

## **Dal federalismo asimmetrico all'autonomia indifferenziata per blocchi di regioni**

*di Ivo Rossi e Alberto Zanardi*

*Il governo ha approvato gli schemi di intesa preliminare per attribuire maggiore autonomia a quattro regioni del Nord. Preoccupano, in particolare, i possibili effetti sui principi di universalità e uguaglianza alla base del sistema sanitario.*

### **Gli schemi di intesa con quattro regioni**

Il Consiglio dei ministri ha da poco approvato gli schemi di intesa preliminare (vedi [qui](#)) con quattro regioni – Liguria, Lombardia, Piemonte e Veneto – per l'attribuzione di forme di maggiore autonomia secondo l'articolo 116, terzo comma, della Costituzione. Come già in altre occasioni, a prescindere dai contenuti dei testi approvati, il dibattito si è polarizzato lungo due narrazioni contrapposte: da un lato, chi annuncia il raggiungimento dell'agognata “terra promessa” dell'autonomia differenziata; dall'altro, chi paventa il rischio di una frattura insanabile dell'unità nazionale.

Gli schemi di intesa, composti da due atti, identici per tutte le regioni, riguardano l'attribuzione di maggiore autonomia rispettivamente: nella protezione civile, nelle professioni e nella previdenza complementare e integrativa, tre materie di intervento pubblico che, secondo la legge Calderoli (vedi [qui](#)), poiché non coinvolgono diritti civili e sociali (cosiddette “materie non-Lep”), possono essere oggetto di decentramento asimmetrico fin da subito. E nella tutela della salute, e specificamente dei suoi profili finanziari. Su questa materia, che certamente investe rilevanti diritti civili e sociali e quindi richiederebbe la previa determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni, regioni e governo hanno ritenuto di poter comunque procedere, sulla base dell'argomento che in sanità i Lep sarebbero già determinati mediante la definizione dei livelli essenziali di assistenza (Lea).

### **Tre considerazioni preliminari**

Tutta la vicenda si presta a tre considerazioni generali e preliminari.

In primo luogo, gli schemi di intesa preliminare sono soltanto il primo atto di un percorso ancora lungo e accidentato. Come previsto dalla cosiddetta legge Calderoli, sui testi preliminari devono innanzitutto esprimersi con i propri pareri la Conferenza unificata e le Camere. Successivamente, il governo predispone lo schema di intesa definitivo, che deve essere adottato dalla regione. Insieme allo schema definitivo, il governo delibera un disegno

di legge di approvazione dell'intesa che, con l'intesa allegata, è trasmesso alle Camere per il voto a maggioranza assoluta. Il rischio che lungo il cammino le priorità della politica possano cambiare è concreto. Peraltro, il Parlamento, come stabilito dalla sentenza 192/2024 della Corte costituzionale che ha dichiarato l'illegittimità di alcune parti fondamentali della legge Calderoli (vedi [qui](#)), potrebbe emendare il disegno di legge, obbligando a una nuova negoziazione fra governo e regione richiedente.

In secondo luogo, sorprende che gli schemi di intesa preliminare siano identici per tutte le regioni, riproducendo esattamente le medesime richieste di maggiore autonomia sulle stesse funzioni pubbliche. Sorprende perché le richieste di autonomia differenziata dovrebbero fondarsi sulle specificità e peculiarità locali. Al contrario, gli schemi, privi di qualsiasi documentazione a supporto delle singole istanze, liquidano la motivazione delle richieste con un'argomentazione, ancora una volta identica per tutte le quattro regioni, secondo cui gli elementi prodotti “sono stati ritenuti idonei a giustificare l'iniziativa alla luce del principio di sussidiarietà”. Ne deriva una sorta di “uniformità differenziata per blocchi di regioni”, che contraddice tanto la ratio della Costituzione, quanto la sentenza 192 della Corte costituzionale, dove si afferma che “la deroga alla ordinaria ripartizione delle funzioni va giustificata e motivata con precipuo riferimento alle caratteristiche della funzione e del contesto (...)”.

In terzo luogo, le richieste di maggiore autonomia – soprattutto quelle in materia di tutela della salute – sono per lo più formulate in termini generici, senza neppure chiarire se le forme ulteriori di autonomia riguardino potestà legislative o meramente regolamentari. Con una tale indeterminatezza, sembra difficile soddisfare il requisito posto dalla Corte, secondo cui “il trasferimento riguardi specifiche funzioni (...) definite in relazione all'oggetto e/o alle finalità”.

