

## «OVERKILLING» ISTITUZIONALE: DIRITTO ALLA SALUTE ALLA PROVA DEL REGIONALISMO DIFFERENZIATO E DELLE CRESCENTI. DISUGUAGLIANZE NEL SISTEMA SANITARIO ITALIANO\*

di Stella Nacca\*\*

**Sommario.** 1. Cenni introduttivi. – 2. (Ri)cucire l'Italia? Un percorso complesso ma necessario per la coesione territoriale. – 3. Una breve riflessione sul ruolo dell'autonomia (ovviamente) differenziata: la L. n. 86/2024 alla luce della Sent. 192/2024 della Corte costituzionale. – 4. Diritti sociali e risorse economiche: un vincolo indissolubile? – 5. Il contributo dell'Unione Europea alla tutela e alla promozione della salute pubblica. – 6. Considerazioni conclusive.

**1. Cenni introduttivi.** «La salute non è tutto, ma senza salute tutto è niente». Questa celebre massima di Arthur Schopenhauer sembra adattarsi perfettamente alla realtà italiana, dove il diritto alla salute, sancito e tutelato dall'articolo 32 della Costituzione<sup>1</sup>, è spesso messo alla prova dalle disparità territoriali che ne minano l'universalità. Un diritto che si declina in una duplice dimensione: quella positiva, che assicura l'accesso a prestazioni e servizi sanitari, e quella negativa, che tutela l'individuo da ingerenze non desiderate. I Livelli essenziali di assistenza (LEA), disciplinati dal d.P.C.M. del 12 gennaio 2017<sup>2</sup> e successivamente aggiornati<sup>3</sup>, rappresentano il nucleo centrale di questa tutela. L'Italia, unita sulla carta, è ancora oggi profondamente divisa tra Nord e Sud, e il sistema sanitario<sup>4</sup> rappresenta una delle manifestazioni più evidenti e critiche di questa frattura storica. Com'è noto, le radicate differenze territoriali rendono la qualità e l'accesso ai servizi sanitari fortemente variabili. Al Nord, la sanità gode di risorse e infrastrutture mediamente più solide, mentre al Sud, il

\* Sottoposto a referaggio.

\*\* Dottoranda di ricerca in Sanità Pubblica – Università della Campania Luigi Vanvitelli.

<sup>1</sup> Sul tema del diritto alla salute, si rinvia a R. Manfredi, *Diritto pubblico*, Torino, 2023, 144-148; M. Luciani, *Il diritto alla salute: una prospettiva di diritto comparato*, Bruxelles, Parlamento europeo, 2022; L. Chieffi, *Salute, regioni e questione meridionale*, Torino, 2022; G. Morana, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, 2020; L. Chieffi, *Il diritto all'autodeterminazione terapeutica: origine ed evoluzione di un valore costituzionale*, Torino, 2019; C. Casonato, *La salute e i suoi confini. Una prospettiva comparata*, in G. Cerrina Feroni, M. Livi Bacci, A. Petretto (a cura di), *Pubblico e privato nel sistema di welfare*, Firenze, 2017, 1-15; L. Chieffi, *Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico*, 2003; M. Luciani, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Diritto e società*, 1980. Per un'analisi sulle garanzie costituzionali del diritto alla salute si veda P. Caretti, G. Tarli Barbieri, *I diritti fondamentali. Libertà e diritti sociali*, Torino, 2021.

<sup>2</sup> Sul percorso storico e normativo 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, 53 ss. Si veda anche M. Atripaldi, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza*, in C. Colapietro, M. Atripaldi, G. M. O. Fares, A. Iannuzzi (a cura di), *I modelli di welfare sanitario tra qualità e sostenibilità. Esperienze a confronto*, Roma, 2018, 267-286. Si veda anche 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, Roma, 8 ottobre 2024, 65-94.

<sup>3</sup> A tal proposito, si veda, Ministero della Salute, *LEA, Ministero Salute: nuovo decreto tariffe dopo oltre 20 anni aggiorna i nomenclatori per la specialistica ambulatoriale e la protesica*, Comunicato n. 30, 14 novembre 2024.

<sup>4</sup> Il Sistema sanitario nazionale (SSN) è da intendersi come il sistema di sicurezza sociale posto in essere dallo Stato, dalle Regioni e da altri soggetti istituzionali atto a garantire un complesso di funzioni e di attività assistenziali a tutela della salute individuale e collettiva nel rispetto dei principi di universalità, eguaglianza ed equità. In forza dell'art. 32 della Cost., il SSN è stato, infatti, istituito con la l. n. 833/1978 al fine di superare il preesistente sistema mutualistico che forniva assistenza limitatamente agli iscritti a specifici regimi assicurativi. Con l'istituzione del SSN l'erogazione delle cure mediche è stata prevista per l'intera popolazione in funzione del bisogno sanitario, senza distinzioni (sociali, economiche, di condizione di salute, ecc.) e in modo uniforme (art. 1, cc. 1 e 2, d.lgs. n. 502/1992).

sottofinanziamento e le difficoltà gestionali penalizzano milioni di cittadini, accentuando ingiustizie e disparità. Queste fratture territoriali non sono solo una questione di efficienza amministrativa, ma toccano il cuore stesso della coesione sociale e dell'uguaglianza, principi fondamentali su cui si fonda la nostra Carta costituzionale. Le evidenze più recenti mostrano come la sanità, nonostante sia una delle principali voci di spesa pubblica, rappresenta un terreno particolarmente delicato. I dati del 2023<sup>5</sup>, ad esempio, posizionano l'Italia al sedicesimo posto tra i ventisette Paesi OCSE in termini di spesa sanitaria pubblica pro capite, fanalino di coda tra i Paesi del G7. Un risultato che segnala le difficoltà del nostro sistema sanitario nel rispondere alle crescenti esigenze della popolazione, soprattutto in alcune aree del Paese, anche a causa del fatto che<sup>6</sup> «le risorse sanitarie assegnate alle Regioni non compensano l'aumento dei prezzi, riducendo la quota di spesa sanitaria rispetto al PIL»<sup>7</sup>. In questo scenario, la recente legge n. 86/2024 (c.d. legge Calderoli) sull'autonomia differenziata ha acceso ulteriori preoccupazioni<sup>8</sup>. Permettere – nelle modalità descritte dal testo normativo – alle Regioni a statuto ordinario di negoziare maggiore autonomia in ambiti come la sanità, senza prima affrontare le disuguaglianze esistenti, rischia di amplificare questa frammentazione sfociando in una sorta di *Overkilling*<sup>9</sup> istituzionale. Il termine, preso in prestito dal lessico medico-legale, descrive un intervento sproporzionato e potenzialmente controproducente, che può essere metaforicamente applicato a politiche e riforme che, invece di risolvere problemi preesistenti, finiscono per aggravarli, complicando ulteriormente il quadro normativo e amministrativo, ed incrementando di fatto, nel caso in esame, le disparità territoriali. Il rischio di un aumento delle disuguaglianze è concreto, specialmente se si considera il criterio della spesa storica<sup>10</sup>, che penalizza le aree più svantaggiate. Per buona sorte, la Corte costituzionale, con la sentenza n. 192/2024 – che sarà affrontata nel corso del contributo – è intervenuta ponendo importanti limiti a questa riforma, riaffermando i principi di uniformità e solidarietà<sup>11</sup> che dovrebbero guidare le scelte della politica. Tuttavia, l'autonomia differenziata rappresenta solo uno dei tanti aspetti di una questione ben più ampia della storica disuguaglianza tra il Nord e il Sud del Paese. Questa disparità non si limita al settore sanitario, ma si estende all'istruzione, ai trasporti, alle

<sup>5</sup> OECD, *Health at a Glance OECD Indicators*, 2023.

<sup>6</sup> Corte Conti, *Deliberazione n. 4/ Sez. Aut/ 2024/ FRG*.

<sup>7</sup> Corte Conti, *Relazione sulla gestione finanziaria delle Regioni/ Province autonome per gli esercizi 2020-2023*, Roma, 1° agosto 2024.

<sup>8</sup> Si veda R. Balduzzi, D. Servetti, *Regionalismo differenziato e materia sanitaria*, in *Rivista AIC*, 2, 17 aprile 2019.

<sup>9</sup> Il termine descrive una situazione in cui l'assassino continua a infliggere violenza sul corpo della vittima anche dopo la sua morte, spinto da un impulso di furia cieca e incontrollata. È comunemente utilizzato anche per indicare terapie o interventi medici esagerati, evidenziando l'eccessività di tali approcci. Non si tratta, chiaramente, di una definizione universale, e la sua interpretazione varia tra i professionisti. Esempi storici di omicidi che potrebbero essere classificati come *Overkilling* includono l'assassinio di Giulio Cesare e i crimini attribuiti a Jack lo Squartatore.

<sup>10</sup> Sul punto si rinvia a L. Chieffi, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, 1, 2020, 27 ss.

<sup>11</sup> Si richiamano in particolare, per quanto concerne l'ambito costituzionalistico e pubblicistico: L. Carlassare, *Solidarietà: un progetto politico*, in *Costituzionalismo.it*, 1, 2016, 45 ss.; S. Rodotà, *Solidarietà, un'utopia necessaria*, Roma-Bari, 2016; A. Morelli, *I principi costituzionali relativi ai doveri inderogabili di solidarietà*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2015, 1 ss.; D. Florenzano, D. Borgonovo Re, F. Cortese, *Diritti inviolabili, doveri di solidarietà e principio di eguaglianza. Un'introduzione*, Torino, 2012; A. Apostoli, *La valutazione del principio di solidarietà. Crisi di un valore fondamentale per la democrazia*, Milano, 2012; F. Giuffrè, *La solidarietà nell'ordinamento costituzionale*, Milano, 2002; S. Galeotti, *Il valore della solidarietà*, in *Dir. soc.*, 1996, 1 ss.; G. Lombardi, *Contributo allo studio dei doveri costituzionali*, Milano, 1967. Nuovi apporti derivano inoltre dagli approfondimenti sul criterio di unione rappresentato dalla fratellanza, su cui v. F. Pizzolato, P. Costa, *Principio di fraternità e modernità giuridica*, in *Costituzionalismo.it*, 1, 2013; F. Pizzolato, *Il principio costituzionale di fraternità. Itinerario di ricerca a partire dalla Costituzione italiana*, Roma, 2012; I. Massa Pinto, *Costituzione e Fraternità. Una teoria della fraternità conflittuale: "come se" fossimo fratelli*, Napoli, 2011; A. Marzanati, A. Mattioni (a cura di), *La fraternità come principio del diritto pubblico*, Roma, 2007.

opportunità economiche e sociali, delineando un quadro di profonda iniquità. La sanità rappresenta forse il campo in cui queste disuguaglianze si manifestano in modo più drammatico, incidendo direttamente sul benessere e sulla qualità della vita delle persone. In tal contesto, l'Unione Europea (UE) rappresenta una bussola preziosa per orientare le politiche nazionali verso maggiore equità<sup>12</sup>. Iniziative – come il programma *EU4Health* – offrono strumenti e valori utili per affrontare queste sfide. La promozione dell'accesso universale a cure tempestive, di alta qualità e sostenibili rappresenta un obiettivo che il nostro Paese dovrebbe avviare con determinazione, prendendo esempio dalle migliori pratiche europee. Il cuore di questo contributo è dunque la riflessione su come bilanciare l'autonomia regionale con la necessità di garantire equità e uniformità nell'erogazione dei servizi sanitari. In che modo il principio di differenziazione può convivere con l'imperativo costituzionale di ridurre le disuguaglianze? Questa domanda non riguarda solo il diritto, ma anche l'etica della politica: la capacità di costruire un sistema che sia davvero al servizio di tutti, senza lasciare indietro nessuno.

