

Sezione speciale

Parte II

I regionalismi differenziati fanno bene
alla sanità e alla salute?

Regionalismo differenziato e “tutela della salute” quale materia concorrente*

Matteo Cosulich**

SOMMARIO: 1. Premessa. – 2. Il quadro costituzionale. – 3. I Livelli essenziali di assistenza. – 4. L'intesa in Conferenza Stato-Regioni. – 5. La definizione dei Lea alle prese con il regionalismo differenziato.

1. Premessa

La natura concorrente della materia “tutela della salute” comporta anzitutto e necessariamente la ripartizione della sua disciplina fra lo Stato e le Regioni, secondo i canoni corrispondenti a tale natura (par. 2); ma implica altresì che la “tutela della salute”, in quanto materia di legislazione concorrente al pari delle altre elencate al co. 3 dell'art. 117 Cost., costituisca uno dei campi di possibile applicazione del procedimento di differenziazione regionale *ex* art. 116, co. 3 Cost. Al riguardo, è noto come gli atti variamente prodromici all'avvio della differenziazione regionale abbiano tutti interessato anche la materia sanitaria: dagli accordi

* Il contributo costituisce la rielaborazione della relazione tenuta dall'Autore nella seconda sessione (“Il regionalismo differenziato fa bene alla sanità e alla salute?”) del XXIII Convegno nazionale di diritto sanitario (Milano, 24-25 ottobre 2025), organizzato a conclusione del PRIN “Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria, dopo l'emergenza della pandemia” (P.I. prof. Renato Balduzzi).

** Professore ordinario di Diritto costituzionale e pubblico nell'Università di Trento, matteo.cosulich@unitn.it.

preliminari del 2018 alle bozze di intesa del 2019¹ sino alla legge 26 giugno 2024, n. 86 e, di conseguenza, alla giurisprudenza costituzionale che l'ha dichiarata in (larga) parte illegittima (sent. n. 192 del 2024), nonché ai successivi accordi preliminari del 2025.

La “tutela della salute” presenta peraltro alcune peculiarità rispetto alle altre materie concorrenti che contribuiscono a farne l'unica materia rientrante in tale novero nella quale i Livelli essenziali delle prestazioni (d'ora in poi, Lep) sono stati da tempo compiutamente determinati, attraverso la definizione dei Livelli essenziali di assistenza (d'ora in poi Lea) che corrisponde, appunto, alla determinazione dei primi (Corte cost., sent. n. 233 del 2022, punto 10. *in diritto*). Le accennate peculiarità sembrano da individuarsi nella circostanza che la materia sanitaria risulta intersecata in modo particolarmente significativo da altre materie di competenza legislativa esclusiva dello Stato, fra cui spicca appunto la determinazione dei Lep, *ex art.* 117, co. 2, lett. *m* Cost. (par. 3). Nella “tutela della salute” si realizza quindi una forma di bilanciamento nella definizione dei Lea, realizzata in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano (par. 4). Più specificamente, la definizione dei Lea (quale determinazione dei Lep in materia sanitaria) consente “la realizzazione di un bilanciamento tra l'istanza *autonomistica* – che spinge verso una diversificazione nell'erogazione dei servizi – e quella *egualitaria* – che invece propende per una loro uniformizzazione”². I Lea e la loro definizione esprimono così un mutevole punto di equilibrio fra Stato e Regioni, che corrisponde, a livello normativo/strutturale, al bilanciamento funzionale tra uniformizzazione e diversificazione nell'erogazione dei servizi (più specificamente, prestazioni sanitarie) cui si accennava poc'anzi.

Un poco paradossalmente, la legge n. 86 del 2024 (che si sarebbe potuta reputare, di primo acchito, favorevole all'istanza autonomistica in quanto volta a realizzare una diversificazione che trova la sua *ratio* proprio nella differenziazione regionale) valorizza l'istanza egualitaria, comprimendo, come vedremo, il ruolo della Conferenza Stato-Regioni. Il paradosso è tuttavia soltanto apparente e ben si spiega alla luce della filosofia che pare guidare, dal 2018 ad oggi, i tentativi di attuazione del regionalismo differenziato: favorire l'autonomia di alcune Regioni, non del sistema regionale complessivamente inteso (par. 5).

¹ Vedi R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, n. 2, 2019, pp. 5-7.

² L. CHIEFFI, *Disarticolazione del sistema delle autonomie e garanzia dei livelli essenziali*, in E. BETTINELLI, F. RIGANO (a cura di), *La riforma del titolo V della Costituzione e la giurisprudenza costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2004, p. 739; corsivo nel testo.

2. Il quadro costituzionale

L'analisi dei Lea e delle modalità della loro determinazione richiede anzitutto la ricostruzione del quadro costituzionale dove collocare gli uni e l'altra, osservandolo dall'angolo visuale della ripartizione delle competenze e delle funzioni fra le Regioni e lo Stato.

Il dato normativo da cui muovere è naturalmente l'inclusione, all'art. 117, co. 3 Cost., della “tutela della salute” nel novero delle materie di legislazione concorrente, notoriamente disposta dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3. Dal punto di vista materiale, può osservarsi come nel 2001 alla legislazione concorrente viene rimesso un ambito più ampio rispetto alla “assistenza sanitaria ed ospedaliera” di cui ragionava il testo originario della Costituzione (art. 117, co. 1). Per di più, il tenore letterale della previsione costituzionale introdotta nel 2001 sembrava escludere la cedevole legislazione di dettaglio dello Stato³, al quale era appunto letteralmente riservata soltanto “la determinazione dei principi fondamentali”, la restante disciplina legislativa spettando invece alle Regioni.

