

**OSSERVATORIO COSTITUZIONALE**

Codice ISSN: 2283-7515

Fasc. 1/2024

Data: 6 febbraio 2024

### *I sistemi sanitari regionali alla prova del regionalismo differenziato\**

di **Melania D'Angelosante** – *Professore Associato di Diritto Amministrativo nell'Università degli Studi G. d'Annunzio di Chieti-Pescara.*

TITLE: The regional healthcare systems to the test of the different-speed regionalism

ABSTRACT: – Lo studio che qui si presenta ha per oggetto una riflessione sui possibili effetti dell'attuazione delle proposte di regionalismo differenziato in materia di tutela della salute, tenendo conto anche di quanto si ricava dalla differenziazione regionale ordinaria fondata sulla potestà legislativa ripartita Stato-regioni e sulla regionalizzazione del servizio, avviata negli anni '90 del secolo scorso.

This study focuses on the possible consequences regarding the implementation of the proposals about the different-speed regionalism, also in the light of what emerging about the level and kind of differentiation among the regional healthcare systems in Italy.

KEYWORDS: Sistemi sanitari regionali, regionalismo differenziato; Salute; Costituzione; Diritto pubblico; regional healthcare systems, different-speed regionalism, Health; Constitution; Public Law

---

\* Lavoro sottoposto a referaggio secondo le Linee guida della Rivista.

SOMMARIO: 1. Oggetto, ragioni, obiettivi e struttura dello studio. – 2. La remunerazione delle prestazioni sanitarie fra Stato e regioni. Contestualizzazione del tema. – 3. La prospettiva del regionalismo differenziato. – 4. Uno sguardo d’insieme

### **1. Oggetto, ragioni, obiettivi e struttura dello studio**

Lo studio che qui si presenta propone una riflessione sui possibili effetti dell’attuazione delle proposte di regionalismo differenziato in materia di tutela della salute, tenendo conto anche della differenziazione regionale ordinaria fondata sulla potestà legislativa ripartita Stato-regioni e sulla regionalizzazione del servizio, avviata negli anni ’90 del secolo scorso.

In questo scenario, il tema della remunerazione delle prestazioni fra Stato e regioni sarà contestualizzato al fine di precisare se e in che termini può assumere rilievo per la differenziazione dei sistemi sanitari, nazionali prima che regionali. Esso non sarà tuttavia oggetto di integrale approfondimento, soprattutto in quanto, alla luce della parabola di ‘attuazione’ del federalismo fiscale, dapprima ritardata e poi interrotta per effetto della crisi economico-finanziaria e dei successivi eventi maggiormente destabilizzanti (pandemia, conflitti armati in Europa e medio-oriente), questo profilo richiederebbe una trattazione autonoma. Se ne terrà invece conto, nei limiti sintetici di quanto sarà esposto al par. 2, per alcune riflessioni che saranno svolte nei due paragrafi successivi del contributo.

Lo studio si svilupperà, in particolare, attraverso una prima sezione dedicata a contestualizzare il tema del rapporto fra remunerazione delle prestazioni sanitarie e differenziazione dei sistemi sanitari, nazionali e regionali; una seconda sezione dedicata alla prospettiva della autonomia differenziata; una terza sezione dedicata alle riflessioni che si traggono dal contesto complessivamente considerato.

## 2. La remunerazione delle prestazioni sanitarie fra Stato e regioni. Contestualizzazione del tema

I sistemi sanitari possono essere classificati, per una parte significativa, sulla base delle modalità di finanziamento del servizio pubblico<sup>1</sup>.

A esempio gli ordinamenti sanitari tedesco, francese, inglese e spagnolo sono riconducibili – rispettivamente – ai sistemi occupazionale (i primi due) e universalistico (gli altri due), ma ulteriormente differenziabili, in senso verticale, sulla base della variabile dell’accentramento (che caratterizza Francia e Inghilterra) o del decentramento (che caratterizza Germania e Spagna).

Dall’analisi empirica si riesce a cogliere meglio la distinzione fra quelli che si possono definire ‘idealtipi’ (idealtipi sono non solo il *modello universalistico*<sup>2</sup> e quello *occupazionale*<sup>3</sup>, ma anche quello delle *assicurazioni private*<sup>4</sup> e il modello del cd. ‘*mercato puro*’<sup>5</sup>) e quelli che, per contrapposizione, si possono definire ‘realtipi’.

Può essere considerato ‘realtipo’ il modello che concretamente ciascun ordinamento sceglie, optando prevalentemente per un idealtipo, ma variamente ibridandolo con innesti di uno o più degli altri idealtipi.

Ciò accade normalmente per ogni sistema sanitario, perché ciascun idealtipo, se non innestato, provoca inefficienze e/o ‘diseconomie’ difficilmente sopportabili.

---

<sup>1</sup> Per un approfondimento su questo specifico aspetto si v. M. D’ANGELOSANTE, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell’organizzazione del Servizio sanitario in Italia*, Rimini, Maggioli, 2012. Per un approfondimento più generale sulle caratteristiche del sistema italiano, si v. A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2017; R. BALDUZZI (a cura di), *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, Bologna, 2016; G.M. NAPOLITANO, *Assistenza e servizi sociali*, in S. MANGIAMELI, A. FERRARA, F. TUZI (a cura di), *Il riparto delle competenze nell’esperienza regionale italiana tra materie e politiche pubbliche*, Milano, 2020; R. FERRARA, *L’ordinamento della sanità*, Giappichelli, 2020; C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3, 663 ss.; G.U. RESCIGNO, *Principio di sussidiarietà orizzontale e diritti sociali*, in *Dir. pubb.*, n. 1, 2002; D. MORANA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3, 601 ss.; F. PALLANTE, *I diritti sociali tra federalismo e principio di uguaglianza sostanziale*, in *Dir. pubb.*, 2011, n. 2; C. BUZZACCHI, *Le regioni e le politiche per i diritti economici e sociali al tempo della pandemia*, in *Riv. AIC*, 2021, n. 1, 278 ss.

<sup>2</sup> Secondo il *modello universalistico* le cure garantite dal servizio pubblico sono finanziate con oneri a carico della fiscalità generale e hanno una estensione soggettiva (platea dei beneficiari) e oggettiva (tipi di prestazioni) molto ampia.

