

CESARE PINELLI*

Come emersero le sperequazioni territoriali sulla tutela della salute e perché sembra così difficile rimediarvi**

ABSTRACT (EN): The contribution analyses the problem of territorial inequalities in health protection. After outlining the features of the National Health Service, with particular reference to the financing mechanism traditionally based on the logic of historical expenditure, it retraces the evolutionary steps of constitutional jurisprudence and the repeated transformations of the legislation on the subject. It reaches the conclusion that in order to correct the serious social inequalities, the degree of differentiation between regional models should and could be reduced through the identification of fundamental principles in national law.

ABSTRACT (IT): Il contributo analizza la problematica delle sperequazioni territoriali nell'ambito della tutela della salute. Dopo aver delineato i connotati del Servizio Sanitario Nazionale, con particolare riferimento al meccanismo di finanziamento tradizionalmente basato sulla logica della spesa storica, ripercorre i passaggi evolutivi della giurisprudenza costituzionale e le ripetute trasformazioni della normativa in materia, giungendo alla conclusione che al fine di correggere le gravi sperequazioni sociali, il grado di differenziazione fra modelli regionali dovrebbe e potrebbe essere ridotto tramite l'individuazione nella legge nazionale di principi fondamentali.

SOMMARIO: 1. Premessa. Le sperequazioni territoriali nella tutela del diritto alla salute come problema ineludibile per il diritto costituzionale. - 2. Il disegno del Servizio Sanitario Nazionale e la tara originaria della spesa storica. - 3. L'evoluzione della giurisprudenza costituzionale sul diritto alla salute come diritto a prestazione pubblica. - 4. La riforma della riforma e la crescente regionalizzazione. - 5. Modelli regionali e sperequazioni territoriali. - Nota bibliografica.

1. Premessa. Le sperequazioni territoriali nella tutela del diritto alla salute come problema ineludibile per il diritto costituzionale

In un Rapporto del 1 febbraio 2024, la Svimez ha segnalato che “I divari territoriali sono aumentati in un contesto di generalizzata debolezza del Sistema Sanitario Pubblico italiano che, nel confronto europeo, risulta sottodimensionato per stanziamenti di risorse pubbliche (in media 6,6% del PIL contro il 9,4% di Germania e l'8,9% di Francia), a fronte di un contributo privato comparativamente elevato (24% della spesa sanitaria complessiva, il doppio di Francia e Germania). Da un lato, il bilancio nazionale della sanità non copre integralmente il costo dei LEA, quelle prestazioni e servizi che dovrebbero essere offerti in quantità e qualità uniformi in tutto il territorio nazionale. Dall'altro, la distribuzione regionale delle risorse, basata su

* Professore ordinario di Istituzioni di diritto pubblico - Università degli Studi di Roma “La Sapienza”.

** Articolo sottoposto a referaggio.

dimensione e struttura per età della popolazione, non rispecchia gli effettivi bisogni di cura e assistenza dei diversi territori, condizionati anche da fattori socio-economici non contemplati nei criteri di riparto.”

Il Referto al Parlamento per il 2020-21 della Corte dei Conti sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali ha documentato a sua volta che nel decennio 2010-2019 tredici Regioni, principalmente del Centro-Sud, hanno accumulato un saldo negativo pari a 14 miliardi di euro, mentre i primi quattro posti per saldo positivo sono occupati da Lombardia (6,18 miliardi di euro), Emilia-Romagna (3,35 miliardi), Toscana (1,34 miliardi) e Veneto (1,14 miliardi). Al contrario, le cinque Regioni con saldi negativi superiori a 1 miliardo sono tutte al Centro-Sud: Campania (-2,94 miliardi), Calabria (-2,71 miliardi), Lazio (-2,19 miliardi), Sicilia (-2 miliardi) e Puglia (-1,84 miliardi).

