

Alcune osservazioni sparse sull'equità nella salute e nei servizi sanitari*

Giovanni Tarli Barbieri**

SOMMARIO: 1. L'equità nella salute: un obiettivo necessario. – 2. La sanità regionale in un contesto di “regionalismo differenziato di fatto”. – 3. Regioni e tutela della salute nella stagione della pandemia: una sorta di “cartina di tornasole” dei nodi irrisolti del regionalismo italiano. – 4. I rapporti tra Stato e Regioni nella stagione della pandemia (con particolare riferimento alla tutela della salute): occorre allocare allo Stato la tutela della salute? – 5. All'opposto: la (discutibile) prospettiva di attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost.

1. L'equità nella salute: un obiettivo necessario

«Il diritto alla salute [...] può essere definito, nello stesso tempo, come il più importante e il più fragile tra tutti i diritti sociali»¹.

Questa affermazione evidenzia in modo efficace i problemi che oggi l'Italia, così come gli altri Paesi dell'Unione europea, si trova ad affrontare nella prospettiva di garantire, ai sensi dell'art. 168, par. 1, TFUE, «un elevato livello di protezione della salute umana»².

* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco. Il saggio riprende e amplia i contenuti della relazione svolta al XIX Convegno nazionale di diritto sanitario “Salute e sanità nella prospettiva europea. Oltre l'art. 168 TFUE?”, Milano, 5-6 novembre 2021.

** Professore ordinario di Diritto costituzionale nell'Università di Firenze, giovanni.tarlibarbieri@unifi.it.

¹ L. ANTONINI, *Tecniche decisorie e bilanciamento tra diritti e finanze*, in F. PAMMOLLI, C. TUCCIARELLI (a cura di), *Il costo dei diritti*, Bologna, 2021, p. 99.

² Sull'art. 168 TFUE, cfr., per tutti, C. Cattabriga, *Art. 168 TFUE*, in C. CURTI GIALDINO, *Codice dell'Unione europea operativo – TUE e TFUE commentati articolo per articolo*, Napoli, 2012, pp. 1372 ss.; S. CIVITARESE MATTEUCCI, *Servizi sanitari, mercato e «modello sociale europeo»*, in *Mercato, concorrenza, regole*, 2009, pp. 179 ss.; A. ODDENINO, *Profili internazionali ed europei del diritto alla salute*, in R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, volume in S. RODOTÀ, P. ZATTI (a cura di), *Trattato di biodiritto*, Milano, 2010, pp. 131 ss.

La sfida è, in primo luogo, quella di ridurre le diseguaglianze sociali nella salute che, come è stato osservato, nel caso italiano «riguardano tutte le dimensioni di salute – l'incidenza (ammalarsi), la prevalenza (rimanere nello stato di malattia), la letalità (morire a causa della malattia) – e tutte le dimensioni della posizione sociale, sia quelle di carattere relazionale centrate sulla capacità di controllo delle risorse disponibili (classe sociale e credenziali educative), sia quelle di carattere distributivo delle risorse stesse, come reddito e beni posseduti»³.

In effetti, nel periodo più recente, sono emersi con ancora maggiore evidenza nodi di fondo, quali, in primo luogo, il peso decisivo dei finanziamenti (e della loro riduzione) ai fini della tutela del diritto, oggetto, non a caso, di importanti pronunce della Corte costituzionale che hanno ribadito il carattere di «spesa costituzionalmente necessaria», con riferimento alle prestazioni sanitarie (sent. 169/2017).

Da questo punto di vista, solo per inciso, la Corte dei conti, prima ancora dell'emergenza COVID, aveva espresso a più riprese serie preoccupazioni sulla contrazione delle risorse destinate ai servizi sanitari regionali (oltre che sugli sprechi che purtroppo connotavano e connotano questo settore)⁴.

Attenta dottrina ha parlato di una sanità impoverita sia sul piano economico che su quello culturale⁵.

Sul primo versante, politiche di mero contenimento della spesa pubblica, e non già finalizzate primariamente all'eliminazione di spese e inefficienze⁶, hanno imposto riduzioni delle prestazioni, con l'effetto «di mettere una sanità come la nostra, che ancora funziona, di fronte alla necessità di fare sempre di più con meno, moltiplicando paradossalmente (proprio attraverso il “buon” funzionamento) gli effetti dei tagli di spesa sull'organizzazione»⁷. Sul piano culturale si sono evidenziati i limiti di un modello organizzativo nel quale l'aziendalizzazione ha finito per favorire una logica di efficienza produttiva a sfondo eco-

³ G. COSTA, *Promuovere equità di salute e di sanità in Italia*, in 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 diseguaglianze sociali in sanità*, Milano, 2014, p. 18.

⁴ Per i riferimenti sia consentito un rinvio a G. TARLI BARBIERI, *Le Regioni viste dalla Corte dei conti: quando i dati contano*, in *Le Regioni*, 2017, pp. 5 ss.

⁵ A. PIOGGIA, *La lezione dell'epidemia di Covid-19 sul sistema sanitario e il suo ruolo*, in *Ist. fed.*, n. sp. 2020, in particolare pp. 18 ss.

⁶ L'Ufficio parlamentare di bilancio nel 2019 ha osservato che «malgrado nel confronto internazionale la spesa sanitaria italiana risulti alquanto contenuta, la preoccupazione di controllarne la crescita è stata sempre viva, per i vincoli derivanti dall'elevato debito pubblico e per l'asimmetria tra la responsabilità della spesa (in capo alle Regioni) e quella della raccolta del finanziamento (in larghissima parte proveniente dalla fiscalità generale); questa asimmetria, presente sin dalla nascita del SSN nel 1978, è rimasta irrisolta anche dopo la riforma costituzionale del 2001, che ha consolidato l'autonomia delle Regioni e ha stabilito una competenza concorrente sulla tutela della salute»: Ufficio parlamentare di bilancio, *Lo stato della sanità in Italia*, Focus tematico n. 6, 2019, p. 1, in www.upbilancio.it.

⁷ A. PIOGGIA, *La lezione*, cit., p. 19 e nt. 4, che riporta a tale proposito dati eloquenti: la spesa sanitaria pubblica in percentuale sul Pil è costantemente diminuita nei dieci anni che vanno dal 2009 al 2019. Questo ha fatto “perdere”, rispetto al trend precedente, circa 37 miliardi di euro. Nel corso dell'ultimo decennio il finanziamento pubblico è cresciuto in media solo dello 0,90% per anno, tasso inferiore a quello dell'inflazione media annua (1,07%).

nomicistico, con esiti nella prassi anche patologici, quali l'impropria concorrenza tra le direzioni delle diverse aziende sanitarie e tra queste e i soggetti privati accreditati⁸; il tutto accentuato da una scarsa capacità di programmazione e di indirizzo da parte delle Regioni. Questi problemi sono stati amplificati dalla riduzione delle spese anche per il personale (medici e infermieri) e da un peggioramento delle condizioni di lavoro che soprattutto tra il 2010 e il 2019 ha raggiunto picchi ragguardevoli. Ed è noto che la riduzione delle spese per i servizi ospedalieri, finalizzata a spostare le cure su strutture meno costose e più vicine ai cittadini, non si è accompagnata a un potenziamento dei servizi territoriali⁹, come, purtroppo è stato evidente, soprattutto in alcune Regioni, nel più recente periodo, nel quale sugli ospedali si sono scaricate drammaticamente plurime esigenze legate all'assistenza¹⁰.