Va peraltro rilevato come, anteriormente alla revisione costituzionale del 2001, l’“assistenza sanitaria ed ospedaliera” fosse stata progressivamente ridefinita in senso espansivo ad opera dello stesso legislatore statale, “seguendo una «tendenza unificatrice» dell'intera materia sanitaria”⁴, sia quando vennero trasferite o delegate funzioni amministrative alle Regioni (decreto del Presidente della Repubblica 24 luglio 1977, n. 616 e decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112)⁵ sia in occasione dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale (legge n. 833 del 1978) e delle sue successive riforme. Il passaggio dalla previsione costituzionale dell’“assistenza sanitaria ed ospedaliera” a quella della “tutela della salute” sembra dunque corrispondere al completamento e alla cristallizzazione di un processo in buona parte già realizzato dal legislatore ordinario. Anche con riferimento alla prassi della cedevole legislazione statale di dettaglio, il vigente testo costituzionale appare meno innovativo di quanto la sua lettera potrebbe indurre a reputare: la giurisprudenza costituzionale successiva al 2001 ha ribadito la possibilità di adottare norme di dettaglio cedevoli⁶, reputando in più occasioni non illegittima detta prassi⁷. Peraltro, in ambito sanitario la questione della distinzione fra

³ Sulle norme statali di dettaglio cedevoli si veda S. PARISI, *La competenza concorrente*, in R. BIN, G. FALCON (a cura di), *Diritto regionale*, 3 ed., Bologna, il Mulino, 2024, pp. 272-273.

⁴ G. CARPANI, D. MORANA, *Le competenze legislative in materia di “tutela della salute”*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, il Mulino, 2013, p. 95.

⁵ Si noti in proposito come l'art. 27, co. 1 d.P.R. n. 616 del 1977 riconduca alla materia “assistenza sanitaria ed ospedaliera” “la promozione, il mantenimento ed il recupero dello stato di benessere fisico e psichico della popolazione”, vale a dire il complesso delle funzioni che di lì a poco saranno attribuite al Servizio sanitario nazionale dall'art. 1, co. 3 legge 23 dicembre 1978, n. 833. Ai sensi del successivo d.lgs. n. 112 del 1998, tali funzioni vengono sussunte nella “tutela della salute umana” (art. 113, co. 1).

⁶ Vedi E. CARLONI, F. CORTESE, *La potestà normativa fra Stato e Regioni: distribuzione materiale e intreccio di competenze*, in ID. (a cura di), *Diritto delle autonomie territoriali*, Padova, Cedam, 2020, p. 75.

⁷ Così, ad esempio: sent. n. 13 del 2004, sent. n. 196 del 2004, sent. n. 50 del 2005, sent. n. 384 del 2005 e sent. n. 176 del 2010.

principi fondamentali e disciplina di dettaglio è sbrigativamente risolta dal legislatore statale ricorrendo all'autoqualificazione⁸: l'art. 19, co. 1 decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come sostituito dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, definisce in termini di principi fondamentali tutte le disposizioni dello stesso d.lgs. n. 502⁹. In proposito è significativo che all'art. 19 sia stato successivamente aggiunto il co. 2-*bis* (dal decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, senza modificazioni sul punto, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405) che trasforma in cedevole dettaglio la disciplina contenuta nell'art. 9-*bis* del d.lgs. n. 502 (e nell'art. 4, co. 1-*bis*), espungendola così dai principi fondamentali. La novella ora richiamata sembra confermare come la distinzione fra principio fondamentale, da un lato, e norma di dettaglio (cedevole), dall'altro, paia condizionata da una logica di opportunità politica, laddove, nel caso di specie, il legislatore governativo dà il via libera a quello regionale per consentirgli "di adottare programmi di sperimentazione organizzativa senza limite alcuno di oggetto o di contenuto"¹⁰. Il che ha consentito alla Regione Lombardia di edificare (dapprima con la legge regionale 11 luglio 1997, n. 31, quindi con quella 11 agosto 2015, n. 23), per il tramite delle sperimentazioni gestionali, il cosiddetto "modello lombardo", vale a dire un sistema sanitario regionale fondato sull'equiparazione tra produttori pubblici e privati di prestazioni sanitarie; perciò stesso, tendente a fuoriuscire dai principi "strettamente coesenziali all'esistenza di un Servizio sanitario nazionale"¹¹.

In materia sanitaria, la differenza più rilevante fra il testo originario della Costituzione e quello vigente può essere individuata nel criterio di identificazione dell'ente cui spetta la competenza legislativa se essa non ricade nell'"assistenza sanitaria ed ospedaliera", prima della revisione costituzionale del 2001, o, a partire da allora, nella "tutela della salute". Secondo la previgente disciplina costituzionale, se un oggetto non era riconducibile all'"assistenza sanitaria ed ospedaliera" ricadeva nella legislazione statale (esclusiva), salvo che si potesse individuare un altro titolo competenziale regionale (concorrente o, nelle sole Regioni speciali, primario). Oggi il criterio risulta invece capovolto: se un oggetto non può venir ricondotto alla "tutela della salute", ricade nella legislazione regionale (residuale o eventualmente, nelle Regioni speciali, primaria), salvo che si possa individuare un altro titolo competenziale statale (esclusivo o concorrente)¹².

⁸ Sulla quale vedi criticamente T. MARTINES, A. RUGGERI, C. SALAZAR, A. MORELLI, *Lineamenti di diritto regionale*, 10 ed., Milano, Giuffrè, 2019, p. 201.

⁹ Si rammenti che l'immediatamente successivo co. 2, volto a vincolare analogamente la potestà primaria delle Regioni ad autonomia speciale e delle Province autonome, stabilendo che quasi tutte le disposizioni contenute nel d.lgs. n. 502 sono "altresì norme fondamentali di riforma economico-sociale della Repubblica", è stato dichiarato costituzionalmente illegittimo dalla sent. n. 354 del 1994, nella parte in cui così qualifica "le disposizioni ivi indicate, e non solo i principi da esse desumibili".

¹⁰ R. BALDUZZI, *Le "sperimentazioni gestionali" tra devoluzione di competenze e fuoriuscita dal sistema*, in *Quaderni regionali*, 2004, p. 542.

¹¹ R. BALDUZZI, *Esiste ancora un Servizio sanitario nazionale?*, in *Quaderni Formez*, n. 41, 2005, pp. 26-27.

