DE IUSTITIA

Rivista scientifica Gennaio 2026

DIRITTO PUBBLICO ISSN 2974-7562

IL DIRITTO ALLA SALUTE NEL "DIFFICILE" BILANCIAMENTO TRA STATO E REGIONI

di **Giulio AMODIO***

ABSTRACT

Il presente contributo si prefigge l'obiettivo di delineare i caratteri classici del diritto alla salute, partendo dal suo fondamento costituzionale, per poi indagare come la tutela della salute si sia evoluta nell'ambito del rinnovato assetto della Repubblica delle autonomie. Infine, si passeranno in rassegna i caratteri essenziali dell'istituto dei piani di rientro delle Regioni, cercando di dimostrare come il loro impiego consenta di dare attuazione a due diversi principi costituzionali, quali la tutela della salute e il pluralismo istituzionale, coniugando la tutela dei diritti sociali con le esigenze di corretta gestione delle risorse finanziarie e di eguaglianza tra cittadini.

L'obiettivo è quello di fornire un'analisi sistematica che consenta di cogliere le tensioni, gli equilibri e le prospettive evolutive del diritto alla salute nel quadro dello Stato costituzionale italiano.

This paper aims to outline the classic characteristics of the right to health, starting from its constitutional foundation, and then explore how health care has evolved within the context of the renewed structure of the "Republic of Autonomies". Finally, it will review the essential features of the regional recovery plans, seeking to demonstrate how their use enables the implementation of two distinct constitutional principles: health care and institutional pluralism, combining the protection of social rights with the needs of proper management of financial resources and equality among citizens.

The objective is to provide a systematic analysis that allows us to grasp the tensions, balances, and evolutionary prospects of the right to health within the framework of the Italian constitutional state.

SOMMARIO

1. Il fondamento costituzionale del diritto alla salute 1
2. L'evoluzione della tutela della salute nel modello regionale italiano..... 4
3. La dimensione finanziaria della tutela della salute 7
4. I piani di rientro sanitario 11
5. Conclusioni 14

1. IL FONDAMENTO COSTITUZIONALE DEL DIRITTO ALLA SALUTE

Il diritto alla salute occupa una posizione centrale nell'architettura dei diritti fondamentali riconosciuti dagli ordinamenti costituzionali contemporanei. La sua rilevanza non è soltanto giuridica, ma anche sociale, politica ed economica, in quanto strettamente connessa alla tutela della dignità della persona umana e alla realizzazione dell'eguaglianza sostanziale[1].

Il diritto alla salute rappresenta, dunque, uno dei cardini dello Stato sociale e mette in luce la tensione tra riconoscimento dei diritti fondamentali, organizzazione dei poteri pubblici e sostenibilità delle risorse finanziarie.

L'analisi del fondamento costituzionale del diritto alla salute implica una riflessione che va oltre il dato testuale della norma costituzionale, coinvolgendo la sua interpretazione sistematica, l'elaborazione dottrinale e l'evoluzione giurisprudenziale, in particolare ad opera della Corte costituzionale, nonché l'influenza degli ordinamenti sovranazionali[2].

* Avvocato iscritto al Foro di Torre Annunziata.

[1] A. PAPA, *La tutela multilivello della salute nello spazio europeo: opportunità o illusione*, in *www.federalismi.it*, 4/2018. L'Autrice evidenzia come la Costituzione italiana si sia distinta per l'essere una delle prime Carte democratiche ad aver riconosciuto al diritto alla salute la qualifica di diritto fondamentale, con ciò distinguendo tale diritto dagli altri ricompresi nella prima parte della Costituzione. Una scelta che, secondo l'Autrice risponde alla volontà di evidenziare l'indissolubile legame tra diritto alla salute e il bene primario della vita, essendo il primo una condizione imprescindibile per il godimento del bene vita.

[2] Il fondamento costituzionale del diritto alla salute si arricchisce dei contributi provenienti dal diritto internazionale ed europeo. La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea riconosce il diritto alla protezione della salute, mentre la Convenzione europea dei diritti dell'uomo, pur non prevedendo una disposizione specifica, tutela la salute attraverso il diritto alla vita e il divieto di trattamenti inumani o degradanti. L'integrazione

Il diritto alla salute si configura, infatti, come un diritto complesso, caratterizzato da una dimensione sia negativa (diritto a non subire interferenze indebite) sia positiva (diritto a prestazioni), nonché da una tensione costante tra esigenze individuali e interessi collettivi.

Nell'ordinamento italiano, come noto, tale diritto trova il proprio fondamento nell'art. 32 della Costituzione, disposizione che rappresenta una delle innovazioni introdotte dal costituente del 1948 rispetto alle esperienze pregresse[3] e che si è rivelata capace di adattarsi alle profonde trasformazioni istituzionali, sociali ed economiche che hanno interessato il nostro ordinamento negli ultimi decenni.

L'art. 32, primo comma, della Costituzione dispone che «la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo[4] e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».

La collocazione di tale disposizione all'interno dei principi fondamentali in materia di rapporti etico-sociali evidenzia la volontà del costituente di attribuire al diritto alla salute una posizione di assoluto rilievo nel sistema costituzionale.

La scelta del costituente di qualificare la salute come "fondamentale[5] diritto dell'individuo e interesse della collettività" riflette una concezione avanzata del rapporto tra persona e Stato, nella quale la tutela dell'integrità psico-fisica assume valore primario e condizionante rispetto all'azione dei pubblici poteri.

La qualificazione della salute come "fondamentale[6] diritto dell'individuo" implica infatti il riconoscimento di una sfera giuridica soggettiva inviolabile[7], strettamente connessa all'art. 2 della Costituzione, che tutela i diritti inviolabili dell'uomo.

In questa prospettiva, la salute non è intesa in senso meramente biologico come assenza di malattia, ma come stato di benessere fisico e psichico[8], per poi finire a ricomprendere anche un'accezione di salubrità ambientale[9], sociale e relazionale[10], tanto nella vita quotidiana quanto nel

tra ordinamento interno e ordinamento sovranazionale rafforza la tutela del diritto alla salute, imponendo agli Stati membri standard minimi di protezione e favorendo un'interpretazione evolutiva delle norme costituzionali.

[3] C. DI COSTANZO, A. CERRUTI, *Allocazione delle risorse e tutela costituzionale del diritto alla salute. I sistemi in Europa e il caso italiano*, Bologna, 2020; C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Raccolta di scritti*, Milano, 1972, 433 dove si legge che "*la Costituzione italiana è la sola, fra quelle contemporanee, che, nel conferire rilievo costituzionale agli interessi collegati con la salute dei cittadini ne abbia dato una disciplina compiuta*".

[4] L'utilizzo del termine "individuo" nel testo costituzionale dimostra la scelta ben precisa del Costituente di riconoscere una tutela del diritto alla salute universale, cioè sganciata da qualsiasi qualificazione economica e sociale e finanche dallo status di cittadino. In tal senso, R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di) *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, pp. 23 ss.

[5] Il diritto alla salute è l'unico diritto ad essere espressamente qualificato nella Costituzione come fondamentale ed in generale è un termine usato con parsimonia nella Carta: oltre che nell'art. 32 esso è impiegato nei principi generali enunciati nei primi dodici articoli, ed in altre sporadiche disposizioni quali l'art. 81 Cost, all'art. 117 Cost. ed infine nella XVII Disposizione Finale, che definisce la Costituzione come legge fondamentale della Repubblica. Dunque, l'impiego del termine fondamentale nell'art. 32 Cost. è considerata una rarità. Tuttavia, la portata di tale fondamentalità è ancora dibattuta in dottrina, tornando ad essere oggetto di accesi dibattiti soprattutto a seguito dell'emergenza pandemica. Sul punto, D. MORANA, *Il fondamentale diritto alla salute nell'emergenza pandemica: princeps o tiranno?* in *Quod. Cost.*, 4, 2022.

[6] Il fatto che il diritto alla salute sia un diritto fondamentale e non semplicemente inviolabile, non esclude che esso sia, al contempo, entrambe le cose. Sul punto, D. MORANA, *La fondamentalità del diritto e dell'interesse della collettività alla salute: metamorfosi di una garanzia costituzionale, dal caso Ilva ai tempi della pandemia*, in D. MORANA (a cura di), *I diritti costituzionali in divenire. Tutele consolidate e nuove esigenze di protezione*, Napoli 2023, 169 ss., evidenzia come il diritto alla salute condivida con gli altri diritti dell'uomo la speciale protezione dell'inviolabilità intesa (quanto meno) come necessaria permanenza nel novero dei diritti costituzionali (e dunque come garanzia di esistenza) assicurata dall'art. 2 Cost. Nello stesso senso anche P. GROSSI, *Diritti fondamentali e diritti inviolabili nella Costituzione italiana*, in P. GROSSI, *Il diritto costituzionale tra principi di libertà e istituzioni*, Padova, 2008, 1.

