



**Lorenzo Chieffi\***

## **La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali\*\***

SOMMARIO: 1. Sviluppi delle politiche sanitarie ed esercizio del diritto all'autodeterminazione del singolo. - 2. L'esigenza di pervenire a un ragionevole equilibrio tra *autonomia* e *solidarietà* nel dibattito alla Costituente. - 3. Le proposte di attivazione della procedura disciplinata nell'art. 116, 3° comma Cost. - 4. Il persistente divario tra Nord e Sud del Paese nell'accesso ai servizi sanitari. - 5. Le funzioni di indirizzo e di riequilibrio riconosciute allo Stato centrale, anche con riguardo alle emergenze sanitarie. - 6. Segue: la necessaria perequazione per rimuovere irragionevoli disparità tra i territori. - 7. Segue: la determinazione dei LEA e l'esercizio dei poteri statali di monitoraggio della spesa. - 8. L'irragionevole pretesa di alcune Regioni di trattenere una quota maggiore di residuo fiscale. - 9. Considerazioni conclusive.

### **1. Sviluppi delle politiche sanitarie ed esercizio del diritto all'autodeterminazione del singolo.**

**L**a verifica delle cause del persistente squilibrio tra le distinte parti del territorio nazionale non potrebbe certamente trascurare l'analisi delle politiche sanitarie, cui è dedicata una consistente quota delle risorse finanziarie dello Stato (8,8 % del PIL<sup>1</sup>) e delle stesse Regioni (83,3 % in media del loro bilancio<sup>2</sup>).

\* Professore ordinario di Diritto Pubblico e Costituzionale presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi della Campania Luigi Vanvitelli.

\*\* Contributo sottoposto a *double blind peer review*. Il lavoro è stato elaborato a conclusione del progetto di ricerca 2019/2020 sul tema del «Trasferimento di funzioni secondo il principio di differenziazione ex art. 116, 3° comma, Cost.» promosso dalla Regione Campania in collaborazione con il Comitato di Coordinamento Regionale delle Università Campanie (CUR).

<sup>1</sup> Secondo i dati che emergono dal rapporto dell'OCSE dedicato alla sanità in Europa, risalenti al 2017, l'Italia si colloca al di sotto della media UE (del 9,6 %) e alla stessa percentuale dedicata a questo servizio essenziale da altre nazioni del vecchio continente, come la Francia (11,5%), Germania (11,3%) e la Svizzera (12,3%): G. Licini, *Ocse: Italia spende meno della media Ue, ma 7 italiani su 10 stanno «bene»*, 22 novembre 2018, in [www.ilsole24ore.com](http://www.ilsole24ore.com).

<sup>2</sup> Dai dati riportati nel documento della CGIL-IRES, *L'analisi dei bilanci regionali. Le marcate differenze della sanitarizzazione della spesa, il processo federalista incompiuto*, Aprile 2018, reperibile all'indirizzo [www.regioni.it](http://www.regioni.it), risulta che la spesa corrente delle Regioni a statuto ordinario è, soprattutto, concentrata nel settore della sanità, passando dal 79,5% del 2009, all'84% nel 2017, all'83,3% nel 2015, «con valori molto rilevanti in Veneto (88,3%), Toscana (87,3%) ed Emilia Romagna (86,3%)».

La finalizzazione delle attività destinate a migliorare lo stato di benessere psico/fisico alla promozione della capacità, per l'individuo, di autodeterminare la propria esistenza<sup>3</sup>, induce infatti gli organi del potere centrale e locale a dedicare a tale funzione una consistente quota delle rispettive risorse economiche.

La consacrazione nell'art. 32 Cost. di una situazione giuridica *complessa*, in considerazione di una duplice declinazione degli ambiti di tutela, di natura positiva (libertà di) e negativa (libertà da), induce l'interprete a valorizzare lo stretto collegamento tra dimensione pretensiva del diritto in esame e quella più strettamente soggettiva, che attiene, in particolare, alla libertà per l'individuo di disporre autonomamente del proprio corpo.

Soltanto attraverso la garanzia di un adeguato supporto di assistenza, a cominciare ad esempio da un'estesa rete di consultori, *hospice*, residenze sanitarie assistenziali (RSA), ecc., sarebbero poste le condizioni per favorire la maturazione da parte della donna, del morente e del disabile, di una scelta rispondente alle proprie aspettative riproduttive, esistenziali, ecc.

La stretta compenetrazione tra sviluppi sociali, di tipo prestazionale, e soggettivi, a garanzia della libertà di decisione dell'individuo, verrà, per ciò stesso, a condizionare, nel solco di una Costituzione d'impostazione *personalista*, qualunque incremento degli spazi di autonomia regionale, come oggi consentiti dall'ultimo comma dell'art. 116 Cost.

Nessun processo devolutivo, diretto a rafforzare gli ambiti competenziali delle autonomie territoriali, potrebbe in alcun modo mettere in discussione il bisogno, appartenente all'essenza unitaria dello Stato, di assicurare un appropriato e uniforme stato di benessere in grado di soddisfare, indipendentemente dal luogo di residenza dell'interessato, gli inderogabili bisogni di salute.

Pur dovendo essere rimosse le cause che hanno condotto, per il passato, a un inadeguato uso delle risorse pubbliche, causa di ingiustificati sprechi, quando non di un'inaccettabile dipendenza finanziaria di alcune amministrazioni regionali, dimostratesi scarsamente trasparenti ed efficienti<sup>4</sup>, sarà compito dello Stato, al netto delle necessarie correzioni di rotta, assicurare un'equa distribuzione della ricchezza in modo da garantire un uniforme livello di assistenza in ogni parte del territorio nazionale.

---

<sup>3</sup> La garanzia dei diritti sociali, come preconditione per l'esercizio di altri diritti della persona, costituisce, per M. MAZZIOTTI DI CELSO, *Diritti sociali*, in *Enc. dir.*, XII, 1964, 805, la «condizione per il buon funzionamento della democrazia, quindi per un effettivo godimento delle libertà civili e politiche». Strettissima è, quindi, la «correlazione» e interdipendenza, per L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto ad accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, 2018, 45, tra la «dimensione sociale e quella fondamentale del diritto alla salute», non essendo «possibile ipotizzare l'esistenza dell'una senza presupporre l'esistenza dell'altra».

<sup>4</sup> Che ha indotto il Consiglio regionale del Veneto (Deliberazione n. 155 del 15 novembre 2017, in *B.U.R.V.*, 20 novembre 2017, Anno XLVIII, n. 113) ad auspicare, per una sorta di rivalsa fiscale, una riduzione dell'«afflusso netto verso il Sud», accusato di una «dipendenza economica ininterrotta», oltre che eccessivamente permeabile all'azione predatoria della criminalità organizzata.

## 2. L'esigenza di pervenire a un ragionevole equilibrio tra *autonomia* e *solidarietà* nel dibattito alla Costituente.

L'esigenza di pervenire a un ragionevole punto di equilibrio tra istanze autonomistiche, promozione della solidarietà tra i territori ed eguaglianza sostanziale tra individui, rappresentò il filo conduttore del dibattito intervenuto in Assemblea Costituente in occasione della definizione del diritto alla salute, cui era espressamente riconosciuta la natura *fondamentale*<sup>5</sup>.

Lungi dal voler utilizzare i lavori preparatori per trarre l'effettiva portata del disposto costituzionale, è tuttavia indubbia la loro funzione «complementare» e «sussidiaria»<sup>6</sup>, in grado di assecondare l'adattamento evolutivo dei principi in esso contenuti alle profonde trasformazioni di una società *liquida* in continua evoluzione.

A conferma di questa stretta complementarietà tra le due dimensioni della medesima garanzia, il diritto alla salute sarebbe stato, a giudizio dell'on. M. Merighi<sup>7</sup>, di professione medico, il «primo requisito essenziale della libertà dell'individuo»; laddove «un individuo malato» o comunque «minorato nelle sue capacità fisiche e intellettuali» avrebbe inesorabilmente perduto, per questo esponente del partito socialista, le sue prerogative di autonomia e di libertà.

Sulla stessa lunghezza d'onda, per l'on. A. Moro<sup>8</sup> uno Stato non sarebbe apparso «veramente democratico» se non avesse perseguito «come fine supremo la dignità, la libertà, l'autonomia della persona umana». Per questo autorevole esponente del pensiero cattolico, l'affermazione di uno spazio di libertà avrebbe dovuto, tuttavia, impedire una condizione di «splendido isolamento» dell'individuo, determinata da un'egoistica chiusura «nel suo mondo», cui avrebbero dovuto invece porre rimedio proprio gli sviluppi relazionali improntati a un «reciproco rispetto» tra Stato e individuo e alla «necessaria solidarietà sociale».

Di questa naturale embricazione tra le due anime, sociale e soggettiva, della medesima garanzia, erano pure consapevoli i redattori della Seconda Parte, più prettamente organizzativa, della Costituzione, preoccupati, a loro volta, delle possibili conseguenze che ne sarebbero derivate per la tenuta dei diritti fondamentali e sociali a seguito di un'auspicata disarticolazione del sistema delle autonomie territoriali.

<sup>5</sup> L'impiego dell'aggettivo *fondamentale*, mai più espressamente ripetuto in Costituzione per altri diritti, intende porre l'accento sull'importanza di questa garanzia a difesa dell'autonomia dell'individuo. Allo stesso tempo, l'introduzione di una così ampia tutela avrebbe significato inappellabile condanna alla reificazione dell'essere umano, divenuto cavia per sperimentazioni, messa in atto, nella prima parte del XX secolo, dalla medicina asservita a regimi dittatoriali, come quello nazista.

<sup>6</sup> Per riprendere i numerosi spunti offerti dalla giurisprudenza costituzionale nelle sentt. n. 2 e n. 9 del 1956; n. 25 del 1957; n. 27 e n. 29 del 1958; n. 69 del 1962; n. 128 del 1972; n. 429 del 1992. Per la dottrina cfr. C. TRIPODINA, *L'argomento originalista nella giurisprudenza costituzionale in materia di diritti fondamentali*, 2007, 13, reperibile all'indirizzo [www.dircost.unito.it/SentNet1.01/studi/Tripodina\\_Argomento\\_originalista.pdf](http://www.dircost.unito.it/SentNet1.01/studi/Tripodina_Argomento_originalista.pdf).

<sup>7</sup> On. M. MERIGHI, A.C., 24 aprile 1947, II, 1219. Le citazioni dei lavori preparatori della Costituzione sono tratte dai volumi pubblicati a cura della Camera dei Deputati, Segretariato generale, dal titolo *La Costituzione della Repubblica nei lavori preparatori*, Roma, 1970.

<sup>8</sup> On. MORO, A.C., 13 marzo 1947, I, op. cit., 372 ss.

Proprio in sede di discussione del modello di regionalismo da adottare, sia nella seconda sottocommissione e sia nel Comitato dei dieci istituito al suo interno, fu evidente la consapevolezza delle possibili conseguenze per la tutela dei diritti sociali di quanti fossero appartenuti alla nazione, in un territorio caratterizzato da un profondo divario tra il Nord e il Sud.

Di questa preoccupazione per la sorte di una parte della popolazione italiana se ne fecero interpreti quei Costituenti che dettero spazio alla *questione meridionale*, così da lasciarne definitiva traccia nella stessa formulazione dell'art. 119, 3° comma Cost., con riguardo alla contribuzione finanziaria speciale da riconoscere per legge alle singole Regioni per «provvedere a scopi determinati, e particolarmente per valorizzare il Mezzogiorno e le Isole».

La mancanza di autosufficienza di questa parte del territorio nazionale avrebbe dovuto, quindi, impegnare gli organi del potere centrale a consentire l'integrazione delle sue disponibilità finanziarie «con fondi della collettività nazionale per sopperire» alle sue esigenze<sup>9</sup> e «allo scopo di attuare una perequazione interregionale»<sup>10</sup>.

Solo attraverso l'istituzione di un «fondo di solidarietà fra le Regioni», con particolare attenzione per quelle del Sud<sup>11</sup>, cui avrebbero contribuito tutti gli altri enti territoriali in «proporzione dei loro redditi e della loro popolazione, secondo criteri fissati dalla legge»<sup>12</sup>, si sarebbe consentito, grazie ad un'opportuna redistribuzione della ricchezza, il conferimento alle Regioni meno abbienti delle necessarie risorse per permettere di svolgere le loro essenziali funzioni e porre rimedio a uno «stato di inferiorità»<sup>13</sup>.

Tale intervento di coesione sociale avrebbe potuto prevenire la riacutizzazione degli «egoismi delle varie Regioni». Per l'on. Nobile<sup>14</sup>, se non si fosse stabilito un «principio chiaro e preciso» in grado di porvi argine, non si sarebbe potuto escludere per l'avvenire, senza destare sorpresa, che il Veneto, ma solo per fare un esempio, votasse una legge per impedire «ad un calabrese di esercitare in quella Regione la sua professione di medico; e che per ritorsione in Calabria» si precludesse, per converso, a «un ingegnere veneto di esercitare la propria professione».

A fronte della «necessità» per le Regioni ricche «di esitare i loro prodotti e di mandarli alle Regioni povere», apparve altresì inevitabile che queste ultime avessero a loro volta «sempre necessità dell'aiuto e dell'ausilio» delle prime<sup>15</sup>.

Nonostante la forte opposizione espressa da alcuni per una disarticolazione dello Stato, che avrebbe certamente aggravato il divario tra le sue diverse parti<sup>16</sup> e compromesso la

<sup>9</sup> On. S. MANNIRONI, A.C., 29 maggio 1947, III, op. cit., 2038.

<sup>10</sup> On. G. CARTIA, A.C., 15 luglio 1947, III, op. cit., 2638.

<sup>11</sup> On. V. LA ROCCA, A.C., II Sott., 7 dicembre 1946, VII, op. cit., 1485; on. CARTIA, A.C., 15 luglio 1947, III, op. cit., 2637 e anche on. Ambrosini, ivi, 1487.

<sup>12</sup> On. U. NOBILE, A.C., II Sott., 7 dicembre 1946, VII, op. cit., 1487.

<sup>13</sup> On. ROMANO, A.C., 15 luglio 1947, III, op. cit., p. 2647 e on. A. E. PIGNATARI, A.C., 15 luglio 1947, III, op. cit., 2643.

<sup>14</sup> On. U. NOBILE, A.C., 15 luglio 1947, III, op. cit., 2645.

<sup>15</sup> On. MANNIRONI, A.C., 29 maggio 1947, III, op. cit., 2035.

<sup>16</sup> Cfr. On. U. NOBILE, A.C., II Sott., 30 luglio 1946, VII, op. cit., 855 e on. LA ROCCA, 31 luglio 1946, ivi, 868. L'on. P. TOGLIATTI, A.C., 17 gennaio 1947, VI, op. cit., 123 e 11 marzo 1947, I, op. cit., 334, si dichiarava preoccupato per

stessa unità della Nazione, soprattutto se non accompagnata da una «vasta riforma sociale»<sup>17</sup>, alla fine ebbe la meglio un indirizzo contrario a una prosecuzione del centralismo statale che non aveva certamente concorso in passato, a giudizio dell'on. F. Sullo<sup>18</sup>, al superamento della «condizione di arretratezza del Mezzogiorno».

Il processo di regionalizzazione, diretto ad assecondare la caratterizzazione pluralista della Stato, cui andava il favore della maggioranza dei Costituenti, non avrebbe peraltro impedito, per Costantino Mortati<sup>19</sup>, di soddisfare l'esigenza unitaria, attraverso l'intervento di «norme generali dello Stato» in alcuni ambiti, a cominciare da quello economico e sociale.

E così, per l'on.le G. Caronia, anche lui di professione medico, una «più razionale ed efficace organizzazione sanitaria» avrebbe richiesto la «creazione di un organo centrale e autonomo» in grado di coordinare e disciplinare la «complessa e delicata materia», al fine di consentire «a tutti» di usufruire di adeguate prestazioni<sup>20</sup>. A differenza di altri tipi di assistenza, quella sanitaria, «più di ogni altro» comparto dell'intervento sociale, avrebbe imposto, per questo Costituente, «unità di direttive e coordinamento di mezzi», così da «evitare grande dispersione» di risorse, «costose interferenze e inevitabili deficienze»<sup>21</sup>.

Da qui la necessità, per questo esponente del gruppo Democratico cristiano, che la «struttura decentrata regionalistica» fosse accompagnata dalla costituzionalizzazione del «principio unitario dell'indirizzo sanitario, principio che è la base essenziale per un'efficace tutela della salute pubblica»<sup>22</sup>.

Per l'on. L. Camangi<sup>23</sup> l'eguaglianza di trattamento di tutti i cittadini, garantita dall'art. 3 Cost., che non volesse essere svilita a mera affermazione «retorica o, peggio ancora», di tipo demagogico, avrebbe dovuto perciò condurre lo Stato a garantire, attraverso i «suoi organi centrali e periferici», analoga assistenza sanitaria («intesa nel senso più completo, quindi medici, medicine, analisi, ospedali, ecc.») a tutti i cittadini «indipendentemente dalle loro condizioni economiche», così da «eliminare (..) una delle più dolorose ineguaglianze» che continuavano a permanere tra i cittadini italiani.

---

una trasformazione dello Stato in senso federale che avrebbe potuto creare una competizione tra vari «staterelli» in lotta «l'uno contro l'altro per contendersi le scarse risorse del Paese». A ciò era aggiunto, da altri (on. F.S. NITTI, A.C., 8 marzo 1947, I, op. cit., 276; on. P. NENNI, A.C., 10 marzo 1947, I, op. cit., 303; on. L. PRETI, A.C., 27 maggio 1947, III, op. cit., 1962), il timore, per le stesse sorti del Mezzogiorno, di una regionalizzazione dello Stato.

<sup>17</sup> On. P. NENNI, A.C., 10 marzo 1947, I, op. cit., 303.

<sup>18</sup> On. F. SULLO, A.C., 27 maggio 1947, III, op. cit., 1980.

<sup>19</sup> On. C. MORTATI, A.C., II Sott., 29 luglio 1946, VII, op. cit., 848.

<sup>20</sup> On. G. CARONIA, A.C., 24 aprile 1947, II, op. cit., 1215. L'abbandono dell'emendamento era pure legato all'intervento dell'on. E. CORBINO, in A.C., 24 aprile 1947, II, op. cit., 1227, a giudizio del quale per l'esercizio di qualunque attività dello Stato e non soltanto per la materia sanitaria, «sorge un problema di coordinamento al centro e di distribuzione capillare in periferia», di cui non si sarebbe dovuta occupare la Carta Costituzionale.

<sup>21</sup> On. G. CARONIA, A.C., 24 aprile 1947, II, op. cit., 1215.

<sup>22</sup> On. G. CARONIA, A.C., 24 aprile 1947, II, op. cit., 1216.

<sup>23</sup> On. L. CAMARGI, A.C., 24 aprile 1947, II, op. cit., 1217.



### 3. Le proposte di attivazione della procedura disciplinata nell'art. 116, 3° comma Cost.

Entro gli insuperabili limiti posti a garanzia dell'unità dello Stato come delineati dalla Costituente, e giammai messi in discussione dalle novelle costituzionali del 1999 e del 2001, potranno allora essere accolte le richieste, provenienti da alcune Regioni, di ricevere ulteriori ambiti di autonomia.

Del resto, l'obiettivo di non fuoriuscire dagli ambiti interpretativi consentiti dal disposto costituzionale è stata espressamente richiamato sia nelle delibere assunte delle tre Regioni (Lombardia, Veneto<sup>24</sup> ed Emilia Romagna<sup>25</sup>), che richiedevano maggiori spazi di autonomia, e sia nelle successive pre-intese sottoscritte, in data 28 febbraio 2018, dai rappresentanti di questi stessi enti territoriali con il Sottosegretario agli Affari regionali del Governo Gentiloni, Gianluca Bressa.

A seguito dello scioglimento delle Camere intervenuto nel mese di dicembre 2017, analoga cautela era assunta nella negoziazione condotta dal nuovo Ministro degli Affari regionali, Erika Stefani (Governo Conte I), che peraltro si limitava a recepire alcune bozze di intesa trasmesse dalle tre Regioni interessate (nei mesi di febbraio e di maggio 2019), di cui venivano perse le tracce a seguito della crisi di Governo intervenuta nel mese di agosto del 2019.

La richiesta di attivazione dell'opportunità offerta dall'ultimo comma dell'art. 116 Cost., con particolare riguardo al trasferimento di ulteriori funzioni in materia di *tutela della salute* (art. 117, 3° comma Cost.), non rappresentava comunque una novità, avendo come scopo quello di rafforzare ulteriormente i poteri di autogoverno in questo importante settore dei servizi sociali che, a Costituzione invariata, erano stati già ampiamente riconosciuti alle Regioni dalle riforme legislative succedutesi negli anni '90 [con i decreti legislativi n. 502/1992, n. 517/1993 e n. 229/1999 (cd.  *riforma ter*)] e, successivamente, a seguito della revisione del Titolo V, dai decreti attuativi (a cominciare dal n. 87/2011) della legge sul federalismo fiscale n. 42/2009.

