

**La riforma dell'autonomia differenziata
e i Livelli Essenziali delle Prestazioni sanitarie (LEP)**
Documento della Commissione Salute¹

Messaggi chiave

- L'autonomia differenziata può essere sostenibile **solo se subordinata alla definizione rigorosa dei LEP e dei loro corrispettivi livelli di finanziamento.**
- Nel settore sanitario, l'autonomia rischia di **accentuare diseguaglianze territoriali già profonde**, senza produrre reali guadagni di efficienza.
- I LEA rappresentano già la traduzione operativa dei LEP in sanità: il problema non è la loro esistenza, ma **la capacità di garantirli uniformemente**.
- Senza un forte ruolo dello Stato in materia di **perequazione, indirizzo e controllo**, il rischio è una frammentazione irreversibile dei diritti sociali.

1. Contesto normativo

L'autonomia differenziata, prevista dall'art. 116, comma 3, della Costituzione, consente alle Regioni di ottenere ulteriori competenze previa intesa con lo Stato.

La Legge 86/2024 ne ha definito il quadro procedurale, subordinando il trasferimento di funzioni alla preventiva determinazione dei **Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP)**, intesi come standard minimi e uniformi di tutela dei diritti civili e sociali.

La Corte Costituzionale (sent. n. 192/2024) ha tuttavia dichiarato incostituzionali ampie parti della legge, ribadendo che:

- i LEP sono **di competenza parlamentare**;
- l'autonomia non può compromettere l'uguaglianza sostanziale e la solidarietà territoriale.

2. LEP e sanità: un nodo cruciale

Nel settore sanitario, i LEP coincidono sostanzialmente con i **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**, già definiti e monitorati a livello nazionale.

Nonostante meccanismi perequativi di finanziamento, **persistono forti diseguaglianze territoriali**:

- solo una parte delle Regioni garantisce pienamente i LEA;
- il divario Nord-Sud è evidente in termini di servizi, infrastrutture, personale ed esiti di salute.

Queste criticità non dipendono solo dalle risorse disponibili, ma anche da:

- capacità amministrativa e gestionale diseguale;
- sottofinanziamento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale;
- limiti degli attuali strumenti di monitoraggio e intervento correttivo.

¹ Hanno espresso parere positivo sul documento la Commissione di Bioetica e la Commissione Società e Economia.

3. Rischi dell'autonomia differenziata in sanità

L'attribuzione di ulteriori competenze regionali in un contesto già diseguale potrebbe:

- **cristallizzare o ampliare i divari territoriali;**
- incentivare la mobilità sanitaria e del personale verso le Regioni più forti;
- frammentare governance, sistemi informativi e modelli organizzativi;
- aumentare il contenzioso Stato-Regioni.

In assenza di correttivi strutturali, l'autonomia rischia di trasformare il SSN in una “**sanità a più velocità**”, indebolendo il principio di universalità del diritto alla salute.

4. Impatti economico-istituzionali

In un Paese caratterizzato da un elevato debito pubblico e forti squilibri territoriali, un modello di federalismo spinto comporterebbe:

- duplicazioni amministrative;
- aumento della spesa pubblica;
- maggiore frammentazione normativa;
- riduzione della capacità redistributiva dello Stato.

Il modello attuale di decentramento sanitario mostra che **la gestione centralizzata delle risorse** rimane, al momento, il principale strumento per contenere squilibri e garantire sostenibilità.

5. Valutazione del DDL-LEP

Il DDL-LEP (S.1623) riafferma la competenza parlamentare nella definizione dei LEP, ma:

- esclude temporaneamente la sanità;
- ;
- lascia aperti interrogativi sulla coerenza complessiva del nuovo assetto.

Il rischio è una riforma **formalmente corretta**, ma **sostanzialmente incompleta**.

6. Conclusioni e indicazioni di policy

L'autonomia differenziata non può essere valutata solo in termini di efficienza amministrativa.
Senza:

- LEP chiaramente definiti e finanziati;
- meccanismi di perequazione efficaci;
- un forte ruolo statale di indirizzo, controllo e garanzia,

essa rischia di produrre effetti regressivi su:

- uguaglianza dei diritti;
- coesione territoriale;
- sostenibilità del welfare.

La sanità rappresenta il banco di prova decisivo: se l'autonomia non è in grado di garantire diritti uniformi in questo ambito, ne risulta compromessa la legittimità complessiva.

Istituto dell'autonomia differenziata

L'autonomia differenziata trova fondamento nell'art. 116, comma 3², della Costituzione italiana e consente allo Stato di attribuire alle Regioni a statuto ordinario “*ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia*” (c.d. “regionalismo differenziato” o “regionalismo asimmetrico”), rispetto a quelle già previste, previo accordo tra Stato e Regione, in alcune materie concorrenti e, in parte, esclusive. L'obiettivo dichiarato è valorizzare le specificità territoriali e migliorare l'efficienza della pubblica amministrazione, salvaguardando al contempo l'unità giuridica della Repubblica.

Dopo un lungo percorso iniziato nel 2017 con le pre-intese di Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto e proseguito con alterne fasi politiche, la **Legge quadro n. 86/2024** (c.d. “Legge Calderoli”) ha fissato i principi e le procedure per la stipula delle intese Stato-Regione.

Elemento cardine della riforma sono i **Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP)**, che definiscono i servizi e le prestazioni minime da garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale nei settori della sanità, dell'istruzione, del welfare e dei diritti sociali. L'attribuzione di nuove competenze alle Regioni è subordinata alla loro preventiva determinazione e al rispetto degli equilibri di finanza pubblica. I LEP, dunque, rappresentano lo strumento di garanzia dell'uguaglianza sostanziale dei cittadini e della coesione territoriale.

