

Sanità speciali e sanità “differenziate”*

Matteo Cosulich**

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. L'impossibile specialità delle Regioni differenziate. – 3. Elementi di paraspecialità nella differenziazione regionale. – 4. Alla ricerca della specialità sanitaria. – 5. Le sanità differenziate: un settore di specialità.

ABSTRACT:

Il procedimento di differenziazione delle Regioni ordinarie previsto dall'art. 116, co. 3 Cost. non può condurre alla trasformazione delle stesse in Regioni ad autonomia speciale. Tuttavia le Regioni che hanno maggiormente proceduto sulla via della differenziazione (Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto) aspirano a fare propri gli elementi caratterizzanti la specialità regionale, sia in generale sia con specifico riferimento alla materia sanitaria. In generale, le Regioni in via di differenziazione mirano a istituire quella relazione negoziale e concordata della singola Regione con lo Stato che costituisce il segreto delle specialità regionali di successo. Quanto alla materia sanitaria, il profilo che distingue le Regioni speciali (tranne la Sicilia) dalle Regioni ordinarie è l'autofinanziamento del proprio sistema sanitario che consente loro di sottrarsi ai vincoli dettati dallo Stato alla spesa sanitaria e dunque alla gestione del Servizio sanitario regionale. L'esame degli Accordi preliminari e delle bozze di Intesa con lo Stato di Emilia Romagna, Lombardia e Veneto sembra indicare che esse mirano esattamente a tale risultato che le avvicinerrebbe alle Regioni speciali.

The process towards differentiation of the ordinary Regions (art. 116, co. 3 Const.) cannot lead them to become Regions with special autonomy. However, the Regions that have made further progress towards differentiation (Emilia-Romagna, Lombardia and Veneto) aim at introducing the elements which characterize the regional specialty, both in general and health care related. In general, the ordinary Regions in the process of differentiation aim at establishing a negotiated and agreed relationship with the State, which is the secret of successful regional specialties. As far as health care is concerned, what distinguishes special Regions (except Sicily) from ordinary Regions is the self-financing of their own health system, which allows them to escape the constraints imposed by the State on health expenditure and therefore on the Regional Health Service management. The examination of the “Accordi preliminari” (preliminary Agreements) and of the “bozze di Intesa” (drafts Agreements) with the State by Emilia Romagna, Lombardia and Veneto seems to indicate that they aim exactly for this result, which would bring them closer to the Regions with special autonomy.

1. Premessa

Inteso in senso dinamico, il procedimento previsto dall'art. 116, co. 3 Cost., corrisponde a un processo che vede una Regione transitare dall'uniforme assegnazione di funzioni legislative e amministrative propria delle (altre) Regioni ordinarie¹ all'ulteriore attribuzione di "forme e condizioni particolari di autonomia" che vengono a caratterizzare *singulatim* la Regione stessa. Solitamente il processo in discorso viene esaminato utilizzando come angolo visuale il suo punto di partenza: ci si interroga sul grado di allontanamento dalla disciplina delle funzioni delle Regioni ordinarie. Ma l'angolo visuale dal quale si osserva il processo può anche coincidere col suo punto di arrivo, qualora si esamini – come ci si propone in questa sede – il grado di avvicinamento della Regione interessata dal procedimento di cui all'art. 116, co. 3 Cost. alla categoria di Regioni da sempre contrassegnate da una disciplina specificamente differenziata per ciascuna di esse: le Regioni a Statuto speciale².

A bene vedere, infatti, le Regioni che hanno intrapreso il cammino della differenziazione, se non possono trasformarsi in Regioni a Statuto speciale (par. 2), paiono comunque volersi avvicinare ad esse (par. 3). L'affermazione ora proposta in via generale verrà di seguito più dettagliatamente riferita all'ambito sanitario. Il che richiede preliminarmente di chiarire cosa e quanto vi sia di speciale nelle sanità delle cinque Regioni autonome (par. 4), al fine di poterle conclusivamente comparare con le sanità delle Regioni ordinarie differenziate, una volta divenute tali (par. 5).

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. Il testo costituisce una rielaborazione dell'intervento presentato alla Tavola rotonda su "Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato" nell'ambito del XVII Convegno nazionale di diritto sanitario "La salute alla carta: il SSN di fronte alle sfide del regionalismo differenziato", organizzato a Roma l'8 novembre 2019 dalla Società italiana di Diritto sanitario in collaborazione con l'ALTEMS dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e il CEIMS dell'Università del Piemonte Orientale.

** Professore associato confermato di Diritto costituzionale presso la Facoltà di Giurisprudenza dell'Università degli studi di Trento, matteo.cosulich@unitn.it.

¹ Il procedimento di differenziazione di cui all'art. 116, co. 3 Cost. può infatti reputarsi applicabile alle sole Regioni ad autonomia ordinaria (così A. RUGGERI, *La "specializzazione" dell'autonomia regionale: se, come e nei riguardi di chi farvi luogo*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, 2008, pp. 46-48; contra D. GALLIANI, *All'interno del Titolo V: le "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" di cui all'art. 116, co. 3 Cost. riguardano anche le Regioni a Statuto speciale?*, in *Le Regioni*, 2003, p. 423).

² Va peraltro rilevato come la specifica peculiarità di ciascuna Regione a Statuto speciale, con riferimento sia alla struttura sia alle funzioni, abbia subito un certo ridimensionamento a seguito degli interventi del legislatore costituzionale del 2001. Da un lato, la legge cost. 31 gennaio 2001, n. 2 tende a uniformare (con poche eccezioni) la forma di governo e il sistema delle fonti delle Regioni speciali; dall'altro, la legge cost. 18 ottobre 2001, n. 3 omogeneizza le loro competenze legislative, attraverso la clausola di maggior favore di cui al suo art. 10 (*adde amplius infra* par. 4, anche con specifico riferimento alla materia sanitaria).