¹² L'edilizia sanitaria costituisce un esempio di oggetto posto all'intersezione fra le materie, concorrenti, della "tutela della salute" e del "governo del territorio" (Corte cost., sent. n. 105 del 2007).

Di conseguenza, la descritta interpretazione estensiva della locuzione “assistenza sanitaria ed ospedaliera” favoriva l’espansione della legislazione regionale, peraltro frenata dall’accennata autoqualificazione in termini di principi fondamentali di interi atti legislativi statali. L’interpretazione estensiva prevale tuttora, riferita alla materia “tutela della salute”, ma produce risultati opposti, in quanto consolida la presa del legislatore statale sull’oggetto in essa ricadente, che altrimenti tenderebbe a sfuggirgli, se rientrasse nella legislazione regionale residuale. Anche grazie al “carattere finalistico dell’espressione «tutela della salute»”¹³, la giurisprudenza costituzionale ha allargato i confini di quest’ultima, facendovi ricadere oggetti di per sé probabilmente riconducibili alle materie innominate di legislazione regionale residuale *ex art. 117, co. 4 Cost.*¹⁴. Potrebbe osservarsi che la legislazione statale relativamente alla “tutela della salute”, in quanto materia di competenza concorrente, si limita ai principi fondamentali, ma si è visto come questi ultimi in materia sanitaria vengono identificati con notevole larghezza.

Per di più, la materia sanitaria è soggetta anche a competenze statali “trasversali”¹⁵, relative a “materie-non materie”¹⁶, rientranti nella potestà legislativa esclusiva dello Stato, quali la “tutela dell’ambiente” (art. 117, co. 2, lett. s Cost.) e l’“ordinamento civile” (ivi, lett. D); l’una e l’altra, in forza dell’accennata trasversalità, risultano capaci di intersecare l’ambito materiale della “tutela della salute”, con riferimento, ad esempio e rispettivamente, alla protezione dall’inquinamento elettromagnetico (Corte cost., sent. n. 336 del 2005) e alle modalità di espressione del consenso a un trattamento sanitario (Corte cost., sent. n. 253 del 2006).

3. I Livelli essenziali di assistenza

La competenza statale esclusiva e trasversale che maggiormente incide sulla materia sanitaria è certamente costituita dalla “determinazione dei Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali” (art. 117, co. 2, lett. m Cost.). Il legame fra tale competenza e detta materia emerge agevolmente se si rammenti che: a monte della previsione costituzionale, quest’ultima corrisponde alla costituzionalizzazione, ad opera della legge cost. n. 3 del 2001, della previsione legislativa dei Lea in ambito sanitario, introdotta dal

¹³ G. CARPANI, D. MORANA, *Le competenze legislative*, cit., p. 97.

¹⁴ Così, ad esempio, l’organizzazione del servizio farmaceutico (sent. n. 430 del 2007), l’ippoterapia (sent. n. 12 del 2004) e l’organizzazione sanitaria (sent. n. 181 del 2006 e sent. n. 371 del 2008) sulla quale vedi *amplius* R. BALDUZZI, *La giurisprudenza costituzionale in materia sanitaria tra paradigma e deroga*, in R. BALDUZZI, M. CAVINO, J. LUTHER (a cura di), *La Corte costituzionale vent’anni dopo la svolta*, Torino, Giappichelli, 2011, pp. 188-190 e, anche alla luce della più recente giurisprudenza costituzionale, F. POLITI, *Ordinamento regionale e servizio sanitario*, in questo Volume.

¹⁵ G. FALCON, *Il nuovo titolo V della parte II della Costituzione*, in *Le Regioni*, 2001, p. 5.

¹⁶ A. D’ATENA, *Materie legislative e tipologia delle competenze*, in *Quaderni costituzionali*, 2003, pp. 21-23.

decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229 all'art. 1 d.lgs. n. 502 del 1992¹⁷; a valle della previsione costituzionale, può rimarcarsi che la materia sanitaria è l'unica nella quale i Lep sono stati puntualmente definiti, appunto come Lea¹⁸, dapprima con d.p.c.m. 29 novembre 2001, quindi con d.p.c.m. 12 gennaio 2017. Al riguardo, si osservi come il grado costituzionale ben si addica alla scelta a favore dell'essenzialità dei Livelli delle prestazioni, in quanto essa è in grado di “qualificare i tratti essenziali della forma di Stato e le sue caratteristiche di garanzia dei diritti sino al massimo livello di tutela della dignità umana”¹⁹. La riconducibilità dei Lea ai Lep emerge anche dalla constatazione che i primi vincolano, accanto alle Regioni ordinarie, le autonomie speciali, poiché alla materia sanitaria si applica l'art. 10 legge cost. n. 3 del 2001, in quanto la “tutela della salute” (art. 117, co. 3 Cost.) attribuisce materialmente maggiore autonomia dell’“igiene e sanità, ivi compresa l'assistenza sanitaria ed ospedaliera” di cui ragionano i risalenti Statuti speciali²⁰. Dal che discende appunto che i Lea, espressione dei Lep in ambito sanitario, vincolano anche le autonomie speciali (Corte cost., sent. n. 134 del 2006, punto 8. *in diritto*).

Riassuntivamente, può dirsi che la previsione dei Lea nella legislazione sanitaria altro non sia che una sorta di anticipazione dei Lep di cui all'art. 117 Cost. Tanto è vero che, come si diceva, i Lep più compiutamente definiti sono proprio quelli in ambito sanitario; i Lea, appunto.