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 192/2024, ha tuttavia dichiarato incostituzionale gran parte della legge Calderoli, rilevando un contrasto con i principi di solidarietà e uniformità dei diritti. Recentemente, il Governo ha approvato il **Disegno di Legge LEP** (DDL S.1623), che riafferma la competenza parlamentare nella loro definizione, escludendo temporaneamente la materia “sanità”.

Il documento evidenzia come, in particolare nel **settore sanitario**, l'autonomia differenziata possa comportare rischi significativi per la tenuta del sistema e pertanto sia necessario affrontare la materia in tutte le sue sfumature, anche alla luce del fatto che parte delle criticità che si riscontrano attualmente nel Servizio Sanitario Nazionale (SSN) si sono stratificate nel tempo proprio a seguito del decentramento delle funzioni sanitarie ed hanno un presupposto nelle più generali criticità del sistema Stato-Regioni. Ad esempio, sebbene i finanziamenti regionali risultino sostanzialmente perequati, persistono profonde disuguaglianze territoriali nei servizi e negli esiti di salute: solo 13 Regioni rispettano i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e il divario Nord-Sud in termini di qualità, infrastrutture e personale resta marcato. L'attribuzione di ulteriori competenze rischierebbe di ampliare tali squilibri, frammentando il SSN e indebolendo la solidarietà interregionale.

In una prospettiva economico-istituzionale più ampia poi, l'autonomia differenziata potrebbe generare duplicazioni amministrative, incremento della spesa pubblica e contenziosi tra Stato e Regioni.

² <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-ii/titolo-v/articolo-116>

In un Paese caratterizzato da forti divari e da un debito elevato, il rischio è quello di consolidare una “Repubblica a più velocità”, in cui i diritti sociali non siano più universalmente garantiti.

Gli ambiti su cui sono attivabili le ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia possono riguardare le 23 materie di cui all’art. 117, comma 3, ossia “*ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato*” e alcune materie di competenze esclusiva, quali l’organizzazione della giustizia di pace, le norme generali sull’istruzione, la tutela dell’ambiente, dell’ecosistema e dei beni culturali³. Tra le 23 materie rientrano, per citarne alcune: i rapporti internazionali e con l’Unione Europea, la tutela e sicurezza del lavoro, la ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all’innovazione per i settori produttivi, l’ordinamento sportivo, la protezione civile, le grandi reti di trasporto e di navigazione, fino alla tutela della salute.

Parere della giurisprudenza

La Corte Costituzionale è intervenuta in più occasioni per delineare limiti e paletti interpretativi, ribadendo che ogni intesa e attribuzione di competenze non può mettere a rischio l’uniformità dei diritti fondamentali e il principio di uguaglianza. Questo presidio giurisdizionale ha avuto un impatto rilevante sull’interpretazione delle intese e sulla struttura dei controlli negli anni. Anche a seguito della Legge 86/2024, la Corte si è espressa sulla legittimità della norma, ravvisando l’incostituzionalità di numerosi articoli (circa il 70%) e rendendone di fatto inapplicabile l’attuazione (pronuncia n. 192/2024)⁴. La pronuncia ha richiamato l’attenzione sul contrasto tra la nuova legge e i principi fondativi dell’ordinamento italiano in materia di uguaglianza dei diritti e di solidarietà tra aree del Paese. Recentemente è anche la sentenza con cui sempre la Corte ha dichiarato inammissibile il referendum abrogativo sulla medesima legge (pronuncia n. 10/2025), per via del quesito referendario disorientante e poco chiaro per l’elettore⁵.

I Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP)

La legge sull’autonomia differenziata prevede, all’art. 1, che l’attribuzione di nuove competenze – sia in singole materie che ambiti di materie - sia subordinata alla preventiva definizione dei LEP, ossia l’insieme di servizi e attività minimi da garantire in modo uniforme in tutte le Regioni, non solo nell’ambito sanitario, ma anche in istruzione, welfare e diritti sociali. Nessuna Regione può dunque acquisire nuove competenze in questi ambiti, se prima non siano stati definiti i LEP che lo Stato deve assicurare a tutti i cittadini. Ai fini della loro determinazione, l’art. 9 attribuisce al

³ <https://www.senato.it/istituzione/la-costituzione/parte-ii/titolo-v/articolo-117>

⁴ Consultabile al seguente link: <https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2024/192>

Nella pronuncia in oggetto, la Corte Costituzionale sottolinea che il regionalismo deve configurarsi esclusivamente come “cooperativo”, nel segno della leale collaborazione con lo Stato, pena l’indebolimento della coesione sociale e dell’unità nazionale che metterebbe in crisi la stessa tenuta democratica del Paese. Da questo assunto sulla forma di Stato e l’unità della Repubblica, discende che la differenziazione richiamata dall’art. 116, comma 3, può esplicitarsi solo nel rispetto del principio di sussidiarietà e che, quindi, l’attribuzione di “*ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia*” ad una Regione – in ogni caso da motivare rigorosamente e puntualmente – non può che riferirsi a specifiche e circoscritte funzioni legislative e amministrative, e non ad intere materie o ambiti di materie; e che tale attribuzione debba, in ogni caso, essere valutata in base a tre criteri: efficacia/efficienza, equità e responsabilità dell’autorità pubblica nei confronti della popolazione interessata. Con riguardo ai LEP, la Corte ha dichiarato incostituzionale il meccanismo previsto dall’art. 3, comma 7, che consentiva la loro modifica mediante DPCM, ossia con un atto sub-legislativo. Tale previsione è stata ritenuta “*intrinsecamente contraddittoria e dissonante rispetto al sistema delle fonti*”, poiché consentiva di modificare un atto legislativo attraverso uno strumento sostanzialmente regolamentare. Sempre sui LEP, la Corte chiarisce che essi costituiscono “*un vincolo posto dal legislatore statale, tenendo conto delle risorse disponibili, e rivolto essenzialmente al legislatore regionale e alla pubblica amministrazione*” e che, pertanto, “*la loro determinazione origina il dovere dello stesso Stato di garantirne il funzionamento*. Non a caso, durante i lavori parlamentari, l’attuale formulazione “LEP” sostituì l’ipotesi iniziale di “livelli minimi di garanzia”, proprio per sottolineare che essi mirano a garantire uno standard di tutela superiore al minimo.