2. L'impossibile specialità delle Regioni differenziate

La trasformazione in una Regione a Statuto speciale rappresenta un obiettivo irraggiungibile per le Regioni che hanno avviato il procedimento di differenziazione di cui all'art. 116, co. 3 Cost. Al riguardo, non ingannino le analogie lessicali riscontrabili tra quest'ultima disposizione costituzionale e il co. 1 del medesimo art. 116, notoriamente dedicato alla specialità regionale. Il ricorso al medesimo sintagma “forme e condizioni particolari di autonomia” al co. 1 e al co. 3 dell'art. 116 – o, se si preferisce, il riferire lo stesso, da sempre impiegato per le Regioni speciali³, alle Regioni differenziate – sembra il frutto della sciattezza terminologica del revisore costituzionale del 2001, piuttosto che la manifestazione della sua volontà di equiparare le seconde Regioni alle prime.

Non è difficile intravedere, tra le motivazioni che hanno indotto alcune Regioni ad avviare il procedimento di differenziazione, l'anelito a trasformarsi in Regioni a Statuto speciale. Si tratta di un'aspirazione particolarmente evidente in Veneto, forse non a caso unica Regione ordinaria confinante con due Regioni speciali. Può rammentarsi in proposito che la Regione Veneto indulse all'ipotesi di sottoporre al suo elettorato un quesito referendario del seguente tenore: “Vuoi che la Regione del Veneto diventi una Regione a Statuto speciale?” (art. 15, co. 1, n. 5 legge reg. 19 giugno 2014, n. 15)⁴. È noto che la disposizione legislativa veneta ora richiamata è stata dichiarata costituzionalmente illegittima dalla Corte costituzionale in quanto un *referendum* di tal fatta, pur consultivo, avrebbe violato gli “obblighi costituzionali”, essendosi proposta di “includere la Regione Veneto nel novero delle Regioni a Statuto speciale, tassativamente enumerate nell'art. 116 Cost.” (sent. n. 118/2015). Il procedimento di differenziazione *ex art. 116, co. 3 Cost.* non può quindi sfociare nella specialità regionale, come invece si proponeva l'illegittimo quesito referendario veneto. Ma vi è di più: occorre rammentare che le Regioni a Statuto speciale non sono state istituite ma semplicemente riconosciute dall'art. 116, co. 1 Cost.⁵, in quanto dotate di un fondamento extracostituzionale, rinvenibile in atti precostituzionali⁶, o internazionali⁷

³ Così, secondo il testo originario dell'art. 116 Cost.: “Alla Sicilia, alla Sardegna, al Trentino-Alto Adige, al Friuli Venezia Giulia e alla Valle d'Aosta sono attribuite forme e condizioni particolari di autonomia, secondo Statuti speciali adottati con leggi costituzionali”.

⁴ Si veda A. MORELLI, *Regionalismo differenziato e autonomia speciale: un quadro complesso*, in *Diritti regionali. Rivista di diritto delle autonomie territoriali*, 3, 2019, 15, al sito *internet* www.dirittiregionali.it.

⁵ Particolarmente indicativo risulta sul punto il testo vigente del co. 1 dell'art. 116 Cost., introdotto dalla legge cost. n. 3/2001: il ricorso al verbo “disporre” evidenzia infatti il “carattere originario” della specialità regionale (S. MANGIAMELI, *Regioni a Statuto speciale*, in *Dizionario di Diritto pubblico*, V, 2006, p. 4986).

⁶ Si fa qui riferimento: da un canto, allo Statuto della Regione siciliana, approvato con r.d.lgs. 15 maggio 1946, n. 455; dall'altro, ai dd.lgss.lgtt. 7 settembre 1945, n. 545 e n. 546, “autenticamente fondativi del successivo regime di autonomia speciale” della Regione Valle d'Aosta [R. LOUVIN, *I decreti luogotenenziali per la Valle d'Aosta del 1945: fra rottura e transizione costituzionale*, in D. ROCCA (a cura di), *I decreti luogotenenziali del 1945*, Stylos, Aosta, 2007, p. 150].

⁷ Così, rispettivamente per il Trentino-Alto Adige/*Südtirol* e per il Friuli Venezia Giulia, l'Accordo De Gasperi-Gruber (Parigi, 5 settembre 1946), “vero e proprio ancoraggio internazionale dell'autonomia” (A. D'ATENA, *L'Accordo De Gasperi-*

o ancora in un “elemento metagiuridico” corrispondente a “differenze storiche ritenute permanenti”⁸. Altrimenti – e autorevolmente – detto, “la creazione di Regioni a Statuto speciale non è stata l’effetto di pure volizioni politiche, ma è stato un portato della storia”; di conseguenza “non è possibile la loro cancellazione per pura volontà politica”⁹. A ben vedere, se il *numerus clausus* delle Regioni speciali non può essere variato per sottrazione, non sembra poterlo essere neppure per addizione¹⁰: se la mera “volontà politica” non può – neppure, potrebbe reputarsi, se cristallizzata in una legge di revisione costituzionale – privare della specialità una Regione, non pare nemmeno poter compiere l’operazione eguale e contraria, attribuendo *ex nihilo* la specialità a una Regione ordinaria.

