

Sezione speciale

Il diritto alla salute e la prospettiva del regionalismo differenziato: il lascito della sent. n. 192/2024 della Corte costituzionale*

Donatella Morana**

SOMMARIO: 1. Premessa: diritto alla salute e territori. – 2. Il regionalismo differenziato fa bene alla salute? Più no che sì (sia prima che dopo la pandemia). – 3. Diritto alla salute e spesa costituzionalmente necessaria. – 4. Il lascito della sentenza n. 192 del 2024. – 5. *Extra LEA nulla salus?*

ABSTRACT:

Lo scritto riflette sulla necessità di considerare il ruolo delle autonomie regionali in ambito sanitario alla luce dell'art. 32 Cost e della tutela della salute in esso contemplata. In particolare, si argomenta come il fine di accentuare le differenziazioni territoriali, attraverso l'attivazione della clausola dell'art. 116, u.c., Cost., non possa legittimare ulteriori compromissioni del pieno ed effettivo godimento del diritto alla salute all'interno della Repubblica intesa nel suo insieme. Si dà poi conto di alcuni recenti indirizzi della giurisprudenza costituzionale, evidenziando tra l'altro come, proprio a partire dalla sent. n. 192/2024 in materia di regionalismo differenziato, la Corte abbia tracciato una più netta linea di demarcazione tra le nozioni di «Livelli essenziali delle prestazioni» e «contenuto minimo» del diritto. Infine, si sottolineano taluni perduranti profili problematici della giurisprudenza costituzionale riguardante le prestazioni c.d. *extraLEA* delle Regioni in piano di rientro.

This paper reflects on the need to reconsider the role of regional autonomies in the healthcare sector in light of Article 32 of the Italian Constitution and the protection of health enshrined therein. It ar-

* Il contributo costituisce la rielaborazione della relazione tenuta dall'Autrice nella seconda sessione ("Il regionalismo differenziato fa bene alla sanità e alla salute?") del XXIII Convegno nazionale di diritto sanitario (Milano, 24-25 ottobre 2025), organizzato a conclusione del PRIN "Il diritto costituzionale della salute e dell'organizzazione sanitaria, dopo l'emergenza della pandemia" (P.I. prof. Renato Balduzzi).

** Professoressa ordinaria di Diritto costituzionale e pubblico nell'Università di Roma "Tor Vergata", morana@uniroma2.it.

gues that the objective of accentuating territorial differentiation through the activation of the clause set out in Article 116, final paragraph, of the Constitution cannot justify further impairments of the full and effective enjoyment of the right to health within the Republic as a whole. The paper also examines several recent developments in the case law of the Italian Constitutional Court, highlighting, *inter alia*, how – starting with Judgment No. 192/2024 on “differentiated regionalism” – the Court has drawn a clearer line of demarcation between the notions of «essential levels of performance» and the «minimum core» of the right. Finally, the paper points to a number of persisting problematic aspects in the Constitutional Court’s case law concerning so-called “extra-LEA services” provided by Regions subject to recovery plans.

1. Premessa: diritto alla salute e territori

L’odierna iniziativa convegnistica si colloca, come è stato ricordato più volte, a valle del PRIN 2020 avente ad oggetto «Il diritto costituzionale della salute e dell’organizzazione sanitaria dopo l’emergenza della pandemia». Desidero quindi rivolgere anzitutto un sentito ringraziamento al *principal investigator* del Progetto, Renato Balduzzi, per aver benevolmente ritenuto di coinvolgermi in questa attività scientifica quale responsabile dell’unità di Roma Tor Vergata.

Il tema della presente sessione del convegno (*Il regionalismo differenziato fa bene alla sanità e alla salute?*) condivide con l’unità di ricerca di cui ho avuto la responsabilità il medesimo *focus*: vale a dire, il ruolo occupato dalla declinazione territoriale nella garanzia del diritto alla salute. L’indagine condotta dall’unità di Tor Vergata ha infatti esaminato i processi e gli attori del regionalismo in sanità e i risvolti derivanti dal carattere multilivello del governo territoriale della tutela della salute.

Sono ovviamente numerose le questioni che, in tal modo, si è reso necessario prendere in considerazione: dal riparto delle attribuzioni in materia di salute (con i relativi intrecci e sovrapposizioni di ambiti competenziali) ai raccordi tra Stato e Regioni (con le forme di codecisione che si realizzano in sede di Conferenza e le connesse modalità attuative del principio di leale collaborazione), dalla determinazione dei LEA alle problematiche della loro effettività sul piano territoriale, dalle criticità portate a emersione dall’emergenza pandemica alle sfide legate all’attuazione del PNRR¹.

Nell’affrontare questo insieme di profili, il punto di vista condiviso dagli studiosi che hanno partecipato alla ricerca è stato quello di leggere la complessità della disciplina costituzionale della salute inserendola al crocevia, per così dire, tra le esigenze derivanti dalla sua natura di diritto soggettivo garantito a chiunque e la necessità di considerare la

¹ Alcuni risultati della ricerca sono confluiti in un volume, disponibile in modalità *open access* sul sito dell’editore: D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, Torino, Giappichelli, 2025.

modulazione territoriale della sua tutela, mantenendo in ogni caso fermo che il secondo di tali profili è strumentale alla piena affermazione del primo.

