

Rivista di contabilità pubblica riconosciuta di carattere culturale dal Comitato interministeriale di cui al d.P.C.M. 9 marzo 1957

Amministrazione e Contabilità dello Stato e degli enti pubblici

Fondata e diretta da Salvatore Sfrecola

Rivista scientifica riconosciuta dall'ANVUR nell'area 12 - ISSN 0393 - 5604

2020 - Anno XLI

L'ORGANIZZAZIONE DELLE FUNZIONI SANITARIE SUL TERRITORIO. ANALISI DELLE DIVERSITA' TRA LE REGIONI LOMBARDIA E VENETO PER COMPRENDERNE LA DIFFERENTE DIFFUSIONE DELLA PANDEMIA

dell'Avv. Antonio Saporito, Dottore di ricerca con tesi in Diritto amministrativo

SOMMARIO: 1. IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE E LA SUA (RI)ORGANIZZAZIONE; 2. L'ATTUAZIONE DELL'ART. 116, COMMA 3, COST.:IL REGIONALISMO DIFFERENZIATO; 3. L'IMPATTO SULLA MATERIA DELLA «TUTELA DELLA SALUTE»; 4. IL REGIONALISMO SANITARIO IN VENETO E LOMBARDIA. PROPOSTE ED ACCORDI; 5. LA LEGGE REGIONALE 23/2015: LA RIFORMA DEL SISTEMA SOCIO SANITARIO LOMBARDO; 5.1. IL SISTEMA SANITARIO LOMBARDO: LA PRIMA VITTIMA DEL COVID; 6. IL SISTEMA SANITARIO VENETO: LA L.R. 19/2016; 6.1. IL RUOLO DELLA BIOSORVEGLIANZA; 7. CONFRONTO TRA MODELLI DIVERSI NELLA GESTIONE DELLA PANDEMIA; 8. CONCLUSIONI.

1. Durante l'emergenza da Covid-19 si è molto parlato e si parla ancora del Sistema Sanitario Nazionale (d'ora in poi anche "S.S.N."), della sua importanza e della necessità, visti gli esiti negativi di

talune gestioni, di ripensare il c.d. regionalismo differenziato a livello sanitario, a favore di un consolidamento delle competenze statali¹.

Qualunque discussione e proposta deve partire dalla conoscenza dell'oggetto o della realtà di cui si discute, quindi, del S.S.N. in tutti i suoi aspetti: natura, organizzazione, funzionamento. Solo dopo aver acquisito le informazioni necessarie sarà possibile parlare di ripartizione delle competenze e di compiti da affidare agli enti locali ed alle Regioni.

Nonostante l'indubbia rilevanza del Servizio Sanitario Nazionale, la nostra Costituzione non lo menziona direttamente, né contiene una definizione di esso, ma ne pone solo le premesse, stabilendo, nell'art. 32 che è compito della Repubblica tutelare la salute, ritenuta diritto fondamentale dell'individui e interesse della collettività e garantire cure gratuite agli indigenti.

L'altra fonte a cui si deve fare riferimento è l'art. 117 Cost.² che, inizialmente, affidava alle Regioni a statuto ordinario la competenza legislativa in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera; le Regioni dovevano esercitare tale potestà osservando i principi fondamentali stabiliti dalle leggi statali.

Si è dovuto attendere il 1978 affinché il S.S.N. venisse istituito con la legge n. 833³ che ha dato attuazione ai principi sanciti dall'art. 32

¹ R. BALDUZZI, *Ci voleva l'emergenza Covid-19 per scoprire che cos'è il Servizio sanitario nazionale?*, in *Amministrazione in Cammino*, 10 aprile 2020.

² In dottrina cfr., tra gli altri, 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, 2002; ID (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004; ID (a cura di), *I servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema*, Milano, 2005; D. MORANA, *Il riparto delle funzioni legislative: la fine della competenza concorrente? (art. 117 Cost.)*, in F.S. Marini, & G. Scaccia (a cura di), *Commentario alla riforma costituzionale del 2016* (pp. 241-255). Napoli, 2016; ID *Art. 117, comma 3-4-5 Cost.*, in F. Clementi, L. Cuocolo, F. Rosa, & G.E. Vigevani (a cura di), *La Costituzione italiana. Commento articolo per articolo - Vol. II*. Bologna, 2018;

³ Prima dell'entrata in vigore di questa legge, la normativa nazionale in materia di sanità era contenuta nel R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, all'interno del quale il

Cost., garantendo una tutela universalistica e più ampia di quella prevista dalla stessa norma costituzionale che, riferendosi agli "indigenti", sembrava restringere troppo la cerchia dei destinatari delle prestazioni di cura⁴.

In senso ampio sono state interpretate anche le locuzioni "assistenza sanitaria e ospedaliera" contenute nell'art. 117 Cost., riferendole alla prevenzione, all'igiene ed alla sanità pubblica.

Sotto il profilo organizzativo la legge del 1978 assegnava ai Comuni ed alle Unità sanitarie locali⁵ funzioni di responsabilità e di erogazione dei livelli di assistenza nell'ambito della programmazione nazionale e regionale; il S.S.N. aveva il compito di produrre ed erogare interventi socio-assistenziali omogenei, accessibili da parte di ogni individuo, a cui era riconosciuto un diritto soggettivo di accesso al servizio stesso, su tutto il territorio nazionale.

La legge istitutiva si ispirava ai principi di universalità della tutela sanitaria, a quella di unicità del soggetto istituzionale referente e garante delle prestazioni, al principio di eguaglianza degli assistiti, a quello di globalità delle prestazioni ed a quello di socialità.

Prima dell'intervento legislativo il sistema era caratterizzato da un'eccessiva frammentazione e dallo scarso coordinamento tra i clienti.

legislatore aveva posto le norme afferenti la struttura e le attribuzioni dell'amministrazione sanitaria, l'esercizio delle professioni e delle attività sanitarie in genere, l'igiene del suolo e dell'abitato, la tutela igienica dell'alimentazione, dell'acqua potabile e degli oggetti di uso personale. Il R.D. contemplava anche i provvedimenti contro le malattie infettive e sociali e regolamentava la polizia mortuaria, l'igiene e la sanità locale e la polizia veterinaria. G. VERONELLI, *Compendio di diritto sanitario*, Napoli, 2013, pag. 6.

⁴ Sull'evoluzione del sistema sanitario italiano cfr. G. FRANCE, F. TARONI, *The Evolution of Health-Policy Making in Italy*, in *J Health Polit Policy Law* (2005) 30 (1-2): 169-188; P. PELEO, *Assistenza sanitaria e sistema sanitario*, in *European Journal of Public Health Studies*, 2019.

⁵ In cui il S.S.N., pur essendo una struttura centrale, risultava articolato.

Vi era, infatti, una insufficiente propensione alla prevenzione rispetto alla cura e un'accentuata disparità tra i trattamenti erogati, non solo sotto il profilo organizzativo e funzionale, ma anche economico.

Per garantire una gestione uniforme della tutela della salute su tutto il territorio nazionale, la legge ne affidava la gestione alle Unità sanitarie locali, concepite come strutture operative dei Comuni e delle Comunità montane, inizialmente prive di personalità ed articolate in distretti di base e di pronto intervento, per l'erogazione dei servizi di primo livello.

Il mancato conseguimento degli obiettivi perseguiti con la legge del 1978 ne ha reso necessaria la revisione, attuata con i d.lgs. 502/1992 e con il d.lgs. 517/1993. Con il primo intervento, il legislatore ha reso le USL delle aziende locali, dotate di personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, anche in un'ottica di efficientamento del Sistema sanitario, ottimizzazione delle risorse, controllo della spesa e di contenimento del disavanzo.

Con lo stesso intervento di riforma, le USL vennero trasformate in enti strumentali della Regione.

Solo con la riforma del 1999⁶ il legislatore ha elaborato una definizione di S.S.N., indicato come " complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi Sanitari regionali e delle altre funzioni ed attività svolte dagli enti e dalle istituzioni di rilievo nazionale nell'ambito dei conferimenti previsti dal d.lgs. 112/98 e delle funzioni conservate dallo Stato in materia di:

- sorveglianza e controllo di epidemie ed epizozie di dimensioni nazionali o internazionali (art. 112, c.3, lett.g);

⁶ Per approfondimenti si veda, F. POLITI, *La razionalizzazione del Ssn nel 1999*, in *Corti supreme e salute* 2018, 3, pag.575.

- coordinamento delle attività finalizzate alla costituzione delle scorte di medicinali di uso non ricorrente, sieri, vaccini⁷ e presidi profilattici (art. 115, c.4);
- adozione dei provvedimenti d'urgenza, ivi compresa la costituzione di centri e organismi di referenza o assistenza (art. 117);
- funzioni e compiti amministrativi concernenti le attività di informazione di cui all'art. 118;
- funzioni amministrative in materia di profilassi internazionale, con particolare riferimento ai controlli igienico-sanitari alle frontiere, ai controlli sanitari delle popolazioni migranti, nonché ai controlli veterinari infra-comunitari e di frontiera.

Con il d.lgs. n. 229/99, le USL sono state trasformate, anche dal punto di vista nominativo, essendo designate con l'acronimo ASL, in vere e proprie aziende a cui, nel perseguire gli obiettivi, era consentito comportarsi come imprenditori privati, benchè si trattasse di soggetti pubblici, facenti capo alle Regioni.

Permanevano, tuttavia, nei loro confronti una serie di limiti, caratteristici dei soggetti a carattere pubblico, quali il ricorso alle procedure di evidenza pubblica per i contratti di fornitura "sopra soglia", i vincoli di bilancio, l'equilibrio tra costi e ricavi, l'applicabilità della contabilità analitica per i costi.

Il loro operato doveva ispirarsi a principi di efficienza, economicità e diretta responsabilità dirigenziale.

⁷ In materia di vaccini si vedano le sentenze Corte Costituzionale, 18 gennaio 2018, n.5, in *Giurisprudenza Costituzionale*, fasc.1, 2018, pag. pag. 100, con nota di C. PINELLI, *Gli obblighi di vaccinazione fra pretese violazioni di competenze regionali e processi di formazione dell'opinione pubblica*; Corte Costituzionale, 18 luglio 2019, n.186, in *Diritto & Giustizia*, fasc.134, 2019, pag. 1, con nota di G. MARINO, *Obblighi vaccinali ai fini dell'iscrizione ai servizi scolastici: la Regione è competente?*. Entrambe le sentenze hanno riconosciuto la competenza statale sia in relazione alla profilassi per la prevenzione della diffusione delle malattie infettive, sia la competenza legislativa esclusiva statale in tema di profilassi internazionale.

I Comuni continuavano a svolgere un ruolo nella fase di programmazione. Il d.lgs. 229/1999 non sembrava, infatti, mortificare o sottovalutare quello degli enti locali, soprattutto nell'attuazione di tutte quelle decisioni e progetti che avessero coinvolto anche i livelli regionali.

Il processo di riforma del S.S.N. è proseguito con il d.lgs. 517/99 che ha ridefinito i rapporti tra S.S.N. ed Università, prevedendo la possibilità di stipulare dei protocolli di intesa tra Regioni ed Università per definire i termini di partecipazione di queste ultime alla programmazione sanitaria regionale, al fine di individuare i livelli ottimali di attività, il n. dei posti letto, le strutture assistenziali, i criteri per l'adozione dell'atto aziendale di diritto privato.

Il decreto prevedeva, inoltre, il riconoscimento delle aziende ospedaliero-universitarie, quali strutture attraverso le quali realizzare la collaborazione e la suddivisione delle aziende in dipartimenti e strutture semplici e complesse.

La sorveglianza dei Dipartimenti ad attività integrata⁸ era affidata all'organo di indirizzo, cui competeva l'individuazione di misure per garantire la coerenza dell'attività integrata con la programmazione generale.

Con un decreto successivo (d.lgs. 254/2000) venne attribuito alle Regioni anche il compito di programmare la realizzazione di strutture sanitarie per consentire lo svolgimento dell'attività professionale intramuraria.

Con il successivo D.P.C.M. 29 novembre 2001 si è fatto, per la prima volta, riferimento ai LEA (Livelli essenziali di assistenza), definiti come complesso di prestazioni e servizi di prevenzione, assistenza distrettuale territoriale ed ospedaliera, che il S.S.N. deve fornire ai cittadini, elevati a rango costituzionale con la riforma del Titolo V

⁸ L'espressione indicava l'attività assistenziale e quella didattica.

Cost. ed il loro inserimento nell'art. 117, c.2, lettera m) e ritenuti dalla Corte Costituzionale espressione di una «competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale dei diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle»⁹.

La Corte Costituzionale ha, quindi, ritenuto e riconosciuto come prevalente l'esigenza di eguaglianza nell'erogazione dei livelli di assistenza rispetto ad un'eventuale pretesa di differenziazione territoriale degli stessi.