L'emergenza COVID ha segnato un'inversione di tendenza, avendo determinato un forte aumento della spesa sanitaria, con un incremento di quasi 7,8 miliardi di euro (+6,7%) rispetto al 2019 (anche se largamente in capo al Commissario straordinario all'emergenza), anche se non mancano gravi inefficienze, con riferimento, ad esempio, al potenziamento strutturale delle dotazioni di terapia intensiva e semi-intensiva¹¹. Sono poi da registrare alcune flessioni rilevanti, in particolare con riferimento alla spesa per i farmaci, per l'assistenza riabilitativa e per quella integrativa e protesica¹².

In questo periodo è emerso un ulteriore fenomeno di impoverimento, riferito alle prestazioni non urgenti riferite a patologie diverse da quelle del Coronavirus, come per esempio le visite ambulatoriali (sono cresciute in modo preoccupante le liste di attesa), le vaccinazioni o gli *screening* oncologici. A tal proposito, un recente studio, che ha analizzato i dati provenienti da 20 Paesi in tutto il mondo, ha mostrato che l'utilizzo dei servizi sanitari si è ridotto in media del 37%¹³.

⁸ A. PIOGGIA, *La lezione*, cit., p. 21.

⁹ Ufficio parlamentare di bilancio, *Lo stato della sanità in Italia*, cit., pp. 2-3.

¹⁰ Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica*, cit., p. 269.

¹¹ Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica*, cit., p. 310.

¹² Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica*, in *www.corteconti.it*, pp. 246 ss.

¹³ Più precisamente: riduzione del 42% delle visite, del 31% della diagnostica, del 30% delle terapie e del 28% dei ricoveri: GIMBE, Report Osservatorio 1/2021, *Impatto della pandemia COVID-19 sull'erogazione di prestazioni sanitarie*, in *gimbe.org*.

2. La sanità regionale in un contesto di “regionalismo differenziato di fatto”

Tra i più rilevanti ostacoli all’equità in materia di salute quello legato alle differenze territoriali è tra i più rilevanti¹⁴: tutti gli indicatori di salute infatti ormai da anni «mostrano che le regioni del Mezzogiorno manifestano diseguaglianze sociali più pronunciate della media italiana, come se il contesto meridionale rendesse i poveri più vulnerabili all’effetto sulla salute della povertà individuale che nel resto del Paese»¹⁵.

Si tratta di una questione ampiamente nota, ma che nel più recente periodo sembra, se possibile, ulteriormente aggravata: con i suoi venti milioni di abitanti il Mezzogiorno è e resta la più grande area meno sviluppata d’Europa¹⁶. Il divario del PIL *pro capite* tra il Nord e il Sud Italia ammonta a più di 40 punti percentuali¹⁷. Nel triennio 2013-2015 la spesa primaria delle amministrazioni pubbliche nel Sud è stata in media di 209 miliardi di euro all’anno contro i circa 480 miliardi al Centro-nord. Ancora, la spesa in conto capitale al Sud è stata di 14,4 miliardi di euro all’anno di cui ben 9,4 derivanti dai fondi strutturali, cofinanziamento e risorse per le aree sottosviluppate¹⁸.

Anche con specifico riferimento alla tutela della salute il divario tra il Nord e il Mezzogiorno ha finito per determinare una sorta di “regionalismo differenziato di fatto”

La Corte dei conti ormai da anni ha messo in evidenza che «il settore sanitario resta, tuttora, alla ricerca del difficile equilibrio tra la sostenibilità finanziaria e l’esigenza di erogare un servizio a tutela del fondamentale diritto alla salute [...] Vi sono ancora margini di miglioramento dell’efficienza del sistema, carente soprattutto in alcune aree geografiche» e, pur essendosi evidenziata una riduzione dei disavanzi, «i risultati, però sono stati raggiunti anche con maggiori sacrifici per i contribuenti, determinandosi, di fatto situazioni territorialmente diseguali, sia quanto a costi posti a carico dei cittadini, sia quanto a servizi prestati»¹⁹. E già nel 2014 essa aveva osservato che «è percepito, ormai diffusamente, l’offuscamento progressivo delle caratteristiche dei servizi che il cittadino può e deve aspettarsi dall’intervento cui è chiamato a contribuire. Nella sanità, ciò ha significato, in molte Regioni, servizi di assistenza agli anziani o disabili inadeguati agli standard; qualità dell’offerta ospedaliera

¹⁴ Ministero della salute, *L’Italia per l’equità nella salute*, in www.inmp.it, novembre 2017, p. 40.

¹⁵ G. COSTA, *Promuovere equità di salute*, cit., p. 19; cfr. anche, nello stesso volume, C. MARINACCI, M. MAGGINI, *Lo stato delle diseguaglianze di salute in Italia*, pp. 43 ss.

¹⁶ Senato della Repubblica, Ufficio Valutazione Impatto, *Spendere per crescere? Trent’anni di interventi Ue per le aree depresse: l’impatto della coesione in Italia e in Europa*, in www.senato.it, 17 settembre 2018, pp. 1 ss.

¹⁷ Dati analoghi si evincono poi da un interessante rapporto sull’economia meridionale dello SVIMEZ, *L’economia e la società del mezzogiorno*, Bologna, 2018.

¹⁸ Senato della Repubblica, Ufficio Valutazione Impatto, *Spendere per crescere?*, cit.

¹⁹ Corte dei conti, Sezione delle Autonomie, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni. Esercizio 2015*, in www.corteconti.it, pp. 231-232.

insufficiente e alla base di un incremento della mobilità sanitaria»²⁰. Il dato trova conferma nelle rilevazioni le quali attestano che un'alta percentuale di cittadini rinuncia alle prestazioni pubbliche per ragioni economiche ovvero legate all'accessibilità delle strutture o, come si evince anche dal referto della Corte dei conti sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali riferito al 2017, è costretta a un, talvolta penoso, "turismo sanitario". Tutto ciò conferma l'esistenza di un «sistema con molte diseguaglianze [...] mentre la decrescita degli investimenti da parte degli enti sanitari locali, verificatasi nel periodo 2009-2017 (-48%), rallentando l'ammodernamento delle apparecchiature tecnologiche terapeutiche, ha incrementato il tasso di obsolescenza delle infrastrutture, che è mediamente maggiore al Sud rispetto al Nord, con ricadute anche sulla qualità delle cure»²¹.

La spesa sanitaria pubblica pro-capite varia da un minimo di 1.770 euro della Campania, ad un massimo di 2.430 euro della Provincia autonoma di Bolzano e di 2.120 euro dell'Emilia Romagna.

Profonde anche le differenze sulla spesa sanitaria annuale a carico delle famiglie: si va dai 159 euro in media della Lombardia, ai 64 euro della Campania²².

Tutto ciò spiega (o contribuisce a spiegare) criticità che sarebbe necessario superare, a cominciare dalle differenze nella qualità dei servizi offerti nelle diverse aree del Paese; dalle carenze di personale dovute ai vincoli posti nella fase di risanamento, dai limiti nella programmazione delle risorse professionali necessarie ma, anche, dalla fuga progressiva dal sistema pubblico; dalle insufficienze dell'assistenza territoriale a fronte del crescente fenomeno delle non autosufficienze e delle cronicità; dal lento procedere degli investimenti, sacrificati a fronte delle necessità correnti²³.