<sup>3</sup> In base al *modello occupazionale* le cure garantite dal servizio pubblico sono finanziate con oneri a carico delle assicurazioni sociali obbligatorie correlate ai rapporti di lavoro, e hanno una estensione soggettiva più ristretta rispetto al modello universalistico, riferendosi ai lavoratori e al loro nucleo familiare.

<sup>4</sup> Il modello delle *assicurazioni private* garantisce prestazioni sanitarie ai beneficiari delle polizze volontarie stipulate con oneri a carico degli utenti e nei limiti soggettivi e oggettivi previsti dai contratti sottoscritti.

<sup>5</sup> In base al modello del *mercato puro* le prestazioni sanitarie sono acquistate con oneri diretti a carico dei singoli utenti, in base alle loro scelte e alle loro disponibilità economiche.

Così è a dirsi a es. per il *mercato puro*, il quale è il modello più iniquo, e pertanto più inefficiente, nella prospettiva dei ‘sistemi di welfare’<sup>6</sup>, ma al contempo, e proprio per questo, è quello che meno incide (o, meglio, che non incide direttamente) sulla spesa pubblica, risultando pertanto il più economico nella prospettiva del contenimento dei costi a carico dei bilanci pubblici.

Parallelamente il modello meno iniquo e più efficiente, sempre nella prospettiva dei ‘sistemi di welfare’, ossia il *modello universalistico*, è anche il meno economico nella prospettiva (del contenimento) della spesa pubblica, sulla quale grava in modo idealmente integrale, fatte salve le limitazioni per oggetto che si possono introdurre e generalmente si introducono (si pensi alle prestazioni escluse, come alcune prestazioni odontoiatriche e quelle estetiche non dovute a eventi traumatici o morbosi).

Al centro stanno il *modello delle assicurazioni private* (che risulta però più vicino a quello del mercato puro quanto a punti di forza e di debolezza) e quello *occupazionale* (che invece risulta più vicino al modello universalistico).

Il sistema sanitario italiano è prevalentemente riconducibile al modello universalistico.

È però variamente innestato con i modelli del mercato puro e delle assicurazioni private.

L’innesto avviene su un triplice piano: a) *oggettivo*; b) *soggettivo dal lato dell’offerta*; c) *soggettivo dal lato della domanda*.

Sul *piano oggettivo* avviene nella misura in cui determinate prestazioni non vengono garantite dal sistema pubblico, e pertanto debbono essere sempre remunerate direttamente dall’utente, a prescindere dalla natura della struttura che le eroga (si tratta delle cd. prestazioni *out of pocket*, cui sono a es. riconducibili una parte delle cure odontoiatriche o le cure estetiche non richieste da eventi morbosi o traumatici).

Sul *piano soggettivo dal lato dell’offerta* l’innesto avviene nella misura in cui le prestazioni oggettivamente garantite dal sistema pubblico restano a carico dell’utente, che pertanto deve remunerarle direttamente, se fruite presso una struttura solo autorizzata, vale a dire non riconducibile all’offerta pubblica né in via necessaria, né in via facoltativa (vi contribuiscono invece, a es., in via facoltativa, le strutture accreditate e/o in altro modo abilitate a erogare prestazioni con oneri a carico del sistema pubblico).

---

<sup>6</sup> L’uso della locuzione è mutuato da L. TORCHIA, *Sistemi di welfare e federalismo*, in *Quad. cost.*, 2002, 713 ss.

Sul piano *soggettivo dal lato della domanda* l’innesto avviene nella misura in cui, pur quando sussistano, dal lato dell’offerta, i requisiti oggettivi e soggettivi affinché la prestazione sia erogata con oneri a carico del sistema pubblico, tuttavia questa rientra fra quelle per le quali è comunque prevista una compartecipazione diretta dell’utente alla spesa, attraverso la corresponsione del ticket sanitario<sup>7</sup>. Tuttavia, nell’ordinamento italiano, il ticket è finalizzato al contenimento della spesa soprattutto attraverso il controllo della domanda<sup>8</sup>, piuttosto che attraverso la compartecipazione dell’utente alla spesa stessa<sup>9</sup>. A queste conclusioni si può giungere in ragione della misura del ticket (di regola inferiore al costo effettivo della cura e comunque influenzata dal reddito dell’utente, essendo peraltro previste esenzioni per reddito o per patologia<sup>10</sup>), nonché in ragione delle tipologie di prestazioni per cui è richiesto<sup>11</sup>. Le regioni possono a loro volta esercitare una parte della propria autonomia riducendo i ticket (evidentemente con oneri a carico dei propri bilanci) o incrementandoli per le prestazioni riconducibili ai Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, ma restando all’interno delle soglie minime e massime previste dal legislatore statale; oppure li possono prevedere per le prestazioni extra-LEA<sup>12</sup>.

<sup>7</sup> L’art. 1, c. 3, del d.lgs. 502/92 ss.mm.ii. si riferisce infatti alla compartecipazione degli utenti alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente.

<sup>8</sup> Effetti opposti rispetto a quelli attesi si possono però verificare allorché a tal punto la domanda risulti contratta dalla misura del ticket da essere disincentivato anche il ricorso a cure necessarie, con tutto quanto ne può conseguire in punto di aggravamento delle condizioni di salute del paziente e di aumento della spesa sanitaria per le prestazioni che dovranno poi essere necessariamente fruite a valle; le conseguenze si aggraverebbero esponenzialmente nel caso in cui, per esigenze di contenimento della spesa, alcune prestazioni cd. *in pocket* dovessero trasmigrare al regime delle prestazioni cd. *out of pocket*, si v. F. PAMMOLLI, N.C. SALERNO, G. TURCHETTI, *I livelli essenziali di assistenza, la regolazione e la riforma multipliastra*, in A. PEDONE (a cura di), *La sanità in Italia. Qualità del servizio e sostenibilità finanziaria*, Milano, Il Sole 24 Ore, 2008, 276 ss.

<sup>9</sup> Per un approfondimento si v. *ibidem*.