Ritengo che le stesse coordinate di fondo debbano essere utilizzate anche nel procedere all'inquadramento e alla corretta valutazione delle ipotesi di introduzione di forme di regionalismo differenziato ai sensi dell'art. 116, u.c., Cost. In altri termini, è indispensabile che la dimensione della tutela soggettiva e quella della diversificazione territoriale trovino un punto di equilibrio che consenta di addivenire (ove lo si voglia) a «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» regionale senza che ciò comprometta l'obiettivo primario costituzionalmente fissato: una effettiva protezione della salute in *tutte* le articolazioni territoriali della Repubblica.

Nel perseguire forme nuove di autonomia differenziata, pertanto, non ci si può limitare a vagliare in che modo esse incidano sul livello di protezione della salute nelle Regioni immediatamente destinatarie di tale ulteriore differenziazione; ciò che si rende contestualmente necessario è altresì accertare che attivando la clausola dell'art. 116, u.c., Cost. non si producano conseguenze (dirette o indirette) a detrimento dei sistemi sanitari di altri enti regionali e non si comprometta, quindi, il livello di garanzia del diritto alla salute di coloro che vivono in territori diversi. Da questo punto di vista, non va dimenticato che l'art. 32 Cost., assegnando *alla Repubblica* il compito di tutelare la salute, impone che nell'adempimento di questo dovere le diversificazioni territoriali, per essere legittime, non lascino smarrire né frantumino irrimediabilmente l'essenziale visione d'insieme. In sostanza, come è stato appropriatamente evidenziato da attenta dottrina già con riferimento alla “prima stagione” delle intese per l'attuazione dell'art. 116, u.c., Cost. (quella pre-pandemica), «af-finché il regionalismo differenziato sia un'opportunità e non un rischio esso non può [...] essere disgiunto da un quadro generale di garanzia costituzionale per le Regioni “altre” rispetto a quelle interessate dai processi di differenziazione ed, in particolare, per quelle in condizioni di maggiore debolezza socio-economica»².

2. Il regionalismo differenziato fa bene alla salute? Più no che sì (sia prima che dopo la pandemia)

Individuati in tal modo i basilari elementi di discriminare alla cui stregua accostarsi alla questione, sembra che all'interrogativo se il regionalismo differenziato “faccia bene alla salute” – oggetto della sessione odierna – debba risponderci (soprattutto con riguardo alle proposte finora concretamente avanzate) più negativamente che affermativamente.

² Così, ad es., E. GIANFRANCESCO, *Dimensione garantistica e dimensione collaborativa nel disegno costituzionale dei rapporti tra Stato e Regioni*, in *Rivista AIC*, 2019, n. 3, 202 s.

I termini del problema, in realtà, continuano a porsi, a mio giudizio, in maniera non diversa da quelli emersi alcuni anni orsono in una tavola rotonda svoltasi nel corso del Convegno annuale della Società italiana di diritto sanitario tenutosi nel 2019, l'ultimo prima della pandemia³. In quella occasione avevo esposto alcuni rilievi che mi appaiono ancora sostenibili⁴. Il modo in cui si era inteso imboccare la strada predisposta dall'art. 116, u.c., Cost., lungi dal dare avvio a una virtuosa competizione tra Regioni, prefigurava un intervento di logoramento ed erosione della tenuta del principio solidaristico che trova nel Servizio sanitario nazionale una delle più rilevanti espressioni. Poteva ad esempio intravedersi, tra gli esiti verso cui quella strada si indirizzava, un sostanziale indebolimento della capacità delle istanze centrali di assicurare i meccanismi di protezione della cittadinanza sociale, dal momento che l'exasperazione delle asimmetrie rende assai più arduo rispondere, da parte del centro, alle esigenze del raggiungimento (quanto meno) di uno *standard* di garanzia uniforme del diritto. In ultima analisi, la prospettata ulteriore differenziazione finiva con l'assumere il ruolo – poco conforme all'impianto costituzionale colto nel suo insieme – di volano del divario effettuale tra servizi sanitari regionali nel soddisfacimento del diritto alla salute sui rispettivi territori.

Più in generale, continua a sembrarmi opportuno che le riflessioni sulle ipotesi di ulteriore differenziazione regionale non trascurino di prendere avvio da una chiara consapevolezza di quali siano i caratteri del sistema attualmente vigente, poiché è soltanto a partire da tale dato che può apprezzarsi il grado di maggiore o minore giustificazione costituzionale delle ipotesi stesse.