Il riformato art. 117 Cost. ha ampliato le materie di competenza esclusiva dello Stato, sopprimendo la competenza concorrente tra Stato e Regioni rispetto a talune materie, assegnando anche alle Regioni una competenza esclusiva che ha dato origine ad un federalismo sanitario e ad un accesso diversificato e non sempre equo.

È stato, inoltre, introdotta la c.d. "clausola di supremazia" per effetto della quale lo Stato, su proposta del Governo, può intervenire anche su materie non rientranti nella sua competenza esclusiva, quando ciò sia imposto dalla necessità di tutelare l'unità giuridica ed economica della Repubblica o l'interesse nazionale.

2. Con la riforma del Titolo V è stato introdotto il 3° comma dell'art. 116 Cost.¹⁰, che, permettendo alle Regioni di ottenere ulteriori

⁹ In tal senso, Corte cost., 19 giugno 2002, n. 282, in www.giurcost.org; Corte cost., 7 luglio 2005, n. 285, *ivi*; Corte cost., 11 ottobre 2005, n. 383, *ivi*; Corte cost., 18 aprile 2007, n. 162, *ivi*.

¹⁰ Ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, concernenti le materie di cui al terzo comma dell'articolo 117 e le materie indicate dal secondo comma del medesimo articolo alle lettere l), limitatamente all'organizzazione della giustizia di pace, n) e s), possono essere attribuite ad altre Regioni, con legge dello Stato, su iniziativa della Regione interessata, sentiti gli enti locali, nel rispetto dei principi di

forme e condizioni di autonomia, pone le premesse per il c.d. regionalismo differenziato¹¹, da attuare, tuttavia, entro la cornice dello Stato unitario¹², che risulterebbe, pertanto, costituito da tre diverse tipologie di Regioni: quelle ordinarie, quelle a statuto speciale e quelle differenziate, caratterizzate da un adattamento del regime delle competenze, ma anche dalla conseguente adozione di politiche, rispondenti alle caratteristiche, agli interessi, alle istanze ed all'identità delle singole comunità regionali¹³ e, quindi, presumibilmente più efficaci.

Per evitare che il regionalismo differenziato si trasformasse in un *vulnus* alle istanze unitarie del nostro ordinamento, sono stati individuati quattro limiti entro i quali il regionalismo deve realizzarsi, senza mai travalicarli:

cui all'articolo 119. La legge è approvata dalle Camere a maggioranza assoluta dei componenti, sulla base di intesa fra lo Stato e la Regione interessata.

¹¹ Cfr. A. MORRONE, *Il regionalismo differenziato. Commento all'art. 116, comma 3 della Costituzione*, in *Federalismo fiscale*, 1/2007; O. CHESSA, *Il regionalismo differenziato e la crisi del principio autonomistico*, Convegno Astrid-CRANEC, Autonomie regionali: specialità e differenziazioni, Roma, 27 giugno 2017 in www.sipotra.it, pp. 5-8; L. VIOLINI, *L'autonomia delle regioni italiane dopo i referendum e le richieste di maggiori poteri ex art. 116, comma 3, Cost.*, in *Rivista AIC*, 4/2018; S. STAIANO, *Autonomia differenziata, la lezione del 2001: no a riforme fatte per paura*, in *Diritti Regionali*, 3/2019; S. STAIANO, *Il regionalismo differenziato. Debolezza teorica e pratica del conflitto*, in *Gruppo di Pisa*, n. 2/2019; A. MORELLI, *Le relazioni istituzionali*, in *Rivista AIC* n. 3/2019; D.GIROTTO, *L'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario*, Torino, 2019; G.FARES, *Regionalismo differenziato, analisi delle funzioni ed equilibri di sistema: Le possibili ricadute sull'ordinamento farmaceutico*, in *Diritti Regionali*, n. 1/2020, A. POGGI, *Qualche riflessione sparsa sul regionalismo differenziato (a margine del convegno di Torino)*, in *Diritti Regionali* n. 2/2019; ID *Il regionalismo italiano ancora alla ricerca del "modello plurale" delineato in Costituzione*, in www.federalismi.it, n. 1/2020.

¹² Limite che il regionalismo differenziato non deve mai travalicare. Si veda, F. PIZZETTI, *La ricerca del giusto equilibrio tra unità e differenza: il problematico rapporto tra il progetto originario della Costituzione del 1948 e il progetto ispiratore della riforma costituzionale del 2001*, in *Le Regioni*, 4, 2003, p. 606.

¹³ Cfr. U. BANDINI, *Unità dello Stato e dinamiche delle autonomie territoriali*, in www.federalismi.it, n. 13/2019, pag. 2

- Il rigoroso rispetto del ruolo e delle prerogative costituzionali di ogni soggetto istituzionale coinvolto nel processo stesso¹⁴;
- Il riconoscimento delle forme e condizioni di autonomia in ossequio ai principi di solidarietà, coesione sociale ed eguaglianza;
- Rispetto dei principi espressi dall'art. 119 Cost., tra cui assume un particolare rilievo quello di solidarietà interterritoriale;
- Il processo di attuazione dovrebbe svolgersi con modalità tali da garantire il rispetto della natura derogatoria dell'istituto e della sua *ratio* che è quella di favorire la transizione da un regionalismo dell'uniformità ad un regionalismo della differenziazione.

A beneficiarne dovrebbero essere anche le funzioni amministrative, perché il nuovo regionalismo consentirebbe di individuare il livello di governo ottimale a cui affidarne l'esercizio, con positive ricadute sull'erogazione dei servizi in termini di efficienza, efficacia, ma anche sotto i profili organizzativo, gestionale ed economico-finanziario.

La differenziazione prevista dall'art. 116, c.3, Cost. è stata considerata come uno strumento di rafforzamento dell'unità, di coesione sociale ed idonea a favorire lo sviluppo di una "società di eguali".

Il regionalismo differenziato, se adeguatamente attuato, potrebbe diventare uno strumento di sviluppo per le Regioni più deboli e di solidarietà da parte di quelle più ricche verso quelle economicamente più fragili¹⁵.

¹⁴ Si veda, S. NERI, *Le ricadute organizzative al centro del regionalismo differenziato: quali raccordi interistituzionali?*, in *www.forumcostituzionale.it*, 2019, n. 1, pag. 3.

¹⁵ S. MANGIAMELI, *I problemi della differenziazione e della omogeneità nello Stato regionale*, in *ISSIRFA - Studi ed Interventi*, 2 febbraio 2019.

Solo un'interpretazione di questo tipo può rendere il regionalismo delineato dall'art. 116, c.3, conforme alle restanti disposizioni costituzionali¹⁶.

Non a caso, l'idea fondamentale che ispira il principio di differenziazione è quella di garantire una migliore efficienza sia nelle dinamiche di gestione economico-finanziaria che nella realizzazione delle politiche pubbliche: circostanze, queste, che potrebbero determinare un vantaggio non soltanto a favore dei territori interessati ma anche per l'intero Paese¹⁷.

Le differenti caratteristiche di ciascuna Regione, intese sia come di forza che di debolezza, necessitano, infatti, di interventi differenziati, per attuare i quali alle Regioni devono essere riconosciute specifiche competenze¹⁸.

I vantaggi ed i benefici ottenuti da tale gestione devono riguardare tutto il paese, e devono essere condivisi, ad esempio, esportando *best practices* in altri luoghi in cui risultino poste in essere pratiche diverse e meno efficaci,¹⁹ utilizzando i risparmi conseguiti per effettuare investimenti per superare le criticità di alcuni territori o per soddisfare determinati diritti, garantendo lo stesso livello di prestazioni.

Quale sia il procedimento per dare atto al regionalismo differenziato, ce lo indica la parte finale della disposizione contenuta nel 3°

¹⁶ Cfr. F. GALLO, *L'incerto futuro del regionalismo differenziato sul piano finanziario*, in *www.federalismi.it*, 9 maggio 2018, pp. 8 e 9.

¹⁷ Così G. FARES, *Regionalismo differenziato, analisi delle funzioni ed equilibri di sistema: Le possibili ricadute sull'ordinamento farmaceutico*, cit.

¹⁸ Si vedano, A. RUGGERI, *Prospettive del regionalismo in Italia (nota minima su una questione controversa)* in *Le Regioni*, 1-2, gennaio-aprile 2017, pag. 26; R. BIN, *"Regionalismo differenziato" e utilizzazione dell'art. 116, comma 3. Alcuni tesi per aprire il dibattito*, in *Le istituzioni del federalismo*, 1, 2008.

¹⁹ S. MANGIAMELI, *L'attuazione dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, con particolare riferimento alle recenti iniziative delle Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna, (novembre 2017), Indagine conoscitiva della Commissione regionale per le questioni regionali*, (audizione del 29 novembre 2017, h. 8.15) in *www.issirfa.cnr.it*,

comma, in cui si fa riferimento ad una legge dello Stato, approvata dalle Camere a maggioranza assoluta, sulla base di un'intesa tra Stato e Regioni.

Questa sottofase viene avviata su iniziativa degli organi regionali; il Presidente della Giunta sollecita il Governo ad avviare i negoziati.

In base alla disposizione contenuta nell'art. 1, c. 571, l. 147/2013 (legge di stabilità del 2014) l'invito deve essere indirizzato al PdCM ed al Ministro per gli affari regionali che, entro il termine di 60 giorni dal ricevimento della richiesta, devono attivarsi, in ossequio al principio di leale collaborazione che deve caratterizzare i rapporti tra i due livelli di governo.

A carico del Governo sembrerebbe configurarsi un vincolo di metodo, ma non di risultato che impegnerebbe lo stesso ad avviare ed a partecipare alle trattative, senza, tuttavia, che si delinei anche l'obbligo di concludere l'intesa, nel caso in cui non sia stato possibile raggiungere un accordo in relazione alle forme e condizioni di autonomia da attribuire alla Regione.

Le trattative sono affidate agli Esecutivi (a quello nazionale ed a quelli regionali), mentre la sottoscrizione è di competenza dei rispettivi Presidenti, previa deliberazione degli organi collegiali.

Il rifiuto da parte del Governo di sottoscrivere l'intesa da raggiungere viene interpretato come una violazione del principio di leale collaborazione, salvo che non si tratti del nuovo Esecutivo, subentrato a quello che abbia preso parte alle trattative; trattandosi di un organo diverso nella composizione, anche la valutazione politica dell'accordo potrebbe divergere rispetto a quella formulata dall'organo uscente. Ciò legittimerebbe l'eventuale rifiuto di sottoscrivere l'intesa, trattandosi di un atto di assunzione di responsabilità di un accordo elaborato da altri e non condiviso.

Nel rifiuto espresso dal Presidente della Giunta regionale di sottoscrivere l'intesa, nel caso di dissenso espresso dal Consiglio

regionale o dagli enti locali, non si intravede, invece, una lesione del principio di leale collaborazione, ma solo il mancato perfezionamento dell'intesa.

Sul rapporto in cui si pongono i due atti si sono formati due diversi orientamenti. Chi attribuisce un ruolo centrale al Governo, in quanto interlocutore delle Regioni, con le quali definisce i contenuti delle intese e, quindi, le stesse condizioni della futura autonomia delle Regioni, ritiene che l'esecutivo sia l'organo principale del procedimento destinato a sfociare nella legge di differenziazione e che, di conseguenza, l'intesa sia il vero atto attributivo dell'indipendenza. Pertanto, la successiva legge di differenziazione ne deve riprodurre pedissequamente i contenuti, essendo negato al Parlamento qualunque potere correttivo, salvo quello di respingerla *in toto*²⁰.

Un'altra parte della dottrina ritiene, invece, che il Parlamento non sia vincolato dall'intesa, ma conservi la propria autonomia, potendola recepire integralmente o, al contrario, apportandovi dei correttivi o respingendola, richiedendone il riesame, al fine di pervenire all'elaborazione di indicazioni programmatiche maggiormente condivise che abbiano maggiori possibilità di essere accolte dal legislatore al momento dell'approvazione della legge²¹.

La realizzazione, o meglio, la definizione del regionalismo differenziato risulterebbe, quindi, affidata alla legge parlamentare che può riconoscere ed attribuire alle Regioni ulteriori forme e condizioni di autonomia, valutando se e quanto tale riconoscimento possa indirettamente arrecare beneficio anche ad altre parti dello Stato o non danneggiarle.

²⁰ M. CECCHETTI, *Attuazione della riforma costituzionale del Titolo V e differenziazione delle regioni di diritto comune*, in *www.federalismi.it*, 13/12/2002, p. 4;

²¹ Cfr. A. MORRONE, *Il regionalismo differenziato. Commento all'art. 116, comma 3, della Costituzione*, in *Federalismo fiscale*, 1/2007, pag. 139

La formulazione del 3 comma dell'art. 116 Cost fa pensare che quella appena proposta sia l'interpretazione più corretta e che la legge approvata dalle Camere sia il solo strumento attraverso il quale alle Regioni possa essere riconosciuta una diversa e più ampia autonomia, rispetto alla quale l'intesa costituirebbe un antecedente non necessario, ma sufficiente²².