Proprio sul versante degli investimenti per ammodernare le strutture e i macchinari del SSN, a fronte di Regioni come Veneto, Emilia Romagna, Toscana che hanno sottoscritto il 100% delle risorse destinate²⁴, ve ne sono altre che hanno investito molto meno come Campania (31,1%), Molise (21,5%), +Abruzzo (36,5%), Calabria (57,5%), ma anche Puglia, Sicilia e Sardegna sono al di sotto del 60% e il Lazio intorno al 75%²⁵.

²⁰ Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Attuazione e prospettive del federalismo fiscale. Audizione presso la Commissione parlamentare per l'attuazione del federalismo fiscale*, 6 marzo 2014, rinvenibile in www.corteconti.it, p. 9.

²¹ Corte dei conti, Sezione delle Autonomie, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni. Esercizio 2015*, in www.corteconti.it, p. 5.

²² Osservatorio civico sul federalismo in sanità, *Rapporto 2017*, in www.cittadinanzattiva.it.

²³ Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*, in www.corteconti.it, p. 22.

²⁴ Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*, cit., p. 306.

²⁵ Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*, cit., pp. 25-26.

Queste evidenti differenziazioni emergono altresì dall'analisi delle c.d. "griglie LEA"²⁶ che costituiscono uno strumento prezioso per riscontrare, da un lato, aree di criticità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e, dall'altro, punti di forza.

Come si legge anche in un documento del Ministero della salute del novembre 2017, i LEA costituiscono un fondamentale presidio a garanzia della salute di tutti. Tuttavia, «oggi la diseguale distribuzione dei servizi sul territorio nazionale, in termini sia quantitativi che qualitativi, riduce l'effetto protettivo del dispositivo dei LEA, indebolendone i livelli effettivi di garanzia. Il Mezzogiorno del Paese continua a peggiorare in termini di disuguaglianze sociali e questo sia perché ci sono più persone che, a causa della povertà di risorse, stanno peggio in salute, sia perché il contesto sociale, ivi compresa l'organizzazione dei servizi sociosanitari, è meno capace di moderare l'effetto sfavorevole della povertà sulla salute delle persone»²⁷.

Si tratta di un punto fondamentale, evidenziato, tra gli altri, anche in un documento dell'Ufficio parlamentare di bilancio che ha messo in evidenza come la regolazione sempre più rigida e il controllo centrale progressivamente più stringente sulla gestione dei Servizi Sanitari Regionali siano stati finalizzati innanzitutto, e con successo, al rientro dai disavanzi sanitari e siano stati rivolti solo con ritardo alla garanzia del rispetto uniforme sul territorio dei LEA, risultando a tal fine meno efficaci; in tale documento si legge poi che «per superare il divario nella capacità di fornire il livello standard di prestazioni che deve essere garantito su tutto il territorio nazionale vanno affrontati i limiti presenti soprattutto in alcune aree del paese, in termini di capacità di programmazione, gestionali e organizzative e anche di resistenza alle pressioni della criminalità organizzata»²⁸.

Tali considerazioni rendono ragione delle tendenze desumibili dai dati pubblicati nel maggio 2021 e riferiti al 2019²⁹: ebbene, già dall'analisi della valutazione finale, emerge che due Regioni meridionali (Molise e Calabria) risultano largamente inadempienti su alcune aree cruciali dell'assistenza agli anziani e ai disabili, e una di esse (la Calabria) per ragioni note, addirittura in peggioramento rispetto all'anno precedente. Delle Regioni comprese nella fascia delle "adempienti", quelle del Mezzogiorno risultano avere i punteggi più bassi³⁰ (fa eccezione a questo proposito il solo Piemonte)³¹.

²⁶ Come è noto, a partire dal 2020 la Griglia LEA è stata sostituita da un insieme di indicatori "core" previsto dal nuovo sistema di garanzia, ai sensi dell'art. 3, comma 6, del decreto del Ministro della salute 12 marzo 2019 (*Gazzetta ufficiale* 14 giugno 2019, n. 138).

²⁷ Ministero della salute, *L'Italia per l'equità nella salute*, cit., p. 40.

²⁸ Ufficio parlamentare di bilancio, *Lo stato della sanità in Italia*, cit., p. 2.

²⁹ Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, Ufficio VI, *Monitoraggio dei LEA attraverso la c.d. Griglia LEA. Metodologia e Risultati dell'anno 2019 (maggio 2021)*, in *www.salute.gov.it*.

³⁰ Tra queste la Basilicata ha evidenziato un peggioramento piuttosto evidente rispetto al 2019 (da 191 a 172).

³¹ Sotto quota 200 (considerato livello minimo accettabile) si collocano, in ordine decrescente, Puglia, Piemonte, Sicilia, Basilicata, Campania. È comunque da registrare un trend di miglioramento nell'ultimo decennio, particolarmente significativo per Abruzzo e Puglia.

Se poi passiamo a un'analisi riferita ai singoli indicatori, differenze evidenti tra le Regioni settentrionali e quelle meridionali sono riferite, per esempio, alle coperture vaccinali per i bambini, ai test di screening oncologici, agli standard di assistenza per gli anziani.

I dati sopra riportati si correlano strettamente a quelli relativi al c.d. "turismo sanitario": la Calabria presenta dati eloquenti (19,6% di mobilità passiva), superiori a quelli, comunque alti, della Campania (9,7% di mobilità passiva, a fronte del 2,9 di mobilità attiva); del tutto particolari sono i dati del Lazio (alte le due mobilità: 8,6% di mobilità attiva e 9,1 e di mobilità passiva) e del Molise (ancora più alti: 28,6% di mobilità passiva, compensati da una mobilità attiva del 29,7 per la presenza di una delle strutture ospedaliere più prestigiose). Poli di attrazione sono, ancora una volta, le Regioni del nord e del centro: Lazio, Emilia-Romagna, Toscana e, soprattutto, Lombardia, Regione preferita in particolare per ricoveri legati a patologie oncologiche (29,5% dei pazienti che si curano fuori Regione), mentre Lazio, Emilia-Romagna, Toscana e Liguria sono preferite per ricoveri di minori³².

È appena il caso di ricordare che il "turismo sanitario" finisce per dare luogo a una discriminazione anche sociale, poiché ad esso ricorrono, come è noto, soltanto pazienti più istruiti e sufficientemente abbienti³³.

Si consideri poi che delle sette Regioni in piano di rientro sanitario, sei sono meridionali e, di queste, due risultano commissariate (Molise e Calabria), con gravi criticità (mentre Lazio e Campania sono uscite dal commissariamento solo nel 2020); nel caso della Calabria, come si legge nella relazione al disegno di legge di conversione del d.l. 35/2019, «l'analisi di contesto svolta tra il 2014 e il 2015 dall'AGENAS ha messo in luce come la criminalità organizzata abbia concentrato soprattutto nel settore sanitario i propri interessi economici e di espansione, in ragione di fattori quali l'importanza delle dimensioni economiche del settore, la necessità di creare una rete di relazioni con gli operatori sanitari al fine di acquisire posizioni di privilegio (sia nell'erogazione dell'assistenza sanitaria che nella fruizione di "perizie mediche compiacenti", di informazioni riservate ed altri "accomodamenti"), la necessità di costruire relazioni per l'acquisizione di appalti pubblici, l'esigenza di intessere rapporti nei settori che favoriscono il collegamento con la politica al fine di influenzarne le scelte e la necessità di creare le condizioni per favorire talune strutture, private e private accreditate»³⁴.

³² Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica*, cit., p. 279.

³³ Ministero della salute, *L'Italia per l'equità nella salute*, cit., p. 40: «Se si analizza il fenomeno della mobilità dal punto di vista socioeconomico, emerge anche un altro meccanismo di disuguaglianza nella salute: sono i malati del Sud più istruiti e ricchi di risorse e di relazioni che generalmente tendono a curarsi fuori dalla propria regione, e questo crea ulteriori disparità di accesso alle opportunità di cura».

³⁴ Meno studiato è invece il fenomeno del "turismo infraregionale", espressione talvolta di una scarsa capacità programmatica delle Regioni e di scelte poco persuasive con riferimento alla rete ospedaliera: Camera dei deputati, A.C. 1816 «Conversione in legge del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, recante misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria», *Relazione*, p. 3.

È noto che la procedura relativa ai piani di risanamento³⁵ e, ancora di più, il commissariamento si traducono in limitazioni significative dell'autonomia regionale^{36,37} e dei diritti fondamentali (le Regioni in questione non possono prevedere livelli di assistenza aggiuntivi: per tutte, Corte cost., sentt. 320/2008, 267/2010, 123/2011, 32, 131, 214/2012, 79, 104/2013, 117/2018, 36/2021)³⁸, determinando un pernicioso contenzioso tra Stato e Regioni, come evidenziato anche dal Presidente della Corte costituzionale³⁹.

La stessa esperienza dei piani di rientro, pur avendo garantito il ritorno in equilibrio dei conti dei Servizi sanitari regionali⁴⁰, ha evidenziato diffuse criticità⁴¹. La Corte dei conti ha infatti evidenziato come nelle Regioni soggette a piano di rientro le risorse fornite per il supporto al risanamento da parte dello Stato, garante dell'uguaglianza delle prestazioni su tutto il territorio nazionale (art. 117 comma 2, lett. *m* Cost e art. 119 Cost.), non consentano nella prassi un recupero immediato, per cui «in caso di crisi, le sanità entrano in un circolo vizioso che alimenta il loro sottosviluppo, specie in termini comparativi» anche per anni, «con un danno al principio di uguaglianza che non va inteso solo in senso personalistico, ma anche economico, atteso che la disuguaglianza induce mobilità sanitaria negativa per le Regioni in difficoltà, con una redistribuzione indiretta del Fondo sanitario nazionale a

³⁵ Dovendosi intendere compresi in tale categoria anche i piani di consolidamento e sviluppo, a seguito dell'uscita dal piano di rientro (Corte cost., sent. 130/2020).

³⁶ Per tutti, G. PITRUZZELLA, *Sanità e Regioni*, in *Le Regioni*, 2009, pp. 1177 ss.; E. GRIGLIO, *Il legislatore dimezzato: i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari ed interventi sostitutivi governativi*, in *Le Regioni*, 2012, pp. 455 ss.; M. BELLETTI, *Le Regioni «figlie di un Dio minore». L'impossibilità per le Regioni sottoposte a Piano di rientro di implementare i livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2013, pp. 1078 ss.; D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro: delegificazione dei principi fondamentali e asimmetria fra Stato e Regioni nel rispetto delle procedure di leale collaborazione*, in *Le Regioni*, 2014, pp. 203 ss.; L. VIOLINI, *Salute, sanità e Regioni: un quadro di crescente complessità* tecnica, politica e finanziaria, in *Le Regioni*, 2015, pp. 1019 ss.

³⁷ Importante, da questo punto di vista, la recente sent. 168/2021, nella quale la Corte costituzionale ha dichiarato incostituzionali alcune disposizioni contenute nel d.l. 150/2020 (convertito, con modificazioni, dalla l. 181/2020), in particolare, nella parte in cui non prevedevano, in alternativa alla presentazione e approvazione del programma operativo di prosecuzione del piano di rientro per il periodo 2022-2023, l'approvazione di un nuovo piano di rientro presentato dalla Regione; in tale sentenza, si legge infatti che «non appare ragionevole ed è insieme lesivo delle evocate competenze regionali, nonché dell'equilibrio di bilancio di cui all'art. 97, primo comma, Cost., costringere l'autonomia regionale fino a tutto il 2023 al solo proseguimento della soggezione al potere sostitutivo statale, escludendo quindi l'ipotesi che questa possa recuperare il ruolo che le è proprio»: *considerato in diritto*, n. 14. Su tale pronuncia, in particolare, A. PATANÈ, D. SERVETTI, *Il potere sostitutivo dello Stato di fronte alla "crisi dell'autonomia". Nota alla sentenza della Corte costituzionale n. 168/2021 sul piano di rientro sanitario della Regione Calabria*, in questa *Rivista*, 2021, pp. 257 ss.; A. CAROSI, *Risanamento finanziario, Garanzia dei livelli essenziali e poteri sostitutivi: Riflessioni a margine della sentenza della Corte Costituzionale n. 168 del 2021*, in *Bilancio Comunità Persona*, 2021, n. 2, pp. 50 ss.

³⁸ Per tutti, A. RUGGERI, *Summum ius summa iniuria, ovvero sia quando l'autonomia regionale non riesce a convertirsi in servizio per i diritti fondamentali (a margine di corte cost. n. 325 del 2011)*, in Id., *"Itinerari" di una ricerca sul sistema delle fonti*. XVI. *Studi dell'anno 2012*, Torino, Giappichelli, 2013, p. 10.

³⁹ G. CORAGGIO, Presidente della Corte costituzionale, *Relazione sull'attività della Corte costituzionale nel 2020*, in *www.cortecostituzionale.it*, p. 6.

⁴⁰ Ufficio parlamentare di bilancio, *Lo stato della sanità in Italia*, cit., pp. 11 ss.

⁴¹ Da ultimo, I. CIOLLI, *Poteri sostitutivi statali, piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria. Tra disuguaglianze e tentativi di emarginazione della decisione politica*, in *Dirittiregionali.it*, 2021, n. 1, pp. 38 ss. Sui piani di rientro, amplius A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari. Studio sul modello solidale di regionalismo in Italia*, Pisa, 2021.

favore delle regioni più virtuose, che registrano prestazioni adeguate ed in linea con la c.d. “griglia LEA”⁴².

Peraltro, paradossalmente anche le Regioni “virtuose” rischiano di non poter garantire sempre i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali «avendo già reso la spesa “efficiente”»: come è stato giustamente affermato, «entrambe le tendenze [...] sono il risultato di un procedimento di finanziamento della sanità ancora in larga parte determinato dal centro e soprattutto caratterizzato dallo scarso coordinamento tra la preventiva determinazione dei LEA e delle risorse e i successivi processi di convergenza basati sulla standardizzazione dei costi delle funzioni e sui limiti imposti alla spesa regionale per effetto del coordinamento finanziario»⁴³.