Utilizzando questo metro rispetto all'ambito sanitario, sono molteplici le ragioni per affermare che il sistema determinato dalle riforme legislative degli anni Novanta, prima, e dalla revisione costituzionale del Titolo V, poi, rende già possibile – sul piano giuridico – un consistente grado di differenziazione, dal momento che si mostrano tutt'altro che trascurabili gli spazi rimessi all'autonomia regionale nel settore (ed essendo ovvio che l'autonomia si pone in sé come fattore di differenziazione)⁵. Basti considerare l'esteso margine di discrezionalità di cui godono i legislatori regionali nel disegnare e gestire i servizi sanitari regionali.

Il punto nevralgico, dunque, non consiste nell'avallare, più o meno indiscriminatamente, le possibilità che sono in astratto messe a disposizione dall'art. 116, u.c., Cost., quanto piuttosto nell'esaminare anzitutto quali siano finora stati – sul piano del fatto – i risultati

³ Il riferimento è alla tavola rotonda dal titolo «Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato», nell'ambito del XVII Convegno nazionale di diritto sanitario «La salute alla carta: il Ssn di fronte alle sfide del regionalismo differenziato», svoltosi a Roma l'8 novembre 2019, i cui atti sono stati pubblicati in questa *Rivista*, n. 1, 2020.

⁴ D. MORANA, *Una differenziazione davvero necessaria? Qualche osservazione (e molte perplessità) su Lea, organizzazione sanitaria e tutela della salute nell'ottica dell'art. 116, u.c., Cost.*, in *Corti supreme e salute*, 2020, n. 1, pp. 243 ss.

⁵ Per l'osservazione che il vigente ordinamento del Servizio sanitario nazionale, «pur nel rispetto dei LEA e di numerosi principi uniformi, lascia ampi spazi di autonomia, specie organizzativa, alle Regioni, che anzi non sembrano neppure essere stati del tutto occupati dalla legislazione regionale», v. N. VICECONTE, *Autonomia differenziata e tutela della salute*, in D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori*, cit., p. 268 s.

che la differenziazione, già possibile e praticata, ha determinato in termini di eguaglianza nell'accesso alle cure. È solo a partire da tale disamina che sarà possibile, successivamente, assumere coerenti scelte normative di fondo utili a correggere i non pochi aspetti insoddisfacenti dell'impianto attuale. Che tra tali correttivi possa proficuamente porsi l'ulteriore differenziazione è piuttosto improbabile: se tra le più rilevanti problematicità del sistema sanitario è da annoverarsi la patologica asimmetria territoriale nell'accesso alle cure, non si vede come l'attivazione di una ulteriore «clausola di asimmetria»⁶ possa contribuire a fornire un apporto risolutivo. Al contrario, in un contesto già contraddistinto da cesure tra i territori sotto i riguardi della quantità e della qualità delle prestazioni fornite, un assetto del regionalismo che renda strutturale l'esistenza di sistemi sanitari regionali a diversa velocità è destinato a rendere il distacco tra essi un elemento non più meramente anomalo o distorsivo ma addirittura costitutivo.

D'altro canto, uno dei lasciti della terribile esperienza pandemica è proprio l'aver mostrato al di là di ogni dubbio quali siano le virtù e, soprattutto, i vizi della differenziazione, ponendo sotto gli occhi di tutti come talune scelte organizzative adottate dalle Regioni abbiano compromesso la garanzia del diritto alla salute in modo serio e non di rado drammatico⁷.

Non a caso, il tentativo di reazione normativa intervenuto dopo l'emergenza, e in particolare il d.m. n. 77/2022 attuativo della Missione 6 del PNRR, si è mosso nella condivisibile direzione di riequilibrare alcuni punti fallaci degli assetti organizzativi, perseguendo l'obiettivo di rendere più prossima l'erogazione delle prestazioni ai bisogni di salute concretamente emergenti nei territori, e in tal modo avvicinando, per così dire, la sanità alla salute delle persone. Si tratta comunque di una reazione ancora collocata in una fase iniziale, essendo evidente che si è davanti a un processo tutt'altro che concluso e il cui successo rimane incerto, senza contare che anche in questo stesso processo si sono ancora una volta manifestati, in maniera poco rassicurante, significativi scostamenti e differenziazioni tra le realtà regionali⁸.

⁶ Sull'espressione cfr. A. D'ATENA, *A proposito della "clausola di asimmetria" (art. 116 u.c. Cost.)*, in *Rivista AIC*, 2020, n. 4, pp. 313 ss. Fra le "voci critiche" che segnalavano e segnalano il pericolo di aggravare, consentendo una "ulteriore differenziazione", le diseguaglianze nel godimento del diritto alla salute da parte delle diverse comunità regionali, v. già, *ex multis*, R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2019, n. pp. 2, 1 ss.; L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, 2020, pp. 1 ss.; A. PITINO, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, in *Corti supreme e salute*, 2024, n. 2, pp. 731 ss.; nonché, se si vuole, D. MORANA, *Una differenziazione davvero necessaria?*, cit., pp. 243 ss.