D’altra parte, al di là del già rilevato ricorso al medesimo sintagma per indicare le peculiarità delle esistenti Regioni speciali e delle potenzialmente differenziabili Regioni ordinarie, va rilevato come le medesime “forme e condizioni particolari di autonomia” possano assumere un differente significato quando inserite nel differente ordito normativo del co. 1 e del co. 3 dell’art. 116 Cost. Al co. 1, infatti, le “forme e condizioni particolari di autonomia” corrispondono a vere e proprie materie, rimesse alla competenza legislativa e amministrativa di ciascuna Regione speciale (o Provincia autonoma), come emerge inequivocabilmente dagli elenchi – appunto di materie – contenuti in ciascuno Statuto speciale di autonomia. La lettera del co. 3, invece, laddove ipotizza “forme e condizioni particolari di autonomia, concernenti le materie (...)” evoca evidentemente non il trasferimento di queste ultime, ma piuttosto, nell’ambito di ciascuna di esse, di specifiche funzioni puntualmente individuate al loro interno¹¹; dunque un’attribuzione di competenza assai più circoscritta di quella tipica delle Regioni ad autonomia speciale. L’art. 116, co. 3 non prevede infatti di “creare una nuova tipologia regionale che si affianchi alle Regioni ad autonomia speciale e a quelle ad autonomia ordinaria”, come finirebbe per avvenire se i trasferimenti riguardassero tutte o quasi tutte le materie ivi elencate, anziché “puntuali e circoscritte competenze” all’interno di alcune di esse¹².

Gruber e la garanzia di una “speciale” specialità, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2016, p. 1881), e il *Memorandum d’intesa* (Londra, 5 ottobre 1954) tra i Governi d’Italia, Regno Unito, Stati Uniti e Jugoslavia.

⁸ G. ROLLA, *Alcune considerazioni in merito al fondamento costituzionale del regionalismo speciale. L’apporto del diritto comparato*, in *Le Regioni*, 2015, p. 344. Così l’insularità sarda che, in quanto fonte di isolamento, “non costituisce solo un riferimento di natura geografica, ma anche culturale, antropologica e storica” [*ivi*, 341; *adde amplius* M. BETZU, G. COINU, *Politiche dell’insularità e ragioni della specialità*, in G. COINU, G. DEMURO, F. MOLA (a cura di), *La specialità sarda alla prova della crisi economica globale*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2017, pp. 203-206].

⁹ G. SILVESTRI, *Le autonomie regionali speciali: una risorsa costituzionale da valorizzare*, Trieste, 26 maggio 2014, p. 9, al sito *internet* www.cortecostituzionale.it.

¹⁰ In tal senso, si è osservato come “il nucleo essenziale della specialità storica sia da ritenersi incompressibile dallo Stato e inattingibile dalle altre Regioni” (A. FERRARA, *Riflessioni in punta di penna sul principio di specialità regionale*, in *federalismi.it*, 2008, p. 3, al sito *internet* www.federalismi.it).

¹¹ Così S. STAIANO, *Diritti sociali e regionalismo differenziato*, in questo numero di *Corti supreme e salute*.

¹² R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2, 2019, p. 6, al sito *internet* www.rivistaaic.it.

3. Elementi di paraspecialità nella differenziazione regionale

Come si è ora visto, l'art. 116 Cost. mantiene ferma la distinzione fra Regioni ordinarie, ancorché differenziate, e Regioni speciali. Tuttavia l'impossibilità delle prime di trasformarsi formalmente in Regioni ad autonomia speciale non impedisce alle Regioni che intendono differenziarsi di cercare di divenire, surrettiziamente e sostanzialmente, come loro, assumendone i tratti qualificanti, quanto a *modus operandi*; in altre parole, di acquisire una sorta di paraspecialità. Ora, come si già avuto occasione di sostenere, il “segreto” del successo della specialità regionale può essere identificato nel decreto legislativo di attuazione statutaria e, per tal via, nella Commissione paritetica che interviene nel relativo procedimento di formazione, nonché, per induzione, nella natura bilaterale, negoziale e concordata delle relazioni fra Stato e singola Regione, ipostatizzata dalla Commissione stessa¹³. Tale relazione con lo Stato appare quindi come uno dei profili più marcatamente caratterizzanti la specialità regionale. D'altra parte, proprio la relazione negoziale e concordata della Regione *uti singula* con lo Stato sembra costituire l'elemento qualificante del regionalismo differenziato¹⁴, non soltanto sulla base della relativa previsione costituzionale, ma anche nel suo inverarsi successivamente all'adozione della legge statale *ex art.* 116, co. 3 Cost.; dunque, nel suo *modus operandi*.

Quanto alla previsione costituzionale, si rammenti come la legge statale che attribuisce ad una Regione “forme e condizioni particolari di autonomia” venga approvata “dalle Camere a maggioranza assoluta dei componenti, sulla base di intesa fra lo Stato e la Regione interessata” (art. 116, co. 3 Cost.), di modo che “il raggiungimento dell'intesa fra Governo e Regione rappresenta il nucleo centrale dell'intero procedimento”¹⁵. Peraltro, anche una volta raggiunta l'autonomia differenziata la Regione sembra voler conservare una relazione singolare con lo Stato, come si evince agevolmente dagli atti preparatori più o meno ufficialmente pubblicati e relativi ai procedimenti di differenziazione che paiono aver maggiormente progredito, vale a dire quelli relativi all'Emilia-Romagna, alla Lombardia e al Veneto¹⁶. Così l'art. 4 delle “Disposizioni generali” di ciascun Accordo preliminare stipulato da ognuna di tali Regioni con lo Stato il 28 febbraio 2018¹⁷ prevede una Commissione

¹³ M. COSULICH, *Il decreto legislativo di attuazione statutaria nelle Regioni ad autonomia speciale*, Editoriale Scientifica, Napoli, 2017, *passim*, spec. p. 153.

¹⁴ Così il senso del regionalismo differenziato “consiste nell'individualizzare il rapporto tra lo Stato e ciascuna Regione destinataria, nel creare una relazione di specie che si innesta in quella di genere” (G. FALCON, *Il regionalismo differenziato alla prova, diciassette anni dopo la riforma costituzionale*, in *Le Regioni*, 2017, p. 630).

