull'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario, attuando quanto previsto dall'articolo 116, comma 3, della Costituzione. Si tratta di una riforma che mira a ridefinire il rapporto tra Stato e Regioni, stabilendo un quadro normativo chiaro per il trasferimento di funzioni, risorse e competenze in un contesto di unità nazionale e rispetto dei principi costituzionali di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza. L'analisi del presente capitolo si sviluppa su due livelli: il primo è dedicato alla genesi della riforma, alle motivazioni che ne hanno reso necessaria l'approvazione e al percorso legislativo che ha portato alla sua definitiva approvazione; il secondo entra nel merito della struttura e dei contenuti della legge, approfondendo le disposizioni normative e il loro impatto sul sistema delle autonomie regionali. Nella prima parte verranno delineati l'origine e il contesto in cui la legge è maturata, evidenziando come il tema dell'autonomia differenziata sia stato oggetto di un acceso dibattito dottrinale e politico negli ultimi vent'anni. Dopo la revisione del Titolo V della Costituzione nel 2001, l'attuazione dell'art. 116, comma 3, è rimasta a lungo incompiuta, fino alla recente ripresa dell'iter con il disegno di legge Calderoli, che ha portato all'approvazione della legge n. 86/2024. Il capitolo analizzerà inoltre gli obiettivi della riforma, tra cui la necessità di garantire criteri certi per il trasferimento delle competenze, l'adozione di meccanismi di finanziamento basati sui costi standard e la determinazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), ritenuti strumenti fondamentali per evitare disparità territoriali e garantire l'uguaglianza

nell'accesso ai servizi essenziali. La seconda parte del capitolo entrerà nel dettaglio della struttura e dei contenuti della legge, soffermandosi sulle procedure per la richiesta di autonomia differenziata, che prevedono un *iter* articolato in più fasi, tra cui la negoziazione dell'intesa tra Stato e Regione e la successiva approvazione parlamentare. Particolare attenzione verrà dedicata al ruolo dello Stato, che mantiene funzioni di coordinamento per evitare squilibri tra le diverse aree del Paese e garantire il rispetto dell'unitarietà dell'ordinamento. Successivamente, il capitolo si concentrerà sull'inquadramento costituzionale della riforma, analizzando il rapporto tra l'autonomia differenziata e i principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza, fondamentali per comprendere la logica alla base della distribuzione delle competenze. Verranno inoltre approfonditi gli orientamenti giurisprudenziali sull'articolo 116, con particolare riferimento alle recenti pronunce della Corte costituzionale, tra cui la sentenza n. 180 del 2024, che ha sollevato alcune criticità sull'attuazione della riforma. Infine, il capitolo si chiuderà con un'analisi del rapporto tra la legge 86/2024 e il sistema delle autonomie locali, valutando gli effetti della riforma sulle dinamiche tra lo Stato, le Regioni e gli enti territoriali, con un focus sulle possibili ricadute nel lungo periodo.

1. La necessità di una riforma: il dibattito politico e gli obiettivi del progetto di legge

La legge cost. 18 ottobre 2001, n. 3, ha modificato, riformulato ed integrato il Titolo V della Costituzione, a seguito dello svolgimento del referendum confermativo del 7 ottobre 2001 che validò quanto stabilito dal Parlamento³⁹ con il 64,2% di voti favorevoli e il 35,8% contrari⁴⁰.

Il dibattito sull'autonomia differenziata fonda le sue radici nell'art. 116, comma 3, Cost. il quale non regola dettagliatamente la procedura che origina dalla volontà della Regione di vedersi attribuite alcune ulteriori responsabilità, terminando con la loro effettiva assegnazione, ma dispone soltanto alcune prescrizioni sui momenti fondamentali di tale procedimento: la norma fa riferimento ad elementi quali "iniziativa della Regione interessata", "sentiti gli enti locali", "con legge dello Stato, approvata dalle Camere a maggioranza assoluta dei componenti, sulla base di una intesa fra lo Stato e la Regione interessata", ma non vengono definite in maniera puntuale le modalità di coinvolgimento e il ruolo del parlamento⁴¹. L'assenza di una disciplina specifica che definisca con precisione la procedura attraverso cui una Regione può ottenere maggiori competenze, sia concorrenti che appartenenti alla potestà esclusiva dello Stato, è stata colmata dalle evoluzioni ordinamentali sviluppatasi negli ultimi anni.

³⁹ Centro-sinistra; Governo Amato 25 aprile 2000 - 11 giugno 2001.

⁴⁰ Cfr. Bertolissi M., *Autonomia. Ragioni e prospettive di una riforma necessaria*, Venezia, 2019, pp. 45-67

⁴¹ Per l'approvazione delle iniziative regionali e il ruolo degli enti locali nel procedimento, nonché per l'analisi della vincolatività parlamentare dell'intesa, la sua emendabilità e l'eventuale mancata approvazione, si veda il dibattito sulla natura giuridica dell'intesa stessa e la sua possibile assimilazione allo strumento previsto dall'art. 8, comma 3, Cost. in riferimento alle confessioni religiose acattoliche. Ulteriori considerazioni riguardano il soggetto competente alla presentazione del disegno di legge, sia esso il Governo, la Regione interessata o entrambi.

Negli ultimi decenni, infatti, il dibattito sull'autonomia differenziata ha rappresentato un nodo centrale nell'evoluzione del regionalismo italiano⁴², evidenziando la necessità di una riforma volta a riequilibrare i rapporti tra Stato e Regioni. Le richieste di maggiore autonomia da parte di alcune Regioni a statuto ordinario hanno trovato fondamento nell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, ma l'assenza di una disciplina attuativa organica ha reso il processo frammentario e soggetto a interpretazioni contrastanti.

Già a partire dalla revisione del Titolo V della Costituzione nel 2001, il tema ha generato un acceso confronto tra fautori di un decentramento spinto e sostenitori di una maggiore uniformità nella garanzia dei diritti fondamentali su tutto il territorio nazionale. La legge n. 86 del 2024, nata in questo contesto, ha cercato di fornire un quadro normativo unitario per regolamentare l'attribuzione di competenze differenziate alle Regioni, garantendo al contempo il rispetto dei principi di coesione e solidarietà. L'*iter* legislativo è stato caratterizzato da un intenso dibattito politico e tecnico⁴³, con il disegno di legge presentato dal Governo nel marzo 2023 e successivamente sottoposto a modifiche in sede parlamentare, fino alla sua approvazione definitiva.

Gli obiettivi principali della riforma risiedono nella definizione di criteri chiari per il trasferimento delle funzioni, nell'introduzione di meccanismi di finanziamento basati sui costi standard e nella garanzia dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), elementi indispensabili per evitare disparità territoriali e assicurare l'effettiva attuazione dell'autonomia differenziata in un quadro di equilibrio costituzionale.

⁴² Senato della Repubblica, *Dossier del Servizio Studi sul Disegno di Legge per l'Attuazione dell'Autonomia Differenziata*, Roma, 2023.

⁴³ Per una ricostruzione del dibattito parlamentare e delle principali modifiche apportate in sede legislativa, si veda Atti Parlamentari, Senato della Repubblica, XIX Legislatura, Disegno di legge A.S. 615 e il relativo dossier di approfondimento del Servizio Studi del Senato.

Nella fase iniziale della XIX Legislatura, il Governo Meloni ha inserito tra le sue priorità programmatiche la realizzazione dell'autonomia regionale differenziata, in attuazione dell'articolo 116, comma 3, della Costituzione⁴⁴. L'impegno per l'attuazione dell'autonomia differenziata è stato confermato dal Presidente del Consiglio nelle dichiarazioni programmatiche rese in Parlamento il 15 ottobre 2022, in cui si è sottolineata la volontà di dare seguito a un processo già avviato da diverse Regioni, nel rispetto del principio di sussidiarietà e coesione nazionale.

Il primo atto concreto è stato l'approvazione preliminare in Consiglio dei ministri, nella seduta del 2 febbraio 2023, dello schema di disegno di legge quadro, contenente disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario. Dopo essere stato sottoposto al parere della Conferenza Unificata, il testo è stato definitivamente approvato il 16 marzo 2023. Con questo disegno di legge, il Governo ha cercato di riavviare il percorso di attuazione dell'autonomia differenziata, individuando alcune direttrici fondamentali per coniugare l'attribuzione di competenze alle Regioni con il rispetto del principio di unità giuridica ed economica dello Stato.

Le principali linee guida del DDL riguardano⁴⁵: la procedimentalizzazione dell'*iter* di approvazione delle intese tra Stato e Regioni, con una disciplina chiara dei passaggi da seguire; la determinazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), per garantire l'uniformità dei diritti fondamentali su tutto il territorio nazionale prima del trasferimento di competenze alle Regioni; la

⁴⁴ Nelle Dichiarazioni programmatiche rese in Parlamento il 15 ottobre 2022, il Presidente del Consiglio ha sottolineato l'impegno a dare seguito al processo di autonomia differenziata avviato da alcune Regioni, nel rispetto dei principi di sussidiarietà e coesione nazionale.

⁴⁵ Questa impostazione è stata presentata come in linea con le precedenti iniziative legislative sul tema, tra cui quelle dei governi Gentiloni e Conte II tra il 2017 e il 2019, nel tentativo di dare continuità a un processo iniziato sulla base delle richieste delle Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna.

definizione delle modalità di individuazione delle risorse finanziarie, con misure perequative e di promozione dello sviluppo economico e della solidarietà sociale. Uno degli elementi centrali del disegno di legge quadro è la disciplina dell'*iter* procedurale per l'approvazione delle intese tra Stato e Regione, previsto all'articolo 2 del DDL⁴⁶. Il procedimento è articolato in diverse fasi, tra cui una prima fase di iniziativa regionale, in cui la Regione interessata ad ottenere l'autonomia differenziata adotta un atto di iniziativa, sentiti gli enti locali, secondo le modalità stabilite nel proprio statuto. L'atto viene trasmesso al Presidente del Consiglio dei ministri e al Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie, il quale acquisisce entro trenta giorni la valutazione dei Ministri competenti e del Ministro dell'Economia e delle Finanze, con particolare attenzione all'individuazione delle necessarie risorse finanziarie.

Una seconda fase prende avvio attraverso le trattative tra Governo e Regione per la predisposizione dello schema di intesa preliminare, negoziato tra le parti. Lo schema di intesa viene approvato formalmente dal Consiglio dei ministri, alla cui riunione partecipa anche il Presidente della Regione interessata.

Si passa infine ad una valutazione da parte della Conferenza Unificata e del Parlamento: lo schema di intesa preliminare viene trasmesso alla Conferenza Unificata, che deve esprimere il proprio parere entro trenta giorni; successivamente, viene inviato alle Camere, che si esprimono con atti di indirizzo entro sessanta giorni, previa audizione del Presidente della Regione interessata.

⁴⁶ Cfr. Flick G.M., *Le prospettive dell'autonomia differenziata: annotazioni critiche*, Osservatorio AIC, n. 3, 2024, pp. 45-67

Sulla base dei pareri ricevuti dalla Conferenza Unificata e dalle Camere, il Presidente del Consiglio o il Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie predispongono la versione definitiva dell'intesa, che può essere oggetto di ulteriori negoziati. La Regione approva l'intesa definitiva, garantendo la consultazione degli enti locali. Il Consiglio dei ministri delibera lo schema d'intesa definitivo e il relativo disegno di legge di approvazione, che viene trasmesso alle Camere per la deliberazione finale⁴⁷.

Uno dei principali ostacoli alla piena attuazione dell'autonomia differenziata è rappresentato dalla mancata definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), previsti dall'articolo 117, comma 2, lettera m), della Costituzione.

L'assenza di una disciplina chiara su tali livelli ha determinato forti disuguaglianze territoriali, rendendo difficile il superamento dei divari tra le diverse aree del Paese.

In questo contesto, il disegno di legge quadro sull'autonomia differenziata ha introdotto una pregiudizialità della determinazione dei LEP rispetto all'attribuzione di nuove competenze alle Regioni. In altre parole, prima di concedere maggiore autonomia alle Regioni, devono essere definiti con precisione i livelli essenziali delle prestazioni che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale.

⁴⁷ Il disegno di legge quadro approvato dal Governo sembra implicitamente escludere la possibilità di emendare le intese in sede parlamentare, confermando un approccio già emerso nelle precedenti bozze di legge quadro elaborate dai Ministri Boccia (Governo Conte II) e Gelmini (Governo Draghi), le quali configuravano il ruolo delle Camere come meramente ratificatorio. Tuttavia, per garantire un coinvolgimento più incisivo del Parlamento, è stato introdotto un meccanismo di consultazione preventiva: il Parlamento riceve lo schema di intesa preliminare e può esprimersi attraverso atti di indirizzo prima che l'intesa venga formalizzata. Questo sistema permette alle Camere di incidere sulla fase negoziale tra Stato e Regione, senza tuttavia intervenire direttamente sul contenuto dell'intesa una volta sottoscritta.

La necessità di definire i LEP è stata riaffermata dalla legge di bilancio 2023⁴⁸, che ha istituito una Cabina di regia per la determinazione dei LEP. Questa struttura, presieduta dal Presidente del Consiglio o dal Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie, ha il compito di effettuare una ricognizione del quadro normativo esistente in relazione alle funzioni amministrative statali e regionali; individuare le materie e gli ambiti soggetti ai LEP, sulla base di analisi tecniche e della spesa storica sostenuta dallo Stato nelle varie Regioni; determinare i LEP e i relativi costi e fabbisogni standard, tramite i lavori della Commissione tecnica per i fabbisogni standard e, infine, predisporre uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) per la determinazione formale dei LEP.

Il disegno di legge quadro sull'autonomia differenziata ha confermato questa impostazione, stabilendo che i LEP e i relativi costi siano determinati attraverso DPCM, previo parere della Conferenza Unificata e delle Camere. L'individuazione dei LEP attraverso fonti secondarie del diritto, come i DPCM, è stata oggetto di critiche e dibattito. In effetti, la Costituzione non stabilisce esplicitamente quale fonte normativa debba essere utilizzata per definire i LEP, ma la giurisprudenza costituzionale ha generalmente ritenuto ammissibile il ricorso a strumenti normativi secondari⁴⁹. L'uso dei DPCM per determinare i LEP pone alcune questioni critiche: in primo luogo la mancanza di una base legislativa chiara, poiché la legge quadro stabilisce solo principi generali, lasciando ai DPCM il compito di definire i contenuti concreti dei LEP; in

⁴⁸ l. 29 dicembre 2022, n. 197

⁴⁹ Un precedente significativo è rappresentato dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in ambito sanitario, definiti attraverso DPCM in base alla normativa vigente. La legge quadro sull'autonomia differenziata ha mantenuto la distinzione tra LEA e LEP, confermando che i primi restano disciplinati secondo il quadro normativo sanitario già esistente. Tuttavia, il modello adottato per i LEA potrebbe fornire un punto di riferimento per la determinazione dei LEP, anche per altre materie di rilievo sociale

secondo luogo il limitato coinvolgimento del Parlamento, in quanto sebbene le Camere possano esprimere un parere sui DPCM, non hanno il potere di modificarli, venendo così ridotto il controllo democratico sulla determinazione dei livelli essenziali e sulle possibili disparità territoriali. Il criterio della spesa storica per la definizione dei LEP potrebbe infatti favorire le Regioni che in passato hanno ricevuto più finanziamenti, penalizzando così quelle con minori investimenti pubblici.

L'attribuzione di nuove competenze alle Regioni è strettamente legata alla determinazione dei LEP. L'articolo 1, comma 791, della legge n. 197/2022 stabilisce chiaramente che l'autonomia differenziata può essere concessa solo dopo che siano stati determinati i LEP. Tale principio mira a garantire un'equità di base nell'accesso ai servizi essenziali, evitando che il trasferimento di competenze possa accentuare le disuguaglianze territoriali. Tuttavia, la legge quadro non prevede strumenti efficaci per monitorare l'attuazione dei LEP e per intervenire nel caso in cui alcune Regioni non riescano a garantire gli standard minimi di prestazioni. Un punto critico della legge quadro è l'assenza di un sistema di monitoraggio efficace sui LEP. Se per i LEA e i LEPS (Livelli Essenziali delle Prestazioni Sociali) esistono organismi collegiali e sistemi di verifica,⁵⁰ per i LEP in senso più generale il disegno di legge quadro non prevede misure strutturate per garantire il rispetto degli standard minimi. La legge si limita a prevedere la possibilità che il Dipartimento per gli Affari regionali e le Autonomie, il Ministero dell'Economia e delle Finanze o le Regioni possano effettuare verifiche, ma non stabilisce né quali strumenti di monitoraggio debbano essere utilizzati per verificare il rispetto dei LEP, né

⁵⁰ Come il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per i LEA e la Cabina di Regia per i LEPS

quali sanzioni o misure correttive possano essere adottate in caso di mancata attuazione dei LEP da parte delle Regioni e nemmeno quali modalità di intervento sostitutivo lo Stato possa attivare per garantire il rispetto dei LEP.

2. Le Questioni preliminari: la scelta in favore di una «legge generale di attuazione» di rango primario

L'analisi della disciplina del procedimento per l'attribuzione dell'autonomia differenziata, così come delineata dalla legge n. 86/2024, richiede una riflessione preliminare su alcuni aspetti di natura teorica e giuridica che hanno caratterizzato la scelta del legislatore di adottare una legge ordinaria di attuazione. In particolare, emergono due questioni centrali, da un lato la decisione di ricorrere a una legge generale di attuazione per dare esecuzione all'articolo 116, comma 3, della Costituzione, invece di lasciare l'applicazione della norma costituzionale alla dinamica negoziale tra Stato e Regioni e dall'altro il collegamento della legge con la manovra di finanza pubblica, ai sensi dell'articolo 126-bis del Regolamento parlamentare, e le conseguenze di questa scelta sul piano procedurale e politico.

L'adozione di una legge generale di attuazione per regolamentare l'autonomia differenziata non era una soluzione costituzionalmente necessaria⁵¹. L'articolo 116, comma 3, non prevede esplicitamente che il procedimento debba essere regolato mediante una fonte di rango primario. Infatti, la norma costituzionale prevede che l'attribuzione di ulteriori competenze alle Regioni debba avvenire

⁵¹ Palermo F., *Il regionalismo differenziato*, in La Repubblica delle autonomie, a cura di T. Groppi - M. Olivetti, Torino, 2001, pp. 51 ss.

tramite una legge statale approvata a maggioranza assoluta, sulla base di un'intesa tra Stato e Regione. Negli anni, tale disposizione è stata applicata in modo frammentario, come dimostrano le pre-intese siglate nel 2018 tra il Governo e le Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna⁵². Tuttavia, il vuoto normativo relativo alla procedura di attuazione ha generato incertezze e rallentamenti. L'obiettivo dichiarato della legge n. 86/2024 è quello di fornire un quadro normativo stabile, in grado di rendere il processo più ordinato, coerente e trasparente, nonché di garantire un maggiore coinvolgimento del Parlamento.

La dottrina si è però divisa sulla necessità di un intervento legislativo di attuazione dell'articolo 116, comma 3, della Costituzione: secondo alcuni studiosi, la disposizione costituzionale sarebbe stata autosufficiente, consentendo il trasferimento delle competenze attraverso intese dirette tra Stato e Regioni, senza bisogno di una legge ordinaria di attuazione⁵³; altri autori, invece, hanno sottolineato come l'assenza di una disciplina procedurale chiara avrebbe potuto determinare un'applicazione disomogenea e priva di adeguate garanzie costituzionali, rendendo necessaria una legge quadro per garantire coerenza e uniformità al processo di autonomia differenziata⁵⁴.

⁵² S. Mangiameli, L'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, con particolare riferimento alle recenti iniziative delle Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna, Audizione alla Commissione parlamentare per le questioni regionali, 29 novembre 2017, disponibile su www.issirfa.cnr.it.

⁵³ Cfr. B. Caravita, *La Costituzione dopo la riforma del Titolo V*, Torino, 2002, p. 144; M. Cecchetti, *Attuazione della riforma costituzionale del titolo V e differenziazione delle regioni di diritto comune*, in *Federalismi.it*, 2002, passim. O. Chessa, *Il regionalismo differenziato e la crisi del principio autonomistico*, in *Astrid Rassegna*, n. 14/2017, F. Furlan, *Il regionalismo asimmetrico a pochi passi dalla meta: quali le questioni ancora aperte?*, in *Forumcostituzionale.it*, 6 novembre 2018;

⁵⁴ Cfr. F. Pizzetti, *Le nuove esigenze di governance in un sistema policentrico 'esplosivo'*, in *Le Regioni*, 2001, p. 1164 ss.; A. Morrone, *Il regionalismo differenziato. Commento all'art. 116, comma 3, della Costituzione*, in *Federalismo fiscale*, n. 1/2007, p. 154; A. Piraino, *Regionalismo differenziato: Attuazione o cambiamento costituzionale?*, in *Diritti regionali*, n. 2/2019, p. 7 ss.; C. Iannello, *La piena sovranità del Parlamento nella determinazione dei contenuti e dei limiti*

Alla luce di queste posizioni, appare evidente che la scelta di adottare una legge ordinaria di attuazione non sia stata dettata da un vincolo costituzionale, ma piuttosto da una valutazione di opportunità politico- giuridica, volta a rendere il regionalismo differenziato più prevedibile e meno soggetto a interpretazioni divergenti⁵⁵.