<sup>10</sup> Questa forma di contribuzione risponde comunque prevalentemente a una logica retributiva. L’art. 8, c. 16, della l. 537/93 ha stabilito peraltro, in collegamento al reddito, all’età, e alla sussistenza di particolari patologie, un sistema di esenzioni soggettive, le quali a loro volta sono considerate un “principio fondamentale della legislazione sia in materia di ‘tutela della salute’, sia in materia di ‘coordinamento della finanza pubblica’”, e pertanto non possono essere incise dalla normativa regionale (C. Cost., 22 novembre 2011, n. 325, in [www.giurcost.org](http://www.giurcost.org)). Più in generale si considerano principio fondamentale della legislazione in materia di *tutela della salute* e di *coordinamento della finanza pubblica* le misure di contenimento della spesa sanitaria, inclusa l’introduzione dei tickets, anche al fine di consentire l’erogazione uniforme, su tutto il territorio nazionale, dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, si v. C. Cost., 13 giugno 2008, n. 203, in [www.giurcost.org](http://www.giurcost.org).

<sup>11</sup> Si tratta infatti di compartecipazioni richieste per particolari tipologie di prestazioni (quali le visite specialistiche, le analisi, l’acquisto dei farmaci), e comunque differenziate in ragione del reddito dell’utente, si v. S. MARZOT, *Le prestazioni sanitarie: analisi dei livelli essenziali assistenziali e dei modelli gestionali*, in *San. pubb. e priv.*, 2008, n. 4.

<sup>12</sup> Si v. A. PITINO, *Il conseguimento di “ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia” nella materia “tutela della salute”*, in [www.gruppodipisa.it](http://www.gruppodipisa.it), 2023.

I predetti innesti – di tipo oggettivo, soggettivo dal lato dell’offerta e soggettivo dal lato della domanda – riguardano però esclusivamente il rapporto fra finanziamento pubblico e finanziamento privato (da intendersi come pagamento in via diretta o tramite assicurazioni o fondi integrativi) delle prestazioni. Tanto è vero che, in questa prospettiva, è indifferente che la remunerazione delle cure in via diretta da parte degli utenti avvenga – in tutto o in parte – con il pagamento immediato e integrale (mercato puro), oppure con il pagamento di cui si faccia carico un terzo soggetto (assicurazione privata, fondo integrativo, etc.<sup>13</sup>) nei modi e nei tempi pattuiti, o infine con il pagamento del ticket, sempre nei modi e nei tempi previsti (in base ai casi).

Gli innesti cui si è fatto riferimento nulla hanno invece a che vedere, come è evidente, con il modo in cui le risorse pubbliche vengono reperite e quindi distribuite fra i gestori e fra gli operatori.

Il reperimento e la distribuzione delle risorse pubbliche fra i gestori e fra gli operatori influiscono altresì sulla coesione interna del sistema, misurabile infatti anche in ragione del rapporto esistente fra erogatori e finanziatori<sup>14</sup>.

Nei sistemi decentrati, come quello italiano, il profilo del reperimento e della distribuzione delle risorse pubbliche risente inoltre - più che del profilo riguardante il tipo e la misura degli innesti - della circostanza che in realtà al modello unitario si affianchino i modelli regionali, o, meglio, della circostanza che al servizio sanitario nazionale si affianchino tanti servizi sanitari regionali, nella misura in cui consentito dal riparto di competenze definito dal Titolo V della Costituzione (e talvolta anche travalicandone i limiti).

Il profilo del reperimento e della distribuzione delle risorse, a sua volta, è ulteriormente declinabile su due livelli: a) il primo riguarda il reperimento delle risorse da parte dello Stato e/o delle regioni e la loro distribuzione fra le regioni; b) il secondo riguarda il reperimento delle risorse da parte delle regioni e/o delle Asl e la loro distribuzione fra le Asl.

Le precisazioni appena esposte sono funzionali a contestualizzare il tema della remunerazione delle prestazioni fra Stato e regioni, precisando se e in che termini esso può assumere rilievo per la differenziazione dei sistemi sanitari nazionali, prima ancora che regionali. Questo profilo non sarà tuttavia oggetto di specifico approfondimento, sia per ragioni di economia espositiva sia in quanto, come si è anticipato, alla luce della parabola di ‘attuazione’ del federalismo fiscale, dapprima

---

<sup>13</sup> Sulla scarsa diffusione delle assicurazioni sanitarie private nell’ordinamento italiano, si v. M. GEDDES DA FILICAIA, *Il sistema sanitario: questioni aperte e linee di intervento*, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it), 2008.

<sup>14</sup> Si v. F. TOTH, *Le politiche sanitarie – Modelli a confronto*, Bari, Laterza, 2009, 64 ss.

ritardata e poi interrotta per effetto della crisi economico-finanziaria e dei successivi eventi ancor più destabilizzanti (pandemia, conflitti armati in Europa e medio-oriente), il tema richiederebbe una trattazione autonoma. Se ne terrà invece conto, nei limiti sintetici di quanto esposto nel corrente paragrafo, per alcune riflessioni che saranno sviluppate nei due paragrafi seguenti.

### **3. La prospettiva del regionalismo differenziato**

La regionalizzazione del servizio sanitario nazionale è stata svolta attribuendo alle regioni, a far data dalla riforma del 1992, il potere amministrativo di organizzarne la gestione e l'erogazione. Anzi, si può a buon diritto affermare che, fra i servizi regionali, quello sanitario è il più significativo.

Le variabili (fra sistemi regionali), che si sono esaminate nel precedente studio su *I sistemi sanitari regionali alla prova della differenziazione* (nel numero 1/2024 di *questa Rivista*), non riguardano invece, primariamente, la differenziazione amministrativa. Esse sono piuttosto la conseguenza del riparto delle competenze legislative fra Stato e regioni, ricalibrato a favore del livello di governo regionale dalla riforma del Titolo V della Costituzione, nella misura in cui l'ambito della competenza concorrente è stato ampliato: alla materia "assistenza sanitaria e ospedaliera" è stata infatti sostituita la "tutela della salute".

Le ragioni ispiratrici della regionalizzazione sono state molteplici. In primo luogo l'obiettivo di garantire l'*uguaglianza sostanziale* attraverso la *differenziazione*. Ma anche la necessità di *ridurre la spesa sanitaria* attraverso la garanzia di una *maggiore autonomia finanziaria* delle stesse regioni. Il secondo obiettivo sconta peraltro probabilmente un equivoco di fondo, dovendo nei sistemi sanitari che si evolvono virtuosamente prodursi un naturale aumento della spesa<sup>15</sup>.