¹⁵ R. TONIATTI, *L'autonomia regionale ponderata: aspettative ed incognite di un incremento delle asimmetrie quale possibile premessa per una nuova stagione costituzionale del regionalismo italiano*, in *Le Regioni*, 2017, p. 655.

¹⁶ Sulle iniziative delle altre Regioni ordinarie al riguardo vedi Servizio studi del Senato, XVIII legislatura, *Dossier*, febbraio 2019, 104, *Il processo di attuazione del regionalismo differenziato*, pp. 23-34.

¹⁷ Se ne vedano i testi al sito *internet* www.affariregionali.it.

paritetica Stato-Regione chiamata a determinare “le modalità per l’attribuzione delle risorse finanziarie, umane e strumentali necessarie all’esercizio di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, trasferite o assegnate dallo Stato alla Regione”.

Conformemente a tale indicazione, le successive bozze di Intesa fra lo Stato e ciascuna delle Regioni in discorso – sia nella prima versione, del 25 febbraio 2019, sia in quella successiva, del 15 maggio 2019, “che recepisce le indicazioni dei Ministeri”¹⁸ – prevedono, all’art. 3, una Commissione paritetica istituita con d.P.C.M. La Commissione, composta di nove rappresentanti dello Stato e nove rappresentanti della Regione interessata¹⁹, determina “le risorse finanziarie, umane e strumentali e le forme di raccordo con le amministrazioni centrali, necessarie all’esercizio delle funzioni” trasferite dallo Stato alla Regione nell’ambito del procedimento di differenziazione. Ai sensi dell’art. 4, co. 5 delle più recenti bozze di Intesa, le competenze legislative trasferite nelle materie elencate dall’Intesa stessa “operano all’atto dell’adozione” dei dd.PP.CC.MM. di trasferimento delle risorse, che recepiscono le corrispondenti determinazioni della Commissione paritetica. Può dunque dirsi che a quest’ultima sembra essere sostanzialmente affidata l’individuazione dei confini spaziali e temporali del trasferimento dallo Stato alla Regione; vale a dire, dell’estensione materiale delle funzioni oggetto del trasferimento, da un lato, e dei tempi dello stesso, dall’altro. Di conseguenza le intese si configurano quasi come “intese quadro”, mentre “la sostanza della decisione sul loro effettivo contenuto e finanziamento” è rimessa alla sub-procedura ora descritta²⁰, nella quale il ruolo svolto dalla Commissione paritetica pare richiamare quello dell’omonimo organo Stato-Regione speciale, laddove specifica le rispettive competenze nelle materie elencate dallo Statuto regionale attraverso la normativa di attuazione²¹.

L’aspirazione ad adottare il “modello” delle Regioni a Statuto speciale come “riferimento per la nuova autonomia”²² sembra ancor più evidente se si rammenta la bozza di proposta di legge delega predisposta dalla Delegazione trattante veneta e inviata al Ministro per gli affari regionali il 12 luglio 2018²³, laddove, all’art. 3, prevedeva l’istituzione di una “Commissione paritetica Stato-Regione”, “composta di nove componenti di nomina governativa

¹⁸ Vedile al sito *internet* www.roars.it che meritoriamente ne ha consentito un’immediata divulgazione.

¹⁹ Rispettivamente designati “dal Ministro per gli affari regionali e le autonomie («di cui tre in rappresentanza del Ministero dell’economia e delle finanze», secondo le bozze lombarda e veneta), su proposta dei Ministeri competenti” e “dalla Giunta della Regione” interessata.

²⁰ F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei Sistemi sanitari regionali vs. universalismo solidale del Sistema sanitario nazionale*, in *federalismi.it*, 2019, p. 14, al sito *internet* www.federalismi.it.

²¹ Va peraltro rilevato che la successiva bozza di legge cornice per l’autonomia differenziata, inviata dal Ministro per gli affari regionali e le autonomie Francesco Boccia alla Conferenza Stato-Regioni l’8 novembre 2019, non contiene alcun riferimento alle Commissioni paritetiche, neppure laddove, all’art. 1, co. 1, lett. e, prevede, nel caso in cui “non siano stati determinati i livelli essenziali delle prestazioni, gli obiettivi di servizio e i relativi fabbisogni *standard*”, l’individuazione con d.P.C.M. delle risorse da assegnare alle Regioni in via di differenziazione (*more solito*, se ne veda il testo al sito *internet* www.roars.it).

²² COSÌ L. VIOLINI, *L’autonomia delle Regioni italiane dopo i referendum e le richieste di maggiori poteri ex art. 116, co. 3 Cost.*, in *Rivista AIC*, 4, 2018, p. 362, al sito *internet* www.rivistaaic.it.

²³ Vedi Servizio studi del Senato, *Il processo di attuazione*, cit., pp. 40-41.

e di nove nominati dalla Giunta regionale”, avente la funzione di predisporre i decreti legislativi che la bozza di proposta delegava il Governo ad adottare (art. 2) per attribuire alla Regione Veneto “ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia” nell’ambito dell’ampio elenco di materie individuate dall’art. 1 della stessa bozza. In tal modo l’introduzione di “un assetto delle fonti” che riecheggia quello delle Regioni a Statuto speciale, tramite “il ricorso alla figura delle Commissioni paritetiche per l’elaborazione degli atti, dotati di forza di legge, rivolti all’attuazione della legge di specializzazione”²⁴, veniva portata avanti sino a ignorare il co. 3 dell’art. 116. Cost., la cui lettera prevede una riserva di legge formale e rinforzata, “che non lascia spazio all’uso di una legge delega”²⁵.

4. Alla ricerca della specialità sanitaria

Occorre ora domandarsi quali siano le caratteristiche peculiari delle sanità regionali speciali, al fine di verificare se risulti specificamente riferibile alla materia sanitaria l’aspirazione delle Regioni in via di differenziazione ad avvicinarsi alle Regioni speciali, qui sopra riscontrata in via generale.