Alcuni termini utilizzati nella norma (ad esempio "possono" ed "Attribuire") sottolineano, inoltre, il carattere facoltativo ed eventuale dell'attribuzione alle Regioni dell'autonomia differenziata, frutto di una scelta politica del Parlamento²³ che, difficilmente e solo in modo incostituzionale potrebbe essere estromesso o relegato ad un ruolo secondario in un processo decisionale che comporta una ridefinizione delle competenze ed un mutamento ontologico dello status delle Regioni interessate dal processo di differenziazione.

Alle Camere, quindi, non si addice una mera funzione di controllo politico o di ratifica dell'operato del Governo o di acritico recepimento del contenuto dell'intesa stipulata con la Regione.

Al Parlamento si deve, invece, attribuire un ruolo attivo nella determinazione dei contenuti dell'autonomia differenziata e, quindi, di codecisione²⁴.

Tuttavia, anche nel caso in cui al Parlamento si riconoscano poteri modificativi nei confronti dell'intesa, non si deve dimenticare che l'approvazione definitiva deve essere concordata con le Regioni, in

²² V. A. MORRONE, *Il regionalismo differenziato, Commento all'art. 116, comma 3, della Costituzione*, cit.; D. MONE, *Autonomia differenziata, come mezzo di unità statale: la lettura dell'art. 116, comma 3 cost., conforme a Costituzione*, in *Rivista AIC*, n. 1/2019; A. PIRAINO, *Ancora su regionalismo differenziato: ruolo del Parlamento ed unità e indivisibilità della Repubblica*, in *www.federalismi.it*, n. 8/2019.

²³ Cfr. 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 *Reg.*, 2017, pag. 645

²⁴ A. PIRAINO, *Ancora su regionalismo differenziato*, op. cit., pag. 17; D. MONE, *Autonomia differenziata*, op. cit., pag. 279

modo che l'atto finale sia il risultato di una trattativa tra le stesse parti²⁵.

Che il Parlamento debba avere un ruolo attivo, nei termini anzidetti, lo si può dedurre anche dai limiti che la legge di differenziazione deve rispettare; si tratta di quelli di bilancio, espressione di una finanza pubblica solidaristica ed organica che spetta al Parlamento garantire.

Il regionalismo differenziato, se attuato in questo modo, può, quindi, essere ritenuto uno strumento solidaristico, cooperativo e positivamente competitivo²⁶, anche se non si escludono del tutto dei rischi, dovuti all'incapacità delle Regioni più deboli di raccogliere la sfida, ma anche le opportunità insite nel regionalismo differenziato, e di competere con quelle più forti, in un processo di reciproco miglioramento ed innalzamento della qualità dei servizi erogati²⁷.

Il processo emulativo indotto dai risultati conseguiti potrebbe spingere anche altre Regioni a ottenere la stessa autonomia di quelle differenziate, innescando un positivo meccanismo di competizione che potrebbe ridurre il divario esistente tra Regioni più avanzate e Regioni più arretrate²⁸.

Affinchè, quindi, il regionalismo differenziato possa essere un'opportunità per il Paese (per tutto il Paese) è necessario riconoscere un ruolo centrale al Parlamento, ossia all'istituzione politica più rappresentativa di esso; in caso contrario, il rischio non è

²⁵ G. BOGGERO, *Il referendum come "motore" della differenziazione*, in www.dirittiregionali.it, n. 2/2019.

²⁶ A. GIANNOLA, L. STORNAIUOLO, *Un'analisi delle proposte avanzate sul "federalismo differenziato"*, in www.piolatorre.it

²⁷ Si veda, M. ROMEO, *Regionalismo differenziato: in Calabria è stata approvata una risoluzione per promuovere un regionalismo "solidale"*, in *Dritti Regionali*, 2019, n. 1.

²⁸ Cfr. D. MONE, *Autonomia differenziata come mezzo di unità statale: la lettura dell'art. 116, comma 3, Cost., conforme a Costituzione*, in www.rivistaAIC.it, 2019, n. 1, pag. 268. Parla di "competizione virtuosa" E. BALBONI, *Per scongiurare la "secessione dei ricchi" basterebbe la buona amministrazione*, in www.forumcostituzionale.it, n. 2/2019, pag. 3.

solo quello che le più ampie forme di autonomia arrechino vantaggio solo alla Regione a cui siano riconosciute, ma che possano rivelarsi dannose per tutte le altre; solo un ruolo attivo, preponderante e correttivo del Parlamento può arginare tali effetti²⁹.

Per evitare, inoltre, una disapplicazione delle regole di riparo delle competenze contenute nel Titolo V Cost., il Parlamento dovrebbe preventivamente valutare se vi siano i presupposti per giustificare la richiesta e l'attribuzione di regimi differenziati di competenze.

L'interesse generale viene garantito anche dal tipo di maggioranza richiesta (assoluta dei componenti) per l'approvazione della legge, per la cui modifica si ritiene necessario un procedimento speculare che prenda le mosse da una nuova intesa e proceda nel modo anzidetto.

Deve, invece, escludersi che la legge di autonomia negoziata sia modificabile tramite leggi ordinarie o atti aventi forza di legge.

3. La legge di revisione del Titolo V ha collocato la "tutela della salute" tra le materie di legislazione concorrente, dimenticandosi, almeno apparentemente, di dare una collocazione altrettanto chiara all'organizzazione sanitaria.

Il problema è stato risolto dalla Corte Costituzionale, per la quale l'organizzazione sanitaria deve ritenersi inclusa " nella tutela della salute", essendo parte integrante di essa³⁰ e soggetta a legislazione concorrente³¹, orientamento più volte ribadito dalla Corte

²⁹ R. TONIATTI, *L'autonomia regionale ponderata: aspettative ed incognite di un incremento delle asimmetrie quale possibile premessa per una nuova stagione costituzionale del regionalismo italiano*, in *Le Regioni 2017*, pag. 649 ss.

³⁰ Si veda Corte Costituzionale, 14 novembre 2008, n. 371.

³¹ Corte Costituzionale, 20 novembre 2002, n. 510, in *www.giurcost.org*; in dottrina, si veda, R. BALDUZZI, a cura di, *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, 2004, pag. 334.

Costituzionale³², riconoscendo alla materia (“tutela della salute”) un “vis attrattiva” ed inclusiva di tutti quei profili, o della maggior parte di essi, che si intersecano con il diritto alla salute e con la sua garanzia, pur afferendo alla mera dimensione organizzativa³³.

Sul rapporto in cui si pongono tra loro i LEA e l’organizzazione sanitaria, la dottrina ritiene che vi sia un collegamento bidimensionale: i LEA incidono sugli aspetti organizzativi sanitari e, a loro volta, le scelte organizzative incidono sulla effettività dei LEA³⁴, poiché nella determinazione dei livelli essenziali di assistenza sono coinvolti anche tutti quegli aspetti dell’organizzazione finalizzati all’erogazione delle prestazioni³⁵, trattandosi anche di prescrizioni volte a favorire la creazione di idonee strutture organizzative di garanzia³⁶.

Gravi inefficienze a livello organizzativo possono incidere sulla qualità dell’erogazione del servizio, rendendone difficile o insoddisfacente la fruizione.

Ulteriori chiarimenti in merito al riparto di competenze tra Stato e Regioni, sono state fornite dalla Corte Costituzionale con la sentenza n. 231/2017; nella pronuncia, infatti, il giudice delle leggi ha precisato che la competenza statale può comprendere oltre alla determinazione dei livelli quantitativi e qualitativi delle singole prestazioni anche le procedure strumentali indispensabili ad

³² Si vedano le sentenze 181/2006; 207/2010; 54/2015 della Corte Costituzionale. Tutte reperibili in www.giurcost.org

³³ Cfr. D. MORANA, *Una differenziazione davvero necessaria? Qualche osservazione (e molte perplessità) su Lea, organizzazione sanitaria e tutela della salute nell’ottica dell’art. 116, u.c., Cost.*, in *Corti supreme e salute* 2020, 1, pag. 243.

³⁴ A. PAPA, *Regionalismo differenziato e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso paradigmatico della tutela del diritto alla salute*, in in Aa.Vv., *Regionalismo differenziato: un percorso difficile*, Atti del Convegno, Milano, 8 ottobre 2019, in *Centro Studi sul Federalismo*.

³⁵ Cfr. R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in *Quaderni reg.*, 2002, pag. 65 ss.

³⁶ M. LUCIANI, *L’autonomia legislativa*, in *Le Regioni*, 2004, pag. 360

assicurare che gli enti del S.S.N. siano in condizioni di garantirne l'erogazione³⁷, in modo che la dimensione organizzativa e la sua qualità siano coerenti con gli obiettivi.

Il mantenimento dei LEA quali limiti generali da rispettare anche in fase di attuazione dell'art. 116 Cost. è stata ritenuta garanzia sufficiente di uniformità di livelli su tutto il territorio nazionale; questa impostazione, però, denota un atteggiamento volto a minimizzare la reale incidenza degli aspetti organizzativi e di maggiore autonomia sulla qualità dei livelli delle prestazioni sanitarie.

La Nota di aggiornamento al DEF 2019 ha confermato l'impegno del Governo a proseguire il processo di attuazione del regionalismo differenziato.

La Nota dedica specifica attenzione al sistema sanitario, osservando che la "sfida" che il Ssn sarà chiamato ad affrontare nei prossimi anni è la "sostenibilità", ovvero *"la capacità di assicurare il mantenimento del principio di universalità del sistema, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) coniugando allo stesso tempo equità, appropriatezza, qualità ed efficienza delle cure, governo dell'innovazione, salvaguardando gli equilibri economico-finanziari"*.

Tra le "sfide" emergono quelle di:

- "• attenuare le disuguaglianze presenti in termini di accesso ai servizi e di variabilità regionale degli stessi garantendo l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) in modo uniforme su tutto il territorio nazionale;*
- prepararsi ai cambiamenti derivanti dal progresso scientifico e tecnologico rafforzando i processi di governo dell'innovazione;*

³⁷ Anche quelle che si traducono nel coinvolgimento di organi che possono assicurare un'attività di verifica e monitoraggio sull'erogazione dei LEA.

• *porsi in maniera trasversale su interventi di policy intersettoriale, con particolare riguardo alla sicurezza sul lavoro e ai risvolti sanitari delle grandi sfide ambientali e del cambiamento climatico".*

Nella Nota si sottolinea anche la necessità, in un'ottica di eguaglianza, di ripensare *l'attuale sistema di compartecipazione sulla base delle condizioni economiche reddituali, finalizzato a rendere il sistema più omogeneo ed equo, superando quello attualmente vigente, basato sul c.d. superticket che non avrebbe fatto altro che accentuare la discriminazione nell'accesso ai servizi.*

Nel corso dell'audizione sulle linee programmatiche del 17 ottobre 2019 presso le Commissioni I e V della Camera, il Ministro per gli affari regionali ha preannunciato la presentazione in Parlamento di un'iniziativa legislativa volta a definire una cornice normativa unitaria in cui potranno definirsi gli interventi di attuazione dell'art. 116, terzo comma, Cost., a cui, al momento, non si è dato alcun seguito.

La stessa Costituzione, del resto, prevede che si individuino con legge i livelli essenziali delle prestazioni; gli artt. 117, co 2, lett. m, e l'art. 120, c. 2, Cost., riconoscono al Governo un potere sostitutivo "*quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali".*

Il regionalismo differenziato, infatti, permettendo teoricamente il trasferimento dell'intera materia 'tutela della salute' alla potestà legislativa esclusiva delle regioni richiedenti, lascia, di fatto, allo Stato solo la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie, mentre le nuove regioni ad autonomia differenziata potranno sostanzialmente legiferare persino sui principi generali in materia di tutela della salute e quindi rivedere i fondamenti sui quali fu istituito, con la l. n. 833 del 1978, il Ssn.

Le bozze di intesa concluse nel febbraio 2019 fra Veneto, Lombardia e Emilia-Romagna e Governo, pur non interessando i principi generali, introducono novità importanti, che, se sembrano, in linea astratta e teorica, valorizzare il principio di leale collaborazione, segnano di fatto un deciso arretramento in termini di garanzie di partecipazione del Parlamento, a fronte dell'intensificazione di forme di concertazione esclusivamente fra Governo e regione interessata.

Il contenuto delle intese ed il finanziamento appaiono, infatti, affidati ad una sub-procedura e a una fonte, il d.p.c.m., che di fatto sfuggono al controllo del Parlamento, delle altre regioni e della Corte costituzionale.

