

**LA TUTELA DEL BENE SALUTE TRA UNIFORMITÀ E DIFFERENZIAZIONE:
SPUNTI DI RIFLESSIONE PER IL FUTURO**

ANTONIETTA LUPO

(Professoressa associata di Diritto amministrativo,
Università degli Studi di Messina)

Data di pubblicazione: 25 maggio 2023

Il presente articolo è stato sottoposto a procedura di doppio referaggio anonimo

ANTONIETTA LUPO*

**La tutela del bene salute tra uniformità e differenziazione:
spunti di riflessione per il futuro**

Abstract (It.): *il contributo si prefigge l'obiettivo di svolgere qualche riflessione sulla possibilità di attuare una bilanciata soluzione di compromesso tra esigenze di uniformità di tutela del diritto alla salute e sistemi sanitari regionali differenziati. L'idea che si intende percorrere è ipotizzare una differenziazione "ragionevole" in un settore, quale quello sanitario, in cui la priorità è garantire l'eguaglianza sostanziale nel godimento del diritto alla salute.*

Abstract (En.): *the work aims to carry out some reflection on the possibility of implementing a balanced compromise solution between the need for uniformity of protection of the right to health and regional health systems differentiated. The idea that we intend to pursue is to hypothesize a "reasonable" differentiation in a sector, such as health care, in which the priority is to guarantee substantial equality in the enjoyment of the right to health.*

Parole chiave: *diritto alla salute, modelli sanitari differenziati, regionalismo differenziato, Titolo V, eguaglianza sostanziale.*

Keywords: *the right to health, different healthcare models, differentiated regionalism, Title V, substantial equality.*

* Professoressa associata di Diritto amministrativo, Università degli Studi di Messina.

SOMMARIO: 1. Considerazioni introduttive e obiettivi dell'indagine. – 2. Il processo di differenziazione della sanità italiana: dall'istituzione del servizio sanitario nazionale alla riforma del Titolo V. – 3. Inattuazione del Titolo V della Costituzione e istanze di regionalismo differenziato: riflessi sul servizio sanitario nazionale – 4. Qualche riflessione conclusiva.

1. *Considerazioni introduttive e obiettivi dell'indagine*

Nel nostro ordinamento, com'è noto, il diritto alla salute si configura come «posizione giuridica soggettiva complessa»¹: da un lato, esso è diritto di prestazione e come tale finanziariamente condizionato dalle possibilità per Stato e Regioni di ricorrere all'indebitamento per coprirne i costi²; dall'altro,

¹ Sulla complessità del diritto alla salute cfr. in particolare B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Dir. soc.*, 1/1983, 21 ss.; M. LUCIANI, *Salute, 1) Diritto alla salute - dir. cost.*, in *Enc. giur.*, XXVII (1991).

² La nozione di diritto finanziariamente condizionato viene formulata, per la prima volta, dalla Corte costituzionale con la sentenza n. 455/1990 ove, secondo F. MODUGNO, *Lineamenti di diritto pubblico*, Torino 2010, 602, «si afferma la compatibilità del concetto di diritto inviolabile con quello di diritto sociale a prestazioni positive dei pubblici poteri». Tuttavia, come affermato dalla stessa Corte costituzionale (cfr. sent. n. 304/1994; sent. n. 203/2016; sent. n. 169/2017; sent. n. 6/2019; sent. n. 4/2020; sent. n. 62/2020), tale condizionamento non dovrebbe riguardare la dimensione finanziaria e attuativa dei livelli essenziali di assistenza, la cui necessaria compatibilità con le risorse è già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa. Sulla categoria dei diritti finanziariamente condizionati si veda F. CINTIOLI, *Diritto alla salute, interessi pubblici e ruolo delle Regioni*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, Torino 2011, 42; B. CARAVITA DI TORITTO, *Trasformazioni costituzionali nel*

è diritto sociale fondamentale dell'individuo e interesse della collettività³. La qualificazione del diritto alla salute come diritto primario e fondamentale⁴ impone allo Stato precisi doveri organizzativi diretti non già semplicemente a regolare e controllare l'erogazione delle prestazioni sanitarie, quanto piuttosto a garantire il bene primario (ovvero la salute) in un quadro di piena protezione dell'individuo nel suo sviluppo come persona umana e di interesse dell'intera collettività.

federalizing process europeo, Napoli 2012; A. MORRONE, *Crisi economica e diritti. Appunti per lo Stato costituzionale in Europa*, in *Quad. cost.*, 2014, 79 ss.; M. LUCIANI, *Laterna Magika. I diritti "finanziariamente condizionati"*, in *Riv. Corte Conti*, 2018, 643. Sul rapporto tra risorse finanziarie e portata del diritto fondamentale alla salute cfr. C. PINELLI, *Sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" (art. 117, co. 2, lett. m, Cost.)*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 892; A. ROVAGNATI, *La pretesa di ricevere prestazioni sanitarie nell'ordinamento costituzionale repubblicano*, in *Gruppo di Pisa* (www.gruppodipisa.it), 2012, 1 ss.; L. TRUCCO, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, in E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza*, Napoli 2013, 103 ss.

³ Sul diritto alla salute come diritto sociale fondamentale cfr. C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, ora in *Raccolta di scritti*, III, Milano 1972, 433 ss.; D. VINCENZI AMATO, *Art. 32, 2° comma*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione, Rapporti etico-sociali*, Bologna-Roma 1976, 167 ss.; B. CARAVITA DI TORITTO, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Dir. soc.*, 1984, 31 ss.; R. ROMBOLI, *Art. 5*, in G. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione, Persone fisiche*, Bologna-Roma 1988, 225; C. BOTTARI, *Il diritto alla tutela della salute*, in P. RIDOLA, R. NANIA (a cura di), *I diritti costituzionali*, II, Torino 2001, 1101 ss.; C. COLAPIETRO, *I diritti sociali*, in C. COLAPIETRO, M. RUOTOLO (a cura di), *Diritti e libertà*, Torino 2014, 93 ss.

⁴ Cfr. Corte cost., sent. n. 88/1979; sent. n. 184/1986; sent. n. 559/1987; sent. n. 1011/1988; sent. n. 992/1988.

Corollario della doverosità pubblica nel garantire la tutela del bene salute è la presenza di una amministrazione “operativa”⁵, che, attraverso interventi di natura diversa, provveda alla programmazione, regolazione ed erogazione di servizi e prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale.

Posto che l’organizzazione rappresenta un elemento tutt’altro che neutrale rispetto alla garanzia del bene salute, incidendo direttamente sulla esigibilità delle pretese che da esso derivano⁶, va da sé che per poter efficacemente funzionare essa necessiti di una compiuta programmazione gestionale che sia anche finanziariamente sostenuta.

Eppure, da quasi più di un decennio, l’organizzazione del sistema sanitario nazionale viene valutata unicamente sotto il profilo dell’efficienza produttiva e dei costi che genera, sul presupposto che un’amministrazione troppo

⁵ In questi termini A. PIOGGIA, *La lezione dell’epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, in *Ist. fed.*, 2020, num.spec., 17.