In questo contesto si addensano interrogativi pesanti anche relativamente al periodo post-pandemico, a proposito del quale è dubbia la capacità delle Regioni di attuare riforme, in prospettiva anche in attuazione del Pnrr. Sono numerose le Regioni che non hanno ancora definito progetti di intervento in politiche infrastrutturali in materia sanitaria per una quota significativa delle risorse destinate: la Corte dei conti ha affermato sul punto che «guardando oltre alla crisi sarà, quindi, determinante incidere anche sulla capacità progettuale delle amministrazioni, nonché sulle disponibilità effettive delle risorse già destinate ad investimenti, per far sì che gli oltre 6 miliardi per accordi di programma disponibili si traducano in progetti effettivi»⁴⁴.

3. Regioni e tutela della salute nella stagione della pandemia: una sorta di “cartina di tornasole” dei nodi irrisolti del regionalismo italiano

Nell'attuale momento storico i nodi irrisolti del regionalismo italiano e della perdurante inattuazione dell'art. 119 Cost. si sono palesati con grande evidenza, anche e soprattutto in materia sanitaria, vista la fortissima incidenza che essa ha sui bilanci regionali.

Per un verso, infatti, le esigenze di contrasto al COVID, in quanto patologia in grado di diffondersi a livello globale, hanno finito per radicare nell'ordinamento costituzionale «l'esigenza di una disciplina unitaria, di carattere nazionale, idonea a preservare l'uguaglianza

⁴² Corte dei conti, sez. reg. controllo Regione Campania, *Decisione nel giudizio di parificazione dei rendiconti della Regione Campania per gli esercizi finanziari 2017 e 2018* (decisione n. 217/2019/PARI), in www.corteconti.it, p. 124.

⁴³ G. RIVISECCHI, *Poteri, diritti e sistema finanziario tra centro e periferia*, in Associazione italiana dei Costituzionalisti, *Annuario 2018 – La geografia del potere. Un problema di diritto costituzionale*. Atti del XVIII Convegno annuale, Firenze, 16-17 novembre 2018, Napoli, 2019, p. 390.

⁴⁴ Corte dei conti, Sezioni riunite in sede di controllo, *Rapporto 2020 sul coordinamento della finanza pubblica*, cit., p. 325.

delle persone nell'esercizio del fondamentale diritto alla salute e a tutelare contemporaneamente l'interesse della collettività» (Corte cost., sent. 37/2021)⁴⁵.

L'accentramento delle competenze e delle risorse che ne è seguito ha amplificato una caratteristica di fondo dell'«eterna transizione» nella quale versa il più complessivo tessuto dei rapporti tra lo Stato e le autonomie territoriali: infatti, con la regionalizzazione dei sistemi sanitari «il diritto alla salute si è trovato a vivere nel crocevia di due coordinate: da un lato lo Stato che finanzia il Fondo sanitario nazionale, dall'altro le regioni che realizzano concretamente i sistemi di cura», dando luogo a una situazione paradossale di dissociazione delle responsabilità, per cui, se lo Stato taglia i finanziamenti, «sono le regioni che si trovano costrette nell'alternativa tra introdurre ticket sanitari, aumentare l'addizionale regionale all'IRPEF o ridimensionare i servizi sanitari offerti alla popolazione»⁴⁶.

In un contesto di finanza ancora sostanzialmente derivata, un peso decisivo spetta inevitabilmente alle scelte allocative e ai vincoli al governo delle finanze pubbliche adottate dal legislatore statale: in tal modo, come è stato esattamente osservato, «l'incidenza del dato finanziario, dunque, non soltanto non ha consentito agli enti sub-statali di identificare le funzioni per sviluppare vere e proprie politiche sulle prestazioni da fornire, ma ha amplificato i problemi di governo del sistema plurilivello, determinando spesso il disallineamento tra funzioni e risorse preordinate a garantire i livelli essenziali e i diritti costituzionali»⁴⁷; a ciò si aggiunga che un assetto del genere rischia di favorire (come in effetti è puntualmente avvenuto) polemiche anche aspre tra le Regioni e, in particolare, tra quelle a statuto ordinario e quelle a statuto speciale, dando luogo a conflittualità patologiche, soprattutto con riferimento al riparto delle risorse (come puntualmente osservato anche dalla Corte costituzionale: cfr., in particolare, la sent. 103/2018)⁴⁸.

⁴⁵ Considerato in diritto, n. 7.1. Su tale pronuncia, per tutti, B. CARAVITA, *La sentenza della Corte sulla Valle d'Aosta: come un bisturi nel burro delle competenze (legislative) regionali*, in *www.federalismi.it*, paper, 21 aprile 2021; M. MEZZANOTTE, *Pandemia e riparto delle competenze Stato-Regioni in periodi emergenziali*, in *Consultaonline*, 2021, n. 1, pp. 329 ss.; D. MORANA, *Ma è davvero tutta profilassi internazionale? Brevi note sul contrasto all'emergenza pandemica tra Stato e regioni, a margine della sent. n. 37/2021*, in *www.forumcostituzionale.it*, 2021, n. 2, pp. 10 ss.; G. MENEGUS, *Osservazioni sulla prima sospensione cautelare (ordinanza n. 4/2021) di una legge regionale da parte della Corte costituzionale (e sulla sent. n. 37/2021)*, *ivi*, pp. 87 ss.; A. CARDONE, *Contrasto alla pandemia, "annichilimento" della potestà legislativa regionale e torsioni della decretazione d'urgenza: è davvero così liberamente derogabile il sistema di protezione civile?*, *ivi*, pp. 311 ss.; A. POGGI, G. SOBRINO, *La Corte, di fronte all'emergenza Covid, espande la profilassi internazionale e restringe la leale collaborazione (ma con quali possibili effetti?) (nota a Corte Cost. sentenza n. 37/2021)*, in *www.osservatorioaic.it*, 2021, n. 4, pp. 231 ss.

⁴⁶ L. ANTONINI, *Tecniche decisorie*, cit., p. 101.

⁴⁷ G. RIVOSECCHI, *Il regionalismo differenziato, un istituto della Repubblica delle autonomie: perché e come realizzarlo entro i limiti di sistema*, in *www.federalismi.it*, 2022, n. 4, p. 859.

⁴⁸ Su tale pronuncia, in particolare, F. GUELLA, *"Accordi" imposti unilateralmente e "transitorietà" rinnovabile all'infinito: l'inevitabile mal funzionamento della leale collaborazione in un sistema costruito su categorie ambigue*, in *Le Regioni*, 2018, pp. 1022 ss.; L. ANTONINI, M. BERGO, *Il principio di leale collaborazione e la remuntada delle Regioni nei rapporti finanziari con lo Stato: brevi riflessioni a margine di alcune recenti sentenze della Corte costituzionale*, in *www.federalismi.it*, 2018, n. 12, pp. 1 ss.

Le Regioni hanno evidenziato a più riprese le criticità derivanti soprattutto nel 2021 dai maggiori costi da essa sostenuti non solo per la complessiva gestione dell'emergenza pandemica ma anche per l'attuazione della campagna vaccinale, per il mantenimento delle diverse prestazioni non procrastinabili, nonché per la ripartenza delle attività sanitarie programmabili. Peraltro, nonostante questi maggiori impegni anche rispetto al 2020, le risorse statali sono risultate in diminuzione di ben 2,2 miliardi di euro, a fronte di un volume di costi emergenziali stimati in una cifra superiore agli 8 miliardi di euro (pari a un costo medio pro capite a livello nazionale di 135,45 euro), solo in parte coperti dalle risorse stanziolate dal Governo con disposizioni contenute in decreti-legge, in alcuni casi vincolate a determinati e particolari obiettivi.