A ogni modo, se si considerano la geografia e gli itinerari della differenziazione, questa volta soprattutto nella prospettiva degli effetti dell'esercizio della potestà legislativa regionale in materia di tutela della salute, si può rilevare che i modelli sanitari regionali presentano, rispetto a quello

---

<sup>15</sup> Per un approfondimento si v. A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia*, in *Dir. pubb.*, 2020, 387 ss. Sulla necessità di contenere la *spending review* in ambito sanitario, facendo uso del principio di ragionevolezza, si v. C. TUBERTINI, *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie: lo stato attuale della questione*, in AA.VV., *Diritto amministrativo e società civile*, Bologna, Bononia University Press, 2018.

definito dalle fonti statali, uno scarso tasso di differenziazione orizzontale e verticale, pur se con l'esclusione, soprattutto, del caso della Lombardia (ove a es. le Aziende per la tutela della salute – Ats, che sostituiscono le Asl, non sono erogatrici). Lo scarso esercizio del potere di differenziare si salda poi, talvolta, con il mancato esercizio del dovere di attuare alcune riforme statali<sup>16</sup>.

Risulta tuttavia diffusa la percezione di un elevato tasso di *disuguaglianza*, come conseguenza negativa della *differenziazione*, e pertanto in violazione dei principi che richiedono di realizzare decentramento e differenziazione senza compromettere la capacità delle autonomie di conseguire i propri obiettivi.

Nei fatti alla regionalizzazione si è comunque accompagnato, diversamente dagli esiti auspicati, un aumento della spesa. Una parte significativa della regionalizzazione è stata inoltre realizzata in concomitanza rispetto all'erompere della crisi economico finanziaria, che ha richiesto l'adozione di politiche di *spending review*, le quali, a loro volta, hanno contribuito a generare ulteriori disuguaglianze fra le regioni<sup>17</sup>.

In questo scenario il tentativo di attuazione del federalismo fiscale è stato intrapreso individuando i livelli essenziali di assistenza sanitaria, per la prima volta con il d.p.c.m. del 29 novembre 2001, aggiornato solo nel 2017 (d.p.c.m. 12 gennaio 2017)<sup>18</sup>, e quindi, dopo un salto temporale evidentemente troppo ampio, con la legge delega n. 42 del 2009 e i decreti legislativi successivi, per poi interrompersi in ragione della contestualità di questo secondo insieme di misure rispetto all'erompere della crisi economico-finanziaria. Altro limite, risalente però alla stessa

---

<sup>16</sup> Per un approfondimento si v. G. GARDINI, C. TUBERTINI, *L'amministrazione regionale*, Torino, Giappichelli, 2022, 391 ss.; D. MORANA, *I decreti del 2012 tra le riforme della Riforma sanitaria*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3, 601 ss.; E. JORIO, D. SERVETTI, *La difficile riforma dell'assistenza primaria, tra legge statale, accordi collettivi e programmazione regionale*, *ivi*, 2019, 2, pp. 259 ss.; sugli effetti negativi della *spending review* quanto alla attuazione regionale del modello organizzativo definito dalle fonti statali, si v. A. PIOGGIA, *Razionalizzazione organizzativa in sanità quali modelli*, in C. BOTTARI, F. FOGLIETTA, L. VANDELLI (a cura di), *Welfare e servizio sanitario: quali strategie per superare la crisi*, Rimini, Maggioli, 2013; sulla vigenza dei Piani di rientro dai disavanzi sanitari quali ostacolo alla previsione, da parte delle regioni, di prestazioni sanitarie integrative a carico dei propri bilanci, per ragioni riconducibili all'esercizio del potere statale di coordinamento della finanza pubblica, anche alla luce degli obblighi posti dall'Ue, si v. C. Cost., 22 maggio 2013, n. 104, in [www.giurcost.org](http://www.giurcost.org); sul rapporto fra *spending review* e aumento delle disparità regionali in ambito sanitario cfr. C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3, 663 ss.

<sup>17</sup> Per un approfondimento si v. C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, cit.

<sup>18</sup> Si v. tuttavia anche il d.m. n. 70 del 2015, sulla definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi dell'assistenza ospedaliera. Al decreto del 2017 si collegano peraltro ulteriori e successivi decreti di aggiornamento su aspetti più specifici.



individuazione dei LEA nel 2001, poteva peraltro sin dall'origine rintracciarsi nell'assenza di contestuale individuazione, insieme a essi, dei relativi indicatori di *performance*<sup>19</sup>.

La gestione della crisi economico-finanziaria è stata quindi svolta attraverso forme di riaccentramento, cui è conseguito un aumento delle disparità interregionali, soprattutto in ragione dei tagli alla spesa, a es. per il personale.

La Corte costituzionale, a fronte delle iniziative di molte regioni a tutela della propria autonomia finanziaria indebolita dalle azioni di riaccentramento intraprese dallo Stato, ne ha peraltro giustificato la compressione per il raggiungimento degli obiettivi europei di riduzione del debito, enfatizzando il significato della competenza legislativa statale in materia di *coordinamento della finanza pubblica*. Sempre a tutela dei moti centristi, la Corte ha inoltre ridimensionato il significato della competenza legislativa esclusiva e residuale delle regioni fondata sull'art. 117 c. 4 Cost.

Sebbene le prime iniziative per l'attuazione dell'art. 116 c. 3 risalgano a un periodo immediatamente successivo alla modifica del Titolo V della Costituzione<sup>20</sup>, è stato lo scenario appena descritto quello ove alcune delle regioni a sistema sanitario più avanzato (la Lombardia, il Veneto e l'Emilia Romagna)<sup>21</sup>, per riappropriarsi del potere decisionale così compresso, soprattutto al fine di ridurre i vincoli alla spesa (in specie per il personale<sup>22</sup>), nonché di ottenere risorse

<sup>19</sup> Il d.m. del 12 marzo 2019 ha comunque approvato il nuovo sistema di garanzia dei livelli essenziali di assistenza sanitaria, per la loro misurazione attraverso un insieme di indicatori. Successivamente il d.m. del 23 maggio 2022 ha introdotto il Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. Per un approfondimento v. V. MOLASCHI, *Programmazione e organizzazione dell'equità in sanità. L'organizzazione come "veicolo" di eguaglianza*, in *Riv. BioDir.*, 2019, n. 2, 45 ss. A. PITINO, *Il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, in [www.gruppodipisa.it](http://www.gruppodipisa.it), 2023.