⁶ Sul rapporto tra diritto alla salute e organizzazione si rinvia a V. MOLASCHI, *La rilevanza dell’organizzazione dei servizi pubblici sull’effettività dei diritti sociali*, in M. RENNA, C. MICCICHÈ, P. PANTALONE (a cura di), *La partecipazione dei cittadini all’organizzazione dei servizi sociali. Il caso della metropoli milanese*, Napoli 2020, 27 ss.; M. CONTICELLI, *La crisi sanitaria: tra disegno organizzativo e regime delle competenze*, in *Ist. fed.*, num. spec., 2020, 102; C. TUBERTINI, *Diritto alla salute, organizzazione e risorse finanziarie. Lo stato attuale della questione*, in AA.VV., *Diritto amministrativo e società civile, I, Studi introduttivi*, Bologna 2018, 546. In giurisprudenza, cfr. Corte cost. sent. n. 383/1998, secondo cui «Organizzazione e diritti sono aspetti speculari della stessa materia, l’una e gli altri implicandosi e condizionandosi reciprocamente. Non c’è organizzazione che, direttamente o almeno indirettamente, non sia finalizzata a diritti, così come non c’è diritto a prestazione che non condizioni l’organizzazione».

costosa sia incapace di erogare prestazioni sanitarie quantitativamente e qualitativamente accettabili⁷.

Già le riforme sanitarie degli anni Novanta del secolo scorso⁸, contraddistinte dalla regionalizzazione dell'amministrazione sanitaria e dall'aziendalizzazione delle strutture di gestione ed erogazione dei servizi, avevano avviato un percorso di austerità, aprendo la strada a logiche di quasi-mercato, prioritariamente orientate a correggere impieghi inappropriati delle risorse pubbliche e a conseguire una sostenibilità economica delle prestazioni sanitarie.

La necessità di garantire il rispetto dei criteri del Trattato di Maastricht e del Patto di stabilità e crescita ha contribuito a impoverire ulteriormente la sanità italiana, generando un graduale disinvestimento pubblico nel settore⁹.

⁷ Ciò senza considerare che dovere della sfera pubblica, discendente dall'art. 32 Cost., è assicurare il diritto fondamentale alla salute in un contesto organizzativo orientato all'effettiva soddisfazione delle esigenze dei cittadini-utenti, a prescindere da esigenze economico-finanziarie e, dunque, da valutazioni di carattere squisitamente aziendalistico. In argomento L. CHIEFFI, *I paradossi della medicina contemporanea*, in ID. (a cura di), *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, Torino 2003, 5 ss., il quale, pur nella convinzione che la razionalizzazione della spesa sia necessaria, chiarisce come l'allocatione delle risorse in sanità debba essere orientata al perseguimento dei valori di fondo della nostra Carta costituzionale.

⁸ Il riferimento è al d.lgs. n. 502/1992 e al successivo d.lgs. n. 229/1999. In argomento cfr. S. CASSESE, *Stato e mercato: la sanità*, in AA.VV. (a cura di), *Il governo della sanità*, Milano 1999, 21.

⁹ Com'è stato acutamente osservato da M. CONTICELLI, *La crisi sanitaria: tra disegno organizzativo e regime delle competenze*, cit., 106, «La crescente considerazione dei vincoli di finanza pubblica, soprattutto per le Regioni incapaci di allineare i rispettivi bilanci, la necessità di combinare i livelli essenziali delle prestazioni e i relativi oneri di spesa con gli

Non sorprende, pertanto, che dalla logica della legge n. 833/1978, nella quale il diritto ai trattamenti sanitari rappresentava la variabile indipendente e la spesa sanitaria quella dipendente, si sia via via approdati alla logica opposta in cui il diritto sociale alla salute viene a configurarsi come diritto finanziariamente condizionato alle esigenze relative all'equilibrio della finanza pubblica.

Comprensibilmente, l'impovertimento del sistema sanitario si è riflesso sulla sua capacità di rispondere anche alle più basilari domande di servizi assistenziali, mettendo in dubbio la sua stessa attitudine a dare effettività al diritto alla salute.

Le vicende ultime che hanno visto la nostra sanità vacillare di fronte all'emergenza pandemica da Sars-Cov-2 ne sono un esempio paradigmatico, rilevando limiti e manchevolezze di un modello sanitario volto ormai da decenni a marginalizzare il significato della salute come diritto sociale connesso all'inviolabile dignità della persona umana.

Al di là, infatti, della drammaticità dell'emergenza sanitaria, certamente non prevedibile, è indubbio che la coesistenza di ben ventuno sistemi sanitari regionali tra loro profondamente differenti sotto il profilo istituzionale e

obiettivi dell'equilibrio finanziario generale e la sempre maggiore rilevanza assegnata ai tavoli di concertazione per la definizione e la gestione dei piani di rientro hanno di fatto spostato la centralità della prospettiva di valutazione della appropriatezza delle cure verso il dato economico di congruenza dei costi della spesa sanitaria, più che su quello tecnico relativo alla adeguatezza e alla qualità delle cure». Su questi aspetti cfr. A. PIOGGIA, *La sanità italiana di fronte alla pandemia. Un banco di prova che offre una lezione per il futuro*, in *Dir. pubbl.*, 2020, 385; ID., *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, cit.

amministrativo¹⁰ abbia creato, nel tempo, diseguaglianze sul piano della fruizione delle prestazioni assistenziali e, conseguentemente, sulla garanzia di un adeguato livello di tutela della salute su tutto il territorio nazionale.

La diversa capacità di risposta dei sistemi sanitari regionali alla pandemia ha semplicemente accentuato tali diseguaglianze, mettendo altresì in risalto il complicato rapporto tra Stato e Regioni in materia di politica sanitaria.

L'esperienza maturata al termine dell'emergenza ci restituisce, quindi, la consapevolezza della necessità di dover migliorare il nostro sistema sanitario.

Nell'ottica di una potenziale conservazione dell'attuale assetto organizzativo, il contributo si prefigge l'obiettivo di svolgere qualche riflessione sulla possibilità di attuare una bilanciata soluzione di compromesso tra esigenze di uniformità di tutela del diritto alla salute e sistemi sanitari regionali ormai differenziati.

L'idea che si intende percorrere è quella di ipotizzare una differenziazione "ragionevole", in un settore, quale quello sanitario, in cui la prioritaria necessità è comunque garantire l'eguaglianza sostanziale nel soddisfacimento del diritto alla salute.

¹⁰ F. LAUS, *La differenziazione regionale in sanità: le prestazioni*, in *Gior. dir. amm.*, 2019, 283; A. PIOGGIA, *La differenziazione regionale in sanità: l'organizzazione*, *Gior. dir. amm.*, 2019, 292 ss.; C. COLLICELLI, *Salute e sanità nel Mezzogiorno: tendenze e criticità*, in *Riv. giur. Mezz.*, 3/2018, 703 ss.; G. COSTA, M. BASSI, G.F. GENSINI, M. MARRA, A.L. NICELLI, N. ZENGARINI, (a cura di), *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Milano 2014; V. MOLASCHI, *Le disuguaglianze sostenibili nella Sanità*, in F. ASTONE, M. CALDARERA, F. MANGANARO, A. ROMANO TASSONE, F. SAITTA (a cura di), *Le disuguaglianze sostenibili nei sistemi autonomistici multilivello*, Torino 2006, 3 ss.