**2. (Ri)cucire l'Italia? Un percorso complesso ma necessario per la coesione territoriale.** I divari territoriali rappresentano una sfida cruciale per il futuro dell'Italia, un nodo che affonda le sue radici nel passato – su cui è utile una seppur breve riflessione storica – e che si è progressivamente intrecciato con le dinamiche economiche, sociali e demografiche del Paese.

Negli anni del *boom* economico, tra il 1950 e il 1973, il Meridione beneficiò di politiche straordinarie come la Cassa per il Mezzogiorno, che permisero una significativa riduzione delle disparità con il Centro - Nord. Questi interventi si tradussero in una partecipazione attiva del Sud al cosiddetto «miracolo economico»<sup>13</sup>, grazie a strategie di industrializzazione e riforme agrarie mirate. Successivamente, con la crisi energetica degli anni Settanta e la fine della stabilità valutaria, il progresso si arrestò. Dal 1993, l'abolizione dell'intervento straordinario segnò l'inizio di una nuova fase: il divario tornò a crescere, riportando il Mezzogiorno a una condizione simile a quella degli anni Cinquanta. Politiche basate su trasferimenti correnti anziché su investimenti produttivi contribuirono a consolidare una dipendenza economica che penalizzò ulteriormente il Sud. Tale variazione di orientamento si rispecchiò anche nelle decisioni politiche a livello nazionale, segnando un crescente disinteresse per una concreta integrazione economica del territorio e un progressivo disimpegno dello Stato nell'attuazione di politiche volte a stimolare la crescita del Mezzogiorno. Una crescita che, se adeguatamente sostenuta, potrebbe apportare benefici significativi all'intera nazione<sup>14</sup>.

<sup>12</sup> G. Costa, *L'equità nella salute in Italia: secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, in *Saluteinternazionale.info*, 2014.

<sup>13</sup> A. Cardini (a cura di), *Il miracolo economico italiano (1958-1963)*, Bologna, 2006.

<sup>14</sup> Secondo il Presidente della Svimez A. Giannola, «Un "Progetto di Sistema" - immediatamente avviabile e concretamente realizzabile entro il 2026 - rivolto al Mezzogiorno d'Italia continentale e insulare, mira a promuovere una sinergia virtuosa con il Centro-Nord, al fine di raggiungere un riequilibrio effettivo orientato al "Benessere" dell'intera Comunità italiana, rafforzando così le fondamenta della sua "Unità" e contribuendo in modo determinante al riposizionamento autorevole dell'Italia nel contesto dell'Unione Europea», in *Quaderni SVIMEZ – Numero speciale (65), Dialogo progettuale: Un "Progetto di sistema" per il Sud in Italia e per l'Italia in Europa*, a cura di A. Giannola e D. Miotti, Roma, aprile 2021, *passim*. In tal senso, per C. Triglia, *Non c'è Nord senza Sud. Perché la crescita dell'Italia si decide nel Mezzogiorno*, Bologna, 2012, 128, «il Sud costituisce, più che nel passato, una grande occasione di crescita, anche per il Nord, legata alle possibilità che si aprono oggi nel mercato internazionale per la valorizzazione di risorse locali che sono presenti nelle Regioni meridionali». Analogamente, G. Viesti, *Centri e periferie. Italia, Mezzogiorno dal XX al XXI secolo*, cit., XXXVIII. Si veda anche Istat, *I divari territoriali nel PNRR: dieci obiettivi per il Mezzogiorno*, 2023.

In questo quadro si inserisce l'*Overkilling* istituzionale: un eccesso di interventi frammentari, sconsiderati e spesso emergenziali, incapaci di produrre un riequilibrio strutturale, e che hanno finito per indebolire l'efficacia stessa dell'azione pubblica, soprattutto nel settore sanitario. Nel presente contesto, la situazione del Sud Italia – dove poco è cambiato – risulta ulteriormente complicata dalle dinamiche demografiche. L'emigrazione giovanile e il calo della natalità stanno accelerando l'invecchiamento della popolazione, con previsioni Istat che indicano una possibile riduzione di oltre cinque milioni di abitanti entro il 2070<sup>15</sup>. Questo declino demografico minaccia la sostenibilità economica e sociale, creando gravi disuguaglianze che si riflettono anche sul sistema sanitario, mettendo in discussione il diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione, che sembra spesso vacillare di fronte alle marcate differenze nell'erogazione e nella qualità delle prestazioni sanitarie. Nonostante la garanzia di un sistema sanitario universalistico, che si pone come obiettivo quello di assicurare a tutti i cittadini l'accesso a cure di qualità indipendentemente dal reddito o dal luogo di residenza, persistono significative differenze nella qualità e nell'efficienza delle prestazioni offerte. Le Regioni del Nord, grazie a una gestione finanziaria più solida e a infrastrutture meglio sviluppate, riescono a garantire standard elevati, mentre al Sud le difficoltà economiche e amministrative limitano gravemente la capacità di rispondere ai bisogni della popolazione. Tali carenze sono particolarmente evidenti nella presa in carico di anziani e persone con disabilità, dove i servizi residenziali e l'assistenza domiciliare risultano inadeguati. Nel Mezzogiorno, inoltre, le performance insufficienti nel campo della medicina preventiva amplificano i problemi esistenti<sup>16</sup>. Un ulteriore fattore critico è la fuga di personale medico e sanitario qualificato verso il Nord o l'estero, che aggrava la carenza di risorse umane<sup>17</sup>. Questo fenomeno, unito alla debolezza amministrativa e alla diffusione della criminalità organizzata, contribuisce a un contesto di corruzione più accentuato rispetto al resto del Paese<sup>18</sup>. Inoltre, la distribuzione delle strutture sanitarie e delle tecnologie avanzate<sup>19</sup> è profondamente disomogenea sul territorio nazionale, con una maggiore concentrazione nei centri urbani del Nord. Questa disparità si riflette non solo nella qualità dei servizi di base, ma anche nella gestione delle emergenze e delle patologie croniche. Al Nord, i cittadini beneficiano di una rete di assistenza più diffusa e di programmi di prevenzione efficaci, mentre nel Sud gli interventi risultano spesso frammentari e inadeguati. Le conseguenze di queste carenze emergono chiaramente in indicatori chiave come l'aspettativa di vita e la mortalità evitabile, che mostrano differenze significative tra le aree del Paese. Nel 2023, dalle stime prodotte dall'Istat, la durata media della vita alla nascita è stata calcolata in 81,1 anni per gli uomini e 85,2 anni per le donne. Tra le varie aree, la Provincia Autonoma di Trento si distingue per i valori più elevati: gli uomini raggiungono in media 82,4 anni e le donne 86,9 anni. Al contrario, la Campania registra i valori più bassi, con una vita media stimata di 79,4 anni per gli uomini e 83,6 anni per le donne. Durante la pandemia, il divario tra i generi nella speranza di vita si era ampliato a causa del maggiore impatto della malattia sugli uomini, ma ora appare ridimensionato rispetto ai dati del 2019, quando la differenza era di 4,3 anni. Tuttavia, il 2020 ha segnato un calo generalizzato della durata media della vita rispetto al 2019, con le Regioni settentrionali che hanno perso almeno un anno. Le

<sup>15</sup> Istat, *Previsioni della popolazione residente e delle famiglie*, 2021.

<sup>16</sup> Al riguardo si rinvia a L. Chieffi, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, cit., 14.

<sup>17</sup> Si veda C. Triglia, *Non c'è Nord senza Sud. Perché la crescita dell'Italia si decide nel Mezzogiorno*, cit., 98, lo sviluppo «perché influisce sulla efficienza della pubblica amministrazione, sulla capacità di produrre beni collettivi e servizi, e quindi sulle economie esterne per le imprese locali e sulla qualità della vita per i cittadini».

<sup>18</sup> C. Cottarelli, *I sette peccati dell'economia italiana*, Milano, 2019, 47, in cui l'A. afferma che «Correggere i nostri errori e smettere di peccare è ancora possibile».

<sup>19</sup> P. Lombardi, *Divario territoriale, governo del territorio e innovazione: un approfondimento*, in *federalismi.it*, 2024.

perdite sono risultate più contenute nel Centro e nel Sud, pari rispettivamente a 0,7 e 0,8 anni. Considerando l'aspettativa di vita a 65 anni, nel 2023 un uomo può prevedere di vivere ancora 19,5 anni, mentre una donna 22,4 anni. Anche in questo caso, Trento è al primo posto con una speranza di vita di 20,5 anni per gli uomini e 23,9 anni per le donne. La Campania, invece, è fanalino di coda, con 18,4 anni per gli uomini e 21,1 per le donne. A livello nazionale, gli uomini di 65 anni hanno recuperato i livelli del 2019, grazie a un incremento di 0,2 anni nelle Regioni del Nord, mentre il Centro è rimasto stabile e il Sud ha registrato un lieve calo di 0,1 anni. Per le donne, invece, il confronto con il 2019 evidenzia un arretramento di 0,2 anni, con riduzioni in tutte le aree: 0,1 anni in meno al Nord e al Centro, e 0,3 anni in meno nel Mezzogiorno. Nonostante alcuni miglioramenti, le differenze territoriali si sono ampliate, con un netto divario tra il Centro - Nord e il Mezzogiorno.<sup>20</sup>

Un ulteriore problema particolarmente critico riguarda le liste d'attesa<sup>21</sup>, che nel Sud sono sensibilmente più lunghe rispetto al Nord. Questo costringe molti cittadini a rivolgersi a strutture private o a spostarsi in altre Regioni per ricevere cure adeguate, alimentando il fenomeno della «migrazione sanitaria», che non solo grava economicamente sulle famiglie, ma amplifica ulteriormente le disuguaglianze territoriali, creando un divario che indebolisce il tessuto sociale. Le conseguenze vanno oltre i costi finanziari, includendo disagi psicologici, perdita di tempo e un peggioramento della qualità della vita per chi è costretto a fronteggiare queste difficoltà.