Le bozze di intese elaborate nel 2018³⁸, riconoscono alle regioni autonomia sulle modalità di erogazione dei farmaci, ma anche sulla valutazione della loro appropriatezza, con ricadute evidenti sulle possibilità di cura, che non sarebbero più uniformi; viene, inoltre, rivendicata l'autonomia nei percorsi formativi, nel reclutamento e nella retribuzione delle professioni sanitarie, scelte che avrebbe conseguenze addirittura "antisolidali".

Ugualmente critica si rivela la procedura individuata, per il trasferimento delle "competenze legislative e amministrative attribuite alle Regioni", da effettuarsi sempre con uno o più d.p.c.m., ma con la previsione, in questo caso, dell'acquisizione dei "pareri" della Conferenza Unificata e delle commissioni parlamentari competenti per materia sugli schemi dei decreti. La procedura sembrerebbe recuperare la dimensione collaborativa, salvo che i "pareri" sono previsti come obbligatori, ma non vincolanti.

Affidando la tutela del diritto alla salute alla "Repubblica", e non già a uno specifico livello di governo, la Costituzione sottende un

³⁸ Su cui si veda, G. PICCIRILLI, *Gli "Accordi preli-minari" per la differenziazione regionale. Primi spunti sulla procedura da seguire per l'attuazione dell'art. 116, terzo comma, Cost.*, in *Diritti regionali*, 2018, n. 2.

paradigma collaborativo nell'attuazione di tale diritto³⁹, già presente nella volontà dei Costituenti e potenziato dalla riforma del 2001, che, come noto, ha incluso la "tutela della salute" tra le materie di competenza legislativa concorrente.

Con riferimento alla spesa sanitaria, si è previsto l'assoggettamento delle Regioni a un controllo centralizzato *ex post*, con applicazione del commissariamento in caso di violazione degli obiettivi minimi di contenimento della spesa pubblica¹⁴. Questo sistema consente di affermare che almeno sotto tale profilo la differenziazione ha già trovato attuazione, ma con esiti non sempre positivi: solo alcune Regioni sono state in grado di contenere i livelli di spesa nei margini di sicurezza concordati, accrescendone gli standard qualitativi, mentre tutte le altre li hanno ampiamente superati, senza raggiungere standard qualitativi soddisfacenti.

4. Il 28 febbraio 2018, tra il Governo in carica, rappresentato dal Dipartimento per gli affari regionali e le Regioni, e tre Regioni italiane (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto), rappresentate dai rispettivi Presidenti e dalle delegazioni trattanti, sono stati conclusi degli accordi preliminari, concernenti i principi generali, la metodologia e le materie per l'attribuzione alle stesse della c.d. autonomia differenziata, ai sensi dell'art. 116, 3° comma, Cost..

Tra le materie oggetto di accordo, figurano anche quella sanitaria, inserita nel terzo Allegato, intitolato "Salute", nel quale vi era un ampio elenco di aspetti in relazione ai quali veniva richiesta una

³⁹ R. BALDUZZI, *A mo' di introduzione: su alcune vere o presunte criticità del servizio sanitario nazionale e sulle sue possibili evoluzioni, cit., in Id. (a cura di), Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009, pag. 12.

maggiore autonomia⁴⁰; salvo talune differenze, i tre accordi si presentavano simili.

Il negoziato, interrottosi con la caduta del Governo e ripreso con la nomina del nuovo Esecutivo, ha prodotto il c.d. "Contratto per il Governo del cambiamento", con il quale le forze politiche si sono assunte l'impegno di assegnare priorità al riconoscimento alle Regioni che ne avessero fatto richiesta di una maggiore autonomia, in attuazione di quanto previsto dall'art. 116, c. 3 Cost. e di portare a conclusione le trattative in corso.

Il "Contratto" prevedeva anche l'attribuzione di tutte le risorse necessarie per consentire alle Regioni di esercitare autonomamente le nuove competenze ed una maggiore responsabilità anche rispetto al più equo soddisfacimento dei servizi a garanzia dei propri cittadini ed in termini di efficienza ed efficacia dell'azione svolta.

La trattativa tra Governo ed esecutivi regionali è sfociata nelle seguenti richieste: da parte del Veneto, di un'autonomia legislativa e/o amministrativa nelle materie soggette a legislazione concorrente e in tre materie oggetto di potestà esclusiva statale (ambiente, istruzione e organizzazione della giustizia di pace); la Lombardia ha rivendicato l'autonomia rispetto a 2 competenze di potestà esclusiva e per 18 di quella concorrente; l'Emilia Romagna in 13 materie di legislazione concorrente ed in 3 soggette a competenza esclusiva.

⁴⁰ Gestione del personale (in ordine alla rimozione di vincoli specifici di spesa e di attività libero-professionale); formazione del personale medico specializzato (in particolare, attraverso appositi accordi con le università) e previsione di un nuovo inquadramento professionale, quello dei medici assunti con contratto a tempo determinato di "specializzazione-lavoro"; determinazione del sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione; sistema di *governance* delle aziende e degli enti del Servizio sanitario regionale; istituzione e gestione di fondi sanitari in-tegrativi. Gli accordi contemplavano altresì la possibilità per le Regioni di interloquire con l'Aifa in tema di equivalenza terapeutica dei medicinali, nonché l'assicurazione, da parte dello Stato alle Regioni medesime, di un quadro pluriennale, certo e adeguato di risorse in tema di patri-monio edilizio e tecnologico.

La Lombardia ha fatto precedere la richiesta di avvio delle trattative con il Governo dallo svolgimento di un *referendum*, che ha avuto luogo il 22 ottobre 2017.

A seguito dell'esito positivo del *referendum*, il Consiglio regionale ha approvato la "Risoluzione concernente l'iniziativa per l'attribuzione alla regione Lombardia di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione".

Le materie da porre a fondamento della trattativa con il Governo sono state raggruppate in 6 aree principali, contenenti tutti gli ambiti materiali di cui all'articolo 116, terzo comma, Cost.; nell'Area sociale e sanitaria è stata inserita la "Tutela della salute"

Con tale atto di indirizzo, il Consiglio ha impegnato il Presidente della regione:

- ad avviare il confronto con il Governo per definire i contenuti di un'intesa di cui all'articolo 116, terzo comma, con il coinvolgimento Consiglio regionale anche mediante la partecipazione di suoi rappresentanti all'interno della delegazione trattante e la sottoposizione al Consiglio regionale dello schema di intesa a conclusione della trattativa con il Governo;
- a condurre il negoziato tenendo conto delle materie elencate nell'allegato A alla risoluzione che non è, tuttavia, vincolante;
- a esplicitare, nell'intesa, "il complessivo assetto delle potestà normative, con la definizione di rapporti chiari tra legislazione, potere regolamentare e relative funzioni amministrative", che dovrà contenere clausole di garanzia dell'autonomia ottenuta rispetto a successive leggi statali, nel rispetto del principio di leale collaborazione tra Stato e regione. Ciò anche al fine di salvaguardare l'adeguatezza delle risorse finanziarie correlate alle competenze acquisite;

- a ottenere l'assegnazione di idonee risorse per il finanziamento integrale delle funzioni che saranno attribuite alla regione;
- ad assicurare "adeguata, costante e tempestiva informativa" al Consiglio regionale nel corso dei negoziati;
- a garantire "forme e modalità adeguate di coinvolgimento degli enti locali, delle associazioni, dei rappresentanti delle realtà imprenditoriali, delle parti sociali e delle autonomie funzionali" da realizzare prima della sottoscrizione dell'intesa.

Anche il Veneto ha fatto precedere la richiesta di avvio delle trattative con il Governo, per l'attivazione del procedimento ex art. 116, terzo comma, Cost. da un *referendum* svoltosi lo stesso giorno di quello lombardo (22 ottobre 2017); anche in questo caso l'esito è stato positivo, avendo il quesito ottenuto 2.273.985 sì voti favorevoli, pari al 98,1% dei votanti.

A differenza della Lombardia, a seguito dell'esito del referendum ha proceduto all'esame e all'approvazione (il 15 novembre 2017) del progetto di legge statale (pdls) n. 43, di iniziativa della Giunta, relativo all'individuazione di percorsi e contenuti per il riconoscimento di ulteriori e specifiche forme di autonomia per la regione, nel quale sono state indicate materie nelle quali la regione del Veneto richiede forme e condizioni particolari di autonomia⁴¹.

Di particolare interesse è la disposizione contenuta nell'art. 2 del progetto di legge statale, in cui si fa riferimento alle risorse necessarie a finanziare le funzioni da trasferire alla Regione che vengono quantificate nei 9/10 del gettito riscosso nel territorio della regione del Veneto delle principali imposte erariali (Irpef, Ires e Iva), che si aggiungono ai gettiti dei vigenti tributi propri regionali e

⁴¹ Ad ogni materia è dedicata una specifica sezione del pdls; ciascuna sezione contiene uno o più articoli in cui sono dettagliati gli ambiti disciplinari affidati alla competenza legislativa della regione, nonché le funzioni amministrative e le ulteriori attribuzioni ad essa spettanti.

agli specifici fondi di cui il disegno di legge chiede la regionalizzazione⁴².

Con un ordine del giorno, adottato nel corso dell'esame del pdls, il Consiglio regionale ha conferito mandato al Presidente della Giunta regionale per l'avvio e la conduzione del negoziato e la informativa al Consiglio regionale.

Entrambe le Regioni si riservano la possibilità di estendere il negoziato, in un momento successivo, ad altre materie.

Per l'approvazione della legge si fa riferimento al procedimento per l'approvazione delle intese tra lo Stato e le confessioni religiose, di cui all'art. 8, terzo comma, della Costituzione.

Nella parte dispositiva sono contenute le disposizioni generali:

- l'art. 1 contiene i principi generali⁴³, le regole metodologiche e l'elenco delle materie rispetto alle quali le Regioni chiedono il riconoscimento dell'autonomia differenziata.

- l'art. 2 ne definisce la durata, prevedendo un termine di 10 anni, previa verifica, nell'ultimo biennio, dei risultati concretamente conseguiti e con possibilità di rinnovo dell'intesa o di una sua rinegoziazione. Una volta sottoscritta la nuova intesa, anche nel caso in cui essa si limiti a riprodurre i contenuti della precedente, è necessaria la presentazione di un disegno di legge governativo, contenente "le eventuali modifiche da apportare alla legge approvata sulla base della originaria intesa".

Ne è prevista, altresì, la modificabilità, qualora nel corso del decennio si verificano situazioni di fatto o di diritto che ne

⁴² L'articolo demanda ad appositi accordi fra lo Stato e la Regione l'individuazione, nell'ambito di ciascuna materia, dei beni e delle risorse umane e strumentali che dovranno essere trasferiti alla regione, nonché la definizione delle procedure e delle modalità con cui dovrà avvenire il trasferimento.

⁴³ L'attribuzione dell'autonomia differenziata deve corrispondere a specificità proprie della regione e deve essere "immediatamente funzionale" alla crescita e allo sviluppo della regione.

giustificano la revisione" e a condizione che sulle modifiche ci sia **accordo** tra lo Stato e la regione interessata. Nessuna modifica è quindi possibile in via unilaterale.

Al di fuori dell'ipotesi di verifica dei risultati da effettuare nell'ultimo biennio, l'art.3 prevede che lo Stato e la regione possano svolgere "verifiche su aspetti specifici o settori di attività oggetto dell'Intesa." la struttura statale competente è il Dipartimento per gli Affari regionali e le autonomie della Presidenza del Consiglio dei ministri, che concorda le modalità di svolgimento delle verifiche con la Presidenza della regione.

L'art. 4 si occupa Risorse finanziarie, umane e strumentali necessarie per l'esercizio delle ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia, la cui determinazione è affidata ad una Commissione paritetica Stato-regione.

Agli atti di determinazione delle risorse, le intese affidano anche la determinazione della data di decorrenza dell'esercizio, da parte delle regioni, delle nuove competenze conferite. In tale data dovrà effettuarsi anche l'effettivo trasferimento dei beni e delle risorse finanziarie, umane, strumentali e organizzative.

Infine, è prevista la possibilità di conferire allo Stato ed alle Regioni la facoltà di determinare congiuntamente modalità per assegnare risorse (anche nella forma di crediti di imposta) disponibili sui fondi destinati allo sviluppo infrastrutturale del Paese.

Il riconoscimento dell'autonomia differenziata, ex art. 116, 3 consentirebbe di attribuire alle regioni competenze statali riguardo ai principi fondamentali in materia di salute e ricerca scientifica.