2. *Il processo di differenziazione della sanità italiana: dall'istituzione del servizio sanitario nazionale alla riforma del Titolo V*

Le riflessioni poc' anzi accennate impongono di procedere, in via preliminare e necessariamente sommaria, a una ricostruzione del processo di differenziazione che ha interessato la sanità italiana a far data dall'istituzione del SSN.

Fino all'entrata in vigore della nostra Costituzione, com'è noto, la sanità era considerata esclusivamente una questione attinente all'ordine pubblico e con finalità di igiene o riguardante la prospettiva previdenziale e con finalità assicurative e, come tale, estranea alla cura del benessere sociale dei cittadini¹¹. Fatta eccezione per le cure agli indigenti, concernenti la materia della beneficenza pubblica, il sistema sanitario dell'epoca svolgeva, infatti, prevalentemente attività di prevenzione collettiva delle malattie, governando un sistema mutualistico «icona del sistema corporativo e base delle politiche

¹¹ M. CONTICELLI, *Sanità pubblica e privata*, in *Enciclopedia Treccani Diritto on line* (www.treccani.it), Roma 2017, secondo cui, agli inizi del XIX secolo, «l'intervento nel settore sanitario è fatto rientrare nella funzione di polizia e le principali competenze sono affidate al Ministero dell'interno. [...] Se nell'Italia postunitaria l'intervento in sanità è ancora assorbito in prevalenza dalla funzione di polizia, nel periodo che va dagli inizi del secolo scorso fino all'epoca fascista, però, esso si perde nella funzione di assistenza. [...] Con la realizzazione del mutualismo sanitario e l'istituzione dell'assicurazione pubblica obbligatoria, però, si compiono i primi passi della pubblicizzazione. [...] Tuttavia, fino all'approvazione della Costituzione, la prospettiva è quella della funzione di vigilanza e di igiene. Per il resto la salute è connessa alla qualifica di lavoratore e la sua tutela rientra prevalentemente nelle funzioni relative all'occupazione e alla previdenza».

sociali del regime fascista ed implacabile macchina di produzione di diseguglianze geografiche e sociali in epoca repubblicana»¹².

Nel solco di una Costituzione di stampo personalista, l'art. 32 cost. consacra la salute come “valore sociale”, superando il concetto di assistenza sanitaria differenziata per categorie sociali e favorendone la tutela in forma generalizzata su tutto il territorio nazionale.

Su questo sfondo si innesta la legge n. 833/1978, la quale configura il servizio sanitario in termini di funzione pubblica a garanzia di un diritto soggettivo¹³, tratteggiando un «sistema di tutela della salute fondato sull'universalità dei destinatari, la globalità della copertura assistenziale, l'equità di accesso sotto il profilo economico e territoriale, l'appropriatezza delle prestazioni e il finanziamento sulla base della fiscalità generale»¹⁴.

L'affermazione di un sistema sanitario soggettivamente pubblico e, al contempo, nazionale viene concretata attraverso un'organizzazione dei poteri di governo della sanità tripartita tra Stato (cui competeva la direzione della politica sanitaria con il Piano sanitario nazionale ed il suo finanziamento), Regioni (cui spettava la programmazione ed il coordinamento di tutti gli interventi sanitari, ospedalieri, territoriali e di sanità pubblica) ed enti locali territoriali (ai quali era assegnata la responsabilità diretta di gestione delle Unità sanitarie locali), e prevalentemente finanziata a carico della fiscalità generale (art. 51, legge n. 833/1978).

¹² F. TARONI, *Prima e dopo quel difficile dicembre 1978*, in *Corti supreme e salute* (www.cortisupremeesalute.it), 3/2018, 541.

¹³ B. PEZZINI, *Il diritto alla salute a quarant'anni dall'istituzione del servizio sanitario nazionale: le criticità strutturali di un diritto sociale*, in *Biolaw Journal* (<https://teseo.unitn.it/biolaw/>), 2/2019, 128.

¹⁴ R. BALDUZZI, *Il diritto alla salute durante e dopo la pandemia. Milestones per un confronto*, in *BioLaw Journal* (<https://teseo.unitn.it/biolaw/>), 4/2021, 41.

A partire dagli anni Novanta del secolo scorso il modello organizzativo così prefigurato viene modificato e integrato da tre significative disposizioni legislative, tutte finalizzate a porre rimedio alle molteplici inefficienze (sulle quali ci si limita a rinviare per maggiori approfondimenti ad autorevole dottrina¹⁵) del sistema delineato dalla legge del 1978.

La prima di queste modifiche è realizzata dal d.lgs. n. 502/1992¹⁶ (cui farà seguito il d.lgs. n. 517/1993), che, segnando una netta inversione di tendenza rispetto al precedente assetto del servizio sanitario nazionale, trasforma le Regioni in soggetti protagonisti e responsabili della «disciplina in ordine a tutti i più rilevanti aspetti di funzionamento e di organizzazione delle AUSL»¹⁷ e delle fondamentali voci di spesa del comparto sanitario.

L'obiettivo principale che si intendeva perseguire era duplice: da un lato, garantire un trattamento assistenziale omogeneo su tutto il territorio nazionale attraverso la definizione del Piano sanitario nazionale, che precisava i livelli uniformi di assistenza; dall'altro, affrancare l'amministrazione centrale dall'obbligo di ripianare eventuali disavanzi, responsabilizzando le Regioni sulla loro capacità di entrata (soprattutto di natura impositiva).

Allo spostamento della responsabilità dell'erogazione delle prestazioni di rilievo sanitario al livello regionale si affianca, significativamente, l'aziendalizzazione del servizio sanitario nazionale, che si traduce nella distinzione fra politica e *management* dei servizi sanitari e, conseguentemente, nella

¹⁵ M.S. GIANNINI, *L'organizzazione sanitaria dalla legge di riforma alla l. 15.1.1986 n. 4*, in AA.VV., *Lineamenti di organizzazione sanitaria*, Milano 1991, 33; N. AICARDI, *La sanità*, in S. CASSESE (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo*, t. I, II ed., Milano 2003, 639.

¹⁶ In argomento A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Roma 2007; R. BALDUZZI, G. DI GASPARRE (a cura di), *L'aziendalizzazione nel d.lgs. 229/1999*, Milano 2001.

¹⁷ L. CUOCOLO, A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in *Forum di Quad. cost.* (www.forumcostituzionale.it), 23 settembre 2013, 5.

separazione istituzionale del luogo della pianificazione e dell'indirizzo della sanità, la Regione, dal luogo della gestione, le aziende sanitarie (articolate nei due modelli dell'azienda territoriale e di quella ospedaliera)¹⁸.

Questo progetto iniziale di autonomia regionale nella materia sanitaria viene, in seguito, emendato nei suoi contenuti dal cd. «decreto Bindi» (d.lgs. n. 229/1999).

Tale decreto completa il processo di regionalizzazione avviato in precedenza, ridefinendo il servizio sanitario nazionale quale «complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale».

La nuova formulazione delinea, a ben vedere, un modello di servizio sanitario fondato sulla cooperazione amministrativa, nel quale le responsabilità programmatiche sono conferite sia al Governo centrale che agli enti locali.

Pur riconoscendo la piena responsabilità delle Regioni nel governo della sanità, il c.d. «decreto Bindi» definisce, tuttavia, in maniera eccessivamente «geometrica» «ogni livello d'intervento (Stato, Regioni, Comuni, Asl e soggetti erogatori privati) negli aspetti sia organizzativi che funzionali attinenti al sistema di erogazione delle prestazioni [...]»¹⁹, comportando nei fatti una riduzione dei margini di autonomia regionale.