In questo scenario, la recente legge n. 107/2024<sup>22</sup>, rappresenta un tentativo di intervenire su queste problematiche croniche, ma lascia aperti molti interrogativi. La normativa introduce una serie di misure che, almeno sulla carta, sembrano ambiziose. Tra queste spicca la creazione della Piattaforma Nazionale delle liste d'attesa, gestita dall'Agenas, che dovrebbe favorire l'interoperabilità con i sistemi regionali. Tuttavia, questa centralizzazione rischia di scontrarsi con l'autonomia gestionale delle Regioni, un tema sempre delicato e fonte di attriti istituzionali. Un altro intervento significativo riguarda il potenziamento dell'offerta assistenziale attraverso l'estensione degli orari delle visite mediche anche ai fine settimana. Questo punto, sebbene apprezzabile per l'intento di migliorare l'accesso alle cure, non considera adeguatamente il già critico sovraccarico a cui è sottoposto il personale sanitario. Il previsto superamento del tetto di spesa per le assunzioni, con l'autorizzazione di incrementare fino al 15% il fondo sanitario regionale, potrebbe essere una soluzione, ma appare insufficiente se non accompagnato da una riforma strutturale che renda il sistema più attrattivo per i professionisti, soprattutto nelle aree periferiche e del Sud. Un aspetto cruciale è poi l'obbligo per gli erogatori pubblici e privati accreditati di aderire al Centro Unico di Prenotazione regionale. Sebbene questa misura sembri mirata a garantire maggiore trasparenza e a razionalizzare le risorse, rimane il dubbio che una gestione centralizzata possa realmente ridurre le disuguaglianze territoriali senza un parallelo investimento in infrastrutture e risorse umane. In definitiva, la legge n. 107/2024 appare come un passo nella giusta direzione, ma forse troppo timido e frammentario rispetto all'enormità del problema. L'assenza di un approccio più organico e di una visione a lungo termine lascia

<sup>20</sup> Dati Istat disponibili sul sito [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it), 2024. Per un'analisi si veda, *Rapporto Osservasalute 2023. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle Regioni italiane*, 2024, 125 ss.

<sup>21</sup> Sul punto si rinvia a Commissione Affari Sociali – Senato della Repubblica, *Audizione di rappresentanti della Fondazione GIMBE su DdL 1161 (d.l. 73/2024 - Liste d'attesa)*, Roma, 25 giugno 2024.

<sup>22</sup> Legge n. 107/2024, conversione in legge, con modificazioni, del d.l. n. 73/2024, recante *Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*. Sul punto si veda, *Legge 29 luglio 2024, n. 107 – Misure urgenti per la riduzione dei tempi delle liste di attesa delle prestazioni sanitarie*, in *Biolaw Journal*, 29 luglio 2024. In particolare, occorre segnalare come i cittadini non siano adeguatamente informati circa la possibilità, prevista dall'art. 3, d.l. n. 124/1998, di richiedere all'ASL l'erogazione della prestazione in regime di attività libero-professionale intramuraria, a carico del servizio sanitario regionale, in caso di mancato rispetto dei tempi massimi di attesa.

spazio a dubbi sulla sua reale efficacia. È lecito chiedersi se le misure introdotte siano davvero in grado di superare il dualismo tra Nord e Sud o se, al contrario, rappresenteranno l'ennesimo esempio di *Overkilling* istituzionale.

Provando a trarre alcune considerazioni da un dilemma storico, le disparità territoriali nell'accesso alla sanità continuano a rappresentare un nodo irrisolto che grava sul sistema sanitario italiano sin dalle sue origini. Paradossalmente, queste disuguaglianze vengono ancora affrontate con una sorprendente indifferenza, quasi fossero un problema marginale o privo di reale urgenza. È come progettare la costruzione di una casa senza preoccuparsi della solidità delle fondamenta: un'impresa inevitabilmente destinata al fallimento. Questi divari, che danno vita a una sanità – oserei dire – a «venti velocità», tante quante sono le Regioni, riflettono *de facto* una realtà difficilmente occultabile: «Non si può sottacere che la grave crisi di sostenibilità del SSN non garantisce più alla popolazione un'effettiva equità di accesso alle prestazioni sanitarie, con intuibili conseguenze sulla salute delle persone e pesante aumento della spesa privata. La tendenza, ormai già da diversi anni, appare lenta ma costante: da un SSN incentrato sulla tutela del diritto costituzionalmente garantito, a tanti diversi sistemi sanitari regionali, sempre più basati sulle regole del libero mercato»<sup>23</sup> – richiedono invece interventi strutturali e politiche audaci, capaci di rompere con le logiche di breve termine e di affrontare con serietà una questione che incide profondamente sulla coesione sociale e sui diritti dei cittadini. L'attuale spinta verso l'autonomia differenziata<sup>24</sup> appare non solo miope, ma potenzialmente deleteria: sebbene concepita come uno strumento per migliorare l'efficienza amministrativa, l'autonomia rischia di cristallizzare le disparità, privando le Regioni più deboli delle risorse necessarie per colmare gli storici *gap*, trasformandoli in un problema permanente<sup>25</sup>. In assenza di una visione condivisa che affronti il problema delle disuguaglianze territoriali come una priorità nazionale, il sistema sanitario rischia di diventare il simbolo di un Paese diviso, incapace di garantire diritti equi e universali ai propri cittadini.

**3. Una breve riflessione sul ruolo dell'autonomia (ovviamente) differenziata: la L. n. 86/2024 alla luce della Sent. 192/2024 della Corte costituzionale.** La recente legge sull'autonomia differenziata può essere letta, come un possibile esempio di *Overkilling* istituzionale: un intervento normativo che, pur orientato alla riorganizzazione delle competenze, potrebbe finire per accrescere le complessità del sistema e amplificare le disuguaglianze esistenti. Per meglio valutarne la portata, è opportuno ripercorrerne sinteticamente l'evoluzione e il dialogo con la giurisprudenza costituzionale.

Nel 2001, al termine della legislatura, il Parlamento ha proceduto all'approvazione della legge n. 3<sup>26</sup>, che ha introdotto significative modifiche alla Costituzione italiana. Tale intervento, confermato successivamente tramite referendum popolare, ha comportato una revisione sostanziale del Titolo

<sup>23</sup> Si veda Procura generale - Corte Conti, *Cerimonia di inaugurazione dell'anno giudiziario 2024*, Roma, 13 febbraio 2024.

<sup>24</sup> A. Morrone, *Il regionalismo differenziato. Commento all'art. 116, comma 3, della Costituzione*, in *Fed. Fisc.*, 1, 2007, 168. Si veda A. Patroni Griffi, (voce) *Regionalismo differenziato*, 2021. Sempre si rinvia a L. Chieffi, *Salute, Regioni e questione meridionale*, 4 ss.

<sup>25</sup> E. Felice, *Perché il Sud è rimasto indietro*, cit., 63. Analogamente, F. Cassano, *Tre modi di vedere il Sud*, cit., 17, sottolinea come l'«eclissi della questione meridionale», che obbliga questa area del Paese a «contare sulle proprie forze», costituisca un significativo ostacolo sia nel colmare il divario tra le Regioni sia nel garantire l'equità nell'accesso ai diritti di cittadinanza su scala nazionale.

<sup>26</sup> L. cost. n. 3/2001, *Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione* (G.U. n. 248 del 24-10-2001). Per la dottrina si rinvia a M. Luciani, *Le nuove competenze legislative delle Regioni a statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della l. cost. n. 3/2001*, in *Il nuovo Titolo V della Costituzione*, cit., spec. 17 ss.

V della Carta costituzionale<sup>27</sup>, ridefinendo la distribuzione delle competenze tra Stato e Regioni e apportando innovazioni di rilievo anche sul piano fiscale. La riforma ha interessato complessivamente quindici articoli della Costituzione, di cui cinque sono stati abrogati. In particolare, l'articolo 116, nel nuovo comma terzo, ha stabilito la possibilità per le Regioni a statuto ordinario di accedere a «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia», ampliando il quadro delle competenze regionali già delineato<sup>28</sup>. A distanza di ventitré anni da tale intervento<sup>29</sup>, nel giugno del 2024, il Parlamento ha approvato la legge n. 86 (c.d. legge Calderoli), recante *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*. L'articolo 1 stabilisce le finalità generali della legge, sottolineando che l'attribuzione di ulteriori forme di autonomia deve avvenire nel rispetto del principio di sussidiarietà e di adeguatezza, assicurando l'equità nell'erogazione dei diritti civili e sociali su tutto il territorio nazionale. Questi diritti sono garantiti dai c.d. LEP (Livelli Essenziali delle Prestazioni), che rappresentano «la soglia costituzionalmente necessaria» per l'effettiva tutela dei diritti in questione. Il testo normativo consente alle Regioni ordinarie, nel rispetto dei principi generali sanciti dalla normativa statale, di acquisire competenze aggiuntive di natura legislativa e amministrativa in ben ventitré ambiti. Tra questi, si annoverano settori di cruciale importanza per la vita quotidiana dei cittadini, quali istruzione, sanità, trasporti e ambiente (art. 3).

La sanità pubblica, quindi, rientra tra le materie specificamente indicate per la determinazione dei LEP. La legge prevede che, affinché una Regione possa ottenere ulteriori forme di autonomia – come ad esempio – in tale ambito, siano prima definiti i LEP relativi, garantendo che le risorse finanziarie, umane e strumentali siano sufficienti per mantenere un livello uniforme di servizi sanitari essenziali su tutto il territorio nazionale. In particolare, si evidenzia come i LEP siano «il nucleo invalicabile per rendere effettivi tali diritti» e per evitare divari territoriali nell'accesso alle cure. Nonostante gli obiettivi dichiarati di equità e uniformità, l'applicazione della legge solleva alcune problematiche potenziali che richiedono particolare attenzione. In primo luogo – come precedentemente sottolineato – esistono significative disparità regionali nella capacità di gestione; le Regioni con minore capacità amministrativa e finanziaria potrebbero incontrare difficoltà nel garantire LEP. Questo scenario evidenzia la necessità di un monitoraggio stringente nella distribuzione delle risorse e nella gestione delle competenze sanitarie, per evitare che alcune aree del Paese rimangano indietro, compromettendo così il diritto all'accesso equo ai servizi essenziali. Un altro aspetto cruciale è l'allocatione delle risorse. La legge stabilisce che «il trasferimento delle funzioni concernenti i LEP può avvenire solo dopo la determinazione dei relativi costi e fabbisogni standard» (art. 4). Tuttavia, il rischio di una sottostima delle risorse necessarie o di un'allocatione inefficiente rappresenta una minaccia concreta per la qualità dei servizi sanitari in alcune Regioni, ampliando ulteriormente il divario territoriale. L'attribuzione di autonomia differenziata potrebbe inoltre generare conflitti istituzionali tra Stato e Regioni. Da un lato, le Regioni potrebbero lamentare un insufficiente trasferimento di risorse per adempiere ai propri compiti; dall'altro, lo Stato potrebbe trovarsi costretto ad esercitare il «potere sostitutivo» previsto dall'articolo 120 della Costituzione qualora i LEP non fossero garantiti, alimentando tensioni politiche e amministrative. Infine, la legge introduce meccanismi di monitoraggio attraverso commissioni paritetiche, ma

<sup>27</sup> L. Chieffi, *Salute, Regioni e questione meridionale*, 32 ss.; R. Balduzzi, *Titolo V e tutela della salute*, in R. Balduzzi, G. Di Gaspare (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002, 14.

<sup>28</sup> Per approfondimenti si veda il dossier a cura dei Servizi studi di Camera e Senato, *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*, atto Camera 1665, S. 615.

<sup>29</sup> Audizione informale del Presidente della Svimez Adriano Giannola dinanzi alla I Commissione (Affari Costituzionali) della Camera dei deputati, nell'ambito dell'esame, in sede referente, del disegno di legge C. 1665 Governo, approvato dal Senato, recante *Disposizioni per l'attuazione dell'autonomia differenziata delle Regioni a statuto ordinario ai sensi dell'articolo 116, terzo comma, della Costituzione*, 28 marzo 2024.