La riconduzione dei Lea alla competenza legislativa esclusiva dello Stato di cui all'art. 117, co. 2, lett. *m* Cost., vale a dire alla determinazione dei Lep, parrebbe comprimere significativamente la competenza legislativa regionale in materia di “tutela della salute”. Va peraltro osservato come le Regioni recuperino un loro ruolo proprio grazie alla definizione dei Lea, “sostanzialmente rimessa alla codecisione di Stato e Regioni”²¹. Più in generale, si potrebbe dire che laddove le competenze dello Stato e quelle delle Regioni si sovrappongono – o se si preferisce, quando la competenza trasversale dello Stato interseca quella delle Regioni, come nel caso della determinazione dei Lep/Lea rispetto alla competenza concorrente in

¹⁷ Si noti che il testo originario del d.lgs. n. 502, come pure quello novellato dal d.lgs. n. 517, ragionavano di “Livelli uniformi di assistenza sanitaria” indicati dal Piano sanitario nazionale che divengono “Livelli essenziali e uniformi di assistenza” nella rubrica del testo vigente dell'art. 1 d.lgs. n. 502, introdotto dal d.lgs. n. 229 e anche “Livelli essenziali di assistenza” nelle disposizioni contenute in tale articolo (corsivi di chi qui scrive).

¹⁸ Si veda L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, n. 1, 2020, p. 26.

¹⁹ R. BALDUZZI, *Livelli essenziali di assistenza versus livelli minimi*, in *La politica economica tra mercati e regole. Scritti in ricordo di Luciano Stella*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2005, p. 63. Si rammenti che la giurisprudenza costituzionale rimarca come la “determinazione dei Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali” (ex art. 117, co. 2, lett. *m* Cost.) sia volta ad “assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti” (sent. n. 282 del 2002, punto 3. *in diritto*).

²⁰ Così, ad esempio, art. 9, co. 1, n. 10 Statuto Trentino-Alto Adige/Südtirol (al riguardo, si veda G. PARODI, *Il sistema sanitario della Provincia autonoma di Bolzano*, in R. BALDUZZI (a cura di), *I Servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, Giuffrè, 2005, p. 372); in termini analoghi si esprimono le previsioni degli altri Statuti speciali.

²¹ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto*, cit., p. 84.

materia di “tutela della salute” – il punto di equilibrio è l’intesa, alla luce del regionalismo cooperativo che connota il nostro ordinamento costituzionale. Altrimenti detto, nell’intesa trova compiuta espressione il principio di leale collaborazione fra lo Stato e le Regioni²². Con specifico riferimento ai Lea, ai sensi del procedimento disciplinato dall’art. 6, co. 1, secondo periodo d.-l. n. 347 del 2001, come convertito dalla legge n. 405 del 2001, il relativo d.p.c.m. è adottato “su proposta del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze”; ma, appunto, “d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano” (d’ora in poi, Conferenza Stato-Regioni). I Lea vengono così espunti dal Piano sanitario nazionale, dove li collocava l’art. 1, co. 2 d.lgs. n. 502 del 1992. In tal modo, vengono estromessi dalla determinazione dei Lea sia le Commissioni parlamentari competenti per materia²³ sia i Comuni in quanto componenti della Conferenza unificata: le Commissioni in discorso esprimono infatti un parere sul Piano che viene adottato d’intesa con tale Conferenza (anziché con la Conferenza Stato-Regioni), *ex art.* 1, co. 5 d.lgs. n. 502 del 1992. Nell’ambito di un procedimento di adozione utilizzato soltanto per la definizione dei Lea e distinto da quello previsto per il Piano sanitario nazionale, lo Stato e le Regioni sono dunque gli unici protagonisti²⁴. Il che non dovrebbe stupire, alla luce della constatazione che la disciplina del procedimento di definizione dei Lea, al citato art. 6 d.-l. n. 347, non fa che formalizzare, precisandolo, l’accordo concluso in sede di Conferenza Stato-Regioni l’8 agosto 2001²⁵, opportunamente menzionato nella premessa di tale d.-l.

È ben vero che, anche al fine di superare le perplessità suscitate dalla “determinazione dei Livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali”, *ex art.* 117, co. 2, lett. *m* Cost., per il tramite di una fonte secondaria²⁶, qual è appunto il d.p.c.m. 29 novembre 2001, quest’ultimo è stato legificato dall’art. 54, co. 2 legge 27 dicembre 2002, n. 289 (legge finanziaria del 2003). Peraltro, l’immediatamente successivo co. 3 dell’art. 54 introduce un meccanismo di delegificazione per le successive modifiche, confermando per tal via il medesimo procedimento di definizione dei Lea, ivi compresa l’intesa in Conferenza Stato-

²² Si veda L. BUSATTA, *Il c.d. super ticket e la Corte costituzionale: solo una questione di competenze?*, in *Le Regioni*, 2013, p. 1073.

²³ Si noti come il parere delle Commissioni parlamentari competenti per materia sia stato successivamente reintrodotta (vedi *infra* nt. 27).

²⁴ Si noti come i Lea del 2001 vennero definiti in un vero e proprio accordo fra lo Stato e le Regioni, concluso il 22 novembre 2001 (vedilo in *Gazzetta Ufficiale*, serie generale, 23 gennaio 2002, n. 23, supplemento ordinario n. 14, pp. 5-74.)

²⁵ Si veda in *Gazzetta Ufficiale*, serie generale, 6 settembre 2001, n. 207, pp. 11-13, l’accordo tra Governo, Regioni e Province Autonome dell’8 agosto 2001, il cui punto 15 recita: “Il Governo si impegna ad adottare, entro il 30 novembre 2001, un provvedimento per la definizione dei Lea, d’intesa con la Conferenza Stato-Regioni, a stralcio del Piano sanitario nazionale”.

²⁶ Così al riguardo Consiglio di Stato, Sez. IV, ord. n. 4485 del 2002. Il Consiglio di Stato si è successivamente reputato soddisfatto della soluzione adottata dalla legge n. 289 (vedi qui di seguito nel testo): “la sostanziale legificazione dei contenuti della fonte subordinata esercita un effetto sanante dei dubbi di legittimità costituzionale in precedenza prospettati” (Consiglio di Stato, Sez. IV, ord. n. 1002 del 2003).

Regioni. Si configura così “una precisa procedura, individuata con fonte legislativa, per la determinazione di quanto previsto dall’art. 117, co. 2, lett. *m* Cost.” (Corte cost., sent. n. 88 del 2003); procedura ribadita dall’art. 1, co. 554 legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016)²⁷, in base al quale è stato adottato il citato d.p.c.m. 12 gennaio 2017, che definisce i Lea vigenti.