[7] Per diritto inviolabile si intende un diritto strettamente connesso alla dignità umana e non rivedibile nel suo nucleo essenziale neppure con procedimento di revisione costituzionale (sulla irrivedibilità: Corte cost. 1146/88; 366/91).

[8] Ciò è stato chiaramente affermato dalla Corte costituzionale in diverse sentenze, tra cui la n. 161/85; 221/15 la n.180/2017.

[9] Parte della dottrina vede nella tutela dell'ambiente la natura prosecuzione del diritto alla salute. In proposito M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, Dir.soc.1980, 784 ss; M. LUCIANI, *Diritto alla salute* (dir.cost.) in Enc.giur., XXVII, Roma, 1991, 6 e ss. In questo contesto, la giurisprudenza costituzionale ha riconosciuto agli individui il diritto alla salubrità degli ambienti di vita; sul punto Cass. 5172/79; 210 e 641 del 1987; 83/13.

[10] D. MORANA, *Prima e dopo la cura: nuove dimensioni nella tutela della salute*, in BioLaw Journal, 2, 2019; in Giurisprudenza, Corte di Cassazione, I, Sez.Civ., Sentenza 16 ottobre 2007, n. 21748, punto 6.1. della motivazione della decisione, secondo cui "*la nuova dimensione che ha assunto la salute, non più intesa come semplice assenza di malattia, ma*

lavoro[11], secondo una concezione ampia e dinamica, coerente con la definizione proposta dall'Organizzazione mondiale della sanità[12].

Al contempo, la previsione costituzionale riconosce la salute come "interesse della collettività", sottolineando la dimensione pubblica e solidaristica della sua tutela.

Tale impostazione riflette una visione non individualistica dei diritti fondamentali, ma orientata alla loro integrazione in un contesto sociale, nel quale la protezione della salute individuale contribuisce al benessere complessivo della comunità.

In tale prospettiva si inserisce il compito della Repubblica[13] di garantire cure gratuite agli indigenti[14].

Sulla scorta delle considerazioni svolte, il diritto alla salute si configura cioè come presupposto imprescindibile per l'esercizio degli altri diritti fondamentali e per la piena partecipazione dell'individuo alla vita sociale[15].

Nel corso dei decenni, la tutela della salute si è progressivamente arricchita di contenuti e strumenti, passando da una concezione prevalentemente statica a una dimensione dinamica, nella quale il diritto si realizza attraverso politiche pubbliche complesse, un sistema sanitario articolato e un intreccio costante tra livelli di governo.

In questo percorso evolutivo, il regionalismo, la finanza pubblica e i meccanismi di controllo della spesa hanno assunto un ruolo sempre più centrale, incidendo profondamente sull'effettività del diritto alla salute.

La formulazione dell'art. 32 Cost. evidenzia proprio la predetta peculiare natura bifronte del diritto alla salute, che si colloca al crocevia tra diritti di libertà e diritti sociali. Da un lato, come diritto individuale, esso tutela la libertà dell'uomo contro interventi arbitrari o lesivi della propria integrità psico-fisica; dall'altro, come interesse collettivo, impone allo Stato l'adozione di politiche pubbliche volte a prevenire le malattie, promuovere condizioni di vita salubri e garantire l'accesso alle cure.

Segnatamente, la dimensione individuale del diritto alla salute trova attuazione nel principio del consenso informato e nel diritto all'autodeterminazione terapeutica, che trovano

come stato di completo benessere fisico e psichico, e quindi coinvolgente, in relazione alla percezione che ciascuno ha di sé, anche gli aspetti interiori della vita come avvertiti e vissuti dal soggetto nella sua esperienza".

[11] Corte di Cassazione 6 ottobre 1979 n. 5172; Corte cost., n. 399/1996; Corte cost. n. 361/2003; Corte cost. n. 360/2000

[12] Questa moderna concezione di diritto alla salute trova uno dei suoi più significativi fondamenti nella definizione di salute che fu elaborata dall' OMS nel 1948 (Organizzazione Mondiale della Sanità), secondo cui "la salute è uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non consiste soltanto nell'assenza di malattia o infermità". Una definizione ancora più elaborata della promozione della salute si deve alla Carta sulla promozione della salute, adottata nella Conferenza dell'OMS (Ottawa 21 novembre 1986) in cui si legge che "la promozione della salute è un processo che conferisce alle popolazioni i mezzi per assicurare un maggior controllo sul loro livello di salute e migliorarlo. Questo modo di procedere deriva da un concetto che definisce la salute come la misura in cui un gruppo o un individuo possono, da un lato, realizzare le proprie ambizioni e soddisfare i propri bisogni e dall'altro evolversi con l'ambiente o adattarsi a questo. La salute è dunque percepita come risorsa della vita quotidiana e non come il fine della vita. E' un concetto positivo che mette in valore le risorse sociali e individuali, come le capacità fisiche. Così la promozione della salute non è legata soltanto al settore sanitario: supera gli stili di vita per mirare al benessere".

[13] Il riferimento alla Repubblica va inteso in senso ampio, ricomprendendovi il complesso di tutti i pubblici poteri, sia dello Stato centrale che delle Regioni e degli altri enti pubblici, e non potendo ritenere onerata del dovere la sola amministrazione sanitaria. Sul punto, G. SCOCA, *Il governo regionale del Servizio sanitario nazionale*, in *A.A.V.V., L'organizzazione del Servizio sanitario nazionale, Atti del Convegno Nazionale di Diritto Sanitario*, Padova, 25-26-27 giugno 1981, Roma, Ragno Editore, 1981, 42. L'Autore, nella riflessione sul rapporto tra legge n. 833 del 1978 ed art. 32 Cost., ribadisce che "*Il termine Repubblica inserito nell'art. 32 Cost. e la contestuale presenza dell'art. 117 della Cost. (...) può essere interpretato in senso positivo, pregnante, nel senso che nella tutela della salute devono necessariamente essere coinvolti tutti i livelli, per così dire, di governo, in particolare tutti gli enti territoriali presenti nell'ordinamento*".

[14] Il diritto dei soggetti sprovvisti di mezzi economici ad avere cure gratuite viene interpretato non solo come garanzia degli stessi di ricevere terapie per la guarigione di malattie, ma include anche il diritto di tali soggetti di accedere a tutte le prestazioni per la tutela della salute, compresa la prevenzione individuale. Dunque, la medicina oltre la cura è un diritto di tutti i soggetti dell'ordinamento. M. LUCIANI, *Salute, Diritto alla salute- dir. cost,* in *Enciclopedia giuridica*, Roma, 1991, 5.
La garanzia costituzionale alle cure gratuite è tuttavia a vantaggio esclusivamente degli indigenti, mentre a tutti gli altri le prestazioni sanitarie devono essere assicurate, ma non necessariamente in forma gratuita. E' infatti possibile che le prestazioni siano erogate attraverso forme di compartecipazione alla spesa o comunque che il costo delle stesse sia completamente a carico del beneficiario.

[15] A. NAPOLITANO, *La dimensione multilivello del diritto alla salute. Esigenze di tutela e vincoli di sistema*, E.S., Napoli, 2025, 2. L'Autore osserva che "*Tale trasformazione ha condotto al riconoscimento della salute come diritto fondamentale della persona da tutelarsi in tutte le sue sfaccettature in quanto presupposto essenziale per il pieno sviluppo dell'individuo e per la sua effettiva partecipazione alla vita della collettività*".

 ISSN 2974-7562

fondamento non solo nell'art. 32, ma anche negli artt. 13 e 2 della Costituzione.

La giurisprudenza costituzionale ha più volte ribadito che i trattamenti sanitari obbligatori sono ammissibili solo in presenza di rigorosi presupposti, tra i quali il rispetto della dignità della persona e la proporzionalità della misura rispetto agli obiettivi di tutela della salute collettiva[16].

La dimensione collettiva, invece, legittima interventi pubblici finalizzati alla tutela della salute pubblica. Emblematica, sul punto, è l'esperienza vissuta durante il periodo di emergenza pandemica da coronavirus, con tutto ciò che ne è conseguito in tema di misure di contenimento dei contagi, limitazioni della libertà e campagne di vaccinazione obbligatoria.

Basti sul punto rilevare come in tali ipotesi, il bilanciamento[17] tra libertà individuali e interesse collettivo assuma un rilievo centrale, imponendo l'adozione di misure che risultino ragionevoli rispetto agli obiettivi da perseguire e proporzionali tra le esigenze di tutela della salute pubblica e il rispetto della persona umana.

La giurisprudenza costituzionale ha sottolineato come tale duplice natura imponga un costante bilanciamento tra esigenze individuali e collettive, bilanciamento che deve essere ispirato ai principi di ragionevolezza e proporzionalità[18].