Un ulteriore aspetto critico riguarda la capacità della legge ordinaria di vincolare il futuro legislatore. Nell'ordinamento italiano, una legge ordinaria non può imporre un vincolo giuridico permanente al Parlamento, che mantiene sempre il potere di modificarla o abrogarla. Questo problema è noto come tema degli autovincoli legislativi⁵⁶, e si pone in modo particolare nel caso della legge n. 86/2024. Se in futuro una Regione dovesse richiedere nuove forme di autonomia seguendo un *iter* diverso da quello previsto dalla legge, ma comunque rispettoso dell'articolo 116, comma 3, della Costituzione, il Governo potrebbe opporsi invocando la legge di attuazione? Oppure il procedimento potrebbe essere scavalcato da una diversa interpretazione della norma costituzionale?

Queste incertezze hanno portato parte della dottrina a sostenere che il processo di autonomia differenziata avrebbe dovuto essere regolato con una norma di

dell'autonomia differenziata, in *Diritti regionali*, n. 3/2019, p. 7 ss.; M. Belletti, *Un percorso di riflessione per un regionalismo 'differenziato-cooperativo'*, in *Diritti regionali*, 9 maggio 2023.

⁵⁵ S. Staiano, *Né facile né breve. Allineare il regionalismo differenziato alla Costituzione*, in *Democrazia e diritto*, n. 1/2023, p. 104 ss.

⁵⁶ Il problema degli autovincoli legislativi riguarda la possibilità e i limiti con cui il legislatore possa autoimporsi vincoli giuridici nel processo normativo futuro. In termini generali, il principio di supremazia della legge ordinaria implica che il Parlamento non possa vincolarsi autonomamente per le future scelte legislative, se non nei casi espressamente previsti dalla Costituzione. Tuttavia, la questione si complica in presenza di leggi rinforzate o di disposizioni che richiedono procedure particolari di modifica, come quelle approvate con una maggioranza qualificata o in attuazione di intese con altri soggetti istituzionali. (A. Morrone, *Autovincoli legislativi e principi costituzionali*, in *Quaderni costituzionali*, n. 2/2017, p. 313 ss.)

rango costituzionale, piuttosto che con una semplice legge ordinaria, che può essere modificata o disattesa nel tempo⁵⁷.

Un altro elemento significativo della legge n. 86/2024 è il suo collegamento alla legge di bilancio, attraverso il collegato alla finanza pubblica. Questa scelta potrebbe rispondere a una duplice strategia politica: da un lato garantire la riduzione dei tempi di approvazione, in quanto il collegamento alla legge di bilancio ha permesso di limitare il numero di emendamenti e di abbreviare i tempi della discussione parlamentare; dall'altro la volontà di escludere la legge dal referendum abrogativo: la giurisprudenza costituzionale ha infatti stabilito che le leggi finanziarie e le norme a esse collegate non possono essere sottoposte a referendum abrogativo (art. 75 Cost.).⁵⁸

Questa strategia ha suscitato critiche da parte di alcuni costituzionalisti, i quali hanno visto nel collegamento alla manovra di bilancio un tentativo di evitare un dibattito più ampio e di sottrarre la legge a possibili iniziative referendarie⁵⁹.

⁵⁷ Cfr. Cecchetti M., *L'autonomia differenziata e il problema della stabilità normativa: legge costituzionale o legge ordinaria?*, in *Federalismi.it*, n. 2/2020, pp. 218-230.

⁵⁸ Corte cost., sent. n. 2/1994, che ha ribadito il principio dell'esclusione delle leggi di bilancio e delle norme strettamente connesse dal referendum abrogativo, confermato successivamente da Corte Cost., sent. n. 16/2008.

⁵⁹ Vedi Iannello C., *Il collegato alla finanza pubblica: strumento di razionalizzazione legislativa o espediente politico*, in *Diritto e Società*, 2021, p. 97 ss.

3. La legge n. 86/2024 ed il suo contenuto

La legge⁶⁰ si compone di 11 articoli che delineano le procedure e i principi per l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia alle Regioni a statuto ordinario. Ai fini del presente elaborato è opportuno trattare quelle che sono le disposizioni principali. La legge mira a rafforzare il decentramento amministrativo nel rispetto dell'unità nazionale. Garantire equità territoriale, rimuovendo discriminazioni nell'accesso ai servizi essenziali. Rispettare i principi costituzionali di sussidiarietà, differenziazione, adeguatezza e coesione sociale. Subordinare il trasferimento di competenze alla determinazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), necessari per assicurare parità di diritti su tutto il territorio nazionale.⁶¹ La richiesta di autonomia deve essere deliberata dalla Regione, sentiti gli enti locali, e trasmessa al Governo. Il Presidente del Consiglio e il Ministro per gli Affari Regionali avviano un negoziato con la Regione. Dopo l'approvazione preliminare del Consiglio dei Ministri, lo schema di intesa viene trasmesso alla Conferenza Unificata per parere, alle Camere, che si esprimono con atti di indirizzo. Se il Governo non si conforma agli indirizzi parlamentari, deve fornire una motivazione scritta. L'intesa definitiva viene allegata a un disegno

⁶⁰ La legge 26 giugno 2024, n. 86, intitolata "Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione", è stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 150 del 28 giugno 2024 ed è entrata in vigore il 13 luglio 2024.⁶⁰

⁶¹ Art. 1, Legge 26 giugno 2024, n. 86, «Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione», pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 149 del 28 giugno 2024.

di legge e sottoposta alla deliberazione parlamentare⁶². Il Governo è delegato a definire i LEP tramite decreti legislativi da adottare entro 24 mesi. Le materie coperte includono: istruzione, sanità, lavoro, ambiente, trasporti, energia, beni culturali. I LEP devono garantire servizi essenziali uniformi su tutto il territorio. Una Commissione Paritetica Stato-Regione monitora il rispetto dei LEP e propone aggiornamenti⁶³.

Il trasferimento delle funzioni avviene solo dopo la determinazione dei LEP e nei limiti delle risorse disponibili nella legge di bilancio. Le risorse finanziarie, umane e strumentali sono stabilite con un decreto del Presidente del Consiglio su proposta della Commissione Paritetica. Le Regioni possono trasferire ulteriormente funzioni ai Comuni, nel rispetto del principio di sussidiarietà⁶⁴. Le intese hanno una durata massima di 10 anni e possono essere modificate o revocate con una nuova legge. Se una Regione non rispetta i LEP, lo Stato può disporre la cessazione dell'autonomia con legge parlamentare⁶⁵. Una Commissione Paritetica valuta annualmente l'impatto finanziario dell'autonomia e riferisce alle Camere e alla Corte dei Conti. Il gettito dei tributi compartecipati è monitorato e, se necessario, adeguato con variazioni delle aliquote di compartecipazione. È garantita l'invarianza finanziaria per le

⁶² Art. 2, Legge 26 giugno 2024, n. 86, «Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione», pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 150 del 28 giugno 2024.

⁶³ Art. 3, Legge 26 giugno 2024, n. 86, «Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione», pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 150 del 28 giugno 2024.

⁶⁴ Artt. 4 e 6, Legge 26 giugno 2024, n. 86, «Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione», pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 150 del 28 giugno 2024.

⁶⁵ Art. 7, Legge 26 giugno 2024, n. 86, «Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione», pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 150 del 28 giugno 2024.

Regioni che non aderiscono all'autonomia differenziata⁶⁶. Lo Stato assicura interventi di coesione sociale ed economica per evitare squilibri territoriali. Si prevede una perequazione infrastrutturale per ridurre il divario tra le aree più sviluppate e quelle meno avanzate⁶⁷. La legge si applica anche alle Regioni a Statuto Speciale e alle Province Autonome di Trento e Bolzano, compatibilmente con i rispettivi Statuti⁶⁸.

4. L'autonomia differenziata nel quadro costituzionale l'italiano

L'art. 2, l. cost. 3/2001, ha operato una sostituzione dell'art. 116 Cost. – costituito originariamente da un solo comma che riconosceva la qualifica di Regioni a statuto speciale alla Sicilia, alla Sardegna, alla Valle d'Aosta, al Trentino-Alto Adige e al Friuli-Venezia Giulia – con un testo composto da tre commi, di cui il terzo ha introdotto la c.d. autonomia differenziata: *“Ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, concernenti le materie di cui al terzo comma dell'articolo 117 e le materie indicate dal secondo comma del medesimo articolo alle lettere l), limitatamente all'organizzazione della giustizia di pace, n) e s), possono essere attribuite ad altre Regioni, con legge dello Stato, su iniziativa della Regione interessata, sentiti gli enti locali, nel rispetto dei principi di cui all'articolo 119. La legge è approvata dalle Camere*

⁶⁶ Artt. 8 e 9, Legge 26 giugno 2024, n. 86, «Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione», pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 150 del 28 giugno 2024.

⁶⁷ Art. 10, Legge 26 giugno 2024, n. 86, «Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione», pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 150 del 28 giugno 2024.

⁶⁸ Art. 11, Legge 26 giugno 2024, n. 86, «Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione», pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 150 del 28 giugno 2024.

a maggioranza assoluta dei componenti, sulla base di intesa fra lo Stato e la Regione interessata”⁶⁹.

La disposizione è volta a dare la possibilità alle Regioni a statuto ordinario di poter legiferare e gestire in chiave amministrativa e finanziaria materie rientranti fra quelle a potestà legislativa concorrente, di cui all’art. 117, comma 3, Cost., e quelle afferenti alla organizzazione della giustizia di pace (art. 117, comma 2, lett. l, Cost.), all’istruzione (art. 117, comma 2, lett. n, Cost.) e alla tutela dell’ambiente, dell’ecosistema e dei beni culturali (art. 117, comma 2, lett. s, Cost.)⁷⁰.

Come noto, l’articolo 118 della Costituzione stabilisce che le funzioni amministrative devono essere attribuite all’ente territoriale più vicino ai cittadini, salvo che esigenze di unità nazionale non rendano necessario un intervento centrale. Il principio di sussidiarietà può, dunque, giustificare l’attribuzione di competenze differenziate alle Regioni, ma deve essere bilanciato con il principio di eguaglianza e solidarietà, evitando che l’autonomia si traduca in un indebolimento della coesione territoriale. In questo senso, il rapporto tra articolo 116 e il principio di sussidiarietà è di fondamentale importanza per la giurisprudenza costituzionale, in quanto rappresenta il criterio attraverso cui valutare la legittimità di richieste di autonomia da parte delle Regioni.

La Regione che chiede la c.d. autonomia differenziata, laddove la riceva, vede accresciute in modo considerevole le proprie competenze e pertanto, deve

⁶⁹ Tubertini, C., *La proposta di autonomia differenziata delle Regioni del Nord: un tentativo di lettura alla luce dell’art. 116, comma 3 della Costituzione*, pubblicato su federalismi.it, ISSN 1826-3534, n. 18/2018

⁷⁰ Nel primo caso la Regione potrà legiferare ed amministrare in via esclusiva su materie di potestà legislativa concorrente Stato-Regione. Nelle ipotesi di cui art. 117, comma 2, lett. l), limitatamente alla organizzazione della giustizia di pace, e lett. n) ed s), la potestà legislativa esclusiva passa da quella dello Stato a quella della Regione.

“dimostrare” di essere in grado di poter supportare questo carico di lavoro, in termini di efficienza, risorse umane, strutture, esperienza, *know how*, capacità gestionale, organizzativa, finanziaria ed amministrativa, qualità della classe dirigente, nel rispetto dei principi costituzionali di sussidiarietà, adeguatezza e differenziazione, e unionali di sussidiarietà e proporzionalità⁷¹.

L’approvazione della riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001 ha così apportato un elemento di forte innovazione nel sistema regionale italiano, introducendo il principio dell’autonomia differenziata. L’articolo 116, comma 3, della Costituzione, infatti, prevede che le Regioni a statuto ordinario possano richiedere ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia in una serie di materie di competenza concorrente e, in alcuni casi, di competenza esclusiva statale.

Questa possibilità ha segnato un importante cambiamento nell’assetto istituzionale del Paese, poiché ha aperto la strada a un regionalismo “a geometria variabile”⁷², in cui alcune Regioni possono acquisire più competenze rispetto ad altre, in base a specifici accordi con lo Stato⁷³. Tuttavia, la norma si è rivelata di difficile attuazione fin dal principio, sia per la scarsa chiarezza del suo dettato normativo, sia per le resistenze politiche e istituzionali che ha generato. A oltre vent’anni dalla riforma, il regionalismo differenziato resta un

⁷¹ex art. 5, par.3, TUE e protocollo n. 2

⁷² Il regionalismo a geometria variabile è un modello di organizzazione territoriale in cui le Regioni (o le entità subnazionali) possono godere di livelli di autonomia differenziati in base alle loro specificità economiche, sociali e istituzionali. Questo sistema consente un’allocazione asimmetrica delle competenze legislative, amministrative e finanziarie tra le Regioni, permettendo una maggiore flessibilità nel rapporto tra Stato e autonomie territoriali. Tale modello si contrappone al regionalismo simmetrico, in cui tutte le Regioni hanno le stesse competenze, e si avvicina al concetto di regionalismo differenziato, disciplinato in Italia dall’art. 116, comma 3, della Costituzione. (F. Palermo, Il regionalismo asimmetrico e la geometria variabile dell’autonomia, in *Le Regioni*, n. 3/2019, pp. 411 ss.)

⁷³ In questo senso, da ultimo, A. MORELLI, *Dinamiche del regionalismo differenziato e declinazioni congiunturali dell’autonomia territoriale*, in *Diritto Pubblico Europeo Rassegna online*, n. speciale 2/2019, p. 20 ss.

processo incompiuto, nonostante alcuni tentativi di attuarlo nel corso degli anni. La mancata definizione di un procedimento chiaro e strutturato per l'attribuzione delle autonomie ha reso difficile l'attuazione della norma, lasciando il sistema regionale italiano in una condizione di incertezza. Dopo anni di dibattiti e contrapposizioni, il Governo ha deciso di affrontare la questione con un intervento normativo specifico, presentando il DDL n. 615⁷⁴, con l'obiettivo di disciplinare in maniera organica il processo di autonomia differenziata, stabilendo criteri e procedure per la sua attuazione.

Il processo di richiesta di autonomia differenziata, disciplinato dall'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, si articola attraverso una serie di fasi che delineano un *iter* complesso e articolato, finalizzato alla concessione di maggiori forme di autonomia alle Regioni a statuto ordinario⁷⁵. Tale procedimento si sviluppa nel rispetto dei principi costituzionali di unità, solidarietà e coesione nazionale, nonché dell'equità nella distribuzione delle risorse e del mantenimento di livelli essenziali di prestazione uniformi su tutto il territorio nazionale. Il primo passaggio fondamentale è l'iniziativa regionale, che spetta alla Regione interessata. Il procedimento si avvia con una deliberazione del Consiglio regionale, il quale individua le materie per cui viene richiesta una maggiore autonomia e ne definisce gli ambiti di intervento. Tale deliberazione rappresenta un atto di indirizzo politico e amministrativo che manifesta la volontà della Regione di accedere a forme e condizioni particolari di autonomia, nell'ambito delle materie di legislazione concorrente e, in alcuni

⁷⁴ Il disegno di legge A.S. 615, recante *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*, presentato dal Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie Roberto Calderoli il 23 marzo 2023, è stato approvato dal Parlamento e promulgato come Legge 26 giugno 2023, n. 84, pubblicata in Gazzetta Ufficiale n. 150 del 29 giugno 2023.

⁷⁵ Mazzola, M., *Autonomia differenziata. Realtà e prospettive: le bozze di pre-intese*, LUISS School of Government, Working Paper n. 55, 2019.

casi, di legislazione esclusiva statale. Successivamente, si procede con la fase negoziale tra la Regione e il Governo centrale, finalizzata alla definizione dei contenuti dell'intesa. Questo passaggio è di cruciale rilevanza, poiché è in questa sede che vengono stabilite le modalità di trasferimento delle competenze richieste e, soprattutto, la ripartizione delle risorse finanziarie necessarie per l'esercizio delle stesse. Il negoziato deve garantire un equilibrio tra il principio di autonomia regionale e il rispetto della coesione territoriale, evitando che il riconoscimento di ulteriori forme di autonomia possa generare disparità tra le diverse aree del Paese⁷⁶.

Una volta raggiunto un accordo tra le parti, si procede alla formale stipulazione dell'intesa tra Stato e Regione. L'accordo preliminare deve definire in modo dettagliato i criteri e i meccanismi di attuazione dell'autonomia richiesta, assicurando che il trasferimento delle competenze avvenga nel rispetto dei principi costituzionali e in modo tale da non compromettere il corretto funzionamento del sistema nazionale. Inoltre, l'intesa deve tenere conto del principio di sostenibilità finanziaria, evitando che il riconoscimento di una maggiore autonomia possa determinare squilibri nella distribuzione delle risorse pubbliche tra le Regioni.

Conclusa la fase negoziale, l'intesa stipulata tra Stato e Regione viene sottoposta a valutazione e approvazione parlamentare. In conformità con quanto previsto dall'articolo 116 della Costituzione, il Parlamento è chiamato ad approvare l'intesa mediante una legge adottata a maggioranza assoluta da entrambe le Camere. Questo passaggio si configura come una garanzia costituzionale, volta a impedire che l'attribuzione di una maggiore autonomia

⁷⁶ Fondazione Astrid, *L'autonomia regionale 'differenziata' e la sua attuazione*, Astrid-Ricerche, Position Paper, 2019.

possa avvenire in assenza di un adeguato controllo democratico e senza una valutazione dell'impatto generale sull'ordinamento nazionale. L'ultima fase del processo è rappresentata dalla attuazione dell'autonomia differenziata, che si concretizza con l'effettivo esercizio delle nuove competenze da parte della Regione. L'attuazione deve avvenire nei termini stabiliti dall'intesa e in conformità con le disposizioni legislative nazionali e regionali di riferimento. Inoltre, può essere previsto un sistema di monitoraggio e verifica, finalizzato a garantire che l'esercizio dell'autonomia avvenga nel rispetto degli obiettivi prefissati e non determini effetti negativi sull'equilibrio complessivo del sistema istituzionale. In sintesi, l'intero iter procedurale per la richiesta di autonomia differenziata è strutturato in modo da bilanciare le esigenze di maggiore autonomia delle Regioni con la necessità di preservare l'unità della Repubblica e garantire un'equa distribuzione delle risorse su tutto il territorio nazionale.

L'approvazione parlamentare e i meccanismi di monitoraggio rappresentano strumenti fondamentali per assicurare che il regionalismo differenziato non si traduca in un aumento delle disuguaglianze tra le diverse aree del Paese, ma contribuisca invece a un rafforzamento del principio di sussidiarietà e di efficienza amministrativa.

5. Il Confronto tra la Procedura per la Richiesta di Autonomia Differenziata e la Legge Calderoli: Un'Analisi del Nuovo Quadro Normativo

L'intervento normativo introdotto con la c.d. legge Calderoli ha modificato profondamente l'*iter* di richiesta e concessione dell'autonomia regionale,

ponendo particolare attenzione alla tutela dell'equità territoriale e alla garanzia dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP).

Se da un lato la procedura tradizionale si fondava su un modello piuttosto flessibile, lasciando ampio margine alla negoziazione tra le Regioni e il Governo, dall'altro la legge n. 86/2024 ha introdotto regole più precise, tempi certi e un sistema di monitoraggio più rigoroso per l'attuazione dell'autonomia. Questo cambiamento ha suscitato un ampio dibattito, in quanto da un lato si riconosce la necessità di una maggiore chiarezza normativa, mentre dall'altro emergono preoccupazioni legate al rischio di accrescere le disuguaglianze territoriali⁷⁷.