Le Regioni disporrebbero di una maggiore autonomia finalizzata a rimuovere specifici vincoli di spesa in materia di personale stabiliti dalla normativa statale e in materia di accesso alle scuole di specializzazione, ivi incluse:

- la programmazione delle borse di studio per i medici specializzandi e l'integrazione operativa dei medici specializzandi con il sistema aziendale⁴⁴;
- Possibilità di stipulare e di definire le modalità per inserire i medici con contratti a tempo determinato di "specializzazione lavoro" nell'attività delle strutture del SSN;
- Possibilità di stipulare accordi con le Università del rispettivo territorio;
- Una maggiore autonomia nello svolgimento delle funzioni relative al sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, limitatamente agli assistiti residenti nella regione, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA), dei vincoli di bilancio e dell'equilibrio economico-finanziario;
- Una maggiore autonomia nella definizione del sistema di *governance* delle aziende e degli enti del SSN, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e delle disposizioni nazionali in materia di selezione della dirigenza sanitaria⁴⁵;
- Possibilità di sottoporre all'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) valutazioni tecnico-scientifiche relative all'equivalenza terapeutica tra diversi farmaci⁴⁶;
- Competenza a programmare gli interventi sul patrimonio edilizio e tecnologico del SSN in un quadro pluriennale certo e adeguato di risorse;
- Una maggiore autonomia legislativa, amministrativa e organizzativa in materia di istituzione e gestione di fondi sanitari

⁴⁴ Per la Lombardia l'autonomia si estende anche alla determinazione del numero dei posti dei corsi di formazione per i medici di medicina generale.

⁴⁵ solo nel caso della Lombardia in cui l'autonomia in questione si riferisce in particolare agli organi e alla direzione strategica, si prevede la previa valutazione degli esiti del monitoraggio previsto dalla legge regionale n. 23 del 2015.

⁴⁶ Entro 180 giorni dal ricevimento delle valutazioni regionali: o l'AIFA adotta un parere motivato, obbligatorio e vincolante per l'intero territorio nazionale o, se non si pronuncia, la regione, sulla base delle proprie valutazioni, può assumere determinazioni in materia di equivalenza terapeutica.

integrativi, nel rispetto di due vincoli, quello rappresentato dai LEA e quello dell'equilibrio di bilancio.

Per il Veneto autonomia differenziata significa anche:

- Una maggiore autonomia in materia di gestione del personale del SSN, inclusa la regolamentazione dell'attività libero-professionale, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e dei vincoli di bilancio; e

Facoltà, in sede di contrattazione integrativa collettiva, di prevedere, per i dipendenti del SSN, incentivi e misure di sostegno, anche avvalendosi di risorse aggiuntive regionali, da destinare prioritariamente al personale dipendente in servizio presso sedi montane disagiate.

5. Il Sistema Sanitario Regionale lombardo era caratterizzato, già dagli anni '90, dalla libertà dei cittadini di scegliere il soggetto erogatore dei servizi sanitari e dall'analoga libertà di questi ultimi (aziende ospedaliere o privati) di esercitare determinate attività e di fornire i corrispondenti servizi.

Un'altra caratteristica del sistema è la separazione tra la funzione di programmazione/acquisto/controllo/finanziamento affidata alle Asl e la funzione di produzione di servizi, affidata ad erogatori accreditati (Aziende ospedaliere, IRCCS e case di cura private).

Questo modello definito "competitivo", poiché fondato sulla libertà di scelta tra strutture pubbliche e private e sulla competizione, non ha trovato piena attuazione ed è destinato ad essere sostituito da quello delineato dalla l. 23/2015 che si presenta come un modello integrato, nel quale i ruoli di assicuratore, finanziatore e produttore di servizi sono accentrati in un unico soggetto.

Nel 2015, la Regione ha adottato la legge di riordino del sistema socio-sanitario lombardo (l. 23/2015), con cui si è proceduto alla dismissione di 15 ASL e 30 Aziende ospedaliere, sostituite da due

nuove tipologie di enti: le Aziende socio sanitarie territoriali (in tutto ne sono state istituite 27⁴⁷, coincidente con un distretto di nuova identificazione, che “concorrono con tutti gli altri soggetti erogatori del sistema, di diritto pubblico e di diritto privato, all'erogazione dei LEA, coincidenti con le previgenti AO; e le 8 Agenzie di tutela della salute che “attuano la programmazione definita dalla Regione, relativamente al territorio di propria competenza ed assicurano, con il concorso di tutti i soggetti erogatori, i LEA”, mediante l'acquisizione dalle ex ASL delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo⁴⁸.

Le ATS, quindi, danno attuazione alla programmazione definita dalla Regione, erogando, attraverso soggetti accreditati e contrattualizzati, sia pubblici che privati, le prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, utilizzando le risorse economiche poste a disposizione dalla Regione, con cui retribuiscono i soggetti erogatori di servizi⁴⁹.

Le ASST, invece, si articolano in due settori, distinti tra loro per “intensità di cura”:

- Il settore Polo Ospedaliero si articola in Presidi Ospedalieri e/o in Dipartimenti organizzati in diversi livelli di intensità di cura. Gli

⁴⁷ La dimensione media, intermini di popolazione, per le 27 ASST è di circa 370.000 abitanti, mentre, in termini di Comuni, è di 57 enti per ciascuna Azienda.

⁴⁸ FERRARIO, *Analisi dettagliata della L.R. n. 23 del 11 agosto 2015 – Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale del 30 dicembre 2009 n. 33* in <http://www.lombardiasociale.it/2015/10/26/la-riforma-del-sistemasociosanitario-in-lombardia-la-lr-232015/?c=atti-e-normative>

⁴⁹ Rientrano nella competenze delle ATS anche le seguenti funzioni: • negoziazione e acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie; dalle strutture accreditate; • governo del percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi; • governo dell'assistenza primaria e del relativo convenzionamento; • governo e promozione dei programmi di educazione alla salute, prevenzione, assistenza, cura e riabilitazione; • promozione della sicurezza alimentare; • prevenzione e controllo della salute degli ambienti di vita e di lavoro; • sanità pubblica veterinaria. attuazione degli indirizzi regionali e monitoraggio della spesa farmaceutica, dietetica e protesica; • vigilanza e controllo sulle strutture e sulle unità d'offerta sanitarie, sociosanitarie e sociali.

ospedali prima costituiti in AO perdono la loro personalità giuridica e divengono semplici presidi ospedalieri;

- Il settore aziendale Rete Territoriale delle ASST invece eroga le prestazioni distrettuali e favorisce l'integrazione delle funzioni sanitarie e socio-sanitarie con le funzioni sociali di competenza delle Autonomie locali. Alla rete territoriale afferiscono inoltre:

- i Presidi Ospedalieri Territoriali (POT): strutture multiservizio deputate all'erogazione di prestazioni sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici e di prestazioni ambulatoriali e domiciliari;

- i Presidi Socio Sanitari Territoriali (PreSST).

A partire dal 2016 le neo istituite ASST e le ATS hanno, quindi, ereditato il patrimonio, il personale, i contratti ed i sistemi informativi delle strutture dismesse.

La legge di riforma è intervenuta anche sull'articolazione distrettuale, prevedendo che in ogni ATS siano costituiti un numero di Distretti pari al numero delle ASST comprese nelle ATS; A loro volta, i Distretti dovranno essere suddivisi in Ambiti Distrettuali⁵⁰.

Con legge 23/2015 il legislatore regionale ha cercato di favorire l'integrazione tra il sistema sanitario e quello socio-assistenziale, due sistemi caratterizzati da marcate differenze sotto il profilo legislativo, organizzativo e principi di riferimento⁵¹.

Il legislatore lombardo ha intercettato non solo i cambiamenti sociali (popolazione sempre più anziana ed in condizioni di cronicità e fragilità; riduzione delle risorse economiche; aumento dei nuclei

⁵⁰ Al momento sono identificabili 88 Ambiti Distrettuali con una media di circa 113.600 assistiti e 18 Comuni afferenti

⁵¹ Il sistema sanitario appare fondato su quello autorizzativo, per cui i bisogni corrispondenti possono essere soddisfatti solo grazie ad un'autorizzazione da parte della pubblica amministrazione (art. 32 Cost.), mentre il sistema socio assistenziale è improntato a quello di libertà (art. 38 Cost.) che riconosce ampi margini di libertà agli enti erogatori che agiscono in tali ambiti.

monofamiliari), ma anche l'incremento dei bisogni di tipo socio-assistenziale⁵².

Con la legge 23/2015 si è cercato di creare un collegamento e di fare in modo che gli enti preposti ai servizi socio-assistenziali di tipo residenziale o domiciliare, già operanti sul territorio, risultino integrati nel sistema ospedaliero, dando vita ad una rete di servizi capace di soddisfare le esigenze dei pazienti.

In tale processo hanno un ruolo fondamentale le Agenzie di tutela della salute, attraverso le quali deve compiersi quel processo di integrazione che è stato troppo a lungo solo verticale e mai orizzontale; ad esse è affidato il compito di orientare gli attori pubblici o privati verso obiettivi comuni e di favorire il lavoro in rete degli enti erogatori.

La riforma ha investito anche il Governo regionale, con finalità di riordino di funzioni, strumenti programmatori ed organizzativi.

Le funzioni regionali sono così individuate:

- garanzia dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA);
- programmazione, indirizzo e controllo;
- definizione delle regole di autorizzazione, accreditamento e contrattualizzazione, nonché delle le tariffe delle prestazioni;
- elaborazione di sistemi informativi sulla qualità delle strutture e di indirizzi per l'appropriatezza clinica e organizzativa.

Lo strumento operativo è individuato nell'elaborazione annuale, da parte della Giunta, da approvare entro il 30 novembre antecedente l'anno di riferimento, delle regole di sistema per la programmazione dei fabbisogni, degli acquisti e degli investimenti e la definizione dei contratti stipulati dalle ATS con i soggetti erogatori.

⁵² E. MALLARINI, V. RAPPINI, L. VERCELLINO, *Over 65 non autosufficienti: la domanda* in Del Vecchio M, Mallarini E, Rappini V (a cura di) *Rapporto OCPS 2015*, Egea. 2015, pag.152 ss..

A seguito di tale intervento è stato istituito l'Assessorato alla salute e alle politiche sociali "Welfare", nato dalla fusione degli Assessorati alla salute, famiglia, solidarietà social, volontariato e pari opportunità; è stato, creato l'Osservatorio Epidemiologico regionale e le Agenzie regionali destinate ad operare in aree specifiche⁵³; infine, si è proceduto alla definizione dei Piani Regionali sociosanitari integrati e delle prevenzione.

Attraverso specifici atti di indirizzo, sono stati attivati i Collegi tecnici dei Direttori di ATS e ASST, con compiti di coordinamento delle azioni nelle fasi di transizione; è stata adottata un'apposita delibera⁵⁴, intitolata "Indirizzi regionali per la presa in carico della cronicità e della fragilità" contenente indicazioni circa le caratteristiche dei nuovi modelli di presa in carico delle cronicità.

Il nuovo sistema sembra poggiare prevalentemente sui c.d. Presidi sociosanitari territoriali, incaricati di: erogare prestazioni sanitarie ambulatoriali e domiciliari a media e bassa intensità; attivare degenze intermedie, subacute, postacute e riabilitative a bassa intensità di prestazioni, tenuto conto delle peculiarità dei territori; e di promuovere percorsi di sanità, di prevenzione e di educazione sanitaria.

L'art. 7 comma 14 della LR 23/2015 prevede che i Presidi possano essere organizzati in collegamento funzionale con le Unità complesse di cura primarie, garantendo il coordinamento con l'attività degli specialisti ambulatoriali.

I Presidi devono, inoltre, essere ben identificabili dal cittadino e costituiti all'interno di altre strutture (Presidi ospedalieri, poliambulatori, strutture territoriali e Unità d'offerta sociosanitarie), collegate in via informatica con l'Azienda di appartenenza e dotate di

⁵³ controllo, formazione e ricerca, sistema informativo, acquisti, gestione emergenza-urgenza, promozione nazionale e internazionale del sistema lombardo.

⁵⁴ DGR DEL 23 dicembre 2015, n. 4662

strumentazioni di base, che costituiscono sedi privilegiate per l'esercizio della medicina di iniziativa nei confronti delle cronicità e delle fragilità, e concorrono a garantire la continuità delle cure".

Il PreSST si configura pertanto come uno strumento di politiche socio sanitarie assistenziali che dovrebbe favorire l'integrazione professionale e far confluire i saperi e le competenze detenute da persone diverse e in luoghi differenti, in modi poco formalizzati o avvalendosi di soluzioni più strutturate e formali⁵⁵, attraverso "configurazioni" che tengano conto seconda delle esigenze peculiari del territorio e dei suoi attori. La loro istituzione appare funzionale al perseguimento dei seguenti obiettivi:

- migliorare l'esperienza individuale di cura;
- assicurare continuità e appropriatezza delle cure;
- promuovere l'integrazione tra Ospedale-territorio;
- prevenire le riacutizzazioni (riduzione dei ricoveri ospedalieri);
- contribuire alla sostenibilità economica del complessivo sistema di *welfare* con la riduzione delle prestazioni improprie.