Alla luce di quanto esposto, la complessità del concetto di salute si riflette sul modo in cui l'ordinamento giuridico predispone la relativa tutela, distinguendo tra una protezione negativa – volta a prevenire danni e garantire l'astensione da comportamenti lesivi – e una protezione positiva, che implica un intervento attivo per eliminare i rischi e garantire l'accesso alle cure.

Ciò genera un complesso intreccio di situazioni giuridiche, tra cui il diritto individuale alle prestazioni sanitarie, la libertà di rifiutare trattamenti[19], l'interesse collettivo alla prevenzione delle malattie[20] e persino l'obbligo di sottoporsi a determinati trattamenti in presenza di specifiche disposizioni normative.

2. L'EVOLUZIONE DELLA TUTELA DELLA SALUTE NEL MODELLO REGIONALE ITALIANO

Dalle considerazioni svolte si comprende come, nel corso della storia repubblicana, la tutela della salute abbia conosciuto un'evoluzione significativa non solo sotto il profilo dei contenuti del diritto ma anche con riferimento alle modalità istituzionali della sua attuazione.

L'istituzione del Servizio sanitario nazionale, il rafforzamento del regionalismo, la riforma del

[16] In tale direzione si è espressa la Corte costituzionale con la sentenza 22 giugno 1990, n. 307 affermando la legittimità della prestazione sanitaria imposta al singolo qualora essa sia finalizzata "*non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri, giacché è proprio tale ultimo scopo, attinente alla salute come interesse della collettività, a giustificare la compressione di quella autodeterminazione dell'uomo che inerisce al diritto di ciascuno alla salute in quanto diritto fondamentale*", cfr. Corte cost. 22 giugno 1990, n. 307, in Foro Amm., 1991, 640.

[17] Per una ricostruzione sulla giurisprudenza dell'articolo 36 Cost. in chiave di bilanciamento con gli altri principi costituzionali si veda S. BARTOLE, *Interpretazioni e trasformazioni della Costituzione repubblicana*, Bologna, Il Mulino, 2004, 166.

[18] Alla luce di tali coordinate ermeneutiche, l'imposizione coattiva di trattamenti sanitari incontra un preciso limite di tollerabilità costituzionale, oltre il quale ogni compromissione della sfera individuale diviene illegittima. Il sacrificio eventualmente imposto alla persona può ritenersi costituzionalmente ammissibile solo qualora le conseguenze negative che ne derivano siano contenute, temporanee e tali da rientrare nella fisiologica alea insita in ogni atto terapeutico. Cfr. Corte cost., 23 giugno 1994, n. 258, in *Foro.it*, 1995, I, 1451.

[19] Cfr., in tema, I. QUARANTA, M. RICCA, *Malati Fuori Luogo*, Milano, 2012, per i quali "*cultura e corporeità sono strettamente legate e compenetrate*" e ancora, "*un lessico interculturale su queste aree tematiche, se raccordato con il diritto, consentirebbe al personale medico e paramedico di gestire in modo cooperativo con i pazienti questioni etico-sanitarie come aborto, contraccezione e l'intero arcipelago delle problematiche biomediche...*"; A.D'ALOIA, *Oltre la malattia: metamorfosi del diritto alla salute*, in *BioLaw Journal, Rivista di BioDiritto*, n.1/2014.

[20] Cfr. G.P. ZANETTA, *La prevenzione nei sistemi costituzionali europei*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria*, Bologna, 2009, 447, che richiama l'art. 35 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea, secondo cui "*ogni individuo ha diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche ...*" , ed evidenzia che la prevenzione sanitaria è "*una nuova frontiera della sanità pubblica che, se perseguita con coerenza, può garantire migliore utilizzo di risorse e di strutture, miglioramento dell'ambiente, nuove prospettive di sviluppo, non confliggenti con la tutela delle persone e degli ambiti di vita sociale e lavorativa*"; A.D'Aloia, *Oltre la malattia: metamorfosi del diritto alla salute*, op. cit..

Titolo V della Costituzione, l'emergere dei vincoli di finanza pubblica e il ricorso a strumenti straordinari quali i piani di rientro regionali hanno profondamente inciso sull'assetto complessivo del sistema sanitario.

Nel dettaglio, la tutela della salute costituisce uno degli ambiti nei quali più intensamente si è manifestata l'evoluzione del regionalismo italiano.

E' noto, difatti, che il modello di regionalismo delineato dal costituente abbia subito, nel corso dei decenni, profonde trasformazioni, che hanno inciso in modo significativo sulle modalità di tutela del diritto alla salute.

Il passaggio da un sistema fortemente centralizzato a un assetto caratterizzato da un ampio decentramento amministrativo e legislativo ha reso il settore sanitario quello che forse più di tutti richiede una costante ricerca di un punto di equilibrio tra autonomia territoriale e unitarietà dei diritti fondamentali.

Nel disegno originario della Costituzione del 1948, il regionalismo italiano si caratterizzava per un'impostazione centralizzata, prudente e graduale.

In questo contesto, le Regioni, pur previste come enti dotati di una loro autonomia, rimasero per lungo tempo inattuate, e la tutela della salute rimase sostanzialmente affidata allo Stato.

La salute non figurava espressamente tra le materie attribuite alla competenza regionale, se non in via indiretta attraverso settori ad essa affini, quali l'assistenza sanitaria e ospedaliera.

Tale centralità del ruolo dello Stato in tema di salute rispondeva all'esigenza di garantire un livello uniforme di tutela su tutto il territorio nazionale, in coerenza con la qualificazione della salute come diritto fondamentale dell'individuo.

L'assenza di un vero sistema sanitario pubblico universalistico evidenziava, tuttavia, i limiti di un modello incapace di assicurare l'effettività del diritto alla salute, soprattutto in relazione alle diseguaglianze socio-economiche e territoriali.

Una svolta decisiva nella tutela della salute si ebbe con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale (SSN)[21] mediante la legge n. 833 del 1978[22].

Tale riforma consentì il passaggio a un modello universalistico, fondato sui principi di uguaglianza, equità, universalità, solidarietà, globalità e appropriatezza delle prestazioni.

Il SSN fu infatti concepito come un sistema fortemente decentrato, nel quale alle Regioni veniva attribuito un ruolo cruciale nell'organizzazione e nella gestione dei servizi sanitari.

Questo assetto rifletteva una concezione del regionalismo come strumento di avvicinamento dell'amministrazione ai cittadini, con l'ambizioso obiettivo di rendere più efficiente ed equa la tutela della salute.

Tuttavia, tale decentramento amministrativo non portò ad una piena autonomia legislativa in materia sanitaria, che rimase in larga misura condizionata dall'indirizzo statale, dando luogo ad un equilibrio instabile con le autonomie.

Per questo motivo, con la nota riforma del Titolo V della Parte II della Costituzione, attuata con la legge costituzionale n. 3 del 2001, si è inciso profondamente anche sul regionalismo sanitario[23].

L'art. 117, terzo comma[24], ha incluso la tutela della salute tra le materie di legislazione concorrente, attribuendo allo Stato la determinazione dei principi fondamentali e alle Regioni la potestà legislativa di dettaglio.

[21] Nello specifico il D.lgs. n. 502/92 definisce il SSN come "il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali".

[22] A. NAPOLITANO, *La dimensione multilivello del diritto alla salute. Esigenze di tutela e vincoli di sistema*, op. cit., 39. L'Autore, con riferimento al ruolo della sanità, osserva che "*Il diritto alla salute inteso quale diritto fondamentale della persona e interesse della collettività si lega, in maniera inscindibile alla nozione di sanità. In tale passaggio concettuale e normativo si compie una trasformazione fondamentale, dalla salute intesa quale situazione giuridica soggettiva costituzionalmente garantita, alla sanità quale struttura funzionale attraverso cui il sistema repubblicano si fa carico della sua tutela effettiva*".

[23] In realtà, già prima della Riforma del Titolo V la regionalizzazione delle prestazioni sanitarie era stata disciplinata dal d.lgs n. 502 del 1992 e dal d.l.gs 229 del 199.

[24] A. NAPOLITANO, *La dimensione multilivello del diritto alla salute. Esigenze di tutela e vincoli di sistema*, op. cit., 35. L'Autore evidenzia come, all'esito di tale riforma, "*l'art. 117 diviene il perno strutturale nell'assetto delle competenze legislative in materia sanitaria, nonché quale veicolo normativo attraverso cui si esplicita l'obbligo statale di garantire, sull'intero territorio nazionale, livelli essenziali di prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, tra i quali il diritto alla salute assume una posizione eminente*".

 ISSN 2974-7562

Allo Stato spetta la determinazione dei principi fondamentali e dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) [25], che costituiscono una declinazione specifica in ambito sanitario della più ampia categoria dei Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP), e che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; alle Regioni compete l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari.