Nella procedura tradizionale, l'iniziativa per ottenere l'autonomia differenziata parte dalle Regioni, le quali devono adottare una deliberazione del Consiglio regionale per formalizzare la richiesta. Questo passaggio ha una forte valenza politica, poiché rappresenta l'espressione della volontà regionale di accedere a maggiori competenze. La Legge Calderoli mantiene questo impianto, ma introduce un elemento di maggiore strutturazione: il processo può essere avviato attraverso un negoziato formale con il Governo sin dalle prime fasi. In questo modo, la riforma cerca di garantire un confronto più diretto tra le istituzioni, evitando che la trattativa si dilunghi senza un chiaro quadro procedurale.

Uno degli aspetti più critici della procedura tradizionale riguarda la fase negoziale tra la Regione e il Governo. In assenza di una regolamentazione stringente, il negoziato poteva protrarsi per un periodo indefinito, generando incertezze e rallentamenti nell'iter di concessione dell'autonomia. Con la Legge

⁷⁷ Cfr. E. Balboni, C. Buzzacchi, *Autonomia differenziata: più problemi che certezze*, Osservatorio sulle Fonti, n. 1/2023, pp. 42-57.

Calderoli, viene introdotto un termine massimo di cinque mesi per concludere la trattativa. Inoltre, il nuovo impianto normativo stabilisce che l'intesa debba essere formalizzata attraverso un Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM), uno strumento che conferisce maggiore trasparenza e vincolatività all'accordo tra Regione e Stato.

Un altro elemento di innovazione riguarda la determinazione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP). Mentre nella procedura tradizionale il trasferimento delle competenze avveniva senza un quadro di riferimento chiaro sui servizi minimi da garantire, la Legge Calderoli impone che i LEP vengano determinati prima della concessione dell'autonomia⁷⁸. L'intesa raggiunta tra Regione e Governo deve essere approvata dal Parlamento, con una legge adottata a maggioranza assoluta delle Camere.

Questo principio, già presente nella procedura tradizionale, viene confermato anche dalla Legge Calderoli, ma con alcune significative modifiche. In particolare, viene introdotta una valutazione preliminare da parte della Conferenza Stato-Regioni, un passaggio che mira a rafforzare il coordinamento tra i vari livelli di governo e a garantire una maggiore condivisione delle decisioni. Inoltre, la riforma stabilisce il principio di invarianza finanziaria, secondo cui il trasferimento delle competenze non deve alterare l'equilibrio delle risorse tra le diverse Regioni. Questo vincolo è stato introdotto per evitare che l'autonomia differenziata possa tradursi in un impoverimento delle Regioni meno sviluppate a vantaggio di quelle più ricche.

⁷⁸ Questo principio ha una valenza strategica fondamentale: assicura che l'attribuzione di nuove competenze alle Regioni non comporti una riduzione dei servizi pubblici essenziali nelle altre aree del Paese, garantendo così un'equità di trattamento tra cittadini.

Un aspetto che nella procedura tradizionale risultava poco regolamentato riguarda la fase di attuazione dell'autonomia e il successivo monitoraggio delle nuove competenze attribuite alle Regioni. Dopo l'approvazione parlamentare, infatti, la Regione iniziava a esercitare le funzioni senza un sistema strutturato di verifica sull'impatto delle nuove competenze. La Legge Calderoli introduce invece un meccanismo di monitoraggio periodico, finalizzato a valutare gli effetti dell'autonomia concessa e a verificare il rispetto degli obiettivi stabiliti nell'intesa. Inoltre, viene prevista la possibilità di revisionare l'accordo nel caso in cui emergano criticità o squilibri nel sistema nazionale. Questo rappresenta un passo avanti rispetto alla procedura tradizionale, in quanto consente di intervenire tempestivamente qualora l'autonomia differenziata produca effetti negativi sull'equilibrio territoriale⁷⁹.

L'approvazione della Legge Calderoli ha segnato un'importante svolta nell'attuazione dell'autonomia differenziata, introducendo un quadro normativo più dettagliato e prevedendo strumenti di controllo più rigorosi rispetto alla procedura tradizionale. L'attenzione posta sulla determinazione preventiva dei LEP e sull'invarianza finanziaria rappresenta un tentativo di bilanciare l'esigenza di autonomia con quella di coesione nazionale. Tuttavia, il dibattito politico e istituzionale rimane acceso: da un lato, vi sono coloro che ritengono che la riforma garantisca finalmente una maggiore trasparenza ed efficienza nella gestione delle competenze regionali; dall'altro, vi è chi manifesta preoccupazioni legate al rischio di un'accentuazione delle disuguaglianze territoriali, soprattutto se la determinazione dei LEP dovesse risultare insufficiente o difficilmente attuabile nella pratica.

⁷⁹ Fondazione Astrid, *L'autonomia regionale 'differenziata' e la sua attuazione*, Astrid-Ricerche, Position Paper, 2019

In definitiva, se per un verso la Legge Calderoli ha reso più strutturato e regolamentato il processo di autonomia differenziata, per l'altro resta da verificare la sua concreta attuazione e l'efficacia dei meccanismi di monitoraggio previsti.

La sfida principale sarà garantire che il regionalismo differenziato non si traduca in un rafforzamento delle disparità tra le Regioni, ma contribuisca, al contrario, a una maggiore efficienza amministrativa e a un riequilibrio delle opportunità su tutto il territorio nazionale.

6. Le criticità della Legge Calderoli

Si può affermare che l'entrata in vigore della Legge Calderoli non abbia posto fine al dibattito sull'autonomia differenziata, ma, al contrario, ne abbia ulteriormente complicato il quadro. La riforma, infatti, che si era posta come obiettivo di regolamentare il processo di concessione dell'autonomia regionale ai sensi dell'articolo 116, terzo comma Cost., è stata oggetto di contestazioni sia per i suoi contenuti che per le sue implicazioni sul principio di unità e indivisibilità della Repubblica.

Uno degli aspetti più controversi della riforma riguarda il potenziale aumento delle disuguaglianze tra le Regioni. La possibilità per alcune Regioni di ottenere ulteriori forme di autonomia in settori chiave, come la sanità, l'istruzione, l'ambiente e le infrastrutture, potrebbe determinare una disparità nei servizi pubblici offerti ai cittadini: le Regioni economicamente più forti avrebbero maggiori risorse da investire, mentre quelle più deboli rischierebbero di vedere ulteriormente ridotta la loro capacità di garantire prestazioni adeguate.

Questo problema è strettamente legato alla mancata definizione chiara e vincolante dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), che dovrebbero garantire un'equità minima nei servizi pubblici su tutto il territorio nazionale. Sebbene la legge preveda l'obbligo di determinare i LEP prima del trasferimento delle competenze, molti esperti ritengono che il processo sia incerto e poco garantito, rendendo possibile un'applicazione disomogenea delle prestazioni nei diversi territori. In dottrina, Lorenzo Chieffi, ha evidenziato come l'attuale *iter* legislativo possa compromettere l'uniformità delle prestazioni pubbliche essenziali, mettendo in discussione i principi di solidarietà e uguaglianza sanciti dalla Costituzione⁸⁰. Per altro verso, Sabino Cassese ha sottolineato l'importanza della definizione chiara dei LEP prima di qualsiasi trasferimento di competenze, evidenziando il rischio di disuguaglianze territoriali⁸¹. Inoltre, un appello sottoscritto da 205 studiosi ha evidenziato le gravi criticità costituzionali della legge sull'autonomia differenziata, sottolineando come essa possa portare a una diversificazione delle prestazioni essenziali garantite ai cittadini, creando potenzialmente due Italie: una prospera e l'altra abbandonata a sé stessa⁸².

Un altro aspetto problematico è rappresentato dalla clausola di invarianza finanziaria⁸³, secondo cui il trasferimento di competenze alle Regioni non deve

⁸⁰ Cfr. L. Chieffi, professore ordinario di Istituzioni di Diritto Pubblico presso l'Università della Campania Luigi Vanvitelli, *I persistenti dubbi di conformità a Costituzione del D.D.L. recante «Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione»* (Atto Camera n. 1665, già approvato in prima lettura dal Senato della Repubblica il 23 gennaio 2024). *Materiali di Diritto Pubblico Europeo Rassegna online*, 1/2024, pp. 310-317.

⁸¹ Cfr. S. Cassese, *Autonomia differenziata: come sarà senza fondi?* Intervista pubblicata su *Avvenire* del 3 marzo 2024.

⁸² Astrid. Appello di 205 studiosi di diritto pubblico sull'autonomia differenziata. 2024.

⁸³ La clausola di invarianza finanziaria è un principio giuridico-contabile secondo cui una norma, nel momento in cui viene introdotta nell'ordinamento, non deve comportare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica. Tale clausola viene spesso inserita nelle leggi per garantire che le nuove disposizioni non impattino negativamente sul bilancio dello Stato o degli enti coinvolti, imponendo

comportare un aumento della spesa pubblica. Questo principio, in teoria volto a garantire l'equilibrio della finanza pubblica, potrebbe rivelarsi un vincolo eccessivamente rigido, impedendo alle Regioni che ottengono maggiore autonomia di disporre delle risorse necessarie per gestire efficacemente le nuove competenze. Il rischio è che, senza adeguati strumenti di perequazione finanziaria, le Regioni economicamente più avvantaggiate riescano a trattenere una quota maggiore del gettito fiscale per finanziare i servizi pubblici locali, mentre le Regioni meno ricche si trovino in difficoltà, con un progressivo indebolimento della solidarietà nazionale.

La Legge Calderoli prevede poi che le intese tra Stato e Regioni per l'autonomia differenziata debbano essere approvate dal Parlamento con una legge a maggioranza assoluta, ma senza possibilità di emendamenti sostanziali. Questo meccanismo è stato fortemente criticato perché riduce il controllo parlamentare, limitandolo a una mera ratifica dell'accordo tra Governo e Regioni.

Secondo alcuni costituzionalisti⁸⁴, tale procedura rappresenta una violazione del principio di rappresentanza democratica e di equilibrio tra i poteri dello Stato,

che l'attuazione delle misure previste avvenga nell'ambito delle risorse già disponibili. Nel contesto dell'autonomia differenziata, la Legge n. 86/2024 (Legge Calderoli) ha previsto l'applicazione della clausola di invarianza finanziaria, stabilendo che il trasferimento di competenze alle Regioni non deve comportare un incremento della spesa pubblica complessiva. Ciò significa che le Regioni che ottengono nuove funzioni dovranno gestirle utilizzando esclusivamente le risorse già previste nel bilancio, senza poter richiedere ulteriori finanziamenti dallo Stato. (per un maggiore approfondimento sull'argomento cfr. Corte Costituzionale, Sentenza n. 6/2019 e G. Falcon, "Diritto Regionale", Il Mulino, ultima edizione, che approfondisce il tema della clausola di invarianza finanziaria nel contesto dell'autonomia regionale e delle riforme del Titolo V della Costituzione.)

⁸⁴ Nel suo contributo intitolato "Il regionalismo differenziato. Commento all'art. 116, comma 3, della Costituzione", pubblicato su *Federalismo fiscale* n. 1/2007, A. Morrone analizza criticamente la procedura delineata per l'autonomia differenziata, mettendo in luce come il ruolo del Parlamento rischi di essere marginalizzato a favore di negoziati diretti tra Governo e Regioni. Nell'articolo "Autonomia differenziata come mezzo di unità statale: la lettura dell'art. 116, comma 3, Cost., conforme a Costituzione", pubblicato sulla *Rivista AIC* n. 1/2019, Mone discute le implicazioni costituzionali dell'autonomia differenziata, sottolineando la necessità di un coinvolgimento pieno del Parlamento per garantire l'equilibrio istituzionale e la rappresentanza democratica. Nel suo saggio "Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116 comma 3 Cost: profili procedurali di dubbia legittimità", Catelani esamina i profili procedurali delle richieste di autonomia differenziata,

poiché consente alle Regioni di negoziare direttamente con il Governo senza un effettivo coinvolgimento del Parlamento nel merito delle decisioni. La riforma introduce poi un modello di regionalismo differenziato che, se attuato senza adeguati correttivi, potrebbe compromettere il principio di unità e indivisibilità della Repubblica sancito dall'articolo 5 della Costituzione⁸⁵. In particolare, vi è il timore che l'attuazione della legge possa condurre a una frammentazione istituzionale, con Regioni che godono di competenze molto ampie e altre che restano legate a un modello di autonomia limitato. A questo si aggiunge il rischio di un indebolimento della funzione statale di indirizzo e coordinamento, con conseguenti difficoltà nel garantire standard uniformi nei settori strategici per il benessere collettivo, come la sanità e l'istruzione.

6.1 Il referendum sull'autonomia differenziata

L'entrata in vigore della Legge Calderoli ha riaperto il dibattito sull'opportunità di sottoporre la riforma a un referendum abrogativo, promosso da alcune Regioni, forze politiche e associazioni della società civile⁸⁶. I promotori del referendum contestano la legge per diverse ragioni coincidenti con i punti critici illustrati pocanzi: la mancanza di garanzie sui LEP, senza un quadro normativo

evidenziando come l'esclusione del Parlamento possa portare a violazioni dei principi costituzionali e a una gestione non trasparente del processo decisionale.

⁸⁵ Italia, Costituzione della Repubblica Italiana, art. 5, Gazzetta Ufficiale n. 298 del 27 dicembre 1947, entrata in vigore il 1° gennaio 1948. “La Repubblica, una e indivisibile, riconosce e promuove le autonomie locali; attua nei servizi che dipendono dallo Stato il più ampio decentramento amministrativo; adegua i principi ed i metodi della sua legislazione alle esigenze dell'autonomia e del decentramento.”

⁸⁶ L'entrata in vigore della cosiddetta “Legge Calderoli” sull'autonomia differenziata ha suscitato proposte di referendum abrogativo da parte di diverse entità. Cinque Consigli regionali—Campania, Emilia-Romagna, Puglia, Sardegna e Toscana—hanno deliberato a favore dell'indizione di un referendum abrogativo della legge. Anche la CGIL, insieme alla UIL e a un ampio schieramento di associazioni, ha promosso una raccolta firme per sostenere il referendum. Organizzazioni della società civile, come Libertà e Giustizia, hanno discusso l'ammissibilità e l'opportunità della consultazione popolare, evidenziando le implicazioni costituzionali della legge.

chiaro sui Livelli Essenziali delle Prestazioni con il rischio elevato di disparità territoriali, vista la possibilità di un accentramento del potere decisionale nelle Regioni più forti⁸⁷; l'esclusione del Parlamento da un ruolo sostanziale nella fase decisionale, con la riduzione del controllo parlamentare che renderebbe l'intero processo meno trasparente e meno democratico.

Per essere indetto, un referendum abrogativo deve essere richiesto alternativamente da 500.000 elettori, 5 Consigli regionali o un quinto dei membri di una Camera del Parlamento. Alcune Regioni del Mezzogiorno hanno manifestato l'intenzione di promuovere il referendum, evidenziando le possibili ripercussioni negative della riforma sulle aree economicamente più deboli.

Se il referendum venisse approvato, si aprirebbe un nuovo scenario politico e giuridico, con la necessità di ridefinire il modello di autonomia differenziata attraverso una nuova riforma. In caso contrario, l'attuazione della Legge Calderoli potrebbe procedere con le prime richieste di autonomia da parte delle Regioni interessate, consolidando un sistema più frammentato e asimmetrico. Indipendentemente dall'esito, il referendum rappresenta un segnale chiaro della divisione esistente nel Paese sulla questione dell'autonomia regionale, confermando che la riforma continua a essere un tema di forte rilevanza istituzionale e politica.

Nonostante il quadro delineato, il 20 gennaio 2025⁸⁸, la Corte costituzionale ha dichiarato inammissibile il referendum abrogativo riguardante la cosiddetta "Legge Calderoli" evidenziando come l'oggetto e la finalità del quesito non fossero formulati in modo chiaro, compromettendo così la possibilità per gli

⁸⁷ la riforma consentirebbe alle Regioni economicamente avanzate di ottenere maggiore autonomia, ampliando il divario tra Nord e Sud.

⁸⁸ Corte Costituzionale. (2025). Comunicato stampa sulla dichiarazione di inammissibilità del referendum abrogativo sulla Legge Calderoli. Disponibile su [cortecostituzionale.it](https://www.cortecostituzionale.it)

elettori di esprimere una scelta consapevole. Inoltre, con la sentenza n. 192/2024, la Corte aveva già dichiarato l'incostituzionalità di diverse parti della legge in questione, riducendone significativamente la portata. Questa pronuncia ha contribuito a rendere il quesito referendario privo di coerenza e finalità, rafforzando la decisione di inammissibilità. La Corte ha quindi sottolineato l'importanza di garantire quesiti chiari e univoci, affinché la volontà popolare possa essere espressa in modo corretto e informato.

6.2 Le Recenti Pronunce di Incostituzionalità: Sentenza n. 180/2024

La recente Sentenza della Corte Costituzionale n. 180/2024⁸⁹ ha sollevato questioni di primaria importanza sulla compatibilità del nuovo modello introdotto con la legge Calderoli con il quadro costituzionale italiano⁹⁰.

Il punto cruciale della questione oggetto del dibattito della corte è il delicato equilibrio tra autonomia regionale e la garanzia dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) su tutto il territorio nazionale, e in particolare quest'ultima si è impegnata a sottolineare come l'attribuzione di ulteriori forme di autonomia non possa prescindere dalla tutela dei diritti fondamentali e dall'unità del sistema nazionale⁹¹.

L'autonomia differenziata deve essere preceduta da una chiara e vincolante determinazione dei LEP, considerati dalla Corte un presupposto essenziale per garantire l'equità nell'accesso ai servizi pubblici essenziali. L'assenza di tale

⁸⁹ Sent. N. 180 del 15 ottobre 2024.

⁹⁰ G. Tarli Barbieri, *“L'autonomia differenziata nel sistema delle autonomie territoriali”*, Cedam, 2024, pp. 67-89.

⁹¹ Il Manifesto. (2024). *Autonomia, la Corte smonta lo “spacca Italia” di Calderoli*. Disponibile su: <https://ilmanifesto.it/autonomia-la-corte-smonta-lo-spacca-italia-di-calderoli>

definizione preventiva, secondo i giudici costituzionali, rischierebbe di tradursi in un'applicazione disomogenea delle politiche pubbliche, con il conseguente rafforzamento di disparità territoriali che minerebbero il principio di eguaglianza sostanziale sancito dall'articolo 3 della Costituzione.

In questo contesto, la Corte ha evidenziato come la determinazione dei LEP non debba essere considerata un mero atto tecnico-amministrativo, ma piuttosto un passaggio politico-istituzionale di primaria importanza, da attuarsi nel rispetto del principio di solidarietà nazionale⁹².

Un ulteriore elemento di rilievo nella sentenza riguarda il principio di invarianza finanziaria, inteso come vincolo imprescindibile affinché l'autonomia regionale non comprometta l'equilibrio della finanza pubblica nazionale. Secondo la Corte, il trasferimento di competenze alle Regioni non deve determinare una riduzione delle risorse disponibili per le altre aree del Paese, evitando così il rischio di un sistema in cui le Regioni economicamente più forti possano beneficiare di maggiori risorse a scapito di quelle meno sviluppate⁹³. In tal senso, la Corte ha ribadito che la concessione dell'autonomia differenziata deve avvenire nel rispetto della perequazione territoriale, garantendo che le differenze di capacità fiscale tra le Regioni non si traducano in diseguaglianze sostanziali nell'erogazione dei servizi pubblici essenziali.

Infine, la sentenza ha riaffermato il ruolo centrale del Parlamento nel processo di approvazione delle intese tra Stato e Regioni, sottolineando la necessità di un vaglio parlamentare rigoroso per assicurare che l'attribuzione di ulteriori forme

⁹² Lavoce.info. (2024). *Così la Consulta rivoluziona l'autonomia differenziata*. Disponibile su: <https://lavoce.info/archives/106607/cosi-la-consulta-rivoluziona-lautonomia-differenziata/>

⁹³ CGIL. (2024). *Nota sulla sentenza della Corte Costituzionale in merito alla legge n. 86/2024 di attuazione dell'autonomia differenziata*. Disponibile su: <https://www.cgil.it/ci-occupiamo-di/riforme-istituzionali/nota-sulla-sentenza-della-corte-costituzionale-in-merito-alla-legge-n-86-2024-di-attuazione-dellautonomia-differenziata-megkk76e>

di autonomia avvenga nel rispetto della coesione territoriale e della parità di trattamento tra i cittadini. La Corte ha evidenziato che l'autonomia differenziata non può essere interpretata come un semplice trasferimento di competenze su base negoziale tra lo Stato e le singole Regioni, ma deve essere inserita in un quadro costituzionalmente orientato, che garantisca la compatibilità delle nuove forme di autonomia con i principi fondamentali della Costituzione⁹⁴.