I dati sopra riportati sono espressione di gravi sperequazioni territoriali in ordine alla tutela del diritto alla salute. Le quali costituiscono prima di tutto, dal punto di vista giuridico, una flagrante contraddizione con una Costituzione che esige il pieno rispetto del principio di eguaglianza nella tutela dei “livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”, la cui “determinazione” affida perciò alla legge statale (art. 117, secondo comma, lett. m)), e la cui garanzia affida al Governo in caso del loro mancato rispetto da parte delle autonomie territoriali (art. 120, secondo comma).

Dall’entrata in vigore del nuovo Titolo V, ormai un lustro di secolo, tali sperequazioni non solo non sono cessate ma sono cresciute. E diventa pertanto inevitabile la domanda su come ciò sia potuto accadere. Ad essa il giurista può rispondere solo in parte, nella misura in cui l’apporto di altri scienziati sociali, in particolare economisti e scienziati della politica, si rivela almeno altrettanto necessario. Ma l’avvertenza non intende ridimensionare le responsabilità del giurista, il quale non può non chiedersi se la crescente forbice fra la realtà delle sperequazioni territoriali e le inequivocabili previsioni costituzionali si debba (perlomeno) anche a modalità di organizzazione del servizio sanitario, all’articolazione dei poteri e ai criteri di determinazione della spesa nonché alla distribuzione dei poteri normativi nel settore. Tutte questioni strettamente giuridiche, il cui risvolto altrettanto giuridico non può che essere costituito dagli indirizzi maturati nella giurisprudenza costituzionale in materia e dalle possibilità e dai limiti dei relativi interventi.

Un quadro del genere non si lascia ricostruire se non diacronicamente, guardando a come le sue singole componenti si sono formate e hanno interagito l’una con l’altra. Cercheremo di farlo per sommi capi, partendo dalla prima fase di attuazione della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale n. 833 del 1978.

2. Il disegno del Servizio Sanitario Nazionale e la tara originaria della spesa storica

La legge del 1978 aveva previsto all’art. 51 un sistema di finanziamento del servizio sanitario consistente in trasferimenti dallo Stato alle Regioni, e da queste alle Unità Sanitarie Locali, determinato dal Piano Sanitario annuale previsto dall’art. 53 secondo “indici e standards” che “devono tendere a garantire i livelli di prestazioni sanitarie stabiliti con le modalità di cui al secondo comma dell’art. 3 in modo uniforme su tutto il territorio nazionale, eliminando

progressivamente le differenze strutturali e di prestazioni tra le regioni”. Siamo già, come si vede, ai “livelli essenziali” del nuovo Titolo V, che la riforma sanitaria anticipa di oltre venti anni. E, con essi, non si sarebbe potuto prescindere, nella determinazione del sistema di finanziamento, dal criterio capitaro, ossia della proporzione al numero degli abitanti.

Senonché l'art. 52 della legge prevedeva che per l'esercizio finanziario 1979 l'importo del fondo sanitario nazionale, parte corrente, da iscrivere nel bilancio dello Stato fosse determinato, con riferimento alle spese effettivamente sostenute nel 1977 dallo Stato, dagli enti autonomi e soprattutto dagli enti mutualistici per l'esercizio delle funzioni attribuite al servizio sanitario nazionale. Occorreva soprattutto estinguere i rilevanti debiti accumulati dagli enti mutualistici, e non lo si poteva fare se non tenendo conto delle spese effettivamente sostenute. Nacque così la “spesa storica”, criterio che non ha nulla a che fare con la programmazione dei livelli di prestazione ed è del tutto eterogeneo rispetto alla individuazione dei livelli essenziali. Non a caso, negli anni successivi il previsto piano sanitario annuale non venne mai approvato: segno che, a parte il rilevante indebitamento degli enti mutualistici, la spesa storica era divenuto il solo criterio di determinazione della spesa. E a questo dobbiamo aggiungere le gravissime disfunzioni del sistema dei controlli sugli atti degli enti locali, comprese le allora Unità Sanitarie Locali, una cui eloquente dimostrazione può essere fornita da un atto governativo di indirizzo e coordinamento che imponeva alle USL di informare preventivamente il governo centrale delle spese da esse deliberate (cfr. Corte cost. n. 307 del 1983).