<sup>20</sup> Si v. a es. le delibere - rispettivamente di Giunta e Consiglio - delle regioni Toscana (GR n. 1237 del 24 marzo 2003) e Lombardia (CR n. VIII/367 del 3 aprile 2007).

<sup>21</sup> Gli indicatori di performance sono confermati dal Rapporto del Ministero della Salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso la c.d. Griglia LEA. Metodologia e risultati dell'anno 2019*, maggio 2021, che include anche la Toscana fra le regioni ove si registrano i risultati migliori.

<sup>22</sup> Per un approfondimento si v. R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo Quarant'anni, verso una destrutturazione del SSN?*, in *Corti Supreme e Salute*, 2018, n. 3, 473; R. BALDUZZI – D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Riv. AIC*, 2019. Sulla necessità di preservare l'uguaglianza sostanziale fra le persone come limite alla realizzazione dell'autonomia differenziata in materia sanitaria, si v. G. FALCON, *Il regionalismo differenziato alla prova, diciassette anni dopo la riforma costituzionale*, in *Le Regioni*, 2017, 634. Sulla opportunità che la stipula delle intese ex art. 116 c. 3 Cost. sia preceduta da uno specifico accordo in materia di tutela della salute, si v. F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, in *Federalismi*, 2019, n. 15, 10 ss. Per un approfondimento sulle proposte in materia di autonomia differenziata nell'ambito della tutela della salute, si v. C. COLAPIETRO, *Le tante facce (non tutte auspiciabili) del regionalismo differenziato in ambito sanitario: la formazione e il reclutamento del personale*, in *Corti supreme e salute*, 2020, n. 1, 151 ss. Per un ulteriore approfondimento in chiave critica sullo scenario del regionalismo differenziato in sanità, si v. L. BUSCEMA, *Emergenza sanitaria (inter)nazionale e regionalismo (differenziato): un*

aggiuntive (anche tramite fondi sanitari integrativi), hanno chiesto ulteriori forme di autonomia in base all'art. 116 c. 3 Cost.<sup>23</sup>. Ciò è avvenuto con riferimento a un settore ove peraltro – a differenza degli altri cui il c. 3 si applica<sup>24</sup> – l'esistenza di un Ssn, centrato sui principi fondamentali individuati dalla legislazione statale, renderebbe più limitati gli spazi di autonomia fruibili dalle regioni<sup>25</sup>.

Il motore di tali richieste è stato quindi di natura finanziaria (tentativo di limitare le conseguenze del riaccentramento mosso da finalità di *spending review*, espressosi a es. nel rallentamento e poi nel congelamento della riforma di attuazione del federalismo fiscale, anche in conseguenza della riforma dell'art. 81 Cost.). Ma è risultato anche attivato da esigenze più generali (recupero della autonomia regionale compressa dalla interpretazione restrittiva e pro-centralista del Titolo V proposta dalla Corte costituzionale, a es. in materia di *coordinamento della finanza pubblica*). Ciò stupisce, specialmente con riferimento a questa seconda causa efficiente, soprattutto ove si consideri, come si è già ricordato, che il livello di differenziazione verticale e orizzontale dei sistemi regionali non è così elevato – se si escludono alcune realtà –, pur consentendo la normativa quadro statale, anche per come la Corte costituzionale ha interpretato il significato della “*tutela della salute*”, l'esercizio dell'autonomia regionale secondo margini più ampi rispetto a quelli utilizzati.

La determinante più incisiva resta dunque quella finanziaria, enfatizzata dallo stesso art. 116 c. 3 Cost., che individua, per l'attivazione dell'autonomia differenziata, il limite del rispetto dei principi codificati dall'art. 119 in materia di federalismo fiscale. Sarebbe a questo punto utile chiedersi se il limite includa, quale elemento necessario o almeno contemplabile per ragioni di opportunità - come pare doversi ritenere -, anche i principi ricavabili dalla normativa di attuazione dell'art. 119, per quanto interrotta e ancora incompleta. Essa comprende pure le disposizioni emanate in attuazione della potestà legislativa esclusiva dello Stato in materia di perequazione delle risorse finanziarie. Comprende inoltre le disposizioni di principio statali riguardanti il coordinamento della finanza

---

ossimoro?, in *Dir. reg.*, 2020, 407 ss.; D. MORANA, *Una differenziazione davvero necessaria? Qualche osservazione (e molte perplessità) su Lea, organizzazione sanitaria e tutela della salute nell'ottica dell'art. 116, u.c., Cost.*, in *Corti supreme e salute*, 2020, n. 1, 4 ss.

<sup>23</sup> Che si riferisce alle sole regioni ordinarie.

<sup>24</sup> Vale a dire “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)”.

<sup>25</sup> Si v. L. VIOLINI, *L'autonomia delle Regioni italiane dopo i referendum e le richieste di maggiori poteri ex art. 116, comma 3, Cost.*, in *Riv. AIC*, 2018, n. 4, 30 ss.

pubblica e del sistema tributario: a sua volta il settore, per la parte funzionale ad attuare il sistema definito dall'art. 119 Cost. nelle sue linee portanti, dovrebbe ritenersi sottratto alla possibilità di formare oggetto di autonomia differenziata regionale, pur trattandosi di materia contemplata dall'art. 116 c. 3.

Il sistema definito dall'art. 119 e dalle relative norme di attuazione al momento emanate si salda inoltre con la successiva riforma dell'art. 81 Cost., in materia di pareggio di bilancio e di sostenibilità del debito pubblico, apparendo ragionevole affermare che i limiti riconducibili all'art. 116 c. 3 si estendano anche alla necessità che le regioni interessate presentino un bilancio sano, pure in senso previsionale, e non risultino commissariate, né in Piano di rientro dai disavanzi. L'accertamento e la valutazione di tali condizioni risultano però ostacolati dalla interruzione del processo di attuazione del federalismo fiscale ai sensi dell'art. 119 Cost., della legge 42 del 2009 e – per quanto concerne la materia sanitaria – del d. lgs. 68 del 2011 (*infra*).