La garanzia dei LEA rappresenta uno strumento fondamentale per assicurare l'eguaglianza sostanziale tra i cittadini, indipendentemente dalla Regione di residenza[26].

All'interno di un sistema sanitario regionalizzato come il nostro, l'istituto dei LEA concorre a determinare il limite tra le prestazioni da erogarsi su tutto il territorio nazionale, finanziate dallo Stato, e quelle ulteriori (c.d. livelli aggiuntivi), erogabili discrezionalmente dalle Regioni e finanziate da queste[27].

Per questo motivo l'art. 117 non costituisce una norma di mero riparto di competenze ma finisce con l'incidere sulla stessa sostanza del diritto alla salute, disciplinandone la dimensione organizzativa e la fase attuativa[28].

Questa scelta ha ampliato significativamente l'autonomia regionale, rafforzando il ruolo delle Regioni nella definizione delle politiche sanitarie, cercando di coniugare l'unitarietà dei diritti fondamentali con il rafforzamento dell'autonomia territoriale. Tuttavia, al contempo, essa ha accresciuto il rischio di frammentazione del sistema e di diseguaglianze territoriali nella fruizione delle prestazioni sanitarie. Le differenze economiche e organizzative tra le Regioni, infatti, hanno inciso sulla qualità e sull'accessibilità dei servizi sanitari, sollevando continui interrogativi sulla reale uniformità del diritto alla salute[29].

Inoltre, se in astratto la ripartizione potrebbe risultare chiara, in concreto la competenza concorrente in materia di salute ha dato luogo a numerosi conflitti di attribuzione, rispetto ai quali la Corte costituzionale è stata chiamata ad individuare una soluzione, mediante un'interpretazione volta a preservare il nucleo essenziale del diritto alla salute[30].

In particolare, in più occasioni la Corte ha interpretato in maniera estensiva il dettato costituzionale, immaginando una vasta gamma di situazioni e interessi legati alla salute. Questo ambito ricomprende ad esempio aspetti organizzativi e gestionali della sanità regionale (soggetti, però, ai principi fondamentali stabiliti dalla legislazione statale), ma esclude la configurazione di una distinta materia autonoma relativa all'organizzazione sanitaria, che non rientra nelle competenze residue delle Regioni[31].

Allo stesso modo, la Corte costituzionale è stata altresì chiamata ad individuare quali contenuti debbano avere i LEA.

Sul punto la Corte, da un lato, ha precisato che negli stessi deve farsi rientrare l'erogazione di farmaci, il cui godimento deve essere assicurato a

[25] Per una ricostruzione delle tre diverse letture del concetto di essenzialità: M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza*, in *federalismi.it*, 15 novembre 2017.

[26] Tuttavia, l'effettività dei LEA è strettamente legata alla disponibilità di risorse finanziarie e alla capacità amministrativa delle Regioni, fattori che continuano a incidere sulla qualità della tutela della salute. In tal senso, come si avrà modo di precisare nel paragrafo successivo, il diritto alla salute si configura come diritto finanziariamente condizionato, ma non comprimibile oltre un limite minimo invalicabile.

[27] R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di) *Manuale di diritto sanitario*, cit., 82.

[28] . NAPOLITANO, *La dimensione multilivello del diritto alla salute. Esigenze di tutela e vincoli di sistema*, op. cit., 36. L'Autore osserva che "*l'art. 117 assume un ruolo determinante nel passaggio dalla enunciazione programmatica del diritto alla sua attuazione effettiva, poiché disciplina tanto la fonte della potestà normativa quanto i limiti funzionali dell'autonomia regionale*".

[29] Emblematico è il caso della Regione Calabria che nel 2021, dopo ben undici anni di commissariamento statale, ancora si è trovata in situazioni di disavanzo cristallizzato che sta gravando sui cittadini, i quali a fronte dei sacrifici finanziari che si sono trovati costretti ad affrontare in forza del piano di rientro, non si sono trovati a poter beneficiare di servizi sanitari adeguati. Per una ricostruzione della drastica situazione del sistema sanitario della Regione Calabria, v. Corte cost. 168/2021.

[30] Cfr. sul punto Corte cost., 27 luglio 1994, n. 355 in *Foro.it*, 1995, I, 1111 e in *Giur.it.* 1995, I, 424, e Corte cost., 19 maggio 1994 n. 192 in *Quad. reg.*, 1994, 886 e in *Giur. cost.*, 1994, 1691, nella quale i giudici hanno ribadito come "*la solidarietà tra lo Stato e le Regioni e tra regioni, l'unità giuridica ed economica della Repubblica, l'eguaglianza dei cittadini nel godimento dei diritti, l'effettiva garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali e quindi la coesione sociale e l'unità nazionale sono tratti caratterizzanti la forma di Stato, il cui indebolimento può sfociare nella stessa crisi della democrazia*".

[31] Cfr. Corte cost., 7 luglio 2005, n. 270, in *Foro.it.*, 2007, 9, I, 2354; Corte cost., 5 maggio 2006, n. 181, in *Ragiusan*, 2007, 273; Corte cost., 6 ottobre 2006, n. 328, in *Giur. cost.*, 2006, 5.

 ISSN 2974-7562

tutti in condizioni di uguaglianza sull'intero territorio nazionale[32]; dall'altro, ha escluso che i LEA possano riguardare "la regolamentazione dell'assetto organizzativo e gestorio degli enti preposti all'erogazioni delle prestazioni stesse"; occorre difatti tenere distinto il concetto di "livelli essenziali di assistenza, che attengono all'erogazione dei servizi in campo sanitario", da quello di "strutture che vengono strumentalmente predisposte per la prestazione dei servizi stessi"[33].

Quanto al procedimento di individuazione e attuazione concreta dei LEA, come già rilevato, ai sensi del novellato Titolo V, la Costituzione riserva alla potestà legislativa dello Stato la determinazione dei livelli delle prestazioni di cui all'art. 117, co. 2, lett. m.

Si tratta quindi di un procedimento rimesso alla libera determinazione dello Stato, che può scegliere di coinvolgere o meno le Regioni nell'iter procedimentale.

Ebbene, la legislazione statale in materia di Lea si è quasi sempre orientata verso il coinvolgimento dei livelli di governo locali.

Ciò avveniva, in un primo momento, assoggettando l'individuazione dei LEA al procedimento di formazione del Piano sanitario nazionale, la cui adozione è subordinata alla previa audizione delle commissioni parlamentari competenti, d'intesa con la Conferenza unificata.

In un secondo momento, il coinvolgimento delle Regioni è avvenuto stralciando i LEA dal Piano e riconducendoli direttamente ad un atto adottato d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni.

Quest'ultimo procedimento era già previsto dal D.l.gs 502/1992[34] (c.d. riforma sanitaria bis) e viene attualmente seguito, avendo trovato conferma dopo la revisione del Titolo V.

Anche la Corte cost. con sent. 88/2003 si è pronunciata sulla predetta procedura codecisionale configurata dalla legislazione statale, ritenendola compatibile con la riserva di cui all'art. 117, co.2, lett. m, e rilevando come la stessa abbia il merito di coniugare la predetta potestà statale con la necessità di coinvolgimento delle Regioni[35].

Nella medesima prospettiva, non solo il procedimento di individuazione dei LEA, ma anche gli stessi LEA previsti prima della riforma del titolo V, con d.p.c.m. 29.11.2001 hanno trovato conferma dopo la revisione costituzionale, per poi essere aggiornati nel 2008, nell'anno 2017, con d.p.c.m. 12 gennaio 2017[36], e da ultimo nell'anno 2024[37].

3. LA DIMENSIONE FINANZIARIA DELLA TUTELA DELLA SALUTE

Sempre con riferimento alla fase di attuazione della tutela del diritto alla salute, particolare rilievo assume il rapporto tra diritto alla salute e vincoli finanziari.

Invero, i vincoli di finanza pubblica e l'introduzione del principio del vincolo di bilancio[38] hanno ulteriormente complicato il quadro,

[32] Corte cost., sent. n. 282 del 2002.

[33] Coste cost. sent. n. 387 del 2007; sent. n. 166 del 2008; sent. n. 371 del 2008; ord. 323 del 2010.

[34] Il citato D.lgs. prevedeva l'individuazione dei livelli di assistenza sanitaria uniformi e obbligatori già prima della loro costituzionalizzazione, avvenuta con la riforma del Titolo V.