Quanto alla competenza legislativa regionale in materia sanitaria, pare difficile distinguere le Regioni speciali da quelle ordinarie. È ben vero che i testi degli Statuti speciali contengono discipline divergenti, quantitativamente e qualitativamente, sia fra loro sia rispetto a quella contenuta al vigente art. 117, co. 3 Cost. che attribuisce alle Regioni ordinarie competenza legislativa concorrente relativamente alla “tutela della salute”. Dal punto di vista quantitativo – vale a dire dell’estensione materiale della competenza legislativa – la materia “igiene e sanità pubblica” è attribuita alla legislazione regionale sia dallo Statuto sardo (art. 4, co. 1, lett. *i*), sia da quello siciliano (art. 17, co. 1, lett. *b*) che vi aggiunge l’“assistenza sanitaria” (*ivi*, lett. *c*). Gli Statuti del Trentino-Alto Adige/*Südtirol* (art. 9, co. 1, n. 10) e del Friuli Venezia Giulia (art. 5, comma 1, n. 16) attribuiscono rispettivamente alle Province autonome e alla Regione la legislazione in materia di “igiene e sanità, *ivi* compresa l’assistenza sanitaria ed ospedaliera”, cui si aggiunge, nel caso friulano-giuliano, il “recupero dei minorati fisici e mentali”; lo Statuto trentino-altoatesino prevede altresì la competenza legislativa regionale relativamente all’“ordinamento degli enti sanitari ed ospedalieri” (art. 4, co. 1, n. 7). Infine, lo Statuto della Regione Valle d’Aosta le attribuisce potestà legislativa in materia di “igiene e sanità, assistenza ospedaliera e profilattica” (art. 3, co. 1, lett. *l*). Dal punto di vista qualitativo – vale a dire del tipo di potestà legislativa

²⁴ P. GIANGASPERO, *Ancora sul processo di differenziazione dell’autonomia regionale ordinaria: le prospettive di applicazione dell’art. 116, co. 3 Cost. tra principio negoziale, vincoli procedurali ed impatto sul sistema delle fonti del diritto*, in *Le Regioni*, 2018, p. 171.

²⁵ E. CATELANI, *Nuove richieste di autonomia differenziata ex art. 116, co. 3 Cost.: profili procedurali di dubbia legittimità e possibile violazione dei diritti*, in *Osservatorio sulle Fonti*, 2, 2018, p. 15, al sito internet www.osservatoriosullefonti.it.

prevista – può osservarsi che la legislazione regionale nelle materie qui sopra menzionate rientra nella competenza concorrente, tranne nei casi della Valle d'Aosta, il cui Statuto letteralmente prevede una competenza attuativo-integrativa in materia, e della Regione Trentino-Alto Adige/*Südtirol*, che, ai sensi del suo Statuto, dispone di potestà legislativa primaria.

Tuttavia le ora descritte differenze quantitative e qualitative riscontrabili nelle discipline statutarie speciali vengono superate grazie all'operare della “clausola di maggior favore”²⁶ introdotti dall'art. 10 legge cost. n. 3/2001, secondo cui le disposizioni della stessa “si applicano anche alle Regioni a Statuto speciale e alle Province autonome di Trento e di Bolzano per le parti in cui prevedono forme di autonomia più ampie rispetto a quelle già attribuite”²⁷. Con riferimento all'ambito sanitario, la “tutela della salute” corrisponde a una materia più ampia di quelle statutariamente attribuite alle Regioni o alle Province autonome che di conseguenza vedono la loro competenza legislativa espandersi – e omogeneizzarsi – sino a coincidere appunto con la “tutela della salute”, secondo la consolidata giurisprudenza costituzionale²⁸. Oltre a espandersi quantitativamente, come nel caso delle altre specialità, la competenza legislativa statutaria valdostana in materia sanitaria si eleva anche qualitativamente, assumendo la natura di legislazione concorrente²⁹.

In materia sanitaria, alle Regioni speciali (e alle Province autonome), come pure alle Regioni ordinarie, è dunque oggi attribuita la medesima potestà legislativa concorrente relativamente alla “tutela della salute”³⁰. L'unica eccezione alla descritta uniformità di disciplina della competenza legislativa, parrebbe essere rappresentata dalla potestà legislativa primaria della Regione Trentino-Alto Adige/*Südtirol* relativamente all'“ordinamento degli enti sanitari ed ospedalieri” che, proprio in forza della sua natura primaria, risulta insuscettibile di essere ricondotta alla legislazione concorrente in materia di “tutela della salute” poiché tale legislazione non rientra nelle “forme di autonomia più ampie” rispetto alla prima. Si tratta peraltro di un'eccezione assai più apparente che reale, in quanto, nel quadro del processo di atrofizzazione della Regione trentino-altoatesina a vantaggio delle Province autonome, l'“ordinamento degli enti sanitari ed ospedalieri” è stato interpretato

²⁶ COSÌ T. MARTINES, A. RUGGERI e C. SALAZAR, *Lineamenti di diritto regionale*, 9 ed., Giuffrè, Milano, 2012, p. 171.

²⁷ Si noti come la previsione in discorso corrisponda a una disposizione transitoria, da applicarsi “sino all'adeguamento dei rispettivi Statuti” che peraltro non pare profilarsi all'orizzonte, nonostante siano trascorsi quasi vent'anni dall'entrata in vigore della legge cost. n. 3/2001.

²⁸ A partire da I. cost., sent. n. 134/2006 relativa alla potestà legislativa in materia sanitaria della Regione Friuli Venezia Giulia e delle Province autonome.