⁷ In dottrina è stato diffusamente sottolineato, già nella prima fase dell'emergenza pandemica, come essa, più che crearli *ex nibilo*, abbia esasperato profili di disfunzionalità già presenti nel sistema; in questo senso v., tra gli altri, L. DELL'ATTI, *Tutela della salute e modelli differenziati di governance. Il regionalismo sanitario nella dialettica fra unità e autonomia*, in *Rivista AIC*, 2020, n. 3, pp. 175 ss.

⁸ Riflettono sulle potenzialità (e le criticità) di una nuova sanità territoriale, in linea con le indicazioni del PNRR e del d.m. n. 77 del 2022, A. PIOGGIA, *La sanità nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2022, n. 2, pp. 165 ss.; R. BALDUZZI-D. SERVETTI, *Dieci tesi per una nuova sanità territoriale*, in *Corti supreme e salute*, 2023, n. 2, pp. 301 ss.; G. TURATI, *Che cosa blocca l'attuazione della riforma della sanità territoriale (e non solo)? Qualche spunto di riflessione*, ivi, pp. 325 ss.; L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *federalismi.it*, 2023, n. 26, pp. 18 ss.; V. BURATTI, *La riforma della sanità*

Vale la pena di aggiungere che tali scostamenti potrebbero perfino accentuarsi se i divari territoriali (accanto a quelli sociali) dovessero ripercuotersi anche sulla fattiva spendibilità delle risorse che l'evoluzione tecnologica e la digitalizzazione sono in grado di offrire per l'estensione dell'accesso alle prestazioni sanitarie. È difatti una consapevolezza che va progressivamente facendosi largo quella per cui la sanità digitale può senz'altro rappresentare una grande opportunità per taluni territori (interni, montani, a bassa densità abitativa ecc.)⁹, ma solo a condizione che venga gestita e orientata efficacemente: in caso contrario, è concreto il pericolo che le innovazioni si rivelino inutili, o addirittura controproducenti, rispetto allo scopo di superare, o quanto meno ridurre, i dislivelli di partenza.

L'insieme delle considerazioni che precedono dovrebbe essere sufficiente a mostrare la dubbia razionalità, ancor prima che legittimità, di suggestioni e scelte normative che, anziché proporsi di "curare" e rettificare il tasso di differenziazione che il sistema oggi consente, si immettano nel percorso di una iper-differenziazione. La questione, evidentemente, non è quella di sollecitare generici e sommari interventi di centralizzazione o statalizzazione sanitarie, che oltre a non offrire di per sé nessuna garanzia di efficacia, finirebbero per sperperare il patrimonio rappresentato dai non pochi aspetti positivi che il regionalismo in sanità ha maturato nel corso dei decenni. Si tratta piuttosto di non rinunciare all'idea di un Servizio sanitario nazionale (non statale), nel quale l'apporto e l'azione delle autonomie regionali non pregiudichino ma anzi favoriscano la massima estensione possibile dell'effettività del diritto alla salute in tutti i territori, e dunque *nella Repubblica* complessivamente intesa.

In questa prospettiva, carattere prioritario dovrebbe rivestire, ad esempio, l'elaborazione di nuove e più adeguate forme di coordinamento tra centro e autonomie territoriali, come pure il rimettere mano all'intelaiatura normativa unitaria mediante una ricalibratura dei principi fondamentali della materia «tutela della salute» dell'art. 117, comma 3, Cost.: è infatti innegabile che si sia davanti a un atteggiamento omissivo, oramai annoso, del legislatore nazionale nei confronti della necessità di compiere scelte di sistema che, sulla scorta dei profili critici e delle difficoltà che l'esperienza ha reso palesi nel corso del tempo, ridefiniscano la cornice normativa di principio e indichino le necessarie correzioni di rotta.

territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali, in *CERIDAP*, 2025, n. 2, pp. 36 ss.; nonché, con particolare attenzione alla figura del medico di medicina generale, A. BENEDETTI, M. RIZIERI, G. MARTINELLI, *Prospettive di sviluppo della medicina territoriale: profili giuridici ed economici*, in C. BUZZACCHI (a cura di), *L'integrazione socio-sanitaria e il diritto delle Regioni. Rapporto 2022 dell'Osservatorio Diritto & Innovazione Pubblica Amministrazione Bicocca*, Torino, 2022, pp. 258 ss. Sulle diverse sfaccettature del rapporto fra tutela del diritto alla salute e assistenza sanitaria nei territori, anche alla luce dei processi di digitalizzazione che investono l'ambito sanitario, v. altresì i contributi raccolti in D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori*, cit.

⁹ Come evidenza, con particolare riguardo alle cc.dd. aree interne e, nel contempo, alle opportunità e alle "sfide" presentate dalla digitalizzazione medesima in quel contesto, B. OZUNI, *Digital Transition and Territorial Disparities: Legal and Constitutional Dimensions for the Inclusion of Inner Areas*, in *Italian Papers on Federalism*, 2025, n. 3, 122 ss.; in termini analoghi, con accento sulle potenzialità della sanità digitale nell'agevolare l'erogazione di trattamenti sanitari a criticità specifica anche in aree, quali quelle interne, distanti dai centri di offerta dei servizi, F. MORGANTI, *Digitalizzazione in sanità e stratificazione della popolazione: quale impatto sui divari territoriali?*, in *Italian Papers on Federalism*, in corso di pubblicazione.