[35] Nello stesso senso, anche Corte cost. 134/2006, nella quale la Corte ha precisato che il necessario coinvolgimento delle Regioni deve riguardare anche gli atti a vario titolo specificativi dei LEA. Per una valutazione di carattere generale sul ruolo della Corte costituzionale nel nostro ordinamento in riferimento ai "livelli" di tutela dei diritti fondamentali, E. MALFATTI, *I "livelli" di tutela dei diritti fondamentali nella dimensione europea*, Torino, 2015, p. 38 ss.. A. S. DI GIROLAMO, *Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2007, 3/4; A. SIMONCINI, *Livelli essenziali delle prestazioni e diritto alla salute dopo la legge n. 42 del 2009: basta la «leale collaborazione»?*, in L. VIOLINI (a cura di), *Verso il decentramento delle politiche di welfare. Incontro di studio "Gianfranco Mor" sul diritto regionale*, Giuffrè editore, Milano, 2011, p. 97 ss.

[36] Sull'evoluzione storico-normativa dei LEA si rinvia a F.S. FLORIO, *l'Evoluzione dei Lea tra i recenti interventi normativi e le prospettive di riforma*, in C. BOTTARI (a cura di), *I livelli essenziali delle prestazioni sociali e sanitarie, Santarcangelo di Romagna*, 2014, p.53 ss.

[37] La riforma del 2017 prevedeva l'aggiornamento dei LEA ogni due anni. Ciononostante, fino al 2024 è stato effettuato un solo aggiornamento, a fronte di 56 richieste di aggiornamento presentate nell'anno 2019 e 122 nell'anno 2022, da parte di cittadini, di società scientifiche e di enti del SSN. Tali dati sono reperibili in *temi.camera.it*, *I nuovi livelli di assistenza (LEA)*. Per una ricostruzione del problema dell'aggiornamento dei LEA, S. SPATOLA, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in *Corti Supreme e salute*, 3/2023, 745.

[38] L'introduzione del principio dell'equilibrio di bilancio in Costituzione, attraverso la legge costituzionale n. 1 del 2012, ha inciso profondamente sulla dimensione finanziaria dei diritti sociali, inclusa la tutela della salute. L'art. 81 Cost. impone ora che ogni legge che comporti nuovi o maggiori oneri provveda ai mezzi per farvi fronte.

imponendo scelte complesse in ordine alla distribuzione delle risorse.

Come già rilevato, nonostante la sua qualificazione come diritto fondamentale, il diritto alla salute non è assoluto, ben potendo entrare in conflitto con altri diritti e interessi costituzionalmente rilevanti, quali la libertà di iniziativa economica, l'equilibrio di bilancio o la sicurezza pubblica.

In tali casi, sia il legislatore che la giurisprudenza sono chiamati a operare un bilanciamento tra tutela della salute e vincoli finanziari, nel rispetto dei principi di ragionevolezza e proporzionalità[39].

La tutela del diritto alla salute sancito dall'art. 32 Cost., difatti, richiede notoriamente un impiego significativo di risorse finanziarie, rendendo sempre attuale il tema del rapporto tra diritti sociali e sostenibilità della spesa pubblica[40].

La dottrina ha elaborato la categoria dei diritti finanziariamente condizionati[41] proprio per descrivere diritti la cui attuazione dipende dall'intervento prestazionale dello Stato.

L'istituzione del Servizio sanitario nazionale ha sancito il principio dell'universalità delle prestazioni, imponendo allo Stato e alle Regioni l'obbligo di destinare risorse adeguate alla garanzia del diritto alla salute.

Nel sistema costituzionale, la decisione sulla allocazione delle risorse sanitarie rientra nella discrezionalità del legislatore, ma è soggetta a limiti derivanti dalla Costituzione.

In particolare, viene in rilievo l'art. 3, secondo comma, che impone di rimuovere gli ostacoli di ordine economico che impediscono il pieno sviluppo della persona, nonché lo stesso art. 32, che vincola le scelte finanziarie al rispetto della dignità umana.

Ciò significa che il legislatore è tenuto a rispettare il nucleo essenziale del diritto alla salute e a garantire livelli minimi di tutela, indipendentemente dalle contingenze finanziarie.

La Corte costituzionale ha infatti chiarito che il principio del vincolo di bilancio non può prevalere in modo assoluto sui diritti fondamentali, imponendo un bilanciamento ragionevole tra esigenze finanziarie e tutela della salute.

In tal senso, la Corte ha precisato come, nel bilanciamento dei valori costituzionali che il legislatore è chiamato a compiere per dare attuazione al diritto alle prestazioni sanitarie, le esigenze di equilibrio della finanza pubblica non possano assumere un rilievo tale da comprimere il nucleo essenziale del diritto alla salute, strettamente legato alla inviolabile dignità della persona, configurando per questo motivo, un esercizio manifestamente irragionevole della discrezionalità legislativa[42].

In questa prospettiva, è stato osservato che la dimensione finanziaria non rappresenta un limite esterno al diritto alla salute ma solo un elemento strutturale della sua concreta realizzazione; elemento che deve essere governato secondo criteri di ragionevolezza, proporzionalità e non discriminazione[43].

Il principale strumento attraverso il quale la Costituzione attua tali criteri e garantisce un

[39] Sul punto, L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la "spesa costituzionalmente necessaria"* in *www.federalismi.it*, 22 novembre 2017, rappresenta che il diritto alla salute è "*il più importante e il più fragile tra tutti i diritti sociali*", più fragile nella misura in cui "*nessuno, fra i vari diritti sociali, dipende, come il diritto alla salute, dalle risorse pubbliche che vengono stanziate*".

[40] M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l'equilibrio di bilancio*, n.2/2017 in *rivistaaic.it*, 9; C. BURATTI, *Federalismo fiscale all'italiana: il ruolo chiave dei livelli essenziali delle prestazioni e dei costi standard*, Pavia, 2009, 2.

[41] Il diritto alla salute è un diritto finanziariamente condizionato, nel senso che, intanto il diritto alla salute (diritto a curarsi, a scegliere la struttura ...) può essere garantito ai cittadini e consentire loro di ricevere cure mediante il SSN, in quanto vi siano fondi sufficienti. Sulla formula del diritto finanziariamente condizionato, criticamente, B. PEZZINI, *Diritto alla salute e diritto all'assistenza tra tensione all'uniformità e logiche di differenziazione*, in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002.

[42] Cfr. M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA), Osservatorio di diritto sanitario*, cit..

[43] La Corte costituzionale ha affermato che anche l'autonomia legislativa regionale in ambito sanitario può essere sottoposta a restrizioni quando ciò si renda necessario per perseguire finalità costituzionalmente rilevanti quali il coordinamento della finanza pubblica e il contenimento della spesa. Tali restrizioni, soprattutto se derivanti da obblighi assunti in sede europea, risultano legittime solo se conformi ai principi di proporzionalità e ragionevolezza, purché non si traducano in un pregiudizio sostanziale delle funzioni costituzionalmente attribuite alle Regioni ai sensi degli articoli 117, commi 2 e 3, e 118 della Costituzione. Cfr. Corte cost., 4 giugno 2007, n. 193 in *Ragiusan*, 2008, 291; Corte cost., 12 maggio 2011, n. 163, in *Foro amm. CDS*, 2010, 7-8, 1372.

contenuto minimo del diritto alla salute, indipendentemente dalle risorse disponibili a livello territoriale, è costituito proprio dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

I livelli essenziali di assistenza rappresentano il contenuto minimo del diritto alla salute e costituiscono un vincolo per le politiche di contenimento della spesa.

Essi costituiscono, dunque, un parametro non solo giuridico ma anche finanziario, in quanto richiedono un adeguato finanziamento pubblico.

Per tale motivo, la determinazione dei LEA implica una valutazione complessa, che tiene conto delle esigenze di tutela della salute, delle innovazioni scientifiche e dei vincoli di finanza pubblica.

Tuttavia, una volta definiti, essi fanno sorgere un vincolo in capo al legislatore ed alle amministrazioni locali, imponendo ad esse l'obbligo di reperire le risorse necessarie alla loro effettiva erogazione.

In questo senso, i LEA fungono da presidio costituzionale contro una riduzione eccessiva della spesa sanitaria.

Al momento della loro introduzione i livelli di assistenza (allora livelli di assistenza sanitaria uniformi e obbligatori) subivano una chiara inferenza da parte delle dinamiche di bilancio. Sussisteva difatti un vincolo di subordinazione dei livelli assistenziali rispetto alle risorse finanziarie disponibili, secondo il criterio c.d. top down, in cui occorre prima determinare la spesa sanitaria complessiva praticabile, per poi individuare le prestazioni essenziali[44].

Successivamente, per superare le conseguenze negative prodotte da tale vincolo di subordinazione, il legislatore della nuova riforma sanitaria del 1999 (D.lgs. n. 229/1999, cd. riforma sanitaria ter) aveva stabilito la necessità di determinare in modo contestuale le risorse e le prestazioni.

Anche tale soluzione, tuttavia, risultava insoddisfacente, in quanto assumeva le esigenze di bilancio quale parametro per la determinazione del fabbisogno sanitario standard, con tutto ciò che ne consegue in termini di imprevedibilità del sistema[45], di discrezionalità della scelta politica[46] e di difficoltà per le Regioni di far fronte alle prestazioni che sono tenute ad erogare.