⁵ Consultabile al seguente link: <https://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2025/10>

Governo una delega da esercitare entro 24 mesi dall’entrata in vigore della legge, affinché adotti uno o più decreti legislativi su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri o del Ministro per gli Affari Regionali e le Autonomie, di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze e con i Ministri competenti per materia, previa intesa in sede di Conferenza unificata e previo parere delle Commissioni parlamentari competenti. La definizione dei LEP dovrà basarsi su una ricognizione delle prestazioni già garantite, sull’individuazione dei fabbisogni standard e sulla verifica delle risorse necessarie, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica e del principio di sostenibilità economica⁶. La legge prevede altresì che i LEP siano aggiornati periodicamente mediante DPCM, ovvero tramite un atto amministrativo, al fine di adeguarli all’evoluzione normativa, tecnologica, demografica e dei fabbisogni sociali. Sul piano finanziario, gli artt. 5 e 8 impongono che la determinazione e il finanziamento dei LEP non comportino nuovi o maggiori oneri per il bilancio dello Stato e avvengano nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica. Qualora dalla determinazione dei LEP dovessero derivare nuovi o maggiori oneri, si potrà procedere al trasferimento delle funzioni solo successivamente o contestualmente all’entrata in vigore dei provvedimenti legislativi di stanziamento delle necessarie risorse finanziarie coerenti con gli obiettivi programmati di finanza pubblica e con gli equilibri di bilancio. Allo stesso tempo, la legge introduce la possibilità di istituire meccanismi perequativi (art. 4, comma 1, “*ivi comprese le Regioni che non hanno sottoscritto le intese*”), volti a compensare le differenze di capacità fiscale tra le Regioni, così da garantire che il raggiungimento dei LEP non dipenda dal grado di ricchezza del territorio, ma sia il frutto di un impegno solidale e nazionale.

Dall’impianto complessivo della legge, emerge chiaramente che i LEP rappresentano il fulcro del nuovo assetto dei rapporti tra Stato-Regioni, costituendo quella condizione imprescindibile per l’attuazione di qualsiasi forma di autonomia e l’unico presidio efficace del principio di uguaglianza sostanziale e della coesione economica e sociale del Paese. Il rischio pratico, tuttavia, è che una definizione inadeguata, imprecisa o, perfino, troppo aleatoria dei LEP e dei corrispondenti fabbisogni determini disuguaglianze nell’erogazione dei servizi, accentuando le differenze territoriali preesistenti. Essa non può essere banalizzata ad una mera ricognizione di prestazioni da garantire *tout court* con relativi fabbisogni di costo, bensì dovrebbe essere frutto di un costruito modello tecnico-normativo standardizzato volto ad assicurare l’effettiva universale ed efficiente applicabilità dei diritti civili e sociali da tutelare, insiti nello specifico LEP in questione.

LEP vs LEA

Seppur mai esplicitamente menzionato in tal senso nel testo della legge Calderoli – ma ampiamente trattato nella sua Relazione illustrativa di accompagnamento⁷ - è ormai assodato che i LEP nell’ambito della funzione di “tutela della salute”, siano largamente sovrapponibili ai Livelli

⁶ In realtà, da maggio 2023 è stato già fatto un notevole lavoro preparatorio su oltre 200 LEP da parte della Commissione Scientifica (CLEP, presieduta dal Prof. Sabino Cassese) incaricata di fornire supporto alla Cabina di regia, presieduta dal Ministro Calderoli. Il CLEP ha licenziato il 10 gennaio 2024 il suo Rapporto Finale, un corposo documento in cui, tra i numerosi capitoli, si evince una prima netta separazione fra «materie Lep» e «materie non Lep», queste ultime facilitate per la stipula delle intese.

⁷ Dossier XIX Legislatura – Disposizioni per l’attuazione dell’attuazione dell’autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell’articolo 116, comma 3, della Costituzione.

Consultabile al seguente link: <https://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/BGT/1402626.pdf>

“Per quanto riguarda la definizione dei LEP in materia di tutela della salute la relazione di accompagnamento del disegno di legge e la richiamata analisi tecnico-normativa rilevano che resta fermo il quadro normativo relativo ai LEA, già disciplinati dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 nonché dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 e restano altresì ferme le procedure di aggiornamento dei LEA disciplinate dall’articolo 1, comma 554 e seguenti, della legge n. 208 del 2015, nonché il sistema di monitoraggio vigente nel settore sanitario, come già convenuto nelle Intese Stato-Regioni di settore e conseguenti normative di riferimento”.