4. L’intesa in Conferenza Stato-Regioni

Attualmente, la definizione dei Lea (vale a dire la determinazione dei Lep in ambito sanitario) è dunque disciplinata dall’ora menzionato art. 1, co. 554, ai sensi del quale “la definizione e l’aggiornamento dei Lea di cui all’art. 1, co. 7 d.lgs. n. 502 del 1992, sono effettuati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari (...)”²⁸. Alla qui descritta centralità dei Lea nell’esprimere il bilanciamento fra autonomia ed eguaglianza nella sanità corrisponde quindi la centralità della Conferenza Stato-Regioni, nel cui ambito si perfezione l’intesa che tale bilanciamento volta a volta stabilisce.

Al riguardo, può richiamarsi l’accordo dell’8 agosto 2001²⁹, dove Stato e Regioni stabiliscono le modalità di definizione dei Lea, quale “paradigma del rilievo assunto dal sistema delle Conferenze in materia sanitaria”³⁰, con specifico riferimento alla Conferenza Stato-Regioni. Più in generale, può agevolmente constatarsi come nell’ambito delle competenze della Conferenza Stato-Regioni quelle in materia sanitaria risultino particolarmente ampie, interessando vari profili dell’amministrazione della salute³¹. È sufficiente scorrere, da un lato, il testo vigente del d.lgs. n. 502 del 1992 e, dall’altro, quello del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 laddove disciplina le attribuzioni della Conferenza Stato-Regioni. Così, ad esempio, la Conferenza: esprime parere sui decreti ministeriali di determinazione del fabbisogno di personale sanitario per il Servizio sanitario nazionale (art. 6-ter, co. 1 d.lgs. n. 502 del 1992); esprime intesa sul decreto ministeriale che stabilisce “i criteri generali per

²⁷ Peraltro, il co. 554 reintroduce il parere della Commissioni parlamentari competenti per materia, acquisito precedentemente all’adozione del d.p.c.m. 12 gennaio 2017, come risulta dalla sua premessa.

²⁸ Qualora l’aggiornamento dei Lea – relativamente “alla modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale ovvero alla individuazione di misure volte ad incrementare l’appropriatezza della loro erogazione” – non comporti “ulteriori oneri a carico della finanza pubblica”, è richiesto il parere della Conferenza Stato-Regioni, anziché l’intesa (art. 1, co. 559 legge n. 208 del 2015).

²⁹ Vedi *supra* nt. 25.

³⁰ L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, Milano-Roma, Giuffrè-Luiss University Press, 2005, p. 275; si veda altresì D. MORANA, *La salute come diritto fondamentale*, 5 ed., Torino, Giappichelli, 2025, p. 111.

³¹ Vedi E. JORIO, *Diritto sanitario*, Milano, Giuffrè, 2005, pp. 61-63.

la definizione delle funzioni assistenziali e per la determinazione della loro remunerazione massima” (art. 8-*sexies*, co. 3 d.lgs. n. 502); verifica annualmente i risultati delle sperimentazioni gestionali “sia sul piano economico sia su quello della qualità dei servizi” (art. 9-*bis*, co. 3 d.lgs. n. 502); esprime parere sulla ripartizione fra Regioni del Fondo sanitario nazionale (art. 12, co. 3 d.lgs. n. 502); esprime intesa sulla proposta del Ministro della sanità di nomina del direttore dell’Agenzia per i servizi sanitari regionali (art. 2, co. 9 d.lgs. n. 281 del 1997); delibera “gli indirizzi per l’uniforme applicazione dei percorsi diagnostici e terapeutici in ambito locale e le misure da adottare in caso di mancato rispetto dei protocolli relativi” (art. 2, co. 8, lett. *a* d.lgs. n. 281). Si rammenti inoltre che le stesse competenze “generali” della Conferenza Stato-Regioni, definiti ai commi precedenti dell’art. 2 d.lgs. n. 281³², hanno trovato applicazione anche e soprattutto in materia sanitaria³³.

La ricostruzione ora proposta può essere inquadrata nell’esame delle funzioni della Conferenza Stato-Regioni, dall’angolo visuale della ripartizione delle competenze fra il primo e le seconde. In tale prospettiva, sembra potersi distinguere il piano della legislazione da quello dell’amministrazione. Quanto al primo, pare trovare conferma l’autorevole constatazione – espressa negli anni Novanta del secolo scorso, vigente quindi il testo originario del titolo V della parte II della Costituzione – secondo la quale il potere legislativo regionale in ambito sanitario “è morto per consunzione”, limitandosi le Regioni ad attuare la legislazione statale, attraverso “norme sostanzialmente regolamentari emanate in forma di legge”³⁴. Tuttavia, nella definizione della corrispondente, accresciuta legislazione statale si riscontra un ruolo significativo della Conferenza Stato-Regioni che si spinge sino a testi legislativi sostanzialmente concordati in tale sede. Tanto è vero che in materia sanitaria si è ragionato di “normazione ai tempi delle Conferenze”, evidenziando così l’“accresciuto e cruciale ruolo degli accordi e delle intese siglati dalla Conferenza Stato-Regioni”³⁵. Quanto poi al piano dell’amministrazione, tale ruolo è ancor più marcato, come si evince dal coinvolgimento della Conferenza nel procedimento di adozione di numerosi atti amministrativi statali relativi alla materia sanitaria, qui sopra richiamati. Così, nell’ambito dell’amministrazione della salute, le Regioni sembrano in qualche modo compensare quanto perduto sul piano della legislazione poiché, soprattutto a partire dal d.lgs. n. 502 del 1992 – ferme restando naturalmente le funzioni del Ministero della Salute, con particolare riguardo al “coordinamento del Servizio sanitario nazionale” (art. 47-*bis*, co. 2 decreto legislativo 30

³² Vedi G. CARPANI, *La Conferenza Stato-Regioni. Competenze e modalità di funzionamento dall’istituzione ad oggi*, Bologna, il Mulino, 2006, pp. 55-65 e L. CASTELLI, *Il sistema delle Conferenze. Terza Camera o sede di ratifica?*, Bologna, il Mulino, 2023, pp. 57-62.