In considerazione di un maggiore attivismo di alcuni enti territoriali, situati soprattutto nel Centro/Nord del Paese, ne è pure derivata, nel corso degli anni, una differenziazione

<sup>24</sup> A seguito dello svolgimento dei referendum consultivi del 22 ottobre 2017, in una data che voleva, sia pure simbolicamente, ricordare, con riguardo al Veneto, il plebiscito svolto 151 anni prima per l'annessione di questa Regione al Regno d'Italia. Tale istanza autonomistica era, poi, ribadita con le Deliberazioni dei Consigli regionali del 15 novembre 2017, n. 1215, per il Veneto, e n. X/1645 del 7 novembre 2017, X legislatura, per la Lombardia. Peraltro, analoghe richieste erano già state avanzate, in passato, dalla Regione Toscana (nel corso del 2003), dalla Regione Piemonte (proposta di Deliberazione del Consiglio regionale del 25 settembre 2007), dalla Regione Veneto (Deliberazione del Consiglio n. 98 del 18 dicembre 2007) e dalla Regione Lombardia (Deliberazione del Consiglio n. VIII/0367 del 4 aprile 2007), tutte richiamate da P. CIARLO - M. BETZU, *Dal regionalismo differenziato al regionalismo pasticciato*, in *Le Istit. Del Fed.*, 1/2008, 71, che ne evidenziano i limiti per avere a oggetto interventi che avrebbero interessato, «in ragione del rapporto da regolare, o aspetti superati ovvero profili di interesse generale della collettività nazionale», con l'effetto di trascinare gli ambiti riservati alle competenze di questi enti territoriali.

<sup>25</sup> Cfr. Documento di indirizzi approvato dalla Giunta regionale dell'Emilia Romagna il 28 agosto 2017, in seguito integrato il 16 novembre 2017, e recepito nelle Risoluzioni dell'Assemblea legislativa del 3 ottobre, 14 novembre 2017 (atti n. 5321 e n. 5600) e 12 febbraio 2018.

organizzativa, per la presenza di una pluralità di modelli sanitari regionali <sup>26</sup>, che ha condotto a una sorta di *federalismo sanitario* <sup>27</sup>, al punto di indurre taluni a ipotizzare il «superamento del sistema unitario di sanità» che avrebbe, addirittura, messo in discussione la stessa sopravvivenza del SSN <sup>28</sup>, con gravi ricadute sulla tenuta della «eguaglianza fra cittadini nel godimento del diritto alla salute» <sup>29</sup>.

Alle perplessità provocate da questo progressivo scivolamento verso distinti modelli regionali, se ne sono aggiunte oggi altre collegate alle richieste di trasferimento di nuove competenze (amministrative e legislative) provenienti dalle summenzionate Regioni settentrionali.

Nonostante i possibili sviluppi dell'autonomia consentiti dalla nostra Costituzione, nel rispetto ovviamente dei vincoli di bilancio, dell'equilibrio economico-finanziario e dei LEA, cui peraltro hanno pure dichiarato di richiamarsi gli stessi enti interessati, numerosi sono i dubbi che derivano dalle esorbitanti pretese avanzate nelle delibere regionali, in grado di condurre a irragionevoli differenziazioni di trattamento tra individui appartenenti al medesimo Stato.

A tali remore conduce, ad esempio, la proposta della Regione Veneto, contenuta nell'accordo preliminare concluso con il Governo Gentiloni, di ottenere il trasferimento delle «politiche di gestione del personale dipendente, convenzionato o accreditato» del SSR, anche attraverso un'opportuna «regolamentazione dell'attività libero professionale» e della possibilità di stipulare contratti collettivi al fine di «prevedere incentivi e misure di sostegno»<sup>30</sup>. L'effetto che ne sarebbe derivato, giudicato inaccettabile, sarebbe stato, infatti, quello di incidere sulla «contrattazione collettiva nazionale in materia di personale sanitario

<sup>26</sup> A un «modello lombardo» di *quasi-mercato*, che «si fonda sulla netta distinzione tra soggetti controllori-regolatori e soggetti produttori accreditati, pubblici e privati, liberi di erogare le prestazioni ai cittadini in concorrenza tra loro» (A. PETRETTO, *Modelli economici di organizzazione sanitaria e finanziamento*, in E. CATELANI - G. CERRINA FERONI - M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, 2011, 84), si fronteggia un «modello toscano» di *limitata concorrenza* informato invece «su un'organizzazione della produzione prevalentemente pubblica, fortemente gerarchizzata verso i vertici politici regionali con spazio ridotto per il mercato e per l'apporto dei privati, con la sola eccezione del terzo settore» (E. CATELANI - G. CERRINA FERONI - M.C. GRISOLIA, *Introduzione*, in op. ult. cit., IX).

<sup>27</sup> F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del sistema sanitario*, 31 luglio 2019, in *Federalismi.it*, 15/2019.

<sup>28</sup> R. BALDUZZI, *Esiste ancora un Servizio sanitario nazionale?*, in M. RICCA - L. CHIEFFI (a cura di), *Regionalismi e diritti di cittadinanza*, Fornez, Roma, 2005, 23 ss.

<sup>29</sup> C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti Supreme e salute*, 2018, 3, 663.

<sup>30</sup> Artt. 1 e 2 dell'Allegato Salute all'Accordo Preliminare (d'ora in poi All. sal. e Acc. prel.) in merito all'intesa prevista dall'art. 116, 3° comma, Cost. tra Governo della Repubblica e la Regione Veneto. Con riguardo alle politiche di gestione del personale, l'art. 1 degli All. Sal. agli Acc. prel. sottoscritti dal Governo con la Regione Lombardia e la stessa Regione Emilia Romagna rinviava, invece, al comma 3-bis dell'art. 17 del D.l. n. 98 del 2011, convertito con modificazioni, dalla legge n. 111/2011.

e rapporto convenzionale»<sup>31</sup>, in grado di condurre a una diversità di trattamento degli operatori sanitari che svolgono le loro attività in distinte Regioni<sup>32</sup>.

Altre incertezze derivano dal trasferimento di «funzioni attinenti al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione»<sup>33</sup>, da applicare limitatamente agli «assistiti residenti nella Regione»<sup>34</sup>, con l'effetto di introdurre un possibile impedimento alla libera circolazione delle persone. A queste, si aggiungono poi le critiche alla prevista devoluzione della competenza in «materia di determinazione del numero dei posti dei corsi di formazione per i medici di medicina generale e di accesso alle scuole di specializzazione», ivi compresa la «programmazione delle borse di studio per i medici specializzandi e la loro integrazione operativa con il sistema aziendale»<sup>35</sup>, anche all'esito della sottoscrizione di «specifici accordi con le Università presenti nel territorio regionale»<sup>36</sup>, che metterebbe in discussione la parità di accesso alla professione sanitaria.

L'introduzione di una disciplina differenziata sul reclutamento, oltre ad interferire ancora una volta sul diritto di questi professionisti alla libera circolazione all'interno dello Stato, potrebbe pure condizionare gli sviluppi formativi degli stessi medici specializzandi, in considerazione del loro possibile passaggio dall'amministrazione universitaria a quella del servizio sanitario regionale<sup>37</sup>.

Seppure giustificata dalla necessità di colmare gli insopportabili vuoti negli organici delle professioni sanitarie, conseguenti ai sacrifici imposti dalla *spending review*, pure aggravati, per alcune Regioni, dai piani di rientro<sup>38</sup>, da taluni commentatori è manifestata la

---

<sup>31</sup> Tale richiesta devolutiva non era giudicata «praticabile per il limite che essa trova nell'art. 117, c. 2, lett. l)»: R. BALDUZZI - D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, 17 aprile 2019, in *Rivista AIC*, n. 2/2019. Come ricordato da questa dottrina, la stessa Corte Costituzionale (da ultimo con la sent. n. 186/2016), aveva «già avuto modo di rilevare la stretta integrazione tra legislazione statale e contrattazione collettiva in materia di personale convenzionato del SSN e che essa limita fortemente i margini della legislazione regionale in forza di due titoli di competenza statale: la tutela della salute e l'ordinamento civile, del quale ultimo la “contrattazione collettiva nazionale in materia di personale sanitario a supporto convenzionale [...] è certamente parte”».

<sup>32</sup> E. CATELANI, *La tutela dei diritti sociali fra Europa, Stato e Autonomie locali. I rischi della differenziazione*, 14 dicembre 2018, in *Federalismi.it*, numero speciale 5/2018, a giudizio della quale un sistema siffatto «potrebbe anche implementare la tendenza di medici professionisti a migrare da una Regione all'altra oppure di eseguire attività per il servizio sanitario in una Regione ed attività libero professionale in Regioni più vantaggiose dal punto di vista dell'autonomia professionale. In definitiva si creerebbe un regime ingovernabile e fonte di continue disuguaglianze».

<sup>33</sup> Art. 3, n. 1, degli All. Sal. agli Acc. prel. tra il Governo, la Regione Lombardia e la Regione Emilia Romagna, nonché l'art. 4 dell'All. Sal. all'Acc. prel. tra il Governo e la Regione Veneto.

<sup>34</sup> Art. 3, n. 2 degli All. Sal. agli Acc. prel. tra il Governo e la Regione Lombardia e la Regione Emilia Romagna; art. 4 dell'All. Sal. all'Acc. prel. tra il Governo e la Regione Veneto.

<sup>35</sup> Art. 2 degli All. Sal. agli Acc. prel. tra il Governo, la Regione Lombardia, la Regione Emilia Romagna e la Regione Veneto.

<sup>36</sup> Art. 2 degli All. Sal. all'Acc. prel. tra il Governo, la Regione Lombardia e la Regione Emilia Romagna; art. 3 dell'All. Sal. all'Acc. prel. tra il Governo e la Regione Veneto.

<sup>37</sup> E. CATELANI, *La tutela dei diritti sociali fra Europa, Stato e Autonomie locali. I rischi della differenziazione*, cit., 47, a giudizio della quale tale previsione avrebbe l'effetto di mettere «in discussione quel metodo di selezione degli specializzandi che viene fatto con un concorso nazionale e quindi con maggiori garanzie di meritocrazia».

<sup>38</sup> Come giustamente sottolineato da L. VANDELLI, *Il regionalismo differenziato*, in *Rivista AIC*, 4 settembre 2019, 3/2019, 578 ss., la spinta proveniente da alcune Regioni di conquistare maggiori ambiti di autonomia, per risolvere l'inadeguatezza degli organici in sanità, attiene ad un «problema» che «riguarda l'intero Paese», seppure «con diverse intensità da Regione a Regione». Ne deriva, allora, che piuttosto che spingere l'acceleratore sulla differenziazione, occorrerebbe, per questo autorevole studioso, avviare un «approfondimento dei problemi attuali del regionalismo italiano; procedendo quindi ad una verifica punto per punto dei problemi di funzionamento del sistema regionale nel



preoccupazione sulla reale capacità degli specializzandi di poter assumere compiti di assistenza di particolare complessità, in assenza di un'adeguata maturazione delle necessarie conoscenze ed esperienze acquisite *sul campo*<sup>39</sup>. Le recenti misure d'urgenza adottate dal Governo, per fronteggiare la crisi sanitaria provocata dall'epidemia di Covid-19, che consentono l'attribuzione di «incarichi provvisori o di sostituzioni di medici di medicina generale convenzionati con il SSN» ai laureati in medicina e chirurgia, abilitati o anche non abilitati (art. 102, n. 1 del decreto legge n. 18 del 17 marzo 2020<sup>40</sup>), pure «durante la loro iscrizione ai corsi di specializzazione o ai corsi di formazione specialistica generale» (art. 4, n. 2 del decreto legge n. 14 del 9 marzo 2020), rappresentano infatti provvedimenti adottati in presenza di circostanze eccezionali, giustificati dalla carenza di personale sanitario, di competenza esclusiva dello Stato centrale.

Non sembrano invece destare perplessità, non interferendo con gli spazi consentiti dalla Costituzione, quelle ulteriori richieste provenienti dalle suddette Regioni in grado di rafforzare la loro capacità di gestione dei servizi sanitari, attraverso il trasferimento di funzioni amministrative con riguardo: alla organizzazione dei servizi ospedalieri e territoriali, in grado di garantire una più equa accessibilità agli utenti; alla realizzazione degli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del Servizio Sanitario Regionale<sup>41</sup>; alla modulazione delle modalità di compartecipazione alla spesa, con riguardo ai fondi sanitari integrativi e ai fondi sostitutivi<sup>42</sup>; al controllo e alla gestione del farmaco; alla definizione della equivalenza terapeutica tra più medicinali, salva diversa indicazione dell'Aifa<sup>43</sup>; alle procedure di erogazione delle cure primarie che la Regione Veneto vorrebbe, in particolare, svincolare dalle convenzioni nazionali con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta.

---

suo complesso», in modo da liberare il «regionalismo da lacci e laccioli che gravano in via generale su tutto il sistema» e individuare la strada più agevole «per dare risposte a dinamiche proprie di ogni singola Regione».

<sup>39</sup> Cfr. E. CATELANI, *La tutela dei diritti sociali fra Europa, Stato e Autonomie locali. I rischi della differenziazione*, cit., 48.

<sup>40</sup> A norma del quale il conseguimento della laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e Chirurgia potrà da oggi abilitare all'esercizio della professione di medico-chirurgo, previa acquisizione del giudizio di idoneità di cui all'art. 3 del DM dell'istruzione, dell'università e della ricerca n. 58/2018, che richiede lo svolgimento di un tirocinio pratico-valutativo.

<sup>41</sup> Art. 6 dell'All. Sal. all'Acc. prel. tra il Governo e la Regione Lombardia; art. 8 dell'All. Sal. all'Acc. prel. tra il Governo e la Regione Veneto; art. 7 dell'All. Sal. all'Acc. prel. tra il Governo e la Regione Emilia Romagna.

<sup>42</sup> Art. 7 dell'All. Sal. all'Acc. prel. tra il Governo e la Regione Lombardia; art. 7 dell'All. Sal. all'Acc. prel. tra il Governo e la Regione Veneto; art. 8 dell'All. Sal. all'Acc. prel. tra il Governo e la Regione Emilia Romagna.

<sup>43</sup> Art. 5 dell'All. Sal. all'Acc. prel. tra il Governo e la Regione Lombardia; art. 6 dell'All. Sal. all'Acc. prel. tra il Governo e la Regione Veneto; art. 5 dell'All. Sal. all'Acc. prel. tra il Governo e la Regione Emilia Romagna. Per E. CATELANI, *La tutela dei diritti sociali fra Europa, Stato e Autonomie locali. I rischi della differenziazione*, cit., 49, sarebbe da «approvare il modello di stimolo e d'impulso con documentate valutazioni che possono provenire dalla Regione all'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) al fine di giungere tempestivamente a “decisioni basate sull'equivalenza terapeutica fra medicinali contenenti differenti principi attivi”». Anche se non mancano opinioni di segno opposto, come quella di C. DE VINCENTI, *La bulimia delle Regioni nell'iter delle autonomie differenziate*, in *Il Sole 24 ore on line*, 25 marzo 2019, per il quale la richiesta da parte delle Regioni di potestà legislativa in materia di equivalenza terapeutica dei farmaci, ingenererebbe una «illogica frammentazione di criteri di valutazione che avrebbe effetti di potente disincentivo a investire nel nostro Paese».

#### 4. Il persistente divario tra Nord e Sud del Paese nell'accesso ai servizi sanitari.

L'ulteriore devoluzione di funzioni legislative e amministrative in materia sanitaria alle Regioni richiedenti, non potrebbe ovviamente trascurare di considerare il persistente divario, mai rimosso dalla fondazione della Repubblica, tra le diverse parti del territorio nazionale, che trae le proprie radici da una molteplicità di cause di tipo endogeno, determinate dalle deficienze del governo locale, e di tipo esogeno, conseguenti all'azione svolta dallo Stato centrale.

La presenza di inefficienze e di sprechi, nella gestione da parte di alcune amministrazioni regionali, non sempre dimostratesi capaci di utilizzare con oculatezza le risorse pubbliche<sup>44</sup>, si è aggiunta all'incapacità sovente mostrata dagli organi del Governo centrale di adottare adeguate misure di riequilibrio tra i territori<sup>45</sup>, parificabili a quelle impiegate in Germania dopo la caduta del muro di Berlino<sup>46</sup>, oltre che di controllo sull'impiego delle risorse trasferite (ex art. 120 Cost.). L'insieme di questi fattori ha certamente contribuito a una permanente mancanza di *capitale sociale*<sup>47</sup> riscontrabile nel Mezzogiorno, ulteriormente aggravata da un deficit di legalità, provocato dal pervasivo

---

<sup>44</sup> Per l'allora Governatore della Banca d'Italia, Mario Draghi (*Considerazioni finali*, presentate all'Assemblea ordinaria dei partecipanti, il 31 maggio 2008, all'indirizzo [www.bancaditalia.it](http://www.bancaditalia.it)) il ritardo del Mezzogiorno è causato soprattutto dalla «debolezza dell'amministrazione pubblica», dall'«insufficiente abitudine alla cooperazione e alla fiducia» e da un «costume diffuso di noncuranza delle norme». Per M. D'ANTONIO, *Se gli incentivi fanno male al Sud*, in *La Repubblica-cronaca di Napoli*, 9 novembre 2019, salvo alcune eccezioni, «le Regioni meridionali, a differenza di quelle del Nord, sono state invase da un ceto politico arrogante e famelico, da una piccola burocrazia scelta dai politici con criteri più clientelari che per premiare le competenze degli impiegati e dei dirigenti degli uffici». Per questo economista, una cattiva gestione dei finanziamenti da parte delle Regioni meridionali ha pure «contribuito ad inquinare la società locale, alimentando il malaffare, la corruzione e la criminalità che si è organizzata superando la piccola dimensione, nuotando tra gli incentivi concessi alle imprese dalle amministrazioni pubbliche, dilagando dal Sud verso il Nord d'Italia».

<sup>45</sup> Sul disimpegno da parte dello Stato a realizzare interventi per favorire una crescita del Mezzogiorno, da cui potrebbe certamente derivare un vantaggio per l'intero Paese «frenato nelle sue potenzialità di sviluppo» cfr. il *Messaggio di fine anno 2019* del Presidente della Repubblica Sergio Mattarella, reperibile all'indirizzo [www.quirinale.it](http://www.quirinale.it). In direzione analoga per C. TRIGILIA, *Non c'è Nord senza Sud. Perché la crescita dell'Italia si decide nel mezzogiorno*, Bologna, 2012, 128, «il Sud costituisce, più che nel passato, una grande occasione di crescita, anche per il Nord, legata alle possibilità che si aprono oggi nel mercato internazionale per la valorizzazione di risorse locali che sono presenti nelle Regioni meridionali».

<sup>46</sup> L'esperienza ha dimostrato come gli investimenti realizzati nella parte meno sviluppata di questo Paese abbia rappresentato un «affare per l'intera nazione»: I. SALES, *L'Italia impari dalla Germania come avvicinare il Sud al Nord*, in *La Repubblica - cronaca di Napoli*, 7 novembre 2019. Dai dati riportati da questo Autore risulta che, a fronte di 2000 miliardi di euro impegnati da questo Paese in circa 30 anni per le sue Regioni arretrate, ha corrisposto in 60 anni per il Sud dell'Italia, dall'avvio della Cassa del Mezzogiorno al 2010, un investimento di appena 350 miliardi di euro (compreso quelli spesi in alcuni territori del Lazio): «insomma l'unificazione e le politiche fatte per ridurre i divari sono alla base del successo tedesco; la rinuncia a superare il divario economico tra Nord e Sud dell'Italia è, invece, alla base del nostro declino».

<sup>47</sup> La carenza di capitale sociale è in grado di condizionare indirettamente, per C. TRIGILIA, *Non c'è Nord senza Sud. Perché la crescita dell'Italia si decide nel mezzogiorno*, cit., 98, lo sviluppo «perché influisce sulla efficienza della pubblica amministrazione, sulla capacità di produrre beni collettivi e servizi, e quindi sulle economie esterne per le imprese locali e sulla qualità della vita per i cittadini».

fenomeno della criminalità organizzata<sup>48</sup>, causa della diffusione della corruzione in sanità<sup>49</sup>, certamente più accentuato in questa parte del territorio nazionale.

Se per un verso, sono evidenti i progressi compiuti, grazie alla realizzazione di adeguati piani di rientro<sup>50</sup> e una accorta gestione commissariale coordinata dal Governo centrale, per ricondurre le Regioni maggiormente in ritardo, come la Campania, la Basilicata, la Calabria e la Sicilia, a un equilibrio economico/finanziario, permangono, tuttavia, ancora dati preoccupanti sulla incidenza del *malaffare* e di un inappropriato impiego delle risorse in sanità.

Tale pregiudizio sarebbe valutabile sul piano nazionale nella misura di 6,4 miliardi<sup>51</sup>, cui dovranno essere aggiunti 3,2 miliardi di inefficienze e 14 miliardi di sprechi<sup>52</sup>, ancora variamente distribuiti, con maggiore incidenza al Sud (41% dei casi, a fronte di un 31% per il Centro, il 23% per il Nord e il 6% rappresentato dai costi dovuti alla commissione di distinti reati localizzati in diversi luoghi<sup>53</sup>). A ciò si aggiunga, per questa parte più in ritardo del Paese, una bassa efficienza delle amministrazioni pubbliche, sovente dimostratesi incapaci di gestire gli stessi fondi europei, per una scarsa cultura progettuale<sup>54</sup>, e la presenza sul suo territorio di un'alta percentuale di evasione fiscale (in termini relativi e non assoluti,

<sup>48</sup> Alcuni recenti episodi di criminalità organizzata hanno condotto tra il 2015 e il 2019, su richiesta delle Procure antimafia, al commissariamento prefettizio di un ospedale campano, come l'Ospedale S. Anna e S. Sebastiano di Caserta (*Cantone all'ospedale di Caserta dopo il Commissariamento*, in *il Mattino - cronaca di Caserta*, 19 novembre 2018) e di alcune aziende sanitarie regionali calabresi, come l'ASL 5 di Reggio Calabria e l'Asp di Catanzaro: in Openpolis, edizione 2019, *Fuori dal comune. I comuni e gli altri enti sciolti e commissariati in Italia*, all'indirizzo [www.openpolis.it](http://www.openpolis.it).