Punti critici della riforma sembrano essere "gli strumenti di governo periferici": i distretti hanno, infatti, perso la loro funzione di coordinamento della rete dei servizi ed allo stesso tempo hanno assunto dimensioni troppo ampie; la collaborazione con i Comuni e, più in generale" con le comunità locali è stata marginalizzata; il ruolo del medico di famiglia, che avrebbe potuto fungere da elemento di raccordo, è diventato più sfumato e non è chiaro se vada considerato parte o elemento delle ATS o delle ASST⁵⁶; a queste ultime, nonostante sia affidato il compito di creare reti

⁵⁵ Tali soluzioni non possono limitarsi ad una mera condivisione di spazi fisici. La condivisione deve spingersi e coinvolgere le modalità di lavoro, le prassi operative, i metodi e gli strumenti, per raggiungere un adeguato livello di coerenza nella erogazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali

⁵⁶ Lo stesso problema si pone rispetto ai servizi socio-sanitari territoriali o a domicilio.

integrate per gestire le cronicità e l'area materno-infantile, di fatto non sono attribuiti gli strumenti necessari per attuare il suddetto coordinamento.

Ulteriori elementi di criticità si riscontrano nella ripartizione ed attribuzione di poteri e loro contenuti, soprattutto a favore delle ATS, per evitare che queste risultino enti, di fatto, inutili e costosi a causa della loro articolazione e dell'ampiezza del personale.

Quanto all'utilità, il dubbio sorge dall'impossibilità per le Agenzie di avviare vere e proprie trattative con gli enti erogatori, poiché il contratto è standard e le sue clausole vengono fissate dalla Regione, escludendo margini di decisione in merito alle tariffe o alle stesse prestazioni, a favore delle ATS che, di fatto, risultano prive anche di poteri coercitivi nei confronti delle ASST che si presentano come aziende indipendenti, con una personalità giuridica e dotate di autonomia organizzativa, patrimoniale, gestionale e tecnica.

Anche l'aspetto dell'integrazione appare debole e suscettibile di riflessione critica.

L'articolazione delle ASST in due settori autonomi, con contabilità separata e con a capo un proprio direttore, fa pensare che l'integrazione sia rimasta un mero enunciato.

Permangono dubbi che il nuovo sistema possa determinare una significativa riduzione dei costi.

Le criticità e la conflittualità che avrebbe dovuto, naturalmente, caratterizzare la fase di avvio della riforma ed accompagnare sia le ASST che le ATS in tale momento si sono cronicizzate, determinando una disaffezione dei cittadini verso le strutture pubbliche ed una loro attrazione verso quelle private che, pur non essendo state prese in considerazione dalla riforma, hanno saputo attivarsi per creare proprie reti di collaborazione per offrire una pluralità di servizi.

5.1. Il modello sanitario regionale lombardo non ha superato la prova del Covid e la Lombardia è risultata l'area più colpita, in termini di vittime e soggetti contagiati, dalla pandemia.

Le inefficienze del sistema e l'inadeguatezza delle risposte e decisioni adottate dai vertici politici delle Regioni sono state denunciate e poste in evidenza dagli ordini dei medici e dalla Federazione italiana dei medici di medicina generale, che spesso si sono sentiti non sufficientemente supportati dagli amministratori locali.

In attesa di sapere se oltre alle responsabilità politiche vi siano delle responsabilità penali, si è cercato di capire cosa abbia determinato il fallimento di un SSR da molti ritenuto un modello di efficienza e da imitare.

Una delle ragioni potrebbe essere la tendenza di questo sistema ad occuparsi della cura delle patologie maggiormente remunerative, trascurando del tutto la sorveglianza epidemiologica. Questa scelta può aver determinato la scarsa attenzione verso i primi casi di Covid, casi rilevati da strutture pubbliche di ricovero che, a differenza di quelle private, sono sempre state in prima linea nella lotta contro il virus⁵⁷, benché quelle private, convenzionate con il sistema socio-sanitario locale e, quindi, anch'esse beneficiarie di soldi pubblici⁵⁸, rappresentino, ormai, il 50% delle strutture ospedaliere, ma essendo concepite e gestite come aziende, con metodo manageriale ed ispirate alla logica del profitto, non si sono rese immediatamente disponibili e sono rimaste estranee alla gestione dell'emergenza, non ritenendo le prestazioni rientranti nel

⁵⁷ Così è stato deciso con la delibera regionale XI/2906 dell'8 marzo che ha individuato come Hub ospedalieri per i malati di Covid delle strutture pubbliche.

⁵⁸ Il 40% della spesa sanitaria corrente è stata, infatti, destinata al finanziamento delle strutture private a discapito di quelle pubbliche che si sono ritrovate prive di un numero sufficiente di posti letto nei reparti di terapia intensiva e senza dispositivi di protezione.

settore dell'infettivologia e della terapia intensiva economicamente convenienti.

L'invecchiamento della popolazione, il peggioramento delle condizioni di salute e la cronicizzazione delle patologie sono diventate occasione di lucro per quei gestori privati che hanno deciso di occuparsene offrendo i servizi sanitari necessari.

L'onere della gestione delle situazioni di emergenza è stata, quindi, tutta posta a carico della sanità pubblica, mentre a quella privata è stato riservato il trattamento dei malati cronici, ritenuta attività di intervento più remunerativa.

La presunta e millantata parità tra sanità pubblica e privata non è, quindi, mai esistita.

Il sistema sanitario lombardo è apparso sempre più affidato nelle mani dei privati; questa tendenza che ha iniziato a manifestarsi dal 2010, con l'affidamento dei pazienti cronici e stata confermata ed accentuata dalla l. 23/2015 che ha indebolito i servizi pubblici sul territorio, creando una infrastruttura basata sui Presidi socio-sanitari territoriali, ritenuti insufficienti, a cui sono stati affiancati servizi territoriali di tipo privato.

Maroni ed il suo successore, Fontana, hanno affidato la presa in carico dei pazienti cronici e/o fragili a privati. Questa scelta ha determinato il distacco dei servizi dal territorio e l'allontanamento dei gestori dai pazienti. Sono questi ultimi a doversi spostare per raggiungere il gestore del servizio.

Le riforme e la privatizzazione che ne è conseguita hanno inciso sui rapporti tra erogatori e pazienti, regolati da veri e propri contratti di tipo privatistico.

Per favorire gli erogatori privati, i distretti sanitari sono stati boicottati e le altre strutture che compongono il sistema depotenziate.

Anche il ruolo dei medici di base è stato modificato e mortificato ed il loro numero ridotto a tal punto da risultare sottodimensionato⁵⁹, tanto da rendere indispensabile l'intervento di medici provenienti da altri paesi.

Tuttavia, nella fase di emergenza, sono stati proprio questi medici a dover affrontare tutte le situazioni e le difficoltà prodotte dalla rapida diffusione del virus, pur essendo del tutto impreparati e senza avere a propria disposizione tutte le risorse necessarie.

Una loro maggiore presenza avrebbe, infatti, costituito un filtro indispensabile per evitare le pressioni esercitate su ospedali e pronto soccorsi.

Abbandono dell'assistenza territoriale e privatizzazione sembrano, quindi, essere le principali cause della debacle lombarda.

6. Il Servizio Sanitario regionale del Veneto⁶⁰ è caratterizzato dalla presenza di ASL relativamente piccole, ma inclusive sia dei servizi territoriali che ospedalieri, articolazione che ha favorito l'integrazione tra ospedali e territorio; dalla presenza sul territorio di

⁵⁹ La Federazione italiana medici di famiglia ha calcolato che nei prossimi 5 anni, il sistema dovrà fare a meno di circa 14 mila medici di famiglia e che, più in generale, l'organico evidenzia la mancanza di medici specialistici. I settori più colpiti sono la pediatria, l'anestesia, la rianimazione e la medicina d'emergenza.

⁶⁰ La nascita del Sistema socio-sanitario della Regione del Veneto deve farsi risalire all'art. 4 dello Statuto regionale, approvato nel 1971.

Sin da subito, in Veneto, si è voluto seguire un approccio finalizzato all'integrazione tra l'area sanitaria e quella sociale. La concreta applicazione, poi, dei principi di aziendalizzazione e regionalizzazione, di cui il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e il d.lgs. 17 dicembre 1993, n. 517 si sono fatti "portavoce", ha condotto all'approvazioni di due fondamentali leggi regionali in Veneto.

Il riferimento è alla legge regionale 14 settembre 1994, n. 55 e alla legge regionale 14 settembre 1994, n. 56. Con la prima delle due fonti vengono definiti gli strumenti e le modalità della programmazione, i meccanismi e le fonti di finanziamento delle Aziende sanitarie, il loro assetto contabile, gestionale e di controllo. La seconda, invece, individua e delinea l'impianto organizzativo del Sistema sanitario regionale.

distretti forti, coincidenti con i territori delle vecchie ULSS⁶¹; dall'affidamento alla Conferenza dei sindaci di un ruolo di programmazione e verifica⁶²; dalla riduzione del numero di ospedali e posti letto per "pazienti acuti"; dalla conservazione nell'ambito delle Asl delle funzioni integrate del sociale.

Di una riforma del SSR si era già iniziato a parlare nel 2015 sia in occasione di un convegno intitolato " Gli Stati generali della Sanità regionale in Veneto", nell'ambito del quale venne prospettata la possibilità di istituire l'Azienda zero, una sorta di service delle ULSS, che avrebbe dovuto favorire l'unificazione di alcune funzioni amministrative in materia di appalti, gestione del personale, ecc., sia in occasione della campagna elettorale per le elezioni amministrative de 2015.

Il neoeletto Governatore della Regione, Luca Zaia, fedele agli impegni assunti con il proprio elettorato ha, quindi, presentato la bozza di riforma, su cui il Consiglio regionale ha, a lungo lavorato, per giungere al Pdl 23/2015, convertita nella L.R. 19/2016, entrata in vigore il 1° gennaio 2017.

La nuova legge prevede:

- l'istituzione, senza, senza alcun costo per la Regione e con sede a Padova⁶³, dell'Azienda Zero, con finalità di razionalizzazione, integrazione, efficientamento dei servizi sanitari, socio-sanitari e tecnico-amministrativi del SSR. All'Ente, dotato di personalità giuridica di diritto pubblico, risultano affidate le seguenti funzioni:

⁶¹ Presso ogni distretto risulta istituita una "unità operativa di cure primarie" per l'infanzia, l'adolescenza, la famiglia e i consultori, la disabilità e la non autosufficienza, le cure palliative e l'attività specialistica.

⁶² Ha un ruolo chiave nella disposizione dei Piani di zona e locali per soggetti non autosufficienti e valuta l'operato dei Direttori generali delle ULSS.

⁶³ Entrambe le circostanze hanno suscitato delle perplessità, sia perché si ritiene difficile che l'istituzione dell'Azienda non comporti degli oneri economici, sia per la scelta della sede che costringerà i dipendenti a lunghe trasferte per raggiungerla. Cfr. C. BELTRAMELLO, *La nuova sanità veneta, in salute internazionale.info*

- Responsabilità della Gestione Sanitaria Accentrata come previsto dal DLvo 23 giugno 2011, n. 118 (armonizzazione dei bilanci e dei sistemi contabili delle Regioni);
- redazione del bilancio preventivo e consolidato del SSR;
- gestione dei flussi di cassa del finanziamento del SSR;
- indirizzi alle ULSS e agli Ospedali Azienda in materia contabile.
- Gestione degli acquisti centralizzati, previa valutazione della Commissione Regionale, per l'Investimento in Tecnologia ed Edilizia (CRITE).
- Selezione del personale del comparto sanità;
- Formazione manageriale, sul rischio clinico gestendo le procedure di accreditamento;
- ECM;
- Gestione delle tecnologie informatiche e dei sistemi informativi con il preciso obiettivo di attivare entro un anno il fascicolo sanitario elettronico per tutta la popolazione del Veneto;
- Responsabilità sulle assicurazioni e sul contenzioso del lavoro e sanitario;
- Le scelte in ambito di dotazioni tecnologiche secondo i principi e metodi dell'Health Technology Assessment (HTA);
- Razionalizzazione della logistica legata al SSR;
- Coordinamento degli Uffici Relazione con il Pubblico.

Su indicazione della Giunta Regionale, all'Azienda possono essere affidate anche altre competenze⁶⁴.

A capo dell'Azienda è posto il Direttore generale, coadiuvato da un collegio costituito da tre membri⁶⁵ con funzioni di garanzia⁶⁶, che

⁶⁴ Supporto alla programmazione sanitaria e socio-sanitaria, definizione e valutazione di alcuni obiettivi per le USLL e le Aziende ospedaliere.