L'intento di garantire l'uniformità delle prestazioni sanitarie su tutto il territorio nazionale e di contenere, al contempo, la crescente spesa sanitaria

¹⁸ A. PIOGGIA, *Il modello "Azienda Zero" nell'attuazione piemontese. Una soluzione che presenta alcune criticità*, in *Il Piemonte delle Autonomie* (www.piemonteautonomie.it), 2014, 2, secondo cui la scelta del legislatore degli anni Novanta discendeva dall'appurata «stretta interconnessione fra potere politico e gestione delle unità di erogazione dei servizi che rappresentava l'altra grande criticità del sistema. L'applicazione delle logiche politiche anche alla minuta gestione, nel migliore dei casi, era fonte di inefficienze e, nel peggiore, di fenomeni clientelari e corruttivi».

¹⁹ F. SAIITA, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in *Ist. fed.*, 3-4/2018, 798.

induce, in seguito, il legislatore all'adozione del d.lgs. n. 56/2000 (di fatto sostituito dalla contrattazione Stato-Regioni), che, modificando il modello di finanziamento del servizio sanitario nazionale, introdurrà il c.d. federalismo fiscale.

Tratto qualificante della disciplina posta dal legislatore delegato è l'affermazione del principio autonomistico nella spesa sanitaria attraverso il superamento del finanziamento secondo il criterio della "spesa storica" e una maggiore "responsabilizzazione" delle Regioni nelle proprie politiche di spesa²⁰.

In tale scenario si inserisce, infine, la riforma del Titolo V della Costituzione²¹, la quale consolida e rafforza l'opzione regionalista, riconducendo la tutela della salute «in un quadro complessivo di distribuzione delle competenze tra enti territoriali che valorizza(va) l'autonomia senza escludere momenti di sintesi, di uniformità e di garanzia riconosciuti allo Stato»²².

²⁰ Con tale disposizione normativa si procede alla soppressione del Fondo sanitario nazionale, all'attribuzione alle Regioni a statuto ordinario delle risorse tributarie nel rispetto del principio della compartecipazione al gettito delle principali imposte e alla istituzione del Fondo perequativo nazionale. In argomento cfr. E. JORIO, *Il finanziamento della salute e il patto di stabilità*, in *Sanità pubblica e privata*, 2005, 5 ss.

²¹ In argomento cfr. E. MENICETTI, *La tutela della salute tra competenze "divise" e interessi "concordati". Riflessioni sul destino del servizio sanitario nazionale nel nuovo Titolo V della Costituzione*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano 2004, 232 ss.; R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino 2007, 39 ss.; C. BOTTARI, *Tutela della salute e organizzazione sanitaria*, Torino 2009, 15 ss.

²² D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in C. COLAPIETRO, M. ATRIPALDI, G. FARES, A. IANNUZZI (a cura di), *I modelli di Welfare sanitario tra qualità e sostenibilità. Esperienze a confronto*, Napoli 2018, 200.

Più esattamente, la regolazione del diritto alla salute tra Stato e Regioni si articola su un duplice piano: quello del rapporto fra principi fondamentali, assicurati dalla legge statale e restante disciplina di competenza delle Regioni²³, e quello fra livelli essenziali delle prestazioni, necessari per garantire l'uniformità del diritto su tutto il territorio nazionale²⁴, e autonomia regionale e aziendale nell'erogazione di tali prestazioni.

Viene, in tal modo, costituzionalizzato un modello sanitario basato «sulla piena uniformità nel godimento del diritto e della parziale differenziazione in merito agli strumenti di organizzazione dei servizi che ne garantiscono il soddisfacimento»²⁵. L'uniformità dei modelli organizzativi, infatti, non è più considerata la *condicio sine qua non* dell'eguaglianza nella garanzia della salute: ciò che conta è che i differenti modelli di amministrazione operino nel

²³ In argomento G. SCACCIA, C. D'ORAZI, *La concorrenza fra Stato e autonomie territoriali nella gestione della crisi sanitaria fra unitarietà e differenziazione*, in F.S. MARINI, G. SCACCIA, *Emergenza Covid e ordinamento costituzionale*, Torino 2020, 105 ss.

²⁴ Per un'analisi riguardante la definizione della nozione di livelli essenziali delle prestazioni cfr. A. PAPA, *Regionalismo differenziato e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso paradigmatico della tutela del diritto alla salute*, in *Regionalismo differenziato: un percorso difficile. Atti del convegno "Regionalismo differenziato: opportunità e criticità"*, Milano, 8 ottobre 2019, in www.csfederalismo.it, 2019, 60.

²⁵ A. FOGLIA, *Diritto alla salute, sistema sanitario e regionalismo differenziato*, in *De Iustitia*, 2020, 12. In argomento, A. PIOGGIA, *Il diritto alla salute alla prova della differenziazione: autonomie, organizzazione e dis-eguaglianza*, in *Ist. fed.*, 1/2020, 37 ss.; R. BALDUZZI, *Esiste ancora un servizio un Servizio sanitario nazionale?*, in AA.VV., *Il governo della salute. Regionalismo e diritti di cittadinanza*, Roma 2005, 23-34.

rispetto degli *standard* fissati in sede di legislazione esclusiva dallo Stato *ex art. 117, co. 2, lett. m)*²⁶.

Sebbene bilanciata dalla formula «livelli essenziali delle prestazioni»²⁷, nella prassi, tale differenziazione organizzativa ha creato le condizioni per la cristallizzazione di una pluralità di modelli sanitari regionali, conducendo via via a un progressivo scivolamento verso una sorta di «federalismo sanitario»²⁸.

Ciò ha comprensibilmente aggravato il divario territoriale tra le diverse aree del Paese, incidendo negativamente sulla “dimensione collettiva” del diritto alla salute²⁹, al punto da far ipotizzare una riforma sanitaria “antiregionalista”, orientata verso una massiva centralizzazione delle competenze legislative e amministrative regionali nella definizione e nella gestione della politica sanitaria³⁰.

²⁶ E. MENICETTI, *L'organizzazione sanitaria tra legislazione ordinaria, nuovo Titolo V della Costituzione e progetto di devoluzione (osservazioni a margine della sentenza Corte costituzionale n. 510 del 2002)*, in *Amministrazione in cammino* (www.amministrazioneincammino.luiss.it), 2003, secondo cui «La *ratio* profonda che attraversa l'intera riforma del Titolo V può essere sintetizzata nel passaggio dall'equazione “eguaglianza dei diritti - uniformità organizzativa”, all'equazione “uniformità dei diritti essenziali - differenziazione organizzativa”».

²⁷ Cfr. A. MORELLI, A. POGGI, *Editoriale. Le Regioni per differenziare, lo Stato per unire. A ciascuno il suo*, in questa *Rivista*, 2/2020, 2.

²⁸ In tal senso, F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del sistema sanitario*, in *Federalismi.it* (www.federalismi.it), 15/2019.

²⁹ L. CUOCOLO, *Salute (diritto alla)*, in *Il Diritto, Enc. giur.*, XIV (2008), 25.