<sup>49</sup> Pur se «l'indice di corruzione/inefficienza nelle Regioni del Sud è del 30 al 60 per cento più elevato della media nazionale, con l'eccezione della Sardegna dove la deviazione è inferiore al 20 per cento» (C. COTTARELLI, *I sette peccati dell'economia italiana*, Milano, 2019, 47), non sono tuttavia mancati analoghi episodi di corruzione in sanità anche nelle Regioni del Nord, come testimonia la condanna penale per reati finanziari irrogata al Presidente della Giunta lombarda, Roberto Formigoni, nel processo per il crac delle fondazioni Maugeri e San Raffaele di Milano, che aveva ricevuto considerevoli vantaggi economici nell'esercizio delle sue funzioni pubbliche: *Roberto Formigoni, condanna a 5 anni e 10 mesi in Cassazione: l'ex governatore lombardo dovrà andare in carcere*, 21 febbraio 2019, in [www.ilfattoquotidiano.it](http://www.ilfattoquotidiano.it).

<sup>50</sup> Benché abbia migliorato nel corso del 2018, rispetto all'anno precedente, il punteggio sui LEA, che passa da 124 a 153, al punto di conseguire sul finire del 2019 la fuoriuscita dal commissariamento, la Regione Campania continua a rimanere «penultima in Italia, solo un gradino più su rispetto alla Calabria che, pur essendo sotto la sufficienza, fa addirittura peggio rispetto all'anno precedente (136 rispetto ai 144 del 2016)». In questa Regione continuano a permanere ritardi sui test di screening di primo livello «[per cervice uterina, mammella e colon retto, l'accesso alle cure oncologiche, la dotazione di personale (dopo la rimozione dei vincoli)], cui fanno da corollario la riduzione delle liste d'attesa, l'integrazione socio-sanitaria, per anziani e disabili, ma anche l'assistenza domiciliare che è da rafforzare»: E. MAUTONE, *Svolta sanità, la Campania fuori dal commissariamento*, in *il Mattino*, 29 novembre 2019.

<sup>51</sup> Per una analisi dei costi che gravano sull'economia meridionale per infiltrazioni della criminalità, soprattutto se organizzata, che richiederebbero un più incisivo intervento anche di tipo preventivo da parte dello Stato, cfr. Senato della Repubblica-Camera dei deputati, XVI legislatura, *Relazione conclusiva* approvata nella seduta del 22 gennaio 2013 dalla Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno della mafia e sulle altre associazioni criminali, anche straniere (istituita con legge 4 agosto 2008, n. 132), Doc. XXIII, n. 16, Tomo I. Per la dottrina: G. DI GENNARO -A. LA SPINA (a cura di), *I costi dell'illegalità. Camorra ed estorsioni in Campania*, Bologna, 2010.

<sup>52</sup> Solo di recente, ad esempio, la Regione Campania ha posto rimedio allo «scandalo» dei parti cesarei che ha visto, alle pari di altre Regioni del Sud, un'incidenza «assai più alta della media italiana e delle indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, a danno della salute delle donne e delle finanze pubbliche»: G. VIESTI, *Il sud vive sulle spalle dell'Italia che produce. Falso?*, Roma-Bari, 2013, 55.

<sup>53</sup> ISPE SANITÀ – ISTITUTO PER LA PROMOZIONE DELL'ETICA IN SANITÀ, *Libro Bianco sulla Corruption in Sanità*, 85, settembre 2014, all'indirizzo [www.ispe-sanita.it](http://www.ispe-sanita.it).

<sup>54</sup> Dai dati forniti dalla Svimez risulta che «da spesa certificata al 31 luglio 2018 sui fondi strutturali 2014-2020, cioè a due anni e mezzo dalla fine del piano, oscillava dal 9,44 per cento della Puglia a uno 0,73 per cento della Sicilia. Su 5 miliardi e 378 milioni disponibili, le strutture italiane erano riuscite a spendere 39 milioni e 370 mila euro»: S. RIZZO, *Il sud che non vuole morire*, in *La Repubblica*, 9 ottobre 2019.

considerata l'estensione del fenomeno anche al Centro/Nord<sup>55</sup>) oltre che di tipo contributivo, a causa del dilagante fenomeno del lavoro nero e sommerso.

Il deterioramento della spesa pubblica divenuta improduttiva, determinato da una pluralità di fattori (a cominciare da una «minore efficienza» di controlli svolti dallo Stato a livello locale, alle persistenti condizioni di evidente disagio ambientale<sup>56</sup>, in presenza di un maggior indice di disoccupazione<sup>57</sup> e di carenza di *senso civico*<sup>58</sup>), ha offerto lo spunto a quanti vorrebbero abbandonare alla sua sorte il Mezzogiorno, considerato una «palla al piede»<sup>59</sup>, per continuare a frenare lo sviluppo della parte più produttiva del Paese.

La spinta verso l'affermazione di dinamiche federali, sulla scia di una sorta di *rivolta anti-fiscale* proveniente dalle Regioni settentrionali, è in grado di condurre a un progressivo dissolvimento di «vecchi legami» e di «vecchie solidarietà territoriali», da cui potrebbe ragionevolmente derivare un ulteriore approfondimento del mai risolto divario tra le diverse parti del territorio nazionale<sup>60</sup>.

La correttezza di questa analisi sull'inadeguatezza di tipo gestionale ed operativo<sup>61</sup>, che ostacolerebbe un recupero di qualità ed efficienza amministrativa dei governi locali<sup>62</sup>, non dovrà poi far perdere di vista le altre cause, di tipo soprattutto strutturale, che impediscono alle popolazioni meridionali di avere adeguata assistenza sanitaria, sia in termini quantitativi

<sup>55</sup> Per G. VIESTI, *“Il sud vive sulle spalle dell'Italia che produce”*. Falso?, cit., 65, «colpisce che il gettito fiscale raccolto in Veneto sia una percentuale del reddito regionale inferiore rispetto a Puglia e Campania, pur essendo il reddito pro capite quasi il doppio».

<sup>56</sup> C. COTTARELLI, *I sette peccati dell'economia italiana*, cit., 124.

<sup>57</sup> Dai dati riportati nella *Presentazione del Rapporto SVIMEZ 2019 sull'economia e la società del Mezzogiorno*, Note di sintesi, *Il Mezzogiorno nella nuova geografia europea delle disuguaglianze*, p. 16, reperibile all'indirizzo [www.svimez.info/svimez](http://www.svimez.info/svimez), risulta ad esempio che «la crescita dell'occupazione nei primi due trimestri del 2019 riguarda soltanto il Centro-Nord (+ 137 mila unità, pari al + 0,8%), cui si contrappone il calo del Mezzogiorno (-27 mila unità, pari al -0,4 %). Nel confronto con il quarto trimestre 2008 gli occupati meridionali sono, nel secondo trimestre del 2019, 175 mila in meno (-2,7%), mentre nel Centro-Nord sono 557 mila in più (+3,3%), in crescita continua da 17 trimestri». La disoccupazione giovanile nel Sud supera poi il «50%, come conferma una ricerca condotta da Confindustria e Srm - Ricerche per il Mezzogiorno».

<sup>58</sup> Lo stato di abbandono cui è costretta la maggior parte del Mezzogiorno è certamente conseguenza di un ritardo culturale e di tipo civico, dovuto agli inadeguati interventi di riequilibrio compiuti dallo Stato centrale per consentirne la crescita economica, sociale e culturale. La presenza di un ridotto tasso di *civismo*, pure giudicato più importante del *tasso di sviluppo economico*, è la principale causa, per R. PUTNAM, *La tradizione civica delle Regioni italiane*, tr. it., Milano, Mondadori, 1993, 101, del «basso livello qualitativo» e di rendimento dei governi delle Regioni riscontrati principalmente nel meridione.

<sup>59</sup> Ricorrente, all'interno di una letteratura favorevole a una disarticolazione federale dello Stato, è l'accusa, di «uno sfrenato assistenzialismo, praticato sotto la bandiera equivoca della “solidarietà”»: G. MIGLIO, *Io, Bossi e la Lega. Diario segreto dei miei quattro anni sul Carroccio*, Milano, 1994, 12. Sulla stessa lunghezza d'onda cfr. i contributi di L. RICOLFI, *Illusioni italiane. Capire il paese in cui viviamo senza dar retta ai luoghi comuni*, Milano, Mondadori, 2010; *La Repubblica delle tasse. Perché l'Italia non cresce più*, Milano, Rizzoli, 2011; *Il sacco del Nord. Saggio sulla giustizia territoriale*, Milano, Guerini e Associati, 2012.

<sup>60</sup> F. CASSANO, *Tre modi di vedere il Sud*, Bologna, Il Mulino, 2009, 49.

<sup>61</sup> Nel rapporto Cgia di Mestre sulla qualità dei servizi della Pubblica amministrazione in Europa, richiamato nella relazione del Procuratore regionale Michele Oricchio per l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2019 della Corte dei Conti in Campania, Procura della Corte dei Conti, p. 49, all'indirizzo [www.corteconti.it](http://www.corteconti.it), emerge che «rispetto ai 192 territori interessati nell'analisi realizzata nel 2017, le principali Regioni del Centro-Sud d'Italia compaiono per 8 volte nel ranking dei peggiori 20, con la Calabria che si classifica al 190° posto con indice di soli 1,8 punti (.), la Campania (indice pari a 8,4) è al 186° posto, l'Abruzzo (6,2) è al 189° posto».

<sup>62</sup> In questa direzione, una importante attività di stimolo a favore delle *best practices* è stata svolta dall'ANAC (*Relazione annuale del 2018 presentata dal Presidente dell'ANAC al Senato sull'attività svolta nel 2017*, all'indirizzo [www.anticorruzione.it](http://www.anticorruzione.it)) cui si deve, con determinazione n. 358 del 29 marzo 2017, la redazione di Linee guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti (ASL) del Servizio Sanitario Nazionale, in materia di bandi di gara, misure di prevenzione della corruzione, conflitto di interessi, liste di attesa, svolgimento di attività professionali.



che qualitativi, equiparabile a quella erogata in altre parti del Paese, con evidenti esiti di tipo discriminatorio nell'esercizio dei diritti di cittadinanza <sup>63</sup>.

Absolutamente concordanti sono i dati, richiamati dai maggiori istituti di rilevazione, come il CENSIS, l'ISTAT e lo SVIMEZ, sui livelli di prestazioni sanitarie erogate in Italia che dimostrano il perdurante divario tra le due parti del Paese.

E così, a riprova di una diversa attenzione dedicata alle attese provenienti da ogni parte della nazione, è la ridotta quota di spesa sanitaria pubblica *pro capite* (computata applicando la regola della *quota capitaria pesata*<sup>64</sup>) destinata alle Regioni del Sud, rispetto a quella di cui godono i residenti delle Regioni del Centro/Nord, e in particolare quelli appartenenti alle due Province autonome di Trento e di Bolzano e alla Valle d'Aosta<sup>65</sup>.

Una ripartizione poi del Fondo sanitario, che dà maggiore peso alla presenza di popolazione anziana (localizzata in maggioranza al Nord) rispetto agli indicatori sulla vulnerabilità sociale e materiale, che dovrebbero invece condurre pure a considerare altri fattori in grado di misurare il cd. *indice di deprivazione* <sup>66</sup>, è certamente una delle cause delle ridotte *performance* dei servizi sanitari erogati in questa parte del territorio, da cui derivano pericolose forme di esclusione sociale. Ne rappresenta conferma una minore copertura della popolazione interessata per prestazioni, quali potrebbero essere gli *screening* per prevenire i tumori femminili, di cui è stata rilevata al Sud una difettosa o ritardata realizzazione. Ancora più grave è, poi, la diversa percentuale di incidenza della mortalità perinatale e infantile e della durata della sopravvivenza<sup>67</sup>.

<sup>63</sup> Indiscutibili sono gli effetti pregiudizievoli per le popolazioni interessate arrecati dai cd. Piani di rientro, cui sono state sottoposte alcune Regioni, soprattutto Meridionali, come la Campania, a causa di un «grave dissesto finanziario in materia sanitaria». Come evidenziato da M. BELLETTI, *La differenziazione in Emilia-Romagna rispetto all'equilibrio di bilancio e la tenuta dei livelli essenziali concernenti i diritti civili e sociali su base nazionale*, in *Regionalismo differenziato: opportunità e criticità*, Atti del Convegno di Milano, a cura dell'Università degli Studi di Milano (Dipartimento di Studi internazionali, giuridici e storico/politici) e del Centro Studi sul federalismo, 8 ottobre 2019, 32 del *paper*, tale misura emergenziale «comporta una più incisiva pressione fiscale per i residenti, attraverso l'aumento delle addizionali Irpef e delle accise sui carburanti; comporta rigide riorganizzazioni dei sistemi ospedalieri, con riduzioni di posti letto, chiusure di presidi sanitari; impedisce l'assunzione di opzioni organizzative fondamentali per la salvaguardia della salute degli individui».

<sup>64</sup> Introdotta con la legge finanziaria n. 662/1996 che segnava «l'abbandono normativo dell'ordinario criterio di finanziamento della salute, fondato sulla spesa storica», legata alla «cosiddetta "quota capitaria secca ed uniforme"», per passare ad un finanziamento che avrebbe dovuto, invece, tener conto dei diversi elementi di bisogno salutare del cittadino»: G. CRISAFI, *Fabbisogni e costi standard, un'occasione perduta*, 26 settembre 2016, in *AIC - Osservatorio Costituzionale*, 3/2016.

<sup>65</sup> A fronte di una spesa sanitaria pubblica *pro capite*, che corrisponde a circa i tre quinti della spesa totale, di 1.957 per l'intero Paese, con punte di 2.430 per la Prov. di Bolzano, di 2.329 per la Prov. di Trento, di 2.138 per la Valle d'Aosta, si è registrata una quota per il Mezzogiorno (Campania 1.770; Puglia 1.814; Calabria 1.808; Sicilia 1.821) assolutamente inferiore anche alla maggioranza delle Regioni del Centro-Nord: *Relazione del Procuratore regionale Michele Oricchio per l'inaugurazione dell'anno giudiziario 2019 della Corte dei Conti in Campania*, Procura della Corte dei Conti, cit.

<sup>66</sup> La cui determinazione dipende dai tassi di «disoccupazione, bassa istruzione, sovraffollamento, proprietà della casa, minoranze etniche e famiglie monoparentali»: P. SIANI, *Sanità, il futuro rubato al Sud*, in *La Repubblica - Napoli*, 1 aprile 2019. La presenza di un alto tasso di deprivazione, con maggiore incidenza rispetto al dato sull'età e sul genere, è infatti in grado di incidere «pesantemente sull'insorgenza di patologie e, dunque, sulla richiesta sanitaria»: G. CRISAFI, *Fabbisogni e costi standard, un'occasione perduta*, cit.

<sup>67</sup> Dai dati dell'Osservatorio Nazionale sulla salute nelle Regioni italiane, *Le disuguaglianze di salute in Italia nel 2018*, all'indirizzo [www.osservatoriosullasalute.it](http://www.osservatoriosullasalute.it), si vince che nelle Province di Caserta e di Napoli, la speranza di vita è di oltre due anni inferiore alla media nazionale, «seguite da Caltanissetta e Siracusa che palesavano uno svantaggio di sopravvivenza di 1,6 e 1,4 anni rispettivamente», assai distante dai dati relativi alle Province più longeve, come quelle di «Firenze, con 84,1 anni di aspettativa di vita, 1,3 in più della media nazionale, seguita da Monza e Treviso con poco più di un anno di vantaggio su un italiano medio».



A ridurre le possibilità di accesso alle cure sanitarie, da parte degli strati della popolazione più povera<sup>68</sup>, concentrata soprattutto al Sud<sup>69</sup>, è anche il suo ridotto potere di acquisto<sup>70</sup>, in considerazione degli elevati tassi di disoccupazione, soprattutto femminile e giovanile<sup>71</sup>, che hanno generato un PIL *pro capite* prodotto nel Mezzogiorno per il 2018 (di 18.954,5 Euro), equivalente al 55,2 % di quello di un italiano residente nel Centro-Nord (di 34.311 Euro)<sup>72</sup>.

Si aggiunga poi che questo divario nei trasferimenti finanziari finisce per rallentare la soluzione delle persistenti inadeguatezze tecnologiche e infrastrutturali<sup>73</sup>, con inevitabili ricadute sui livelli di soddisfazione delle prestazioni sanitarie «ad alta complessità»<sup>74</sup>, e degli stessi organici, che hanno in aggiunta subito un blocco del *turn over* proprio nelle Regioni sottoposte a piani di rientro<sup>75</sup>. E così, ad esempio, a un'alta percentuale di ospedali non a norma (il 74,9 %, contro il 21 % del Nord<sup>76</sup>), corrisponde, per gli anni 2013/2016, volendo limitare l'attenzione all'offerta post-acuti, per riabilitazione e lungodegenza, un dato di accessibilità, riguardante la maggioranza delle Regioni del Centro, Sud e Isole, inferiore alla media nazionale<sup>77</sup>.

Evidenti disomogeneità si riscontrano anche per le prese in carico di pazienti in Assistenza domiciliare integrata (ADI), che consente loro di rimanere nell'abituale

<sup>68</sup> Analizzando il territorio per macro-aree, risulta che la «quota più contenuta di persone che rinunciano ad almeno una delle prestazioni considerate si registrano nel Nord-Ovest, con una percentuale pari al 7,5%; nel mezzogiorno la percentuale raddoppia (nel Sud raggiunge il 14,7% e nelle Isole il 15,5%; nel Nord-Est si attesta al 9,5% e al Centro è pari all'11,3%)»: W. RICCIARDI, *La battaglia per la salute*, Roma-Bari, Laterza, 2019, 56.

<sup>69</sup> Dai dati riportati dal *Documento economico finanziario della Regione Campania 2017/2019*, curato dalla Giunta Regionale, all'indirizzo [www.regione.campania.it](http://www.regione.campania.it), si evince che a fronte di un indice medio di povertà regionale, con riguardo alle famiglie che vivono sotto la soglia di povertà, pari a 10,3, in Campania il dato è di 19,4, in Puglia di 20,5, in Basilicata di 25,5, in Calabria di 26,9, in Sicilia di 25,2, in Sardegna di 15,1, di contro ai dati, certamente più confortanti, della Lombardia, di 4,0, del Veneto, di 4,5 e dell'Emilia Romagna di 4,2.

<sup>70</sup> Alla luce delle «stime esistenti delle differenze nei prezzi e dei tassi d'inflazione, si può concludere che il reddito pro capite del Sud sia circa il 70 per cento di quello del Centro-Nord in termini di potere d'acquisto»: C. COTTARELLI, *I sette peccati dell'economia italiana*, cit., 122.

<sup>71</sup> Dal *Documento economico finanziario della Regione Campania 2017/2019*, curato dalla Giunta Regionale, cit., risulta che nel 2014 la disoccupazione per gli uomini nella Campania era del 19,7% (Mezzogiorno 19,1%; Italia 11,9%); per le donne del 25,3% (Mezzogiorno 23,3%; Italia 13,8%). Quella giovanile (18-29 anni) risultava, sempre in Campania per il 2014, del 44,1% per i maschi (Mezzogiorno 43,7%; Italia 30,1%); per le donne del 49,2% (Mezzogiorno 48,8%; Italia 33,0%).

<sup>72</sup> S. RIZZO, *Il Sud che non vuole morire*, cit.

<sup>73</sup> Con riguardo alla dotazione di «posti letto ospedalieri misurati in maniera equivalente (cioè su base giornate di assistenza erogate per popolazioni), la disparità regionale risulta evidente: la densità maggiore si riscontra nel Centro-Nord, dove i posti letto superano il «valore soglia» (9,80) stabilito dal Ministero della salute nelle valutazioni in base alla Griglia LEA 2015. Sotto la soglia rimangono 8 Regioni, tutte del Sud ad eccezione di Lazio e Valle d'Aosta»: C. COLLICELLI, *Salute e sanità nel Mezzogiorno: tendenze e criticità*, in *Riv. giur. mezz.*, 3/2018, 703.

<sup>74</sup> Cfr. G. VIESTI, *Mezzogiorno a tradimento: il Nord, il Sud e la politica che non c'è*, Roma-Bari, 2009, 88, che rileva come «in nessuna Regione del Mezzogiorno le strutture specializzate nell'alta complessità superano il 20% del totale, a fronte di oltre il 40% nel Centro-Nord». Tale divario avrebbe richiesto un intervento perequativo infrastrutturale, accanto ad un integrale finanziamento delle funzioni pubbliche attribuite agli enti territoriali con minore capacità fiscale per abitante (art. 119, 4° e 5° comma Cost.).

<sup>75</sup> Che ha interessato, soprattutto, le Regioni del Mezzogiorno: «al 2016 la Lombardia registrava 9,6 dipendenti SSN ogni mille abitanti, la Campania 7,3 e il Lazio 7,1»: *Rapporto Oasi 2018*, all'indirizzo [www.quotidianosanita.it](http://www.quotidianosanita.it).