Per arginare il rischio di una compromissione dell'equilibrio dei bilanci sanitari e della paradossale applicazione della disciplina di cui all'art. 1, comma 174, della l. 311/2004⁴⁹, in sede di conversione del d.l. 146/2021 è stato istituito (art. 16, comma 8-*septies*) un apposito fondo, con una dotazione peraltro non del tutto adeguata (600 milioni di euro), «quale contributo statale a titolo definitivo alle ulteriori spese sanitarie collegate all'emergenza rappresentate dalle Regioni e dalle Province autonome nell'anno 2021», secondo una ripartizione da definire sulla base di apposita intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome. Le somme acquisite dalle Regioni e dalle Province autonome in forza di questo fondo «concorrono alla valutazione dell'equilibrio finanziario per l'anno 2021 dei rispettivi servizi sanitari». Tale fondo è stato successivamente incrementato di ulteriori 400 milioni in forza dell'art. 11 del d.l. 4/2022.

4. I rapporti tra Stato e Regioni nella stagione della pandemia (con particolare riferimento alla tutela della salute): occorre allocare allo Stato la tutela della salute?

Anche queste contraddizioni e i limiti di un assetto istituzionale che, nonostante la revisione del Titolo V del 2001, appare ancora per molti aspetti riconducibile a un “regionalismo senza modello”⁵⁰ hanno finito per riproporre a livello politico proposte di innovazione istituzionale di segno opposto⁵¹.

⁴⁹ Come è noto, ai sensi di tale disposizione, in caso di squilibrio economico-finanziario della parte sanitaria devono essere adottati immediati interventi per il ripiano del disavanzo, in particolare con l'applicazione nella misura massima prevista dalla vigente normativa dell'addizionale IRPEF, con la maggiorazione dell'aliquota dell'IRAP, con il divieto di effettuare spese non obbligatorie.

⁵⁰ M. LUCIANI, *Un regionalismo senza modello*, in *Le Regioni*, 1994, pp. 1334 ss.

⁵¹ Per tutti, M. COSULICH, *Il governo della salute ai tempi della pandemia da COVID-19: più Stato, meno Regioni?*, in *Le Regioni*, 2021, pp. 553 ss.

Da una parte, soprattutto nella prima fase dell'emergenza pandemica si sono succedute proposte di revisione dell'art. 117 Cost., intese a trasferire allo Stato la competenza legislativa esclusiva in materia di tutela della salute e/o a introdurre una clausola di supremazia a tutela di imprescindibili interessi unitari⁵².

In premessa, non si può non ricordare che la competenza delle Regioni in materia di tutela della salute non è imputabile alla riforma del Titolo V del 2001 (considerazione, questa, ampiamente trascurata nel dibattito politico), essendo stata introdotta già in precedenza, in particolare a partire dalla riforma del 1999, sul presupposto di avvicinare il servizio sanitario al territorio e alle esigenze dei cittadini⁵³. In questo senso, con specifico riferimento alla tutela della salute, il Titolo V revisionato nel 2001 «non ha apportato innovazioni significative rispetto alla situazione previgente, per quanto attiene sia al criterio di riparto delle competenze legislative, sia all'estensione materiale delle medesime, e pertanto il suo impatto sulla legislazione ordinaria è stato assai contenuto»; semmai è vero il contrario, ovvero che la revisione costituzionale nella distribuzione delle competenze ha attinto largamente all'evoluzione della legislazione ordinaria previgente⁵⁴.

Rinviando alla dottrina sul punto, pare sufficiente in questa sede osservare che l'attrazione allo Stato di una competenza onnicomprensiva in materia sanitaria appare una proposta assai poco realistica, confidando in una mitologica capacità del centro di governare una materia intrinsecamente assai complessa: da questo punto di vista, invece la competenza concorrente dovrebbe consentire di coniugare un'uniformità necessaria, data dall'esistenza del Servizio sanitario nazionale, con una differenziazione ragionevole, che appare per alcuni profili necessaria⁵⁵.

È quindi ampliando il tessuto dei principi fondamentali – nozione ricostruita dalla giurisprudenza costituzionale in termini assai sensibili alle esigenze unitarie, essendo estesa anche a disposizioni puntuali qualora esse siano legate ai principi da un rapporto di co-essenzialità e di necessaria integrazione (Corte cost., sent. n. 430 del 2007 più volte richiamata dalla giurisprudenza successiva)⁵⁶ – che si potrebbero colmare eventuali “falle” esi-

⁵² Nel primo senso, ad esempio, i d.d.l. A.S. n. 1767 e 1772 (entrambi recanti «Modifiche all'articolo 117 della Costituzione, concernenti l'attribuzione allo Stato della competenza legislativa esclusiva in materia di tutela della salute», di iniziativa, rispettivamente, dei sen. Fattori e Nugnes, e della sen. Taverna e altri); nel secondo senso, A.C. n. 2422 («Introduzione dell'articolo 116-bis e modifica all'articolo 117 della Costituzione, in materia di conferenze per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le autonomie locali e di clausola di supremazia statale», di iniziativa dell'on. Ceccanti e altri); A.C. n. 2458 («Modifica all'articolo 117 della Costituzione, concernente la clausola di supremazia statale per la tutela dell'unità giuridica o economica della Repubblica o dell'interesse nazionale», di iniziativa dell'on. Boschi ed altri).

⁵³ G. GARDINI, *La polarizzazione del dibattito pubblico dinanzi all'emergenza sanitaria*, in *Ist. fed.*, n. sp. 2020, p. 9.

⁵⁴ R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare (e da non fare) in sanità nella (lunga e faticosa) transizione verso il post-pandemia*, in questa *Rivista*, 2020, n. 1, p. 340.

⁵⁵ Così, A. PIOGGIA, *La lezione*, cit., p. 25, secondo la quale «i cosiddetti determinanti di salute mettono in piena evidenza come il benessere dipenda strettamente dall'ambiente di vita, dai fattori culturali, economici e sociali che lo caratterizzano, aspetti dei quali, conseguentemente, anche i servizi a tutela di questo benessere debbono tenere pienamente conto, atteggiandosi in modo diverso a seconda delle diverse condizioni che si trovano a fronteggiare».

⁵⁶ Per tutti, F. CORVAJA, *La potestà concorrente, tra conferme e novità*, in *Regioni*, 2011, p. 287 ss.

stenti anche in termini di erogazione dei servizi sanitari; pertanto, questioni assai rilevanti, che costituiscono altrettante sfide per la politica innanzitutto nazionale (potenziamento della capacità di coordinamento del centro; valorizzazione dei poteri sostitutivi; potenziamento della prevenzione; valorizzazione dei processi di integrazione socio-sanitaria; innovazione)⁵⁷ debbono essere affrontate sul terreno legislativo (se non su quello della volontà politica, non mancando, già *de iure condito*, strumenti in alcuni casi adeguati) e non su quello dell'innovazione costituzionale⁵⁸, anche perché appare illusorio pensare «che i rapporti tra Stato e Regioni si possano soddisfacentemente risolvere una volta per tutte assegnando “materie”, ora in esclusiva allo Stato, ora parzialmente o totalmente (in teoria) alle Regioni», essendo invece rilevante in questo senso l'«indirizzo della legislazione ordinaria dello Stato»⁵⁹.