Questa pronuncia si inserisce nel più ampio dibattito giurisprudenziale sull'autonomia differenziata, ponendo nuovi interrogativi sull'effettiva applicabilità dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione nel contesto attuale. La Corte, pur riconoscendo il valore del principio autonomistico, ha evidenziato come esso debba essere bilanciato con il principio di eguaglianza e coesione nazionale, al fine di evitare il rischio di una frammentazione del sistema repubblicano. In tal senso, la sentenza n. 180/2024 costituisce un precedente fondamentale nella definizione dei limiti entro cui il processo di autonomia differenziata può svilupparsi senza compromettere l'unità e l'indivisibilità della Repubblica, sancite dall'articolo 5 della Costituzione⁹⁵.

⁹⁴ s.n., *La lezione della Corte sull'autonomia differenziata*, in «Rivista il Mulino», 2024, disponibile su: <https://www.rivistailmulino.it/a/la-lezione-della-corte-sull-autonomia-differenziata>

⁹⁵ s.n., Corte Costituzionale – *L'autonomia differenziata è “parzialmente” illegittima*, in Diritto del Risparmio, 14 novembre 2024, disponibile su: <https://www.dirittodelrisparmio.it/2024/11/14/corte-costituzionale-lautonomia-differenziata-e-parzialmente-illegittima/>

Capitolo III

Gli impatti della Legge n. 86/2024 sulle competenze sanitarie

Dopo aver trattato della suddivisione delle competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria fino alla riforma e aver analizzato la legge nel suo complesso, siamo arrivati al cuore del presente elaborato, ossia come questa legge ha modificato le competenze in ambito sanitario e quali sono i suoi aspetti critici. Questo capitolo analizza gli effetti di tale riforma, con particolare attenzione alle nuove responsabilità regionali e alle potenziali criticità che potrebbero emergere in termini di equità e coesione territoriale. Nella prima sezione verrà esaminata l'espansione delle competenze sanitarie delle Regioni, evidenziando le opportunità e i rischi derivanti dal decentramento delle funzioni in ambito sanitario. Un focus particolare sarà dedicato ai possibili scenari di frammentazione del diritto alla salute, con implicazioni sulla garanzia dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e sull'accessibilità ai servizi sanitari nelle diverse aree del Paese. Successivamente, il capitolo affronterà le principali criticità per l'uniformità del diritto alla salute. In particolare, verranno discussi i rischi di disparità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, la possibile accentuazione delle differenze tra Regioni economicamente forti e deboli, e le ripercussioni sull'efficacia del sistema sanitario nazionale. Un aspetto fondamentale sarà il coordinamento tra Stato e Regioni, analizzando il ruolo dello Stato nel garantire l'uniformità dei diritti sanitari e il delicato bilanciamento tra autonomia regionale e coesione nazionale. Infine, l'ultima sezione sarà dedicata alle prospettive future e alle possibili riforme correttive che potrebbero essere adottate per mitigare le criticità evidenziate, assicurando

che l'autonomia differenziata in ambito sanitario non comprometta i principi di equità e universalità del Servizio Sanitario Nazionale.

1. L'espansione delle competenze delle regioni in materia sanitaria

La “Legge Calderoli” delinea il percorso con cui alcune Regioni a statuto ordinario possono acquisire ulteriori competenze in materie concorrenti – inclusa la tutela della salute – previa definizione dei relativi Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP) e dei costi standard associati. Data la delicatezza della materia sanitaria⁹⁶ e l'importanza che ha la garanzia del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale, l'autonomia differenziata solleva diversi interrogativi in materia, tra cui: le modalità di finanziamento, l'equità di accesso, il ruolo dello Stato e la *governance* del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).⁹⁷

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), come già accennato nel primo capitolo, rappresentano l'insieme delle prestazioni e dei servizi sanitari che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è tenuto a garantire a tutti i cittadini, in condizioni di equità su tutto il territorio nazionale. La loro definizione è stata formalizzata per la prima volta con il D.P.C.M. del 29 novembre 2001, ma solo nel 2017 si è giunti a un aggiornamento significativo con l'emanazione di un nuovo D.P.C.M.⁹⁸. Questo aggiornamento, atteso per 16 anni, ha rappresentato un passo

⁹⁶ L'art. 32 Cost. tutela la salute come diritto fondamentale e lo Stato che deve garantirne i livelli essenziali uniformi su tutto il territorio, in materia sanitaria si fa più precisamente riferimento ai LEA (si rinvia al cap. I).

⁹⁷ Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani, *Cosa prevede davvero la legge sull'autonomia differenziata e perché è tanto controversa?* Università Cattolica del Sacro Cuore, 26 giugno 2023, disponibile su: <https://osservatoriocpi.unicatt.it>

⁹⁸ D.p.c.m. 12 gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, G.U. Serie Generale n.65 del 18-3-2017 - Suppl. Ordinario n. 15

fondamentale per l'adeguamento dei servizi sanitari alle nuove esigenze della popolazione e ai progressi della scienza medica.

L'aggiornamento dei LEA ha avuto un impatto rilevante su diversi aspetti del sistema sanitario, poiché ha incluso nuove prestazioni, come la fecondazione assistita, il trattamento dell'endometriosi e nuove forme di assistenza per le persone con disabilità⁹⁹. Tuttavia, la loro effettiva implementazione ha riscontrato diverse criticità, soprattutto a causa delle disparità territoriali nella gestione della sanità tra le Regioni¹⁰⁰. Le differenze nei modelli organizzativi e nei finanziamenti hanno infatti reso difficile una piena attuazione uniforme dei nuovi LEA, penalizzando alcune aree del Paese, in particolare quelle del Mezzogiorno, dove il sistema sanitario è più fragile e meno efficiente.

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 65/2016¹⁰¹, ha ribadito che l'aggiornamento dei LEA non è solo una questione di diritto alla salute, ma ha implicazioni più ampie anche sulla programmazione finanziaria delle Regioni. Lo Stato ha la responsabilità di definire i livelli essenziali delle prestazioni, ma le Regioni devono garantire la loro erogazione senza compromettere la sostenibilità del sistema sanitario. Tuttavia, il mancato aggiornamento tempestivo e la difficoltà di garantire standard omogenei hanno accentuato il fenomeno della mobilità sanitaria¹⁰², con un flusso crescente di pazienti dal Sud verso le Regioni del Nord, meglio attrezzate e più efficienti nell'erogazione delle cure.

⁹⁹ Sui livelli essenziali delle prestazioni concernenti diritti civili e sociali, si v. M. LUCIANI, I diritti costituzionali tra Stato e Regione (a proposito dell'art. 117 co. 2 lett. m) della Costituzione), in *San. Pubbl.*, 2002, 1025.

¹⁰⁰ M. Bergo, (2017). *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*. Rivista AIC, n. 2/2017.

¹⁰¹ Corte costituzionale Sentenza n. 65/2016.

¹⁰² Si veda il par. 3.1

I nuovi LEA rappresentano quindi un elemento chiave per l'equità del sistema sanitario nazionale, ma la loro reale efficacia dipende da un'attuazione coerente in tutto il Paese e da un adeguato finanziamento che consenta alle Regioni di garantire le prestazioni senza compromettere la sostenibilità del servizio sanitario pubblico.

A fronte delle disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi sanitari, il D.P.C.M. del 12 gennaio 2017 ha introdotto un aggiornamento significativo dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con l'obiettivo di ridurre alcune delle disparità esistenti e di favorire un'evoluzione del sistema sanitario nelle Regioni meno sviluppate.

Sebbene questa riforma non sia sufficiente da sola a colmare il divario tra Nord e Sud, essa rappresenta un passo importante nel garantire un maggiore equilibrio nell'offerta dei servizi sanitari, prendendo come riferimento i modelli più avanzati di assistenza. A differenza del D.P.C.M. del 2001, che aveva un carattere prevalentemente ricognitivo e si limitava a una descrizione generica dei servizi sanitari¹⁰³, il D.P.C.M. del 2017 ha un carattere costitutivo, ridefinendo in modo più dettagliato le attività, i servizi e le prestazioni garantite ai cittadini con le risorse messe a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN)¹⁰⁴. Non si tratta dunque di un semplice aggiornamento, ma di una vera e propria riscrittura del concetto di assistenza sanitaria, con un'impostazione maggiormente incentrata sull'appropriatezza delle cure e sull'efficienza della spesa sanitaria.

¹⁰³Balduzzi R., *Titolo V e tutela della salute*, in R. Balduzzi, Di Gaspare (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano, 2002, p. 11.

¹⁰⁴Dirindin, N., & Caruso, A. (2017). *L'aggiornamento dei LEA: una rivoluzione necessaria?* Bollettino SIFO, 63(4), pp. 215-230.

Tra le principali innovazioni introdotte vi è la ridefinizione delle modalità di erogazione di alcune prestazioni sanitarie. Ad esempio, il provvedimento stabilisce la percentuale di interventi chirurgici da trasferire dal regime di *day surgery* all'ambulatorio, promuovendo il ricorso a ricoveri diurni in luogo di quelli ordinari. Inoltre, i nuovi LEA includono l'aggiornamento dei Nomenclatori dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, introducendo nuove prestazioni e rimuovendo quelle obsolete per ottimizzare l'uso delle risorse disponibili. Sono state inoltre riclassificate alcune patologie, mentre nuove malattie sono state incluse nell'elenco delle prestazioni coperte dai LEA.

Un'ulteriore innovazione riguarda l'introduzione del Piano nazionale vaccini, che estende l'offerta gratuita di alcune vaccinazioni, come l'anti-papilloma virus, l'anti-pneumococco e l'anti-meningococco. Se prima queste vaccinazioni erano disponibili in forma gratuita solo in alcune Regioni, il nuovo sistema impone a tutte le Regioni di garantirne la copertura, seppur con una gradualità programmata per evitare squilibri finanziari¹⁰⁵.

Un altro elemento di rilievo del nuovo sistema dei LEA è la previsione di un meccanismo di aggiornamento periodico, affidato alla Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio Sanitario Nazionale, istituita dalla Legge di Stabilità del 2016. Questa Commissione ha il compito di rivedere annualmente i LEA, aggiornando l'elenco delle prestazioni sanitarie sulla base dei progressi scientifici e tecnologici. La sua istituzione risponde alla necessità di evitare lunghi periodi di inattività, come quelli intercorsi tra il 2001 e il 2017, in cui la mancanza di

¹⁰⁵ Cicchetti, A., & Damiani, G. (2017). *I nuovi Livelli Essenziali di Assistenza: un'opportunità di innovazione per il Servizio Sanitario Nazionale*. *Politiche Sanitarie*, 18(2), pp. 91-98.

aggiornamenti ha contribuito all'aggravarsi delle disuguaglianze territoriali nel sistema sanitario¹⁰⁶.

Tuttavia, nonostante la calendarizzazione delle attività della Commissione rappresenti un passo avanti, resta centrale la questione della sostenibilità finanziaria dei nuovi LEA. In passato, infatti, le difficoltà nel garantire copertura economica alle nuove prestazioni hanno rallentato l'attuazione delle riforme sanitarie. Il finanziamento dei LEA continua a essere un tema critico, con il rischio che le Regioni meno virtuose non riescano a garantire in modo uniforme le nuove prestazioni, mantenendo il divario tra i diversi sistemi sanitari regionali¹⁰⁷.

In quest'ottica, la Legge Calderoli si pone come amplificatrice del problema o strumento di soluzione? La sanità, tradizionalmente gestita in un'ottica di coordinamento tra Stato e Regioni, potrebbe subire una frammentazione crescente, con effetti potenzialmente negativi sulla qualità e sull'uniformità dei servizi. Il rischio è che le Regioni con maggiore capacità fiscale possano migliorare i propri servizi sanitari, mentre quelle con risorse limitate faticino a garantire livelli di assistenza adeguati. Il trasferimento di nuove competenze non può prescindere dalla garanzia di LEA uniformi in tutto il territorio nazionale, evitando disparità nell'accesso ai servizi sanitari.¹⁰⁸ La riforma consente alle Regioni di intervenire su aspetti cruciali, quali la definizione dell'organizzazione del servizio sanitario regionale, la gestione delle risorse umane e finanziarie, la pianificazione sanitaria e la programmazione dell'offerta

¹⁰⁶ Ministero della Salute (2017). *La revisione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e il ruolo della Commissione nazionale: prospettive e criticità*. Bollettino Ufficiale del SSN, 24(1), pp. 15-32.

¹⁰⁷ Borgonovi, E., & Compagni, A. (2018). *L'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza: innovazione, governance e sostenibilità finanziaria*. *Economia & Management*, 21(3), pp. 45-61.

¹⁰⁸ Violini, L. (2020). *Autonomia differenziata e Servizio Sanitario Nazionale: il rischio di un sistema frammentato*. *Federalismi.it*, pp. 18, 1-27.

ospedaliera e territoriale, nonché la modifica dei criteri di accesso a determinate prestazioni sanitarie. Questa espansione di competenze, sebbene possa favorire un'amministrazione più vicina alle esigenze del territorio, potrebbe compromettere l'uniformità dell'assistenza sanitaria a livello nazionale. Infatti, una maggiore autonomia decisionale senza una chiara regolamentazione sui finanziamenti potrebbe cristallizzare o addirittura accentuare le disuguaglianze esistenti tra Regioni, determinando un sistema sanitario a più velocità¹⁰⁹.

Un aspetto critico riguarda il finanziamento delle nuove competenze: il rischio è che, in assenza di un sistema perequativo efficace, le Regioni più ricche possano migliorare l'accesso e la qualità dei servizi, mentre quelle con minore capacità fiscale possano incontrare difficoltà nel garantire i LEP, con conseguenze sulla tutela del diritto alla salute sancito dall'art. 32 della Costituzione. In questo scenario, il ruolo dello Stato centrale dovrebbe essere quello di garantire che l'ampliamento delle competenze non si traduca in una disparità nell'erogazione delle cure sanitarie tra cittadini di diverse aree geografiche. Tuttavia, il meccanismo di attuazione della Legge Calderoli non prevede un sistema chiaro di monitoraggio e di riequilibrio finanziario, lasciando spazio a forti dubbi sulla sua applicazione pratica¹¹⁰.

2. Il finanziamento dei LEA e le sfide della sostenibilità economica

La legge n. 86/2024 non modifica nell'immediato i criteri di finanziamento del Fondo Sanitario Nazionale tra le Regioni, il cui riparto avviene attualmente in

¹⁰⁹ Tediosi, F., Gabriele, S., & Longo, F. (2018). *Autonomia regionale in sanità e disuguaglianze territoriali: quali prospettive?* Politiche Sanitarie, 21(4), pp. 91-109.

¹¹⁰ Bassanini, F., & Tiberi, F. (2018). *Le Regioni e la sanità: tra autonomia e vincoli nazionali*. Quaderni di Economia Sanitaria, 22(3), pp. 19-42.

base a una quota capitaria¹¹¹ pesata per età e per indicatori come mortalità prematura e deprivazione¹¹². Questo meccanismo – introdotto dal D.Lgs. n. 68/2011 sul federalismo fiscale sanitario – rimane in vigore anche con l'autonomia differenziata, come confermato dalle intese preliminari già negoziate¹¹³, che ribadivano l'uso di costi e fabbisogni standard o, in loro assenza, della quota capitaria. In sostanza, la sanità continuerà ad essere finanziata con risorse nazionali ripartite secondo il fabbisogno standard di ciascuna Regione, senza che la legge Calderoli introduca nuovi criteri di allocazione specifici per premiare o penalizzare le Regioni in base alla loro gestione sanitaria.

La disciplina relativa al finanziamento dei LEA ha subito negli anni diverse trasformazioni, passando da una fase espansiva dei diritti, caratterizzata dal principio del “tutto a tutti”, a una fase restrittiva legata ai vincoli di bilancio e, infine, a una mediazione tra diritti e sostenibilità finanziaria.

L'istituzione del SSN con la legge n. 833/1978 prevedeva la garanzia dei livelli di assistenza in modo incondizionato. Tuttavia, a partire dagli anni '90, con l'introduzione di vincoli finanziari derivanti dall'adesione dell'Italia ai parametri di Maastricht, il finanziamento della sanità ha subito una trasformazione significativa. Il Decreto Legislativo n. 502/1992 ha subordinato

¹¹¹ La quota capitaria pesata per età è un criterio di ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale tra le Regioni italiane, basato sulla popolazione residente, corretta in funzione dell'età e di altri fattori di bisogno sanitario. Questo metodo tiene conto del fatto che il consumo di risorse sanitarie varia significativamente con l'età: le fasce di popolazione più anziane tendono ad avere un fabbisogno sanitario maggiore rispetto a quelle più giovani. Il calcolo della quota capitaria pesata avviene attraverso un coefficiente di ponderazione, attribuito a ciascuna fascia d'età sulla base della spesa sanitaria media storica registrata per quella specifica fascia. In questo modo, si cerca di garantire una distribuzione equa delle risorse tra le Regioni, compensando le differenze nella struttura demografica e nei livelli di bisogno assistenziale. (Ministero della Salute (2021). Riparto del Fondo Sanitario Nazionale: criteri e metodologia di calcolo. Disponibile su: www.salute.gov.it)

¹¹² Questo dal 2023

¹¹³ es. bozza Conte-Zaia 2019

i livelli di assistenza alle risorse disponibili, mentre il D.Lgs. n. 229/1999 ha previsto la necessità di definire contestualmente i LEA e il fabbisogno finanziario, garantendo una maggiore integrazione tra definizione dei diritti e sostenibilità economica. Con l'introduzione del federalismo fiscale nel 2000¹¹⁴, le Regioni hanno assunto un ruolo determinante nella gestione delle risorse sanitarie, diventando responsabili dell'erogazione dei LEA. La creazione del "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei LEA", istituito nel 2005, ha introdotto un sistema di monitoraggio per verificare la capacità delle Regioni di rispettare gli standard di assistenza.

Il finanziamento dei LEA rimane un problema complesso, soprattutto per le Regioni in piano di rientro¹¹⁵, che devono bilanciare il contenimento della spesa con la garanzia dei servizi essenziali. Attualmente, le risorse provengono dal Fondo Sanitario Nazionale, suddiviso in una quota indistinta, destinata al finanziamento generale del sistema sanitario regionale, e una quota vincolata, riservata al raggiungimento di obiettivi specifici e prioritari. La distribuzione dei fondi avviene secondo il criterio del costo standard, che tiene conto delle

¹¹⁴ Il federalismo fiscale è un modello di gestione delle finanze pubbliche che prevede la suddivisione delle risorse e delle competenze finanziarie tra i vari livelli di governo, come lo Stato, le Regioni e gli enti locali. Questo sistema nasce con l'obiettivo di garantire una maggiore autonomia alle amministrazioni locali, permettendo loro di finanziare i propri servizi attraverso tributi propri, compartecipazioni a imposte nazionali e trasferimenti perequativi, anziché dipendere unicamente dai fondi statali. (Antonini, L. (2012). *Il federalismo fiscale in Italia: tra principi costituzionali e attuazione pratica*. Rivista di Diritto Pubblico, 3(1), 45-67.)

¹¹⁵ Il Piano di Rientro è un programma di risanamento economico-finanziario adottato dalle Regioni italiane che registrano un disavanzo sanitario eccessivo rispetto alle risorse disponibili. Viene attivato attraverso un accordo tra la Regione interessata e il Governo, con l'obiettivo di riportare in equilibrio i conti pubblici senza compromettere l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Le Regioni in Piano di Rientro devono adottare misure correttive come la razionalizzazione della rete ospedaliera, la riduzione della spesa sanitaria inefficiente, il contenimento delle assunzioni di personale e l'aumento del controllo sulla spesa farmaceutica. In alcuni casi, se la Regione non riesce a rispettare gli obiettivi stabiliti, il Governo può nominare un Commissario ad acta per garantire l'attuazione del Piano. (Corte dei Conti (2021). *I Piani di Rientro Sanitari: analisi e prospettive. Relazione sul coordinamento della finanza pubblica*.)

necessità sanitarie e dell'efficienza delle spese. Tuttavia, la sostenibilità del sistema è messa a dura prova dall'aumento della spesa sanitaria e dalla difficoltà di alcune Regioni nel rispettare gli standard previsti. Le restrizioni imposte dai vincoli di bilancio e l'incapacità di molte Regioni di raggiungere i livelli essenziali hanno portato, in alcuni casi, a un aumento del contributo richiesto ai cittadini sotto forma di ticket e costi *out-of-pocket*¹¹⁶.

La giurisprudenza costituzionale ha più volte ribadito che il diritto alla salute deve prevalere sulle esigenze di bilancio. In particolare, la Corte Costituzionale, con la sentenza n. 275/2016, ha affermato che “*è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione*”. Ciò impone alle Regioni l'obbligo di garantire i LEA, anche in presenza di vincoli finanziari stringenti. In questo contesto, l'aggiornamento dei LEA avvenuto con il DPCM del 12 gennaio 2017 rappresenta un passo significativo, pur essendo accompagnato da criticità di carattere economico.