### **I cinque ambiti di autonomia richiesti sulla sanità**

Se le funzioni relative alla protezione civile, alle professioni e alla previdenza complementare e integrativa sembrano di portata relativamente modesta – limitandosi alla possibilità di emanare ordinanze in deroga, assieme all'introduzione di targhe e patenti specifiche per i veicoli e i conducenti della Protezione civile regionale e all'istituzione di un registro per professioni esclusivamente regionali (quali? I gondolieri in Veneto?) – quelle in materia di salute sono senz'altro più rilevanti.

In materia di sanità, le regioni richiedono forme aggiuntive di autonomia in cinque ambiti (art. 3, c. 1).

Il primo è un'autonomia nella determinazione delle tariffe di remunerazione delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero ospedaliero corrisposte dal Servizio sanitario regionale a favore di fornitori pubblici e privati. Si tratta di una facoltà già riconosciuta alle regioni, ma all'interno di un quadro nazionale di riferimento. Nuove tariffe, dunque, da "porre a carico del proprio bilancio". Anche se la formulazione appare generica, probabilmente la richiesta mira a superare i limiti nazionali, con l'obiettivo di adeguare le tariffe di rimborso alle differenze regionali nei costi dei fattori produttivi impiegati nelle prestazioni sanitarie. Tuttavia, un'autonomia più spinta potrebbe alimentare forme di concorrenza tra le sanità regionali con il rischio di accentuare le disparità territoriali nei livelli quantitativi e qualitativi delle prestazioni, in violazione dei Lea.

Il secondo ambito riguarda l'autonomia nella gestione delle risorse trasferite dallo stato al servizio sanitario regionale per investimenti edilizi e tecnologici. L'assetto attuale del finanziamento statale all'edilizia sanitaria è gravato da procedure lunghe e macchinose (la regione deve concordare gli interventi con il ministero della Salute mediante un accordo di programma). Lo schema di intesa sembra volerle snellire, prevedendo uno stanziamento annuale, in modo da consentire alle regioni finanziamenti certi e prontamente esigibili. Ma se le attuali procedure creano ritardi e frizioni, perché non estendere a tutte le regioni la possibilità di disporre di risorse certe e programmabili?

Il terzo ambito concerne l'istituzione e gestione da parte della regione di fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale. Non è chiara la portata e la finalità della richiesta. Forse la regione vuole acquisire più autonomia legislativa o regolamentare sui fondi integrativi che già operano nel proprio territorio? Oppure chiede di integrare nel Sistema sanitario regionale le risorse attualmente raccolte dai fondi integrativi già attivi, con il risultato di dedicare una parte della capacità produttiva sanitaria pubblica regionale agli assistiti di tali fondi? Se questa fosse la prospettiva, sarebbero evidenti i rischi per la garanzia dei Lea.

Il quarto ambito riguarda la possibilità di destinare agli enti del Servizio sanitario regionale risorse aggiuntive, da porre a carico del bilancio regionale, per l'assunzione del personale o per prestazioni aggiuntive. Ancor di più che sul fronte della determinazione delle tariffe di rimborso, sulla remunerazione del personale sanitario il riconoscimento di maggiori spazi di autonomia potrebbe accentuare la competizione tra servizi sanitari regionali nel reclutamento, in un contesto di grave carenza strutturale a livello nazionale. La concorrenza tra regioni sarebbe peraltro distorta dalla mancata attivazione di un meccanismo di perequazione fiscale

regionale che elimini, o quantomeno riduca, le differenze nei gettiti ricavabili dallo sforzo tributario autonomo tra territori diversamente dotati in termini fiscali.

Il quinto ambito prevede la possibilità di destinare le risorse nazionali che risultassero disponibili dopo il soddisfacimento dei Lea al finanziamento di prestazioni extra-Lea. La richiesta sembra coerente con i principi di responsabilizzazione alla base del federalismo fiscale. Tuttavia, la sua applicazione concreta risulta complessa in un settore articolato come quello sanitario. Come è possibile quantificare le risorse derivanti dalle “economie da efficientamento in relazione ad ogni singola finalità” (art. 3, c.1 lett. e) se il monitoraggio dei Lea è di fatto realizzato mediante gli 88 indicatori del Nuovo sistema di garanzia?

Nel complesso, date le criticità evidenziate, preoccupano i possibili effetti sul carattere di universalità, uguaglianza ed equità del diritto alla salute che stanno a fondamento del nostro Servizio sanitario nazionale. Si tratta di questioni particolarmente delicate che, qualora il testo dovesse rimanere invariato nel corso dell'iter, quasi certamente aprirebbero la strada a un contenzioso costituzionale.