Le considerazioni che precedono consigliano quindi un approccio riformatore prudente «abbandonando l'idea che si debba sempre ricominciare tutto da zero e tenendo invece in debita considerazione l'esperienza sin qui maturata, che sarebbe un errore valutare “a priori” come del tutto negativa»⁶⁰, a maggior ragione perché l'esperienza ha dimostrato che il modello introdotto a partire dal 1978 ha consentito significativi progressi nel livello di tutela della salute della popolazione italiana rispetto al sistema previgente⁶¹.

Più in generale, e anche al di là delle vicende recenti, la fiducia verso uno Stato ancora più protagonista delle scelte in materia sanitaria non è risultata comunque sempre ben riposta: emblematica al riguardo è la recente sent. 62/2020, nella quale la Corte costituzionale ha affermato che «l'intreccio tra profili costituzionali e organizzativi comporta che la funzione sanitaria pubblica venga esercitata su due livelli di governo: quello statale, il quale definisce le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a fornire ai cittadini – cioè i livelli essenziali di assistenza – e l'ammontare complessivo delle risorse economiche necessarie al loro finanziamento; quello regionale, cui pertiene il compito di organizzare sul territorio il rispettivo servizio e garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto degli standard costituzionalmente conformi». In questa sentenza, pur dichiarando incostituzionale una legge regionale siciliana la Corte riconosce che «è vero che nel caso di specie la fondatezza della censura statale, all'esito dell'istruttoria esperita, ne svela le cause effettive, alle quali non è estraneo il comportamento del ricorrente, corresponsabile

⁵⁷ R. BALDUZZI, *Cinque cose da fare*, cit.; C. TUBERTINI, *Collaborazione necessaria*, cit., pp. 91 ss.

⁵⁸ È quindi in questo senso, che può invocarsi «più Stato», in tutte le sue espressioni e al massimo della sua efficienza» e un cambio di passo delle politiche per il sud con interventi per lo sviluppo anche in materia di tutela della salute, più intensi e integrati, più continui e finalizzati: sul punto, A. SPADARO, *Riflessioni sparse sul regionalismo italiano: il caso delle Regioni meridionali*, in *Le Regioni*, 2017, pp. 899 ss.

⁵⁹ G. FALCON, *Le piste possibili del regionalismo, dopo il referendum costituzionale*, in *Regioni*, 2016, p. 781.

⁶⁰ P. CARETTI, *La potestà legislativa regionale nelle proposte di riforma del Titolo V della seconda parte della Costituzione*, in G. CERRINA FERONI, G. TARLI BARBIERI (a cura di), *Le Regioni dalla Costituente al nuovo Senato della Repubblica*, Napoli, 2016, pp. 46-47.

⁶¹ C. TUBERTINI, *Collaborazione necessaria e differenziazione responsabile: riflessioni sparse su emergenza pandemica e sistema plurilivello*, in *Ist. fed.*, n. sp. 2020, p. 93.

della lunghissima stasi delle trattative e della mancata attuazione dell'art. 1, commi 830, 831 e 832, della legge n. 296 del 2006». E ciò perché «la trasversalità e la primazia della tutela sanitaria rispetto agli interessi sottesi ai conflitti finanziari tra Stato e Regioni in tema di finanziamento dei livelli essenziali, impongono una visione trascendente della garanzia dei LEA che vede collocata al centro della tutela costituzionale la persona umana, non solo nella sua individualità, ma anche nell'organizzazione delle comunità di appartenenza che caratterizza la socialità del servizio sanitario».

Come è stato giustamente affermato, la pronuncia in questione è importante non solo perché ribadisce il primato del principio di leale collaborazione, che anche lo Stato non può violare, ma anche perché sembra ritenere plausibili le scelte di fondo operate dalla Costituzione circa la tutela della salute: «L'opportunità che il servizio sanitario pubblico rimanga affidato alle Regioni ha senso però [...] se le risorse per tale funzione continueranno ad essere adeguatamente determinate e assegnate in giusta misura alle istituzioni territoriali: queste potranno rispondere al meglio al bisogno di salute delle persone – in questa fase particolarmente esposto all'attacco della natura – se riusciranno ad instaurare un dialogo improntato alla collaborazione con gli apparati centrali, scevro da qualsiasi finalità politica e unicamente volto a reagire all'unisono per il benessere della collettività»⁶². E ancora prima (sent. 6/2019) la Corte aveva censurato il bilancio di previsione per il 2018 (art. 1, comma 851, l. 205/2017) nella parte in cui, nel triennio 2018-2020 e nelle more della definizione dell'accordo di finanza pubblica, non riconosceva alla Sardegna adeguate risorse. Anche in tale pronuncia si legge che l'equilibrio complessivo della finanza pubblica allargata «a meno di non voler pregiudicare con una sproporzionata compressione l'autonomia di un singolo ente territoriale – deve essere congruente e coordinato con l'equilibrio della singola componente aggregata se non si vuole compromettere la programmazione e la scansione pluriennale dei particolari obiettivi che compongono la politica della Regione. È stato in proposito precisato che “il principio della copertura consiste nell'assoluto equilibrio tra risorse e spese, sia in fase previsionale che durante l'intero arco di realizzazione degli interventi” (sentenza n. 101 del 2018). E quindi il superiore interesse alla realizzazione dell'equilibrio della finanza pubblica allargata trova il suo limite nella correlata esigenza di sana gestione finanziaria dell'ente che vi è soggetto e – con riguardo alle autonomie territoriali, categoria di appartenenza della ricorrente – nell'esigenza di garantire adeguatamente il finanziamento delle funzioni assegnate»⁶³.

⁶² C. BUZZACCHI, *Il ruolo del «servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale» alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *Le Regioni*, 2020, p. 863.

⁶³ Su tale pronuncia, in particolare, F. GUELLA, *Incostituzionalità per insufficienza: la Corte censura la non previamente concertata quantificazione statale dei maggiori spazi di spesa regionale, con una sentenza additiva di principio che nondimeno abbisogna di futuro accordo*, in *Le Regioni*, 2019, pp. 331 ss.; C. FORTE, M. PIERONI, *Le sentenze n. 101/2018 e n. 6/2019 della Corte costituzionale: il rapporto tra legge e bilancio e gli effetti delle pronunce sui saldi di finanza pubblica*, in *www.forumcostituzionale.it*, 2020, n. 2, pp. 97 ss.; E. TALARICO, *Quando le sentenze costituzionali limitano*

5. All'opposto: la (discutibile) prospettiva di attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost.

In una prospettiva opposta, è ripreso il dibattito sull'attuazione dell'autonomia differenziata.

Nella nota di aggiornamento del documento di economia e finanza 2021 si indica, tra i disegni di legge collegati alla decisione di bilancio, a completamento della manovra di bilancio 2022-2024, il disegno di legge recante «Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata di cui all'articolo 116, comma 3, Cost.».