Rispetto a questo quadro, insomma, le seduzioni del regionalismo iper-differenziato, al quale accedere brandendo l'art. 116, u.c., Cost., non avrebbero fatto bene al diritto alla salute prima della pandemia e a maggior ragione non gioverebbero oggi.

3. Diritto alla salute e spesa costituzionalmente necessaria

Vi è da dire che il “primo tempo” dell’articolato *iter* che punta all’attivazione della clausola di asimmetria, conclusosi con l’approvazione della legge n. 86/2024 (c.d. legge Calderoli), ha in ogni caso dato modo alla Corte costituzionale di fornire alcuni chiarimenti fondamentali, valevoli per l’esistente e utili a offrire una più compiuta sistemazione del rapporto tra diritto alla salute, Livelli essenziali delle prestazioni e modello regionalistico. Ciò è avvenuto principalmente con la sent. n. 192/2024 che, pronunciandosi su quella legge, ne ha notoriamente messo in luce una serie di profili di illegittimità.

In realtà, la giurisprudenza costituzionale aveva già problematizzato i termini del rapporto anzidetto, soprattutto in opposizione alla pratica legislativa, per lungo tempo consueta, dei c.d. tagli lineari, iniziando a far valere, rispetto al diritto alla salute, il concetto di «spesa costituzionalmente necessaria». A questa nozione si fa esplicito riferimento già nella sent. n. 169/2017; essa viene poi ripresa in decisioni successive e, in particolare, nella sent. n. 195/2024¹⁰, di pochissimo successiva alla pronuncia sulla legge n. 86/2024.

Non è affatto trascurabile il rilievo assunto dalla qualificazione di «costituzionalmente necessaria» per la spesa destinata alla effettiva garanzia delle prestazioni inerenti alla tutela della salute come diritto sociale. In sostanza, la Corte ha finalmente riconosciuto, in modo espresso, che le risorse da destinare all’attuazione del diritto alla salute devono beneficiare di una corsia preferenziale – in ragione della «preferenza qualitativa» che lo connota – rispetto all’attuazione costosa di altri diritti o interessi costituzionali¹¹. A essere quindi costituzionalmente necessario è senza dubbio l’apportamento delle risorse indispensabili al finanziamento dei LEA; ma *a fortiori* nella stessa categoria dovrebbero ritenersi incluse anche le spese indi-

¹⁰ Sulla quale v., con speciale attenzione alla nozione di «spesa costituzionalmente necessaria» e alla sua evoluzione nella giurisprudenza costituzionale, C. DI MARTINO, *I nuovi spunti della giurisprudenza costituzionale sul carattere differenziato della c.d. “spesa costituzionalmente necessaria”*, in *Diritto e conti*, 2025, n. 2, pp. 171 ss., e C. SALAZAR, *Spese costituzionalmente necessarie, coordinamento finanziario e leale collaborazione nella sent. n. 195/2024*, in *Quad. cost.*, 2025, n. 1, pp. 223 ss.

¹¹ Come si legge nella sent. n. 195/2024, la Corte rivendica di aver reagito «ad una prassi legislativa troppo incline a effettuare pesanti “tagli lineari” introducendo «a partire dalla sentenza n. 169 del 2017, la nozione di “spesa costituzionalmente necessaria” (ripresa poi nelle sentenze n. 220 del 2021, n. 197 del 2019 e n. 87 del 2018), funzionale a evidenziare che, in un contesto di risorse scarse, per fare fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli eurounitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il “fondamentale” diritto alla salute di cui all’art. 32 Cost., che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino, cosiddetta *out of pocket*».

spensabili ad assicurare le prestazioni rientranti nel «nucleo essenziale» o «minimo» del diritto alla salute, in tutti i casi in cui, per qualsivoglia ragione, tali ultime prestazioni non risultino nominatamente inserite dal legislatore statale nei Livelli essenziali di assistenza.

Sarebbe ingeneroso, dunque, non dare atto dell'impegno in tal modo messo in campo dalla Corte per arricchire quello strumentario di *checks and balances*, per così dire, volto a temperare gli effetti più deformanti che possono derivare (e sono in più occasioni derivati) dalla rigida applicazione alla salute dello schema del «diritto finanziariamente condizionato» – schema che, peraltro, la stessa giurisprudenza costituzionale ha elaborato e diffusamente utilizzato nei decenni passati e che appare ben lungi dall'essere archiviato.

4. Il lascito della sentenza n. 192 del 2024

Come anticipato, un ulteriore chiarimento di estremo interesse proviene proprio dalla sentenza sulla legge n. 86/2024 in tema di regionalismo differenziato.