³⁰ Una gestione accentrata dell'emergenza sanitaria è stata prospettata da A. RUGGERI, *Il Coronavirus contagia anche le categorie costituzionali e ne mette a dura prova la capacità di*

tenuta, in questa *Rivista*, 1/2020, 368 ss.; ID., *La “specializzazione” dell’autonomia regionale: i (pochi) punti fermi del modello costituzionale e le (molte) questioni aperte*, in *Consulta Online* (www.giurcost.org), III/2019, 600 ss.; S. STAIANO, *Né modello né sistema. La produzione del diritto al cospetto della pandemia*, in ID. (a cura di), *Nel ventesimo anno del terzo millennio. Sistemi politici, istituzioni economiche e produzione del diritto al cospetto della pandemia da Covid-19*, Napoli 2020, 24-27; M. LUCIANI, *Il sistema delle fonti del diritto alla prova dell’emergenza*, in *Riv. AIC* (www.rivistaaic.it), 2/2020, 133-134; F. CORTESE, *Stato e Regioni alla prova del coronavirus, Editoriale*, in *Le Regioni*, 1/2020, 3 ss.; M. COSULICH, *Lo Stato regionale italiano alla prova dell’emergenza virale*, in *Corti Supreme e Salute* (www.cortisupremeesalute.it), 1/2020, 82-83; R. BALDUZZI, *Ci voleva l’emergenza Covid-19 per scoprire che cos’è il Servizio sanitario nazionale? (con un approfondimento su un ente poco conosciuto, l’INMP)*, in *Corti Supreme e Salute* (www.cortisupremeesalute.it), 1/2020, 68 ss.; U. ALLEGRETTI, *Una normativa più definitiva sulla lotta all’epidemia del coronavirus?*, in *Forum di Quad. cost.* (www.forumcostituzionale.it), 1/2020, 519-520; L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos* (www.nomos-leattualitaneldiritto.it), 1/2020, 20; G. SILVESTRI, *Covid-19 e Costituzione*, in *Unità per la Costituzione*, 10 aprile 2020, in www.unicost.eu. Tra coloro i quali, invece, hanno ritenuto necessaria una gestione preferibilmente decentralizzata si veda *ex multis* A. MORELLI, A. POGGI, *Le Regioni per differenziare, Lo Stato per unire. A ciascuno il suo*, cit., 6, ove si rileva che «è impensabile che la complessità, che anche nel pieno della stessa emergenza sta richiedendo l’azione coordinata dello Stato e delle autonomie, possa essere stabilmente governata soltanto dal livello centrale». Analogamente, A. MORELLI, *Il Re del Piccolo Principe ai tempi del Coronavirus. Qualche riflessione su ordine istituzionale e principio di ragionevolezza nello stato di emergenza*, in questa *Rivista*, 1/2020, 527 e 531. Tale proposta di riforma appare, però, difficilmente praticabile senza una sostanziale modifica degli artt. 117 e 118 Cost. In tal senso, C. TUBERTINI, *Collaborazione necessaria e differenziazione responsabile: riflessioni sparse su emergenza pandemica e sistema plurilivello*, in *Ist. fed.*, 2020, num. spec., 94.

3. *Inattuazione del Titolo V della Costituzione e istanze di regionalismo differenziato: riflessi sul servizio sanitario nazionale*

La tendenza ad ascrivere alla revisione del Titolo V i limiti del nostro regionalismo sanitario non tiene conto del fatto che il disegno costituzionale del 2001 è, nella prassi, rimasto sostanzialmente inattuato³¹.

Uno degli aspetti di maggiore rilievo³² riguarda i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, «fondamentale strumento per

³¹ Per una riflessione sui problemi attuativi relativi al nuovo titolo V cfr. G. FALCON, *Inattuazione e attuazione del nuovo Titolo V*, in *Le Regioni*, 1/2003, 3 ss.; L. CASTELLI, *Prospettive di attuazione e di interpretazione della via italiana al “federalismo”*, Padova 2007; G.C. DE MARTIN, *Le condizioni per rendere effettiva la Repubblica delle autonomie*, in V. ANTONELLI, E. D’ARISTOTILE, C. PAOLINI (a cura di), *Governare le autonomie locali nella transizione federale. Orientamenti, guida operativa, raccolta normativa*, Chieti 2010, 5 ss.; F. MERLONI, *Inattuazione del Titolo V e fallimento della via statutaria all’autonomia regionale. Moriremo tutti i centralisti?*, in *Ist. fed.*, 1/2011, 69 ss.; R. BIFULCO, *Le Regioni*, Bologna 2014; E. BINDI, *Alcune riflessioni sulla riforma costituzionale: dal disegno di legge governativo al testo approvato in prima lettura al Senato*, in *Osservatorio sulle fonti* (www.osservatoriosullefonti.it), 3/2014, 1 ss.; G. MARCHETTI, *Le conflittualità tra Governo e Regioni nella gestione dell’emergenza Covid-19, i limiti del regionalismo italiano e le prospettive di riforma*, *Research paper*, in *Centro Studi sul Federalismo* (www.csfederalismo.it), maggio 2021, 2 ss.; C. TUBERTINI, *Il percorso di (in)attuazione dell’art. 118, comma I Cost. Proposte per una ripartenza*, in *Federalismi.it* (www.federalismi.it), 20/2022, 262 ss.

³² In argomento cfr. E. BALBONI, *Il concetto di “livelli essenziali e uniformi” come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Ist. fed.*, 6/2001, 1103; M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell’art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione*, in *Pol. dir.*, 3/2002, 345.

garantire il mantenimento di un'adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti»³³.

Nella materia sanitaria, ancor più che in altri settori, i livelli essenziali delle prestazioni rappresentano «il ponte di collegamento fra la tutela dei valori legata al perseguimento dell'eguaglianza sostanziale dei cittadini [...] e il limite della spinta alla differenziazione delle comunità territoriali sostanziali»³⁴.

Qualificabili come una *species* del più ampio *genus* «livelli essenziali delle prestazioni» di cui all'art. 117, co. 2, lett. *m*), Cost.³⁵, i livelli essenziali di assistenza (d'ora in avanti, *Lea*) sono riservati alla competenza esclusiva dello Stato: spetta, infatti, al legislatore nazionale provvedere alla loro determinazione, previo coinvolgimento delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano nel rispetto del principio di leale collaborazione³⁶.

³³ Corte cost., sent. n. 88/2003.

³⁴ Così F. PIZZETTI, *La ricerca del giusto equilibrio tra uniformità 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, 600.

³⁵ E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli 2012, 40.