L'efficacia di tali controlli dipende dalla capacità di individuare tempestivamente eventuali criticità e adottare le necessarie misure correttive. In questo contesto, la trasparenza nei rapporti finanziari tra Stato e Regioni si configura come un elemento essenziale per mantenere la fiducia pubblica e assicurare l'effettivo perseguimento degli obiettivi di coesione e solidarietà sociale. Tale configurazione normativa potrebbe portare, qualora tutte le Regioni decidessero di esercitare tale facoltà, a una frammentazione regolativa e organizzativa dei servizi sul territorio nazionale. Ogni Regione, infatti, avrebbe la facoltà di scegliere ambiti specifici per l'ampliamento della propria autonomia, determinando così una governance territoriale differenziata. Questa prospettiva solleva interrogativi non trascurabili, in particolare in relazione alle disuguaglianze esistenti tra i territori. Poiché le capacità gestionali e le risorse economiche variano notevolmente tra le diverse aree del Paese, vi è il concreto rischio che l'autonomia differenziata – articolata con queste modalità – contribuisca ad ampliare il divario già esistente, con ricadute dirette sui diritti e le opportunità dei cittadini. Per l'appunto, la legge n. 86 sta effettivamente generando un acceso dibattito, e le perplessità menzionate trovano riscontro in diverse posizioni critiche in ambito accademico, politico e sociale. Al centro della discussione si trovano due questioni fondamentali: il rischio di aggravare le disuguaglianze territoriali e la possibilità che l'autonomia differenziata comprometta l'universalità dei diritti fondamentali, come la tutela della salute. Da un lato, i sostenitori della legge ritengono che essa rappresenti un passo avanti verso un maggiore riconoscimento delle specificità regionali e una gestione più efficiente delle risorse locali. La possibilità per le Regioni di adattare i servizi alle proprie esigenze territoriali viene vista come un'occasione per migliorare la qualità dell'amministrazione e della spesa pubblica. Dall'altro lato, i detrattori sollevano preoccupazioni circa la capacità delle Regioni di garantire livelli essenziali di prestazioni omogenei, soprattutto in un settore critico come la sanità. In Italia – come esaminato in precedenza – esistono già significative disparità tra le Regioni in termini di accesso e qualità dei servizi sanitari, dovute a differenze di risorse finanziarie, capacità amministrativa e infrastrutture. Il timore è che una maggiore autonomia, senza adeguati meccanismi di controllo e perequazione, possa ampliare queste disuguaglianze, lasciando alcune aree del Paese – soprattutto quelle meno sviluppate – in una condizione di cronica difficoltà. Il dibattito, pertanto, non è solo tecnico, ma profondamente politico e sociale, poiché investe il significato stesso di un diritto universale come quello alla salute in un contesto di crescente diversificazione amministrativa. Coinvolge visioni diverse di cosa significhi essere una Repubblica indivisibile, capace di coniugare autonomia regionale e solidarietà nazionale. Le preoccupazioni trovano radici in questa tensione irrisolta e pongono interrogativi cruciali: fino a che punto l'autonomia può spingersi senza compromettere l'uguaglianza dei diritti? E quali garanzie effettive possiamo adottare per assicurare che questa riforma non ampli ulteriormente i divari esistenti? Sono domande complesse e meritevoli di un confronto approfondito.

La sentenza n. 192/2024<sup>30</sup> della Corte costituzionale costituisce un passaggio cruciale per l'interpretazione del regionalismo differenziato in Italia, imponendo una rilettura profonda della legge n. 86/2024 e del suo inquadramento costituzionale<sup>31</sup>. Risulta davvero proficuo esaminare, seppur brevemente, tutti i passaggi di questa sentenza<sup>32</sup>, che appaiono per lo più perfettamente in linea con le questioni critiche evidenziate precedentemente. Innanzitutto, la Corte chiarisce nitidamente che l'autonomia differenziata, sia che venga accolta con entusiasmo o con timore, non è in contrasto con la Costituzione, poiché non minaccia l'unità della Repubblica, ma potrà concretizzarsi esclusivamente in armonia con valori essenziali quali coesione, inclusione, diversità e

<sup>30</sup> Corte cost., sent. n. 192/2024.

<sup>31</sup> R. Manfellotti, *La sent. n. 192 del 2024 della Corte costituzionale e gli atti amministrativi generali a contenuto normativo*, per g.c. di *lecostituzionaliste.it*, 2024.

<sup>32</sup> Camera dei deputati, Servizio studi, XIX legislatura, *Le Regioni e l'autonomia differenziata*, 15 novembre 2024.

pari opportunità. In merito, la Consulta sottolinea che «il regionalismo corrisponde a un'esigenza insopprimibile della nostra società, come si è gradualmente strutturata anche grazie alla Costituzione». Il giudice delle leggi, con rigore metodologico, ha affrontato il ricorso – promosso dalle Regioni Toscana, Campania, Puglia e la Regione autonoma Sardegna che hanno contestato sia diverse disposizioni specifiche sia l'intero impianto della legge n. 86/2024 – suddividendo l'analisi in cinque ambiti distinti: l'interpretazione generale dell'articolo 116, co. 3, Cost.; le fonti del diritto<sup>33</sup>; i Livelli Essenziali delle Prestazioni (LEP); il principio di leale collaborazione; le questioni finanziarie e altre tematiche residuali<sup>34</sup>. La Corte ha avviato il suo ragionamento con una riflessione sull'articolo 116, terzo comma<sup>35</sup>, reinterpreandolo alla luce del quadro costituzionale complessivo e del mutato contesto economico e istituzionale, anche in relazione al ruolo dell'Unione Europea. Tre criteri chiave sono stati indicati come necessari per l'attribuzione di funzioni alle Regioni: l'efficienza nell'allocazione delle risorse, l'equità nell'accesso ai diritti e la responsabilità delle autorità pubbliche nei confronti dei cittadini. Partendo da questi principi, la Corte ha assunto un atteggiamento restrittivo verso la devoluzione di materie particolarmente sensibili, quali la tutela ambientale, l'energia, i trasporti e l'istruzione, sottolineando il rischio di frammentazione delle politiche pubbliche e la necessità di salvaguardare l'interesse nazionale. La Corte ha posto come elemento fondante del sistema di distribuzione delle competenze il principio di sussidiarietà<sup>36</sup>, che può essere applicato solo a «specifiche e ben determinate funzioni», e non a intere materie, ritenendo irragionevole un'estensione generalizzata – come sancito dall'articolo 116, terzo comma, della Costituzione, che dispone la possibilità di introdurre «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia concernenti le materie». Un passaggio cruciale dell'argomentazione della Corte risiede nella distinzione tra funzioni e materie. Per esplicitare questa distinzione, si afferma che «la funzione è un insieme circoscritto di compiti omogenei affidati dalla norma giuridica ad un potere pubblico e definiti in relazione all'oggetto e/o alla finalità», mentre la materia include una pluralità di funzioni eterogenee, ciascuna delle quali può richiedere livelli di governo differenti per garantire un'efficace applicazione del principio di sussidiarietà. Da ciò deriva che il trasferimento di competenze non può riguardare ambiti interi, bensì deve limitarsi a specifiche funzioni puntualmente individuate. La Corte, inoltre, stabilisce che l'assegnazione delle competenze deve rispettare criteri di adeguatezza, efficacia, equità e responsabilità, considerando non solo l'«economicità» ma anche la sostenibilità dei bilanci pubblici. È essenziale evitare che la distribuzione delle competenze amplifichi disuguaglianze territoriali o comprometta la tutela uniforme dei diritti. La vicinanza ai cittadini favorisce il controllo democratico e una maggiore «responsività» delle autorità, ma richiede un equilibrio tra «potere di spesa» e «potere fiscale». Inoltre, ogni trasferimento deve basarsi su un'istruttoria rigorosa e trasparente, poiché «l'iniziativa della Regione e l'intesa devono essere precedute da un'istruttoria approfondita, suffragata da analisi basate su metodologie condivise, trasparenti e possibilmente validate dal punto di vista scientifico». Infine, la Corte individua ambiti in cui il trasferimento di funzioni è «precluso», salvo eccezioni motivate, tra cui commercio estero, tutela ambientale, porti e aeroporti civili, grandi reti di trasporto e norme generali sull'istruzione. Al centro della riflessione costituzionale, l'interrogativo attinente alla distinzione tra materie LEP e no - LEP. La Corte ha rigettato l'idea di una delega legislativa generica per la definizione dei LEP<sup>37</sup>; essi costituiscono una «rete di protezione» indispensabile, il cui rispetto è obbligatorio anche nelle cosiddette materie «no - LEP» qualora siano coinvolti diritti fondamentali. In questi casi, ogni trasferimento di funzioni richiede la previa determinazione del LEP e del relativo costo standard,

<sup>33</sup> Corte cost., sent. n. 192/2024, punti 9 -13 del «Considerato in diritto».

<sup>34</sup> *Ivi*, punti 30 - 31.

<sup>35</sup> *Ivi*, punti 7 - 8.

<sup>36</sup> C. Buzzacchi, *Pluralismo, differenze, sussidiarietà ed eguaglianza: dalla sentenza n. 192 del 2024 il modello per il sistema regionale «differenziato»*, 2024.

<sup>37</sup> Corte cost., sent. n. 192/2024, punti 14-16 del «Considerato in diritto».

poiché «i relativi trasferimenti non potranno riguardare funzioni che attengono a prestazioni concernenti i diritti civili e sociali». La Corte critica l'attuale sistema di definizione dei LEP introdotto dalla legge di bilancio 2023, considerandolo «inidoneo a guidare il potere legislativo delegato» e intrinsecamente viziato da meccanismi amministrativi come il d.P.C.M., ritenuti «contraddittori e dissonanti rispetto al sistema costituzionale delle fonti». La competenza primaria per la determinazione dei LEP spetta esclusivamente al Parlamento, che deve bilanciare uguaglianza e autonomia nel rispetto dell'art. 3, co. 2, Cost. In questo contesto, il principio di leale collaborazione<sup>38</sup> emerge come imprescindibile per garantire un equilibrio tra i diversi livelli di governo. La Corte chiarisce che «il semplice parere delle Conferenze non è sufficiente», sottolineando la necessità di «un'intesa vincolante che assicuri una piena partecipazione di tutte le parti interessate». Questo approccio rafforza la centralità dei LEP nei processi di autonomia regionale, affinché non siano compromessi da meccanismi non coordinati o unilateralmente imposti.

Rispetto alle questioni finanziarie<sup>39</sup> la Corte respinge l'utilizzo del criterio della spesa storica definendolo «irragionevole» e contrario all'art. 97, in quanto «può cristallizzare anche la spesa derivante dall'eventuale inefficienza insita nella funzione». Si sottolinea, invece, la necessità di basare il finanziamento su «costi e fabbisogni standard» per garantire efficienza e equità, richiedendo «un meccanismo di perequazione interregionale che redistribuisca continuamente le risorse», evitando che le Regioni con ridotta capacità fiscale siano penalizzate. Inoltre, tutte le Regioni, comprese quelle con maggiore autonomia, devono contribuire agli obiettivi di finanza pubblica, come sancito dalla clausola di garanzia.

Gli effetti della sentenza sono rilevanti: diversi articoli della legge, inclusi quelli relativi ai LEP, alla gestione finanziaria e all'applicazione dell'autonomia alle Regioni a Statuto Speciale, sono stati dichiarati incostituzionali. Di conseguenza, la legge presenta ampie lacune normative, che ne compromettono l'applicabilità senza ulteriori interventi legislativi.