La sent. n. 192/2024¹², infatti, traccia una linea di demarcazione, in termini che si mostrano assai più chiari rispetto al passato, tra la nozione di «Livelli essenziali delle prestazioni» e quella di «nucleo minimo» del diritto¹³.

È ben noto come, anche con riguardo al diritto alla salute, nel corso del tempo la giurisprudenza costituzionale abbia più volte utilizzato il concetto di «nucleo minimo» del diritto, pure in questo caso soprattutto allo scopo di porre un argine al condizionamento che le ragioni connesse al bilancio sono in grado di esercitare sulla garanzia delle prestazioni. Attraverso il richiamo al nucleo minimo la Corte ha in sostanza precisato che il diritto a ricevere prestazioni sanitarie è senza dubbio «finanziariamente condizionato», ma vi sono prestazioni che devono essere assicurate dal legislatore in ogni caso, perché, appunto,

¹² A commento della quale v., *ex multis*, A. D'ATENA, *L'autonomia differenziata tra sussidiarietà e vincoli di sistema. A proposito della sent. 192/2024*, in *Giur. cost.*, 2024, n. 6, pp. 2174 ss.; C. BUZZACCHI, *Pluralismo, differenze, sussidiarietà ed eguaglianza: dalla sentenza n. 192 del 2024 il modello per il sistema regionale «differenziato»*, in *Astrid - Rassegna*, 2024, n. 18, pp. 1 ss.; S. BARTOLE, *Differenziazione e ordinamento regionale vivente*, in *Astrid - Rassegna*, 2025, n. 1, pp. 1 ss.; R. BIN, *Regionalismo differenziato: i nodi son venuti al pettine*, in *Le Regioni*, 2025, n. 1, pp. 3 ss.; M. CECCHETTI, *La sentenza n. 192 del 2024 e la «dottrina» del Giudice costituzionale sul regionalismo*, in *federalismi.it*, 2025, n. 29, pp. IV ss.; M. DE DONNO, *Gli insegnamenti della Corte costituzionale nella sentenza n. 192/2024. Quale lezione per le riforme locali?*, in *Istituzioni del federalismo*, 2025, n. 1, pp. 129 ss.; L. VIOLINI, *I Livelli essenziali delle prestazioni nella sent. 192/2024 e il richiamo al lavoro istruttorio del CLEP: da dove si può ripartire*, in *Le Regioni*, 2025, n. 1, pp. 71 ss.; nonché, con particolare riguardo all'impatto del regionalismo differenziato – e, in termini più ampi, di qualsivoglia «maggiore differenziazione» – sul godimento in condizioni di eguaglianza del diritto alla salute, in specie nel suo versante prestazionale, L. ABBRUZZO, *Regionalismo differenziato e diritto alla salute: verso una (ulteriore) differenziazione tra sistemi sanitari?*, in *Corti supreme e salute*, 2025, n. 2, pp. 339 ss., spec. 357 ss.

¹³ Cfr., con specifico riguardo al profilo in esame, S. ARU, «Livelli minimi» (di garanzia), «Livelli essenziali» (delle prestazioni) e «nucleo irriducibile» (dei diritti): concetti giuridici distinguibili?, in *federalismi.it*, 2025, n. 30, pp. 40 ss.; G.M. NAPOLITANO, *Nucleo minimo di un diritto vs Livelli essenziali delle prestazioni: la Corte ritorna sulla questione*, in *Dirittifondamentali.it*, 2025, n. 2, pp. 184 ss., nonché ID., *La dimensione multilivello del diritto alla salute. Esigenze di tutela e vincoli di sistema*, Napoli, Editoriale scientifica, 2025, spec. pp. 123 ss.

ineriscono a una parte intangibile del diritto. L'impiego di questo strumento di valutazione dell'adeguatezza delle scelte legislative ha il manifesto scopo di tracciare un segno oltre il quale il decisore normativo non può più appellarsi all'argomento della limitatezza delle risorse disponibili per difendere una carente attuazione dell'art. 32 Cost., poiché il diritto alla salute risulterebbe illegittimamente compromesso dalla mancata erogazione di prestazioni indispensabili alla sua protezione.

Peraltro, è diffusamente sottolineato in dottrina come nel riferirsi a questa componente intangibile le formule via via coniate dalla Corte – in relazione a molteplici diritti sociali – risultino essere numerose, benché il loro uso promiscuo (e la «mutevole fisionomia» che ne deriva¹⁴) non sembra in realtà far venire meno una certa identità concettuale di base che tutte le caratterizza. Per fare qualche esempio, oltre che di «nucleo minimo» la Corte ha parlato di «contenuto minimale» (sent. n. 307/1990), di «contenuto minimo essenziale» (sent. n. 184/1993), di «nucleo essenziale» (sentt. n. 304/1994, 192/2017), di «misura minima» (sent. n. 27/1998), di «nucleo irriducibile» (sentt. nn. 309/1999, 509/2000, 252/2001, 269/2010), di «nucleo costituzionale irrinunciabile» (sent. n. 42/2000), di «nucleo minimo e irriducibile» (sent. n. 87/2013), di «contenuto essenziale» (sentt. nn. 282/2002, 121/2014, 231/2017, 72/2020)¹⁵.