L'allocazione di fondi per i nuovi LEA, pari a 800 milioni di euro nel 2016 e a circa un miliardo nel 2017¹¹⁷, è stata oggetto di discussione per l'effettiva copertura dei costi, stimati intorno ai 3 miliardi di euro. Inoltre, l'introduzione di nuove prestazioni sanitarie e la riorganizzazione delle cure ospedaliere hanno determinato un aumento dei costi a carico dei cittadini, con un incremento del

¹¹⁶ I costi out of pocket (OOP) sono le spese sanitarie sostenute direttamente dai cittadini senza alcun rimborso da parte del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) o di assicurazioni sanitarie pubbliche o private. Rientrano in questa categoria il pagamento di ticket sanitari, visite specialistiche private, farmaci non rimborsabili, dispositivi medici e trattamenti non inclusi nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Un'elevata incidenza dei costi out of pocket può determinare disuguaglianze nell'accesso alle cure, penalizzando le fasce di popolazione con minori risorse economiche. In Italia, nonostante la copertura del SSN, questi costi rappresentano una quota significativa della spesa sanitaria complessiva, con differenze marcate tra le diverse Regioni. (*Ministero della Salute, Rapporto sulla spesa sanitaria in Italia, 2023.*)

¹¹⁷ Ministero della Salute, *Relazione sullo stato sanitario del Paese 2017-2019*, Roma, 2020.

ticket sanitario stimato in circa 60 milioni di euro. Il finanziamento dei LEA, dunque, continua a essere una questione complessa e delicata, in cui si intrecciano esigenze di sostenibilità economica, equità nell'accesso ai servizi e responsabilità istituzionali.

Se da un lato l'aggiornamento dei LEA rappresenta un passo avanti per il miglioramento dell'assistenza sanitaria, dall'altro la difficoltà di molte Regioni nel garantirne la copertura finanziaria solleva interrogativi sulla reale capacità del sistema di assicurare il diritto alla salute su tutto il territorio nazionale in modo uniforme ed efficace¹¹⁸.

3. Le criticità della Legge Calderoli nel settore sanitario

Molti esperti e istituzioni hanno evidenziato diverse criticità di questa legge riguardo all'equità e all'efficienza del sistema sanitario, al bilanciamento tra autonomia regionale e coesione nazionale, nonché al meccanismo di finanziamento. Di seguito analizziamo in modo approfondito le principali problematiche emerse¹¹⁹.

¹¹⁸ Fassari C., *Nuovi LEA: quanto costano veramente?*, in *Quotidiano Sanità*, 8 luglio 2016. Disponibile su: www.quotidianosanita.it

¹¹⁹ Bin, R. (2024). *Autonomia differenziata: perché le regioni dovrebbero impugnare la legge Calderoli*.

3.1 Disparità nell'accesso alle cure e il fenomeno della mobilità sanitaria

Una prima criticità riguarda il rischio di accentuare le disuguaglianze territoriali nell'accesso alle cure, minacciando il principio di universalismo del SSN. Già oggi l'Italia presenta forti divari regionali nell'erogazione dei LEA e negli esiti di salute e ciò avviene nonostante un finanziamento pubblico pro-capite relativamente omogeneo tra le Regioni garantito dallo Stato grazie a meccanismi perequativi¹²⁰. Tuttavia, questa distribuzione “equa” delle risorse non basta a uniformare i servizi: nel monitoraggio LEA 2021 il Ministero della Salute ha dichiarato adempienti solo 14 Regioni su 21, con Emilia-Romagna in testa e, al Sud, le sole Abruzzo, Basilicata e Puglia sopra la soglia minima – segno che “il gap Nord-Sud in sanità è ormai strutturale”.

Nel 2022 il quadro è ulteriormente peggiorato (Regioni adempienti scese a 13, con Puglia e Basilicata uniche del Sud) e gli indicatori di salute confermano queste differenze: l'aspettativa di vita varia dagli oltre 84 anni di alcune province del Nord a poco più di 81 anni in Campania, mentre vari indicatori di mortalità e morbilità evidenziano un persistente svantaggio per il Mezzogiorno¹²¹.

In sintesi, il SSN già oggi fatica a garantire in modo uniforme il diritto alla salute su tutto il territorio nazionale, delineando un vero dualismo Nord-Sud in

¹²⁰ Ad esempio, nel 2022 si passava da circa 2.038 € per abitante in Campania a 2.299 € in Liguria, a fronte di capacità fiscali regionali molto differenti. (da Pagella Politica. “Le disuguaglianze nella sanità italiana in tre grafici.” Disponibile su: <https://pagellapolitica.it/articoli/disuguaglianze-sanita-italia-grafici>)

¹²¹ Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. “Rapporto Osservasalute 2023.” Questo rapporto offre una panoramica dettagliata delle condizioni di salute e della qualità dei servizi sanitari nelle diverse regioni italiane. Disponibile su: <https://www.osservatoriosullasalute.it/>

cui il Sud sconta carenze organizzative, deficit finanziari¹²² e livelli di assistenza spesso insufficienti.

In questo contesto, la prospettiva di un regionalismo differenziato rischia di ampliare le disparità invece di ridurle. La legge dichiara di voler scongiurare disuguaglianze, richiamando l'obbligo costituzionale di garantire i LEP ovunque e prevedendo che lo Stato “promuova” interventi speciali per rimuovere gli squilibri socioeconomici¹²³. Tuttavia, mancano impegni finanziari concreti a tal fine. Senza un robusto meccanismo perequativo, conferire maggiore autonomia alle Regioni già più dotate di risorse e capacità amministrativa può ampliare il divario con le altre. Studi indipendenti avvertono che *“in assenza di un chiaro meccanismo di convergenza verso standard di servizio comuni, la devoluzione di ulteriori spazi di autonomia potrebbe portare a un'ulteriore divaricazione delle performance regionali”*.¹²⁴ In altre parole, le Regioni più forti (per PIL, infrastrutture, organico sanitario disponibile) tenderebbero a mantenere o migliorare i propri standard elevati, mentre quelle strutturalmente fragili faticherebbero a colmare il gap, restando indietro. Un'analisi della Banca d'Italia ha simulato che, a parità di nuove funzioni devolute, la Lombardia potrebbe finanziarle con appena il 15,7% dell'IRPEF raccolta sul suo territorio, mentre la Calabria necessiterebbe addirittura del 61,9% del suo IRPEF – evidenziando squilibri enormi nella capacità fiscale territoriale¹²⁵. Una tale disparità solleva dubbi di fattibilità politica ed equità, poiché le Regioni più povere dovrebbero trattenere gran parte del gettito locale solo per coprire i servizi essenziali, mentre quelle più ricche contribuirebbero

¹²² tutte le Regioni sottoposte a Piani di rientro dal disavanzo sanitario sono meridionali

¹²³ Art. 10 L. 86/2024

¹²⁴ SVIMEZ. (2023). *Rapporto SVIMEZ 2023 sull'economia del Mezzogiorno*. Roma: Associazione per lo Sviluppo dell'Industria nel Mezzogiorno.

¹²⁵ Banca d'Italia. (2023). *Economie regionali: la dotazione infrastrutturale delle regioni italiane*.

proporzionalmente di meno al bilancio nazionale ¹²⁶. Senza solidarietà interregionale aggiuntiva, le Regioni con base imponibile ridotta rischiano di restare cronicamente sotto-finanziate rispetto ai loro fabbisogni standard, specie se i LEA vengono fissati a un livello elevato senza adeguata copertura. Questo squilibrio strutturale minaccia di cristallizzare o persino accentuare il divario Nord-Sud nell’offerta di servizi pubblici. Già oggi, come visto, alcune Regioni del Sud non garantiscono pienamente i LEA pur ricevendo fondi pro-capite analoghi ad altre aree; senza un chiaro meccanismo di convergenza verso standard comuni, una maggiore autonomia fiscale e organizzativa potrebbe allargare ulteriormente il divario nelle performance sanitarie regionali¹²⁷.

Le conseguenze future di queste dinamiche destano preoccupazione. In mancanza di correttivi forti a favore delle aree più deboli, il rischio è la formazione di un SSN sempre più “a macchia di leopardo”, dove i diritti sanitari dei cittadini dipendono dalla Regione di residenza. Le Regioni settentrionali (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, ecc.), ottenuta l’autonomia, avrebbero margine per investire e innovare ulteriormente nei propri servizi, attrarre professionisti e pazienti da altre aree, mentre parte del Sud potrebbe restare intrappolata in un sottofinanziamento relativo, con fuga di personale sanitario qualificato e di pazienti verso il Nord. In sostanza, senza interventi compensativi efficaci, si rischia di avere “cittadini di serie A e di serie B” a seconda della Regione, indebolendo l’unità nazionale in materia di tutela della salute¹²⁸.

¹²⁶Ibidem.

¹²⁷ Fondazione GIMBE. (2023). *Mobilità sanitaria 2022: l’Italia sempre più divisa tra Nord e Sud*.

¹²⁸ Superando.it. (2023). *Livelli Essenziali di Assistenza: dieci anni di disuguaglianze regionali*. Disponibile su: <https://superando.it/2023/01/03/livelli-essenziali-di-assistenza-dieci-anni-di-disuguaglianze-regionali/>

Non è un esito inevitabile – molto dipenderà da come verranno definiti i LEP (quanto saranno elevati e vincolanti) e da eventuali piani di recupero per le Regioni in ritardo – ma molti osservatori concordano che, senza un cambio di rotta, le diseguaglianze aumenteranno invece di diminuire.

Questo fenomeno non è nuovo rispetto alla nuova legge Calderoli e prende il nome di “mobilità sanitaria” per cui molti pazienti si spostano da una Regione all’altra in cerca di cure¹²⁹. Nel 2021 la mobilità sanitaria ha raggiunto un valore di 4,25 miliardi di euro, in aumento rispetto ai 3,33 miliardi del 2020.

Tali flussi finanziari avvengono in larga misura dal Sud verso il Nord: le tre Regioni settentrionali capofila dell’autonomia (Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto) concentrano da sole il 93,3% del saldo attivo della mobilità¹³⁰, mentre il 76,9% del saldo passivo si registra in Calabria, Campania, Sicilia, Lazio, Puglia e Abruzzo.

In altre parole, le Regioni del Nord presentano cospicui attivi (ricevono più pazienti di quanti ne “cedano”), mentre molte aree del Sud e del Centro mostrano pesanti passivi, vedendo migrare altrove una parte significativa dei propri residenti bisognosi di cure. Questi divari evidenziano disuguaglianze strutturali nell’offerta sanitaria: tutte le Regioni con saldo economico positivo sono collocate al Nord e quelle con saldo negativo al Centro-Sud, a conferma di una “frattura strutturale” nella distribuzione e nell’accesso ai servizi sanitari¹³¹.

Le cause sono molteplici (differenze di finanziamento, gestione, organizzazione e dotazione infrastrutturale), ma il risultato è un gradiente geografico

¹²⁹ Ibidem.

¹³¹ TrendSanità. (2024). *GIMBE, l’analisi sugli adempimenti regionali dei LEA: aumenta la frattura strutturale tra Nord e Sud del Paese*. Disponibile su: <https://trendsanita.it/gimbe-lanalisi-sugli-adempimenti-regionali-dei-lea-aumenta-la-frattura-strutturale-tra-nord-e-sud-del-paese/>

nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), con alcune Regioni in grado di fornire cure di qualità e altre in ritardo su vari indicatori di performance sanitaria.

Gli analisti avvertono che l'autonomia differenziata potrebbe aggravare tali disuguaglianze. Senza efficaci meccanismi di convergenza verso standard comuni, devolvere maggiore autonomia alle Regioni rischia di portare a una ulteriore divaricazione delle performance e a maggiori flussi di pazienti diretti verso le aree più "virtuose". In effetti, le Regioni ben attrezzate del Nord già oggi attraggono la maggior parte della mobilità attiva grazie alla reputazione di servizi migliori, mentre molte Regioni del Sud registrano indici elevati di fuga verso altre destinazioni¹³².

Secondo la Fondazione GIMBE, l'attuazione dell'autonomia differenziata amplificherebbe il divario Nord-Sud, favorendo ulteriormente le Regioni settentrionali a discapito di quelle meridionali. Il fenomeno della mobilità sanitaria riflette infatti disuguaglianze non solo economiche ma anche sociali ed etiche, creando uno squilibrio strutturale destinato a intensificarsi con maggiori autonomie regionali.

In tale scenario, si teme una polarizzazione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN): le Regioni più ricche, potendo investire di più e organizzare meglio i servizi, rafforzerebbero la propria capacità attrattiva, mentre quelle in difficoltà vedrebbero ulteriormente indebolita la propria offerta. Ciò genererebbe un circolo vizioso, con aumento della "migrazione sanitaria" verso i poli d'eccellenza del Nord e depauperamento del Sud.

¹³² Orizzonti Politici. (2024). *Autonomia Differenziata e Sanità: Opportunità o Minaccia per l'Equità Nazionale?*

Il presidente di GIMBE, Nino Cartabellotta, ha avvertito che concedere ulteriori autonomie alle regioni settentrionali più ricche farà inevitabilmente aumentare l'enorme gap esistente tra Nord e Sud, dando “il colpo di grazia al Servizio Sanitario Nazionale” e compromettendo l'uguaglianza dei cittadini nell'esercizio del diritto costituzionale alla tutela della salute¹³³.

3.2 La mancanza di incentivi per l'efficienza

Un secondo punto critico è l'assenza di meccanismi incentivanti efficaci per premiare le Regioni più efficienti o virtuose e, simmetricamente, la mancanza di sanzioni o correttivi immediati per quelle inefficienti. In teoria, l'autonomia fiscale dovrebbe responsabilizzare gli enti territoriali – il principio del “chi spende risponde” tipico del federalismo responsabile – inducendoli a ottimizzare l'uso delle risorse, pena dover aumentare le imposte locali o tagliare spese¹³⁴.

La Legge Calderoli richiama questi concetti: assegna alle Regioni entrate commisurate alle funzioni trasferite e prevede l'assenza di *bail-out* statali oltre quanto concordato¹³⁵ (ogni eventuale extra-disavanzo dovrà essere gestito dalla Regione stessa).

¹³³ Fondazione GIMBE. (2023). *Mobilità sanitaria 2022: l'Italia sempre più divisa tra Nord e Sud*.

¹³⁴ Marongiu, G. (2002). *La fiscalità locale tra le garanzie dei contribuenti e le esigenze della comunità*. Finanza Locale, 1157.

¹³⁵ I *bail-out* statali sono interventi finanziari messi in atto dallo Stato per salvare enti pubblici, aziende o intere economie da una crisi finanziaria o dal fallimento. Questi aiuti possono assumere diverse forme, tra cui finanziamenti diretti (ad esempio, prestiti o trasferimenti di fondi a fondo perduto), garanzie pubbliche sui debiti dell'ente salvato, acquisizione di quote di capitale (nazionalizzazione parziale o totale) e sgravi fiscali o incentivi per facilitare la ripresa economica. Nel contesto dell'autonomia differenziata e della Legge Calderoli, il termine si riferisce alla possibilità o meno che lo Stato intervenga per coprire i deficit finanziari delle Regioni. La riforma

Ciò, nelle intenzioni, dovrebbe spingere i governatori regionali a gestire con prudenza i bilanci, dato che eventuali buchi non verrebbero automaticamente coperti dallo Stato. In più, una maggiore trasparenza verso i cittadini potrebbe derivare dal fatto che una quota delle tasse pagate resta sul territorio regionale: i contribuenti potrebbero così valutare se i servizi sanitari ottenuti valgono le risorse trattenute localmente, rafforzando l'accountability dei governi regionali. Nei fatti, però, il sistema delineato non prevede incentivi chiari al miglioramento dell'efficienza e presenta anzi il rischio di effetti paradossali. Poiché il finanziamento delle nuove funzioni avviene tramite compartecipazione al gettito fiscale sulla base della spesa storica¹³⁶, le Regioni che in passato hanno avuto costi più elevati vedranno riconosciute quote maggiori, mentre quelle che hanno speso meno (magari perché più oculate, o perché offrivano meno servizi) otterranno risorse proporzionalmente minori. Questo approccio *bottom-up*¹³⁷, ancorato alla spesa storica anziché ai fabbisogni standard calcolati in base a criteri uniformi, perpetua le differenze territoriali esistenti almeno nei primi anni, invece di colmarle. Non a caso è stato criticato osservando che “non si può partire dalla spesa storica” se l'obiettivo è ridurre

prevede l'assenza di bail-out statali, il che significa che le Regioni dovrebbero gestire autonomamente eventuali disavanzi, senza poter contare su interventi finanziari straordinari da parte dello Stato, salvo quelli concordati in fase di attuazione della riforma.

¹³⁶ Il gettito fiscale sulla base della spesa storica è un criterio di finanziamento secondo cui le risorse destinate a un ente territoriale (Regione, Comune, ecc.) vengono assegnate in proporzione alla spesa sostenuta negli anni precedenti per la stessa funzione o servizio. Questo metodo tiene conto della storia di spesa di ciascun ente, anziché basarsi su criteri oggettivi come il fabbisogno standard o il numero di beneficiari effettivi.

¹³⁷ L'approccio “bottom-up” si riferisce a un modello di gestione, pianificazione o governance in cui le decisioni vengono prese partendo dai livelli inferiori di un'organizzazione o di un sistema, con un coinvolgimento attivo delle unità locali o periferiche. In contrapposizione all'approccio “top-down”, che prevede un processo decisionale centralizzato e gerarchico, il metodo bottom-up valorizza l'autonomia e l'iniziativa delle singole unità operative, favorendo soluzioni adattate alle specificità locali (Simon, 1997). Nell'ambito delle politiche pubbliche e dell'autonomia regionale, questo approccio può tradursi in una maggiore responsabilizzazione delle amministrazioni locali nella gestione delle risorse e nella definizione delle priorità d'intervento, con il rischio, però, di una frammentazione nella qualità dei servizi erogati (Ostrom, 1990).

le disuguaglianze nei diritti garantiti. In pratica, una Regione “inefficiente” o caratterizzata da spesa storica alta potrebbe non subire alcuna penalizzazione concreta, poiché il suo più alto fabbisogno finanziario verrebbe coperto dalla maggiore compartecipazione al gettito. Al contrario, una Regione che in passato ha gestito la sanità spendendo relativamente poco (pur garantendo livelli accettabili) non vedrà un premio immediato, anzi rischia di partire con risorse inferiori a quelle teoricamente necessarie per standard più elevati¹³⁸. Inoltre, il sistema di finanziamento concordato tende a eliminare qualsiasi margine di risparmio effettivamente detenibile dalle Regioni.

Se una Regione autonoma, una volta assicurati i LEP, riuscisse a spendere meno del previsto grazie a politiche efficienti, non è affatto garantito che possa reinvestire a piacimento quei risparmi o alleggerire la pressione fiscale locale. Anzi, se quei margini economici vengono riassorbiti nel sistema (riducendo in futuro i trasferimenti statali), l’incentivo al risparmio si affievolisce.

Studi sul tema osservano che la normativa non chiarisce cosa accade ai risparmi o agli extra-gettiti regionali, lasciando un’area grigia sulle ricompense per le Regioni virtuose. In teoria, uno schema di federalismo competitivo dovrebbe prevedere: “ogni euro risparmiato rimane nelle casse regionali da reinvestire... (o parte di ogni euro in più di gettito le viene lasciato)”, così da motivare una spesa efficiente, mentre “se quei margini vengono riassorbiti... l’incentivo si affievolisce”.¹³⁹ Al momento, pare prevalere la seconda ipotesi. Di

¹³⁹ La citazione nel testo è un riferimento a più documenti autorevoli (Ambrosiano, M. F., & Bordignon, M. (2018). *Il federalismo fiscale in Italia: bilancio e prospettive*. Milano: EGEA, Arachi, G., & Zanardi, A. (2020). *Autonomia differenziata e responsabilità fiscale: una prospettiva economica*. Roma: Istituto di Studi Economici, Brosio, G., & Piperno, S. (2019). *Federalismo fiscale e autonomia differenziata: rischi e opportunità per l’Italia*. Bologna: Il Mulino. Corte dei Conti. (2021). *Relazione sul coordinamento della finanza pubblica 2021*. Roma: Corte dei Conti. Disponibile su: <https://www.corteconti.it>)

conseguenza, una volta raggiunti gli standard essenziali, una Regione potrebbe essere tentata di spendere comunque tutte le risorse disponibili (per evitare riduzioni future della propria quota di entrate) invece di cercare efficienze e risparmi da restituire al sistema.