La pronuncia segna un punto di svolta nell'attuale dibattito; la Corte invita a una riflessione più profonda e strutturata sulle implicazioni di lungo termine: l'autonomia, difatti, non può essere un fattore di divisione, ma deve contribuire a rafforzare l'unità nazionale e a garantire l'universalità dei diritti. Questo intervento non solo ha ridisegnato i contorni normativi dell'autonomia differenziata, ma ha anche limitato il campo di azione del referendum, rendendolo inapplicabile alle norme già cadute<sup>40</sup>. Di conseguenza, il quesito referendario è stato riformulato per riguardare solo le disposizioni ancora vigenti, creando interrogativi sulla chiarezza e sulla coerenza dell'iniziativa rispetto all'intento originario dei promotori. Inizialmente concepito come un referendum «totale»<sup>41</sup>, volto a eliminare l'intero impianto normativo della legge, il quesito è stato trasformato in «parziale» a seguito delle pronunce congiunte della Corte costituzionale e dell'Ufficio centrale per il referendum presso la Cassazione<sup>42</sup>. Questa trasformazione non è stata un semplice adeguamento tecnico, ma il risultato di un complesso processo interpretativo che ha ribilanciato le disposizioni legislative in gioco. La riformulazione del quesito ha posto in luce questioni fondamentali sulla natura e sugli effetti degli strumenti di democrazia diretta. In particolare, ha evidenziato la sovrapposizione tra gli effetti dell'abrogazione legislativa tramite referendum e quelli

<sup>38</sup> *Ivi*, punti 17-21.

<sup>39</sup> *Ivi*, punti 22-29.

<sup>40</sup> A. Poggi, *Il referendum sul regionalismo differenziato: i principi, l'attuazione, le Corti e la sovranità popolare*, in *Federalismi.it*, 1, 2025.

<sup>41</sup> A. Ruggeri, *Dopo la pronuncia della Cassazione, il referendum "totale" sulla legge 86 del 2024 cambia pelle, convertendosi in... parziale*, in *Diritti regionali. Rivista di diritto delle autonomie territoriali*, 3, 2024.

<sup>42</sup> Ord. n. 13/2024 dell'Ufficio centrale per il referendum presso la Corte di Cassazione, che ha dichiarato legittima la richiesta di referendum abrogativo sulla l. n. 86/2024, come risultante a seguito della sentenza n. 192/2024 della Corte cost.

dell'annullamento costituzionale operato dalla Consulta. Sebbene distinti in teoria, nella pratica giuridica questi due strumenti sembrano talvolta sovrapporsi, generando ambiguità interpretative e operative.

Questa vicenda evidenzia come le decisioni giurisdizionali possano influenzare profondamente gli strumenti di democrazia diretta, creando un intreccio complesso tra diritto costituzionale, dinamiche legislative e volontà popolare. Sebbene la Corte di Cassazione avesse confermato la validità della richiesta di referendum per l'abrogazione totale della legge n. 86/2024, mentre respingeva la richiesta di abrogazione parziale, la definitiva pronuncia della Corte costituzionale ha stabilito l'inammissibilità del quesito referendario<sup>43</sup>, escludendo così la possibilità di una consultazione popolare sull'autonomia differenziata. La Corte, *in primis*, ha rilevato che «l'oggetto e la finalità del quesito non risultano chiari», pregiudicando «la possibilità di una scelta consapevole da parte dell'elettore»<sup>44</sup>. Nel caso di specie, il referendum avrebbe avuto una portata talmente ampia da incidere non solo sulla legge ordinaria, ma si sarebbe tradotto «in una scelta sull'autonomia differenziata, come tale, e in definitiva sull'art. 116, terzo comma, della Costituzione», determinando un effetto eccedente i confini del referendum abrogativo e richiedente «una revisione costituzionale»<sup>45</sup>. *De facto*, la funzione del referendum abrogativo, così come delineata dall'articolo 75 della Costituzione, è quella di consentire ai cittadini di abrogare norme di rango legislativo, escludendo la possibilità che tale «diritto di impulso»<sup>46</sup> venga utilizzato per determinare modifiche implicite della Carta fondamentale.

L'inammissibilità dichiarata dalla Corte si iscrive dunque nel solco di un'interpretazione rigorosa delle prerogative costituzionali, che riserva eventuali modifiche all'autonomia differenziata al solo procedimento di revisione costituzionale, garantendo così la coerenza dell'ordinamento giuridico e la tutela del principio di certezza del diritto. Questa decisione ribadisce la necessità di un equilibrio tra l'esercizio della sovranità popolare e i limiti imposti dalla Costituzione, impedendo l'uso improprio dello strumento referendario per finalità che eccedono l'ambito della semplice abrogazione legislativa. In tal modo, la Corte riafferma il proprio ruolo di custode della gerarchia delle fonti e della stabilità dell'ordinamento costituzionale.

**4. Diritti sociali e risorse economiche: un vincolo indissolubile?** L'analisi delle tematiche fondamentali inerenti al diritto alla salute rivela come tale diritto venga generalmente ascritto, nella tradizione giuridica e dottrinale, alla categoria dei diritti sociali<sup>47</sup>. Tale qualificazione comporta due implicazioni rilevanti: in primo luogo, il diritto alla salute viene configurato come un diritto che esige una prestazione positiva da parte dello Stato; in secondo luogo, la realizzazione effettiva di tale diritto risulta subordinata alla disponibilità di risorse economiche di matrice pubblica. Questa impostazione, tuttavia, ha suscitato riserve critiche da parte di un'autorevole dottrina<sup>48</sup>, che evidenzia come il diritto alla salute venga percepito come diritto sociale prevalentemente per il fatto che la sua espressione più evidente si identifica nel

<sup>43</sup> Ufficio comunicazione e stampa della Corte Cost., *Inammissibile il referendum sull'autonomia differenziata*, Comunicato del 20 gennaio 2025.

<sup>44</sup> *Ibidem*.

<sup>45</sup> *Ibidem*.

<sup>46</sup> R. Manfellotti, *Diritto pubblico*, cit., 180-181.

<sup>47</sup> Sul diritto alla salute come diritto sociale si rinvia, fra gli altri, a C. Mortati, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, ora in *Raccolta di scritti*, III, Milano, 1972, 433 ss.; D. Vincenzi Amato, *Art. 32, 2° comma*, in *Comm. Cost. Branca*, Zanichelli, Roma-Bologna, 1976; B. Caravita, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e società*, 1984, 31 ss.; R. Romboli, *Art. 5*, in *Comm. Scialoja-Branca*, Zanichelli, Roma-Bologna, 1988, 225; M. Luciani, *Diritto alla salute (dir. cost.)*, in *Enc. Giur.*, XXVII, Roma, 1991, 2 ss.; C. Bottari, *Il diritto alla tutela della salute*, in P. Ridola, R. Nania (a cura di), *I diritti costituzionali*, II, Torino, 2001, 1101 ss.; C. Colapietro, *I diritti sociali*, in C. Colapietro, M. Ruotolo (a cura di), *Diritti e libertà*, Torino, 2014, 93 ss.

<sup>48</sup> M. Luciani, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, stampa, 2011, 9-33.

diritto alla cura, specialmente quando quest'ultima è erogata a titolo gratuito. In realtà, tale diritto è inquadrabile anche tra diritti di libertà, laddove venga concepito nella sua dimensione negativa, ossia come diritto a rifiutare trattamenti sanitari, o nella sua dimensione positiva, come libertà di autodeterminarsi<sup>49</sup> nella scelta del medico e delle terapie<sup>50</sup>. In questo contesto, assume particolare rilievo la distinzione tra diritti definiti come negativi e quelli identificati come positivi: i primi si caratterizzano per essere esercitati in modo autonomo dai cittadini, senza necessità di intervento pubblico, mentre i secondi richiedono necessariamente il coinvolgimento dello Stato. Una prospettiva di notevole interesse è offerta dall'analisi di Cass Sunstein e Stephen Holmes sul «costo dei diritti»<sup>51</sup>, la quale mette in discussione l'idea secondo cui – data una presunta «caratteristica deferenziale» tra diritti di libertà «negative» e diritti «positivi» – i diritti negativi sarebbero sostanzialmente privi di costi, mentre i diritti positivi sarebbero onerosi. Nella visione tradizionale, i diritti negativi risulterebbero poco costosi poiché implicano esclusivamente un obbligo di non intervento da parte dello Stato e delle istituzioni pubbliche. Al contrario, i diritti positivi comportano un impegno di risorse pubbliche e, di conseguenza, risultano sempre più onerosi. In ogni circostanza, è opportuno sottolineare come il diritto alla salute, anche qualora non venga collocato tra i diritti sociali ma tra quelli di libertà, risulta «irrimediabilmente condizionato alla disponibilità di risorse finanziarie pubbliche»<sup>52</sup>. Tale considerazione solleva interrogativi cruciali sul rapporto tra la sostenibilità economica e la piena garanzia dei diritti fondamentali nella contemporaneità, evidenziando come l'economia giochi un ruolo determinante nella possibilità di assicurare tali diritti, specialmente quelli di natura sociale. Numerose analisi e studi evidenziano criticità significative nel sistema sanitario italiano, attribuibili non solo al persistente divario tra le Regioni del nord e del sud del Paese, ma anche al confronto con gli standard europei. Il documento *State of Health in the EU: Italy 2023* elaborato dalla Commissione europea, analizza il sistema sanitario italiano mettendo in luce punti di forza e criticità. Tra i temi centrali emergono – ancora – le profonde disuguaglianze territoriali, con un Nord più efficiente e un Sud penalizzato da carenze strutturali, finanziarie e organizzative, che incidono negativamente su mortalità evitabile e aspettativa di vita. La spesa sanitaria pubblica, pari al 9,4% del PIL, è inferiore alla media europea e accentua le disparità, aggravate dalla significativa quota di spesa privata. Nonostante questi limiti, l'Italia registra buoni risultati nella mortalità prevenibile grazie alla qualità delle cure in alcune Regioni. Tuttavia, il sistema soffre di fragilità emerse durante la pandemia<sup>53</sup>, che ha evidenziato l'urgenza di rafforzare la medicina territoriale, la prevenzione e la capacità di risposta alle emergenze. L'invecchiamento della popolazione e fattori di rischio come tabagismo e inattività fisica aumentano ulteriormente la pressione sul sistema. Per garantire equità e sostenibilità, il documento sottolinea la necessità di superare il criterio della spesa storica nella ripartizione delle risorse, promuovendo un approccio basato sui bisogni reali e su investimenti mirati per colmare i divari regionali. Ancora sul punto, il rapporto pubblicato dalla

<sup>49</sup> Sul punto, in particolare, L. Chieffi, *Salute, Regioni e questione meridionale*, 2, dove emerge che «La consacrazione nell'art. 32 Cost. di una situazione giuridica complessa, in considerazione di una duplice declinazione degli ambiti di tutela, di natura positiva (libertà di) e negativa (libertà da), induce l'interprete a valorizzare lo stretto collegamento tra dimensione pretensiva del diritto in esame e quella più strettamente soggettiva, che attiene, in particolare, alla libertà per l'individuo di disporre autonomamente del proprio corpo».

<sup>50</sup> G.U. Rescigno, *Dal diritto di rifiutare un determinato trattamento sanitario secondo l'art. 32, co. 2, Cost. al principio di autodeterminazione intorno alla propria vita*, in *Dir. pubb.*, 2008, 85 ss.