Nel contesto appena definito, l'erompere della pandemia ha arrestato il percorso di attuazione del regionalismo differenziato ex art. 116 c. 3 Cost.

Contestualmente, la reazione alla emergenza pandemica ha però condotto alla adozione di decreti che hanno incrementato il Fsn e le altre risorse a sostegno dei servizi sanitari (dd.ll. 14, 18, 34 e 120 del 2020), nonché alla approvazione di riforme per la parziale riorganizzazione del servizio (si pensi alla istituzione delle Usca, o all'introduzione e/o al potenziamento della telemedicina)<sup>26</sup>.

In questo ambito, anche a valle di alcune resistenze delle regioni avverso le misure riorganizzative statali<sup>27</sup>, è però emerso che molti sistemi sanitari regionali risultavano indeboliti dagli scarsi investimenti sulla assistenza territoriale<sup>28</sup>. È inoltre emersa la necessità di rafforzare il potere di coordinamento dello Stato sui Ssr (anche per l'impiego delle risorse riservate dal PNNR e dal PNC ai servizi sanitari), i raccordi fra Stato e regioni, i poteri di monitoraggio/controllo e correttivi/sostitutivi statali, valorizzando la differenziazione senza rinunciare a una base comune di

---

<sup>26</sup> Per un approfondimento si v. E. LONGO, *Episodi e momenti di conflitto Stato-Regioni nella gestione della epidemia da Covid 19*, in *Oss. sulle fonti*, fasc. spec. 2020, 376 ss.

<sup>27</sup> Per un approfondimento si v. G. FALCON, *Dall'emergenza Covid, pensando al futuro del sistema sanitario*, in *Le Regioni*, 2020, 45.

<sup>28</sup> Per un approfondimento si v. Corte conti, sez. riun., contr., *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*; Ufficio Parlamentare di Bilancio, Focus tematico n. 6, *Lo stato della sanità in Italia*, 2 dicembre 2019. Sulla strumentalità della assistenza territoriale rispetto all'obiettivo di fortificare dalle basi anche l'assistenza ospedaliera, si v. M. CASULA - A. TERLIZZI - F. TOTH, *I servizi sanitari regionali alla prova del Covid-19*, in *Riv. it. pol. pubbl.*, 2020, 330.

uniformità. Nello scenario dell'emergenza pandemica, pure a fronte della valorizzazione delle competenze legislative esclusive dello Stato, alcune delle quali (è il caso della profilassi internazionale) sono state intese come esclusive in senso stretto e non trasversali (in modo da non richiedere il coordinamento fra Stato e regioni), la Consulta ha infatti enfatizzato il ruolo dell'organizzazione sanitaria regionale e il carattere essenziale della cooperazione fra Stato e regioni<sup>29</sup>.

Le risorse destinate dal PNNR e dal PNC ai servizi sanitari sono del resto una occasione per l'attenuazione del condizionamento finanziario in materia di tutela della salute e per la ricerca di quel punto di equilibrio fra differenziazione e uniformità che consenta alla prima (la differenziazione) di introdurre modelli 'benchmark' anche ampliando le opportunità di trattamento/scelta degli utenti, e alla seconda (l'uniformità) di scongiurare che l'esercizio della autonomia avvenga a detrimento della appropriatezza e della qualità delle prestazioni.

Recentemente il dibattito sull'esercizio dell'autonomia differenziata è stato ulteriormente alimentato - peraltro in una dimensione trasversale e non limitata alla sola tutela della salute - dalla presentazione, nel 2023, da parte del Ministro per gli affari regionali e le autonomie, del d.d.l. n. 615 (c.d. Calderoli), recante *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*.

Del contenuto della proposta si terrà conto soprattutto nel paragrafo successivo, dedicato ad alcune considerazioni emergenti dal contesto complessivamente considerato<sup>30</sup>.

#### **4. Uno sguardo d'insieme**

Si può ora tentare di formulare qualche riflessione conclusiva su alcuni degli aspetti centrali emersi nello sviluppo di questo lavoro.

---

<sup>29</sup> Per un approfondimento si v. C. TUBERTINI, *Attualità e futuro del sistema delle Conferenze*, in *Dir. pubbl.*, 2021, 673 ss.; Id., *Collaborazione necessaria e differenziazione responsabile: riflessioni sparse su emergenza pandemica e sistema plurilivello*, in *IdF*, 2020, n. spec., 89, e ivi gli ulteriori riferimenti. Si v. inoltre C. Cost., 12 marzo 2021, n. 37, in [www.giurcost.org](http://www.giurcost.org), e ivi i *Commenti* di B. CARAVITA - M. MEZZANOTTE - D. MORANA - G. MENEGUS - C. CARUSO - R. NIGRO - A. CARDONE - A. MAZZOLA - A. POGGI, G. SOBRINO - G. BOGGERO.

<sup>30</sup> Per un approfondimento sul d.d.l. si v. A. AZZARITI, *Osservazioni sul disegno di legge "Calderoli" di attuazione dell'autonomia differenziata*, in *Dem. dir.*, 2023, n. 1; F. PALLANTE, *Le molteplici criticità del ddl Calderoli*, loc. ult. cit.; G. VIESTI, *Sei delle principali criticità del disegno di legge sull'autonomia regionale differenziata*, loc. ult. cit.

Un primo tema riguarda il rischio che la differenziazione generi disuguaglianze<sup>31</sup>.

Sul punto occorre innanzi tutto precisare, in chiave semplicemente semantica, che sia la *disuguaglianza* sia la *differenziazione* si riferiscono alla generazione o alla esistenza di oggettive *diversità*.

Tuttavia alla *disuguaglianza* si attribuisce una accezione negativa, intendendosi con essa un diverso trattamento percepito come inaccettabile e iniquo, sia che abbia a oggetto situazioni diverse sia che abbia a oggetto situazioni analoghe.

Invece alla *differenziazione* si attribuisce una accezione positiva, intendendosi con essa la possibilità di trattare in modo diverso situazioni diverse per meglio rispondere alle mutevoli esigenze dei casi concreti.