Questo meccanismo rischia quindi di compensare le Regioni che spendono di più (coprendo integralmente i loro costi, anche se alti), senza premiare davvero quelle che spendono meglio.

Un ulteriore elemento che indebolisce gli incentivi è la limitata autonomia fiscale “genuina” delle Regioni nel nuovo assetto. La legge Calderoli, infatti, non prevede per ora l’assegnazione di nuovi tributi regionali significativi né maggiori poteri sulle aliquote esistenti. Tutto ruota attorno alla compartecipazione a tributi erariali decisa a livello centrale. Ciò significa che i governi regionali potranno sempre attribuire eventuali carenze finanziarie ai criteri di riparto decisi a Roma, sostenendo di non avere una quota sufficiente di gettito, anziché essere chiamati a rispondere pienamente delle proprie inefficienze.

In altre parole, l’*accountability* rischia di diminuire: la Regione potrà scaricare sullo Stato la colpa di bilanci sanitari in rosso o servizi carenti, lamentando scarse risorse, anziché rendere conto ai cittadini della propria gestione. Anche questo alibi indebolisce la pressione verso comportamenti virtuosi.

In sintesi, l’assetto di finanziamento e di *governance* introdotto dalla legge Calderoli non prevede meccanismi premianti espliciti per le amministrazioni efficienti, né sanzioni automatiche per eventuali inadempienze (salvo il vincolo di dover comunque garantire i LEP). Il rischio è di non incentivare abbastanza il miglioramento della qualità della spesa sanitaria: le Regioni tenderanno a utilizzare per intero le risorse attribuite (per non perderle) e, se queste

risultassero insufficienti, potrebbero premere per un aggiustamento a posteriori della compartecipazione, attribuendo il problema a fattori esterni. Questa mancanza di incentivi correttamente allineati agli obiettivi di efficienza rappresenta un serio limite del nuovo sistema¹⁴⁰.

3.3 L'indebolimento del ruolo dello Stato

La riforma Calderoli, pur attribuendo maggiori competenze alle Regioni, conferma formalmente il ruolo di garanzia dello Stato centrale in materia di diritti fondamentali. Secondo la Costituzione, infatti, spetta allo Stato definire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) da garantire su tutto il territorio nazionale, e questa prerogativa non può essere delegata nemmeno con l'autonomia differenziata¹⁴¹.

La legge prevede espressamente che l'intesa Stato-Regione sull'autonomia sia subordinata alla preventiva determinazione dei LEA da parte dello Stato, eventualmente con un DPCM su proposta di una cabina di regia nazionale. Inoltre, in sede di negoziato con ciascuna Regione, il Governo può opporsi al trasferimento di materie che possano compromettere l'unità giuridica o economica nazionale o politiche di interesse comune. Infine, il Parlamento mantiene l'ultima parola, dovendo approvare con maggioranza assoluta ogni intesa di autonomia differenziata, con la possibilità teorica di porre un veto sugli accordi che possano compromettere il rispetto dei LEA.

¹⁴⁰ Piemonte Autonomie. (2024). *Efficienza o inconcludenza? Alcune considerazioni giuseconomiche sull'autonomia differenziata*. Disponibile su: <https://www.piemonteautonomie.it/efficienza-o-inconcludenza-alcune-considerazioni-giuseconomiche-sullautonomia-differenziata/>

¹⁴¹ Si rinvia al primo capitolo del presente elaborato in tema di LEP e LEA.

Tutti questi elementi sembrano indicare, sulla carta, che lo Stato rimane il garante ultimo dell'uniformità dei diritti civili e sociali, incluso il diritto alla salute. Tuttavia, diversi osservatori evidenziano che, nella pratica, la capacità di intervento e di coordinamento nazionale nel settore sanitario potrebbe risultare indebolita. Alcune disposizioni della legge suscitano infatti perplessità.

Un primo aspetto critico riguarda la verifica del rispetto dei LEA da parte delle Regioni autonome, che non è sistematica né obbligatoria, ma solo eventuale. L'articolo 7 della legge stabilisce che la Presidenza del Consiglio, il MEF o la Regione stessa “possano” disporre verifiche sul raggiungimento dei LEA, senza introdurre un obbligo di monitoraggio periodico certo. In altre parole, il controllo è solo una possibilità, non un imperativo categorico, come sottolineato da alcuni commentatori¹⁴².

Ancora più significativo è il fatto che la mancata garanzia dei LEA non comporti la cessazione automatica dell'autonomia concessa alla Regione. La normativa, infatti, non prevede che una Regione perda le competenze acquisite se non riesce a garantire i LEA sanitari. Questa assenza di sanzioni proporzionate in caso di gravi inadempienze ha suscitato forti critiche, poiché di fatto viene meno il ruolo di garanzia dello Stato centrale. Un'analogia efficace è stata proposta da un costituzionalista: “*una Regione potrebbe guidare una macchina veloce senza che prima venga verificato se sia in grado di farlo. Se poi va a sbattere, non necessariamente ci saranno sanzioni e nessuno le ritirerà la patente*”¹⁴³. In altri termini, una Regione potrebbe ottenere il controllo su leve fondamentali della sanità senza adeguate garanzie di

¹⁴² Buzzacchi, C. (2023). *Autonomia differenziata: più problemi che certezze*. Osservatorio sulle Fonti.

¹⁴³ Colaianni, N. (2024). *Autonomia differenziata: ovvero privilegiata*. Disponibile su: <https://www.questionegiustizia.it/articolo/autonomia-differenziata-ovvero-privilegiata>

performance e, in caso di fallimento, non subire alcuna conseguenza immediata né vedersi revocata l'autonomia.

Un ulteriore elemento di criticità è che la legge non prevede un rafforzamento delle strutture statali di monitoraggio e controllo sull'attuazione dei LEA nelle Regioni differenziate. Ad esempio, il Ministero della Salute non riceve nuovi poteri né risorse aggiuntive per vigilare sull'effettiva erogazione dei LEA nei territori che otterranno maggiore autonomia. Paradossalmente, anzi, trasferendo più competenze alle Regioni, il Ministero e gli enti tecnici centrali – come AGENAS, AIFA e ISS – vedranno ridotto il proprio perimetro d'azione, senza che venga contestualmente potenziata la funzione di controllo sugli standard assistenziali minimi.

Secondo alcuni analisti, questo potrebbe portare a un ulteriore indebolimento della *governance* centrale: dove prima esistevano linee guida unitarie su aspetti fondamentali – pianificazione della rete ospedaliera, assistenza territoriale, accreditamento delle strutture sanitarie, formazione del personale – potrebbero emergere 21 sistemi sanitari regionali ancora più eterogenei e indipendenti.

Anche il ruolo della Conferenza Stato-Regioni risulta indebolito: questo organo, tradizionalmente utilizzato per coordinare le politiche sanitarie tra Stato e Regioni, viene di fatto aggirato dal negoziato bilaterale tra il Governo e la singola Regione. Inoltre, il Parlamento ha un ruolo limitato, potendo solo esprimere pareri non vincolanti in fase di determinazione dei LEA e sulle intese preliminari, ma ritrovandosi poi a dover approvare o respingere in blocco l'autonomia già negoziata tra Regione e Governo.

In sintesi, le sedi collegiali di indirizzo e controllo dello Stato risultano esautorate o fortemente depotenziate. L'architettura istituzionale delineata dalla legge affida molto alla cooperazione tra enti e poco a strumenti coercitivi o di

intervento sostitutivo. Si fa affidamento sul fatto che le Regioni rispettino l'obbligo di garantire i LEA, ma al tempo stesso lo Stato riduce la propria capacità di intervento in caso di inadempienze.

Un segnale in tal senso si riscontra nell'articolo 10, che nel testo definitivo prevede che lo Stato “possa promuovere” interventi per rimuovere gli squilibri e garantire i LEA, mentre nelle bozze iniziali si parlava di “assicurare” tali interventi¹⁴⁴. Questo passaggio a una formulazione più blanda è stato interpretato come una diluizione del ruolo di garanzia dello Stato, con un indebolimento dei suoi obblighi d'intervento.

Inoltre, la legge non prevede alcun piano straordinario di riequilibrio per colmare le disuguaglianze tra le Regioni più forti e quelle più deboli. Manca un impegno chiaro dello Stato per investimenti speciali in infrastrutture e servizi sanitari nelle Regioni con maggiori difficoltà, aumentando il rischio che il divario Nord-Sud nella sanità si ampli ulteriormente. In assenza di obblighi stringenti, molto dipenderà dalla volontà politica del governo centrale di usare comunque i poteri che la Costituzione gli riserva – ad esempio, negare intese che compromettano l'uguaglianza dei diritti sanitari o modulare i finanziamenti in caso di necessità¹⁴⁵.

Tuttavia, una volta concessa l'autonomia a una Regione, revocarla potrebbe risultare politicamente difficile, a meno di innescare forti conflitti istituzionali. Non a caso, quattro Regioni (Campania, Puglia, Toscana e Sardegna) hanno già presentato ricorsi alla Corte Costituzionale contro la legge Calderoli, contestando in particolare l'assenza di tutele sui LEA e i rischi per gli equilibri finanziari.

¹⁴⁴ Lavoce.info. (2024). *Quali sono i pericoli dell'autonomia differenziata?* Lavoce.info. Disponibile su <https://lavoce.info/archives/105418/quali-sono-i-pericoli-dellautonomia-differenziata/>

¹⁴⁵ Corte costituzionale. (2024). Sentenza n. 192/2024.

In sintesi, la riforma Calderoli dichiara di voler mantenere il ruolo statale di garante dei LEA, ma lo schema attuativo appare sbilanciato a favore delle Regioni. Lo Stato stabilisce gli standard essenziali e, in teoria, può modularne il finanziamento, ma rinuncia a poteri ispettivi e coercitivi incisivi. Se una Regione non garantisse adeguati livelli di assistenza, i cittadini avrebbero meno tutele immediate, e l'unico strumento di ricorso sarebbe un contenzioso costituzionale dai tempi lunghi.

Questo scenario potrebbe portare alla creazione di uno Stato "Arlecchino", frammentato e diseguale, dove l'uniformità del diritto alla salute non sarebbe più garantita a livello nazionale.

3.4. Il meccanismo di compartecipazione fiscale

Cuore del nuovo assetto è il meccanismo di finanziamento delle funzioni trasferite, basato sulla compartecipazione regionale al gettito di tributi erariali maturati sul territorio¹⁴⁶. In pratica, invece di erogare alle Regioni autonomiste nuovi trasferimenti statali, lo Stato riconosce a ciascuna di esse una quota percentuale di uno o più tributi statali riscossi nella Regione stessa. Tale quota – definita nell'accordo bilaterale Stato-Regione – dovrebbe coprire integralmente i costi delle funzioni devolute, in attuazione del principio costituzionale di invarianza finanziaria (nessun onere aggiuntivo a carico della finanza pubblica centrale). In sostanza, la Regione finanzierà le nuove spese con una frazione delle imposte statali già esistenti, che le verrà attribuita

¹⁴⁶ Rossi, I., & Zanardi, A. (2024). *I rischi dell'autonomia differenziata*. In lavoce.info.

direttamente. La legge non menziona l'uso di tributi propri regionali addizionali: il fulcro è proprio questa compartecipazione al gettito, in linea con l'art. 119 Cost. che parla di “gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio”¹⁴⁷.

Il modello ricalca quello delle Regioni a statuto speciale, dove quote fisse di entrate come IVA e IRPEF vengono trattenute localmente anziché affluire interamente al bilancio statale. Questo meccanismo presenta però diverse criticità in termini di equità e sostenibilità. Una prima criticità l'abbiamo già evidenziata: le differenze di capacità fiscale tra territori implicano che la quota di gettito necessaria a finanziare le medesime funzioni varia drasticamente da Regione a Regione. Come visto, Regioni economicamente deboli dovrebbero trattenerne una percentuale molto maggiore rispetto alle ricche per pagare gli stessi servizi. Se ogni Regione trattiene “in casa” una grossa fetta del proprio gettito per finanziare le nuove competenze, si riduce la massa redistribuibile a livello nazionale verso le aree svantaggiate.

La legge Calderoli, a differenza della precedente legge 42/2009 sul federalismo fiscale, non istituisce un Fondo perequativo settoriale specifico per colmare questi divari¹⁴⁸. Si rischia perciò che le differenze di gettito si traducano in differenze di risorse disponibili per la sanità pubblica: attribuire alle Regioni il “diritto” di trattenere una quota delle imposte generate sul proprio territorio tende già di per sé a ridurre la disponibilità politica a redistribuire verso le aree più deboli.

¹⁴⁷ Gallo, F. (2024). *Autonomia differenziata: profili di incostituzionalità e impatti su famiglie e imprese*. Fisco Equo.

¹⁴⁸ Viesti, G. (2024). *Autonomia differenziata: un progetto dannoso e probabilmente inattuabile*. Osservatorio CPI.

In assenza di robusti correttivi, le Regioni con base imponibile limitata potrebbero trovarsi cronicamente sotto-finanziate rispetto ai fabbisogni standard, soprattutto se i LEP venissero fissati a un livello elevato senza coperture aggiuntive. Ciò minaccia di aggravare il divario Nord-Sud nei servizi, come sottolineato da diversi studi.

Un secondo problema è la determinazione iniziale delle risorse da trasferire. La legge stabilisce l'obiettivo dell'invarianza finanziaria, cioè che l'autonomia differenziata non comporti oneri aggiuntivi per lo Stato. In concreto questo significa che, in fase di attuazione, il calcolo della quota di tributi da assegnare a ciascuna Regione verrà ancorato alla spesa storica che lo Stato sosteneva per quelle funzioni in quella Regione. Come evidenziato, non si parte dai fabbisogni standard ideali, bensì dalle risorse attualmente spese: eventuali gap rispetto al costo standard dei LEP “non verranno colmati subito, ma solo gradualmente nel medio-lungo periodo”¹⁴⁹. In altri termini, se uno specifico servizio sanitario in una Regione oggi è finanziato dallo Stato con 100 milioni, quella cifra (o poco più) costituirà la base della compartecipazione, anche se magari il fabbisogno standard per garantire pienamente i LEP sarebbe, poniamo, 120 milioni. La differenza non verrà colmata immediatamente, ma solo attraverso incrementi progressivi col tempo.

Questo approccio è criticato perché “perpetua, almeno inizialmente, le differenze territoriali esistenti in termini di spesa pro-capite e servizi erogati” invece di eliminarle, e “non si può partire dalla spesa storica” se l'obiettivo dichiarato è ridurre le disuguaglianze.

¹⁴⁹ Rivista Italiana di Public Policy. (2024). *L'autonomia regionale e i vincoli di spesa*. *Rivista Italiana di Public Policy*, 12(1), 45-67

Inoltre, manca nella legge una preventiva ricognizione nazionale dei bisogni: ogni intesa Stato-Regione sarà negoziata singolarmente senza un quadro di riferimento unitario sui fabbisogni essenziali nelle diverse aree¹⁵⁰. Ciò comporta il rischio che ogni Regione porti al tavolo dati e richieste non pienamente comparabili con quelli delle altre, magari sovrastimando le proprie esigenze (dal lato regionale) o sottostimandole (dal lato statale) a seconda delle convenienze politiche. La mancanza di linee guida uniformi o di un arbitro terzo *super partes* per queste stime può portare a trattamenti disomogenei e a percezioni di iniquità da parte delle diverse Regioni¹⁵¹.

In sintesi, il calcolo della compartecipazione iniziale avverrà tramite negoziazioni bilaterali piuttosto che con criteri oggettivi e comuni: questo rappresenta una criticità, perché il punto di partenza condizionerà fortemente le risorse a disposizione di ciascuna sanità regionale negli anni a venire. Una terza questione è la dinamica nel tempo delle compartecipazioni. Se le quote pattuite restassero fisse *una tantum*, il sistema sarebbe difficilmente sostenibile nel medio-lungo periodo, dato che la crescita dei bisogni di spesa può divergere dalla crescita del gettito fiscale regionale. Studi empirici hanno mostrato che, ad esempio, nel 2011-2019 la spesa pubblica regionale è aumentata più rapidamente del gettito IRPEF¹⁵²: con quote fisse determinate all'inizio, quasi tutte le Regioni sarebbero andate in deficit nel finanziare le funzioni devolute (incluse Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, promotrici dell'autonomia), e

¹⁵⁰ Nomisma. (2024). *Report sulle Autonomie Regionali: Impatti dell'autonomia fiscale sulle Regioni economicamente deboli*.

¹⁵¹ Istituto Bruno Leoni. (2023). *Policy Paper sull'Autonomia Differenziata: Riforme fiscali regionali e modelli di autonomia finanziaria*.

¹⁵² Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL). (2023). *Quaderno CNEL sulle autonomie locali: Rischi della frammentazione fiscale tra le Regioni*.

solo poche avrebbero registrato un surplus, paradossalmente alcune del Sud dove la spesa è rimasta invariata a fronte di entrate in aumento.

Questi risultati controintuitivi indicano che un sistema a quote fisse rischierebbe il collasso senza meccanismi di adeguamento periodico delle aliquote in base all'andamento dei bisogni e delle basi imponibili. Lo stesso Ufficio Parlamentare di Bilancio (UPB) ha evidenziato la necessità di un modello dinamico di compartecipazione, che adegui le risorse ai fabbisogni nel tempo.

La legge, in effetti, prevede un certo aggiustamento dinamico attraverso il ruolo della Commissione paritetica (si veda oltre). È stabilito che questa Commissione verifichi annualmente l'allineamento tra il fabbisogno standard delle funzioni trasferite e il gettito effettivo dei tributi compartecipati, proponendo eventuali adeguamenti dell'aliquota in caso di scostamenti significativi. Tali aggiustamenti dovrebbero essere adottati con decreto ministeriale, senza dover passare ogni volta per una legge, garantendo maggiore agilità. In teoria, dunque, esiste un correttivo per evitare sia che una Regione rimanga cronicamente sotto-finanziata, sia che accumuli risorse eccedenti non giustificate dai costi standard. Ad esempio, se nel tempo il fabbisogno sanitario di una Regione cresce (per invecchiamento della popolazione, inflazione dei costi, ecc.) più del gettito IVA/IRPEF ad essa spettante, la Commissione potrà raccomandare di aumentare la percentuale di compartecipazione per mantenere la copertura integrale dei LEA. Viceversa, se una Regione registrasse entrate da compartecipazione sistematicamente eccedenti il proprio fabbisogno standard (un surplus), si potrebbe ridurre leggermente l'aliquota devoluta, lasciando quel margine al bilancio statale generale. Questo meccanismo di aggiustamento annuale è un elemento positivo del disegno Calderoli, ispirato a un principio di

flessibilità adattiva. Il problema, però, sta nelle condizioni e nei limiti effettivi di tali adeguamenti¹⁵³.

La legge afferma contemporaneamente che dall'attuazione dell'autonomia “non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica” centrale¹⁵⁴. Ciò significa che ogni eventuale aumento di risorse a favore di una Regione (per coprire LEP non finanziati dal suo gettito) dovrebbe idealmente avvenire senza aggravare il bilancio statale complessivo. In pratica, se una Regione non riesce a garantire i LEP con la propria compartecipazione, lo Stato dovrebbe intervenire aumentando la quota o con trasferimenti perequativi ad hoc; ma, a causa del vincolo di neutralità finanziaria, un simile intervento potrebbe non materializzarsi, lasciando di fatto insoddisfatti i LEP sul territorio.

Questa ambiguità rappresenta un potenziale vulnus al principio di eguaglianza: i LEP, pur dichiarati “essenziali”, rischiano di diventare obiettivi programmatici privi di piena garanzia di esigibilità per i cittadini di ogni Regione. In altri termini, se i meccanismi di adeguamento della compartecipazione non fossero politicamente attivati per non gravare sul bilancio pubblico, alcune Regioni potrebbero restare strutturalmente sotto-finanziate (in rapporto ai LEP) senza un correttivo automatico. Allo stesso tempo, il rispetto dell'invarianza finanziaria implica che eventuali incrementi di compartecipazione per una Regione dovranno essere compensati trovando risorse altrove (tagliando spese altrove, o aumentando entrate, o riducendo la quota di altre funzioni/Regioni), cosa politicamente non semplice.

¹⁵³ IRPET (Istituto Regionale Programmazione Economica Toscana). (2023). *Effetti della compartecipazione fiscale sulle Regioni italiane*.

¹⁵⁴ Legge 26 giugno 2024, n. 86. (2024). Art. 9, comma 1: “Dall'applicazione della presente legge e di ciascuna intesa non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.”