<sup>76</sup> Il dato è tratto da *La Repubblica* del 23 settembre 2010.

<sup>77</sup> Meno drammatica è, invece, la percentuale di posti letto per acuti per regime di ricovero e per Regione, per il periodo 2013/2016. A fronte di una media nazionale del 2,98 posti letto (PL) e di una media del 3,34 PL per la Valle d'Aosta, 3,05 per la Lombardia, 3,00 per il Veneto, 3,35 per l'Emilia Romagna, si registrano 2,75 per la Campania e la Puglia, 2,33 per la Calabria: *Rapporto Osservasalute 2017*, all'indirizzo [www.osservatoriosullasalute.it](http://www.osservatoriosullasalute.it).

residenza: si va dal valore di 0,80 % delle Regioni del Nord, a quello di 0,55 % delle Regioni del centro, del Sud e delle Isole<sup>78</sup>. La stessa quota di anziani presa in carico ogni 100 abitanti corrisponde nel 2016 allo 0,2 % nel Mezzogiorno, in diminuzione rispetto allo 0,3% del 2007, certamente inferiore all'assistenza domiciliare offerta nel Centro/Nord equivalente allo 0,7% nel 2016, seppure anche qui inferiore al dato del 2007, pari all'1,1%<sup>79</sup>.

Squilibrata è anche la percentuale di posti letto di cui sono dotati i presidi residenziali socio-assistenziali e socio-sanitari per 100.000 abitati (791 nel Centro/Nord e 365 nel Mezzogiorno), con maggiore criticità con riguardo ai disabili (53 posti letto nel Mezzogiorno, a fronte di 100 nel Centro/Nord)<sup>80</sup>.

Altrettanto negativo è il dato percentuale di strutture per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) destinate ai malati terminali, ove la Regione Campania, ad esempio, presenta quello più basso (3,7 casi per 100.000), a fronte di quello più elevato riferito alla Provincia autonoma di Trento (165,3 casi per 100.000)<sup>81</sup>. Sotto la media nazionale (57,1), a dimostrazione di una scarsa considerazione per l'assistenza per questo tratto finale dell'esistenza umana su tutto il territorio nazionale, sono anche la Basilicata, la Calabria, il Lazio, la Lombardia, la Valle d'Aosta, le Marche e il Molise<sup>82</sup>.

Non meno mortificanti per le Regioni del Sud sono i dati riguardanti i posti letto per l'erogazione di cure contro il dolore e per l'accesso alla palliazione continua e profonda, come oggi consentita dalle leggi n. 38 del 2010 e n. 219 del 2017. Da informazioni fornite dal Ministero della salute<sup>83</sup>, risulta che l'Italia «è sostanzialmente divisa in tre aree con percentuali di adeguamento che, se nel Nord sfiorano il 91/93%, in Regioni come il Veneto, Lombardia e Piemonte, fanno registrare valori più bassi nel Sud, con percentuali, ad esempio, del 41% nella Regione Puglia. La situazione migliora al Centro, con una media del 75%, descrivendo comunque un Paese diviso e una rete assistenziale frammentaria».

A distanza di più di quaranta anni dall'entrata in vigore della legge n. 405/1975, che avviò il funzionamento dei consultori familiari, e dalla legge n. 178/1978, per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza, il numero di queste strutture continua ad essere ancora inferiore alla proporzione indicata dal legislatore, pari a una ogni ventimila abitanti. Come rilevato nell'ultima Relazione annuale del Ministero della

<sup>78</sup> *Rapporto Osservasalute 2017*, cit. Con riguardo poi all'assistenza degli anziani «"i posti letto nelle strutture residenziali e semiresidenziali, compresi gli istituti di riabilitazione", per ogni 10 mila persone sono, in media, più di 73 al centro Nord e solo 21 al Sud. In Campania, addirittura 14,28. Peggio sta solo la Sicilia» (d.d.p., *Allarme Svimez*, in *La Repubblica*, 2 febbraio 2019). Per l'assistenza dei malati mentali la situazione non cambia in Campania. Con riguardo alle strutture territoriali, pubbliche o private, dai dati della Siep risulta che sono in questa Regione 91, a fronte di «153 di Lombardia, 174 di Toscana e 167 della Sicilia. Il numero di territoriali per ogni 100 mila abitanti è di 1,89, contro il 5,23 di Toscana, il 3,94 della Sicilia, il 3,43 della Calabria. Stessa solfa sulle strutture residenziali: 51 in tutto contro le 259 di Piemonte, le 281 di Lombardia, le 173 del Veneto, le 230 dell'Emilia, le 217 della Puglia. Rapportate a 100 mila abitanti fa un magro 1,06, meno della metà del 3,6 nazionale, peggio sta solo la Calabria»: R. FUCCILLO, *Salute mentale, in città solo dieci sportelli e personale diminuito*, in *La Repubblica - cronaca di Napoli*, 22 agosto 2019.

<sup>79</sup> Cfr. *Presentazione del Rapporto SVIMEZ 2019 sull'economia e la società del Mezzogiorno, Note di sintesi*, op cit., 30.

<sup>80</sup> *Ibidem*.

<sup>81</sup> *Rapporto Osservasalute 2017*, cit.

<sup>82</sup> *Ibidem*.

<sup>83</sup> Ministero della salute, *Le risposte attuali del Servizio Sanitario Nazionale*, 2.12, *Cure palliative e terapie del dolore*, all'indirizzo [www.rssp.salute.gov.it](http://www.rssp.salute.gov.it), consultato in data 6 settembre 2018.

salute per il 2016, con l'eccezione di alcune Regioni, come la Valle d'Aosta (2,2), la Basilicata (1,1), Toscana (1,1), Veneto ed Emilia Romagna (1), questo rapporto, soprattutto nella gran parte Regioni meridionali, ma non solo, si ferma allo 0,6<sup>84</sup>.

Alla mancanza di ospedali in grado di erogare prestazioni specialistiche, causa principale della persistenza di liste d'attesa eccessivamente prolungate, fa poi seguito, a riprova di un'ulteriore differenziazione nella qualità di assistenza tra Nord e Sud, il drammatico dato sulla mobilità (o migrazione) sanitaria interregionale<sup>85</sup> verso presidi che possono garantire un'adeguata risposta in esecuzione di quanto consentito dal D.M. 2 aprile 2015, n. 70, che prevede, per alcuni trattamenti specialistici, la presenza di bacini di utenza che oltrepassano i confini regionali<sup>86</sup>.

Il carattere preoccupante di questo fenomeno, aveva condotto l'allora Ministro della salute, Giulia Grillo<sup>87</sup>, a parlare di un serio «rischio» per l'unità del SSN, al punto di poterne rappresentare motivo di «disgregazione».

A fronte di saldi attivi per Lombardia, Emilia Romagna, Veneto, Toscana, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Molise, corrispondono saldi negativi per tutte le altre Regioni, con punte di ristoro oltre i 100 milioni di Euro, per Lazio, Campania, Puglia, Sicilia e Calabria<sup>88</sup>. La somma delle percentuali riferibili alle due Regioni con maggiore indice di fuga, Lazio, per il 13,9%, e Campania, per il 10,1%, rappresenta quasi un quarto della mobilità passiva<sup>89</sup>.

La persistenza di questo ritardo del sistema sanitario meridionale, che induce abitualmente i pazienti a rivolgersi ai servizi erogati in altre parti della nazione, sarebbe in grado di provocare una grave crisi in presenza di un'imprevedibile emergenza sanitaria, parificabile a quella recentemente determinata dalla rapida diffusione di una epidemia particolarmente aggressiva. L'assenza di un numero sufficiente di presidi sanitari proprio nei territori più disagiati del Paese, privi di un adeguato numero di posti letto per terapie

<sup>84</sup> Ministero della Salute, *Relazione del Ministro della salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza (legge 194/1978), dati definitivi 2016*, Roma, 22 dicembre 2017.

<sup>85</sup> L'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria, approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, versione in vigore per le attività degli anni 2014-2015 e 2016, 2 febbraio 2017, reperibile all'indirizzo [www.regioni.it](http://www.regioni.it), dispone che «ogni anno la Regione che eroga la prestazione viene rimborsata dalla Regione di residenza del cittadino»: *Report Osservatorio GIMBE 3/2018, La mobilità sanitaria interregionale nel 2017*, Luglio 2018, Elaborato dalla Fondazione GIMBE.

<sup>86</sup> *Report Osservatorio GIMBE 3/2018, La mobilità sanitaria interregionale nel 2017*, cit. Secondo la ricerca elaborata dal CENSIS, *Migrare per curarsi*, Roma, gennaio 2017, all'indirizzo [www.casamica.it](http://www.casamica.it), i ricoveri effettuati fuori dalla Regione di appartenenza, anche a centinaia Km di distanza dalla propria residenza, ammontano ogni anno a 750.000, cui dovranno aggiungersi almeno 650.000 accompagnatori. «Le Regioni da cui i cittadini emigrano per farsi curare sono prevalentemente quelle del Sud (258.000 persone del Sud si spostano al Nord per le cure e 235.000 dal Sud al Centro) e i poli attrattivi principali (che riguardano 1 migrante della salute su 4) sono rappresentati da Roma, Milano, Genova, Bologna, Padova, Firenze, Pisa e Siena (RBM-CENSIS, 2017). L'indice di attrazione conferma dunque il dualismo tra alcune Regioni del Centro-Nord, che registrano un valore significativamente elevato, e quasi tutte le Regioni del Mezzogiorno»: W. RICCIARDI, *La battaglia per la salute*, cit., 73.

<sup>87</sup> Intervento del Ministro della salute, Giulia Grillo, in occasione della Giornata celebrativa dei 40 anni del Servizio Sanitario Nazionale, Roma, 12 dicembre 2018, reperibile all'indirizzo [www.regioni.it](http://www.regioni.it), comunicato n. 3513.

<sup>88</sup> Dall'analisi comparativa dei saldi regionali «emerge in maniera inequivocabile che le Regioni con saldo positivo  $\geq$  100 milioni di euro sono tutte del Nord, mentre quelle con saldo negativo  $\leq$  100 milioni di euro tutte del Centro-Sud»: *Report Osservatorio GIMBE, 3/2018*, cit.

<sup>89</sup> *Report Osservatorio GIMBE, 3/2018*, cit.

intensive e di rianimazione<sup>90</sup>, accanto ad idonei organici preposti a questo tipo di assistenza specialistica, condurrebbe a conseguenze pregiudizievoli facilmente prevedibili.

### **5. Le funzioni di indirizzo e di riequilibrio riconosciute allo Stato centrale, anche con riguardo alle emergenze sanitarie.**

In linea a quanto emerso in seno alla Costituente, l'ulteriore rafforzamento autonomistico consentito a seguito della riforma del 2001 del Titolo V della Costituzione potrà certamente contribuire, in ragione di una riduzione delle distanze tra governanti e governati<sup>91</sup>, al miglioramento dei livelli di responsabilità nella gestione dei territori locali e della loro crescita<sup>92</sup>.

Tale approfondimento degli ambiti del governo locale, appare d'altra parte certamente funzionale all'accentuata visibilità europea assunta da questi enti territoriali destinatari di rilevanti risorse derivanti dai cd. Fondi strutturali.

Grazie al corretto ricorso al principio di sussidiarietà, l'attivazione del processo devolutivo, come consentito dalla *clausola di asimmetria* contenuta nell'ult. comma dell'art. 116 Cost., potrebbe quindi agevolare l'ottimizzazione dell'esercizio delle funzioni trasferite alle Regioni che ne faranno richiesta, ricorrendone ovviamente le necessarie condizioni per renderne possibile il trasferimento.

Senza mettere in discussione l'inderogabile limite dell'unità dello Stato, questo sviluppo del sistema delle autonomie, rimasto congelato per molti anni a seguito della disastrosa crisi economica che ha attraversato l'Europa<sup>93</sup>, potrebbe, se ragionevolmente governato, certamente promuovere le peculiarità dei territori locali.

<sup>90</sup> A fronte di un tasso medio in Italia dei posti letto, nel 2016 e per ogni mille abitanti, del 2,65, le Regioni, oltre alle Province autonome, che sono al di sopra appartengono, quasi esclusivamente, al Nord: Valle d'Aosta, Prov. di Bolzano, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Veneto e Sardegna. Superano la soglia dei 2,5 posti letto le Regioni Lombardia, Liguria, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Puglia, Prov. di Trento. Sono al di sotto di questa percentuale il Piemonte e la gran parte delle Regioni meridionali, come l'Abruzzo, il Molise, la Campania, la Basilicata, la Calabria e la Sicilia. Questi dati sono stati tratti all'indirizzo [www.truenumbers.it/quantiposti letto negli ospedali/](http://www.truenumbers.it/quantiposti letto negli ospedali/).

<sup>91</sup> E conseguentemente una gestione delle funzioni pubbliche più vicina al territorio, in ossequio ai principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza (art. 118, 1° comma Cost.). Per F. CASSANO, *Tre modi di vedere il Sud*, cit., 67, appare indiscutibile il «ruolo centrale nella costruzione di un'etica pubblica anche nel Mezzogiorno» che potrà essere svolto dallo sviluppo della «dimensione locale, (...) perché solo la piccola scala rende comprensibile e praticabile dai più la cura e il rispetto dei beni comuni».

<sup>92</sup> Sul ruolo propulsivo svolto dalle Regioni per il benessere dei territori locali cfr. gli interventi di F. SULLO (A.C. 27 maggio 1947, in op. cit., 4259), che parlava di funzione *rivoluzionaria*, ma senza spargimento di sangue, del regionalismo rispetto «alla tradizione meridionale» per rendere possibile la «formazione», il «rinnovamento della classe dirigente» e l'«eliminazione delle consorzierie e delle oligarchie locali» particolarmente diffuse in questa parte del territorio nazionale. Anche per L. Sturzo (*Discorso sul Mezzogiorno* tenuto al Congresso del Partito popolare di Napoli del 18 gennaio 1923, all'indirizzo [www.italianieuropei.it](http://www.italianieuropei.it)) il «processo dinamico della realtà economica e amministrativa» della nazione doveva «essere lasciato all'adattamento locale: come avviene in Inghilterra, come in parte era nella vecchia Austria, come, per il sistema federativo di un tempo, aveva il suo naturale fondamento anche nella Germania di ieri».

<sup>93</sup> Cfr. G. ROLLA, *L'evoluzione dello Stato regionale in Italia: tra crisi del regionalismo omogeneo e aspirazioni a un'autonomia asimmetrica dei territori*, in *Le Regioni*, 1/2019, 166. Come giustamente rilevato da A. MANGIA, *L'eterno ritorno dell'autonomia differenziata*, in *Forum Quad. Cost.*, 24 settembre 2019, 8, «da crisi finanziaria del 2011 ha avuto tra le sue molte conseguenze, quella di realizzare un improvviso accentramento, per ragioni di contenimento e controllo, del governo

Diffusa, infatti, è l'opinione secondo cui una ulteriore crescita delle autonomie, che sia ovviamente compatibile con le specificità, demografiche, culturali, sociali ed economiche di ciascuna Regione e con le stesse attese espresse dai cittadini elettori, possa condurre a un incremento dei livelli di efficienza e di innovazione dell'azione pubblica (le cd. *best practices*)<sup>94</sup> e a un'auspicabile attivazione di possibili momenti di «competizione virtuosa»<sup>95</sup>, assai distante dal *regionalismo dell'uniformità*<sup>96</sup> che ha invece caratterizzato fino ad ora l'attuazione del Titolo V Cost.

Un'emancipazione dalla «fitta trama di limiti imposti da un pesante apparato legislativo dello Stato»<sup>97</sup>, avrebbe l'importante vantaggio di consentire alle Regioni di percepire con maggiore consapevolezza l'effettiva portata dei bisogni avvertiti dalle rispettive comunità.

In una fase di lenta ripresa dell'economia, a seguito di un lungo periodo di stagnazione e di recessione, i possibili sviluppi della capacità di autogoverno dei territori locali, potrebbe cioè rappresentare un'importante occasione di razionalizzazione e rivitalizzazione dell'esperienza regionale<sup>98</sup>, in controtendenza a una logica di ri-centralizzazione che ha dominato i trascorsi anni.

Questo riconoscimento e promozione delle autonomie territoriali, anche attraverso una «ponderata» condivisione con lo Stato degli spazi di differenziazione<sup>99</sup> (che induce a trattare «situazioni uguali in modo eguale» e «situazioni diverse in modo diverso»<sup>100</sup>), dovrà ovviamente essere accompagnato dall'impegno, ricadente su quest'ultimo, di rimuovere le condizioni di persistente disparità sociale tra i diversi territori. Nessun trasferimento alle Regioni richiedenti della materia *tutela della salute* potrebbe condurre alla frantumazione dello

---

della finanza pubblica. (...). Tant'è vero che dal Governo Monti in poi, che ha segnato uno spartiacque nella storia della Repubblica, ogni discorso sul federalismo fiscale e sul 119 Cost. è stato messo prontamente in soffitta»

<sup>94</sup> Cfr. E. BALBONI, *Per scongiurare la "secessione dei ricchi" basterebbe la buona amministrazione*, in *Forum dei Quad. Cost.*, 28 febbraio 2019, 2. Sulle indubbie potenzialità e virtuosità della differenziazione, la dottrina appare compatta: L. ANTONINI, *Il regionalismo differenziato*, Milano, 2000, 3; M. BERTOLISSI, *Autonomia e responsabilità sono un punto di vista*, Napoli, Jovene, 2015, 152; E. GROSSO - A. POGGI, *Il regionalismo differenziato: potenzialità e aspetti problematici*, 8 novembre 2018, in *Il Piemonte delle autonomie*, 2/2018; 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*, 4/2017, 635; A. PIRAINO, *Ancora sul regionalismo differenziato: ruolo del Parlamento ed unità e indivisibilità della Repubblica*, 17 aprile 2019, in *Federalismi.it*, 8/2019; G. CHIARA, *Il regionalismo differenziato tra attese federaliste deluse e rischi di eccessi*, in *Forum Quad. Cost.*, 6 luglio 2019; gli interventi di S. MANGIAMELLI, *Il Regionalismo differenziato e la salvaguardia degli interessi nazionali*, 9, M. OLIVETTI, *La "parlamentarizzazione" delle intese è un'esigenza di sistema*, 47 e S. CASSESE, *Scenari costituzionali, politici ed economici*, 52., svolti nel corso del seminario dei Gruppi parlamentari del Partito Democratico, in Atti a cura del Gruppo PD del Senato, *Il regionalismo differenziato tra autonomia e solidarietà*, 18 febbraio 2019, all'indirizzo [www.senatoripd.it](http://www.senatoripd.it).

<sup>95</sup> A. PIRAINO, *Ancora sul regionalismo differenziato: ruolo del Parlamento ed unità e indivisibilità della Repubblica*, cit. Per R. BIN, *L'attuazione dell'autonomia differenziata*, 20 aprile 2017, in [www.robertobin.it](http://www.robertobin.it), «autonomia significa differenziazione, perché l'autonomia serve a differenziare la disciplina dei territori; la differenziazione è lo scopo dell'autonomia così come l'autonomia è lo strumento della differenziazione».

<sup>96</sup> F. TRIMARCHI BANFI, *Il regionalismo e i modelli*, in *Le Regioni*, 1995, 255 ss.

<sup>97</sup> R. BIN, *L'attuazione dell'autonomia differenziata*, cit.

<sup>98</sup> Cfr. F. PALERMO, *Il ruolo dello Stato nel regionalismo asimmetrico*, in *Federalismi.it*, 15/2019.

<sup>99</sup> 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*, cit., 650, per il quale gli ambiti di autonomia dovranno essere il risultato della «valutazione politica di ciascuna Regione (...) di assumersi credibilmente e responsabilmente il carico di una pluralità di competenze di governo territoriale».

<sup>100</sup> R. BIN, *L'attuazione dell'autonomia differenziata*, cit.



Stato centrale e, tanto meno, allo smantellamento di «presidi storicamente essenziali per l'unità e l'identità del Paese»<sup>101</sup>.

Un'efficace presenza degli organi del potere centrale, a garanzia di un livello uniforme dei diritti di cittadinanza, da realizzare indipendentemente dal luogo di residenza, costituirebbe una protezione contro una frammentazione che neppure la *specializzazione* avrebbe potuto mettere in discussione. Soltanto l'intervento di un apparato organizzativo di portata ultraregionale<sup>102</sup>, rinvenibile nell'attuale SSN, potrebbe assicurare la tutela di ambiti di garanzia ritenuti fondamentali, a cominciare dai livelli di assistenza della persona<sup>103</sup>.

Di questa esigenza se n'è fatto recentemente portavoce lo stesso Presidente del Consiglio dei Ministri, Giuseppe Conte, che ha proposto di condizionare l'avvio del processo devolutivo alla creazione di una *cabina di regia* cui demandare il compito di definire «precise strategie nazionali e internazionali»<sup>104</sup>, proprio a «garanzia dell'unità e dell'eguaglianza dei diritti»<sup>105</sup>.

Perdurando un divario socio/economico tra le diverse parti del territorio nazionale, la previa definizione degli ambiti prestazionali ritenuti inderogabili, accanto all'esercizio dei poteri sostitutivi (ex art. 120 Cost.), nei confronti delle Regioni inadempienti, consentirebbe agli organi dello Stato centrale di svolgere, in un settore come quello sanitario di indiscutibile interesse nazionale<sup>106</sup>, un ruolo di necessario riequilibrio.