Essenziali di Assistenza (LEA). I LEA sono l'insieme delle prestazioni e dei servizi che, gratuitamente o previo pagamento di ticket, devono essere garantiti in maniera uniforme su tutto il territorio nazionale, articolati in tre aree principali: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera. La loro definizione, nel quadro del SSN, è stata concepita per dare concretezza alla tutela del diritto alla salute (art. 32 della Costituzione) sul territorio nazionale, in modo da garantire un insieme “minimo” di prestazioni sanitarie a tutti i cittadini. Introdotti in via sostanziale all'inizio degli anni Novanta (D.L. 502/1992, c.d. “seconda riforma del SSN”), quando le Regioni già godevano di autonomia amministrativa e funzionale in tema di tutela della salute, sono stati perfezionati negli anni fino a costituire un sistema che identificasse le prestazioni sanitarie che dovevano essere garantite a livello nazionale, con relativi indicatori e sistema di monitoraggio⁸. Il riconoscimento formale giunse nel 1999, con il D. L. 299 (c.d. “terza riforma del SSN”), che indicava i LEA non più come livelli “*minimi*”, ma “*livelli essenziali e uniformi di assistenza*”, mentre il successivo D. L. 56/2000 inaugurò il loro impiego come indicatori di monitoraggio, rispondendo alla necessità di avere una valutazione sistematica della qualità e quantità delle prestazioni erogate in ambito sanitario.

Anche la Corte Costituzionale ha più volte chiarito che i LEA costituiscono, in sanità, la concretizzazione dei LEP previsti dall'art. 117, comma 2, della Costituzione e lo ha fatto in diverse pronunce susseguitesi negli anni, nonché nella recente sentenza (n. 192) proprio sull'autonomia differenziata⁹. Anche il CLEP, nei suoi documenti preliminari e nel Rapporto Finale, ha confermato, in realtà, la stessa impostazione, riconoscendo che nel settore sanitario i LEA costituiscono già la traduzione operativa dei LEP e che l'oggetto centrale è l'aggiornamento/armonizzazione del nomenclatore e del sistema di monitoraggio, piuttosto che la “*creazione ex novo*” di livelli distinti¹⁰. Viene, infatti, sottolineata la necessità di integrare l'attuale quadro dei LEA con nuove aree di intervento emergenti, come l'assistenza territoriale e domiciliare, la telemedicina e il rispetto di tempi certi nei procedimenti autorizzativi e di accreditamento, nonché con i LEP sociosanitari.

Servizio Sanitario Nazionale e autonomia differenziata

La sanità rappresenta uno dei settori più delicati e strategici nel dibattito sull'autonomia differenziata. Nella configurazione attuale, la tutela della salute è materia concorrente tra Stato-Regioni: le Regioni hanno la responsabilità di organizzare e gestire i servizi sanitari, mentre lo Stato centrale mantiene il compito di fissare e monitorare l'applicazione dei LEA e distribuire le risorse finanziarie.

⁸Di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze e d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, il nuovo Nomenclatore LEA (DM 25/11/2024) è entrato ufficialmente in vigore il 30 dicembre 2024 e aggiorna, dopo 28 anni, il Nomenclatore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e, dopo 25 anni, quello dell'assistenza protesica, fermi rispettivamente al 1996 e al 1999. Nel settembre 2025, il TAR Lazio, accogliendo il ricorso presentato da diverse associazioni rappresentative dell'ospedalità privata, ha disposto in via cautelare l'annullamento del DM 25/11/2024, rilevando gravi vizi procedurali nel relativo iter istruttorio - che lo hanno reso di fatto illegittimo - pur disponendo, tuttavia, l'annullamento tra un anno, per non generare un vuoto normativo. Per quanto concerne il monitoraggio dei LEA, il DM 12/03/2019 ha introdotto il Nuovo Sistema di Garanzia (NGS) che sostituisce la precedente “Griglia LEA”: si articola in 88 indicatori, distribuiti per macro-aree, e distingue indicatori definiti “NO-CORE” dai “CORE”, questi ultimi utilizzati per valutare sinteticamente l'erogazione dei LEA da parte delle Regioni.

⁹ Si vedano a tal proposito le sentt. nn. 282/2002, 275/2016, 62/2020.

¹⁰Dal Rapporto Finale del CLEP: “Ferme le considerazioni di fondo svolte nella premessa di carattere generale il Sottogruppo ribadisce che i LEP in materia (*stricto sensu*) sanitaria devono ritenersi coincidenti con i LEA, in quanto, per costante giurisprudenza costituzionale (tra le altre, sentt. nn. 197/2019, 132/2021, 233/2022), i “LEA” costituiscono in quella materia esplicazione della funzione di determinazione dei LEP concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ai sensi dell'art. 117, comma secondo, lett. m), Cost.”.

A ben vedere, la regionalizzazione del SSN affonda le sue radici ben prima del 2001, eredità della riforma del 1992¹¹ e della successiva “Riforma Bindi” del 1999¹², che ha definito il SSN come il “complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali” (art. 1, comma 1). Negli anni Novanta, il processo di decentramento sperimentato nella tutela della salute non si è però limitato all’autonomia amministrativa e funzionale, ma si è spinto oltre, arrivando a prime forme di autonomia fiscale. Sono da leggere in tale direzione l’introduzione dell’Irap e dell’addizionale regionale all’Irpef nel 1997, due tributi pensati per finanziare proprio la spesa sanitaria regionale¹³. Il tentativo di responsabilizzare le Regioni dal lato del finanziamento - come suggerito dalla letteratura economica sul federalismo fiscale - è stata la soluzione pensata in quegli anni per risolvere il problema della prassi dei ripiani statali dei disavanzi sanitari, che aveva contraddiristinto gli anni Ottanta. Con la riforma del Titolo V della Costituzione, nel 2001, il processo di decentramento è stato formalmente e costituzionalmente riconosciuto.