²⁹ Peraltro, anche anteriormente alla legge cost. n. 3/2001 e al suo art. 10, la mancata previsione nello Statuto valdostano della legislazione concorrente induceva ad assimilare a quest'ultima la potestà che lo Statuto stesso, all'art. 3, qualifica come volta a “emanare norme legislative di integrazione e di attuazione delle leggi della Repubblica” (così V. ONIDA, *Valle d'Aosta*, in Istituto per la Scienza dell'Amministrazione Pubblica, *La regionalizzazione*, II, Milano, 1983, pp. 1519-1520; *contra* F. SORRENTINO, *Le fonti del diritto italiano*, Cedam, Padova, 2009, p. 270).

³⁰ Così nella sent. n. 98/2007 la Corte costituzionale equipara la posizione del Friuli Venezia Giulia a quelle delle altre ricorrenti, tutte Regioni ordinarie.

dalle norme di attuazione statutaria in modo assai riduttivo, come mera disciplina del solo “modello di organizzazione delle istituzioni ed enti sanitari” (art. 1, co. 1 d.lgs. 16 marzo 1992, n. 267), determinando conseguentemente un’espansione della legislazione provinciale concorrente che coincide così sostanzialmente con l’ambito materiale rimesso alla medesima potestà legislativa di tutte le altre Regioni, speciali od ordinarie. Più in generale, le norme di attuazione degli Statuti speciali in materia sanitaria non hanno introdotto differenziazioni significative né rispetto agli ambiti di esercizio della potestà legislativa concorrente né rispetto al trasferimento delle funzioni amministrative, che non di rado si è limitato a riprodurre l’analogo trasferimento già attuato a favore delle Regioni ordinarie³¹. Alla constatazione che né la disciplina costituzional-statutaria della potestà legislativa in materia sanitaria né le norme di attuazione delle relative disposizioni dello Statuto speciale valgono a individuare una specialità sanitaria avente caratteri distinti da quelli riscontrabili nelle Regioni ordinarie, corrisponde la considerazione che, a partire dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833, “l’esistenza del Servizio sanitario nazionale (...) pone una serie di vincoli di sistema che costituiscono un obiettivo-limite alla previsione di generalizzate o generiche differenziazioni tra i Servizi sanitari regionali”³², a prescindere dalla natura ordinaria o speciale della Regione corrispondente. In tale prospettiva, muovendo dall’art. 32 Cost., può constatarsi come: da un lato, quanto alle prestazioni sanitarie nelle quali si inverte il diritto alla salute, i Livelli essenziali di assistenza vincolano in egual misura le Regioni ordinarie e quelle speciali (C. cost., sent. n. 134/2006), privando di fatto le une e le altre della possibilità di prevedere prestazioni sanitarie ulteriori³³, in ragione del carattere estremamente ampio e dettagliato dei L.e.a., come oggi definiti dal d.P.C.M. 12 gennaio 2017; dall’altro, quanto agli strumenti volti a tutelare il diritto alla salute, assicurando l’erogazione delle prestazioni sanitarie, la disciplina legislativa statale, contenuta nel testo vigente del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, risulta assai pervasiva e dunque tale da rendere sempre possibile la sostanziale “degradazione” della potestà legislativa regionale, ordinaria e speciale, in materia sanitaria da concorrente a sostanzialmente attuativo-integrativa della legislazione dello Stato³⁴. Per di più, non è riscontrabile alcuna correlazione fra la specialità regionale e l’adozione da parte della Regione di una disciplina differenziata del proprio Servizio sanitario. Anzi, si rammenti

³¹ L’unica eccezione sembra essere costituita dalle norme di attuazione dello Statuto trentino-altoatesino che, con riferimento alla Provincia autonoma di Bolzano, hanno previsto in ambito sanitario peculiari forme di tutela della minoranza germanofona e dell’uso della lingua tedesca [vedi M. COSULICH, *Le sanità regionali “speciali”*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Diritto alla salute e servizi sanitari tra consolidamento e indebolimento*, Il Mulino, Bologna, 2016, pp. 68-69].

³² R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato*, cit., p. 8.

³³ Si rammenti che, secondo la giurisprudenza costituzionale, “resta integra la potestà stessa della Regione di sviluppare ed arricchire il livello e la qualità delle prestazioni garantite dalla legislazione statale [*rectius*, nel caso che qui interessa, dal d.P.C.M.], in forme compatibili con quest’ultima” (sent. n. 248/2006).

³⁴ Vedi, con riferimento alla legislazione antecedente alla legge cost. n. 3/2001, R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Giuffrè, Milano, 2002, p. 13.

come il Servizio sanitario regionale che più si è allontanato dal modello comune corrisponde a una Regione ad autonomia ordinaria, la Lombardia³⁵.

Le peculiarità sanitarie delle Regioni ad autonomia speciale possono essere individuate utilizzando come angolo visuale non tanto la competenza legislativa concorrente in materia di “tutela della salute”, ma quella relativa al “coordinamento della finanza pubblica”. Può rilevarsi in proposito come quattro Statuti speciali su cinque prevedano la “decostituzionalizzazione” delle proprie disposizioni finanziarie, suscettibili di essere modificate attraverso procedimenti legislativi ordinari, ancorché aggravati da un coinvolgimento regionale³⁶, in forma di proposta concordata (art. 104, co. 2 St. T-AA/S e art. 50, co. 5 St. Vd’A)³⁷ o di parere (art. 63, co. 5 St. FVG e art. 54, co. 5 St. Sard.)³⁸. Tutte le citate disposizioni statutarie sono state utilizzate in ambito sanitario al fine di introdurre in ciascun Statuto speciale la previsione del totale autofinanziamento del rispettivo Servizio sanitario regionale (o provinciale, in Trentino-Alto Adige/*Südtirol*)³⁹. In particolare, l’art. 34, co. 3, secondo periodo legge 23 dicembre 1994, n. 724 (legge finanziaria 1995) dispone che “la Regione Valle d’Aosta e le Province autonome di Trento e di Bolzano provvedono al finanziamento del Servizio sanitario nazionale nei rispettivi territori, senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato”. Analoghe disposizioni sono state successivamente introdotte per il Friuli Venezia Giulia dall’art. 1, co. 144 legge 23 dicembre 1996, n. 662 (legge finanziaria 1997), secondo cui detta Regione “provvede al finanziamento dell’assistenza sanitaria con i proventi dei contributi sanitari e con risorse del proprio bilancio” e dall’art. 1, co. 836 legge 27 dicembre 2006, n. 296 (legge finanziaria 2007) per la Sardegna che “provvede al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale sul proprio territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato”.