La permanenza del SSN, che ha l'importante funzione di introdurre i necessari obiettivi-limite, cui dovranno attenersi i Servizi Sanitari Regionali, potrà certamente contribuire, com'era nelle intenzioni originarie del legislatore statale del '78, a contenere le persistenti disequaglianze territoriali, da cui derivano anche discriminazioni tra individui riguardo al luogo di residenza<sup>107</sup>.

<sup>101</sup> M. VILLONE, *Riforma e controriforma in gialloverde*, in *Dir. Pubbl. Eur. Rass. Online*, giugno 2019, 60. Analogamente per la SVIMEZ, *Il regionalismo differenziato: sviluppo ed equità*, 7 maggio 2019, all'indirizzo [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it), il trasferimento di funzioni legislative ed amministrative alle Regioni richiedenti non farebbe venir meno un «ruolo di coordinamento dello Stato non solo per le Regioni non firmatarie di un'intesa ma, in generale, per tutte le istituzioni, in un quadro di leale cooperazione tra i diversi livelli di governo».

<sup>102</sup> Cfr. 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*, Milano, Giuffrè, 2002, 14. Anche per C. TRIGILIA, *Non c'è Nord senza Sud. Perché la crescita dell'Italia si decide nel mezzogiorno*, cit., 131, una «maggiore autonomia senza maggiori controlli dal centro non darà i risultati sperati e potrà portare a nuove tensioni sociali. (...) Il federalismo –se realizzato adeguatamente– può aiutare, ma non può significare un ritiro di responsabilità del centro».

<sup>103</sup> Delle possibili conseguenze disgreganti di una asimmetria del sistema delle autonomie, a geometria variabile, privato di un'opportuna regia unificante svolta dallo Stato centrale, ne era consapevole lo stesso legislatore costituzionale del 2016 che, nonostante le numerose perplessità cui conduceva il progetto di riforma della Seconda parte della Costituzione (bocciato dal referendum confermativo del 4 dicembre 2016), proponeva, coerentemente all'indirizzo emerso alla Costituente, l'integrazione della lett. m), contenuta nel secondo comma dell'art. 117 Cost., con la previsione di una competenza esclusiva dello Stato in materia di «disposizioni generali e comuni per la tutela della salute» e «per le politiche sociali».

<sup>104</sup> G. Conte, Presidente del Consiglio dei Ministri, dichiarazione del 18 luglio 2019, [videocorriere.it](http://videocorriere.it).

<sup>105</sup> M. VILLONE, *Dalla secessione al separatismo. Fontana e Zaia, cialtroni del terzo tipo*, in *il Manifesto* del 23 luglio 2019.

<sup>106</sup> Pur essendo scomparso, a seguito della riforma del Titolo V, il limite dell'*interesse nazionale*, da intendersi come «generale principio ordinatore dell'intero dei rapporti tra centro e periferia», questo non potrebbe significare, per M. VILLONE, *Il tempo della Costituzione*, Roma, 2014, 539, «che non ci sia».

<sup>107</sup> R. BALDUZZI - D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, cit., 8, a giudizio dei quali i «principi fondamentali della legislazione statale» costituiscono «strumenti di garanzia e di attuazione dei principi fondamentali

La necessaria uniformità di queste prestazioni, in presenza di comprovate evidenze scientifiche<sup>108</sup>, non potrebbe tollerare derive eccessivamente asimmetriche all'interno del territorio nazionale, con effetti ricadenti sul godimento del diritto alla salute del singolo<sup>109</sup>.

Accanto alla garanzia sulla misura dei trattamenti che dovranno essere assicurati a tutto il territorio nazionale, con attenzione alla prevenzione e cura delle malattie, la stessa urgenza di provvedere, per rimediare a situazioni di pericolo sanitario per la collettività, induce a riservare un ruolo di primazia agli organi del potere centrale, cui spetta peraltro la competenza esclusiva sugli interventi di «profilassi internazionale» [art. 117, 2° comma, lett. q)].

La necessità, ad esempio, di ridurre la diffusione di epidemie, in applicazione del principio della massima precauzione, attraverso l'introduzione di provvedimenti limitativi dei diritti fondamentali, che potrebbero condurre nei casi più gravi alla sospensione della libertà di circolazione e alla permanenza domiciliare fiduciaria per assicurare un periodo di quarantena, induce, inesorabilmente, a centralizzare la decisione in capo agli organi abilitati a gestire le situazioni di crisi<sup>110</sup>.

---

del Ssn» e trovano «nell'art. 32 Cost. il proprio parametro di riferimento». Analogamente per l'allora Presidente dell'Istituto superiore di sanità, W. RICCIARDI, *La battaglia per la salute*, cit., 77, la realizzazione di un Servizio Sanitario nazionale «equo, efficace ed efficiente» esige «un'unica cabina nazionale di regia» che ponga rimedio a quella «frammentazione esasperata», causa principale della «conflittualità latente e dell'aumento esponenziale delle differenze nella qualità e quantità dei servizi, non solo tra le Regioni, ma anche all'interno della stessa Regione».

<sup>108</sup> La Corte Costituzionale in diverse occasioni ha escluso la possibilità per le Regioni di interferire con l'impiego di terapie dotate di comprovata evidenza scientifica. In questa direzione cfr., ad esempio, la sent. 282 del 2002 con la quale era accolta la questione di legittimità costituzionale della l.r. Marche n. 26/2001, che disponeva la sospensione nel proprio territorio della terapia elettroconvulsivante (TEC), della lobotomia prefrontale e transorbitale ed altri simili interventi di psicoturgia. Per la Consulta, un «intervento sul merito delle scelte terapeutiche in relazione alla loro appropriatezza non potrebbe nascere da valutazioni di pura discrezionalità politica dello stesso legislatore, bensì dovrebbe prevedere l'elaborazione di indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi -di norma nazionali o sovranazionali- a ciò deputati, dato l'«essenziale rilievo» che, a questi fini, rivestono «gli organi tecnico-scientifici» (cfr. sentenza n. 185 del 1998); o comunque dovrebbe costituire il risultato di una siffatta verifica». Tale indirizzo era ribadito con la sent. n. 338 del 2003, con riguardo a una disposizione legislativa (l.r. Piemonte n. 14/2002) di analogo contenuto. Con successiva sent. n. 5 del 2018 questo giudice rigettava, poi, la questione di legittimità costituzionale sollevata dalla Regione Veneto del d.l. n. 73/2017 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 119/2017, che introduceva per i minori di anni sedici l'obbligo di sottoporsi a trattamento vaccinale, rientrando «nella discrezionalità –e nella responsabilità politica– degli organi di governo apprezzare la sopraggiunta urgenza di intervenire, alla luce dei nuovi dati e dei fenomeni epidemiologici frattanto emersi, anche in nome del principio di precauzione che deve presidiare un ambito così delicato per la salute di ogni cittadino come è quello della prevenzione».

<sup>109</sup> Un esempio di questa differenziazione regionale per l'accesso all'assistenza sanitaria è offerto dalla fecondazione eterologa che è stata inserita nei nuovi LEA elaborati nel 2017. Ed infatti, l'adozione da parte della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di un *Documento sulle problematiche relative alla fecondazione eterologa a seguito della sentenza della Corte Cost. 162/2014* (14/109/CR02/C7SAN14/109 /CR02/C7SAN), all'indirizzo [www.regioni.it](http://www.regioni.it), con l'intento di definire «indirizzi operativi» e «indicazioni cliniche omogenee», non ha impedito la persistente asimmetria a livello regionale delle condizioni per la sua accessibilità, per la presenza di una differenziazione dei costi legata all'ammontare del *ticket*, al punto di condurre taluni a parlare di «frammentazione e diversificazione dei diritti su base territoriale»: C. SARACENO, *I gemelli divisi e una legge che non c'è*, in *La Repubblica* del 19 settembre 2014.

<sup>110</sup> Al riguardo, ma solo per circoscrivere la questione a una recente emergenza sanitaria (determinata dalla diffusione del Coronavirus), cfr. il decr. l. 23 febbraio 2020, n. 6, recante «Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19», che riserva l'adozione di questi provvedimenti eccezionali, di cui agli artt. 1 e 2, a «uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, sentito il Ministro dell'interno, il Ministro della difesa, il Ministro dell'economia e delle finanze e gli altri Ministri competenti per materia, nonché i Presidenti delle Regioni competenti, nel caso in cui riguardino esclusivamente una sola Regione o alcune specifiche Regioni, ovvero il Presidente della Conferenza dei Presidenti delle Regioni, nel caso in cui riguardino il territorio nazionale». A questo decreto legge ha fatto seguito un primo Decreto attuativo adottato dal

In questa evenienza, la solidarietà tra le distinte parti del Paese, potrebbe giustificare forme di collaborazione tra lo Stato e il sistema delle autonomie, proprio al fine di garantire, attraverso un adeguato sostegno finanziario<sup>111</sup>, il superamento del pericolo sanitario, pure se localizzato in una zona ben circoscritta del territorio nazionale.

Si inoltrano in questa direzione, ad esempio, le recenti ordinanze contingibili e urgenti emanate dal Ministro della Salute, d'intesa con i Presidenti delle Regioni interessate dalla diffusione del coronavirus (COVID-2019)<sup>112</sup>, proprio per contrastarne l'ulteriore contagio mediante l'adozione di adeguate misure di contenimento.

Anche se, proprio in occasione di questa recente crisi sanitaria, non sono mancati comportamenti elusivi da parte di alcune Regioni che sono ricorse ad un inappropriato esercizio dei poteri d'eccezione, per una male intesa interpretazione dei propri ambiti di autonomia<sup>113</sup>.

Inducono a queste perplessità le numerose ordinanze sull'emergenza epidemiologica adottate da questi enti territoriali che, con l'intento di evitare ogni forma di aggregazione in luogo pubblico o privato, hanno introdotto sul proprio territorio misure restrittive con riferimento, soprattutto, alla libertà di circolazione, allo svolgimento di manifestazioni di qualunque natura, alle attività scolastiche, all'apertura di musei, ecc. Ne è derivato un inevitabile contrasto con gli indirizzi in precedenza dettati dal Governo che avrebbero voluto circoscrivere, in un primo momento, questi provvedimenti cautelari soltanto ai territori che risultavano maggiormente colpiti dalla diffusione del virus.

In particolare, assumeva questo contenuto anomalo l'ordinanza del Presidente della Regione Marche (n. 1 del 25 febbraio 2020) che sospendeva per una settimana i servizi educativi dell'infanzia e delle scuole di ogni ordine e grado, oltre ad altre attività che avrebbero indotto a raduni di persone. Analoga criticità mostravano le ordinanze dei Presidenti della Regione Basilicata (n. 1 del 23 febbraio 2020) e della Regione Molise (n. 1 del 24 febbraio 2020) le quali, senza preoccuparsi di giungere ad una intesa con il Governo

---

Presidente del Consiglio dei Ministri in data 23 febbraio 2020. In passato, analoghi provvedimenti d'urgenza furono adottati dagli organi del Governo centrale (DPR n. 437/2000; legge n. 49/2001; ordinanza del Ministro della sanità del 27 marzo 2001) per vietare il consumo di carne e disporre l'abbattimento di animali affetti da encefalopatia spongiforme bovina (la cd. *mucca pazza*).

<sup>111</sup> L'art. 4 del decr. l. n. 6/2020, dispone le modalità per provvedere agli oneri finanziari derivanti dallo stato di emergenza attraverso l'incremento di stanziamenti a valere sul Fondo per le emergenze nazionali. Ulteriori Decreti legge sono stati adottati per introdurre misure urgenti e straordinarie: «di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19» (n. 9/2020); «per contrastare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e contenere gli effetti negativi nello svolgimento dell'attività giudiziaria» (n. 11/2020); per introdurre «misure di potenziamento del servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19» (n.18/2020).

<sup>112</sup> Tali ordinanze sottoscritte nei giorni 23 e 24 febbraio 2020 hanno riguardato le Regioni maggiormente colpite dalla diffusione della epidemia: Lombardia, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia.

<sup>113</sup> Sul punto cfr. M. VILLONE, *Regionalismo, l'altra vittima del virus*, in *La Repubblica - cronaca di Napoli*, 26 febbraio 2020, a giudizio del quale non «è dubbio che il governo potrebbe correggere senza indugio iniziative sbagliate prese a livello regionale e locale, da governatori come da sindaci». Analogamente per F. PALERMO, *Il virus è centralista?*, 26 febbraio 2020, in [www.rivistailmulino.it](http://www.rivistailmulino.it), «la circolazione di un virus non conosce confini regionali, il problema è globale, ci manca solo che ogni Regione vada per conto suo. (..) Una Regione è tanto più utile ed efficace quanto più sappia gestire le sue funzioni in modo collaborativo con gli altri livelli di governo».

centrale e neppure di individuare il perimetro territoriale del contagio <sup>114</sup>, disponevano, in applicazione dell'art. 32, 3° co., della legge n. 833/1978, l'obbligo di permanenza domiciliare fiduciaria con sorveglianza attiva per «gli studenti residenti in Basilicata», in un caso, o per «tutti gli individui», nell'altro, in quanto provenienti genericamente dalla Cina o dai territori italiani (situati in Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Liguria e Friuli Venezia Giulia) interessati dall'epidemia.

A ulteriore conferma di questo corto circuito istituzionale, è stata pure l'insistenza con cui la Regione Marche ha inteso ribadire (con ord. n. 2 del 27 febbraio 2020), per un ulteriore breve periodo (a partire dalle ore 24.00 di giovedì 27 febbraio 2020 e fino alle ore 24.00 del 29 febbraio 2020<sup>115</sup>), queste misure interdittive, nonostante fosse intervenuta la sospensione della sua precedente ordinanza di analogo tenore con provvedimento cautelare interinale del Presidente del TAR Marche (n. 56/2020 <sup>116</sup>), a seguito di impugnazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Per porre rimedio a questa inadeguata frammentazione degli interventi regionali, la rapida diffusione del virus, il cui epicentro era stato localizzato, in un primo momento, soprattutto nel Nord del Paese (ed in particolare, in alcune Province della Lombardia, del Veneto, del Piemonte e dell'Emilia Romagna), ha indotto progressivamente il Governo a riappropriarsi della funzione di indirizzo e di coordinamento delle misure di emergenza da adottare sull'intero territorio nazionale.

Senza trascurare gli obiettivi del regionalismo cooperativo, soddisfatti attraverso il previo parere espresso dal Presidente della Conferenza dei Presidenti delle Regioni, il Presidente del Consiglio dei Ministri ha, quindi, adottato una serie di provvedimenti di urgenza (DPCM 25 febbraio 2020, DPCM 1 marzo 2020, DPCM 4 marzo 2020, DPCM 8 marzo 2020 e DPCM 9 marzo 2020) al fine di limitare l'esercizio della libertà di circolazione e prescrivere l'interruzione di gran parte delle attività commerciali, con esclusione di quelle strettamente necessarie, di tipo alimentare, farmaceutico, artigianale, ecc. Tali misure restrittive, che hanno interessato, in una prima fase, soltanto le Regioni del Nord, in quanto considerate focolai dell'epidemia, sono poi state estese, con il DPCM 11 marzo 2020, a tutto il territorio nazionale<sup>117</sup>.

Proprio l'esperienza vissuta in presenza di questa emergenza sanitaria, costituisce ulteriore conferma della bontà del filone interpretativo che condiziona il riconoscimento di

<sup>114</sup> Che il Decr. l. n. 6/2020 limita ai «comuni o nelle aree nei quali risulta positiva almeno una persona per la quale non si conosce la fonte di trasmissione o comunque nei quali vi è un caso non riconducibile ad una persona proveniente da un'area già interessata dal contagio del menzionato virus».

<sup>115</sup> Le perplessità sulla gestione della crisi sanitaria, in assenza di un previo coordinamento con il Governo centrale, sono richiamate da G. DI COSIMO, *Coronavirus, il TAR sospende l'ordinanza della Regione Marche (che ne fa un'altra)*, 28 Febbraio 2020, in [www.lacostituzione.info](http://www.lacostituzione.info).

<sup>116</sup> Per il giudice amministrativo il provvedimento cautelare appariva giustificato dall'assenza, al momento dell'adozione dell'ordinanza regionale, di «casi accertati di contagio nelle Marche», non essendo sufficiente la evidenziazione nella stessa della «prossimità del territorio marchigiano con la Regione Emilia Romagna in cui sono stati rilevati casi confermati di contagio da COVID-19».

<sup>117</sup> La principale preoccupazione di quest'ultimo DPCM era legata all'esigenza di evitare l'estensione delle conseguenze prodotte dal COVID-19 ad una parte della nazione, localizzata soprattutto nel Mezzogiorno, meno attrezzata (con riguardo al numero di medici, infermieri e di posti letto dedicati ai reparti di terapia intensiva e di rianimazione) rispetto a quanto, invece, disponibile nei presidi sanitari del Nord.

ulteriori spazi di autonomia, consentiti dall'ult. co. dell'art. 116 Cost. -di cui sono stati pure rilevati «vistose carenze di scrittura»<sup>118</sup> e numerosi dubbi di legittimità costituzionale<sup>119</sup>-, al rispetto degli indirizzi unitari elaborati dallo Stato centrale, soprattutto se riguardanti gli stati di eccezione, come ricavabili dall'intero disposto costituzionale [artt. 5; 77; 117, 2° co. lett. m) e q); 119, 3°, 4° e 5° co.].

L'attribuzione, in forza di questa inedita disposizione costituzionale, di altre forme e condizioni particolari di autonomia, non potrebbe perciò condurre, in forza di un'interpretazione sistematica dell'intero testo fondamentale, a una totale «espropriazione» da parte delle Regioni delle materie trasferite dallo Stato, così da privarlo completamente della «potestà di definire i principi fondamentali»<sup>120</sup> o, come si diceva, di gestire le fasi di emergenza.

In assenza di una Camera rappresentativa delle istanze regionali, sul modello del *Bundesrat*<sup>121</sup>, il ricorso ai consolidati rimedi del regionalismo cooperativo, reso possibile dal sistema delle Conferenze<sup>122</sup>, potrà agevolare, in vista dell'approvazione della legge statale rinforzata, un equilibrato bilanciamento tra unitarietà dello Stato e processo devolutivo regionale.

Il contemperamento tra principi (unitari e autonomistici), tra di loro apparentemente antinomici, avrebbe l'importante effetto di evitare pericolose fughe in avanti di tipo

<sup>118</sup> A proposito, ad esempio, della trasferibilità alle Regioni richiedenti di competenze in materia di «norme generali sull'istruzione» che, presa alla lettera, metterebbe in discussione l'imprescindibile intervento unitario dello Stato centrale in campo educativo che esige una «offerta formativa omogenea»: A. CANDIDO, *Prove di regionalismo differenziato. La richiesta della Regione Emilia-Romagna*, 8 settembre 2019, in *Diritti regionali*, 3/2019, 15. Sull'esigenza di assicurare l'intervento unificante da parte degli organi dello Stato centrale, nell'esercizio di questo ambito di competenza, cfr. Corte Cost. sentt. n. 279/2005, n. 200 e n. 213/2009. Analoghe perplessità interessano la previsione del trasferimento alle Regioni delle grandi reti di trasporto e di navigazione, della materia della produzione, trasporto e distribuzione dell'energia, della materia del coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario, che, per l'indiscutibile rilevanza nazionale, non «potrebbero essere interamente regionalizzate»: A. SPADARO, *Appunti sul «regionalismo differenziato»: una buona idea che può diventare un disastro*, 16 ottobre 2019, in *Federalismi.it*, 19/2019.

<sup>119</sup> A. MORELLI, *Dinamiche del regionalismo differenziato e dichiarazioni congiunturali dell'autonomia territoriale*, in *Dir. pubbl. eur. Rass. on line*, numero speciale 2/2019, 4.

<sup>120</sup> M. VILLONE, *Italia, divisa e diseguale. Regionalismo differenziato o secessione occulta?*, Napoli, 2019, 63, all'indirizzo [www.editorialescientifica.com](http://www.editorialescientifica.com). E così, per la Corte Cost. (sent. n. 274/2003), nonostante la riforma del Titolo V della Cost., dovrà permanere in capo allo Stato, all'interno dell'ordinamento generale della Repubblica, una «posizione peculiare, desumibile non solo dalla proclamazione di principio di cui all'art. 5 della Costituzione, ma anche dalla ripetuta evocazione di un'istanza unitaria, manifestata dal richiamo al rispetto della Costituzione, nonché dei vincoli derivanti dall'ordinamento comunitario e dagli obblighi internazionali, come limiti di tutte le potestà legislative (art. 117, comma 1°) e dal riconoscimento dell'esigenza di tutela dell'unità giuridica ed economica dell'ordinamento stesso (art. 120, comma 2°). E tale istanza postula necessariamente che nel sistema esista un soggetto, lo Stato appunto, avente il compito di assicurarne il pieno soddisfacimento» (punto 2.1 in diritto).

<sup>121</sup> Per L. ANTONINI, *Il regionalismo differenziato*, cit., 385, la presenza di una Camera delle Regioni, il cui ruolo sarebbe stato certamente più incisivo di quello attualmente attribuito alla Commissione parlamentare per le questioni regionali, avrebbe l'effetto di livellare il «peso specifico di ogni attività territoriale nei confronti dello Stato». Sulla rilevanza della seconda Camera federale in grado di coinvolgere le rappresentanze autonomistiche per «integrare e assorbire le spinte centrifughe» e «tenere sotto controllo questi processi» cfr. R. BIFULCO, *Differenziazioni e asimmetrie nella teoria federale contemporanea*, in *Diritti regionali*, n. 1/2010, 172.