³³ Vedi L. CUOCOLO, *La tutela della salute*, cit., p. 271.

³⁴ G. MOR, *Il nuovo assetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale*, in *Sanità pubblica*, 1997, p. 620.

³⁵ N. VICECONTE, *Criticità del riparto di competenze tra Stato e Regioni. La vicenda dell’Educazione continua in medicina*, Bologna, il Mulino, 2012, pp. 57-58.

luglio 1999, n. 300)³⁶ – “il settore sanitario è stato interessato da un’estesa regionalizzazione sotto il profilo delle funzioni amministrative”³⁷. Si pensi in particolare e soprattutto alle funzioni esercitate nei confronti delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere, attraverso le quali le Regioni, nel quadro del rispettivo sistema sanitario regionale, “assicurano i Livelli essenziali di assistenza” (art. 3, co. 1 d.lgs. n. 502)³⁸.

Una volta sommariamente ricostruita la posizione della Conferenza Stato-Regioni nelle relazioni fra il livello statale e quello regionale e le modalità di partecipazione di quest’ultima all’adozione di atti in materia sanitaria, si può conclusivamente domandarsi se la definizione dei Lea attraverso l’intesa in tale Conferenza costituisca un soddisfacente punto di equilibrio fra autonomia ed eguaglianza. Va rilevato come l’intesa in discorso sia debole, vale a dire superabile dallo Stato, con deliberazione motivata del Consiglio dei ministri, qualora non venisse raggiunta “entro trenta giorni dalla prima seduta della Conferenza Stato-Regioni in cui l’oggetto è posto all’ordine del giorno” (art. 3, co. 3 d.lgs. n. 281 del 1997).

A prima lettura, il carattere debole dell’intesa in discorso pare discendere dalla collocazione dei Lea nell’architettura costituzionale, che li rende necessari, nonché dal carattere statale della competenza a determinarli, in quanto Lep (art. 117, co. 2, lett. *m* Cost.), anche in assenza dell’intesa con le Regioni raggiunta in Conferenza. La motivazione della delibera del Consiglio dei ministri, in caso di mancata intesa, costituisce il contraltare di quest’ultima; tanto è vero che, “non spetta allo Stato, in assenza di adeguata motivazione, provvedere a definire direttamente” i Lea, “ove non sia intervenuta l’intesa con la Conferenza Stato-Regioni” (Corte cost., sent. n. 116 del 1994)³⁹. Al riguardo, può rammentarsi come l’intesa in Conferenza Stato-Regioni sia stata raggiunta sui d.p.c.m. che hanno definito i Lea, dapprima il 29 novembre 2001, quindi il 12 gennaio 2017. Peraltro, non mancano casi di mancata intesa e connessa motivazione *ex art.* 3, co. 3 d.lgs. n. 281 del 1997, anche in materia sanitaria⁴⁰.

A ben vedere, però, il carattere debole dell’intesa relativa alla definizione dei Lea sembra anche esprimere una preferenza assiologica per l’eguaglianza rispetto all’autonomia, nel

³⁶ Si veda V. ANTONELLI, *Le amministrazioni statali, nazionali ed europee*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., pp. 185-187.

³⁷ M. DI FOLCO, *La partecipazione delle autonomie territoriali alla determinazione dei Livelli essenziali in sanità. Profili sostanziali e procedurali*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra Livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, Giuffrè, 2004, p. 99.

³⁸ Si veda M. DI FOLCO, *Le funzioni amministrative*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., pp. 153-155.

³⁹ La menzionata pronuncia si riferisce peraltro ai Livelli uniformi di assistenza sanitaria allora previsti all’interno del Piano sanitario nazionale dall’art. 1, co. 4 lett. *b* d.lgs. n. 502 del 1992 (vedi *supra* nt. 17); si tratta peraltro di valutazioni estendibili agli attuali Lea.

⁴⁰ Così, ad esempio, il d.m. 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale”, come si evince dalla sua premessa. Sulle relazioni fra il d.p.c.m. di definizione dei Lea e il d.m. n. 77 del 2022 si veda A. PITINO, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di “ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia” nella materia “tutela della salute”*, in questa Rivista, n. 2, 2024, pp. 743-744.

bilanciamento fra le esigenze dell'una e dell'altra che, con qualche semplificazione, possono grossomodo reputarsi rispettivamente espresse dallo Stato e dalle Regioni. D'altra parte, la definizione dei Lea rappresenta l'indispensabile premessa affinché il Servizio sanitario nazionale possa, assicurandoli, garantire la tutela del diritto alla salute⁴¹. In tal modo, la determinazione dei Lep/Lea, prevista dalla parte II della Costituzione (art. 117, co. 2, lett. *m*), consente l'attuazione delle previsioni della parte I, con riferimento, naturalmente, al diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost. Ora, quest'ultima previsione costituzionale risulta fortemente correlata con il principio di eguaglianza in quanto l'art. 32 racchiude in sé una promessa di equità⁴², presente in filigrana nella sua stessa lettera che, riferendosi all'“individuo” e alla “persona umana”, statuisce l'universalità di un diritto espressamente qualificato come “fondamentale”⁴³; all'universalità del diritto si connette la gratuità delle prestazioni sanitarie, laddove necessario⁴⁴, anche al fine di favorire, può reputarsi, i medesimi esiti delle stesse, a prescindere dalle condizioni socioeconomiche dei soggetti interessati⁴⁵. Tanto è vero che ben può ragionarsi di una “comune cittadinanza *sanitaria*”, i cui limiti e condizioni sono definiti dallo Stato [anche] tramite i Lea”⁴⁶.