<sup>51</sup> C. Sunstein, S. Holmes, *Il costo dei diritti. Perché la libertà dipende dalle tasse*, Bologna, 2000 (ed. or. 1999), passim.

<sup>52</sup> M. Luciani, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., 14.

<sup>53</sup> M. P. Iadicicco, *Pandemia e rapporti tra Stato e Regioni in sanità. Riflessioni su di un antico lavoro, limiti e criticità di alcune proposte di riforma. "Tutto cambia affinché tutto rimanga com'è"?*, in *Diritti regionali*, 3, 2021.

Svimez il 1° febbraio 2024 con il titolo «Un Paese diviso: la sanità tra Nord e Sud Italia»<sup>54</sup>, esamina in dettaglio le significative disparità regionali che caratterizzano l'accesso e la qualità delle cure sanitarie nel Paese. Il rapporto evidenzia nella parte introduttiva, come nel periodo post-pandemico, il sistema sanitario italiano abbia visto una riduzione degli investimenti, amplificando i divari già esistenti. L'analisi si apre sottolineando le disparità tra Nord e Sud, con condizioni di salute peggiori, minori aspettative di vita e ostacoli più marcati nell'accesso ai servizi nel Meridione. Tra le raccomandazioni principali figura una revisione dei criteri di distribuzione del Fondo Sanitario Nazionale, privilegiando indicatori socioeconomici rispetto a quelli esclusivamente demografici. In un confronto con altri paesi europei, emerge che fino al 2019 la spesa sanitaria pubblica, in termini di PIL, era sostanzialmente uniforme. Durante la pandemia si è registrato ovunque un aumento delle risorse destinate alla sanità. Nel 2022, l'Italia ha destinato il 76% della spesa sanitaria totale al settore pubblico, un dato inferiore rispetto all'82% del Regno Unito, all'85% della Francia e all'87% della Germania. Parallelamente, la quota di spesa sanitaria privata è salita al 24% nello stesso periodo, un aumento rispetto al 22% del 2010, mentre in Germania e Francia si osserva una contrazione rispettivamente al 15% e al 13%. Il capitolo centrale del rapporto in esame riguarda la distribuzione delle risorse tra le Regioni italiane. Il finanziamento annuo dei Servizi Sanitari Regionali (SSR) è determinato dai vincoli di bilancio pubblico, spesso insufficiente a coprire i costi dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). La ripartizione, basata prevalentemente sulla popolazione residente, favorisce le Regioni settentrionali, amplificando nel tempo le disuguaglianze. Dal punto di vista qualitativo, il Sud mostra un'offerta sanitaria meno efficiente, con cinque Regioni non conformi agli standard minimi dei LEA. Il divario si amplifica nel settore della prevenzione oncologica, dove le prestazioni nel Meridione sono significativamente inferiori rispetto al Nord. La mobilità sanitaria interregionale<sup>55</sup> rappresenta un altro indicatore delle disparità. Secondo i dati Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali)<sup>56</sup>, report pubblicato il 5 dicembre 2023, molti cittadini del Sud si rivolgono a strutture del Centro-Nord per ricevere cure di qualità. Le Regioni settentrionali, dotate di centri di eccellenza, attraggono pazienti da tutto il Paese, mentre quelle meridionali soffrono di carenze strutturali che alimentano un flusso migratorio sanitario. Questo fenomeno si riflette anche nelle compensazioni finanziarie tra Regioni debentrici e creditrici<sup>57</sup>. A livello geografico, Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto sono considerate Regioni attrattive, mentre Campania, Calabria e Sicilia si confermano Regioni di «fuga». Tuttavia, anche nel Centro-Nord si riscontra una mobilità di prossimità significativa.

<sup>54</sup> Svimez, Rapporto «Un Paese due cure. I divari Nord-Sud nel diritto alla Salute», L. Bianchi, S. Caravella, C. Petraglia, febbraio 2024. Si veda anche Svimez, Rapporto «Dove vanno le Regioni italiane» (previsioni 2023-2025), M. Barbini, L. Cappellani, F. De Novellis, L. Di Matteo, F.S. Lucidi, S. Prezioso, 2023.

<sup>55</sup> Fondazione Gimbe, *Report Osservatorio Gimbe n. 1/2024 – La mobilità sanitaria interregionale nel 2021*, G. Cartabellotta (a cura di), Bologna, gennaio 2024.

<sup>56</sup> Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), *Rapporto sulla mobilità sanitaria interregionale relativa al 2022*, 2022.

<sup>57</sup> Tale studio distingue tra mobilità apparente, casuale, effettiva e di prossimità. La mobilità apparente include i ricoveri avvenuti nella regione di domicilio, diversa da quella di residenza del paziente. La mobilità casuale si riferisce ai ricoveri d'urgenza, indipendenti dalla volontà del paziente. La mobilità effettiva, invece, deriva da una scelta consapevole del paziente, mentre quella di prossimità riguarda spostamenti limitati a un raggio di 100 km o 60 minuti di percorrenza. I dati indicano una stabilità nella mobilità casuale e apparente, mentre gli spostamenti per ricoveri di media e bassa complessità sono diminuiti del 18%. Per interventi complessi, invece, la mobilità rimane costante. In particolare, per patologie oncologiche gravi come tumori di esofago e pancreas, il Veneto emerge come una delle regioni più attrattive. Nella specialistica ambulatoriale, il flusso rispecchia quello della mobilità ospedaliera, con una domanda costante per diagnostica strumentale e terapie, pari al 65% del totale. La mobilità di prossimità, però, è prevalente rispetto a quella ospedaliera.

Analizzando la mobilità per scelta, Piemonte e Provincia Autonoma di Trento risultano tra le più attrattive.<sup>58</sup>

L'analisi dei dati e delle dinamiche illustrate conferma un principio fondamentale della riflessione giuridica e politico-economica contemporanea: i diritti sociali, e in particolare il diritto alla salute, costituiscono un banco di prova cruciale per la tenuta del sistema democratico e per la sostenibilità dello Stato sociale. A tutti i livelli di osservazione, emerge chiaramente che il riconoscimento e la garanzia dei diritti sociali sono strettamente connessi alla disponibilità e alla gestione delle risorse economiche pubbliche. Questo legame indissolubile non rappresenta una mera questione tecnica, ma pone interrogativi di natura costituzionale e valoriale sul rapporto tra uguaglianza, giustizia sociale e sviluppo economico. La relazione tra diritto ed economia assume, quindi, una dimensione dialettica: se il diritto, nella sua funzione garantista, impone allo Stato di predisporre strumenti efficaci per tutelare i diritti sociali, l'economia definisce i limiti entro cui tali strumenti possono operare. Tuttavia, non si tratta di una contrapposizione, bensì di una interdipendenza: l'economia non può essere neutrale rispetto ai diritti fondamentali, così come il diritto non può ignorare i vincoli posti dalla realtà economica. De facto, diritto alla salute si configura come paradigma dell'inscindibile relazione tra diritti sociali e risorse economiche. Garantire tale diritto equivale a riconoscerne la natura universale e indivisibile, orientando l'allocatione delle risorse pubbliche non solo secondo criteri di efficienza economica, ma soprattutto di equità sociale. La sua tutela non può limitarsi al mero riconoscimento formale nelle costituzioni o nelle normative ordinarie; richiede, invece, una concreta attuazione mediante politiche pubbliche efficaci e servizi sanitari accessibili a tutti i cittadini. Ciò implica un impegno costante dello Stato nel garantire che il diritto alla salute venga effettivamente esercitato da ogni individuo, contribuendo al benessere collettivo e rafforzando la coesione sociale. Come sottolineato da autorevoli riflessioni, «la questione, allora, non è se vi siano o meno le risorse per soddisfare adeguatamente il diritto alla salute, ma se vi sia o meno la volontà politica di destinare a questo impiego le somme necessarie, distogliendole da altre utilizzazioni»<sup>59</sup>. In altre parole, l'effettiva realizzazione di questo diritto dipende non solo dalla disponibilità delle risorse fiscali dello Stato, ma anche dalla priorità politica attribuita alla salute rispetto ad altre destinazioni di spesa.

L'attuazione dei diritti sociali, incluso il diritto alla salute, risulta pertanto strettamente connessa alle peculiarità del contesto storico e geografico di riferimento<sup>60</sup>. Le politiche e le misure adottate per darvi concretezza derivano da decisioni strategiche e circoscritte, che tengono conto delle specifiche esigenze della popolazione e delle condizioni economiche del momento.<sup>61</sup>

## ***5. Il contributo dell'Unione Europea alla tutela e alla promozione della salute pubblica.*** L'Unione Europea (UE) si configura come un protagonista di rilievo nella promozione

---

<sup>58</sup> L'Agenas ha introdotto l'Indice di Soddisfazione della Domanda Interna (ISDI), un nuovo parametro per valutare l'efficienza delle strutture sanitarie nel rispondere ai bisogni della popolazione locale. Questo indicatore fornisce una chiave di lettura innovativa sull'impatto della mobilità sanitaria interregionale, ed è accessibile pubblicamente sul portale statistico dell'ente.

<sup>59</sup> M. Luciani, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., 9-33.

<sup>60</sup> M.C. Cavallaro, *I diritti sociali nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in *Ragion pratica*, 14, 2000, 27-41.

<sup>61</sup> Come osservato da Zolo «dalla circostanza che i contenuti dei diritti sociali non sono mai delle prestazioni proceduralmente definite, stabili, uniformi per tutti i cittadini, cioè il loro contenuto è molto impreciso; dalla dipendenza dalla disponibilità delle risorse del mercato, da decisioni discrezionali dell'amministrazione pubblica e dal gioco degli equilibri di forza e delle rivendicazioni politico-sociali; dal fatto che i diritti civili e politici si concretano in prestazioni burocratiche standardizzate, fundamentalmente attraverso le corti giudiziarie» (D. Zolo, *La strategia della cittadinanza*, in Id. (a cura di), *Cittadinanza*, cit., 30).

e salvaguardia della salute dei propri cittadini<sup>62</sup>. Sebbene la responsabilità principale in materia sanitaria e nell'organizzazione dei sistemi di salute ricada prevalentemente sugli Stati membri, l'Unione svolge un ruolo sussidiario, orientato al coordinamento e al supporto delle politiche nazionali<sup>63</sup>. Tale approccio integra le competenze nazionali attraverso iniziative, regolamenti e programmi finalizzati a consolidare una protezione sanitaria transnazionale.