Viste le difficoltà di determinare contestualmente i LEA e la spesa pubblica, il legislatore è nuovamente intervenuto con il D.lgs n. 68/2011 che, all'art. 26, comma 1, prevede che il "fabbisogno sanitario nazionale standard è determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica"[47].

La nuova impostazione rimanda ad una definizione del vincolo di bilancio fissato in base al metodo di top-down, secondo il quale occorrerebbe prima quantizzare i fondi da stanziare per la santità nel rispetto dei vincoli di bilancio e successivamente andrebbero individuati i Lea.

La Corte costituzionale, con la sentenza n. 275/2016, ha statuito che, quando il diritto è consacrato dalla Carta costituzionale "spetta al legislatore predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di esso, affinché la sua affermazione non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale"[48].

Tale concretezza viene garantita da una previsione legislativa che renda certa nel se e nel quanto delle risorse disponibili la misura della contribuzione dell'ente per quella specifica

[44] Il D.lgs. n. 502/1992 che li aveva previsti disponeva infatti espressamente, all'art. 1 co.1 , che i livelli di assistenza dovevano essere assicurati nel rispetto degli obiettivi della programmazione socio-economica nazionale e in coerenza con l'entità del finanziamento destinato al S.S.N.

[45] I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, in *BioLaw Journal, Rivista di BioDiritto*, n. 2/2019

[46] G. CRISAFI, *Fabbisogni e costi standard, un'occasione perduta*, in *Osservatorio costituzionale*, 3/2016, p.10, G. PISAURO, *I fabbisogni standard nel settore sanitario – Commento allo schema di decreto legislativo*, in *nens.it*, 2010, 2.

[47] Su tali rilievi si veda C. CISLAGHI-F. GIULIANI, *Costi standard: ma di che cosa stiamo parlando?*, in (a cura di) R. BALDUZZI, *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, 2012, 67, per i quali "*se la legge 42 in qualche modo può aver fatto una affermazione difficilmente realizzabile per la sanità, il legislatore non ha però ripetuto questo errore nella stesura del decreto attuativo sui costi standard in sanità, in cui è chiara la consapevolezza che il finanziamento può solo esser determinato con una decisione macroeconomica dal Parlamento su proposta del Governo*".

[48] Corte cost, sent. 275/2016, considerando in diritto 4.

prestazione, concorrendo a rendere effettivo l'esercizio del diritto[49].

La Corte ha altresì affermato che il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza costituisce una spesa "costituzionalmente necessaria" e non può essere oggetto di mere valutazioni discrezionali da parte del legislatore, ma deve essere assicurata attraverso strumenti contabili dotati di coerenza, trasparenza e attendibilità[50].

Ne consegue che, in attuazione del principio di leale collaborazione, le Regioni e gli enti territoriali sono tenuti a conformare i propri bilanci pubblici ai principi di responsabilità professionale e di correttezza amministrativa, sanciti dagli articoli 81 e 97 della Costituzione, garantendo la tracciabilità e la congruità delle voci di spesa relative all'assistenza sanitaria, al fine di assicurare l'uniformità delle prestazioni sanitarie sull'intero territorio nazionale[51].

Tanto premesso, una volta individuato a monte il livello essenziale delle prestazioni sanitarie, occorre poi individuare le quote di finanziamento da assegnare alle singole Regioni.

Fino al 1996 questa quota veniva determinata in base al criterio della spesa storica, cioè avendo come riferimento l'ammontare effettivamente speso da ciascun Comune in un anno per offrire i servizi sanitari. Sommando la spesa storica dei vari Comuni si individuava poi il fabbisogno regionale.

Successivamente, è stato invece previsto che la quota di finanziamento da destinare alle Regioni sia determinata secondo il metodo della correzione capitaria (o della cd. quota capitaria), che utilizza l'elemento demografico quale fattore di correzione del fabbisogno regionale.

Si tratta di un metodo complesso in forza del quale si parte dal numero di abitati di ogni Regione, per poi "pesare" ogni abitante viene in base alle caratteristiche che influenzano la domanda di servizi sanitari: età (ad es. un anziano "pesa" di più perché consuma più risorse sanitarie), sesso, distribuzione delle malattie, condizioni socio-economiche; si ottiene così un valore medio di costo sanitario per abitante (c.d. costo capitario), che viene aggiustato in base ai bisogni. Questo valore viene poi moltiplicato per la popolazione pesata della Regione: il risultato sarà pari alla quota del FSN da assegnare alla Regione[52].

Si tratta, tuttavia, di un criterio che non ha ancora trovato concreta applicazione.

La maggior parte delle risorse viene distribuita infatti tra le varie Regioni attraverso un meccanismo indistinto, che ipotizza per tutte le stesse esigenze di tutela della salute, senza considerare le diversità delle situazioni di partenza: diverso tasso di mortalità della popolazione, grado di scolarizzazione, tasso di disoccupazione, povertà.

Per tale motivo, indipendentemente dal criterio utilizzato per attribuire loro la quota del Fondo sanitario nazionale, le Regioni provvedono spesso ad erogare delle prestazioni ritenute essenziali utilizzando quote di finanziamento che non sono idonee a rispondere alla domanda sanitaria.

In tali ipotesi, le Regioni si trovano costrette a garantire l'erogazione delle prestazioni facendo ricorso a risorse proprie, dovendo tuttavia fare i conti con le situazioni di deficit strutturali pluriennali in cui esse vivono; con ciò rischiando di non riuscire a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza[53].

---

[49] Corte cost., sent. 275/2016, considerando 6-7.

[50] Cfr. Corte cost., 10 aprile 2020, n. 62, in *Giur. Cost.*, 2020, 2, 765.

[51] Con riferimento al decentramento sanitario nella gestione delle emergenze si veda A. NAPOLITANO, *La dimensione multilivello del diritto alla salute. Esigenze di tutela e vincoli di sistema*, op. cit., 117. L'Autore afferma che "*Il tema dell'equilibrio derivante dal riparto delle competenze tra Stato e Regioni, unitamente alle stringenti esigenze di contenimento della spesa pubblica, hanno manifestato in tutta la loro criticità gli effetti sistemici con lo scoppio della pandemia da Covid-19, determinando ricadute significative sull'efficacia della risposta sanitaria e sull'effettività della tutela dei diritti fondamentali*".

[52] In tema, G. CRISAFI, *Fabbisogni e costi standard, un'occasione perduta*, in *Osservatorio Costituzionale*, 3/2016, 12.

[53] S. SPATOLA, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, cit., 3/2023, 747; G. FATTORE, *Spesa sanitaria. Che futuro vogliamo?* in *quotidianasanità.it*, 14 marzo 2023.
Una possibile soluzione, in disparte l'ipotesi di valorizzare la compartecipazione alla spesa sanitaria da parte dei privati che possono permettersi il pagamento dei ticket, nell'attesa di una riforma a tutto tondo del SSN, potrebbe giungere dall'attuazione della missione salute del PNRR, che prevede la realizzazione di importanti riforme a favore del servizio sanitario nazionale entro l'anno 2026, nella speranza di superare i divari tra i servizi sanitari regionali è data dall'attuazione. G. RAZZANO, *La missione salute del PNRR: opportunità e prospettive*, Napoli, 2024, 20.

4. I PIANI DI RIENTRO SANITARIO

Da quanto esposto risulta evidente che la dimensione finanziaria della tutela della salute è strettamente connessa al tema del federalismo fiscale e dell'autonomia finanziaria delle Regioni[54].

Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, infatti, si basa su un sistema complesso, che combina risorse statali e regionali, con meccanismi di perequazione volti a ridurre le diseguaglianze territoriali.

Tuttavia, le differenze nella capacità fiscale e nella gestione delle risorse hanno inciso sulla qualità dei servizi sanitari offerti, ponendo problemi di equità e di sostenibilità. Sul punto, assume un ruolo centrale il principio di solidarietà, imponendo allo Stato di intervenire per garantire livelli adeguati di tutela su tutto il territorio nazionale.

In tale contesto, un possibile rimedio proviene dall'istituto dei piani di rientro, introdotti nel contesto delle politiche di contenimento della spesa sanitaria, con l'obiettivo di fronteggiare i disavanzi strutturali accumulati da alcune Regioni nella gestione del Servizio sanitario regionale. Essi si configurano come programmi di risanamento finanziario, volti a riportare la spesa sanitaria entro parametri di sostenibilità[55].