5. La definizione dei Lea alle prese con il regionalismo differenziato

Il descritto punto di equilibrio rappresentato dall'intesa in Conferenza Stato-Regioni per la definizione dei Lea sembra aver subito un tentativo di alterazione da parte della legge n. 86 del 2024 “Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a Statuto ordinario ai sensi dell'art. 116, co. 3 Cost.”. Come indica il suo titolo, si tratta della legge attuativa del regionalismo differenziato come appunto disciplinato dal co. 3 dell'art. 116 Cost. Nel quadro di una legislazione apparentemente connotata da una forte impronta regionali-

⁴¹ Vedi R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato*, cit., p. 8.

⁴² Per riprendere la felice e fortunata espressione “rivoluzione promessa” di P. CALAMANDREI, *Cenni introduttivi sulla Costituzione e sui suoi lavori*, in *Commentario Calamandrei-Levi*, I, 1950, CXXXV, con generale riferimento alle “riforme di carattere sociale”.

⁴³ Si veda L. CHIEFFI, *La tutela del diritto*, cit., p. 3.

⁴⁴ È noto come l'inciso finale dell'art. 32, co. 1 Cost. letteralmente garantisca la gratuità delle cure agli “indigenti”. Ma tale sintagma è suscettibile di includere un novero di soggetti assai più ampio di quanto possa apparire di primo acchito; va infatti interpretato in senso relativo, poiché l'indigenza “dipende dal costo e dall'importanza della cura di cui si ha bisogno” (M. LUCIANI, *Salute, I) Diritto alla salute – diritto costituzionale*, in *Enciclopedia giuridica Treccani*, XXVII, Roma, 1991, p. 9; così anche Corte cost., sent. n. 309 del 1999, punto 6. *in diritto*).

⁴⁵ Così “appare un dato ormai acclarato che nel fascio di situazioni giuridiche soggettive riconducibili al dettato dell'art. 32 Cost. giochi un ruolo preponderante il concetto di *diritto a prestazione*” (E. CAVASINO, *Il diritto alla salute come diritto “a prestazioni”*. *Considerazioni sull'effettività della tutela*, in E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2013, p. 336, corsivo nel testo).

⁴⁶ A. PITINO, *Il regionalismo differenziato*, cit., p. 745; corsivo nel testo.

sta, potrebbe forse stupire che l'alterazione in discorso non giochi a favore delle Regioni, ma dello Stato. Più specificamente, laddove l'art. 3 legge n. 86 contiene una delega legislativa per la determinazione dei Lep (così la sua rubrica), al co. 2 si prevede che sugli schemi dei corrispondenti decreti legislativi sia acquisito il parere della Conferenza unificata che sostituisce così la già menzionata intesa in Conferenza Stato-Regioni sui Lea⁴⁷. Il che forse si spiega alla luce della considerazione che la legge n. 86 sembra volta a favorire l'autonomia di alcune Regioni *uti singulae*, anziché l'autonomia del sistema regionale nel suo complesso che trova espressione appunto nella Conferenza Stato-Regioni. Lo svilimento di quest'ultima, dunque, nella *Weltanschauung* dei promotori della legge n. 86, non contrasta con l'attribuzione di ulteriori funzioni ad alcune Regioni; più specificamente, all'Emilia-Romagna, alla Lombardia e al Veneto che avevano già avviato il procedimento di differenziazione nelle scorse legislature e che l'art. 11, co. 1 della legge in qualche modo favorisce, facendo salvi "gli atti di iniziativa delle Regioni già presentati al Governo", in una logica riconducibile al regionalismo competitivo, piuttosto che a quello cooperativo. Attribuzione resa appunto più celere dalla previsione del decreto legislativo relativamente alla determinazione dei Lea, senza neppure l'onere di dover acquisire l'intesa in Conferenza Stato-Regioni, pur richiesta in casi analoghi dalla giurisprudenza costituzionale (sent. n. 251 del 2016, che fra l'altro definisce un giudizio instaurato da un ricorso della Regione Veneto).

Va peraltro osservato che l'applicazione ai Lep sanitari (vale a dire ai Lea) del procedimento per la loro determinazione stabilito dall'art. 3 legge n. 86 del 2024 era tutt'altro che scontata, in presenza di una previgente disciplina speciale nella legislazione sanitaria, specificamente riferita ai Lea⁴⁸, che avrebbe dovuto farla ritenere derogatoria rispetto alla generale disciplina dei Lep, in forza del criterio di specialità per il superamento delle antinomie normative⁴⁹. In direzione opposta pareva invece orientarsi l'intenzione del legislatore, laddove, all'art. 3, co. 3, lett. f) legge n. 86, includeva la "tutela della salute" nel novero delle materie assoggettate alla disciplina della determinazione dei Lep prevista dalla stessa legge; quindi, con il parere della Conferenza unificata.

I profili problematici qui prospettati – piccola parte di un insieme assai più vasto che scaturiva dalla disciplina legislativa dettata dalla legge n. 86 del 2024 – sono stati superati dalla Corte costituzionale con la sent. n. 192 del 2024. La previsione, all'art. 3, co. 2 legge n. 86, del mero parere della Conferenza unificata (anziché dell'intesa in Conferenza Stato-Regioni) era stata impugnata, per violazione del principio di leale collaborazione, da tutte le Regioni ricorrenti (Campania, Puglia, Sardegna, Toscana). Detta previsione non soprav-

⁴⁷ Si noti che, nell'attuale legislatura, la legge 29 dicembre 2022, n. 197 (legge di bilancio 2023), all'art. 1, co. 796, aveva invece previsto l'intesa della Conferenza unificata sul d.p.c.m. di determinazione dei Lep, con disposizione travolta, al pari delle altre relative a tale oggetto contenute nella legge n. 197, dalla dichiarazione di illegittimità costituzionale consequenziale di cui alla sent. n. 192 del 2024.

⁴⁸ Vedi *supra* par. 4.