³⁶ Corte cost., sent. n. 88/2003 (annotata da A. ANDRONIO, *I livelli essenziali delle prestazioni sanitarie nella sentenza della Corte costituzionale 13-27 marzo 2003, n. 88*, in *Federalismi.it* (www.federalismi.it), 8/2003, 1 ss.; E. BALBONI, *I livelli essenziali e i procedimenti per le loro determinazioni*, in *Le Regioni*, 6/2003, 1183 ss.; A. CORSINI, *Cautela della Corte sui "livelli essenziali delle prestazioni sanitarie"*, in *Foro amm. C.d.S.*, 2003, 1237-1239; A. SIMONCINI, *Non c'è alternativa alla leale collaborazione. Dalla Corte le prime indicazioni su regolamenti del Governo e "livelli essenziali" nelle materie regionali*, in *Le Regioni*, 6/2003, 1199 ss.; E.A. FERIOLI, *Sui livelli essenziali delle prestazioni: le fragilità di una clausola destinata a contemperare autonomia ed uguaglianza*, in *Le Regioni*, 2-3/2006, 564 ss.), sentt. nn. 134/2006, 162 e 387/2007, 124 e 332/2009, 121 e 309/2010, 8 e 330/2011. In

Il finanziamento dei Lea, per come concepito dalla legge n. 42/2009 e dai relativi decreti di attuazione (tra i quali il d.lgs. n. 68/2011 sull'autonomia finanziaria delle Regioni), prevede il ricorso al parametro del c.d. "fabbisogno standard", che costituisce il limite oltre il quale lo Stato non assicura alcuna copertura finanziaria. Resta, tuttavia, integra la potestà delle Regioni di sviluppare e arricchire il livello e la qualità delle prestazioni di assistenza sanitaria garantite dalla legislazione statale, in forme compatibili con quest'ultima³⁷.

Rimasto in gran parte inattuato, principalmente per la sua coincidenza temporale con la grande crisi finanziaria del 2008, il sistema di cui alla legge delega sul federalismo fiscale è stato sostituito da un sistema di finanziamento condizionato da scelte normative statali (riduzioni dei livelli di finanziamento, stringenti condizioni per l'accesso al finanziamento statale), che, nel tempo, hanno costretto le Regioni ad operare in una situazione di cronica inadeguatezza persino nella garanzia dei livelli essenziali. Il dato che emerge dall'esperienza dell'ultimo decennio mostra, infatti, un sistema sanitario inefficiente e incapace di garantire un'assistenza sanitaria uniforme, per quantità e qualità³⁸, soprattutto in quelle Regioni dimostrate non in grado di assicurare l'erogazione dei Lea in condizioni di equilibrio economico³⁹.

argomento cfr. L. CUOCOLO, E. PESARESI, *Livelli essenziali: allegro ma non troppo*, in *Giur. cost.*, 2006, 1264 ss.; E. BALBONI, P.G. RINALDI, *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in *Le Regioni*, 5/2006, 1014 ss.; A.S. DI GIROLAMO, *Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione*, in *Ist. fed.*, 3-4/2007, 481 ss.

³⁷ Corte cost., sent. n. 248/2006.

³⁸ Ne sono una testimonianza gli indici di valutazione dei Lea, i dati della mobilità interregionale o anche quelli relativi alle Regioni in piano di rientro sanitario, quelle che presentano i problemi di adeguamento infrastrutturale e tecnologico più evidenti.

³⁹ E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, cit., 125.

A complicare un quadro già abbastanza fragile e precario si aggiunge l'ambigua formulazione dell'art. 117, co. 2, lett. m), Cost. che, sovente, ha prestato il fianco a interpretazioni volte a conferire carattere trasversale ai livelli essenziali delle prestazioni, considerati non già una materia in senso proprio, ma «una competenza statale idonea a investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore deve porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle»⁴⁰.

Gli effetti che ha avuto questa modalità di interpretazione sono a tutti noti: il persistente richiamo ai «livelli essenziali» ha alterato il riparto di competenze delineato dalla riforma del 2001 quasi sempre in favore della disciplina legislativa nazionale⁴¹.

La compressione dell'autonomia legislativa regionale è stata particolarmente importante nella materia «tutela della salute», affidata alla competenza concorrente di Stato e Regioni. In tale ambito, infatti, la tendenza ad interpretare in via eccessivamente estensiva la nozione di «livelli essenziali»⁴² ha consentito allo Stato di giustificare il suo intervento nell'ambito di materie ormai sottratte alla propria competenza, spingendosi fino a provvedere, in modo puntuale, al finanziamento di tali prestazioni tramite l'istituzione di un apposito fondo vincolato.

Un progressivo indebolimento del riparto di competenza regionale in materia di «tutela della salute» si è, altresì, perpetrato ricorrendo alla

⁴⁰ Corte cost., sent. n. 282/2002.

⁴¹ In argomento cfr. A.M. CITRIGNO, *La dimensione regionale dei diritti sociali nella prospettiva del regionalismo differenziato*, in *Dirittifondamentali.it* (www.dirittifondamentali.it), 1/2020, 2; F. MERLONI, *Inattuazione del Titolo V e fallimento della via statutaria all'autonomia regionale*, cit., 76.

⁴² Corte cost., sentt. nn. 134/2006 e 10/2010.

bipartizione “disciplina di principio” e “normativa di dettaglio”: con l’avallo della giurisprudenza costituzionale⁴³, in molti casi, le leggi statali – lungi dall’individuare obiettivi e finalità – hanno finito con l’esaurire l’intera disciplina, privando il legislatore regionale della possibilità di intervenire ulteriormente⁴⁴.

Tale modo di procedere non ha riguardato solo la competenza in materia di «tutela della salute», ma anche la materia del «coordinamento della finanza pubblica» (ora di competenza esclusiva dello Stato in virtù di quanto previsto dalla legge costituzionale n. 1/2012), le cui finalità – a giudizio della Corte costituzionale⁴⁵ – hanno giustificato restrizioni all’autonomia regionale anche negli aspetti inerenti all’organizzazione del servizio sanitario⁴⁶.

⁴³ A titolo esemplificativo cfr. Corte cost., sentt. nn. 361/2003, 59/2006 e 63/2006 sul divieto di fumo nei locali pubblici e sent. n. 270/2005 sulla riforma degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

⁴⁴ Cfr. C. TUBERTINI, *La giurisprudenza costituzionale in materia di tutela della salute di fronte alla nuova delimitazione delle competenze statali e regionali*, in *Astrid-online.it* (www.astrid-online.it), 2005, 24, secondo cui « [...] è forte il rischio che i principi fondamentali costituiscano un nuovo veicolo per la reintroduzione nell’ordinamento di quel limite generale di merito della legislazione regionale rappresentato dalla tutela dell’“interesse nazionale”, che tanto era stato criticato nel precedente assetto costituzionale e che sembrava a tutti gli effetti essere scomparso».

⁴⁵ Corte cost., sent. n. 36/2005.

⁴⁶ E. VIVALDI, *I diritti sociali tra Stato e Regioni: il difficile contemperamento tra il principio unitario e la promozione delle autonomie*, in *Gruppo di Pisa* (www.gruppodipisa.it), 2012, 28.

Questa velata tendenza a una sorta di centralismo statale⁴⁷ ha trovato conferma anche durante la pandemia.

Si pensi in via sintomatica, e a mero titolo esemplificativo, alla *querelle* tra Stato e Regione autonoma Valle d'Aosta circa la riconduzione dell'emergenza sanitaria entro la materia «tutela della salute» (di competenza concorrente) anziché entro la materia «profilassi internazionale» (di competenza esclusiva dello Stato) risoltasi, poi, in favore della legislazione statale⁴⁸.

Questa pervasività statale ha interessato anche le funzioni amministrative che, in virtù della c.d. “chiamata in sussidiarietà”⁴⁹, non solo sono state assorbite dallo Stato indipendentemente dalla titolarità della materia di potestà legislativa, ma sono state altresì trattenute a livello centrale, in spregio al dettato costituzionale che, invece, prevedeva – nelle materie di cui all'art. 117, co. 3, Cost. – un loro progressivo trasferimento in capo alle Regioni.