D'altro canto, ferme restando le evidenti finalità garantistiche per le quali questa giurisprudenza ha fatto ricorso al concetto di «nucleo minimo» o «essenziale» (o comunque lo si voglia chiamare), la dottrina è da tempo consapevole come sia tutt'altro che semplice e sicura l'individuazione *ex ante* di quali prestazioni vi debbano concretamente rientrare. Di fatto, è dunque la stessa Corte che, di volta in volta, procede all'identificazione di cosa sia incluso e di cosa sia escluso da siffatto «nucleo».

Accanto a ciò, il riferimento alla determinazione dei «Livelli essenziali delle prestazioni» dell'art. 117, comma 2, lett. m), Cost., introdotto dalla revisione del 2001 a titolo di competenza legislativa esclusiva statale, ha posto l'ulteriore problema di comprendere se tale nozione dovesse essere considerata coincidente, in quanto del tutto sovrapponibile, con quella di «nucleo minimo». In passato la giurisprudenza costituzionale non sempre ha contribuito a elaborare una precisa linea di demarcazione tra i due concetti, ed anzi talvolta è sembrata identificare il «contenuto essenziale» del diritto alla salute con i LEA stabiliti dal legislatore statale. Ad esempio, la sent. n. 72/2020 – corredata dal richiamo a pronunce precedenti – afferma che «i LEA rappresentano “standard minimi”» e che la loro fissazione da parte del legislatore statale è volta ad «assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale,

¹⁴ L'espressione si deve a D. MESSINEO, *La garanzia del “contenuto essenziale” dei diritti fondamentali. Dalla tutela della dignità umana ai Livelli essenziali delle prestazioni*, Torino, Giappichelli, 2012, p. 89.

¹⁵ Tra i molti contributi che evidenziano l'uso mutevole e promiscuo delle varie locuzioni da parte della giurisprudenza costituzionale, v., tra i più recenti, L. CASTELLI, *Alla ricerca del “limite dei limiti”: il “contenuto essenziale” dei diritti fondamentali nel dialogo fra le Corti*, in *Rivista AIC*, 2021, n. 1, pp. 454 ss., spec. 474 ss., e G.M. NAPOLITANO, *Nucleo minimo di un diritto vs Livelli essenziali delle prestazioni*, cit., pp. 195 ss.

il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale [del diritto], senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle».

In realtà, la dottrina più avvertita aveva per tempo sottolineato come i livelli essenziali di cui si parla non dovessero essere intesi, riduttivamente, quali «livelli minimi essenziali»¹⁶. Ed è su questa linea interpretativa che si è posta anche la sent. n. 192/2024, utilizzando finalmente un parametro distintivo più pienamente intellegibile.

Tra i numerosi profili affrontati nella pronuncia, infatti, la Corte ha avuto altresì cura di puntualizzare il criterio per discernere la nozione di «Livelli essenziali delle prestazioni» da quella di «nucleo minimo del diritto». In particolare, viene nettamente affermato che lo scopo della determinazione dei livelli essenziali è quello di attuare il principio di eguaglianza *ex art. 3, comma 2, Cost.*, attraverso la garanzia, se possibile, di uno *standard* di tutela superiore al nucleo minimo del diritto. L'«oggetto normativo» dei livelli essenziali, quindi, consiste in qualcosa di diverso rispetto a quei meri «*standard* minimi» evocati nella sopra ricordata sent. n. 72/2020.

Sulla base di questo presupposto, la sent. n. 192/2024 chiarisce che il nucleo minimo del diritto (che attiene alla sua componente «essenziale» o «incomprimibile») deriva «dalla Costituzione e va garantito [...], a prescindere da considerazioni di ordine finanziario». Invece, i livelli essenziali «sono un vincolo posto dal legislatore statale, tenendo conto delle risorse disponibili, e rivolto essenzialmente al legislatore regionale e alla pubblica amministrazione; la loro determinazione origina, poi, il dovere dello stesso Stato di garantirne il finanziamento».

In merito a quest'ultimo aspetto, ossia quello del finanziamento dei LEA, va ricordato che sono oramai svariate le decisioni della Corte in cui il legislatore statale è stato richiamato al suo dovere di stanziare le risorse necessarie a rendere pienamente esigibili le prestazioni incluse nei livelli essenziali. Se tali stanziamenti non avvenissero, si osserva, tra le altre, nella sent. n. 169/2017, la determinazione dei LEA si trasformerebbe in una generica attività meramente programmatica, del tutto inidonea a determinare concrete conseguenze sul piano dell'effettivo godimento del diritto alla salute¹⁷.