Il diritto alla salute è saldamente radicato nei trattati fondativi dell'Unione Europea, con particolare riferimento all'articolo 35 della Carta dei Diritti Fondamentali, che ha acquisito piena efficacia giuridica con il Trattato di Lisbona del 2009. Questo articolo collega indissolubilmente la tutela della salute alla salvaguardia della vita umana, elevandola a principio cardine delle politiche comunitarie<sup>64</sup>. Analogamente, l'articolo 168 del Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea (TFUE) sottolinea la necessità di perseguire un livello elevato di protezione della salute umana in tutte le azioni e strategie dell'Unione, adottando un approccio trasversale e multidimensionale. Le politiche sanitarie dell'UE sono informate da principi guida che puntano al potenziamento della prevenzione, al miglioramento della cooperazione tra i sistemi sanitari nazionali e alla garanzia di un accesso equo alle cure per tutti i cittadini. In tale ambito, le istituzioni e le agenzie specializzate rivestono un ruolo strategico<sup>65</sup>. Il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC) si occupa di monitorare e valutare le minacce sanitarie emergenti<sup>66</sup>, mentre l'Agenzia Europea per i Medicinali (EMA) è preposta a garantire la sicurezza e l'efficacia dei farmaci immessi sul mercato europeo<sup>67</sup>. A queste si affianca l'Autorità Europea per la Sicurezza Alimentare (EFSA), che promuove la prevenzione delle malattie di origine alimentare, sottolineando l'interrelazione tra salute pubblica e sicurezza alimentare<sup>68</sup>. La pandemia di COVID-19 ha rappresentato un banco di prova per la capacità dell'UE di rispondere alle emergenze sanitarie globali. L'implementazione di strategie coordinate, quali l'acquisto congiunto di vaccini e l'attivazione del meccanismo di protezione civile, ha permesso di assicurare una distribuzione equa delle risorse fra gli Stati membri. La creazione dell'Autorità per la Preparazione e la Risposta alle Emergenze Sanitarie (HERA) segna un passo decisivo verso un'Europa più resiliente e preparata a fronteggiare crisi future<sup>69</sup>. Gli strumenti finanziari dell'UE, quali il programma EU4Health<sup>70</sup> e Orizzonte Europa<sup>71</sup>, rivestono un ruolo centrale nel sostenere la ricerca, l'innovazione e la prevenzione. Questi fondi, integrati dai Fondi strutturali e di investimento europei, contribuiscono al miglioramento delle infrastrutture sanitarie e alla riduzione delle disuguaglianze regionali. In Italia, tali risorse hanno agevolato il potenziamento degli ospedali e la digitalizzazione dei servizi sanitari, con particolare attenzione alle Regioni meridionali, storicamente caratterizzate da una minore accessibilità ai servizi di qualità. In questo contesto, il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) Missione 6 – Salute si inserisce come un elemento chiave, mirato a potenziare

<sup>62</sup> P. Graziano, *La tutela della salute nell'Unione europea: l'assistenza sanitaria transfrontaliera*, 2011.

<sup>63</sup> Art. 6, lett. a), TFUE.

<sup>64</sup> R. Balduzzi, G. Carpani, *Manuale di diritto sanitario, La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio Sanitario Nazionale*, 23.

<sup>65</sup> Sul tema, G. Di Federico, S. Negri, *Unione europea e salute. Principi, azioni, diritti e sicurezza*, Wolters Kluwer-CEDAM, Milano, 2020.

<sup>66</sup> *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), «Mission and activities»*, consultabile su [ecdc.europa.eu](http://ecdc.europa.eu).

<sup>67</sup> *European Medicines Agency (EMA), «About us»*, consultabile su [ema.europa.eu](http://ema.europa.eu).

<sup>68</sup> *Autorità europea per la sicurezza alimentare (EFSA), «Our work»*, consultabile su [efsa.europa.eu](http://efsa.europa.eu).

<sup>69</sup> *Health Emergency Preparedness and Response Authority (HERA), «Building Europe's resilience to health crises»*, consultabile su [ec.europa.eu/health](http://ec.europa.eu/health).

<sup>70</sup> *EU4Health Programme, «Overview»*, consultabile su [ec.europa.eu/health](http://ec.europa.eu/health).

<sup>71</sup> Orizzonte Europa è il programma quadro dell'UE per la ricerca e l'innovazione per il periodo 2021-2027, con una dotazione finanziaria di circa 95,5 miliardi di euro. Esso si propone di affrontare le sfide globali e di sostenere le politiche dell'UE, promuovendo l'eccellenza scientifica, la competitività industriale e la transizione verde e digitale. Per un inquadramento generale si veda Commissione Europea, *Orizzonte Europa – Programma quadro di ricerca e innovazione*, consultabile su [ec.europa.eu](http://ec.europa.eu).

L'assistenza territoriale, modernizzare le strutture sanitarie e favorire l'equità nell'accesso ai servizi. La prevenzione e la promozione della salute rappresentano priorità essenziali delle politiche europee. L'impegno dell'UE è testimoniato da iniziative volte a ridurre il tabagismo, incentivare un'alimentazione equilibrata e contrastare l'incidenza delle patologie oncologiche. In Italia, queste strategie si integrano con la valorizzazione della dieta mediterranea e con programmi di screening oncologico, dimostrando come le direttive europee possano adattarsi alle peculiarità locali. Inoltre, l'avvio dello Spazio Europeo dei Dati Sanitari e gli investimenti in telemedicina e intelligenza artificiale accelerano la digitalizzazione della sanità, apportando benefici significativi alle aree più isolate. A livello internazionale, l'UE collabora con organizzazioni come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e sostiene i Paesi a basso e medio reddito attraverso programmi di assistenza allo sviluppo. Il rapporto «Profilo della Sanità 2023», redatto dall'OCSE (Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico) in collaborazione con l'UE, evidenzia un quadro ambivalente per il sistema sanitario italiano. Sebbene l'Italia possa vantare una delle speranze di vita più elevate in Europa, ciò non maschera le profonde criticità che caratterizzano il Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Con una spesa sanitaria pubblica pari al 6,3% del PIL, nettamente inferiore alla media di Paesi come Francia, Germania e Regno Unito (9%, 11%), l'Italia fatica a sostenere un sistema sanitario universalistico e accessibile. Questa cronica sotto-finanziarizzazione – che trova conferma «nel Documento di Economia e Finanza (DEF), approvato dal Consiglio dei ministri il 9 aprile 2024, dove il rapporto spesa sanitaria/PIL si riduce dal 6,4% del 2024 al 6,3% nel 2025-2026 e al 6,2% nel 2027»<sup>72</sup> – si traduce in effetti tangibili e gravi: liste d'attesa interminabili, carenza di personale sanitario e un'accessibilità disomogenea ai servizi, con un divario sempre più marcato tra Nord e Sud del Paese. Le Regioni meridionali, in particolare, si trovano a fronteggiare difficoltà strutturali che rendono l'accesso alle cure di qualità un obiettivo spesso irraggiungibile, perpetuando un'inaccettabile disuguaglianza territoriale. Questi problemi si sommano all'inadeguatezza delle infrastrutture sanitarie e alla lentezza nell'adozione di innovazioni tecnologiche, penalizzando ulteriormente le aree più svantaggiate. A complicare ulteriormente il quadro vi è il progressivo invecchiamento della popolazione, che accresce la domanda di servizi sanitari e aggrava il peso delle malattie croniche sul sistema. In un contesto già precario, questa pressione aggiuntiva rischia di mettere in crisi la sostenibilità stessa del SSN. Il Rapporto Oasi 2024<sup>73</sup> stima che per allinearsi agli standard europei sarebbero necessari investimenti aggiuntivi di almeno 40 miliardi di euro, una cifra che evidenzia quanto l'Italia sia lontana da un finanziamento adeguato alle esigenze reali del sistema. L'assenza di una visione strategica a lungo termine e la dipendenza da misure emergenziali piuttosto che strutturali compromettono ulteriormente la capacità del Paese di rispondere alle sfide sanitarie attuali e future. Nonostante l'enfasi retorica sul valore della sanità pubblica, le azioni concrete restano insufficienti, segnalando una disconnessione tra il livello politico e le necessità operative del sistema sanitario. Alla luce di tali problematiche, l'Italia sembra mancare di una chiara volontà politica per affrontare le riforme necessarie e per investire in modo adeguato nella salute dei propri cittadini. Senza interventi strutturali e mirati, il SSN rischia di scivolare verso un modello sempre più frammentato e incapace di garantire l'equità e l'efficienza che rappresentano i pilastri fondamentali di un sistema sanitario moderno<sup>74</sup>.

<sup>72</sup> Si rinvia a Ministero dell'Economia e delle Finanze, *Documento di Economia e Finanza 2024, Sezione II, Analisi e tendenze della finanza pubblica*, Roma, 9 aprile 2024. Si veda anche 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale, Roma, 8 ottobre 2024, 21.

<sup>73</sup> Rapporto OASI 2024, *Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario italiano*, Collana CERGAS, Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management.

<sup>74</sup> A. Giannola, *Dualismo Nord-Sud e Unione Europea. Dove va il Sistema Italia?* in *QA*, 1, 2009, 49-64.

**5. Considerazioni conclusive.** Massimo Severo Giannini<sup>75</sup> osservava come la classe politica, sia a livello statale che regionale, tendesse a operare seguendo dinamiche che inevitabilmente implicavano posizioni di potere. Secondo Giannini, era naturale che il potere, in ambito sia orizzontale che verticale, rappresentasse l'essenza stessa delle istituzioni pubbliche. Tuttavia, ciò che egli considerava anormale era l'incapacità di apprendere dalle esperienze passate. Tale mancanza di apprendimento generava la ripetizione di pratiche nocive del regionalismo, che si riproponevano ogniqualvolta si cercava di migliorare o rafforzare il decentramento politico. Questa riflessione si rispecchia chiaramente nell'approccio storico alle politiche sanitarie italiane, segnato da interventi frammentari e discontinui. L'incapacità di affrontare in modo strutturale le cause profonde delle disuguaglianze, soprattutto nell'accesso ai servizi sanitari, ha perpetuato disparità significative tra le diverse aree del Paese. Tali politiche, spesso dettate più da logiche di potere che da una visione strategica, non sono riuscite a sanare le criticità di un sistema che continua a risentire delle carenze del passato.

Siffatte disuguaglianze rappresentano una delle sfide più complesse e radicate che l'Italia si trova ad affrontare nel contesto della modernità. Esse non sono semplicemente il risultato di squilibri economici, ma riflettono un fallimento sistemico nel garantire i diritti in modo equo e uniforme su tutto il territorio nazionale. La frattura tra Nord e Sud, spesso affrontata in termini quantitativi, richiede un'analisi che tenga conto delle dimensioni qualitative: l'inefficienza di gestione, la debolezza infrastrutturale e l'assenza di un modello integrato e coeso di governance sanitaria. Nel contesto dell'autonomia differenziata, tali disparità rischiano di accentuarsi, trasformando il principio stesso di autonomia, se mal gestito, in un meccanismo di squilibrio sistemico. Questo processo potrebbe favorire le Regioni più forti, che accumulano risorse e competenze, mentre le Regioni più fragili subiscono un'ulteriore marginalizzazione. Analogamente al concetto di *Overkilling*, in cui vengono colpiti i soggetti più vulnerabili, si rischia di aggravare la condizione delle realtà già svantaggiate, enfatizzando le disuguaglianze preesistenti. Sebbene la recente legge n. 107 del 2024 rappresenti un passo nella giusta direzione, essa rimane insufficiente per colmare divari radicati nel tempo e nelle istituzioni. Pertanto, emerge la necessità di una visione strategica, coraggiosa e sistemica che trasformi la sanità in un volano di sviluppo sostenibile ed equo. Uno dei primi interventi indispensabili riguarda il ripensamento dei criteri di allocazione del Fondo Sanitario Nazionale: superare il rigido parametro della popolazione residente e privilegiare indicatori legati al bisogno reale e alle condizioni socioeconomiche appare un passaggio cruciale. Un modello di distribuzione delle risorse basato su tali principi potrebbe garantire maggiore equità e una base finanziaria adeguata a soddisfare i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) su tutto il territorio. Parallelamente, il capitale umano rappresenta una risorsa imprescindibile per il rilancio del sistema sanitario meridionale. Incentivare la formazione e il reclutamento di professionisti sanitari qualificati, attraverso politiche attrattive, è fondamentale per contrastare il fenomeno della migrazione sanitaria e per potenziare l'efficienza operativa delle strutture locali. In questo contesto, l'integrazione di tecnologie avanzate e l'espansione della telemedicina<sup>76</sup> offrono opportunità straordinarie per superare le barriere geografiche e garantire l'accesso a cure di qualità anche nelle aree più remote. La trasparenza e l'efficienza amministrativa costituiscono altri pilastri fondamentali per un sistema sanitario riformato: la lotta alla corruzione, spesso dilagante nelle Regioni più svantaggiate, e l'introduzione di meccanismi rigorosi di *accountability* devono diventare priorità centrali. Questo richiede non solo un maggiore coordinamento tra istituzioni centrali e locali, ma

<sup>75</sup> M.S. Giannini, *Regioni e Stato moderno in Italia*, relazione generale al convegno su «Regioni e Stato moderno in Italia», Roma, 3-4 ottobre 1967, in *Atti del Convegno organizzato da Cesi*, 1968, ora in M.S. Giannini, *Scritti. Volume quinto. 1963-1969*, Milano, 2004, 909.