Invero, quando le Regioni spendono per i servizi sanitari più di quanto potrebbero, creando un disavanzo finanziario e senza riuscire a garantire i LEA, esse sono obbligate, d'intesa con lo Stato, ad adottare dei piani di rientro di durata almeno triennale, volti a ricondurre la spesa sanitaria entro i limiti di sostenibilità e, al contempo, garantendo l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

La normativa che disciplina i diversi Piani di rientro sottoscritti dalle Regioni interessate è stata introdotta nel 2004 (con la l. 30 dicembre 2004 n. 311), come strumento di controllo della spesa pubblica, ma al tempo stesso di garanzia del rispetto da parte delle Regioni dei LEA e dell'equilibrio finanziario regionale.

Dal 2007 sono stati sottoscritti, da metà delle Regioni, diversi Accordi con lo Stato, dando il via ad una significativa giurisprudenza costituzionale.

L'istituto dei piani di rientro ha, fin dalla sua origine, previsto che la procedura sia articolata in due diverse fasi.

Nella prima fase, difatti, la Regione accerta la condizione di squilibrio e adotta le azioni "emergenziali" per il contenimento della spesa.

Nella seconda fase, invece, alle misure adottate dalla Regione, o dal Presidente della Giunta nella funzione di Commissario ad acta, fa seguito la possibilità di sottoscrivere tra la Regione e lo Stato un accordo che contiene un programma "operativo", capace di riorganizzare e riqualificare il servizio sanitario regionale.

Dalla lettura delle disposizioni contenute nella l. 30 dicembre 2004 n. 311 si desume anzitutto che il vincolo per la Regione deriva dalla sottoscrizione del Piano di rientro che è un atto successivo e solo eventuale[56].

La ratio di tale disciplina sta nel fatto che la legge prevede anzitutto la possibilità che la Regione interessata, attraverso il monitoraggio trimestrale, prenda atto della condizione di disavanzo e assuma in autonomia gli atti susseguenti e necessari a ristabilire una condizione di equilibrio.

---

[54] A. NAPOLITANO, *La dimensione multilivello del diritto alla salute. Esigenze di tutela e vincoli di sistema*, op. cit., 125. L'Autore evidenzia come "*L'esigenza statale di contenimento della spesa e quella regionale di garantire i servizi essenziali si integrano, delineando un interesse unitario della Repubblica. La salvaguardia dell'uniformità dei diritti fondamentali non si configura, infatti, come prerogativa esclusiva dello Stato, ma come compito condiviso che esige il pieno coinvolgimento delle autonomie locali*".

[55] Dal punto di vista finanziario, l'esperienza ultradecennale dei Piani di rientro ha dato risultati inequivocabili in termini di capacità di ridurre i disavanzi prodotti dai Sistemi sanitari regionali, M. BORDIGNON, S. CORETTI, G. TURATI, *I Piani di Rientro della sanità regionale: quali risultati finora?*, in *Osservatorio sui conti pubblici italiani*, 5 agosto 2019.

[56] Cfr. G. D'AURIA, *Gli Accordi Stato-regioni sui Piani di rientro dai disavanzi sanitari: quali vincoli per la legislazione regionale (Osserv. a Corte Cost. 23 aprile 2010 n. 141 e 17 marzo 2010 n. 100)*, in *For. It.*, fasc. 10, 2010, pp. 2646 ss. L'autore sostiene che la vincolatività del Piano di rientro deriva dal principio di coordinamento della finanza pubblica ex art. 117 Cost. e più nello specifico che, «*Per ogni fattore critico di spesa il piano individua gli obiettivi di contenimento, le azioni da porre in essere per il loro raggiungimento e l'impatto finanziario corrispondente*».

 ISSN 2974-7562

Il programma ha una durata non superiore al triennio ed è concordato tra la Regione ed i Ministri della salute e dell'Economia e delle Finanze[57].

Sulla base dei piani di rientro, le Regioni sono obbligate ad adeguare la propria legislazione, eliminando quegli atti normativi di ostacolo all'attuazione dei piani.

L'adozione dei piani di rientro si è dunque progressivamente affermata come risposta alle persistenti criticità finanziarie di alcune Regioni, evidenziando le tensioni strutturali del regionalismo sanitario italiano.

Per tale motivo, i piani di rientro hanno assunto nel tempo una funzione non solo contabile, ma anche ordinamentale e strutturale, incidendo profondamente sull'organizzazione dei servizi sanitari e sull'esercizio delle competenze regionali, e trasformandosi da misure eccezionali in strumenti ordinari di governo del sistema sanitario[58].

Attualmente, la funzione primaria dei piani di rientro è quella di garantire il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, in coerenza con i vincoli derivanti dall'ordinamento europeo e dai principi costituzionali in materia di equilibrio di bilancio.

Tali strumenti, tuttavia, incidono inevitabilmente anche sulla qualità e sull'accessibilità delle prestazioni sanitarie, sollevando interrogativi sulla loro compatibilità con il diritto alla salute.

Dal punto di vista giuridico, i piani di rientro presentano una natura complessa e atipica. Essi si collocano tra atti di programmazione, accordi interistituzionali e strumenti di coordinamento finanziario, risultando il prodotto di un'intesa tra Stato e Regione.

Le fonti normative che disciplinano i piani di rientro sono prevalentemente di rango legislativo e sub-legislativo, con un ruolo centrale attribuito alla legislazione statale in materia di coordinamento della finanza pubblica.

Ciò ha determinato un rafforzamento della posizione dello Stato, a scapito dell'autonomia regionale, giustificato dall'esigenza di garantire la sostenibilità del sistema nel suo complesso.

La natura pattizia dei piani di rientro, tuttavia, non esclude la presenza di elementi di coazione, soprattutto nei casi in cui il mancato rispetto degli impegni comporti l'attivazione di misure sostitutive. Difatti, se il piano di rientro non viene presentato o non viene approvato dal Consiglio dei Ministri, si rende necessario procedere con la procedura di commissariamento (nomina di commissario ad acta da parte del Governo) fino a quando non vengono ristabiliti i LEA.

In tale prospettiva, i piani di rientro regionali rappresentano uno degli strumenti più incisivi attraverso i quali lo Stato interviene nella governance del Servizio sanitario nazionale al fine di garantire l'equilibrio finanziario e la sostenibilità della spesa sanitaria. Essi si collocano all'incrocio tra tutela del diritto alla salute, autonomia regionale e coordinamento della finanza pubblica, ponendo rilevanti questioni di ordine costituzionale.

Uno degli aspetti più problematici dei piani di rientro riguarda il loro impatto sulla tutela del diritto alla salute.

Le misure di contenimento della spesa previste dai piani possono infatti tradursi, in concreto, in riduzioni dei servizi, chiusure di strutture sanitarie e limitazioni nell'erogazione delle prestazioni.

In tale prospettiva, emerge la necessità di bilanciare le esigenze di risanamento finanziario con l'obbligo costituzionale di garantire i livelli essenziali di assistenza.

La tensione tra coordinamento finanziario e tutela dei diritti fondamentali costituisce il principale banco di prova della legittimità costituzionale dei piani di rientro.

[57] La disposizione, contenuta nell'art. 1, co. 180, sancisce che il programma individui gli interventi necessari, ma subordina il perseguimento dell'equilibrio economico al rispetto dei livelli essenziali di assistenza. Il suddetto comma si conclude sancendo che la sottoscrizione e la verifica dell'attuazione del Programma operativo sono una condizione necessaria per l'attribuzione alla Regione di un maggiore finanziamento per l'erogazione dei servizi sanitari.

[58] Con riferimento al passaggio dei piani di rientro da strumenti straordinari a strumenti ordinari, si veda C. CUCCURULLO, *Propositi, proprietà e legittimazione degli strumenti impiegati dai Piani di rientro*, in *C. CUCCURULLO, F. LEGA, F. FERRÈ (a cura di), L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto Oasi 2012*, Milano, Cergas, 2012, 219.

 ISSN 2974-7562

La Corte costituzionale ha più volte affrontato la questione dei piani di rientro, delineandone i limiti e le condizioni di legittimità.

La giurisprudenza costituzionale ha riconosciuto la legittimità dei piani di rientro in quanto strumenti di coordinamento della finanza pubblica, purché essi non compromettano la garanzia dei livelli essenziali di assistenza.

In diverse pronunce, la Corte ha sottolineato che il risanamento finanziario non può tradursi in una sospensione o in una riduzione irragionevole del diritto alla salute, ribadendo il primato dei diritti fondamentali rispetto alle esigenze di bilancio.

La loro legittimità costituzionale dipende dalla capacità di mantenere un equilibrio tra risanamento finanziario e tutela effettiva del diritto alla salute[59].

D'altro canto, i piani di rientro incidono in modo significativo sulla stessa autonomia delle Regioni, limitando la loro capacità di determinare in modo autonomo le politiche sanitarie. Difatti, in presenza di un piano di rientro, le Regioni sono sottoposte a vincoli stringenti in materia di spesa, organizzazione e programmazione dei servizi[60].