Il rischio è quindi di scaricare sui cittadini regionali eventuali squilibri: una Regione a corto di fondi potrebbe doversi arrangiare aumentando le proprie imposte minori (es. addizionale IRPEF) nei limiti consentiti, o tagliando altre spese, con buona pace del principio di pari diritti in tutto il Paese.

Il meccanismo di compartecipazione fiscale previsto dalla legge Calderoli mostra criticità nel conciliare autonomia e solidarietà. Esso garantisce alle Regioni risorse commisurate ai costi storici, dando attuazione al principio “chi spende decide” e responsabilizzando gli enti a vivere delle risorse del proprio territorio. Al contempo, però, non garantisce automaticamente che tali risorse siano sufficienti e adeguate ai bisogni standard ovunque, né prevede robusti meccanismi di perequazione *ex ante* per equilibrare le disparità di capacità fiscale.

Le correzioni *ex post* affidate alla Commissione paritetica sono un importante elemento di flessibilità, ma dipendono da decisioni politiche e sono condizionate dal vincolo di neutralità finanziaria. Senza una forte volontà di usare tale flessibilità in chiave solidaristica, il rischio è di replicare – e amplificare – nel settore sanitario le diseguaglianze territoriali già esistenti, in contrasto con il principio di uguaglianza nel diritto alla salute sancito dall’art. 32 della Costituzione¹⁵⁵.

¹⁵⁵ Istituto Bruno Leoni. (2023). *Policy Paper sull’Autonomia Differenziata: Riforme fiscali regionali e modelli di autonomia finanziaria*.

3.5. Il ruolo della Commissione paritetica Stato-Regioni

Per garantire un'equa ripartizione delle risorse e una corretta attuazione dell'autonomia, la legge affida un ruolo cruciale alla Commissione paritetica Stato-Regione prevista per ciascun accordo di autonomia differenziata¹⁵⁶. Questo organismo *ad hoc*, costituito in pari numero da rappresentanti statali e della Regione interessata, è incaricato di quantificare gli oneri finanziari e organizzativi connessi al trasferimento delle funzioni e di tradurli nell'aliquota di compartecipazione appropriata. In fase di prima applicazione, la Commissione effettua una "ricognizione" di tutte le risorse umane, strumentali e finanziarie da trasferire, prendendo a riferimento la spesa statale media degli ultimi anni per quelle funzioni sul territorio regionale. Su questa base tecnica viene determinata la percentuale dei tributi erariali da devolvere alla Regione, tale da assicurare un gettito iniziale pari al fabbisogno stimato. In pratica, la Commissione bilaterale quantifica quanto spendeva lo Stato per la sanità (o altre materie devolute) in quella Regione e fissa una quota di entrate (IVA, IRPEF, accise, ecc.) che, rimanendo alla Regione, generi all'incirca la stessa cifra. È importante notare che queste aliquote di compartecipazione possono differire da Regione a Regione in funzione delle esigenze e capacità fiscali locali. Ciò significa che ogni intesa di autonomia potrebbe avere un mix finanziario su misura: ad esempio, una Regione con alta capacità fiscale necessiterà di una percentuale minore per ottenere X euro, viceversa una Regione con base

¹⁵⁶ Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie. (s.d.). *Commissioni paritetiche per l'attuazione degli statuti delle Regioni a statuto speciale*

imponibile ridotta dovrà trattenerne una fetta maggiore per ottenere gli stessi X euro¹⁵⁷.

Il compito iniziale della Commissione è dunque delicatissimo, perché da esso dipende l'equilibrio finanziario di partenza dell'autonomia. Il ruolo della Commissione non si esaurisce nella fase iniziale. La legge le attribuisce anche funzioni di monitoraggio e proposta correttiva nel tempo. In particolare, come accennato, la Commissione dovrà verificare annualmente l'allineamento tra il fabbisogno standard per le funzioni trasferite e il gettito effettivo dei tributi compartecipati. Se riscontra scostamenti significativi – ad esempio, se il gettito cresce meno del previsto rispetto ai bisogni, o viceversa – potrà proporre adeguamenti dell'aliquota di compartecipazione.

Tali aggiustamenti entreranno in vigore tramite decreto ministeriale, garantendo una certa agilità nel correggere il tiro senza dover passare da una nuova legge parlamentare.

In teoria, questo meccanismo dinamico risponde alla necessità di flessibilità e di mantenere nel tempo l'equilibrio: evita che una Regione rimanga stabilmente sotto-finanziata (perché si potrà aumentarle la quota) o che accumuli risorse non giustificate dai costi standard (perché in tal caso si potrà ridurre leggermente la quota). Come visto, ad esempio, se in futuro il fabbisogno sanitario di una Regione cresce più del gettito fiscale ad essa destinato, la Commissione potrà raccomandare di alzare la percentuale di tributi che quella Regione trattiene, così da coprire integralmente i LEA. Viceversa, se una Regione dovesse incassare sistematicamente più del necessario (cioè se registra un surplus rispetto al suo fabbisogno standard), la Commissione potrà suggerire di ridurre

¹⁵⁷ Amorosi, V. (2024). *Per un'analisi critica dell'autonomia differenziata*. *Costituzionalismo.it*, pp., 45-50

l'aliquota devoluta, lasciando la parte eccedente al bilancio generale dello Stato. Si tratta, in linea di principio, di un meccanismo di bilanciamento che dovrebbe tutelare sia l'autonomia (garantendo alle Regioni le risorse per esercitare le nuove competenze) sia l'equità (evitando sperequazioni eccessive nell'una o nell'altra direzione)¹⁵⁸.

Bisogna chiedersi, tuttavia, quale sia il reale margine di manovra di queste Commissioni paritetiche nel conciliare autonomia regionale ed equità nazionale. Diverse incognite gravano sul loro operato. In primo luogo, la correttezza dei calcoli sui fabbisogni standard regionali sarà determinante: stimare con precisione il costo standard di un certo livello di servizio sanitario in ogni realtà territoriale è un esercizio complesso, che può facilmente diventare oggetto di negoziazione politica.

Ogni Commissione lavorerà per una singola Regione e potrebbe adottare metodologie differenti dalle altre; in assenza di parametri nazionali univoci o di linee guida comuni, c'è il rischio che prevalgano pressioni per sovrastimare i fabbisogni (dal lato della Regione, per ottenere più risorse) o per sottostimarli (dal lato dello Stato, per contenere la devoluzione).

Questa eterogeneità potrebbe portare a disparità di trattamento tra Regioni, minando la trasparenza e la percezione di equità del sistema. Ad esempio, una Regione politicamente influente potrebbe spuntare parametri di spesa più favorevoli, mentre un'altra meno forte potrebbe vedersi riconoscere meno di quanto le servirebbe realmente. Senza un coordinamento centrale rigoroso, l'esito delle varie Commissioni potrebbe essere frammentato e incoerente¹⁵⁹.

¹⁵⁸ Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie. (2024). *Linee guida per la costituzione delle Commissioni paritetiche Stato-Regione nell'ambito dell'autonomia differenziata*. In Documenti ufficiali pp. 15-20.

¹⁵⁹ Unità di missione per l'attuazione dell'autonomia differenziata. (2024). *Rapporto sullo stato di attuazione dell'autonomia differenziata nelle Regioni italiane*. In Documenti istituzionali pp. 18-22.

Va sottolineato che il disegno di legge non istituisce un organo terzo né un meccanismo di coordinamento forte tra le Commissioni: ognuna opererà bilateralmente con la propria Regione. Questa architettura aumenta il rischio di negoziazioni politiche opache, dove la spinta localistica potrebbe prevalere su considerazioni di sistema.

In secondo luogo, per quanto dette “paritetiche”, queste Commissioni operano all’interno di un procedimento in cui lo Stato mantiene un ruolo determinante in ultima istanza. Le proposte di adeguamento formulate dalle Commissioni, infatti, devono essere recepite tramite decreti statali per diventare effettive. Inoltre, restano fermi i paletti finanziari decisi a livello centrale, in particolare il principio che l’autonomia di una Regione non deve avvenire a spese delle altre né generare costi extra per lo Stato.

Questo equilibrio delicato implica che, all’atto pratico, la autonomia finanziaria regionale sarà sempre il frutto di una negoziazione continua con lo Stato, più che di una piena indipendenza. Se una Regione ritiene di aver bisogno di più fondi, dovrà convincere la componente statale in Commissione e il Governo della bontà delle sue richieste, invece di poter agire in autonomia. D’altro canto, se una Regione riuscisse a migliorare l’efficienza e a generare risparmi, non sarebbe chiaro in che misura potrà trattenerli e reinvestirli: lo Stato potrebbe decidere di rivedere al ribasso la sua quota di compartecipazione negli anni successivi, vanificando di fatto i risparmi ottenuti e riducendo gli incentivi al miglioramento oltre il livello minimo.

Abbiamo già discusso questo aspetto: una Regione virtuosa che sa che ogni euro risparmiato rimane nelle sue casse sarà motivata a ottimizzare la spesa, ma se quei margini le vengono poi sottratti nelle ripartizioni future, la motivazione

sparisce¹⁶⁰. Ebbene, la Commissione paritetica, dovendo garantire solo il costo standard dei servizi, tenderà comunque a calibrare le risorse su quel livello: se una Regione riesce a fare meglio (spendere meno a parità di LEP) non è previsto che continui a ricevere l'equivalente del costo standard eccedente, a differenza di quanto accadrebbe in un modello di piena autonomia finanziaria con tributi propri.

In definitiva, il modello vigente rischia di disincentivare anche le Regioni virtuose: raggiunto l'obiettivo LEP, ogni efficienza addizionale potrebbe tradursi solo in un risparmio per il bilancio statale, non in un vantaggio per la Regione che l'ha conseguita. Per queste ragioni, il margine di manovra reale della Commissione paritetica nel "bilanciare autonomia ed equità" appare limitato da vari fattori: vincoli normativi stringenti, potenziali pressioni politiche divergenti e assenza di un coordinamento *super partes*. La Commissione svolgerà un ruolo fondamentale di cerniera tecnica e politica tra il livello regionale e quello centrale. Dalla sua efficacia dipenderà in gran parte la possibilità di rendere compatibili la maggiore autonomia con la salvaguardia dei diritti essenziali. Idealmente, se tutte le Commissioni lavorassero in modo rigoroso e trasparente, si potrebbero tarare le risorse sulle effettive esigenze di ciascuna Regione, con aggiustamenti tempestivi in caso di divergenze, senza ledere l'uguaglianza sostanziale. Ma il rischio, evidenziato da molti, è che la mancanza di standard comuni e la natura negoziale di questi organi producano

¹⁶⁰ Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani. (2024). *Cosa prevede davvero la legge sull'autonomia differenziata e perché è tanto controversa*. Disponibile su <https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-cosa-prevede-davvero-la-legge-sull-autonomia-differenziata-e-perche-e-tanto-controversa>

soluzioni disomogenee e conflittuali, accentuando la frammentazione del SSN¹⁶¹.

In uno scenario pessimistico, ogni Regione “autonoma” tenderà a massimizzare il proprio tornaconto, e lo Stato ad imporre tagli per non spendere di più: il compromesso risultante potrebbe né soddisfare appieno le esigenze locali né garantire l’equità generale, scontentando entrambi. Va anche detto che, una volta sottoscritte le intese e rodata la macchina delle Commissioni, riportare indietro il processo sarà difficile: le correzioni dovranno avvenire in corsa, perché tornare a un assetto centralizzato risulterebbe politicamente complesso. In conclusione, la Commissione paritetica Stato-Regione è concepita come il garante tecnico-finanziario dell’autonomia differenziata, un organo che dovrebbe assicurare un’equa traduzione in risorse delle nuove competenze e adattare nel tempo il sistema. La sua efficacia reale dipenderà però dalla capacità di operare con rigore, trasparenza e imparzialità, resistendo alle tentazioni di parte. Se funzionerà bene, potrà attenuare alcune distorsioni (ad esempio adeguando le risorse ai bisogni e prevenendo crisi finanziarie regionali); se funzionerà male – o verrà condizionata politicamente – rischia di diventare un ulteriore elemento di negoziazione opaca e conflitto istituzionale, aggravando invece di risolvere le tensioni tra autonomia e solidarietà.

In definitiva, l’equilibrio tra il legittimo rafforzamento delle autonomie regionali e la imprescindibile unitarietà dei diritti sanitari sarà garantito solo se sia lo Stato centrale sia le Regioni useranno gli strumenti della riforma (compartecipazioni, Commissioni, LEP) in uno spirito cooperativo e orientato all’interesse generale. Diversamente, le criticità qui analizzate – disparità

¹⁶¹ Amorosi, V. (2024). *Per un’analisi critica dell’autonomia differenziata*. *Costituzionalismo.it*. pp. 45-50.

nell'accesso, mancanza di incentivi, indebolimento del coordinamento centrale, difetti nei meccanismi finanziari – potrebbero tradursi in un serio arretramento dell'universalismo del SSN, con cittadini e pazienti a subirne le conseguenze in termini di equità e qualità delle cure.

4. Conclusioni e prospettive future: il bilanciamento tra autonomia differenziata e diritto alla salute

L'introduzione della Legge Calderoli (L. 86/2024) e l'attuazione dell'autonomia differenziata pongono una serie di interrogativi di natura giuridica ed economica, soprattutto in relazione alla tutela del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione.

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), istituito con la Legge n. 833/1978, è stato concepito per garantire un accesso uniforme e universale alle cure, in conformità ai principi di uguaglianza, equità e universalità. Tuttavia, l'attribuzione di ulteriori competenze alle Regioni, se non accompagnata da adeguati meccanismi di perequazione e controllo, rischia di amplificare le già esistenti disuguaglianze territoriali, minando i presupposti fondamentali su cui si basa il sistema sanitario italiano¹⁶².

Uno dei principali nodi critici riguarda il rischio di frammentazione del SSN. La possibilità per alcune Regioni di trattenere una quota maggiore di risorse fiscali attraverso il meccanismo di compartecipazione ai tributi erariali potrebbe tradursi in una sanità a doppia velocità, con aree del Paese dotate di servizi avanzati e altre in cui l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) risulta carente. L'assenza di un sistema di compensazione efficace tra le

¹⁶² Davoli, M., Gabriele, S., & Pallante, F. (2024). *Il diritto alla salute a pezzi: autonomia differenziata e sanità*. Salute Internazionale.

Regioni a maggiore e minore capacità fiscale potrebbe determinare un progressivo indebolimento del principio di solidarietà nazionale, con ripercussioni negative sulla garanzia uniforme dei diritti sociali fondamentali. In tale contesto, emerge la necessità di adottare misure correttive volte a bilanciare autonomia e unità del sistema sanitario nazionale¹⁶³. Tra le possibili soluzioni prospettabili, si evidenziano diverse strategie di intervento per il legislatore. Innanzitutto, occorre un rafforzamento della perequazione finanziaria: è essenziale garantire che tutte le Regioni dispongano di risorse adeguate per assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), indipendentemente dal proprio gettito fiscale. Ciò impone una ridefinizione del ruolo del Fondo Perequativo Nazionale, che andrebbe potenziato per evitare il consolidamento di divari strutturali. L'esperienza di altri sistemi sanitari regionalizzati, come quello spagnolo, dimostra come la sola autonomia finanziaria, in assenza di una contestuale azione redistributiva, possa tradursi in disuguaglianze persistenti nell'accesso ai servizi sanitari¹⁶⁴. Un secondo ambito di intervento riguarda la necessità di una maggiore incisività dei controlli statali. L'attuale Nuovo Sistema di Garanzia (NSG)¹⁶⁵ introdotto nel 2020 per monitorare l'attuazione dei LEA a livello regionale, ha già evidenziato

¹⁶³ Chieffi, L. (2020). *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e attuazione dei LEA*. Nomos – Le attualità nel diritto, 1/2020, pp. 1-30.

¹⁶⁴ Pitino, F. *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella prospettiva dell'art. 116, terzo comma, Cost.*, in Corti Supreme e Salute, 2/2024, pp. 1-25.

¹⁶⁵ Il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), introdotto nel 2020, è stato implementato per monitorare l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) nelle diverse Regioni italiane, sostituendo la precedente "Griglia LEA". Il sistema valuta separatamente tre macroaree di assistenza: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. Per ciascuna area, un punteggio compreso tra 60 e 100 indica adempienza, mentre un punteggio inferiore a 60 segnala criticità. Ad esempio, nel 2021 la Provincia Autonoma di Bolzano ha ottenuto un punteggio di 51,97 nell'area della prevenzione, al di sotto della soglia di adempienza. La Regione Calabria ha registrato punteggi inferiori a 60 in tutte le macroaree: prevenzione (52,96), distrettuale (48,51) e ospedaliera (58,52), evidenziando gravi carenze nell'erogazione dei LEA.

significative criticità. Nel 2022, otto Regioni non hanno raggiunto i parametri minimi richiesti in almeno una delle tre macro-aree di assistenza (prevenzione, assistenza distrettuale, assistenza ospedaliera). Questo dato dimostra come l'autonomia gestionale non si traduca necessariamente in una maggiore efficienza. Di conseguenza, sarebbe opportuno rafforzare il sistema di verifica, prevedendo sanzioni per le Regioni inadempienti e introducendo meccanismi di affiancamento o commissariamento nei casi più gravi. Un ulteriore correttivo riguarda la revisione periodica dei LEP e dei LEA. La definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), collegati ai LEA, costituisce un nodo centrale nel dibattito sull'autonomia differenziata. Tuttavia, la loro effettiva implementazione dipende dalla disponibilità di risorse, che attualmente non è garantita da un meccanismo automatico di adeguamento. Una possibile soluzione consisterebbe nell'istituzione di una Commissione nazionale per il finanziamento dei LEP, incaricata di rivedere periodicamente il fabbisogno di spesa delle Regioni e di proporre eventuali riequilibri. Particolare attenzione va inoltre riservata al monitoraggio degli effetti dell'autonomia differenziata sulla mobilità sanitaria. Essa rischia infatti di accentuare il fenomeno della mobilità passiva, già oggi particolarmente marcato nelle Regioni meridionali. Nel 2022, il saldo tra le spese per cure ricevute fuori Regione e quelle erogate a pazienti provenienti da altri territori è risultato negativo per numerose Regioni del Sud, mentre Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna hanno registrato un saldo positivo. In un contesto sanitario sempre più frammentato, vi è il rischio concreto che tale mobilità non solo aumenti, ma diventi strutturale, compromettendo ulteriormente la sostenibilità finanziaria delle Regioni in difficoltà. Infine, risulta imprescindibile il rispetto del principio di leale collaborazione tra Stato e Regioni. La Relazione illustrativa alla Legge

Calderoli afferma che l'autonomia differenziata non deve "dividere il Paese", né rafforzare unicamente le Regioni più sviluppate, ma rappresentare uno strumento di accelerazione generale per l'intero sistema regionale.¹⁶⁶ Perché tale obiettivo si realizzi, è necessario promuovere forme concrete di cooperazione istituzionale tra il livello centrale e quello regionale, evitando che le istanze autonomistiche si traducano in un progressivo disimpegno dello Stato nella gestione della sanità pubblica. Nel lungo periodo, la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale in un contesto di autonomia differenziata dipenderà dalla capacità di conciliare responsabilità gestionale e coesione territoriale. Da un lato, la maggiore autonomia può stimolare l'innovazione amministrativa e la sperimentazione di modelli organizzativi più efficienti; dall'altro, è fondamentale che lo Stato resti il garante dell'equità nell'accesso alle cure.

La tensione tra federalismo fiscale e centralismo solidale, già evidente nel dibattito sulla riforma, dovrà essere gestita attraverso strumenti di governance multilivello che assicurino una redistribuzione equa delle risorse e la tutela uniforme dei diritti fondamentali.

L'autonomia differenziata potrebbe, teoricamente, rafforzare la responsabilizzazione delle Regioni e incentivare un uso più efficiente delle risorse. Tuttavia, l'esperienza di decenni di federalismo fiscale in Italia mostra come la capacità di gestione finanziaria non sia uniforme su tutto il territorio.

Se le Regioni più fragili non verranno supportate con strumenti adeguati, il rischio è che la riforma finisca per ampliare anziché ridurre i divari territoriali.

Per evitare che il principio di autonomia si traduca in una frammentazione irreversibile del sistema sanitario, sarà essenziale mantenere un ruolo centrale

¹⁶⁶ Legge 26 giugno 2024, n. 86, *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, art. 1.*

dello Stato nella regolazione dei LEA, nella distribuzione delle risorse e nella garanzia della qualità dei servizi sanitari offerti ai cittadini.