⁶⁵ Si veda, l'art. 6 L.R. 25 ottobre 2016, n. 19. formato da tre componenti nominati dal Direttore Generale e designati uno dal Presidente della Giunta regionale, uno dal Ministro dell'economia e delle finanze e uno dal Ministro della salute.

risponde alla Giunta tramite il Direttore generale dell'area sanità e sociale della Regione.

La definizione degli indirizzi e dei fabbisogni dell'Azienda zero è, invece, affidata al Comitato dei Direttori generali⁶⁷, composto dal Direttore dell'Azienda Zero, dal Direttore generale dell'area sanità e sociale; da tutti i Direttori delle 9 ULSS⁶⁸ e delle due Aziende ospedaliere universitarie (quelle di Padova e Verona) e dell'Istituto oncologico Veneto.

Le 9 ULSS presenti sul territorio si presentano come eterogenee tra loro per popolazione, territorio e numero di ospedali⁶⁹; va, inoltre, ricordato che le ULSS provinciali di Padova e Verona hanno come ulteriore peculiarità quella di avere all'interno dei loro territori le due Aziende Ospedaliere Universitarie (di Padova e Verona) e dell'Istituto oncologico veneto.

Elementi qualificanti del riformato Servizio Sanitario Veneto sono:

- L'erogazione uniforme dei LEA su tutto il territorio regionale;
- Il potenziamento della rete sanitaria territoriale e dei servizi integrati socio-sanitari alla persona includendo anche l'attivazione di posti letto di Ospedali di Comunità e l'aumento progressivo delle Medicine di Gruppo Integrate dei Medici di Medicina Generale;
- La riorganizzazione dell'offerta ospedaliera secondo una logica di rete coordinata;

⁶⁶ Della regolarità delle attività amministrative e contabili e circa l'osservanza delle disposizioni vigenti.

⁶⁷ Si veda, art. 3 L.R. 25 ottobre 2016, n. 19. Con il compito di garantire la piena attuazione di alcune delle funzioni assegnate all'Azienda Zero.

⁶⁸ In precedenza erano 22. Sull'accorpamento, si veda, Si veda E. CALABRESE, *Veneto, così la nuova governance della Sanità*, in *Sanità24*, 31 ottobre 2016.

⁶⁹ si va da ULSS con 200.000 abitanti (quelle coincidenti con le Province di Belluno e Rovigo) sino ad ULSS di 1 milione circa di abitanti (Treviso, Padova, Verona, Venezia e Vicenza; queste ultime hanno 2 ULSS ciascuna. Critico nei confronti di tale organizzazione C. BELTRAMELLO, *La nuova sanità veneta, op. cit.*, non solo per la disomogeneità dei criteri, ma anche per le ragguardevoli dimensioni delle ULSS che potrebbero comprometterne l'efficienza.

- Il miglioramento della qualità delle cure pur perseguendo una maggiore efficienza del sistema (sono specificamente menzionate le dimensioni dell'efficacia, dell'appropriatezza e della sicurezza).
- La promozione dell'integrazione tra ricerca di base ed applicata e di sperimentazioni sulle tecnologie e sull'organizzazione dei servizi;
- La valorizzazione delle risorse umane e la urgente definizione dei fabbisogni di personale medico ospedaliero;
- La stringente pianificazione ed implementazione di azioni finalizzate alla riduzione delle liste d'attesa;
- La promozione della salute attraverso programmi di prevenzione primari e secondari, ribadendo i ruoli e le funzioni fondamentali dei Dipartimenti di Prevenzione, Salute mentale, delle Dipendenze nonché dei Servizi Distrettuali e dei MMG.

Quali sono state le esigenze tenute presenti al momento del riassetto organizzativo, alla luce di quanto precedentemente indicato?

- innanzitutto, la numerosità di soggetti residenti nell'area delle ULSS venete, in costante aumento. L' incremento demografico può mettere il personale sanitario di fronte a una sfida impegnativa: garantire alla popolazione servizi e prestazioni sempre "all'altezza" degli *standard* regionali. Il personale medico deve, quindi, essere supportato e poter contare, nello svolgimento della propria professione, su un'organizzazione efficiente;
- la composizione della cittadinanza veneta. Benché i soggetti ultrasessantacinquenni siano oggi ancora "nel pieno delle loro forze", non può trascurarsi il fatto che, in ogni caso, per essi tendano ad aumentare il numero e la frequenza di controlli e *screening*, in maniera direttamente proporzionale all'intensificazione dei loro bisogni sanitari. Questa circostanza costituisce un ulteriore impegno per il SSR e ne ha condizionato l'organizzazione;

- la portata determinante dei flussi migratori. Basti pensare che nel 2010, ad esempio, gli stranieri hanno rappresentato oltre il 21% dei nati in Veneto. Oltre a incidere sulla copiosità della popolazione, l'ondata migratoria in entrata coinvolge l'attività delle strutture sanitarie per far fronte a bisogni diversi anche sul piano socio-culturale (ad esempio, malattie tipiche dell'area di provenienza del paziente straniero o diversi approcci clinici alle patologie);
- il «cambio di paradigma che caratterizza la professione medica e più in generale i professionisti della salute». In particolare, sulla scorta di quanto suggerito da uno psichiatra statunitense, l'intenzione è quella di superare l'impostazione biomedica classica, per "abbracciare" il modello biopsicosociale. Un tale approccio consente di abbandonare una versione «deterministica», iniziando a considerare la persona nella sua globalità. A questo cambio di tendenza fisiologicamente si accompagnano «nuove esigenze organizzative [...] e necessità formative per i professionisti della salute».

6.1 A differenza della Lombardia, il Veneto è riuscito a rispondere positivamente all'emergenza sanitaria, limitando il numero dei contagi, sia grazie al più efficiente sistema sanitario, sia grazie all'impiego di alcuni sistemi tecnologici, rivelatisi utilissimi.

Il Veneto ha, infatti, potuto contare anche su un sistema di biosorveglianza (ENG-DE BIOS), grazie al quale, con il *contact tracing*⁷⁰, l'indice di contagio, in meno di due mesi è calato da 3,4 ad un tasso di contagio R0 pari a 0,7.

Il sistema è stato in grado di risolvere e di prevenire alcune problematiche poste dalla pandemia e di mettere insieme i dati

⁷⁰ C. COLAPIETRO e A. IANNUZZI, *App di contact tracing e trattamento dei dati con algoritmi: la falsa alternativa fra tutela del diritto alla salute e protezione dei dati personali*, in *Diritti Fondamentali* n. 2/2020.

provenienti da lavoratori ed ospedali, acquisiti a seguito dell'analisi dei tamponi effettuati⁷¹.

In questo modo, sono stati acquisiti dati anagrafici, ma anche informazioni sui luoghi frequentati dai soggetti contagiati e sui loro contatti, indicazioni che poste insieme hanno permesso di delineare una sorta di mappa dell'epidemia e di attivare tutti i controlli necessari per circoscrivere il contagio.

Il sistema di biosorveglianza ha consentito di monitorare, in tempo reale, la diffusione del virus, di prevederne in anticipo gli effetti e di predisporre le azioni preventive di contrasto, grazie alle quali si sono evitati nuovi contagi e si sono salvate vite umane⁷².

I decessi, nella Regione, sono stati circa 2098, una cifra considerevole, ma bassa se paragonata al numero di vittime registrate in Lombardia in cui i dati statistici più recenti indicano 16840 decessi.

L'uso del sistema di biosorveglianza è stato affiancato da un'altra strategia rivelatasi vincente: un elevato tasso di tamponi (il doppio di quelli effettuati in Lombardia) da cui sono pervenute altre importanti informazioni. L'individuazione dei soggetti da sottoporre a tampone è stata resa possibile, come detto, dal sistema di biosorveglianza e dalla mappatura dei soggetti venuti in contatto con quelli risultati positivi ai test.

In questo modo, tutti i soggetti coinvolti nella gestione dell'epidemia (medici di medicina generale⁷³; del lavoro⁷⁴; operatori ULSS;

⁷¹ Dati di monitoraggio sui test effettuati e sulla tipologia; sul numero di soggetti positivi; soggetti guariti e negativi sottoposti ai test; fasce di età; popolazione sotto screening e infetta; curve di evoluzione dell'epidemia; data di prelievo e di referto; georeferenziazione dei casi positivi aggregati ed incidenza territoriale.

⁷² Si veda, *Biosorveglianza, il "modello Veneto" anti Covid-19 ha un cuore tecnologico*, in *www.eng.it*.

⁷³ Hanno avuto accesso alle informazioni relative ai loro assistiti sottoposti a tampone e all'esito del test.

⁷⁴ A cui sono stati forniti i risultati dei test molecolari e sierologici eseguiti sui lavoratori, in modo da poterne controllare le condizioni.

Comuni ed Azienda sanitaria di assistenza) hanno potuto avere a propria disposizione dati *certied* aggiornati sull'evoluzione del contagio, permettendo anche una migliore e preventiva gestione delle strutture a disposizione, ad esempio, delle terapie intensive.

L'indagine epidemiologica così condotta ha permesso alla Regione ed alle strutture sanitarie di non essere colte impreparate.

Lo stesso sistema è stato impiegato anche nella fase 2, per stabilire il livello di immunità della popolazione, monitorare l'insorgenza di nuovi cluster, sia in ambito familiare che lavorativo, predisporre i protocolli necessari da attuare nella fase di ripresa delle attività, per garantirne lo svolgimento in condizioni di sicurezza e nel rispetto della salute dei cittadini veneti.

Il sistema di biosorveglianza ha permesso, infine di avere informazioni anche sulla diffusione del virus tra gli operatori sanitari e nelle case di riposo, monitoraggio totalmente assente in Lombardia, con gli esiti che conosciamo⁷⁵.

7. In un articolo apparso sulla rivista americana *Harvard Business Review*⁷⁶ sono state poste in evidenza le diverse scelte fatte dagli amministratori regionali della Lombardia e del Veneto per gestire, al meglio, la pandemia. Alcune appaiono condivise: uso obbligatorio della mascherina chirurgica, distanziamento sociale, utilizzo di disinfettanti all'ingresso dei locali commerciali e sanificazione degli ambienti di quelli per i quali non sia stata disposta la chiusura.

Il Veneto, tuttavia, ha adottato anche altre misure di contenimento che, alla luce dei risultati ottenuti, si sono dimostrate utili e decisive, a tal punto da fare la differenza:

⁷⁵ Si veda, *Il sistema di biosorveglianza dietro il successo del Veneto nel contenere l'epidemia*, in www.eng.it

⁷⁶ *Lessons from Italy's Response to Coronavirus*, di Gary P. Pisano, Raffaella Sadun e Michele Zanini, March 27, 2020.

- utilizzo di test precoci, anche in deroga alle direttive nazionali, su soggetti sintomatici e asintomatici, estesi a parenti e contatti degli stessi soggetti;
- tracciamento di potenziali positivi;
- quarantena obbligatoria nell'ipotesi di impossibilità ad effettuare i test;
- attenzione alla fase di diagnosi e gestione dei casi, che è stata resa più rapida anche grazie all'uso di sistemi informatici per la comunicazione tra che collegava il laboratorio, i medici di base e le unità sanitarie pubbliche locali.
- team diagnostici rapidi e visite telefoniche, che hanno impedito lo spostamento dei pazienti verso gli ospedali e limitato il contatto con altri soggetti e con altro personale medico;
- assistenza ed isolamento domiciliare;
- separazione dei percorsi⁷⁷;
- adozione di misure volte a proteggere i lavoratori esposti al contatto con il pubblico (personale sanitario, farmacisti, dipendenti di supermercati);
- rapido incremento dei posti nei reparti di terapia intensiva e monitoraggio costante della disponibilità;
- reperimento di ventilatori polmonari a cui collegare i pazienti non in grado di respirare autonomamente;
- sospensione di tutte le attività non essenziali per la tutela della salute pubblica;
- mobilitata una forza di oltre 750 operatori sanitari pubblici in tutta la regione⁷⁸;

⁷⁷ I pazienti non Covid-19 sono stati progressivamente spostati in ospedali di comunità; i soggetti positivi in ospedali e convalescenziari dedicati

⁷⁸ Si veda, N. BINKIN, F. MICHIELETTI, F. RUSSO, S. SALMASO, *Veneto e Lombardia a confronto nella strategia contro il covid-19*, in www.internazionale.it

Talune scelte sono state rese possibili anche dalla sussistenza nella Regione di un Sanità pubblica e da Presidi sul territorio. Il sistema sanitario Veneto è, come si è detto, più orientato al territorio ed alla medicina di comunità, e più focalizzato sulla vigilanza attiva. Ciò ha permesso ai medici di base ed ai servizi di igiene delle Asl di fare da filtro, evitando il ricovero degli asintomatici a cui è stata garantita l'assistenza domiciliare.