È chiaro che questo ribaltamento dei paradigmi costituzionali, traducendosi nei fatti in una negazione di “differenziazione” (normativa, amministrativa e finanziaria) regionale, ha rappresentato (e rappresenta tuttora) un fattore di disfunzione del sistema delle autonomie che, nella materia sanitaria, si è ripercorso sulla garanzia dell'effettività del diritto alla salute.

In questo contesto, non stupisce pertanto l'iniziativa di alcune Regioni volta a ottenere condizioni di maggiore autonomia differenziata (art. 116, co. 3, Cost.) nel chiaro intento di guadagnare «uno spazio decisionale ritenuto

⁴⁷ C. PINELLI, *Cinquant'anni di regionalismo, fra libertà dallo Stato e culto per l'uniformità*, in *Dir. pubbl.*, 3/2020, 761, secondo cui «Se all'uniformità si è tornati, o se da essa non ci si è mai allontanati, è solo per un ripiegamento di fatto sulla linea politicamente, finanziariamente e amministrativamente meno costosa»; S. MANGIAMELI, *La differenziazione nel panorama attuale*, in S. MANGIAMELI, A. FILIPPETTI, F. TUZI, C. CIPOLLONI, *Prima che il Nord somigli al Sud. Le Regioni tra divario e asimmetria*, Soveria Mannelli 2020, 89 ss.

⁴⁸ Corte cost., sent. n. 37/2021.

⁴⁹ Corte cost., sent. n. 246/2019.

indispensabile per attuare modelli di sviluppo che necessitano di norme e di assetti istituzionali specifici»⁵⁰.

Com'è noto, questo processo di differenziazione prevede la devoluzione alle Regioni di un numero molto ampio di materie, tra le quali la tutela della salute che, tra le materie concorrenti, presenta un alto grado di regionalizzazione⁵¹. Non bisogna, difatti ignorare che la formula «livelli essenziali» prevede già una forma di differenziazione nella misura in cui consente a tutte le Regioni di rendere prestazioni aggiuntive rispetto a quelle individuate dallo Stato, «impiegando risorse ulteriori nell'ambito della loro competenza *ex art.* 117, co. 3, ma anche grazie ad una migliore organizzazione amministrativa»⁵².

Una ulteriore differenziazione in materia sanitaria parrebbe risolversi, dunque, in una maggiore autonomia economico-finanziaria⁵³.

Ma, come chiaramente emerge dal testo costituzionale, l'art. 116, co. 3, Cost. ancora le «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» al

⁵⁰ M. INTERLANDI, *Il ruolo degli enti locali per lo sviluppo del territorio, nell'era della "ripresa" e della "resilienza": verso nuovi assetti istituzionali*, in *P.A. Persona e amministrazione* (<https://journals.uniurb.it/index.php/pea/index>), 1/2021, 143.

⁵¹ F. CROCE, *Il paradosso del sorpasso della differenziazione sulla specialità. Pesi e contropesi nell'attuazione del regionalismo differenziato in materia sanitaria*, in G. ARMAO, F. ASTONE, M. IMMORDINO, G. MOSCHELLA, V. PRUDENTE (a cura di), *Specialità e differenziazione. Le nuove frontiere del regionalismo italiano*, Napoli 2022, 268.

⁵² G. CORSO, *Asimmetria, efficienza amministrativa e solidarietà*, in G. ARMAO, F. ASTONE, M. IMMORDINO, G. MOSCHELLA, V. PRUDENTE (a cura di), *Specialità e differenziazione*, cit., 228.

⁵³ F. ANGELINI, *Autonomia differenziata e tutela della salute: autonomia competitiva dei sistemi sanitari regionali vs universalismo solidale del sistema sanitario*, cit.

rispetto dei principi di cui all'art. 119 Cost., ovvero alla sussistenza di un sistema di federalismo fiscale compiuto⁵⁴, che all'attualità è inesistente.

Considerato che il finanziamento delle politiche sanitarie rappresenta uno dei pilastri sui quali si fonda l'effettività del diritto alla salute, è quindi indubitabile che la mancata attuazione del c.d. federalismo fiscale per come descritto dall'art. 119 Cost. costituisca un serio ostacolo ad una concreta e ulteriore differenziazione dei sistemi sanitari regionali.

Nell'attuale contingenza, dunque, sarebbe forse preferibile realizzare dapprima un "federalismo simmetrico" e successivamente, una volta eretto questo piano comune, costruire un "federalismo asimmetrico", o quantomeno sarebbe auspicabile che «i due processi si sviluppasse in parallelo, in modo da garantire adeguate coerenze fra i due processi di realizzazione»⁵⁵.

4. *Qualche riflessione conclusiva*

È innegabile che la soddisfazione del diritto alla salute non possa pienamente realizzarsi all'interno di un modello organizzativo della sanità omogeneo e indifferente alle esigenze sociali, culturali ed economiche delle diverse realtà territoriali.

Sotto questo profilo, è chiaro che una differenziazione "ragionevole" sia necessaria, seppur nel rispetto del principio di eguaglianza sostanziale.

⁵⁴ S. MANGIAMELLI, *Errori e mancata attuazione costituzionale. A proposito di regionalismo e regionalismo differenziato*, in questa *Rivista*, 1/2023, 24.

⁵⁵ In questo senso, A. ZANARDI, nell'ambito dell'audizione presso la Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale: Camera dei deputati, Senato della Repubblica, XVIII legislatura, Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale, 10 luglio 2019, res. sten., 8.

In altri termini, una differenziazione in materia sanitaria è auspicabile nella misura in cui risulti «funzionale a un miglior soddisfacimento dei diritti delle persone, senza comportare irragionevoli disparità di trattamento»⁵⁶.

Del resto, lo stesso art. 116, co. 3. Cost., laddove fa riferimento al «rispetto dei principi di cui all'art. 119», presuppone chiaramente che l'eventuale concretizzazione di un regionalismo differenziato sia teleologicamente orientata a consolidare il principio unitario inteso in termini di garanzia di un uguale livello di diritti (livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali) sull'intero territorio nazionale⁵⁷.

La riforma costituzionale del 2001, per vero, aveva già introdotto strumenti normativi deputati a regolamentare un bilanciamento tra differenziazione e uniformità nella tutela dei diritti.

Quello che non ha funzionato è stato il coacervo di limiti legislativi imposti alle Regioni dall'apparato normativo statale: principi fondamentali della materia, norme imposte dalle leggi dello Stato a vario titolo, competenza esclusiva *ex art. 117, co. 2*, norme “trasversali” che incarnano i “valori” costituzionali, competenze assunte in sussidiarietà a tutela di interessi dichiarati unitari hanno impedito un concreto sviluppo del sistema delle autonomie, conducendo ad una progressiva deriva verso quello che è stato definito “federalismo sanitario”.

Paradossalmente, questa deleteria estremizzazione interpretativa del principio di eguaglianza legittimata da esigenze di uniformità – lungi dal realizzare una sostanziale omogeneità nazionale quanto al godimento dei principali diritti fondamentali – ha comportato differenze assai marcate tra i diversi territori.

⁵⁶ A. MORELLI, *Quale futuro per il regionalismo italiano?*, in *Le Regioni*, 1-2/2021, 162.