<sup>76</sup> L. Ferraro, *La telemedicina quale nuova (e problematica) frontiera del diritto alla salute*, in *Il diritto dell'informazione e dell'informativa*, 2022, 4-5.

anche un coinvolgimento più diretto della società civile, attraverso forme di monitoraggio partecipativo. Un altro aspetto cruciale è rappresentato dalla prevenzione e dal rafforzamento della medicina territoriale. La pandemia di Covid-19 ha messo in evidenza i limiti di un sistema ospedalocentrico, sottolineando l'urgenza di sviluppare una rete capillare di servizi territoriali in grado di rispondere in modo tempestivo ed efficace ai bisogni della popolazione. La creazione di un piano nazionale per la salute pubblica, mirato a ridurre le disuguaglianze e a rafforzare le infrastrutture locali, dovrebbe essere una priorità assoluta.

A livello europeo, l'Italia deve cogliere pienamente le opportunità offerte dall'UE – come, ad esempio, Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)<sup>77</sup> e il programma EU4Health. Questi strumenti, se utilizzati con competenza e lungimiranza, possono rappresentare leve importanti per modernizzare le infrastrutture sanitarie, promuovere la digitalizzazione e ridurre i divari territoriali. Tuttavia, l'efficacia di tali interventi dipenderà dalla capacità del Paese di superare le inefficienze strutturali e di adottare un modello di governance integrato e inclusivo.

Di recente, il completamento delle Centrali Operative Territoriali (COT)<sup>78</sup> – uno degli obiettivi previsti dal PNRR – è stato formalmente raggiunto entro la scadenza stabilita, garantendo così l'accesso ai finanziamenti europei. Ciò nonostante, la loro effettiva operatività risulta compromessa dall'assenza di personale infermieristico adeguato, generando dubbi sulla capacità di assolvere alle funzioni previste. Queste strutture sono concepite come nodi centrali per l'integrazione dei servizi sanitari territoriali, con l'obiettivo di ottimizzare la gestione dell'assistenza tra ospedali, medicina di base, cure domiciliari e servizi sociali. Tale modello organizzativo si inserisce nel più ampio quadro della riforma dell'assistenza sanitaria territoriale, mirata a rispondere all'incremento della popolazione anziana e alla crescente diffusione delle patologie croniche. Sebbene l'importanza strategica delle COT, la loro implementazione risente di criticità operative. Il numero di strutture pienamente funzionanti resta inferiore alle previsioni iniziali, con il rischio di sovraccarico per quelle già attive e possibili ripercussioni sulla qualità dell'assistenza erogata. Ulteriormente, la trasparenza sui dati relativi alla loro attivazione a livello regionale appare limitata, sollevando dubbi sull'effettiva efficacia del processo di riforma in corso<sup>79</sup>.

Le criticità evidenziate rendono imprescindibile un ripensamento strutturale che riconosce la salute quale elemento cardine delle politiche pubbliche e del sistema di *welfare*. Risulta, pertanto, necessario avviare una riflessione approfondita e consapevole sul valore della salute, non solo in quanto diritto fondamentale e irrinunciabile, ma anche quale motore essenziale dello sviluppo comunitario, dell'equilibrio sociale e del miglioramento della qualità della vita. In tale prospettiva, la salute deve assumere un ruolo preminente rispetto a qualsiasi altra priorità, costituendo il presupposto imprescindibile per la realizzazione del benessere collettivo. In questa prospettiva la sentenza n. 195/2024<sup>80</sup> della Corte costituzionale, pronunciata a seguito del ricorso della Regione Campania contro la legge di bilancio 2024<sup>81</sup>, rappresenta un momento significativo nella storia istituzionale del Paese. Essa afferma con chiarezza il principio secondo cui il diritto alla salute, sancito dall'articolo 32 Cost., prevale, almeno in parte, sul principio del pareggio di bilancio stabilito

<sup>77</sup> S. Danesi, *Pubblica amministrazione, fondi europei e PNRR: il sistema e la gestione degli incentivi pubblici per lo sviluppo territoriale*, in *Valori e Valutazioni*, 31, 2023, 115-125.

<sup>78</sup> Si veda Ministero della Salute, *Centrali operative territoriali (COT)*, 29 febbraio 2024.

<sup>79</sup> Sul punto di rinvia a Gimbe, *Create 480 Centrali operative ma rischio scatole vuote*, in *Ansa.it*, 24 gennaio 2025.

<sup>80</sup> Corte cost., sent. 195/2024.

<sup>81</sup> Nel 7° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale viene affermato che «La Legge di Bilancio 2024 ha previsto un aumento del FSN di € 3 miliardi per il 2024, di € 4 miliardi per il 2025 e di € 4,2 miliardi per il 2026. Tuttavia, oltre € 2.400 milioni saranno destinati al doveroso rinnovo contrattuale del personale sanitario dipendente e convenzionato, e gli incrementi previsti nel 2025 (+1%) e nel 2026 (+0,15%) sono talmente esigui che non riusciranno nemmeno a compensare l'inflazione, né l'aumento dei prezzi di beni e servizi», Roma, 8 ottobre 2024, 20.

dall'articolo 81: qualora si renda necessaria una riduzione della spesa pubblica, essa non può essere operata a discapito del diritto dei cittadini ad accedere a cure e prestazioni essenziali. Come sottolineato nella sentenza, «in un contesto di risorse scarse, per fare fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli euro unitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il «fondamentale» diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost., che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino, cosiddetta *out of pockets*<sup>82</sup>. Prima di intervenire sulla sanità, è dunque imperativo individuare altre aree del bilancio statale su cui agire, salvaguardando così il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e il diritto universale alla cura e alla diagnostica. Tale decisione della Consulta, pur non specificando vincoli percentuali di spesa, conferma la nozione di «spesa costituzionalmente necessaria»<sup>83</sup>, evidenziando che «le spese destinate a fornire prestazioni inerenti ai diritti sociali, alle politiche sociali e alla famiglia, nonché alla tutela della salute, vengono riconosciute come prioritarie rispetto ad altre». La sentenza, dunque, non solo riafferma il ruolo centrale del diritto alla salute, ma invita implicitamente le istituzioni a una gestione responsabile e orientata alla tutela dei diritti fondamentali, evitando «pesanti tagli lineari anche sulla sanità», come già rilevato in altre pronunce della Corte<sup>84</sup>.

In *extremis ratione*, il superamento delle disparità territoriali nel sistema sanitario italiano richiede un impegno collettivo e una visione strategica a lungo termine. Non è sufficiente intervenire sui «sintomi»: è necessario affrontare le cause profonde delle disuguaglianze con coraggio, innovazione e determinazione. La sanità deve diventare un esempio virtuoso di coesione territoriale, capace di coniugare efficienza, equità e solidarietà. A tal fine, occorre superare definitivamente quella logica di *Overkilling* istituzionale che, con il suo susseguirsi di interventi frammentari, sconsiderati ed emergenziali, ha spesso aggravato le patologie strutturali del sistema anziché «curarle». Solo così sarà possibile costruire un futuro in cui il diritto alla salute sia davvero universale, garantendo pari opportunità di cura a tutti i cittadini e promuovendo una società più giusta e inclusiva. L'Italia ha di fronte a sé una sfida storica, ma anche un'opportunità unica per ridefinire il proprio modello sanitario e rafforzare i valori fondanti della Repubblica.

**Abstract.** La crescente polarizzazione tra le Regioni italiane in materia di diritto alla salute ha sollevato interrogativi sulla capacità del sistema sanitario nazionale di garantire l'universalità e l'equità sancite dall'articolo 32 della Costituzione. L'introduzione dell'autonomia differenziata, sancita dalla legge n. 86/2024 e la recente sentenza n. 192/2024 della Corte costituzionale, si collocano in questo contesto critico. Se da un lato tale riforma intende rafforzare l'efficienza amministrativa attraverso una maggiore regionalizzazione delle competenze, dall'altro rischia di amplificare le disuguaglianze preesistenti. Nonostante l'intento dichiarato di promuovere una sanità più vicina ai cittadini, l'autonomia differenziata potrebbe consolidare una frammentazione istituzionale e gestionale che penalizza le Regioni più deboli. Questo studio analizza il delicato equilibrio tra autonomia e coesione territoriale, evidenziando il ruolo della giurisprudenza costituzionale e degli strumenti europei nel mitigare le disuguaglianze e nel promuovere un sistema sanitario sostenibile e inclusivo.

<sup>82</sup> Corte cost., sent. 195/2024, 4.1 del «Considerato in diritto».

<sup>83</sup> La Corte ha introdotto la nozione di «spesa costituzionalmente necessaria» a partire dalla sent. n. 169/2017, ripresa poi nelle sentt. nn. 220/2021, 197/2019 e 87/2018.

<sup>84</sup> La Consulta ha reiteratamente affermato la centralità del diritto alla salute, censurando l'adozione di tagli lineari alla spesa sanitaria. In particolare, le sentt. nn. 169/2017, 220/2021, e più recentemente la sent. n. 63/2024.

**Abstract.** The growing polarization among Italian regions in the area of healthcare rights has raised questions about the ability of the national health system to ensure the universality and equity enshrined in Article 32 of the Constitution. The introduction of differentiated autonomy, established by Law No. 86/2024, and the recent Constitutional Court ruling No. 192/2024, must be viewed within this critical context. While the reform aims to enhance administrative efficiency through greater regionalization of responsibilities, it risks exacerbating pre-existing inequalities. Despite the stated intent of fostering healthcare closer to citizens, differentiated autonomy could solidify institutional and managerial fragmentation, disadvantaging weaker regions. This study examines the delicate balance between autonomy and territorial cohesion, highlighting the role of constitutional jurisprudence and European instruments in mitigating inequalities and promoting a sustainable and inclusive healthcare system.

**Parole chiave.** diritto alla salute – disuguaglianze – equità sanitaria – autonomia differenziata – coesione.

**Key words.** right to health – inequalities – health equity – differentiated autonomy – cohesion.