<sup>122</sup> Attraverso la valorizzazione del principio della leale collaborazione considerato dalla Corte Costituzionale (sent. n. 251/2016) «quale principio guida nell'evenienza, rivelatasi molto frequente, di uno stretto intreccio fra materie e competenze» statali e regionali, così da indurre a ravvisare «nell'intesa la soluzione che meglio incarna la collaborazione». Per questo giudice, il regionalismo cooperativo consente, infatti, «l'integrazione dei diversi punti di vista e delle diverse esigenze degli enti territoriali coinvolti, tutte le volte in cui siano in discussione temi comuni a tutto il sistema delle autonomie inclusi gli enti locali».



centrifugo, di carattere eccessivamente competitivo e asimmetrico, in grado di pregiudicare le insopprimibili garanzie della solidarietà interterritoriale e dell'eguaglianza di trattamento di tutti i cittadini, che neppure una maggioranza assoluta di parlamentari presenti nelle due Camere potrebbe giammai mettere in discussione.

In tale chiave interpretativa, la proposta, da taluno avanzata, di una legge generale sul regionalismo differenziato <sup>123</sup> ovvero di una legge quadro sull'autonomia, cui ha pure di recente acceduto il Ministro per le Regioni, Francesco Boccia, «adottata sulla base di una intesa plurisoggettiva», avrebbe l'effetto di rendere possibile una *ponderata* (per riprendere l'espressione utilizzata da Toniatti <sup>124</sup>) ed equilibrata devoluzione delle funzioni alle Regioni richiedenti, in modo da indirizzare <sup>125</sup>, mediante l'elaborazione di principi e norme comuni, le leggi di approvazione delle intese tra Governo e Regioni proponenti.

## 6. Segue: la necessaria perequazione per rimuovere irragionevoli disparità tra i territori.

Il processo devolutivo consentito dalla Costituzione, per una maggiore valorizzazione delle specificità locali e della stessa capacità di autogoverno responsabile, non potrebbe tuttavia ridurre l'impegno dello Stato centrale ad assicurare il godimento uniforme, in tutto il territorio nazionale, dei diritti civili e sociali <sup>126</sup>.

In applicazione di quanto prescritto dall'art. 119, terzo e quarto comma Cost., sarà quindi compito del legislatore statale istituire un fondo perequativo, senza vincoli di destinazione, per i territori con minore capacità fiscale per abitante, che possa consentire agli enti sub-statali di «finanziare integralmente <sup>127</sup> le funzioni pubbliche loro attribuite» e,

<sup>123</sup> A. MORRONE, *Il regionalismo differenziato. Commento all'art. 116, comma 3, della Costituzione*, in *Fed. Fisc.*, 1/2007, 168, per il quale l'approvazione di siffatta legge generale potrebbe allontanare o ridurre «i rischi di leggi di attuazione del regionalismo differenziato sbilanciate o sproporzionate, che rendono ancora più elevato il divario tra Regioni del Nord e Regioni del Mezzogiorno». Nel corso della XVI legislatura si deve agli on.li Lanzillotta e Marantelli la presentazione di una proposta di legge (atto n. 1368, Camera dei Deputati, 24 giugno 2008) recante «Disposizioni per l'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, concernente l'attribuzione di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia alle Regioni».

<sup>124</sup> 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*, cit., 635.

<sup>125</sup> E certamente non vincolare, considerata la maggiore forza impositiva attribuita alla legge rinforzata di cui all'art. 116, 3° comma Cost, che è «legge speciale rispetto alla legge quadro, alla quale può sovrapporsi, cancellandola o manipolandola»: M. VILLONE, *Autonomia, la sagra delle furberie*, in *La Repubblica-cronaca Napoli*, 1 dicembre 2019. La possibile derogabilità della legge quadro, da parte della legge approvata a maggioranza assoluta dei componenti delle Camere, non potrebbe certamente incidere sulle clausole di garanzia, introdotte dalla Costituzione, a cominciare dal rispetto dei LEA e della perequazione a favore dei territori più disagiati, la cui violazione consentirebbe di sollevare la questione di legittimità costituzionale dinnanzi al giudice delle leggi.

<sup>126</sup> CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Per un Paese solidale. Chiesa italiana e mezzogiorno*, Documento dell'Episcopato italiano, 21 febbraio 2010, 6, in [www.chiesacattolica.it](http://www.chiesacattolica.it).

<sup>127</sup> In deroga a quanto prescritto in Costituzione, l'ammontare complessivo della capacità fiscale perequabile dei Comuni e delle Regioni a statuto ordinario è stato, invece, «determinato in misura pari al 50 per cento». Con la precisazione, poi, che la «restante quota» sarebbe stata, «invece, distribuita assicurando a ciascun Comune un importo pari all'ammontare algebrico della medesima componente del Fondo di solidarietà comunale dell'anno precedente, eventualmente rettificata, variato in misura corrispondente alla variazione della quota di fondo non ripartita» [art. 1,

quindi, soddisfare i «capisaldi» del nostro ordinamento costituzionale, a cominciare dalla conservazione di una «adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti», a prescindere dal luogo di residenza<sup>128</sup>, che nessun incremento dell'autonomia territoriale potrebbe certamente mettere in discussione.

Tale intervento di promozione dello sviluppo (economico, infrastrutturale, sociale) dei territori più disagiati, non potrebbe prescindere dalla presenza di un coordinamento centrale, che richiama alla mente la positiva esperienza vissuta, almeno nella prima fase dalla sua attivazione, dall'intervento straordinario svolto dalla Cassa del Mezzogiorno<sup>129</sup>.

Soltanto un'auspicabile riduzione delle distanze tra le diverse parti del territorio nazionale, porrebbe le premesse perché anche le Regioni meridionali, impegnate a migliorare i propri standard di efficienza amministrativa, possano finalmente procedere *con le proprie gambe*.

Senza trascurare le diverse esigenze di assistenza manifestate da ciascuna comunità locale, la «determinazione degli *standard* strutturali e qualitativi delle prestazioni, da garantire agli aventi diritto su tutto il territorio nazionale»<sup>130</sup>, avrebbe l'effetto di assicurare, nella lettura offerta dalla Corte Costituzionale<sup>131</sup>, la tenuta del nucleo caratterizzante dei principi di fondo del nostro ordinamento fondamentale, come la coesione sociale, la giustizia distributiva, l'unità e indivisibilità della Repubblica.

## **7. Segue: la determinazione dei LEA e l'esercizio dei poteri statali di monitoraggio della spesa.**

Il consistente incremento dei costi dell'assistenza sanitaria per una pluralità di fattori determinati da un progressivo invecchiamento della popolazione, dall'impegno economico per l'acquisto di sofisticate tecnologie applicate alla medicina, dall'eccessiva medicalizzazione di ogni fase dell'esistenza umana, accompagnati da un'incipiente crisi fiscale degli Stati, costringono gli organi di Governo a una selezione delle prestazioni, attraverso scelte di politica sanitaria e di allocazione delle risorse disponibili.

---

comma 449, lett. c) della legge n. 232/2016, recante il «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019»].

<sup>128</sup> Corte Cost. sent. n. 88 del 2003. Cfr. anche Corte Cost. sent. n. 134 del 2006. Per il giudice costituzionale (sent. n. 10 del 2010) un «tale intervento da parte dello Stato deve, in altri termini, ritenersi ammissibile, nel caso in cui esso risulti necessario allo scopo di assicurare effettivamente la tutela di soggetti i quali, versando in condizioni di estremo bisogno, vantino un diritto fondamentale che, in quanto strettamente inerente alla tutela del nucleo irrinunciabile della dignità della persona umana (...), deve poter essere garantito su tutto il territorio nazionale in modo uniforme, appropriato e tempestivo, mediante una regolamentazione coerente e congrua rispetto a tale scopo».

<sup>129</sup> Sull'importante ruolo svolto dalla Cassa nella prima fase del suo funzionamento la dottrina sembra generalmente concorde. Tra i tanti cfr. E. FELICE, *Perché il Sud è rimasto indietro*, Bologna, 2013, 21 e C. TRIGILIA, *Non c'è Nord senza Sud. Perché la crescita dell'Italia si decide nel mezzogiorno*, cit., 25, a giudizio del quale la «prima fase di attività della Cassa vide un impegno rilevante nella realizzazione di infrastrutture per le Regioni meridionali, con risultati non trascurabili soprattutto per la bonifica dei suoli e la diffusione dell'acqua».

<sup>130</sup> Corte Cost. sent. n. 371 del 2008, richiamata nella sent. n. 248 del 2011.

<sup>131</sup> Corte Cost. sent. n. 10 del 2010.

L'introduzione di un «limite al di sotto del quale la spesa – sempreché resa efficiente – non sarebbe ulteriormente comprimibile»<sup>132</sup>, fa assurgere i LEA, richiamati dall'art. 117, 2° comm. lett. m) Cost., di cui è indubbio il collegamento con gli artt. 2 e 3 Cost.<sup>133</sup>, a «contenuto essenziale» delle prestazioni da garantire nell'intero territorio nazionale, «senza che la legislazione regionale possa limitarli o condizionarli»<sup>134</sup>, oltre che a «significativo criterio di orientamento» per le Regioni «nell'individuazione degli obiettivi e degli ambiti di riduzione delle risorse impiegate»<sup>135</sup>.

Proprio per assicurare il «soddisfacimento di diritti civili e sociali», la «determinazione degli standard strutturali e qualitativi di prestazioni» dovrà perciò essere assicurata, per il giudice costituzionale, «con carattere di generalità, a tutti gli aventi diritto»<sup>136</sup>.

La definizione di questi ambiti essenziali di garanzia, in grado di «migliorare» i livelli di prestazione<sup>137</sup> nei diversi settori dell'intervento regionale<sup>138</sup> - così da adeguarli alle esigenze locali, nella misura ora prevista, per il settore sanitario, dal DPCM del 29 novembre 2001, in seguito aggiornato dal DPCM 12 gennaio 2017<sup>139</sup> - potrebbe consentire di rispondere alla legittima richiesta di nuovi spazi di autonomia, rappresentando il «punto di riferimento» per la determinazione del «giusto livello di risorse per ciascun ente»<sup>140</sup>.

<sup>132</sup> Corte Cost. sent. n. 65 del 2016.

<sup>133</sup> La delimitazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, dovrà perciò conformarsi al pieno «rispetto dei principi di dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché all'economicità nell'impiego delle risorse» (Corte Cost. sent. n. 88/2003). Per la dottrina R. BALDUZZI, *Prefazione*, in Idem (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria. Spunti e materiali per l'analisi comparata*, Bologna, 2009, 14 e C. CASONATO - C. PICIOCCHI, *Devolution, diritti, identità: la tutela della salute fra asimmetrie ed esigenze di uniformità*, *ivi*, 52, a giudizio dei quali «sul versante dei diritti individuali, una certa misura (essenziale) di uguaglianza al pari di una determinata (non eccessiva) cifra di diversificazione sono necessarie al fine, da un lato, di non tradire lo spirito distintivo che anima le esigenze del decentramento e, dall'altro, di non trasformare ragionevoli distinzioni in illegittime disuguaglianze».

<sup>134</sup> Corte Cost. sent. n. 282 del 2004. Per la dottrina cfr. C. IANNELLO, *Regionalismo differenziato: disarticolazione dello Stato e lesione del principio di uguaglianza*, 30 Gennaio 2019, in [www.economiaepolitica.it](http://www.economiaepolitica.it).

<sup>135</sup> Corte Cost. sent. n. 65 del 2016. Sulla necessità e doverosità del finanziamento dei LEA, che dovranno essere collegati ad una «coerente proiezione macroeconomica dei costi in termini di fabbisogno regionale» cfr. sentt. n. 169 del 2017 e n. 117 del 2018. Per il giudice delle leggi (sent. n. 169 del 2017), invero, la «determinazione –secondo canoni di ragionevolezza- dei livelli essenziali», pur essendo rimessa alla «discrezionalità politica del legislatore», non potrebbe condurre ad una limitazione della loro «erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica. In tale ipotesi, verrebbero in essere situazioni prive di tutela in tutti i casi di mancata erogazione di prestazioni indefettibili in quanto l'effettività del diritto ad ottenerle “non può che derivare dalla certezza delle disponibilità finanziarie per il soddisfacimento del medesimo diritto” (sentenza n. 275 del 2016)».

<sup>136</sup> Corte Cost. sent. n. 121/2014. Cfr. anche sentt. n. 387 del 2007, n. 50 del 2008 e n. 322 del 2009.

<sup>137</sup> Corte Cost. sent. n. 200 del 2009. Per la dottrina cfr. A. PATRONI GRIFFI, *Regionalismo differenziato e uso congiunturale delle autonomie*, in *Dir. Pub. Eur. Rass. online*, giugno 2019, 22.

<sup>138</sup> Questa definizione dovrebbe riguardare, accanto ai livelli essenziali di assistenza in campo sanitario (LEA), anche quelli di tipo socio-assistenziale (LIVEAS, di cui alla legge n. 328/2000) e qualunque altra prestazione (nel comparto dell'istruzione, trasporto, abitazione, ecc.) da garantire a tutti i cittadini, qualunque sia la Regione di residenza, sulla base di standard comuni.

<sup>139</sup> A fronte del DPCM del 2001 che «aveva un carattere sostanzialmente ricognitivo», limitandosi ad una mera «descrizione generica di sottolivelli di assistenza», il DPCM del 2017 ha assunto, al contrario, «carattere costitutivo per i nuovi livelli essenziali» avendo provveduto alla loro «riscrittura totale, secondo una nuova “concezione” di assistenza sanitaria»: M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, 19 maggio 2017, in *Rivista AIC*, 2/2017, 7.

<sup>140</sup> G. Tria, allora Ministro dell'economia, ripreso da M. VILLONE, *Sud, il disegno politico di Tria*, in *La Repubblica - cronaca di Napoli*, 20 aprile 2019.

La loro individuazione da parte dello Stato, anche attraverso la previsione di «soglie di compartecipazione ai costi, uguali in tutto il territorio nazionale»<sup>141</sup>, avrebbe – sempre a giudizio della Corte Costituzionale<sup>142</sup> –, l'importante effetto di «garantire il mantenimento di un'adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti», indipendentemente dal luogo di residenza<sup>143</sup>.

Per la gestione di alcuni servizi pubblici, con riguardo principalmente a quelli socio/sanitari, proprio con l'intento di migliorare i livelli di efficienza nell'erogazione e di assicurare la razionalizzazione della spesa, accanto alla riduzione degli sprechi, sono state introdotte significative riforme [con i già citati d. lgs. n. 502/1992, n. 517/1993 e n. 229/1999] che hanno condotto a una loro progressiva regionalizzazione e aziendalizzazione<sup>144</sup>. In applicazione del principio di sussidiarietà, tali interventi si sono proposti di amplificare gli ambiti di responsabilità politica, amministrativa e finanziaria dei governi territoriali nello svolgimento di questa importante funzione sociale.

A seguito della revisione del Titolo V della Cost., preordinata al rafforzamento del sistema delle autonomie<sup>145</sup>, ha fatto poi seguito l'avvio della riforma fiscale, introdotta dalla legge n. 42/2009<sup>146</sup> e successivi decreti attuativi, tra cui quello sui fabbisogni<sup>147</sup> e sui costi standard nella sanità (d. lgs. n. 68/2011), rimasto per ora inattuato. L'individuazione di questi nuovi parametri, ricorrendo a indicatori comuni a tutte le Regioni<sup>148</sup>, nel segnare l'abbandono del criterio della *spesa storica*, calcolata utilizzando la cd. quota capitaria

<sup>141</sup> Corte Cost. sent. n. 203 del 2018. I «casi di esenzione» ai costi potranno ovviamente essere stabiliti, per la Consulta, «a favore di determinate categorie di soggetti».

<sup>142</sup> Corte Cost. sent. n. 88 del 2003.

<sup>143</sup> Nell'«impedire l'eccesso delle diseguaglianze», i LEP costituirebbero, per M. VILLONE, *Autonomia, gli errori di Di Maio*, in *La Repubblica - cronaca* di Napoli, 28 agosto 2019, «ad un tempo la misura della eguaglianza prescritta e della diseguaglianza consentita».

<sup>144</sup> Cfr. L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, Milano, Giuffrè, 2005, 74 e E. CERVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2012, 35.

<sup>145</sup> Alla luce della novella costituzionale del 2001 la *tutela della salute* rientra tra le materie attribuite alla competenza concorrente delle Regioni. La competenza residuale viene, invece, estesa ai profili organizzativi delle strutture sanitarie e agli interventi di tipo socio/sanitario.

<sup>146</sup> La legge n. 42/2009 è stata preceduta da altri significativi interventi sul federalismo fiscale, a cominciare dal d. lgs. n. 446/1997, sull'IRAP e istituzione di addizionale regionale sull'IRPEF, dalla legge n. 133/1999, in materia di perequazione, razionalizzazione e federalismo fiscale.

<sup>147</sup> I fabbisogni standard saranno misurati «in relazione alla popolazione residente e al gettito dei tributi maturati nel territorio regionale in rapporto ai rispettivi valori nazionali, rimanendo inalterati gli attuali livelli di erogazione dei servizi»: Servizio Studi del Senato, Ufficio ricerche sulle questioni regionali e delle autonomie locali, XVIII legislatura, *Il processo di attuazione del regionalismo*, febbraio 2019, n. 104. La determinazione della spesa standardizzata dovrà essere, in particolare, definita prevedendo «una quota uniforme per abitante, corretta per tenere conto della diversità della spesa in relazione all'ampiezza demografica, alle caratteristiche territoriali, con particolare riferimento alla presenza di zone montane, alle caratteristiche demografiche, sociali e produttive dei diversi enti» [art. 13, lett. d) della legge n. 42 del 2009]. Per la loro determinazione si dovrà, poi, procedere secondo «valori di costo» assunti dalle tre Regioni di riferimento (cd. *benchmark*) scelte dalla Conferenza Stato-Regioni tra le cinque considerate più virtuose per avere le finanze in ordine «in base a criteri di qualità dei servizi erogati, appropriatezza ed efficienza» (art. 27, n. 4 e n. 5 del d. lgs. n. 68/2011).

<sup>148</sup> I costi standard dovranno ispirarsi alle regole di efficienza, qualità e appropriatezza della prestazione, oltre che al reale fabbisogno espresso da ciascuna Regione, così da rendere «trasparenti gli sprechi»: L. ANTONINI, *Sprechi finalmente "tracciabili"*, in *Il Sole 24 ore* del 3 ottobre 2010. Per la loro definizione si dovranno prendere in considerazione talune varianti, quali, ad esempio, i maggiori oneri per l'erogazione di un servizio che sarebbe costretto ad affrontare «un piccolo comune di montagna, difficile da raggiungere, al di fuori delle reti di comunicazione e di trasporto»: M. VILLONE, *Il tempo della Costituzione*, cit., 562.

ponderata<sup>149</sup>, rivelatasi in passato causa di sprechi, deresponsabilizzazione e iniquità di trattamento<sup>150</sup>, si propone soprattutto di contemperare l'efficienza amministrativa, nel rapporto costi/benefici, con la solidarietà verso territori più disagiati.

L'assenza della previa determinazione di questi auspicati parametri di spesa, per porre rimedio a un'inadeguata gestione della sanità, nel provocare ingiustificati sacrifici per i destinatari dei servizi, costretti a subire aggravamenti del costo dei ticket, addizionali IRPEF, aumento delle accise sul carburante, non ha potuto neppure consentire di attivare, nei confronti di quanti si fossero resi responsabili di fenomeni di *maladministration*, i «meccanismi automatici sanzionatori degli organi di governo e amministrativi, nel caso di mancato rispetto degli equilibri e degli obiettivi economico/finanziari» [art. 17, comma 1, lett. e) della legge n. 42/2009]<sup>151</sup>.

Nonostante il trascorrere degli anni dalla entrata in vigore dei decreti attuativi della legge n. 42, l'inerzia mostrata dagli organi del potere centrale a introdurre questi strumenti di misurazione omogenea delle prestazioni da erogare<sup>152</sup>, in grado di porre rimedio agli sprechi registrati in alcune parti del Paese, ha certamente rallentato il processo di riforma diretto a eliminare le cause che tuttora impediscono, in tutto il territorio nazionale, l'esercizio di eguali diritti di cittadinanza; e ciò, nonostante la sollecitazione proveniente dal giudice delle leggi a introdurre una «coerente proiezione macroeconomica dei costi in termini di fabbisogno regionale»<sup>153</sup>, pur nella consapevolezza dell'estrema difficoltà di pervenire a un'elaborazione dei parametri utili alla loro definizione.

La mancata attivazione di queste innovative metodologie di controllo della spesa ha, quindi, costretto lo Stato a perpetuare il criterio della spesa storica giudicato, dai più, «privo di qualsiasi intrinseca razionalità»<sup>154</sup>, quando non addirittura causa di iniquità per favorire rendite di posizione, soprattutto a favore delle Regioni più benestanti<sup>155</sup>, e per essere «fonte di squilibri e di distorsioni nell'assegnazione delle risorse»<sup>156</sup>. L'inevitabile conseguenza, più

<sup>149</sup> Attraverso tale metodo, l'individuazione del fabbisogno regionale considera «diverse variabili – sesso, tasso di mortalità, indicatori epidemiologici, densità della popolazione» – assegnando «peso di gran lunga rilevante, in linea con le maggiori esperienze estere, al dato della popolazione residente ponderata per classi di età»: G. MURARO, *Federalismo fiscale e sanità*, Società italiana di economia pubblica, XIV Conferenza, *Il futuro dei sistemi di Welfare nazionali tra integrazione europea e decentramento regionale. Coordinamento, competizione, mobilità*, Pavia, Università, 4-5 ottobre 2002, all'indirizzo [www-3.univr.it](http://www-3.univr.it).