Che il SSN si sia progressivamente trasformato da un sistema unitario in 21 servizi sanitari regionali è ormai un dato di fatto. Nonostante l’introduzione dei LEA nel 2001, il loro monitoraggio annuale e l’utilizzo da parte dello Stato di strumenti di controllo, quali Piani di rientro e commissariamenti, permangono ampie e strutturali diseguaglianze territoriali nell’erogazione dei servizi sanitari. Oggi il SSN vive una grave crisi di sostenibilità, dovuta sia al progressivo sottofinanziamento statale a cui si è assistito negli ultimi 15 anni, sia all’assenza di riforme strutturali imponenti, necessarie ad adeguare un sistema di tutela della salute ispirato a 45 anni fa. Nel 2024, la spesa sanitaria pubblica italiana si attesta al 6,3% del PIL, percentuale inferiore sia alla media OCSE (7,1%), sia a quella europea (6,9%). Anche sul fronte della spesa pro-capite, l’Italia mostra un posizionamento critico: con \$3.835 pro- capite, si colloca al 14º posto tra i 27 Paesi europei dell’area OCSE e ultima tra le economie del G7, con un divario di circa \$790 rispetto alla media OCSE (\$4.625) e \$854 rispetto alla media europea (\$4.689)¹⁴. Eppure, fino al 2011, la spesa sanitaria pubblica pro-capite in Italia risultava sostanzialmente allineata alla media europea; poi, per effetto di tagli e definanziamenti - operati da tutti i Governi - il divario si è progressivamente ampliato, rendendolo oggi difficilmente colmabile¹⁵.

Le conseguenze del sottofinanziamento pubblico alla sanità italiana si riflettono in modo diretto sulla capacità delle Regioni di garantire i LEA, mantenendo in ordine i bilanci. Il risultato è che nel 2023 solo 13 Regioni hanno rispettato gli standard minimi di assistenza stabiliti dal Nuovo Sistema di Garanzia per il monitoraggio dei LEA¹⁶. Prendendo in considerazione i punteggi ottenuti nei tre macro-livelli di assistenza, è interessante notare come emerga un quadro eclatante di quelle che sono le peculiari criticità regionali; ad esempio, la Sicilia risulta inadempiente nei livelli di prevenzione e assistenza distrettuale, mentre riceve un buon punteggio per quello ospedaliero.

¹¹Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1992-12-30;502>

¹² Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1999-06-19;229>

¹³Istituzione dell’imposta regionale sulle attività produttive, revisione degli scaglioni, delle aliquote e delle detrazioni dell’Irpef e istituzione di una addizionale regionale a tale imposta, nonché riordino della disciplina dei tributi locali.

<https://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1997-12-15;446>

¹⁴ Dataset OECD Health Statistics - 2024.

¹⁵ Nel 2024, il divario, in confronto alla media EU, ha raggiunto €731 (cambio corrente dollaro/euro). Questo significa che, applicato alla popolazione residente (58,9 Mln, ISTAT 2024), il divario complessivo stimato è di €43 Miliardi.

¹⁶NGS 2023, Ministero della Salute.

<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/livelli-essenziali-di-assistenza/il-nuovo-sistema-di-garanzia-nsg/?paragraph=0>

Inoltre, alle difficoltà sanitarie si affiancano spesso criticità finanziarie: nel 2023, le Regioni sottoposte a Piano di Rientro risultavano essere Abruzzo, Campania, Calabria, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia, in larga parte appartenenti al Mezzogiorno. Il divario Nord-Sud rimane dunque profondo: delle 13 Regione promosse, soltanto 3 appartengono al Sud. Tale diseguaglianza si riflette anche su quelli che sono considerati i diversi esiti in termini di salute; l'aspettativa di vita raggiunge 84,3 anni in Trentino-Alto Adige, 83,9 in Lombardia e 83,4 in Veneto, mentre scende a 82 anni in Calabria, 81,8 in Sicilia e 81,4 in Campania¹⁷. Analoghe disparità emergono in altri indicatori, come posti letto, dotazioni di personale, infrastrutture sanitarie: a titolo esemplificativo, mentre nelle Regioni del Nord la disponibilità di posti letto ospedalieri è di 32,5 ogni 10.000 abitanti, in alcune regioni del Sud il dato scende sotto i 27,1. Una forbice che si traduce in maggiori difficoltà nell'accesso alle cure e in tempi di attesa più lunghi, in particolare per prestazioni specialistiche e diagnostiche¹⁸.

A tal proposito, è utile a questo punto considerare un interessante articolo dell'*Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani* dell'Università Cattolica che analizza in modo approfondito la relazione tra disponibilità di risorse e performance sanitarie¹⁹. Le diseguaglianze nel raggiungimento dei LEA e negli esiti di salute citate precedentemente si osservano nonostante le risorse siano, *de facto*, distribuite in modo relativamente omogeneo tra le Regioni, grazie alla funzione di perequazione rispetto alla disponibilità di risorse svolta proprio dallo Stato centrale. Infatti, nonostante il finanziamento pro-capite derivante dalle imposte “regionali” nel 2022 vari dai €131 della Calabria ai €787 della Lombardia, il finanziamento effettivo (che tiene conto della funzione perequativa svolta dallo Stato), sempre nel 2022, varia dai €2.038 della Campania ai €2.299 della Liguria. L'analisi storica del finanziamento sanitario pro-capite dimostra come esso sia costantemente aumentato in termini assoluti, passando da €1.156 nel 2000 a €2.113 nel 2023, così come il coefficiente di variazione tra le Regioni è decrescente nel tempo (dal 0,074 del 2000 allo 0,020 nel 2023). Ciò dimostra che il sistema di riparto perequativo ha effettivamente ridotto la variabilità dei finanziamenti regionali, rendendo il quadro complessivo più equo sul piano contabile.