Questa compressione dell'autonomia regionale trova il suo fondamento costituzionale nel principio di coordinamento della finanza pubblica[61], ma solleva interrogativi sulla tenuta del modello di regionalismo delineato dal Titolo V della Costituzione. Il rischio è quello di realizzare, nei fatti, un ritorno alla centralizzazione[62] della tutela della salute, in contrasto con il principio di autonomia territoriale.

Nel contesto dei piani di rientro, lo Stato esercita un ruolo di controllo e indirizzo particolarmente incisivo. In caso di inadempienza regionale, possono essere attivati poteri sostitutivi, che si traducono nella nomina di commissari ad acta e nell'adozione di misure straordinarie[63].

L'esercizio dei poteri sostitutivi trova il suo fondamento nell'art. 120 Cost. e nella necessità di garantire l'unità economica e la tutela dei diritti fondamentali[64]. Tuttavia, esso deve essere circoscritto e proporzionato, per evitare una compressione eccessiva dell'autonomia regionale[65].

In tale prospettiva, i piani di rientro non possono essere considerati meri strumenti contabili, ma devono essere inseriti in una visione complessiva e costituzionalmente orientata del sistema sanitario nazionale, salvaguardando l'autonomia regionale, gli

[59] Non sono mancate sentenze in cui la Corte costituzionale ha valutato i provvedimenti assunti in forza del Piano di rientro in contrasto con il nucleo irriducibile dell'art. 32 Cost. Nella sentenza n. 119 del 2012 la Corte ribadisce il proprio ruolo di garante del nucleo essenziale dei diritti fondamentali così da garantire che l'interesse pretensivo all'erogazione delle prestazioni non subisca una violazione nel bilanciamento con le esigenze della finanza pubblica, L. Delli Priscoli, *Il limite dell'utilità sociale nelle liberalizzazioni*, in *Giur. Comm.*, fasc. 2, 2014, 352.

[60] L'art. 2, comma 95, della legge 191/2009 ha previsto un divieto per le Regioni di adottare provvedimenti, anche legislativi, che ostacolino la piena attuazione del piano di rientro, auto-vincolando le amministrazioni regionali al conseguimento degli obiettivi concordati. Cfr. A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari. Studio sul modello solidale di regionalismo in Italia.* Pisa, 2021, 127.

[61] In più occasioni la Corte costituzionale ha riconosciuto che i piani di rientro sono espressione del principio di coordinamento della finanza pubblica, sancito dall'articolo 117, terzo comma, della Costituzione. Cfr. Corte cost., 5 giugno 2020, n. 106, in *Giur. Cost.*, 2020, 3, 1241, in *Riv. Giur. Edil.*, 2020, 4, I, 761; Corte cost., 13 gennaio 2021, n. 2, in *Foro Amm.*, 2021, 6, 924.

[62] E' stato osservato in dottrina che l'impianto costituzionale, così definito, non garantisca, nei fatti, l'attuazione di un'autonomia finanziaria alle autonomie locali, in quanto il potere rimane sempre sbilanciato in favore delle decisioni dello Stato. G. RIVOSECCHI, *Il coordinamento della finanza pubblica: dall'attuazione del Titolo V alla deroga del riparto costituzionale delle competenze?*, in *Studi e interventi*, reperibile in *www.issirfa.cnr.it*, 2013.

[63] I piani si inseriscono nel quadro normativo e programmatorio della sanità, fungendo da raccordo tra gli strumenti di programmazione già in vigore o in corso di adozione. In presenza di vincoli di bilancio inderogabili, i LEA costituiscono un vincolo prioritario nell'allocazione delle risorse disponibili. Tuttavia, il rispetto di tali livelli non dipende solo dalla quantità delle risorse stanziate, ma anche dalla loro efficace allocazione e utilizzo. Ne consegue che i sistemi normativi relativi ai piani di rientro e ai LEA risultano coerenti e tra loro coordinati. L'inadempienza di una Regione rispetto a uno dei due obiettivi principali del piano di rientro è già sufficiente per giustificare l'intervento sostitutivo dello Stato e il mantenimento del commissariamento. Cfr. sul punto, Tar Abbruzzo, 25 maggio 2011, n. 292 in *Foro amm., TAR*, 2011, 5, 1645; Corte cost., 8 marzo 2013, n. 36 in *Giur. cost.*, 2012, 2, 649.

[64] Cfr. Sul punto Corte cost., 15 novembre 2018, n. 199, in *Giur. cost.*, 2018, 6, 2434, in *Foro.it.*, 2019, 4, I, 1100, che ha evidenziato come l'esercizio dei poteri sostitutivi "*si ripercuote anche sugli equilibri della forma di governo regionale, a causa del perdurante esautoramento del consiglio e della stessa Giunta, a favore del Commissario ad acta*".

[65] La straordinaria rilevanza attribuita ai piani di rientro ha portato parte della dottrina a descrivere le Regioni sottoposte agli stessi come "*legislatori regionali dimezzati*". Cfr. E. GIGLIO, *Il legislatore dimezzato: i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanza sanitari ed interventi sostitutivi governativi*, in *Le Regioni*, 2012, 455.

equilibri di bilancio e l'effettività della tutela della salute.

E' stato osservato in dottrina che, pur non potendosi più mettere in discussione la legittimità dei Piani di rientro né il loro contributo alla salvaguardia dell'equilibrio finanziario del sistema sanitario regionale, occorre comunque riconoscere che una loro rigorosa applicazione potrebbe determinare una frizione con l'effettività della tutela del diritto alla salute, nonché con i principi costituzionali di eguaglianza sostanziale e autonomia legislativa regionale[66].

Per tale motivo, resta attuale l'esigenza di un ripensamento complessivo della materia, tenendo conto sia della nuova stagione nella protezione del diritto alla salute derivante dall'attuazione del PNRR, sia dell'evoluzione giurisprudenziale della Corte costituzionale in materia di prestazioni extra Lea, che a sua volta ha fatto emergere profili critici dell'attuale modello[67].

5. CONCLUSIONI

Alla luce delle considerazioni svolte risulta evidente come, nell'attuale assetto costituzionale, la tutela della salute rappresenti un tema estremamente complesso, presupponendo un equilibrio non solo tra diritti fondamentali ma anche tra assetti istituzionali e vincoli finanziari.

Dunque, qualsiasi indagine sul diritto alla salute non potrà prescindere dal contesto del regionalismo, della finanza pubblica e dei meccanismi di coordinamento statale e controllo della spesa.

L'evoluzione della tutela della salute nel regionalismo italiano evidenzia le tensioni strutturali tra autonomia territoriale e unità dei diritti fondamentali.

Il settore sanitario rappresenta un banco di prova decisivo per la tenuta dello Stato sociale e, in particolare, per la capacità dell'ordinamento di garantire l'effettività del diritto alla salute in un contesto istituzionale complesso e differenziato.

In tale prospettiva, l'esperienza del Servizio sanitario nazionale, le difficoltà del regionalismo differenziato, la necessità di prevedere dei livelli essenziali di assistenza e il ricorso ai piani di rientro regionali mostrano come il futuro del regionalismo sanitario dipenderà dalla capacità di rafforzare i meccanismi di coordinamento e di solidarietà (espressione del più generale principio di leale collaborazione[68]), garantendo l'eguaglianza tra cittadini e preservando, al contempo, spazi di autonomia regionale, nel rispetto dei principi costituzionali che pongono la persona e la sua dignità al centro dell'ordinamento repubblicano.

La Costituzione, dunque, nell'innalzare la salute a valore primario e irrinunciabile del nostro ordinamento, offre il criterio fondamentali da tenere in considerazione per ricercare un costante equilibrio tra esigenze di effettività del diritto alla salute, autonomia territoriale e responsabilità finanziaria, riducendo le diseguaglianze territoriali e garantendo la sostenibilità del sistema sanitario.

[66] Cfr. A. NAPOLITANO, *La dimensione multilivello del diritto alla salute. Esigenze di tutela e vincoli di sistema*, op. cit., 131.

[67] Cfr. A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA: segnali di apertura che rafforzano l'esigibilità del diritto alla salute nelle Regioni in Piani di rientro?*, in D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto tra Stato*-Regioni, Torino, 2025, 43.

[68] La dottrina si è ampiamente soffermata sul tema della leale collaborazione come principio costituzionale. In particolare, è stato osservato che un ordinamento dove coesistono lo Stato e le Regioni deve essere intriso di collaborazione finalizzata al raggiungimento di un'intesa che scongiuri a monte qualsivoglia forma di contrasto. In tale prospettiva, la leale collaborazione deve essere quella correttezza che, anche senza essere una stretta definizione legislativa, governa i rapporti tra i corpi costituzionali. Cfr. F. FIGONI, *Leale collaborazione e correttezza costituzionale*, in *Jus*, 1, 2017, 189.