In altra sede sono state evidenziate perplessità sul percorso attuativo dell'art. 116, comma 3, quale si è delineato in particolare nel corso dell'attuale legislatura⁶⁴, a maggior ragione con riferimento all'ipotesi di attribuire ulteriori forme condizioni particolari di autonomia in materia sanitaria; e ciò per i rischi di “destrutturazione” del Servizio sanitario nazionale e quindi di una lesione del diritto alla salute, nella sua declinazione di diritto sociale, di cui all'art. 32 Cost., e quindi espressione dei principi costituzionali di eguaglianza sostanziale e di solidarietà⁶⁵. In questo senso, la stretta correlazione tra tutela del diritto alla salute come sopra configurato ed esistenza di un Servizio sanitario nazionale⁶⁶ non può essere spezzata facendo leva sull'art. 116, comma 3, Cost., posto che il richiamo all'eguaglianza sostanziale, al principio di solidarietà e allo stesso principio personalista postula l'esistenza di presidi unitari, anche e soprattutto di carattere organizzativo, finalizzati a ridurre le diseguaglianze territoriali e non a cristallizzarle⁶⁷, alla luce degli obiettivi che il legislatore ordinario ha perseguito, in ossequio all'art. 32 Cost., ovvero universalità dei destinatari, globalità della copertura assistenziale, equità di accesso sotto il profilo economico e territoriale. In altre parole, l'art. 116, comma 3, Cost. non può costituire un ulteriore fattore di indebolimento e «di crisi del federalismo solidaristico e cooperativo regolato dal titolo V, parte II, della Costituzione»⁶⁸.

Inoltre, le Regioni dispongono già di spazi potenzialmente non irrilevanti di autonomia in materia di organizzazione del Servizio sanitario regionale. Inoltre, stante l'allocazione alla potestà concorrente della “tutela della salute”, buone pratiche esistenti e sperimentate in

la discrezionalità delle politiche di bilancio del legislatore. Note alla sentenza della Corte costituzionale n. 6 del 2019, in *Bilancio, comunità, persona*, 2019, n. 1, pp. 82 ss.

⁶⁴ Sul punto, sia consentito un rinvio a G. TARLI BARBIERI, *L'attuazione dell'art. 116, terzo comma, Cost.: procedure e prospettive*, in questa *Rivista*, 2020, n. 1, pp. 125 ss.

⁶⁵ Sul punto, per tutti, R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in questa *Rivista*, 2018, n. 3, pp. 465 ss.; sul collegamento tra Servizio sanitario nazionale e tutela del diritto alla salute, cfr. anche, per tutti, D. MORANA, *La salute come diritto fondamentale. Lezioni*, Torino, 2015, pp. 69 ss.; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2017, pp. 34 ss.

⁶⁶ Per tutti, C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in questa *Rivista*, 2018, n. 3.

⁶⁷ R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *www.rivistaaic.it*, 2019, n. 2, pp. 7 ss.

⁶⁸ F. GALLO, *I limiti del regionalismo differenziato*, in *Astrid rassegna*, n. 9/2019, p. 1.

una Regione possono essere estese all'intero sistema e, ancora, il trasferimento di ulteriori funzioni amministrative può essere ben perseguito attraverso l'organica attuazione dell'art. 118 Cost.

Si consideri poi l'impatto decisivo che in questa materia è rivestito dai livelli essenziali di assistenza e dal loro meccanismo di finanziamento, con tutti i problemi che, ad esempio, si determinerebbero in caso di modifiche degli stessi.

Più in generale, appare fonte di seri problemi ipotizzare l'attuazione dell'art. 116, comma 3, Cost., in presenza di un quadro costituzionale ancora da attuare in alcuni nodi fondamentali, a cominciare da quello dell'autonomia finanziaria.

A fronte di queste prospettive incerte emerge, assai più realisticamente, l'esigenza di uno sviluppo degli strumenti di armonizzazione delle competenze tra lo Stato e le Regioni attraverso le sedi della concertazione, e quindi attraverso il sistema delle Conferenze⁶⁹. Si tratta di un tema noto, ampiamente studiato ma che trova continue conferme nella giurisprudenza costituzionale: è sufficiente ricordare, da ultimo la sent. 142/2021, nella quale si legge che in materia di tutela della salute «la presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione, nel rispetto delle reciproche competenze. Ciò al fine di realizzare una gestione del sistema sanitario efficiente e capace di rispondere alle istanze dei cittadini coerentemente con le regole di bilancio, le quali prevedono la separazione dei costi "necessari", inerenti alla prestazione dei LEA, dalle altre spese sanitarie, assoggettate invece al principio della sostenibilità economica»⁷⁰.

È stata poi proposta la codificazione della Conferenza dei Presidenti delle Regioni e delle Province autonome⁷¹, il cui rilievo istituzionale è apparso centrale nella stagione della pandemia⁷², quale strumento di coordinamento orizzontale tra le Regioni che potrebbe favorire anche scambi di esperienze e misure di sostegno da parte di alcune Regioni rispetto ad altre⁷³.

In definitiva, quindi, anche (ma non solo) in materia sanitaria occorrerebbe una strategia riformatrice congiunta dello Stato e delle Regioni, auspicabilmente finalizzata a ristabilire una correlazione tra autonomia e responsabilità che è andata progressivamente smar-

⁶⁹ G. GARDINI, *La polarizzazione*, cit., pp. 8-9; G. DI COSIMO, *Le forme della collaborazione al tempo della pandemia*, in *Le Regioni*, 2021, pp. 543 ss.

⁷⁰ *Considerato in diritto*, n. 2. La Corte conclude sul punto, significativamente: «In sostanza, la determinazione, il finanziamento e l'erogazione dei LEA compongono un sistema articolato il cui equilibrio deve essere assicurato dalla sinergica coerenza dei comportamenti di tutti i soggetti coinvolti nella sua attuazione».

⁷¹ L'istituzionalizzazione della Conferenza è stata proposta nell'ambito dell'audizione della Conferenza stessa presso la Commissione bilancio del Senato in ordine al disegno di legge recante il bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e il bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 (22 novembre 2021).

⁷² Per tutti, R. BIN, *Il filo rosso della dialettica tra unità e autonomia*, in *Le Regioni*, 2021, pp. 52 ss.

⁷³ A. PIOGGIA, *La lezione*, cit., p. 25; C. TUBERTINI, *Collaborazione necessaria*, cit., pp. 96 ss.

rendosi⁷⁴, senza dimenticare quanto affermato dalla Corte costituzionale in una non più recente pronuncia, ovvero che «autonomia non significa, infatti, potestà di deviare rispetto al comune percorso definito dalla Costituzione, sulla base della condivisione di valori e principi insensibili alla dimensione territoriale, tra i quali spicca l'adempimento da parte di tutti dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale (art. 2 Cost.)» (Corte cost., sent. 219/2013).

Più in generale, non si può non ribadire l'auspicio che la “questione regionale” divenga una prioritaria questione nazionale, ben sapendo, da un lato, che l'“approccio congiunturale” alle riforme seguito fin qui costituisce una patologia dura a morire⁷⁵ e, dall'altro, che nell'attuale legislatura prospettive riformatrici di ampio respiro appaiono difficili da immaginare, mentre fondamentali scelte già operate, a cominciare dalle procedure decisionali relative al Pnrr, vedono il perpetuarsi di logiche forse inevitabilmente centralistiche, destinate a radicarsi anche nell'immediato futuro.

⁷⁴ G.C. DE MARTIN, *A voler prendere sul serio i principi costituzionali sulle autonomie territoriali*, in Associazione italiana dei costituzionalisti, *Annuario 2018*, cit., pp. 530 ss.

⁷⁵ Sulla quale, per tutti, A. MORELLI, *Le relazioni istituzionali*, in Associazione italiana dei Costituzionalisti, *Annuario 2018*, cit., p. 164.