Tuttavia, l'egualanza nella distribuzione delle risorse non si è tradotta in un'egualanza negli esiti sanitari. La persistenza del divario Nord-Sud trova infatti origine non tanto nella quantità delle risorse disponibili, quanto nel modo in cui esse vengono impiegate. Differenze strutturali nei bisogni di salute, nella capacità amministrativa e gestionale, nella qualità dei servizi e nelle infrastrutture sanitarie determinano risultati molto diversi tra i territori, nonostante livelli di finanziamento pressoché equivalenti.

In questo quadro, appare evidente che un processo di autonomia differenziata fondato sull'idea di una maggiore efficienza locale rischierebbe, al contrario, di cristallizzare o ampliare ulteriormente tali squilibri. Se, a parità di risorse, le Regioni mostrano già oggi un rendimento diseguale nell'erogazione dei LEA, attribuire maggiore autonomia gestionale e normativa potrebbe significare istituzionalizzare la diseguaglianza, ponendo le basi per un sistema sanitario frammentato e diseguale.

¹⁷ Indicatori demografici ISTAT - Anno 2024.

<https://www.istat.it/comunicato-stampa/indicatori-demografici-anno-2024/>

¹⁸ Rapporto SDGs 2025. Informazioni statistiche per l'Agenda 2030 in Italia.

<https://www.istat.it/produzione-editoriale/rapporto-sdgs-2025-informazioni-statistiche-per-lagenda-2030-in-italia/>

¹⁹ L'autonomia differenziata nella “tutela della salute”. OCPI – Università Cattolica del Sacro Cuore.

<https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-Autonomia%20differenziata%20nella%20tutela%20della%20salute.pdf>

Criticità dell'autonomia differenziata nella tutela della salute

La legge 86/2024 apre alle Regioni la possibilità di chiedere ulteriori funzioni anche in materia di tutela della salute; materia che, come ampiamente trattato, è già di fatto soggetta a federalismo fiscale. Sebbene sia impossibile prevedere le competenze che le Regioni avanzeranno, le pre-intese stipulate in passato con il governo Gentiloni da parte di Emilia-Romagna, Lombardia e Veneto possono offrire qualche indizio. Le pre-intese prevedevano richieste come la rimozione dei vincoli di spesa sul personale, la gestione dell'accesso alle scuole di specializzazione e della programmazione delle borse di studio, il governo del sistema tariffario, di rimborso, di remunerazione e di compartecipazione, il sistema di governance degli enti sanitari regionali e altro ancora²⁰. Tutte funzioni che sembrano intervenire direttamente sul margine grigio di quella frontiera tra competenze dello Stato e delle Regioni, cui si è accennato sopra. Alla luce di ciò, è ipotizzabile che si possa assistere ai seguenti fenomeni distorsivi:

- **Aumento delle diseguaglianze territoriali.** Il principale rischio è che la divergenza tra Nord e Sud, che già oggi si manifesta in modo evidente nonostante la formale uniformità dei LEA, si acuisca su molteplici fronti: dall'attrattività delle Regioni settentrionali per il personale sanitario (più allettato da condizioni stipendiali migliori e da setting di cura più efficienti e prestigiosi), alla mobilità sanitaria degli stessi cittadini (già oggi fenomeno preoccupante), alle disponibilità di infrastrutture, terapie e percorsi diagnostico-terapeutici innovativi, che creerebbero variazioni regionali significative nelle pratiche cliniche e nei protocolli di cura, con conseguente difformità nella qualità dell'assistenza fornita. In aggiunta, molte delle gare di appalto in ambito sanitario - oggi centralizzate presso la CONSIP o disciplinate in modo uniforme – potrebbero migrare alle centrali di committenza regionali, creando un divario nei contratti con fornitori di dispositivi, medicinali, attrezzature, con potenziali squilibri nei prezzi, nelle condizioni di fornitura e nella qualità dei beni e servizi acquistati. Un ulteriore elemento di criticità risiede nella possibilità che si sviluppino sistemi informativi sanitari differenti e incompatibili tra loro, rendendo difficile la condivisione dei dati tra le Regioni. Questa incompatibilità potrebbe complicare il coordinamento delle cure e aumentare l'inefficienza gestionale, causando ritardi nella diagnosi e nel trattamento, nonché la ripetizione di esami e procedure. Non è, inoltre, da escludere che un aumento della mobilità sanitaria dal Sud verso il Nord, possa a lungo andare a sovraccaricare - e dunque, peggiorare - la qualità delle strutture sanitarie delle Regioni più attrattive, con ripercussioni anche per i residenti di quei territori. Infine, ipotizzando che anche alcune Regioni del Sud intendessero richiedere autonomia in ulteriori materie, è altresì importante notare come molte di esse non dispongano delle strutture tecnico-amministrative né sistemi di gestione in grado di sostenere un ampliamento delle funzioni.
- **Frammentazione del SSN**
Nonostante le ipotesi sui vantaggi delle maggiori autonomie anche per le Regioni del Sud, è certo che nella situazione attuale è difficile pensare che molte di loro avanzerebbero richieste per ulteriori forme di autonomia. Tutte le Regioni del Mezzogiorno (eccetto la

²⁰ Per i dettagli sulle pre-intese, si riveda tal proposito la nota a piè di pagina n.3.