Solo attraverso un'attenta regolazione e un monitoraggio costante dell'attuazione dell'autonomia si potrà garantire che l'autonomia differenziata non si traduca in un arretramento del diritto alla salute, bensì in un suo effettivo rafforzamento nell'ambito di un sistema sanitario nazionale più efficiente e inclusivo.

Bibliografia

Amorosi, M.C. *Per un'analisi critica dell'autonomia differenziata: dai suoi precedenti alle problematiche attuali*. Costituzionalismo.it, Fascicolo 2/2024.

Amorosi, V. *Per un'analisi critica dell'autonomia differenziata*. Costituzionalismo.it. 2024.

Ambrosanio, M. F., & Bordignon, M. *Il federalismo fiscale in Italia: bilancio e prospettive*. Milano: EGEA. 2018.

Annicchiarico, M. *Il Governo Clinico è l'àncora di salvezza per l'universalismo del Sistema Sanitario Pubblico?* Fondazione GIMBE.

Antonelli, A. *Breve storia del Servizio sanitario nazionale*. Amministrazione in cammino.

Antonini, L. *Il federalismo fiscale in Italia: tra principi costituzionali e attuazione pratica*. Rivista di Diritto Pubblico, 3(1), 45–67. 2012

Associazione Italiana Costituzionalisti. *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*. Rivista AIC, n. 3/2013.

Arachi, G., & Zanardi, A. *Autonomia differenziata e responsabilità fiscale: una prospettiva economica*. Roma: Istituto di Studi Economici. 2020.

Autori Vari. *I limiti dell'autonomia regionale differenziata da osservare in materia di tutela della salute*. Nomos. Le attualità nel diritto, n. 1/2024, ISSN 2279-7238.

Balboni, E., & Buzzacchi, C. *Autonomia differenziata: più problemi che certezze*. Osservatorio sulle Fonti, 1, 42–57. 2023

Balduzzi, R. *Titolo V e tutela della salute. In R. Balduzzi & M. Di Gaspare (a cura di), Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V (p. 11)*. Milano: Giuffrè. 2002.

Balduzzi, R. e Servetti, D. *Regionalismo differenziato e materia sanitaria. Rivista AIC*, n. 2/2019, ISSN 2039-8298.

Barletta, A. e Bifulco R. *Le materie dell'art. 117 nella giurisprudenza costituzionale dopo il 2001*. Napoli: Editoriale Scientifica, 2015, ISBN 978-88-6342-839-1.

Belletti, M. *Un percorso di riflessione per un regionalismo 'differenziato-cooperativo'*. Diritti regionali. 2023

Bergo, M. *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio. Rivista AIC*, n. 2/2017, ISSN 2039-8298.

Bertolissi, M. *Autonomia. Ragioni e prospettive di una riforma necessaria*. Venezia: Marsilio 2019.

Bolognese, E. *La concreta attuazione del regionalismo differenziato: su alcune criticità del DDL Calderoli*. Diritti regionali. Rivista di diritto delle autonomie territoriali, n. 3/2023, ISSN 2465-2709.

Bassanini, F., & Tiberi, F. *Le Regioni e la sanità: tra autonomia e vincoli nazionali*. Quaderni di Economia Sanitaria, 22(3), 19–42. 2018.

Bonetti, P. *Osservazioni sui profili costituzionali del disegno di legge A.C. 1665*. Materiali di Diritto Pubblico Europeo Rassegna online, Fascicolo 1/2024, ISSN 2421-0528.

Borgonovi, E., & Compagni, A. *L'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza: innovazione, governance e sostenibilità finanziaria*. *Economia & Management*, 21(3), 45–61. 2018.

Brosio, G., & Piperno, S. *Federalismo fiscale e autonomia differenziata: rischi e opportunità per l'Italia*. Bologna: Il Mulino. 2019.

Buzzacchi, C. *Autonomia differenziata: più problemi che certezze*. *Osservatorio sulle Fonti*. 2023.

Calamandrei, C. *Manuale di management per le professioni sanitarie*. McGraw-Hill Education, 2015.

Camerlenghi, L. *La concorrenza in sanità e la garanzia della tutela della salute del cittadino*. *Nomos*, n. 2/2024.

Cartabellotta, N. (2024, 27 marzo). *Così l'autonomia di Calderoli distruggerà la Sanità*. *L'Espresso*. <https://lespresso.it/c/politica/2024/3/27/cosi-lautonomia-di-calderoli-distruggera-la-sanita/50423>

Casilli, G. *Verso la necessaria determinazione dei LEP: la Cabina di regia governativa, tra pre-intese e DDL 'Calderoli'*. *Italian Papers on Federalism*, n. 2/2023, ISSN 2281-9339.

Cassese, S. *Autonomia differenziata: come sarà senza fondi?* *Avvenire*. 2024

Catelani, E. *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116 comma 3 Cost: profili procedimentali di dubbia legittimità e possibile violazione dei diritti*. *Osservatorio sulle Fonti*, n. 2/2018, ISSN 2038-5633.

Catelani, E. *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116 comma 3 Cost: profili procedimentali di dubbia legittimità*. *Rivista AIC*. (s.d.)

Cecchetti, M. *Attuazione della riforma costituzionale del titolo V e differenziazione delle regioni di diritto comune*. Federalismi.it. 2002.

Cecchetti, M. *L'autonomia differenziata e il problema della stabilità normativa: legge costituzionale o legge ordinaria?* Federalismi.it, 2, 218–230. 2020

Ceffa, C.B. *La mobilità interregionale in ambito sanitario e la prospettiva del regionalismo differenziato*. Corti Supreme e Salute, n. 3/2022, ISSN 2611-8882.

Celotto, A. e Barletta, A. *Le materie dell'art. 117 nella giurisprudenza costituzionale dopo il 2001: analisi sistematica*. Napoli: Editoriale Scientifica, 2015.

Celotto, A. e Cuttaia, F.G. *Autonomia differenziata e tutela ambientale*. Torino: Giappichelli, 2023, ISSN 2421-0528.

CGIL. (2024). *Nota sulla sentenza della Corte Costituzionale in merito alla legge n. 86/2024 di attuazione dell'autonomia differenziata*. <https://www.cgil.it/ci-occupiamo-di/riforme-istituzionali/nota-sulla-sentenza-della-corte-costituzionale-in-merito-alla-legge-n-86-2024-di-attuazione-dell'autonomia-differenziata-megkk76e>

Chessa, O. *Il regionalismo differenziato e la crisi del principio autonomistico*. Astrid Rassegna, 14. 2017.

Chieffi, L. *I persistenti dubbi di conformità a Costituzione del D.D.L. recante 'Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione'*.

Materiali di Diritto Pubblico Europeo Rassegna online, Fascicolo 1/2024, ISSN 2421-0528.

Chieffi, L. *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*. Nomos. Le attualità nel diritto, n. 1/2020, ISSN 2279-7238.

Cicchetti, A., & Damiani, G. *I nuovi Livelli Essenziali di Assistenza: un'opportunità di innovazione per il Servizio Sanitario Nazionale*. Politiche Sanitarie, 18(2), 91–98. 2017.

Cuttaia, F.G. *L'ampliamento dell'autonomia regionale e il rispetto dei profili unitari, formali e sostanziali*. Italian Papers on Federalism, n. 1/2023, ISSN 2281-9339.

D'Alessandro, D. *Intese, differenziazione e bilanciamento dei diritti*. Munus, n. 1/2023, ISSN 2279-7238.

Davoli, M. *Il diritto alla salute a pezzi: autonomia differenziata e sanità*. Giornate residenziali di politica sanitaria, Fiesole, 2024.

Di Filippo, A. *L'autonomia differenziata è legge: nuovo regionalismo o dissoluzione dello Stato?*. Azienditalia, n. 8-9/2024.

Di Maria, R. *La procedura per la attuazione del c.d. 'regionalismo differenziato': dalla marginalizzazione delle assemblee elettive e degli Enti locali, alla perplessa definizione dei L.E.P.* Italian Papers on Federalism, n. 1/2023, ISSN 2281-9339.

Dirindin, N., & Caruso, A. *L'aggiornamento dei LEA: una rivoluzione necessaria?* Bollettino SIFO, 63(4), 215–230. 2017.

Di Santo, R., Giarelli G., e Mascagni G. *Come l'araba fenice? I sociologi nel Servizio Sanitario Nazionale*. Milano: FrancoAngeli, 2024, ISBN 978-88-351-6514-9.

Flick, G. M. *Le prospettive dell'autonomia differenziata: annotazioni critiche*. Osservatorio AIC, 3, 45–67, 2024.

Gabriele, S. *Riflettendo sul decreto 56/2000*. In *lavoce.info*. 2003.

Gallo, F. *Riflessioni critiche sulla riforma del Titolo V e sulla tutela uniforme dei diritti sociali*. In *Costituzionalismo.it*. 2023.

Gallo, F. *Autonomia differenziata: profili di incostituzionalità e impatti su famiglie e imprese*. Fisco Equo. 2024.

Giulimondi, F. *Tanto rumore per nulla? E se il referendum sulla legge in tema di autonomia differenziata (n. 86 del 2014) fosse costituzionalmente illegittimo?* *Amministrativamente*, n. 3/2024, ISSN 2036-7821.

Grillo, G., *1978-2018: 40 anni di Servizio Sanitario Nazionale*. In *quotidiano sanità*.

Iannello, C. *Il collegato alla finanza pubblica: strumento di razionalizzazione legislativa o espediente politico?* *Diritto e Società*, 2021, 97 e ss. 2017.

Iannello, C. *La piena sovranità del Parlamento nella determinazione dei contenuti e dei limiti dell'autonomia differenziata*. *Diritti regionali*, 3, 7 e ss. 2019

Il Manifesto. (2024). *Autonomia, la Corte smonta lo "spacca Italia" di Calderoli*. <https://ilmanifesto.it/autonomia-la-corte-smonta-lo-spacca-italia-di-calderoli>

Laus, F. *La differenziazione regionale in sanità: le prestazioni*. Giornale di diritto amministrativo, n. 3/2019.

Lavoce.info. (2024). *Così la Consulta rivoluziona l'autonomia differenziata*. <https://lavoce.info/archives/106607/cosi-la-consulta-rivoluziona-lautonomia-differenziata/>

Leonardi, F., e Marcantoni M. *Nella storia della Sanità italiana*. AIOP.

Longo, F. (2010). *Finanziamento della sanità, una riforma attuata male*. In lavoce.info.

Luciani, M. *I diritti costituzionali tra Stato e Regione (a proposito dell'art. 117 co. 2 lett. m) della Costituzione*. Sanità Pubblica, 1025. 2002

Luciani, M. *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*. Napoli: Editoriale Scientifica, 2015, ISBN 978-88-6342-839-1.

Marongiu, G. *La fiscalità locale tra le garanzie dei contribuenti e le esigenze della comunità*. Finanza Locale, 1157. 2002.

Mazzola, M. *Autonomia differenziata. Realtà e prospettive: le bozze di pre-intese (Working Paper n. 55)*. LUISS School of Government.

Mazzola, G. *Gli attuali rapporti fra Stato e Regioni: collaborativi o conflittuali?* Nomos, n. 1/2021, ISSN 2279-7238.

Ministero della Salute. (2021). *Riparto del Fondo Sanitario Nazionale: criteri e metodologia di calcolo*. <https://www.salute.gov.it>

Ministero della Salute. (n.d.). *Obiettivi di Piano – Assistenza sanitaria*. <https://www.salute.gov.it/portale/programmazioneFinanziamentoSSN/dettagli>

[oContenutiProgrammazioneFinanziamentoSSN.jsp?area=programmazioneSanitariaLea&id=1489&menu=obiettivi](http://www.unicatt.it/Contenuti/ProgrammazioneFinanziamentoSSN.jsp?area=programmazioneSanitariaLea&id=1489&menu=obiettivi)

Minni, F., e Morrone, A. *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*. Rivista AIC, n. 3/2013.

Mone, D. *Autonomia differenziata come mezzo di unità statale: la lettura dell'art. 116, comma 3, Cost., conforme a Costituzione*. Rivista AIC, 1. 2019

Mone, D. *La prospettiva antistorica ed antieconomica dell'autonomia differenziata di Calderoli: le Regioni come piccole patrie*. Diritto Pubblico Europeo Rassegna Online, Fascicolo 1/2024, ISSN 2421-0528.

Morelli, A. *Dinamiche del regionalismo differenziato e declinazioni congiunturali dell'autonomia territoriale*. Diritto Pubblico Europeo – Rassegna online, n. speciale 2, 20 e ss. 2019

Morrone, A. *Autovincoli legislativi e principi costituzionali*. Quaderni costituzionali, 2, 313 e ss. 2017

Morrone, A. *Il regionalismo differenziato. Commento all'art. 116, comma 3, della Costituzione*. Federalismo fiscale, 1. 2007

Morrone, A. *Il regionalismo differenziato. Commento all'art. 116, comma 3, della Costituzione*. Almae Matris Studiorum Campus, 2024.

Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani. (2023, 26 giugno). *Cosa prevede davvero la legge sull'autonomia differenziata e perché è tanto controversa?*
<https://osservatoriocpi.unicatt.it>

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. (2004). *Il funzionamento del sistema sanitario regionale*.

https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2016/10/ro-2004-arg-sistemi_sanitari_regionali.pdf

Pagella Politica. (2023). *Le disuguaglianze nella sanità italiana in tre grafici*.
<https://pagellapolitica.it/articoli/disuguaglianze-sanita-italia-grafici>

Palermo, F. *Il regionalismo asimmetrico e la geometria variabile dell'autonomia*. *Le Regioni*, 3, 411 e ss. 2018

Pallante, F. *Il DDL Calderoli in tema di regionalismo differenziato: una lettura critica*. *Quaderni di diritto pubblico regionale*, n. 2/2024.

Pallante, F., Davoli M. e Gabriele S. *Il diritto alla salute a pezzi: autonomia differenziata e sanità*. *Giornate residenziali di politica sanitaria*, Fiesole, 2024.

Paris, D. (s.d.). *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*.

Piraino, A. *Regionalismo differenziato: Attuazione o cambiamento costituzionale?* *Diritti regionali*, 2, 7 e ss. 2019.

Pitino, F. *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella prospettiva dell'art. 116, terzo comma, Cost.* In *Corti Supreme e Salute*, 2, pp. 1-25. 2024.

Pizzetti, F. *Le nuove esigenze di governance in un sistema policentrico 'esplosivo'*. *Le Regioni*, (2001), 1164 e ss.

Podetta, M. *Il tentativo di attuazione dell'autonomia differenziata: dal disegno di legge Calderoli alla legge di bilancio per il 2023*. *Consulta Online*, 2023.

Quotidiano Sanità. (2016, 8 luglio). Fassari, C., *Nuovi LEA: quanto costano veramente?* <https://www.quotidianosanita.it>

Ricciardi, Walter. *La battaglia per la salute*. Editori Laterza, 2019.

Rosano, A. (s.d.). *Riforma del Servizio Sanitario Nazionale: tra la conquista del diritto alle cure e le insidie della “insostenibilità”*.

Roselli, O. *La ricorrente prospettiva di riforma della Costituzione*. Diritto Pubblico Europeo Rassegna Online, Fascicolo 2/2024, ISSN 2421-0528.

Rossi, I., & Zanardi, A. *I rischi dell'autonomia differenziata*. 2024.

Sanità33. (2024, 6 dicembre). *Disuguaglianze sanitarie in crescita, le sfide per il futuro nel 58° Rapporto Censis*. <https://www.sanita33.it/studi-e-analisi/4483/disuguaglianze-sanitarie-in-crescita-le-sfide-per-il-futuro-nel-58-rapporto-censis.html>

Scarlati, P. *Il tentativo di attuazione dell'art. 116, terzo comma, Cost.: I profili di carattere procedurale*. Nomos. Le attualità nel diritto, n. 3/2023, ISSN 2279-7238.

Sciortino, A. *Il regionalismo differenziato nella 'forma' del DDL Calderoli: alcune chiare opzioni politiche e nodi ancora da sciogliere*. Diritti regionali. Rivista di diritto delle autonomie territoriali, n. 1/2024, ISSN 2465-2709.

Sciortino, A. *Regionalismo differenziato e DDL 'Calderoli': notazioni di merito e di metodo*. Diritti regionali. Rivista di diritto delle autonomie territoriali, n. 1/2024, ISSN 2465-2709.

S.n. (2024). *La lezione della Corte sull'autonomia differenziata*. Rivista Il Mulino. <https://www.rivistailmulino.it/a/la-lezione-della-corte-sull-autonomia-differenziata>

S.n. (2024, 14 novembre). Corte Costituzionale – *L'autonomia differenziata è "parzialmente" illegittima*. Diritto del Risparmio. <https://www.dirittodelrisparmio.it/2024/11/14/corte-costituzionale-lautonomia-differenziata-e-parzialmente-illegittima/>

Staiano, S. *Né facile né breve. Allineare il regionalismo differenziato alla Costituzione*. *Democrazia e diritto*, 1, 104 e ss. 2023

Spasiano, N. *Il Titolo V e il diritto alla salute: fra autonomia e disuguaglianze regionali*. In *federalismi.it*. 2021.

Superando.it. (2023). *Livelli Essenziali di Assistenza: dieci anni di disuguaglianze regionali*. <https://www.superando.it>

Tarli Barbieri, G. *L'autonomia differenziata nel sistema delle autonomie territoriali*. In AA.VV., Cedam 2024

Taroni, F. *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*. *Corti Supreme e Salute*, 2018.

Tediosi, F., Gabriele, S., & Longo, F. *Autonomia regionale in sanità e disuguaglianze territoriali: quali prospettive?* *Politiche Sanitarie*, 21(4), 91–109. 2018.

Tubertini, C. *La proposta di autonomia differenziata delle Regioni del Nord: un tentativo di lettura alla luce dell'art. 116, comma 3 della Costituzione*. *Federalismi.it*, 18. ISSN 1826-3534. 2018

Viesti, G. *Autonomia differenziata: un progetto dannoso e probabilmente inattuabile*. Osservatorio CPI. 2024.

Violini, L. *Autonomia differenziata e Servizio Sanitario Nazionale: il rischio di un sistema frammentato*. Federalismi.it, 18, 1–27. 2020.

Giurisprudenza

Corte costituzionale. (1986, 30 giugno). Sentenza n. 184.

Corte costituzionale. (1987, 30 dicembre). Sentenza n. 641.

Corte costituzionale. (1990, 16 ottobre). Sentenza n. 455.

Corte costituzionale. (1994, 27 aprile). Sentenza n. 168.

Corte costituzionale. (2002, 14 novembre). Sentenza n. 282.

Corte costituzionale. (2003, 11 giugno). Sentenza n. 203.

Corte costituzionale. (2005, 2 febbraio). Sentenza n. 50.

Corte costituzionale. (2005, 18 maggio). Sentenza n. 200.

Corte costituzionale. (2008, 16 gennaio). Sentenza n. 16.

Corte costituzionale. (2016, 16 marzo). Sentenza n. 65.

Corte costituzionale. (2016, 25 novembre). Sentenza n. 251.

Corte costituzionale. (2018, 18 gennaio). Sentenza n. 5.

Corte costituzionale. (2024, 15 ottobre). Sentenza n. 180.

Corte costituzionale. (2024, 22 novembre). Sentenza n. 192/2024.

Normativa

Costituzione della Repubblica Italiana. Articoli 32, 116 e 117. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, n. 298, 27 dicembre 1947. Entrata in vigore il 1° gennaio 1948.

Legge 23 dicembre 1978, n. 833: *Istituzione del servizio sanitario nazionale*. Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 28 dicembre 1978, n. 360.

Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502: *Riordino della disciplina in materia sanitaria*.

Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229: *Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale*.

Legge 29 dicembre 2022, n. 197: *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2023 e bilancio pluriennale per il triennio 2023–2025*. Gazzetta Ufficiale n. 303 del 29 dicembre 2022.

Legge 26 giugno 2024, n. 86: *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*. Gazzetta Ufficiale n. 150 del 28 giugno 2024. Entrata in vigore: 13 luglio 2024.

Fonti istituzionali e parlamentari

Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro (CNEL). (2023). *Quaderno CNEL sulle autonomie locali: Rischi della frammentazione fiscale tra le Regioni.*

Corte dei Conti. (2021). *Relazione sul coordinamento della finanza pubblica 2021.*

Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2022, 15 ottobre). *Dichiarazioni programmatiche rese in Parlamento dal Presidente del Consiglio.*

Senato della Repubblica. (2022). *Atti Parlamentari, XIX Legislatura, Disegno di legge A.S. 615 e relativo dossier del Servizio Studi.*

Senato della Repubblica. (2023). *Dossier del Servizio Studi sul Disegno di Legge per l'Attuazione dell'Autonomia Differenziata.*