Lo snodo centrale dell'apparente problema risulta pertanto quello della adeguata determinazione e valorizzazione dei *livelli essenziali* delle *prestazioni*, dei servizi, ma anche delle funzioni in senso lato. Perché è proprio utilizzandoli come parametro che si possono scorgere le opposte direzioni della disuguaglianza e della differenziazione, così evitando di procedere in un senso (verso la disuguaglianza) e concentrandosi invece sull'azione di marciare nell'altro senso (verso la differenziazione). La *disuguaglianza* si sviluppa *verso il basso* (offrendo prestazioni, servizi e funzioni quanti-qualitativamente inferiori rispetto allo standard individuato); la *differenziazione verso l'alto* (consentendo di offrire prestazioni, servizi e funzioni quanti-qualitativamente superiori rispetto allo standard individuato); infine, i *livelli essenziali* rappresentano la *soglia di galleggiamento* e lo *spartiacque* fra le due dimensioni e direzioni.

Lo stesso d.d.l. 615 (art. 3) subordina l'attuazione dell'art. 116 c. 3 Cost. alla preventiva individuazione dei *Lep*, dei *costi standard* e dei *fabbisogni standard*. È evidente che il riferimento, dopo i livelli essenziali, ai costi e ai fabbisogni standard, richiama l'attuazione dell'art. 119 Cost. disegnata dalla legge n. 42 del 2009 e dai conseguenti decreti legislativi, fra i quali quello dedicato alla sanità è il n. 68 del 2011. L'intenzione palesata dal d.d.l. 615 è dunque quella di riprendere

---

<sup>31</sup> Per un approfondimento si v. C. BUZZACCHI, *Il modello di differenziazione dell'art. 116 Cost.: quando l'asimmetria degenera in disuguaglianza*, in *Dem. dir.*, 2023, n. 1; G. GARDINI, *La polarizzazione del dibattito pubblico dinanzi all'emergenza sanitaria*, in *Ist. federalismo*, 2020, n. spec., p. 7 ss.; A. PIOGGIA, *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, ivi, 17 ss.; P. MASALA, *I diritti tra Stato e Regioni nell'emergenza sanitaria, a vent'anni dalla revisione del Titolo V: quali lezioni possono trarsi e quale "ribilanciamento" occorre realizzare, per una più efficace garanzia dell'uguaglianza sostanziale?*, in *Costituzionalismo.it*, 2021, 137 ss.; C. BUZZACCHI, *Le regioni e le politiche per i diritti economici e sociali al tempo della pandemia*, in *Riv. AIC*, 2021, n. 1, 278 ss.

l’attuazione del federalismo fiscale dal punto in cui era stata interrotta al momento della adozione dei provvedimenti a valle dei decreti delegati. Sussisterebbe tuttavia un problema formale dovuto al fatto che il d.d.l. indichi una procedura – peraltro parzialmente discutibile in punto di legittimità<sup>32</sup>, anche in relazione al ruolo del coinvolgimento delle regioni – per la definizione dei Lep generali, rispetto alla quale sarebbe tuttavia prevalente – alla luce del criterio di specialità – quella in parte diversa e già esistente per la revisione dei LEA sanitari. Con riferimento a questi ultimi il d.d.l. dichiara del resto la perdurante applicabilità di quelli definiti nel 2017 (verosimilmente per come integrati da alcuni atti successivi più specifici), sebbene un emendamento allo stesso d.d.l. abbia precisato che esso include anche la tutela della salute<sup>33</sup>.

Una delle osservazioni critiche mosse alla regionalizzazione del servizio sanitario riguarda, come si è visto, la circostanza che essa avrebbe determinato, nel corso degli anni, un aumento della spesa. Pure a voler superare l’assorbente rilievo per cui, in specie alla luce della evoluzione scientifico-tecnologica, l’aumento della spesa dovrebbe rappresentare una naturale conseguenza della virtuosa evoluzione dei sistemi sanitari (*supra*), vi sarebbe comunque a questo punto da chiedersi, dopo aver supposto che esistano dati per suffragare l’affermazione dell’incremento dei costi e del nesso di causalità fra tale aumento e la regionalizzazione, se ciò sia dovuto alla circostanza che la stessa regionalizzazione sia avvenuta senza aver completato l’attuazione del federalismo fiscale previsto dalla riforma costituzionale del 2001, per le ragioni che si sono già espone al paragrafo 2.

Qui si può aggiungere che oggi la necessità di completamento del disegno di attuazione dell’art. 119 Cost. è inclusa anche fra le riforme abilitanti previste dal PNRR e da realizzare entro il 2026.

In questa prospettiva si torna però ancora una volta a intercettare il tema della individuazione e valorizzazione dei *livelli essenziali* (di prestazioni, servizi, funzioni) da garantire su tutto il territorio nazionale, poiché il *prodotto* fra essi e il loro *costo standard unitario* per tipologia individua il *fabbisogno standard perequabile* con oneri a carico delle risorse statali, per la differenza fra il fabbisogno e il gettito regionale calcolato in base alla legislazione statale (ed escludendo le variazioni dovute all’esercizio dell’autonomia regionale/locale). Ciò al fine di evitare che qualcuno

---

<sup>32</sup> Per un approfondimento si v. U. DE SIERVO, *L’incompatibilità costituzionale del terzo comma dell’art. 116 Cost.*, in *Dem. dir.*, 2023, n. 1; S. STAIANO, *Né facile né breve - Allineare il regionalismo differenziato alla Costituzione*, loc. ult. cit.; M. VILLONE, *La Repubblica una e indivisibile nel tempo della destra*, loc. ult. cit.; M.A. CABIDDU, *La favola brutta dell’autonomia differenziata*, loc. ult. cit.; M. LUCIANI, *Il non modello costituzionale di regionalismo*, loc. ult. cit.