<sup>150</sup> A giudizio di taluni, il meccanismo della quota capitaria ponderata è stato il principale «corresponsabile nel percorso di indebolimento delle Regioni del Sud, quanto della loro cultura di governo» (L. ANTONINI, *Sprechi finalmente "tracciabili"*, cit.) e di una loro progressiva deresponsabilizzazione finanziaria avendo «sistematicamente premiato e favorito l'inefficienza»: E. JORIO, *Federalismo fiscale e sanità*, 15 dicembre 2008, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it). A giudizio di questo Autore tale condizione è finita per protrarre una «inadeguatezza nella gestione della spesa» offrendo una «immagine di un meridione spendaccione e irresponsabile che spreca risorse pubbliche senza produrre alcunché».

<sup>151</sup> Le sanzioni che potranno essere adottate contemplano la «ineleggibilità nei confronti degli amministratori responsabili degli enti locali per i quali sia stato dichiarato lo stato di dissesto finanziario» ovvero «l'interdizione dalle cariche in enti vigilati o partecipati da enti pubblici» [art. 17, lett. e) della legge n. 42/2009].

<sup>152</sup> A. GIANNOLA - G. STORNAIUOLO, *Un'analisi delle proposte avanzate sul «federalismo differenziato»*, in *Riv. econ. Mezz.*, 1-2/2018, 5.

<sup>153</sup> Corte Cost. sent. n. 169 del 2017. In analoga direzione Cfr. anche sentt. 188 e 275 del 2016; n. 197 del 2019.

<sup>154</sup> M. VILLONE, *Il tempo della Costituzione*, cit., 561.

<sup>155</sup> M. EMILIANO, Presidente della Regione Puglia, in [www.regioni.it](http://www.regioni.it) – n. 3689, 26 settembre 2019.

<sup>156</sup> G. TRIA, *Audizione del Ministro dell'economia e delle finanze*, Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale, 18 aprile 2019.



volte rilevata nei rapporti presentati dalla SVIMEZ sulla condizione economica del Mezzogiorno, è stato l'aumento del divario tra le diverse parti del Paese.

Il finanziamento sulla base della spesa storica degli asili nido, presenti soprattutto nel Centro/Nord<sup>157</sup>, costituisce un significativo esempio di questo paradosso creato dall'impiego dei costi standard. Nel continuare a finanziare, in conformità a questo criterio irrazionale e anacronistico, il servizio fornito nei Comuni delle Regioni più ricche, viene a essere protratta la condizione di precarietà degli altri Comuni, situati soprattutto al Sud, cui non è corrisposto adeguato finanziamento o, addirittura, alcun finanziamento<sup>158</sup>.

A ulteriore dimostrazione di un'irragionevole distribuzione delle risorse, è la proiezione mostrata dall'allora Ministro dell'Economia e delle Finanze, Giovanni Tria, in occasione dell'audizione svolta in data 18 aprile 2019 dinnanzi alla Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale, nel corso della quale erano eseguite simulazioni sul passaggio dalla spesa storica al criterio dei fabbisogni standard.

A giudizio dell'esponente del Governo, questo diverso calcolo, in grado di superare la cristallizzazione dei trasferimenti, avrebbe determinato l'attribuzione di una «spesa standard superiore alla spesa storica nei comuni di dieci Regioni (Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Marche, Umbria, Molise, Puglia, Campania, Basilicata e Calabria)», a fronte del «riconoscimento di una spesa standard inferiore alla spesa storica nei Comuni di cinque Regioni (Lombardia, Liguria, Toscana, Lazio e Abruzzo)»<sup>159</sup>.

Perdurando la mancata definizione dei fabbisogni e dei costi standard, un'eventuale devoluzione di funzioni ad alcune Regioni che ne dovessero fare richiesta avrebbe certamente l'effetto di provocare un ulteriore squilibrio nell'erogazione dei servizi offerti (per i trasporti, la sanità, gli asili nido, l'istruzione, ecc.) all'interno del nostro territorio nazionale.

## **8. L'irragionevole pretesa di alcune Regioni di trattenere una quota maggiore di residuo fiscale.**

Senza perdere di vista le profonde differenziazioni, nell'accesso di alcuni servizi sanitari, persistenti tra il Nord e il Sud del Paese, potrà allora essere esaminato il contenuto dell'accordo preliminare intervenuto, sul limite della XVII legislatura, tra il Governo (presieduto da Paolo Gentiloni) e le tre Regioni richiedenti.

<sup>157</sup> Dalla *Presentazione del Rapporto SVIMEZ 2019 sull'economia e la società del Mezzogiorno, Note di sintesi*, cit., 30, risulta che nel «Mezzogiorno solo un terzo dei Comuni offre degli asili nido che coprono appena il 5,4% dei bambini con età inferiore ai tre anni, a fronte del 17% delle regioni del Centro-Nord. (..) Grave il ritardo anche nei servizi per l'infanzia. (..) Nel 2016, la percentuale di bambini tra zero e tre anni di età che hanno usufruito dei servizi per l'infanzia, è nel Mezzogiorno del 5,4%, era al 4,6% nel 2013 e al 4,3% nel 2007. In lieve calo risulta il dato medio dei comuni del Centro-Nord (17%, era al 17,2% nel 2013), mentre il dato medio nazionale sale moderatamente (13% a fronte del 12,9% del 2013 e del 12% del 2007)».

<sup>158</sup> Come rileva P. APRILE, *L'Italia è finita e forse è meglio così*, Milano, 2018, 213 e 52, il paradosso è determinato dal fatto che i soldi vanno a «chi ha già le scuole materne (..); chi non ne ha, perché si è visto negare i finanziamenti prima, non ne avrà nemmeno adesso, perché...se non ho asili, evidentemente, non ne ho bisogno».

<sup>159</sup> G. TRIA, *Audizione del Ministro dell'economia e delle finanze*, cit.

L'esigenza di contemperare tali aspirazioni autonomistiche con l'inderogabile unità dello Stato, nell'escludere qualunque nuovo riconoscimento della *specialità*, pure da taluni avanzata<sup>160</sup>, che avrebbe richiesto una corretta copertura costituzionale, ha indotto la Consulta<sup>161</sup> a respingere ogni pretesa di trattenere, sulla scia di quanto consentito per le cinque Regioni dotate di maggiore autonomia gestionale e finanziaria<sup>162</sup>, un'alta percentuale delle risorse prodotte sul loro territorio<sup>163</sup>.

<sup>160</sup> In questa direzione era la proposta avanzata con la l.r. n. 15/2014 dalla Regione Veneto che intendeva interrogare gli elettori, mediante referendum consultivo, su una possibile trasformazione in Regione a statuto speciale. Tale richiesta era dichiarata illegittima dalla Corte Cost. con sent. n. 118 del 2015 per essere insuscettibile di «formare oggetto di referendum regionali» alla pari di quella, di ben altra portata eversiva, contenuta nella l.r. n. 16/2014, che avrebbe, addirittura, voluto sottoporre a tale istituto di democrazia diretta la trasformazione del Veneto in una «Repubblica indipendente e sovrana», secondo un nuovo assetto istituzionale improntato – nelle parole del Presidente della Giunta regionale, Luigi Zaia – all'autodeterminazione (Cfr. le dichiarazioni del Presidente della Giunta regionale veneta introduttive e di presentazione della Deliberazione della Giunta regionale Veneto n. 371/DGR 24 marzo 2016). Nella corretta interpretazione offerta dalla Consulta (sent. n. 118 del 2015) tale richiesta avrebbe provocato «sovvertimenti istituzionali», in considerazione della prospettazione «di secessione in vista dell'istituzione di un nuovo soggetto sovrano», giudicato «radicalmente incompatibile con i fondamentali principi di unità e indivisibilità della Repubblica, di cui all'art. 5». La portata *extra ordinem* dello sbrego tentato dalla legge regionale in questione, che veniva a interferire con «scelte fondamentali di livello costituzionale», era chiaramente rilevata dal giudice costituzionale nella parte in cui ricordava come «l'unità della Repubblica è uno degli elementi così essenziali dell'ordinamento costituzionale da essere sottratti persino al potere di revisione costituzionale (sentenza n. 1146 del 1998)». Nel richiamare la sua costante giurisprudenza, la Corte ribadiva come «la Costituzione (...) fa riferimento alle Regioni “sempre e solo in termini di autonomia, mai in termini di sovranità”, essendo quest'ultima riferita esclusivamente al “popolo” inteso come intera comunità nazionale» (sent. n. 365 del 2007). Altrettanto illegittima appariva alla Corte la proposta, contenuta nella legge regionale esaminata, di voler trattenere una quota corrispondente ad almeno l'80% di tributi riscossi, accanto all'eliminazione del vincolo di destinazione del gettito derivante dalle fonti di finanziamento, in grado di interferire con una materia, quella tributaria, di competenza statale. Le molteplici censure dichiarate dalla Consulta non avrebbero, tuttavia, impedito l'espletamento del referendum consultivo limitatamente all'unico quesito di cui non era dichiarata l'illegittimità costituzionale per proporre sostanzialmente il contenuto dell'art. 116, terzo comma Cost. L'obiettivo di questa consultazione sarebbe stato, infatti, quello di verificare il consenso dell'elettorato per il riconoscimento alla Regione Veneto di altre forme e condizioni particolari di autonomia, coerentemente alla procedura necessaria per la sua attivazione. Il forte richiamo al rispetto dell'unità dello Stato è pure contenuto in successive pronunce della Consulta che hanno dichiarato (sent. n. 81 del 2018) l'illegittimità costituzionale della l.r. Veneto n. 28/2016 che qualificava il «“popolo veneto” - e cioè l'intera popolazione vivente nel territorio delle province e della città metropolitana elencate nell'art. 1, commi 2 e 3, della legge regionale statutaria 12 aprile 2012, n. 1 (Statuto del Veneto) – come “minoranza nazionale”» e della successiva l. r. Veneto n. 28/2017 (sent. n. 183 del 2028) che imponeva l'«esposizione della bandiera veneta» su edifici di enti pubblici comprensivi di quelli «statali e nazionali – che ricevono in via ordinaria finanziamenti o contributi a carico del bilancio regionale (...), nonché alle imbarcazioni di proprietà di organismi pubblici, e quindi anche ai natanti di proprietà di organismi statali e nazionali» che, «se pure operanti nel territorio regionale, sono espressivi di una collettività distinta e più vasta (quella dell'intera nazione)».

<sup>161</sup> Corte Cost. sent. n. 118 del 2015.

<sup>162</sup> E così, ad esempio, nonostante l'entità di questi trasferimenti a favore delle Province autonome di Trento e di Bolzano sia stata ridotta (dai nove decimi a sette e mezzo), a causa degli effetti della crisi economia del 2008, indubbi sono i vantaggi prestazionali di cui ancora godono i residenti in questi territori.

<sup>163</sup> Cfr. Deliberazione del Consiglio regionale del Veneto, n. 155 del 15 novembre 2017, contenente «Proposta di legge statale da trasmettere al Parlamento nazionale, ai sensi dell'art. 2, comma 2, della legge regionale 19 giugno 2014, n. 15, percorsi e contenuti per il riconoscimento di ulteriori e specifiche forme di autonomia per la Regione del Veneto, in attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione» d'iniziativa della Giunta Regionale del Veneto (Progetto di legge statale n. 43), attraverso la quale si chiedevano le seguenti quote fisse «di compartecipazione ai tributi erariali» per consentire «di finanziare integralmente le funzioni pubbliche attribuite»: «nove decimi del gettito dell'Irpef, nove decimi del gettito dell'Ires, nove decimi del gettito dell'imposta sul valore aggiunto (Iva)», indispensabili per finanziare i fabbisogni standard, peraltro ancora da definire. Con la conseguenza che l'aumento del gettito regionale «oltre quei fabbisogni (perché magari aumenta il reddito)» sarebbe restato «a disposizione delle stesse Regioni» (M. RUFFOLO, *Autonomie. Penisola divisa in due, al Nord 15 miliardi in più in 5 anni*, in *La Repubblica Affari e Finanza*, 29 luglio 2019), con grave pregiudizio per la necessaria redistribuzione, a fini perequativi, della ricchezza prodotta all'interno del territorio nazionale. Peraltro, i vantaggi che ne sarebbero derivati per tale via per le Regioni più ricche del Paese, per le quali sarebbero stati «fatti salvi gli attuali livelli di erogazione dei servizi» (art. 4 dell'All. Sal. all'Acc. prel. tra Governo

Le motivazioni che rendevano non percorribile una richiesta di questo genere, erano individuate nella possibile deroga, giudicata irragionevole, al principio di solidarietà, da cui sarebbe derivato grave pregiudizio per lo stesso onere contributivo, ricadente in capo a ciascun individuo, che, a norma dell'art. 53, 1° e 2° co. Cost., dovrà essere adempiuto in ragione della sua capacità contributiva e nel pieno rispetto dei criteri di progressività del prelievo fiscale.

Per questo giudice, peraltro, l'«esigenza di aggregare dati eterogenei secondo metodologie non univocamente accettate» avrebbe dovuto indurre a impiegare il concetto di residuo fiscale <sup>164</sup> «piuttosto come ipotesi di studio» che, secondo quanto preteso inizialmente dal Veneto, «come parametro di correttezza legale dell'allocazione territoriale delle risorse». Il suo impiego, «da parte degli studiosi della finanza pubblica», al fine di «individuare l'ottimale ripartizione territoriale delle risorse ottenute attraverso l'imposizione fiscale», ne impedirebbe –sempre secondo la Corte– la riconducibilità a «criterio specificativo dei precetti contenuti nell'art. 119 Cost.»<sup>165</sup>.

L'obiettivo di assicurare uniformità di trattamento nel godimento dei servizi sociali costituisce, quindi, un insuperabile limite a qualunque richiesta avanzata da una Regione di pervenire a una diversa «destinazione del gettito derivante dai tributi esistenti» che si proponga di prospettare una «distrazione di una cospicua percentuale della finanza

---

e Regione Emilia Romagna), non erano neppure bilanciati dal necessario riparto del totale degli interessi sul debito pubblico accumulato dallo Stato, in quote corrispondenti alla capacità fiscale di ciascuna Regione, realizzato in misura maggiore nel Centro/Nord, in modo da distribuirlo in «proporzione alla ricchezza prodotta da ciascuna Regione e alla residenza dei possessori dei titoli di Stato»: *Autonomia M5S Puglia: "Guai a creare cittadini di serie A e B, sarebbe contro la Costituzione*, in *La Repubblica-cronaca di Bari*, 16 febbraio 2019. Analoga richiesta (9/10 del gettito riscosso nel territorio regionale delle principali imposte erariali), in aggiunta «ai gettiti dei già esistenti tributi propri regionali e agli specifici fondi di cui la proposta chiede la regionalizzazione», era stata anche avanzata nella successiva deliberazione n. 155/2017 del Consiglio regionale del Veneto, approvata dopo lo svolgimento del referendum consultivo del 22 ottobre 2017. Non meno criticabile era pure la previsione, avanzata in alternativa alla precedente, contenuta nel punto c) dell'art. 4 delle pre-intese sottoscritte dalle tre Regioni interessate con il sottosegretario Bressa, di trattenere un ammontare delle risorse «non inferiore al valore medio pro-capite della spesa statale per l'esercizio delle stesse», qualora, dopo tre anni dal trasferimento delle maggiori competenze, non fossero stati ancora definiti i LEA e i fabbisogni standard, con l'effetto che l'eventuale diminuzione del gettito tributario prelevato sul territorio nazionale sarebbe stata in questo modo irrazionalmente compensata, ma solo per le Regioni dotate di maggiore autonomia, dal «mantenimento del livello in atto» (M. VILLONE, *Italia, divisa e diseguale. Regionalismo differenziato o secessione occulta?*, cit., 53), certamente superiore alla «spesa storica» a esse in precedenza riconosciuta: S. PIPERNO, *Prospettive di regionalismo asimmetrico in Italia: profili economici e di finanza pubblica*, in *Il Piemonte delle Autonomie*, 18 aprile 2019, 1/2019, 7. Di guisa che, «se le cose vanno bene, le Regioni si tengono i soldi in più; se vanno male, ci pensa comunque lo Stato nazionale a rimborsarle» (M. BORDIGNON, *La posta in gioco con l'autonomia del Nord*, 29 gennaio 2019, in *lavoce.info*) prelevando dalle altre Regioni cui sarebbero sottratte risorse «(doverosamente postulandosi l'invarianza della spesa complessiva)»: Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento affari giuridici e legislativi, Appunto per il Presidente del Consiglio dei Ministri, Roma, 19 giugno 2019.

<sup>164</sup> Dai dati riportati da M. D'ANTONIO, *Emiliano e De Luca, i grandi assenti*, in *La Repubblica - cronaca di Napoli*, 16 ottobre 2018, risulta che il residuo fiscale – inteso come «somma algebrica tra entrate fiscali pagate allo Stato dai cittadini residenti in quel territorio (entrate registrate col segno negativo “meno”) e le spese dello Stato nello stesso territorio (spese registrate col segno positivo “più”)» – sia nel totale «negativo per le Regioni ricche del Centro-Nord d'Italia» e «positivo per le Regioni povere del Mezzogiorno». In particolare, «il residuo fiscale della Lombardia ammonta a -54 miliardi di euro mentre il residuo fiscale per la Sicilia è +10 miliardi e 617 milioni di euro. Ciò significa che i cittadini lombardi pagano alle casse dello Stato 54 miliardi più di quanto ricevono come spesa statale. Il contrario accade per la Sicilia dove i residenti ottengono dallo Stato sotto forma di spesa pubblica oltre 10 miliardi in più di quelli che pagano per imposte e tasse».

<sup>165</sup> Corte Cost. sent. n. 69 del 2016.

regionale pubblica generale, per indirizzarla» a suo «esclusivo vantaggio» e degli stessi suoi abitanti<sup>166</sup>.

Un eventuale riconoscimento alle Regioni del Nord, tra cui la Lombardia, il Veneto e l'Emilia Romagna, che producono quasi la metà del PIL italiano <sup>167</sup>, di una quota considerevole della partecipazione ai tributi statali, in aggiunta ai gettiti dei già esistenti tributi regionali, oltre agli specifici fondi di cui veniva chiesta la regionalizzazione, avrebbe ridotto considerevolmente i margini a disposizione dello Stato centrale per realizzare l'inderogabile funzione perequativa, necessaria per consentire una redistribuzione della ricchezza prodotta nel Paese <sup>168</sup>. La mortificazione di questo intervento di riequilibrio sarebbe stata accentuata qualora alle tre Regioni si fossero poi aggiunte, progressivamente, tutte quelle dotate di residui fiscali attivi, cui verrebbero trasferite risorse per le materie assegnate in conformità a «indicatori di ricchezza» e a prescindere dagli «oggettivi fabbisogni dei territori»<sup>169</sup>.

Il pericolo, pure paventato da parte di un'attenta dottrina, sarebbe quello di creare un «Paese arlecchinesco nella sua organizzazione e dalle crescenti disparità nei diritti fra i suoi cittadini» che, attraverso una «formalizzazione di gruppi di italiani di serie A e B (e C e D) sarebbe in grado di condurre ad una profonda spaccatura», da cui potrebbe derivare una «sostanziale secessione»<sup>170</sup> o, come altri la definiscono, una «cripto-secessione» <sup>171</sup>.

Oltre a interferire «palesamente in materia tributaria» e con i «principi costituzionali in tema di coordinamento della finanza pubblica», una proposta di questo genere sarebbe in grado di arrecare –volendo qui richiamare una significativa giurisprudenza costituzionale– una stabile e profonda alterazione di «alcuni elementi strutturali del sistema nazionale di programmazione finanziaria, indispensabili a garantire la coesione e la solidarietà all'interno della Repubblica, nonché l'unità giuridica ed economica di quest'ultima» <sup>172</sup>.

La stessa previsione nelle intese preliminari del 28 febbraio 2018 di una Commissione paritetica Stato/Regione, cui attribuire il compito di stabilire i modi di attribuzione delle risorse finanziarie, umane e strumentali, necessarie all'esercizio di nuove forme di autonomia, trasferite o assegnate dallo Stato alle Regioni, sarebbe un ulteriore motivo di «rottura della programmazione unitaria di tutte le infrastrutture e del funzionamento di tutti

<sup>166</sup> Corte Cost. sent. n. 118 del 2015.

<sup>167</sup> Come ricordato da S. MANGIAMELLI, *Audizione alla Commissione bicamerale per le questioni regionali*, in *Atti parlamentari*, Camera dei Deputati - Senato della Repubblica, sed. 6 febbraio 2019, p. 10, le tre Regioni che hanno attivato la procedura del terzo comma dell'art. 116 Cost, Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, «cumulano, secondo i dati del 2016, poco meno di un terzo della popolazione nazionale, ma più del 40 per cento del PIL nazionale e il 54,3 per cento delle esportazioni».