Basilicata) si trovano insieme al Lazio in regime di Piano di Rientro²¹. Questo status impone la “paralisi” nella riorganizzazione dei servizi e, pertanto, rende impossibile avanzare qualsiasi richiesta di maggiori autonomie in sanità. Il SSN si fonda sull’idea di garantire diritti uniformi e sull’idea di equità che ha guidato il sistema dalla sua istituzione nel 1978. La percezione di una sanità a “due velocità” già oggi mina fortemente il principio di solidarietà nazionale, alimentando tensioni politiche e sociali e la perdita di fiducia nelle istituzioni, ed è imprevedibile supporre a quale scenario tutto ciò possa portare in futuro. La tutela dei diritti sociali fondamentali – istruzione, welfare, servizi per l’infanzia e sostegno alla disabilità – non è un semplice obbligo normativo, ma il vero banco di prova dell’autonomia differenziata: senza adeguati strumenti di monitoraggio e perequazione, il rischio è di accentuare le disuguaglianze anziché garantire pari opportunità su tutto il territorio nazionale. Con la riforma, lo Stato centrale non potrebbe esercitare in modo sufficientemente deciso e coerente la sua funzione di indirizzo e controllo, indispensabile per garantire il corretto funzionamento del sistema sanitario nazionale e dei servizi pubblici. Di conseguenza, senza sanare almeno in parte tale “frattura strutturale”, senza modificare i criteri di riparto del Fondo Sanitario Nazionale (FSN), senza superare il sistema dei Piani di rientro e dei commissariamenti e senza aumentare le capacità di indirizzo e verifica dello Stato sulle Regioni, con l’autonomia differenziata la sanità diventerà definitivamente un bene pubblico nelle più ricche Regioni del Nord e un bene di consumo privato per le altre.

- **Maggior contenzioso costituzionale.** Un’ulteriore criticità connessa all’attuazione dell’autonomia differenziata riguarderebbe il probabile incremento del contenzioso costituzionale tra Stato-Regioni. La concessione di maggiori competenze, infatti, amplificherebbe le aree di sovrapposizione normativa e amministrativa, generando conflitti di attribuzione sulla titolarità delle funzioni e sulla prevalenza delle rispettive fonti legislative. Inoltre, la stipula di intese differenziate potrebbe produrre discipline regionali disomogenee — ad esempio, in materia di accreditamento, formazione sanitaria o tariffe — con conseguenti difficoltà di mutuo riconoscimento tra Regioni e contenziosi su diritti e qualifiche professionali. A ciò si aggiungono le ambiguità relative alla durata e alla revisione delle intese stesse, suscettibili di ulteriori conflitti interpretativi.

Autonomia differenziata, squilibri e fragilità finanziaria

Oltre quanto illustrato in materia di tutela della salute, l’applicazione dell’autonomia differenziata avrebbe poi, verosimilmente, risvolti più ampi sull’intero assetto economico e istituzionale del Paese, come evidenziato dalla Banca d’Italia²² e dalle simulazioni effettuate dall’Osservatorio CPI²³, di cui saranno riassunti i risultati più sostanziali. Introdurre un modello di federalismo in un contesto caratterizzato da un debito pubblico elevato e da forti squilibri territoriali, rischierebbe di aggravare la situazione complessiva dei conti pubblici. L’intero assetto del bilancio pubblico italiano non è nelle condizioni di far fronte a rapidi e massicci spostamenti di competenze con

²¹*Piani di rientro. Punto della situazione* – Ministero della Salute, gennaio 2025.

<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/piani-di-rientro/il-punto-della-situazione/>

²² *Memorie della Banca d’Italia*. Disegno di legge AS 615 “Disposizioni per l’attuazione dell’autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell’articolo 116, terzo comma, della Costituzione”.

<https://www.bancaditalia.it/pubblicazioni/memorie/memorie-2023/Memoria-19.06.2023-disegno-di-legge-AS-615.pdf>

²³ *Autonomia differenziata e conti pubblici: qualche simulazione*. OCPI – Università Cattolica del Sacro Cuore.

<https://osservatoriocpi.unicatt.it/ocpi-pubblicazioni-autonomia-differenziata-e-conti-pubblici-qualche-simulazione>

altrettanto rapide e massicce devoluzioni di risorse. In un vero federalismo finanziario, inoltre, lo Stato non potrebbe più ridistribuire le risorse in eccesso tra le Regioni, compromettendo la funzione di solidarietà che oggi permette di attenuare i divari territoriali. Inoltre, il prodotto interno lordo complessivo delle Regioni del Mezzogiorno rappresenta meno del 22% di quello nazionale: un eventuale ridimensionamento dei trasferimenti dal Nord al Sud comporterebbe inevitabilmente il collasso dei servizi essenziali nelle aree più fragili del Paese. Altro elemento critico riguarda la duplicazione dei costi amministrativi; l'attribuzione di nuove competenze alle Regioni comporterebbe la creazione di apparati burocratici locali dedicati, senza che quelli statali possano essere smantellati, dovendo continuare a operare per le Regioni che non hanno richiesto autonomia. Il risultato sarebbe un aumento *certo* della spesa pubblica e una maggiore frammentazione normativa, con regolazioni diverse da Regione a Regione, complicando l'attività di imprese, cittadini e pubbliche amministrazioni. La conseguente mancanza di uniformità – ad esempio nel riconoscimento di qualifiche professionali, autorizzazioni o contratti – aumenterebbe gli oneri burocratici e il contenzioso, riducendo l'efficienza complessiva del sistema.