In tal modo si manifesta un’ulteriore modalità di operare delle relazioni bilaterali, negoziali e concordate della singola Regione speciale con lo Stato che, come si è visto, costituisce il “segreto” del successo della specialità regionale, o, se si preferisce, delle specialità regionali che hanno successo. Può in proposito rammentarsi *a contrario* il caso della Sicilia che costituisce l’unica Regione speciale non tanto priva della previsione statutaria relativa alla

³⁵ Si veda B. PEZZINI, *Ventun modelli sanitari? Quanta diseguaglianza possiamo accettare (e quanta diseguaglianza riusciamo a vedere). Il cosiddetto modello lombardo*, in R. BALDUZZI (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Giuffrè, Milano, 2005, pp. 402-404.

³⁶ Vedi P. CARETTI, G. TARLI BARBIERI, *Diritto regionale*, 5 ed., Giappichelli, Torino, 2019, p. 358.

³⁷ Più specificamente: lo Statuto trentino-altoatesino prevede una “legge ordinaria dello Stato, su concorde richiesta del Governo e, per quanto di rispettiva competenza, della Regione o delle due Province”; quello valdostano, una “legge dello Stato, in accordo con la Giunta regionale”.

³⁸ Entrambi i testi statutarî prevedono la modifica con legge ordinaria “in ogni caso, sentita la Regione”.

³⁹ Vedi *amplius* R. BALDUZZI, D. PARIS, *La specialità che c’è, ma non si vede. La sanità nelle Regioni a Statuto speciale*, in F. PALERMO, S. PAROLARI (a cura di), *Le variabili della specialità. Evidenze e riscontri tra soluzioni istituzionali e politiche settoriali*, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2018, pp. 461-464.

descritta decostituzionalizzazione delle disposizioni finanziarie⁴⁰, quanto piuttosto non in grado di autofinanziare il proprio servizio sanitario regionale, rientrando invece nel novero delle Regioni sottoposte ai Piani di rientro⁴¹. Con riferimento a questi ultimi la distinzione fra Nord e Sud sembra oggi far premio su quella tra Regioni speciali e Regioni ordinarie: nessuna Regione a nord del Lazio è oggi sottoposta ai Piani di rientro, mentre, oltre al Lazio e a eccezione della Basilicata, vi sono assoggettate tutte le Regioni corrispondenti al preunitario Regno delle due Sicilie; quasi un esempio della braudeliana *longue durée*⁴², indicante le lentissime trasformazioni delle strutture portanti della società.

All'estremo opposto rispetto alle Regioni sottoposte ai Piani di rientro, le Regioni speciali e le Province autonome che autofinanziano totalmente il proprio Servizio sanitario tendono a sfuggire “ai vincoli organizzativi posti dallo Stato a titolo di coordinamento della finanza pubblica, con misure che, al fine di contenere i costi della spesa sanitaria, impongono una serie di restrizioni alla disciplina e alla gestione del Servizio sanitario regionale”⁴³. Così, con specifico riferimento al Trentino, ma con affermazioni estensibili a tutte le Regioni che autofinanziano il loro Servizio sanitario, “dal momento che lo Stato non concorre al finanziamento del Servizio sanitario provinciale, (...), esso neppure ha titolo per dettare norme di coordinamento finanziario che definiscano le modalità di contenimento di una spesa sanitaria che è interamente sostenuta dalla Provincia autonoma di Trento” (C.cost., sent. n. 341/2009). Che sia proprio e solo il “coordinamento della finanza pubblica” a determinare le peculiarità in materia sanitaria di (quasi) tutte le Regioni speciali trova conferma nella considerazione che il mero autofinanziamento del Servizio sanitario regionale non vale a escludere una di tali Regioni – nel caso di specie il Friuli Venezia Giulia – dalla sottoposizione alla disciplina statale se questa “non costituisce solo un principio di coordinamento della finanza pubblica diretto al contenimento della spesa sanitaria, ma incide anche sulla quantità e sulla qualità delle prestazioni garantite, e, quindi, sui livelli essenziali di assistenza” (C.cost., sent. n. 187/2012)⁴⁴.

⁴⁰ Peraltro le “Norme di attuazione dello Statuto della Regione siciliana in materia finanziaria”, adottate con d.P.R. 26 luglio 1965, n. 1074 e frutto di relazioni bilaterali fra lo Stato e la Sicilia, le assicurano comunque un'elevata percentuale delle entrate tributarie riscosse nell'ambito del suo territorio (si veda il testo vigente dell'art. 2 del d.P.R. citato), analogamente a quanto oggi previsto dagli altri Statuti regionali speciali, grazie alle loro descritte modifiche decostituzionalizzate.

⁴¹ Si veda il sito *internet* www.salute.gov.it/portale/pianiRientro/homePianiRientro.jsp.

⁴² COSÌ F. BRAUDEL, *Histoire et Sciences sociales: la longue durée*, in *Annales. Économies, Sociétés, Civilisations*, 1958, 4, p. 725.

⁴³ R. BALDUZZI, D. PARIS, *La specialità che c'è*, cit., p. 483.