In questo modo, il Veneto è riuscito a contenere la diffusione del virus nelle strutture ospedaliere e a evitarne il sovraffollamento con conseguente sovraccarico di lavoro per il personale.

La lungimirante legge regionale che ha riformato la sanità veneta ha, inoltre, previsto un incremento dei posti letto, pari al 15% e del numero dei medici di base, incrementato del 60%, scelte che collocano il Veneto al primo posto nella classifica delle Regioni per capacità di garantire i livelli essenziali di assistenza.

Aver scelto di potenziare la prima assistenza, affidandola alla cosiddetta medicina di prossimità e mantenere un certo equilibrio tra offerta ospedaliera e servizi sul territorio (assistenza domiciliare) e tra sanità pubblica e privata si è rivelata una scelta vincente che ha consentito di non intasare gli ospedali e di permettere al relativo personale di lavorare al meglio.

La Lombardia ha, invece, eseguito un numero di test nettamente inferiore a quello del Veneto (circa la metà) e solo su soggetti sintomatici.

In Lombardia, mancando un'organizzazione sanitaria simile a quella veneta, avendo privilegiato la sanità ospedaliera a discapito di quella territoriale, essendo la prima economicamente più vantaggiosa, e quella di tipo privato, il numero dei ricoverati è stato altissimo ed i reparti e le terapie intensive si sono subito riempiti di pazienti, non essendo stata garantita l'assistenza domiciliare, né l'intervento dei medici di base, ritenuti dalla politica ormai inutili.

Un elevato numero di contagi sono riconducibili alle modalità di trasferimento presso le strutture, avvenuto senza l'adozione delle necessarie precauzioni o presso strutture non adeguate, come le RSA, all'interno delle quali il COVID ha fatto numerose vittime tra gli anziani ospiti delle strutture, permettendo al virus di propagarsi più rapidamente.

In Lombardia la c.d. separazione dei percorsi è risultato, quindi, impraticabile mancando i convalescenti.

8. Tra le Regioni più pesantemente colpite, nella prima fase, dall'emergenza sanitaria legata al virus Covid-19, ci sono le tre che dal 2017 hanno intrapreso il cammino messo a disposizione dall'art. 116 Cost., con evidenti e significative implicazioni sul piano delle competenze.

Veneto, Lombardia e Emilia Romagna sono anche le tre Regioni che hanno dato un'interpretazione 'estrema' alla previsione costituzionale relativa al 'regionalismo differenziato', ritenendo di poter assumere larga parte o interamente le competenze di natura concorrente dell'art. 117 Cost, co. 3.

La vicenda in atto, non ancora conclusa, nonostante gli auspici e le previsioni forse troppo ottimistiche e semplicistiche, nella drammaticità delle conseguenze che sta determinando, si è trasformata in un'occasione di riflessione sulla praticabilità del trasferimento di attribuzioni. In fasi ordinarie della vita della Repubblica, può, infatti, ritenersi indifferente che esse siano esercitate dallo Stato o dalle Regioni o addirittura apparire più proficuo che sia la Regione ad occuparsene, con ben maggiore efficacia ed anche efficienza, ma che in fasi straordinarie, come l'attuale, rivelano una serie di specificità e criticità la cui soluzione appare difficile, soprattutto se affidata solo alle Regione, senza il coinvolgimento del livello nazionale.

Lo scenario determinato dalla pandemia ha, infatti, rimesso in discussione la valutazione della capacità delle Regioni di poter assumere una cospicua quantità di competenze concorrenti in un contesto caratterizzato dall'imprevedibilità.

La valutazione della capacità delle strutture amministrative e della sostenibilità finanziaria effettuata in relazione ad una prospettiva di esercizio ordinario delle funzioni, potrebbe, infatti, non essere più valida in un contesto caratterizzato dalla straordinarietà, ponendo le Regioni che rivendicano il regionalismo differenziato in una situazione di grave difficoltà proprio con riferimento a quelle potestà, tra cui si annovera anche la "tutela della salute" rispetto alle quali è stata formulata la domanda di differenziazione.

L'insieme delle criticità che si sono manifestate durante la fase più acuta della pandemia⁷⁹, quindi, ha innescato una discussione incentrata su una competenza che tocca un diritto tanto delicato e complesso come quello della salute; ci si chiede se sia davvero indifferente un assetto come quello vigente che, pur a fronte di apprezzabili capacità regionali nell'assicurare *standard* di sanità di elevata qualità, prevede un coinvolgimento dello Stato per profili che necessitano di un "governo" effettuato a livello nazionale, che potrebbe essere sostituito da un diverso assetto nel quale sia la Regione integralmente responsabile di qualsiasi evoluzione che la materia possa presentare, anche quella estrema e, ci si augura, transitoria di un'epidemia come quella attuale.

⁷⁹ Necessità di alleggerire le attività dei reparti di terapia intensiva da tutti quei casi che normalmente esse trattano, per offrire disponibilità ai crescenti casi di malati di Covid-19, che necessitano di trattamenti di particolare complessità sanitaria; intenso coordinamento tra enti ospedalieri per garantire che le prestazioni sanitarie non vengano meno e che tutte le strutture sanitarie delle Paese siano adeguatamente coinvolte nello sforzo; gestione delle carenze sul piano del personale sanitario; richiamo in servizio dei medici in pensione e anticipo delle lauree degli studenti dei corsi infermieristici e conseguenti deroghe al rapporto di lavoro di alcune categorie di dipendenti pubblici, costituiscono solo alcuni esempi di interventi che necessitano della partecipazione dello Stato.

L'esperienza vissuta ha dimostrato che il decentramento della sanità, oltre che mettere a serio rischio l'uguaglianza dei cittadini rispetto alla salute, non si è dimostrato capace di fronteggiare la pandemia. Le regioni non hanno agito tutte nello stesso modo e non hanno ottenuto gli stessi risultati.

Non trascurabili appaiono i profili finanziari del modello della differenziazione. Le proposte regionali formulate fino a questo momento sembrano sottovalutare tale aspetto e trattare con superficialità la quantificazione delle risorse che occorrono affinché un territorio possa reggere una quantità di competenze quali quelle che sono state avocate.

Tali risorse, che in tempi ordinari devono garantire i diritti e soprattutto i livelli essenziali dei medesimi, e più in generale parametrarsi ai costi che le diverse funzioni hanno finora assorbito, in tempi straordinari devono essere consone anche ad affrontare esigenze di sostegno da garantire a realtà produttive particolarmente avanzate.

Per comprendere la difficoltà che incontrerebbe una Regione in una situazione caratterizzata da straordinarietà può forse essere utile segnalare la fonte di copertura che il Governo, con il d. l. 23 febbraio 2020, n. 6 ha individuato per far fronte agli oneri derivanti dallo stato di emergenza sanitaria dichiarato il 31 gennaio 2020 ed il relativo importo: 20 milioni di euro, cifra non alla portata di tutte delle Regioni.

Per reperire tale cifra il Governo ha dovuto tagliare la spesa prevista per incentivare l'utilizzo di strumenti di pagamento elettronici da parte dei consumatori, ovvero premi speciali da attribuire mediante estrazioni aggiuntive a quelle ordinarie. Dunque si è deciso di sacrificare una delle misure che nello scorso autunno aveva perseguito l'obiettivo di una maggiore visibilità delle transazioni finanziarie a fini di recupero dell'evasione fiscale e il superamento, in

via del tutto eccezionale, dei margini di maggior disavanzo, che lo Stato italiano è normalmente tenuto a rispettare, ad in deroga alle *fiscal rules* a cui le nostre decisioni di bilancio si conformano.

Superata l'emergenza, le Regioni dovranno seriamente riconsiderare quanta capacità di bilancio comporti sobbarcarsi un vasto numero di competenze sia in tempi ordinari, sia in condizioni straordinarie e meditare sul c.d. "rischio differenziato", valutando realisticamente quanta "differenziazione" una Regione sia veramente in grado di gestire. Non si possono avere diverse strategie sanitarie regionali, questo è fonte di gravi disuguaglianze.

L'art.116, c.3, Cost. si collega ai problemi irrisolti dell'Unità d'Italia e dell'interesse nazionale⁸⁰ e, di conseguenza, allo storico irrisolto dualismo economico tra Nord e Sud, poiché le asimmetrie che esso promuove, qualora non siano conformate e orientate dai principi di eguaglianza sostanziale e di solidarietà interterritoriale, attraverso adeguati interventi perequativi, rischia di accentuarne il già notevole divario socioeconomico⁸¹. Un dualismo che non è mai stato assorbito, divenendo così strutturale, e che vede il motore economico italiano concentrato soprattutto in alcune Regioni del Nord. Un'attuazione del regionalismo differenziato disattenta può alimentare le pulsioni separatiste diffuse in alcune regioni, promuovendo ulteriori processi politici dagli esiti imprevedibili⁸².

⁸⁰ A. MITROTTI, *L'interesse nazionale nell'ordinamento italiano. Itinerari della genesi ed evoluzione di un'araba fenice*, Napoli, 2020.

⁸¹ A. MORELLI, *Le relazioni istituzionali*, cit. Sulle condizioni delle Regioni meridionali cfr. i contributi pubblicati in *Le Regioni*, 5/2017: A. SPADARO, *Riflessioni sparse sul regionalismo italiano: il caso delle Regioni meridionali*; D. CERSOSIMO - S. CHIMENTIR. NISTICÒ, *Recessione economica e cittadinanza. Il grande disinvestimento pubblico nel Mezzogiorno negli anni Duemila*; F. FABRIZZI, *L'attuazione della legge Delrio nelle Regioni del Sud*; S. PAJNO, *La specialità alla prova: il ciclo integrato dei rifiuti nella Regione siciliana*.

⁸² A. MORELLI, *Regionalismo differenziato e autonomia speciale: un quadro complesso*, in *Diritti Regionali* n. 3/2019.

Conviene dapprima esaminare, in una prospettiva nazionale, le risposte che le istituzioni pubbliche hanno provato a dare alle richieste di maggiore autonomia. Tale esame porta a dire che, pur nell'ambivalenza del ceto politico italiano che a volte spinge sull'acceleratore e altre volte sul freno dell'autonomia, la tendenza è andata nella direzione della simmetria. In altre parole, il tentativo è stato quello di rafforzare le autonomie regionali sia riconoscendo loro più poteri sia cercando (senza riuscirvi) di portare le autonomie al centro, in particolare nell'istituzione parlamentare. Andavano in questa direzione sia le riforme costituzionali del 1999 e del 2001 sia i tentativi di riforma delle riforme, esperite nel 2005-6 e poi nel 2016⁸³.

L'emergenza sanitaria determinata dal coronavirus potrebbe adesso dare avvio all'ennesima inversione di rotta, determinando il fallimento del processo di attuazione del regionalismo differenziato⁸⁴.

La regionalizzazione della salute infatti non è adatta a gestire le complessità inerenti alla produzione di salute. Si può pensare che una sanità a gestione regionale permetta una maggiore rendicontabilità e flessibilità⁸⁵. D'altra parte, a maggiore efficienza si accompagna spesso maggiore diseguaglianza di servizio che, data la natura di "bene pubblico" della sanità, rischia di essere un problema per tutti: la mala-gestione di alcune aree si ripercuote su altre, sia nel caso di crisi sia per le "migrazioni sanitarie". Esiste quindi una necessità di conciliare autonomia e coordinazione, sia in tempi ordinari sia in emergenza.

⁸³ Così R. BIFULCO, *I limiti del regionalismo differenziato*, in *Rivista AIC*, n. 4/2019

⁸⁴ A. MORELLI – A. POGGI, *Le Regioni per differenziare, lo Stato per unire*, in *Diritti Regionali* n. 2/2020.

⁸⁵ Sul tema cfr. S.PARK, *Special economic zones and the perpetual pluralism of global trade and labor migration*, in *Georgetown Journal of International Law*, 4/47, 2016.

ABSTRACT: Il saggio mira ad analizzare la normativa sanitaria delle regioni Lombardia e Veneto, che hanno affrontato la pandemia da Covid-19 in modi diverse, con risultati diversi. L'analisi non può non affrontare il tema del cd. regionalismo differenziato per comprenderne se, dopo quanto accaduto a livello sanitario, possa essere utile ancora parlare di autonomia.

The essay aims to analyze the health legislation of the Lombardy and Veneto regions, which have faced the Covid-19 pandemic in different ways, with different results. The analysis cannot omit to explore the subject of the so-called "differentiated regionalism" in order to understand whether, after what happened at the health level, it may still be useful to talk about autonomy.

Parole chiave: Sistema Sanitario Nazionale, pandemia, regionalismo differenziato.