⁴⁹ Si veda R. GUASTINI, *Teoria e dogmatica delle fonti*, Milano, Giuffrè, 1998, pp. 226-227.

vive alla dichiarata illegittimità costituzionale di gran parte della legge n. 86: al punto 20. *in diritto* della sent. n. 192 viene dichiarato costituzionalmente illegittimo l'art. 3, co. 2, in quanto l'annullamento dell'immediatamente precedente co. 1 (contenente, come si è visto, la costituzionalmente illegittima delega legislativa al Governo per la determinazione dei Lep)⁵⁰ ne “determina l'inapplicabilità” (punto 9.3. *in diritto*). Anche per tal via, la sent. n. 192 del 2024 disegna un regionalismo cooperativo, fondato sul principio di leale collaborazione (punto 4. *in diritto*) che si esprime, per qual che qui maggiormente interessa, nell'intesa in Conferenza Stato-Regioni per la definizione dei Lea.

Va rilevato come, successivamente alla sent. n. 192, le iniziative governative volte a rendere possibile l'avvio del procedimento di differenziazione regionale *ex art.* 116, co. 3 Cost. appaiano maggiormente consapevoli delle caratteristiche dei Lea in materia sanitaria. Così il disegno di legge n. 1623, d'iniziativa governativa, presentato alla Presidenza del Senato il 25 agosto 2025, e contenente una “Delega al Governo per la determinazione dei Lep”⁵¹ (così il suo titolo) espressamente esclude dall'oggetto della delega la “tutela della salute”⁵², facendo contestualmente e conseguentemente salvi i Lea “previsti dall'art. 1, co. 7 d.lgs. n. 502 del 1992”⁵³, nonché dal d.p.c.m. 12 gennaio 2017⁵⁴. Nella stessa direzione, non più *de iure condendo*, ma *de iure condito*, la legge di bilancio 2025 (art. 1, co. 696 legge 30 dicembre 2025, n. 199), recentemente entrata in vigore, nel disciplinare i Lep nelle materie di cui all'art. 14, co. 1 decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68, si riferisce alla sua lett. *b* (assistenza) e alla sua lett. *c* (istruzione), ma non alla sua lett. *a* (sanità). Coerentemente, il successivo co. 697 fa salvi i Lea previsti dall'art. 1, co. 7 d.lgs. n. 502 del 1992, “come individuati dalla disciplina vigente, di cui al d.p.c.m. 12 gennaio 2017”.

Almeno con riferimento alla determinazione dei Lep in ambito sanitario, il faticoso cammino del regionalismo differenziato sembra oggi percorrere vie maggiormente rispettose delle peculiarità della materia “tutela della salute” che, come si è visto, si esprimono anche nella definizione dei Lea attraverso l'intesa in Conferenza Stato-Regioni. D'altro canto, il tener ferma tale modalità non sembra impedire forme di differenziazione regionale che atten-

⁵⁰ Vedi P. TORRETTA, *La disciplina dei Lep per l'autonomia differenziata (ma non solo) al vaglio della Corte costituzionale. Note a margine della sent. n. 192 del 2024*, in *federalismi.it*, n. 13, 2025, pp. 179-180 e L. ABBRUZZO, *Regionalismo differenziato e diritto alla salute: verso una (ulteriore) differenziazione tra sistemi sanitari?*, in questa *Rivista*, n. 2, 2025, p. 359.

⁵¹ Attualmente (gennaio 2026) all'esame, in sede referente, della 1ª Commissione (Affari costituzionali) cui è stato assegnato il 17 settembre 2025.

⁵² Esclusione che viene disposta attraverso un rinvio alla legge n. 86 del 2024, laddove, all'art. 3, co. 1, elenca le materie nelle quali “i Lep sono determinati”; tra di esse viene appunto espressamente esclusa quella menzionata alla lett. *f*, vale a dire, appunto, la “tutela della salute”. Si noti come quest'ultima, nonché, specularmente, le materie oggetto della delega, vengano così individuata dal d.d.l. n. 1623 attraverso un via inutilmente tortuosa, per di più richiamando una disposizione – l'art. 3, co. 1 legge n. 86 – dichiarata costituzionalmente illegittima dalla sent. n. 192. Pare quasi che l'iniziativa legislativa del Governo voglia cimentarsi in un compito impossibile: richiamare in vita, evocandole, le disposizioni annullate dalla Corte costituzionale.

⁵³ Vedi *supra* par. 4.

⁵⁴ Vedi *supra* par. 3.

gono ai profili finanziari della “tutela della salute”. Al riguardo, si rammentino gli accordi preliminari in merito all’intesa di cui all’art. 116, co. 3 Cost., conclusi nel novembre 2025 fra il Governo, da un lato, e, dall’altro, rispettivamente le Regioni Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto⁵⁵. Ciascuno di tali accordi contiene infatti un identico allegato 2, intitolato “Tutela della salute – Coordinamento della finanza pubblica” che, pur nell’affermato formale rispetto dei Lea (art. 2), è volto a garantire a ciascuna di tali Regioni “discrezionalità nella gestione delle risorse in ambito sanitario” che le permetterebbe, previa intesa con il Ministero della salute e con il Ministero dell’economia e delle finanze (mentre la Conferenza Stato-Regioni sarebbe soltanto “sentita”, riproponendosi così un profilo proprio della disciplina dettata dalla legge n. 86), di “definire in autonomia”, “in deroga alla normativa vigente in materia”, una serie di ambiti⁵⁶, in modo tale da rendere almeno potenzialmente problematica l’uniforme garanzia dei Lea sull’intero territorio nazionale.

⁵⁵ Vedili al sito internet www.affariregionali.it.

⁵⁶ In particolare: “la gestione del sistema tariffario di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione per gli assistiti” (art. 3, co. 1, lett. *a*); “la programmazione degli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico delle aziende del sistema sanitario regionale” (lett. *b*); “l’individuazione di sistemi di *governance* delle aziende sanitarie e degli enti del sistema sanitario regionale, anche mediante l’istituzione e la gestione di fondi sanitari integrativi” (lett. *c*). Inoltre, “in deroga ai vincoli di spesa specifici per le politiche di gestione della spesa sanitaria”, e pur “fermo restando il limite complessivo” di quest’ultima, le intese tra Ministeri e Regione possono “allocare le risorse tra i diversi ambiti e finalità” della spesa sanitaria (lett. *d*).