<sup>168</sup> Sull'esigenza che anche le Regioni speciali contribuiscano alla realizzazione dei vincoli di perequazione e di solidarietà cfr. Corte Cost. sentt. n. 155 del 2015, n. 103 del 2018 e n. 77 del 2019.

<sup>169</sup> Appello promosso da G. VIESTI, intitolato *No alla secessione dei ricchi*, contro le proposte di autonomia del Veneto e della Lombardia, reperibile all'indirizzo [www.change.org](http://www.change.org).

<sup>170</sup> G. VIESTI, *Regioni e autonomia. Un progetto che può mandare in pezzi l'Italia*, in *Il Messaggero*, 27 luglio 2019.

<sup>171</sup> M. VILLONE, *Regionalismo differenziato, la secessione dei ricchi e il silenzio dei cinque stelle*, in *La Repubblica - cronaca di Napoli* del 14 settembre 2018, che ricorre, in altra sede (M. VILLONE, *La secessione strisciante del Paese*, in *La Repubblica - cronaca di Napoli* del 16 ottobre 2018), pure all'espressione di «secessione morbida, strisciante».

<sup>172</sup> Corte Cost. sent. n. 118 del 2015.

i grandi servizi nazionali», con l'effetto di rendere «vacuo il ruolo strategico, di indirizzo e di coordinamento del Governo nazionale»<sup>173</sup>.

Con particolare riguardo al settore sanitario, da questa asimmetria autonomistica ne potrebbe derivare anche un pregiudizio per la realizzazione di principi, quali l'universalismo e la solidarietà, posti alla base della riforma introdotta dalla legge n. 833/1978, istitutiva del SSN<sup>174</sup>, di cui si sono di recente celebrati i quaranta anni dall'entrata in vigore.

Ciò premesso, salvo a voler immaginare un aumento delle aliquote della fiscalità statale o, in alternativa, un improponibile aumento dei tributi regionali e locali per consentire, in assenza dei trasferimenti della ricchezza prodotta dalle Regioni più ricche, il godimento in tutto il territorio nazionale di adeguati standard di assistenza, difficilmente lo Stato sarebbe in grado di assicurare livelli essenziali di assistenza (LEA) e di prestazioni (LEP) uniformi, per i settori della sanità, dell'istruzione, dei trasporti, ecc., indipendentemente dal luogo di residenza dell'individuo.

Alla presenza di pretese fiscali delle Regioni che hanno, per ora, attivato la procedura del terzo comma 116 Cost., cui veniva pure ad aggiungersi un forte stimolo, da parte del precedente esecutivo giallo/verde in carica, per una riduzione del carico fiscale nazionale, con l'introduzione della *flat tax*<sup>175</sup>, ne sarebbe certamente derivato, nella saggia interpretazione di Gianfranco Viesti<sup>176</sup>, un sicuro pregiudizio per il ruolo perequativo e di «stabilizzazione» delle «singole economie regionali» svolto dalla finanza pubblica nazionale, a tutto danno dei territori più disagiati.

Tale ridimensionamento del ruolo redistributivo di ricchezza sarebbe stato ulteriormente aggravato dalla persistente assenza, a distanza di diciannove anni dalla riforma del Titolo V Cost., della corretta definizione del costo dei LEA nei molteplici settori dell'intervento regionale che avrebbe consentito, accanto all'individuazione della loro tipologia<sup>177</sup>, di «stabilire l'entità delle risorse da assegnare alle Regioni» per assicurarne il godimento ai cittadini a prescindere da loro luogo di residenza<sup>178</sup>.

A oltre settanta anni dall'entrata in vigore della Carta Costituzionale, una trasformazione del sistema delle autonomie territoriali con queste caratteristiche, nell'offuscare l'originario intento perseguito dal Costituente, avrebbe l'effetto di provocare,

<sup>173</sup> G. VIESTI, *Regioni e autonomia. Un progetto che può mandare in pezzi l'Italia*, cit. Analoga preoccupazione è manifestata da M.C. GUERRA, *Autonomia regionale differenziata: verso la secessione dei ricchi?*, in *Le Regioni*, 2/2019, 430 e da L. VANDELLI, *Il regionalismo differenziato*, cit., 577, che giudica questa procedura inadeguata «per la salvaguardia degli equilibri del sistema».

<sup>174</sup> La preoccupazione per gli effetti che ne potrebbero derivare in materia di assistenza sanitaria è stata espressa dal Presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO), Filippo ANELLI: *Autonomia, Sos dei medici contro il regionalismo: "No alla salute differenziata"*, in *La Repubblica - cronaca di Bari*, 18 febbraio 2019.

<sup>175</sup> Cfr. *Contratto per il Governo del cambiamento* sottoscritto nel mese di maggio 2018 dal Movimento 5 Stelle e dalla Lega ed in particolare il n. 11 dedicato a *Fisco: flat tax e semplificazione*.

<sup>176</sup> G. VIESTI, *Verso la secessione dei ricchi? Autonomie regionali e unità nazionale*, Roma-Bari, 2019, 9, reperibile all'indirizzo [www.laterza.it](http://www.laterza.it).

<sup>177</sup> Con riguardo alla Prevenzione collettiva e sanità pubblica, all'Assistenza distrettuale e all'Assistenza ospedaliera, secondo quanto stabilito dal DPCM 12 gennaio 2017, recante la «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del d. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502».

<sup>178</sup> Appello promosso da G. VIESTI, intitolato *No alla secessione dei ricchi*, cit.



per una sorta di *abbandono*<sup>179</sup> dei territori più disagiati, un'inaccettabile erosione del catalogo assiologico contenuto nella Prima parte di questo testo fondamentale, di chiara impostazione personalista, che nessuna riforma, neppure di revisione costituzionale, potrebbe in alcun modo mettere in discussione, salvo a minacciare la stessa unità della Repubblica, che rappresenta la ragion d'essere della sua esistenza.

## 9. Considerazioni conclusive.

In una prospettiva promozionale del sistema delle autonomie, la richiesta di superare l'attuale riparto delle competenze, al fine di rivedere lo stesso modello di regionalismo fino a ora conosciuto, per assicurare una maggiore efficienza del governo locale, ha avuto il merito di riportare in primo piano la mai risolta questione meridionale, di cui si erano da troppo tempo perse le tracce.

Ciò non di meno, la forte spinta devolutiva attivata da alcune Regioni, per ora disinnescata dall'esecutivo in carica (Governo Conte due), in attesa dell'approvazione della legge quadro contenente i principi per l'attribuzione a questi enti territoriali di forme e condizioni particolari di autonomia e modalità di definizione dei LEP, avrebbe certamente condotto, nell'impostazione contenuta nelle prime bozze di intesa, a un modello autonomistico, tendente in alcuni passaggi al secessionismo<sup>180</sup>, di dubbia legittimità costituzionale.

Seppure sia certamente apprezzabile l'espressa previsione di un collegamento tra devoluzione autonomistica e garanzia dei LEA<sup>181</sup> e fabbisogni standard, contenuta nello schema di legge quadro predisposta dal Ministro Boccia, che segna un'indubbia correzione di rotta rispetto al passato, permangono invero alcune perplessità riguardo alla sequenza procedurale ivi contemplata.

In particolare, ciò che desta preoccupazione è l'opportunità, consentita da questo progetto, di rinviare a un momento successivo, non superiore ai dodici mesi<sup>182</sup>, la definizione di queste clausole di garanzia, con il rischio di agevolare una possibile fuga in avanti per alcune Regioni<sup>183</sup>, che dovessero assumere nuovi ambiti di autonomia, con

<sup>179</sup> Cfr. F. PIZZETTI, *Federalismo, regionalismo e riforma dello Stato*, Torino, Giappichelli, 1996, 100 e R. BALDUZZI, *A mo' di introduzione: su alcune vere o presunte criticità del Servizio sanitario nazionale e sulle sue possibili evoluzioni*, in Idem (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, Il Mulino, 2009, 22.

<sup>180</sup> Per una spinta a favore delle cd. *piccole patrie*, su cui si sofferma K. OHMAE, *La fine dello Stato-nazione. L'emergere delle economie regionali*, tr. it., Milano, Dalai, 1993.

<sup>181</sup> Per ogni settore di intervento regionale, come istruzione, assistenza sociale, trasporto pubblico locale, oltre naturalmente alla sanità, già definiti in passato.

<sup>182</sup> Tale previsione è contenuta nello schema di disegno di legge recante disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata trasmesso il 3 dicembre 2019 dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli affari giuridici e legislativi al fine di sottoporlo all'esame del Consiglio dei Ministri, DAGL 0012239-P.

<sup>183</sup> Il «paradosso logico», rilevato da un attento osservatore, M. ESPOSITO, *Autonomia, cambia il testo salta l'intesa con le Regioni*, in *il Mattino*, 18 dicembre 2019, è determinato dalla pretesa, contenuta nella legge di attuazione dell'autonomia differenziata, della compatibilità delle «materie oggetto di attribuzione differenziata» ai LEP, «compatibilità impossibile da verificare se nel frattempo nessuno ha fissato i livelli dei servizi civili e sociali da garantire ovunque sul territorio nazionale, come peraltro impone la Costituzione». Ne deriverebbe, infatti, «il rischio che dopo un anno si parta senza

l'effetto di cristallizzare una indiscutibile condizione di vantaggio<sup>184</sup>. Una preventiva approvazione della legge rinforzata, di cui al 3° comma dell'art. 116 Cost., gerarchicamente superiore alla legge quadro sull'autonomia e agli stessi Decreti Ministeriali, potrebbe infatti condizionare la successiva elaborazione, da parte di questi ultimi, dei LEA e fabbisogni standard<sup>185</sup>.

Soltanto una previa definizione delle garanzie di riequilibrio tra le diverse parti del territorio, comprensive della perequazione (anche infrastrutturale), che richiederebbe un maggiore impegno da parte dello Stato<sup>186</sup>, potrebbe rendere possibile la corretta delimitazione di altri ambiti di autonomia alle Regioni interessate. La perdurante assenza di una forte spinta propulsiva, indispensabile a favorire la crescita del nostro meridione, e delle altre parti del territorio nazionale in analoga condizione di ritardo, non garantirebbe la presenza del terreno fertile per un corretto sviluppo del regionalismo differenziato. Come giustamente rilevato da Emanuele Felice<sup>187</sup> «autonomia e decentramento, quando il contesto e le precondizioni sono molto diversi fra le due aree e nulla si fa per modificarli, non producono convergenza. Bensì l'esatto contrario».

---

i LEP, mettendo il sistema Italia di fronte al fatto compiuto di funzioni spezzettate fra le Regioni senza che lo Stato abbia definito i diritti minimi di cittadinanza».

<sup>184</sup> Nel testo della bozza di legge per l'attuazione dell'autonomia differenziata è previsto che decorsi dodici mesi dalla sua entrata in vigore, senza che siano stati emanati i DPR che dovranno definire i LEA, i trasferimenti finanziari saranno effettuati con DPCM «sulla base delle risorse a carattere permanente iscritte nel bilancio dello Stato a legislazione vigente», con l'effetto di riconoscere alle Regioni che abbiano attivato la procedura dell'ult. comma dell'art. 116 Cost. le somme già in passato impegnate dallo Stato in quei territori, applicando la spesa storica, con indubbio pregiudizio per le restanti Regioni, soprattutto del Mezzogiorno: M. VILLONE, *Autonomia, la sagra delle furberie*, cit.

<sup>185</sup> Per M. VILLONE, *Autonomia, la sagra delle furberie*, cit., «la legge sopravvenuta recante l'intesa con la singola Regione è legge rinforzata e legge speciale rispetto alla legge quadro, alla quale può sovrapporsi, cancellandola o modificandola». Addirittura per L. MAZZAROLI, *Considerazioni a prima vista di diritto costituzionale sulla «bozza di legge-quadro» consegnata dal Ministro per gli Affari regionali e le Autonomie del Governo Conte II, Francesco Boccia, ai Presidenti Zaia, Fontana e Bonaccini, in materia di articolo 116, co. 3, Cost.*, in *Federalismi.it*, 27 novembre 2019, la legge quadro sarebbe inutile non potendo vincolare il Governo nelle trattative con le Regioni interessate alla devoluzione e neppure lo stesso Parlamento, cui spetta l'approvazione della successiva legge rinforzata secondo quanto previsto in Costituzione.

<sup>186</sup> Nonostante la previsione contenuta nel d.l. n. 243/2016, convertito con modificazioni dalla legge n. 18/2017, gli investimenti dedicati dallo Stato per infrastrutture al Mezzogiorno non hanno raggiunto neppure la quota ritenuta minimale corrispondente al 34 % (del totale delle risorse investite nell'intera nazione) proporzionata alla sua popolazione residente: cfr. E. FELICE, *Perché il Sud è rimasto indietro*, cit., 60. e C. TRIGILIA, *Non c'è Nord senza Sud. Perché la crescita dell'Italia si decide nel mezzogiorno*, cit., 72 e 85. I fondi europei, la cui natura avrebbe dovuto essere addizionale a quelli dedicati dallo Stato per ridurre le distanze interterritoriali a beneficio delle aree meno sviluppate, hanno invece assunto una funzione sostitutiva di questi ultimi: L. CIFONI, *Il Governo ci riprova: al Sud il 34 % degli investimenti totali*, in *il Mattino*, 23 dicembre 2019. Dai dati riportati dalla SVIMEZ, *Presentazione del Rapporto SVIMEZ 2019 sull'economia e la società del Mezzogiorno, Note di sintesi*, cit., 11, risulta che nel 2018 «sono stati investiti in opere pubbliche nel Mezzogiorno 102 euro pro-capite rispetto a 278 nel Centro-Nord (nel 1970 erano rispettivamente 677 euro e 452 euro pro-capite)». Con particolare riguardo, ad esempio, agli investimenti per l'incremento della rete AV, ponderata sulla popolazione dei soli Stati membri dell'UE che ne sono dotati, da tale Rapporto risulta poi che «l'indice di dotazione dell'Italia nel 2015 è pari a 116,0, con il Centro-Nord a 156,5 e il Mezzogiorno appena a 38,6». Per invertire la tendenza al disimpegno verso il Mezzogiorno, il recente *Piano Sud 2030. Sviluppo e coesione per l'Italia*, presentato a Gioia Tauro il 14 febbraio 2020 dal Presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, insieme al Ministro per il Sud e la Coesione territoriale, Giuseppe Provenzano, ha posto come soglia degli investimenti pubblici da dedicare a questa parte della nazione proprio la misura del 34% del totale delle spese, in *www.governo.it*.

<sup>187</sup> E. FELICE, *Perché il Sud è rimasto indietro*, cit., 63. Anche per F. CASSANO, *Tre modi di vedere il Sud*, cit., 17, l'«eclissi della questione meridionale», che costringe questa parte del territorio nazionale a «contare sulle proprie forze», rappresenta un forte impedimento alla riduzione del divario interterritoriale e all'accesso ai diritti di cittadinanza in ogni parte del territorio nazionale.

Il disinteresse mostrato dai governi che si sono succeduti negli ultimi anni per la protezione di fondamentali principi, come la solidarietà interterritoriale e l'eguaglianza di godimento dei diritti di cittadinanza, induce allora a fare nostre le preoccupazioni manifestate, in altri contesti, da Stefano Rodotà<sup>188</sup> e da Luigi Ferrajoli<sup>189</sup>, che ricorrono a espressioni quali derivate *decostituzionalizzanti* e *analfabetismo costituzionale*, in presenza di un inaccettabile comportamento tenuto dalle maggioranze politiche, incuranti dei bilanciamenti imposti dallo spartito costituzionale.

Seppure non possa per nulla essere ignorata, in applicazione del principio di sussidiarietà, la necessaria valorizzazione delle autonomie territoriali e locali, per rimediare alle prassi ri-accentratrici conosciute negli anni passati<sup>190</sup>, altrettanto indispensabile sarebbe una contemporanea promozione da parte dello Stato centrale di politiche di coesione sociale.

Pur continuando a essere ignorata l'opportunità, autorevolmente segnalata nel corso degli anni, di un previo riassetto dei territori regionali in funzione di una loro maggiore omogeneità socio/economica<sup>191</sup>, in grado di mitigare asimmetrie e concorrenzialità, permane l'esigenza del temperamento dell'autonomia con gli inderogabili doveri di solidarietà verso i cittadini residenti nelle Regioni più disagiate.

L'opportunità offerta dall'ult. comma dell'art. 116 Cost. di consentire l'ulteriore trasferimento di funzioni, non potrebbe perciò andare disgiunta dalla necessità di assicurare, in ogni parte del territorio nazionale, l'erogazione dei servizi in grado di soddisfare i bisogni primari delle comunità locali, anche per provvedere, in modo adeguato, agli stati di crisi sanitaria determinati da improvvise diffusioni epidemiche.

Una devoluzione delle autonomie, che, in direzione opposta, non fosse indirizzata al superamento dei divari esistenti tra le diverse parti del Paese, rischierebbe di condurre a un inesorabile e insopportabile approfondimento delle diseguaglianze.

<sup>188</sup> Cfr. S. RODOTÀ, *Perché laico*, Roma-Bari, Laterza, 2009, 146.

<sup>189</sup> Cfr. L. FERRAJOLI, *Il processo di deconstituzionalizzazione del sistema politico italiano*, 15 giugno 2010, in [www.ideesocietacivile.it](http://www.ideesocietacivile.it).

<sup>190</sup> Sulla ciclica riproposizione di un dibattito sul regionalismo differenziato, «che va avanti da oltre vent'anni con risultati tutt'altro che lusinghieri», per non arricchire affatto l'apporto dottrinario, rispetto a quanto già detto in passato cfr. A. MANGIA, *L'eterno ritorno dell'autonomia differenziata*, cit., 2.

<sup>191</sup> Di cui si era anche discusso in passato in occasione della presentazione del progetto sulle *meso-regioni* avanzato dalla Fondazione Giovanni Agnelli [M. PACINI (a cura di), *Un federalismo dei valori. Percorso e conclusioni di un programma della Fondazione Giovanni Agnelli (1992-1996)*, Torino, 1996], che avrebbe ridotto le Regioni a dodici, così da assicurare una loro maggiore omogeneità socio/economica. Numerosi sono stati anche i tentativi, non andati oltre ad una mera progettualità (tra le tante, cfr. Proposta di legge cost. n. 3090, presentata alla Camera il 30 aprile 2015 dai parlamentari PD R. Morassut e altri), di una revisione degli ambiti territoriali delle Regioni, pure consentita dall'art. 132 Cost., per superare, attraverso ragionevoli accorpamenti, la configurazione decisa assai frettolosamente alla Costituente. In diversa direzione, sono invece le proposte, pure avanzate da taluni, di intese tra le Regioni, di cui all'art. 117, comma 8 Cost., che consentirebbero l'istituzione di organi comuni per la realizzazione di forme condivise di amministrazione, per l'esercizio unitario delle funzioni di propria competenza (Fondazione Magna Carta e Fondazione Craxi, di cui si è fatto portavoce all'interno del Consiglio regionale della Campania, l'on. S. Caldoro di Forza Italia, richiamato da F. FUCILLO, «Referendum per la macroregione del Mezzogiorno», in *La Repubblica - cronaca di Napoli*, del 27 novembre 2018), anche nell'attesa della creazione di una macroregione per l'intero Mezzogiorno.

## ABSTRACT

La richiesta di alcune Regioni di ottenere il riconoscimento di nuovi spazi di autonomia legislativa ed amministrativa (ult. co. art. 116 della Costituzione) non può trascurare di considerare il persistente divario, mai rimosso dalla fondazione della Repubblica, tra le diverse parti del territorio nazionale, con particolare riguardo all'erogazione dei servizi sanitari. La stretta compenetrazione tra sviluppi sociali, di tipo prestazionale, e soggettivi, a garanzia della libertà di autodeterminazione dell'individuo, dovrà indirizzare, nel solco di una Costituzione d'impostazione *personalista*, qualunque progetto devolutivo. Da qui l'esigenza di pervenire a un ragionevole punto di equilibrio tra istanze autonomistiche, solidarietà tra i territori ed eguaglianza sostanziale tra individui. Proprio l'esperienza vissuta in presenza della recente emergenza sanitaria, provocata dalla diffusione dell'epidemia del Coronavirus, costituisce ulteriore conferma della bontà del filone interpretativo che condiziona qualsiasi trasferimento di funzioni agli enti territoriali al rispetto degli indirizzi unitari elaborati dallo Stato centrale, soprattutto se riguardanti gli stati di eccezione, come ricavabili dall'intero disposto costituzionale.

The request of some regions to obtain the recognition of new areas of legislative and administrative autonomy (art. 116, last paragraph of the Constitution) cannot neglect to consider the persistent gap, never removed from the founding of the Republic, between different parts of the national territory, with particular regard to the provision of health services. The close interpenetration between social, performance-related and subjective developments, guaranteeing the individual's freedom of self-determination, must therefore direct, in the wake of a personalist Constitution, any devolving project. Hence the need to reach a reasonable point of balance between autonomous bodies, solidarity between territories and substantial equality between individuals. The very experience of the recent health emergency caused by the spread of the coronavirus epidemic, is further confirmation of the value of the line of interpretation which makes any transfer of functions to local and regional authorities conditional on compliance with the uniform guidelines drawn up by the central State, especially as regards the exception states, as obtainable from the whole constitutional disposition.

**PAROLE CHIAVE:** Autonomia- solidarietà- mezzogiorno - salute – emergenza

**KEYWORDS:** Autonomy - solidarity – Italy's Southern question- health - emergency