⁵⁷ D. MONE, *Autonomia differenziata come mezzo di unità statale: la lettura dell'art. 116, comma 3 Cost., conforme a Costituzione*, in *Riv. AIC* (www.rivistaaic.it), 1/2019, 333.

Il principio di eguaglianza, insomma, ha funto da barriera all'articolazione autonomistica alla stregua di «un limite costituzionale invalicabile rispetto ad ogni diseguaglianza di fatto originabile dall'appartenenza territoriale»⁵⁸, incidendo negativamente sulla dimensione collettiva del diritto alla salute.

Questa negazione di “differenziazione simmetrica” ha sottovalutato due aspetti fondamentali: in primo luogo, non ha considerato che «l'unità del sistema è assicurata attraverso la valorizzazione delle autonomie locali e del decentramento»⁵⁹; in secondo luogo, non ha tenuto conto che le autonomie territoriali comportano logicamente una qualche forma di differenziazione. Com'è stato osservato, infatti, «le Regioni sono nate per rendere il sistema più democratico, ma ciò inevitabilmente sfocia nella differenziazione, poiché significa consegnare alle comunità regionali talune scelte che incidono sulla vita delle comunità stesse»⁶⁰.

Se, dunque, si parte dal presupposto che «la differenziazione è lo scopo dell'autonomia così come l'autonomia è lo strumento della differenziazione»⁶¹, non sembra peregrino ritenere che, per poter giungere ad una equilibrata composizione tra autonomia e tutela uniforme del diritto alla salute, sia necessario procedere anzitutto all'attuazione del disegno autonomista

⁵⁸ G. MOSCHELLA, *La lezione della pandemia e la prospettiva di una ridefinizione del rapporto Stato e Regioni e del bicameralismo paritario*, in G. ARMAO, F. ASTONE, M. IMMORDINO, G. MOSCHELLA, V. PRUDENTE (a cura di), *Specialità e differenziazione*, cit., 19.

⁵⁹ A. POGGI, *A vent'anni dalla revisione costituzionale del Titolo V: un bilancio con lo sguardo rivolto al futuro*, in *Ist. fed.*, 1/2021, 98.

⁶⁰ A. MORELLI, A. POGGI, *Le Regioni per differenziare, Lo Stato per unire. A ciascuno il suo*, cit., 3.

⁶¹ R. BIN, *L'attuazione dell'autonomia differenziata*, in *www.robertobin.it*, 2017.

delineato dagli artt. 2, 3, 5, 114, 118 e 119 Cost., a partire dai principi di autonomia (organizzativa e finanziaria) degli enti locali e di sussidiarietà⁶².

Il che significa non solo chiarire i titoli di competenza e le responsabilità in materia sanitaria tra centro e periferia, ma anche (e soprattutto) procedere (come più volte suggerito dalla Corte costituzionale⁶³) ad una maggiore valorizzazione del principio di leale collaborazione, in modo da superare quel modello di rapporti Stato-autonomie territoriali fondato sul binomio gerarchia-supremazia che purtroppo, fino ad oggi, sembra imperante.

Ne è prova il recente d.d.l. n. 615, recante norme per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'art. 116, co. 3, Cost., le cui previsioni sembrano perpetuare un modello distorto di Stato autonomistico in cui fatica ad attecchire una matura cultura della leale collaborazione⁶⁴.

Basta, a tal proposito, richiamare la relazione illustrativa del d.d.l. laddove, con riguardo all'individuazione delle materie oggetto di trasferimento, rimette alla contrattazione tra Stato e singola Regione il potere di indicare le materie sottratte ai Lep, per comprendere come in questa sede si sia tradita

⁶² Analogamente, A. CONTIERI, F. ZAMMARTINO, *Note sparse sul regionalismo differenziato: il caso delle Città Metropolitane*, in M. IMMORDINO, N. GULLO, G. ARMAO (a cura di), *Le autonomie speciali nella prospettiva del regionalismo differenziato*, Napoli 2021, 81 ss. Analogamente, A. MORELLI, A. POGGI, *Le Regioni per differenziare, Lo Stato per unire. A ciascuno il suo*, cit., 3; N. PIGNATELLI, *Brevi note sul regionalismo nell'emergenza sanitaria*, in *P.A. Persona e amministrazione* (<https://journals.uniurb.it/index.php/pea/index>), 2/2020, 101; M. DE DONNO, *Ripensare le autonomie locali per attuare (davvero) il Titolo V della Costituzione: alcune riflessioni a partire dal PNRR e dal disegno di legge delega per la riforma del TUEL*, in questa *Rivista*, 1/2022, 115.

⁶³ Si veda in proposito, tra le altre, Corte cost., sentt. nn. 251/2016, 282/2002, 303/2003.

⁶⁴ Cfr., in questo senso, C. BUZZACCHI, *Le Regioni e le politiche per i diritti economici e sociali al tempo della pandemia*, in *Riv. AIC* (www.rivistaaic.it), 1/2021, 291-293.

la più intima essenza del principio di leale collaborazione (consistente «in momenti di reciproco coinvolgimento istituzionale di necessario coordinamento dei livelli di governo statale e regionale»⁶⁵ nel rispetto del disegno unitario di cui all'art. 5 Cost.) e si sia favorita, al contempo, «non solo un'asimmetria nell'asimmetria, ma [...] un'autonomia regionale fuori da ogni contesto istituzionale complessivo, quasi che l'autonomia differenziata sia un fatto che attenga al rapporto di una Regione con lo Stato, senza alcun quadro generale di riferimento, valido per tutte le Regioni»⁶⁶.

Analoghe considerazioni valgono con riferimento alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che, ai sensi dell'art. 3, viene rimessa (eludendo il dettato costituzionale che attribuisce la determinazione dei Lep alla legge statale) a uno o più D.p.c.m. da predisporre a cura della Cabina di regia composta da tutti i ministri competenti, così relegando la consultazione degli enti locali alla sola fase dell'iniziativa regionale e non anche a quella della proposta definitiva di intesa Stato-Regione.

In conclusione, l'indicazione di carattere generale che per il momento si può ricavare dall'insieme delle vicende finora considerate è quella della necessità di individuare una condivisa visione del concetto di salute e del diritto fondamentale ad esso collegato.

È solo una volta garantita questa uniformità che sarà, poi, possibile procedere ad una differenziazione regionale e locale realmente foriera di una

⁶⁵ Corte cost., sentt. n. 240/2007 e n. 213/2006.

⁶⁶ F. MANGANARO, *Regionalismo differenziato e divari di cittadinanza nelle più recenti proposte di riforma*, in *Giustizia insieme* (www.giustiziainsieme.it), 2023, 1-9.

effettiva eguaglianza sostanziale di tutti i cittadini nel godimento del diritto alla salute quale diritto fondamentale e interesse della collettività⁶⁷.

⁶⁷ A. PIOGGIA, *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, cit., 25. In argomento cfr. P. MASALA, *I diritti fra Stato e Regioni nell'emergenza sanitaria, a vent'anni dalla revisione del Titolo V: quali lezioni possono trarsi e quale "ribilanciamento" occorre realizzare, per una più efficace garanzia dell'uguaglianza sostanziale?*, in *Costituzionalismo.it*, 1/2021, 137 ss.