Il sistema attuale di decentramento – come quello sanitario – mostra già i suoi limiti, ma rappresenta, allo stesso tempo, l'unico modello sostenibile in presenza di finanze pubbliche fragili. La gestione centralizzata delle risorse da parte dello Stato consente di contenere gli squilibri e di intervenire, attraverso commissariamenti e piani di rientro, nei casi di deficit regionali. Un federalismo spinto²⁴, invece, è un sistema nel quale si può forse partire in condizioni di egualanza delle risorse su tutti i territori, ma poi, nel corso del tempo, le risorse, e con esse i diritti e i doveri dei cittadini, si differenziano fra Regioni. Nulla impedisce naturalmente che in un sistema federale vi sia un fondo perequativo volto a superare le diseguaglianze iniziali, ma una Regione che cresce di più avrà più risorse delle altre e viceversa.

DDL-LEP: una partita ancora aperta

Alla luce dei rilievi contenuti nelle pronunce della Corte Costituzionale, il Consiglio dei Ministri ha approvato il 19 maggio 2025 il disegno di legge recante delega al Governo per la determinazione dei LEP (c.d. “DDL-LEP”, DDL S. 1623). Così come argomentato dallo stesso Ministro Calderoli in aula, l’obiettivo del DDL, prima ancora che siano determinati i LEP, è quello di identificare, nell’ambito delle funzioni svolte dallo Stato e dagli enti territoriali, le prestazioni concernenti i diritti civili e sociali cui i medesimi livelli essenziali si riferiscono. Tale ricognizione fornirà finalmente al cittadino il quadro degli obblighi gravanti sui pubblici poteri nei suoi confronti, indipendentemente dal fatto che si tratti dello Stato o delle Regioni. Definite le prestazioni, il legislatore delegato dovrà, poi, determinare i livelli essenziali da assicurare uniformemente su tutto il territorio nazionale e, contestualmente, definire costi e fabbisogni standard.

Il provvedimento - in totale 33 articoli, suddivisi in tre Titoli - all’art. 1, comma 1, ai fini della completa attuazione dell’art. 116, comma 3, della Costituzione, conferisce al Governo una delega a emanare, entro 9 mesi dalla data di entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi per la determinazione dei LEP per le specifiche funzioni disciplinate dalla normativa vigente nelle materie indicate dall’art. 3, comma 3, della Legge 86/2024, ad eccezione della materia “tutela della salute”.

²⁴ Si consideri, ad esempio, uno Stato federale come gli Stati Uniti.

Il punto di partenza è sempre la ricognizione effettuata dal Comitato LEP, valutando se confermare, modificare o accorpare i LEP oggetto della medesima ricognizione o introdurne di nuovi²⁵.

La decisione del Governo appare formalmente corretta perché la Corte Costituzionale ha stabilito in modo netto che la determinazione dei LEP è di competenza esclusiva del Parlamento, mentre la legge Calderoli la affidava quasi completamente a decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, cioè tramite atti amministrativi (i DPCM). Resta non chiaro, però, quale sia il senso di procedere alla determinazione in via preventiva dei LEP se poi le Regioni concretamente chiederanno l'attribuzione solamente in specifici ambiti. Un secondo profilo critico riguarda l'esclusione della materia sanitaria che, se da un lato può apparire una scelta cautelativa, dall'altro potrebbe portare a un conflitto sul piano finanziario tra la determinazione dei LEP per le altre materie considerate, da eseguirsi *ex-ante* tramite valorizzazione del costo unitario di fornitura stimato di quel servizio e i LEP/LEA in ambito sanitario, che sono impiegati soltanto per il monitoraggio *ex-post* delle prestazioni sanitarie effettivamente rese.

In definitiva, la direzione verso cui si intende procedere resta poco chiara: un quadro normativo ancora in evoluzione, nel quale coesistono intenzioni dichiarate e finalità non del tutto trasparenti, che lascia più interrogativi che certezze.

Conclusioni

La riforma dell'autonomia differenziata consente alle Regioni di ottenere maggiori competenze, subordinandole alla definizione dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), volti a garantire diritti sociali uniformi su tutto il territorio nazionale. In assenza di LEP chiari, finanziati e vincolanti, la riforma rischia di ampliare le disuguaglianze territoriali già esistenti. Il settore sanitario è il più esposto: il Servizio Sanitario Nazionale è già fortemente frammentato e solo una parte delle Regioni rispetta i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). In assenza di un sistema rigoroso di compensazioni fra territori, ulteriori competenze regionali potrebbero aggravare il divario Nord-Sud, indebolire la solidarietà interregionale e compromettere l'universalità del diritto alla salute.

Sul piano istituzionale ed economico emergono rischi di duplicazioni amministrative, aumento della spesa e maggiore contenzioso. La Corte costituzionale ha evidenziato gravi criticità dell'attuale impianto normativo. L'autonomia può essere sostenibile solo con LEP rigorosi, perequazione efficace e un forte ruolo dello Stato nella garanzia dei diritti fondamentali.

15 gennaio 2026

²⁵ La legge Calderoli recepiva le conclusioni del CLEP che distingueva 23 materie oggetto di autonomia in 2 blocchi: 14 LEP e 9 No-LEP. Su questa base, vi era un doppio binario per la stipula delle intese Stato-Regioni: via libera per le materia No-LEP e iter subordinato per le LEP. Anche in questo caso, la Corte ha ribaltato questo approccio affermando che l'autonomia non può riguardare singole materie, ma piuttosto funzioni (nel nuovo ddl, definite “*settori organici di materie...*”) e che anche nelle materie No-LEP possono esistere funzioni riconducibili ai LEP. Il nuovo ddl non sembra affrontare tale questione: si limita ad intervenire su 13 materie LEP, escludendo la sanità.