⁴⁴ Vedi L. BUSATTA, *Il c.d. super ticket e la Corte costituzionale: solo una questione di competenze?*, in *Le Regioni*, 2013, p. 1072.

5. Le sanità differenziate: un settore di specialità

Nell'ambito dei procedimenti di differenziazione regionale ad oggi più avanzati⁴⁵, le richieste di “forme e condizioni particolari di autonomia” in ambito sanitario sembrano andare nella direzione della specialità sanitaria come ora ricostruita, in quanto paiono coincidere “soprattutto con l’allentamento dei vincoli di spesa”⁴⁶, ottenuto attraverso l’autofinanziamento del proprio Servizio sanitario regionale. Alcuni indizi in tal senso sono rinvenibili negli atti preparatori dei procedimenti in discorso.

Così, quanto all’autofinanziamento e agli strumenti che lo rendono possibile, l’art. 4, co. 1, lett. *a* delle “Disposizioni generali” di ciascun Accordo preliminare prevede una “compartecipazione o riserva di aliquota di uno o più tributi erariali maturati nel territorio regionale, tali da consentire la gestione delle competenze trasferite o assegnate, in coerenza con quanto disposto dall’art. 119, co. 4 Cost.”, vale a dire in modo tale da consentire “alle Regioni di finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite”. Si tratta di una previsione ripresa e precisata da tutte e tre le bozze di Intesa, in entrambe le versioni (febbraio 2019 e maggio 2019) laddove si fa riferimento, per il finanziamento delle competenze in discorso, all’“utilizzo, eventualmente anche congiunto” della “compartecipazione al gettito maturato nel territorio regionale dell’imposta sui redditi delle persone fisiche e di eventuali altri tributi erariali” e ad “aliquote riservate (...) sulla base imponibile dei medesimi tributi riferibile al territorio regionale” (art. 5, co. 2).

Per quanto riguarda invece l’allentamento dei vincoli di spesa, l’art. 1 dell’Allegato “Salute” ai tre Accordi preliminari prevede che alla Regione sia “attribuita, quale misura essenziale per il funzionamento dell’assetto organizzativo delle strutture sanitarie, una maggiore autonomia finalizzata a rimuovere i vincoli di spesa specifici, con particolare [ma non esclusivo] riguardo alle politiche di gestione del personale”⁴⁷. Nella stessa direzione paiono potersi leggere le bozze di Intesa, soprattutto nella versione del maggio 2019 e con riferimento alle “Proposte della Regione non accettate dai Ministeri” che esprimono comunque gli orientamenti regionali al riguardo. In particolare, nella bozza emiliano-romagnola, al co. 1, lett. *a* dell’art. 35, rubricato “Competenze in materia sanitaria” si ragiona di rimozione di vincoli di spesa, “con particolare riferimento a quelli in materia di personale e di valutazione del risultato economico dei singoli enti sanitari regionali”. La rimozione dei vincoli di spesa relativamente al personale dipendente del Servizio sanitario nazionale viene ulteriormente disciplinata all’articolo successivo, non numerato, ma rubricato “Vincoli di spesa in materia sanitaria”. La bozza lombarda prevede una più generale attribuzione alla Regione della competenza per la “definizione dell’utilizzo delle risorse finanziarie

⁴⁵ Vedi *supra* par. 3.

⁴⁶ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato*, cit., p. 8.

⁴⁷ Così letteralmente dispongono gli Accordi preliminari con l’Emilia-Romagna e con il Veneto; quello con la Lombardia contiene una disposizione assai simile.

da impiegare per il personale (...), per l'acquisto di beni e servizi, di farmaci, dispositivi medici, nonché per l'acquisto di prestazioni da erogatori di diritto privato”⁴⁸ (co. 1, lett. c dell'art. 25, rubricato “Tutela della salute”). Ancor più esplicita risulta la bozza veneta, laddove la “definizione” in discorso viene contemplata “anche in deroga ai limiti di spesa previsti a livello nazionale” (art. 29 “Tutela della salute”, al co. 1).

Alla luce delle ora citate indicazioni degli Accordi preliminari e delle bozze di Intesa, il nesso «autofinanziamento del Servizio sanitario regionale – allentamento dei vincoli statali alla spesa sanitaria» sembra destinato, *de iure condendo*, a caratterizzare le Regioni differenziate, avvicinandole sotto tale profilo alle Regioni speciali. Detto nesso, oggi proprio soltanto di quattro poco popolate Regioni a Statuto speciale, in forza di caratteristiche immediatamente riconducibili alla loro specialità⁴⁹, tenderebbe così a divenire uno dei tratti caratterizzanti la sanità italiana, interessando potenzialmente anche tutte le altre Regioni che, al pari di Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto, paiono in grado di sostenere finanziariamente il corrispondente Servizio sanitario grazie al gettito fiscale riscosso sul loro territorio. In tal modo si profilerebbe all'orizzonte un Servizio sanitario nazionale a due velocità: da un lato Regioni che autofinanziano la propria sanità, sottraendosi per tal via ai vincoli di spesa imposti dallo Stato; dall'altro Regioni la cui debolezza finanziaria rende soggette a tali vincoli, nonché, probabilmente, ai Piani di rientro. Il che si tradurrebbe in un indebolimento complessivo del Servizio sanitario nazionale; dunque, a ben vedere, della tutela della salute che esso garantisce, ai sensi dell'art. 1, co. 1 della legge n. 833/1978, “dichiaratamente attuativa delle disposizioni costituzionali di cui all'art. 32”⁵⁰.

⁴⁸ Conformemente al “modello lombardo” (vedi *supra* nt. 35).

⁴⁹ Vedi *supra* par. 4.

⁵⁰ A. MATTIONI, *Le quattro riforme della sanità*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Il Mulino, Bologna, 2009, p. 268.