<sup>33</sup> Per un approfondimento si v. A. PITINO, *op. cit.*

dei livelli di governo più decentrati eroghi ai cittadini prestazioni quali-quantitativamente inferiori alla soglia sotto la quale si genererebbero disuguaglianze inaccettabili. È questo quanto si ricava dall'esame della legge 42 del 2009 e dei successivi decreti legislativi. Permane tuttavia l'incertezza – alimentata anche dal contenuto opaco e contrastante della legislazione più recente – sulla natura di tali livelli di prestazioni<sup>34</sup>, e in particolare sulla loro caratteristica di 'soglia minima' (che condizionerebbe la loro individuazione alle risorse finanziarie disponibili) o di 'essenzialità' (che richiederebbe di individuarli unitamente alla copertura finanziaria, attribuendo rilievo prioritario al loro contenuto, come peraltro ribadito dallo stesso art. 3 del d.d.l.).

Lo scenario appena delineato richiede di individuare e aggiornare con dettaglio e tempestività tali tipi di prestazioni: sebbene in ambito sanitario, a differenza che in altri settori<sup>35</sup>, tale attività sia stata intrapresa nel 2001, risultano infatti migliorabili il grado di analiticità e la prontezza dell'adeguamento rispetto alle esigenze concrete (visto che per il primo adattamento si sono dovuti attendere 16 anni). In questa prospettiva il Ministro Calderoli ha nominato, nella primavera del 2023, il "Comitato tecnico-scientifico LEP", composto da autorevoli esperti e rappresentanti delle istituzioni, riflettenti vari orientamenti culturali e politici, a supporto della Cabina di Regia istituita dalla legge di bilancio per il 2023 presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, al fine di garantire la ricognizione e la individuazione dei LEP, unitamente alla ricognizione della spesa storica. Il contestuale d.d.l. 615, ha tuttavia contemplato tali attività, per i soli ambiti cui si riferisce l'art. 116 c. 3 Cost. sull'autonomia differenziata, in una delega legislativa, probabilmente per scongiurare possibili obiezioni fondate sulla esistenza di una riserva di legge riferibile all'art. 117 c. 2 lett. p) Cost. Questa opzione lascia però intravedere uno scenario ove sono individuabili due corsie, percorribili a diverse velocità, per la definizione dei LEP – rispettivamente – negli ambiti di

<sup>34</sup> La questione è riproposta da A. PITINO, *op. cit.* (e ivi ulteriori approfondimenti), soprattutto in relazione alla giurisprudenza costituzionale sul significato della *leale collaborazione* fra Stato e regioni (in *termini deboli*, con riferimento alla necessità di un semplice *parere* delle autonomie regionali in sede di Conferenza unificata, o *forti*, con riferimento alla necessità di una *intesa* Stato-regioni) nel contesto della individuazione dei LEA, stante la loro idoneità a intercettare la potestà legislativa concorrente sulla *tutela della salute*.

<sup>35</sup> Per i settori dei servizi sociali e dell'istruzione si v., *ex plurimis*, M. ARLOTTI, S. SABATINELLI, *Una nuova geografia della cittadinanza sociale? Lo sviluppo territoriale dei servizi sociali a vent'anni dalla legge quadro 328/00*, in *Pol. soc.*, 2020, n. 3, 357 ss.; F. BIONDI DAL MONTE – V. CASAMASSIMA, *Le Regioni e i servizi sociali a tredici anni dalla riforma del Titolo V*, in *Le Regioni*, 2014, 1065 ss.; C. TUBERTINI, *La determinazione dei livelli essenziali dell'istruzione tra riorganizzazione dei corsi di studio, autonomia scolastica e "Indicazioni nazionali"*, in P. BONETTI e altri (a cura di), *Spazio della tecnica e spazio del potere nella tutela dei diritti sociali*, Roma, Aracne, 2014. Più recentemente la legge 30 dicembre 2021, n. 234 (art. 1, cc.159-174) ha peraltro individuato alcuni livelli essenziali delle prestazioni sociali in relazione all'assistenza, ai servizi per l'infanzia e per il trasporto degli studenti disabili.

interesse della autonomia differenziata (da una parte), e in tutti i restanti ambiti (dall'altra). Ma il completamento della attuazione dell'art. 119 Cost., che è a sua volta strumentale all'esercizio delle facoltà previste dall'art. 116 c. 3 Cost., non si fonda su tale distinzione, richiedendo invece di essere svolto integralmente. Per l'eventuale applicazione dell'art. 116 c. 3 Cost. i disallineamenti fra il sistema di attuazione dell'art. 119 Cost. e il d.d.l. 615 vanno in sostanza composti con riferimento a ogni possibile aspetto.

L'autonomia differenziata ex art. 116 c. 3 Cost. non può inoltre erodere le risorse statali, né quelle necessarie alle regioni che non hanno chiesto l'applicazione dell'art. 116 c. 3: è questa una ulteriore ragione a sostegno della tesi della strumentalità della attuazione del federalismo fiscale rispetto alla concessione alle regioni di condizioni particolari di autonomia, nel senso precisato. Ciò si salda, come si è visto, con il fatto che lo stesso art. 116 c. 3 individua il più significativo limite della autonomia differenziata regionale nel rispetto dei principi di cui all'art. 119 Cost., in materia di federalismo fiscale 'equalizzato' dal ruolo centrale della perequazione statale. Questa, a sua volta, è utilizzabile anche in senso orizzontale per attenuare eventualmente, entro alcuni limiti, le differenze fra i territori dovute alla previsione di prestazioni integrative in alcuni di essi.

Alcuni ulteriori limiti sono proposti dal d.d.l., nella versione aggiornata agli ultimi emendamenti, ove si legge che, nelle materie dell'istruzione e della tutela della salute, la realizzazione dell'autonomia differenziata non può avvenire a detrimento dei principi di universalità e di equità delle prestazioni, dovendo invece garantire l'unità nazionale e tendere alla rimozione delle discriminazioni e delle disparità di accesso ai servizi essenziali<sup>36</sup>. Si può così contenere anche l'autonomia regionale esercitabile sulla determinazione dei ticket sanitari.

Se si rammenta la fase dell'erompere della crisi economico-finanziaria e delle reazioni consistenti nel riaccentramento dei poteri e nella *spending review* (2007-2012), si può in sostanza verificare che alcuni temi sul tavolo della discussione e nell'agenda delle attività sono gli stessi anche oggi: ciò in parte stupisce, ma, per il resto, rassicura.

---

<sup>36</sup> Per un approfondimento si v. A. PITINO, *op. cit.*