5. *Extra LEA nulla salus?*

Dato merito alla sent. n. 192/2024 del chiarimento appena richiamato, resta da aggiungere un'osservazione conclusiva che muove da una premessa: è bene tenere a mente che

¹⁶ V., in questo senso, già R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in *Quaderni regionali*, 2002, n. 1, pp. 65 ss., spec. 72 ss.

¹⁷ La stessa giurisprudenza costituzionale ha del resto rilevato più volte che le risorse economiche che nei bilanci regionali sono assegnate al finanziamento dei LEA hanno carattere vincolato: pertanto, è interdetto alle Regioni di impiegarli per scopi diversi, anche se connessi alla tutela della salute (in questo senso, tra le altre, sentt. nn. 132/2021 e 1/2024).

la clausola dell'art. 117, comma 2, lett. m), Cost. è essenzialmente incentrata sull'assetto delle competenze legislative tra Stato e Regioni. Tale clausola, dunque, non vale di per sé a escludere l'astratta possibilità che, nell'esercizio di questa competenza, il legislatore introduca una disciplina inadeguata a soddisfare l'art. 32 Cost. In altri termini, è possibile che i LEA vengano individuati legislativamente in modo da non assicurare, per i motivi più diversi, un'attuazione costituzionalmente sufficiente del diritto alle prestazioni sanitarie che la Repubblica è tenuta, nel suo insieme, a garantire.

Il dovere costituzionale di dare attuazione al diritto alla salute, insomma, non può considerarsi automaticamente e indiscutibilmente adempiuto attraverso la fissazione legislativa dei livelli essenziali, per l'ovvia ragione che, nello stabilirli, il legislatore potrebbe aver escluso (anche a causa dei tempi assai dilatati che il loro periodico adeguamento ha finora richiesto) prestazioni che sono da ritenere oggettivamente «essenziali» (pur non essendo così qualificati legislativamente) per la tutela della salute.

Ad esempio, una prestazione salvavita che non figuri nei LEA (vuoi perché frutto di un'acquisizione tecnico-scientifica particolarmente recente, vuoi perché non inserita negli elenchi per un'omissione addebitabile al legislatore) potrebbe essere legittimamente valutata come “non essenziale” o ritenuta non inerente al “contenuto minimo” del diritto? Una risposta affermativa all'interrogativo equivarrebbe a svuotare di autonoma portata la prescrizione dell'art. 32 Cost. e a considerare integralmente assolto dai LEA, quale che ne sia il contenuto, il compito costituzionale di tutelare la salute: conseguenza da considerare largamente inaccettabile. Per tale ragione, allora, sarebbe opportuno evitare di attribuire ai LEA un valore di tipo dogmatico, quasi che – si passi l'espressione – “*extra LEA nulla salus*”.

Eppure, tende ad apparire sostanzialmente dogmatico l'atteggiamento assunto nei riguardi dei LEA proprio dalla giurisprudenza costituzionale. Il riferimento è, in particolare, all'ampia e solida sequenza di pronunce con le quali la Corte ha finora ritenuto automaticamente illegittime le prestazioni *extra LEA* introdotte da Regioni in Piano di rientro.

L'aspetto di queste decisioni che suscita le maggiori riserve sta, per l'appunto, nell'automatismo della valutazione, per effetto del quale la Corte omette di accertare – eventualmente attraverso l'esercizio di congrui poteri istruttori¹⁸ – se la singola prestazione, benché non compresa nei LEA, possa tuttavia (o addirittura debba) essere legittimamente erogata dalla Regione in forza dell'art. 32 Cost., «a prescindere da considerazioni di ordine finanziario» (per riprendere le parole della sent. n. 192/2024), in quanto riconducibile al “contenuto minimo” del diritto. Così operando, in questi casi la Corte trascura di considerare che la disciplina statale dei LEA, oltre a essere parametro interposto di legittimità delle scelte

¹⁸ Per osservazioni condivisibilmente critiche del mancato esercizio da parte della Corte, in questi casi, dei propri poteri istruttori, v., ad es., A. AMATO, *Niente al di fuori dei LEA. Il diritto fondamentale alla salute nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro alla luce della più recente giurisprudenza costituzionale*, in *Diritti regionali*, 2023, n. 2, pp. 538 ss., spec. 560 s.

prestazionali delle Regioni in Piano di rientro, non può non essere a sua volta passibile di scrutinio alla luce dell'art. 32 Cost.

Non resta che augurarsi che taluni segnali improntati a una minore rigidità nel far valere l'automatismo di cui si parla, di recente emersi timidamente nella giurisprudenza costituzionale, acquisiscano più risoluto vigore¹⁹. Se non altro per evitare il paradosso che i LEA, che dovrebbero assicurare “qualcosa di più” del contenuto minimo, possano finire per comportare talvolta “qualcosa di meno”.

¹⁹ A proposito di qualche segnale di apertura, ancora troppo flebile, nella giurisprudenza più recente, v. A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA: segnali di apertura che rafforzano l'esigibilità del diritto alla salute nelle Regioni in Piano di rientro?*, in D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori*, cit., pp. 37 ss., spec. 50 ss.