Questo era per sommi capi il quadro normativo quando venne impugnata davanti alla Corte la disposizione di una legge finanziaria che imponeva alle Regioni di ripianare il disavanzo delle unità sanitarie locali ricorrendo al prelievo dei fondi necessari dalla quota del fondo comune di cui alla legge n. 281 del 1970.

Con sentenza n. 245 del 1984 la Corte ricostruì il sistema muovendo dalla premessa che “l'assistenza sanitaria ed ospedaliera”, sebbene compresa nell'elenco dell'art. 117 Cost., non si risolve in una materia pienamente assimilabile agli altri settori di competenza regionale: sia per la particolare intensità dei limiti cui sono in tal campo sottoposte la legislazione e l'amministrazione delle Regioni, sia per le peculiari forme e modalità di finanziamento della relativa spesa pubblica, sia – soprattutto – per i tipici rapporti che l'ordinamento vigente stabilisce fra le varie specie di enti ed organismi cooperanti ed interagenti nella materia medesima. La legge n. 833 del 1978 ha distinto tre ordini di competenze: Stato, in nome del principio di eguaglianza di tutti i cittadini nei confronti del servizio; funzioni legislative e programmatiche affidate alle Regioni; unità sanitarie locali, le quali svolgono tutti i compiti residui, disponendo in tal senso d'una indubitabile autonomia gestionale ed organizzativa. Comunque le amministrazioni regionali non portano l'effettiva responsabilità degli eventuali disavanzi delle U.S.L.: la parte essenziale della spesa sanitaria ed ospedaliera non può non gravare sullo Stato per l'evidente ragione che il diritto alla salute spetta ugualmente a tutti i cittadini e va salvaguardato sull'intero territorio nazionale. Non è pertanto casuale che la spesa in questione sia prevalentemente rigida e non si presti a venire manovrata, in qualche misura, se non dagli organi centrali di governo. È appunto l'esigenza di pari trattamento, sottesa all'intera riforma sanitaria, che spiega per quali motivi le singole Regioni non possano incidere sulla spesa farmaceutica e sugli altri oneri derivanti dalle prescrizioni mediche, sui ricoveri

ospedalieri, sullo stato giuridico ed economico del personale dipendente dalle U.S.L., sul regime del personale a rapporto convenzionale, sugli stessi acquisti dei beni e dei servizi indispensabili per il funzionamento delle unità sanitarie locali”.

Su questa base la Corte caducò la disposizione che spostava dallo Stato alle Regioni gli oneri finanziari derivanti dalla spesa storica. E poiché ciò equivaleva a confermare quest’ultima, la Corte aggiunse l’auspicio seguente: “Occorre che si faccia chiarezza nell’attuale intreccio delle competenze, evitando l’eccessiva moltiplicazione dei centri di autonomia, sia pure attuata nel formale rispetto della Costituzione. Non servono allo scopo le leggi finanziarie, né gli altri provvedimenti di carattere urgente o comunque contingente: là dove sono in gioco funzioni e diritti costituzionalmente previsti e garantiti, è indispensabile superare la prospettiva del puro contenimento della spesa pubblica, per assicurare la certezza del diritto ed il buon andamento delle pubbliche amministrazioni, mediante discipline coerenti e destinate a durare nel tempo.”

Il passo aiuta a comprendere i limiti del sindacato di legittimità su una materia simile. La richiesta di evitare la moltiplicazione dei centri di autonomia “sia pure attuata nel formale rispetto della Costituzione” equivaleva ad ammettere che la Corte non poteva individuare le modalità, in quanto potenzialmente molteplici, per superare un’articolazione dei centri di spesa che a sua volta non poteva dirsi di per sé formalmente incostituzionale.

3. L’evoluzione della giurisprudenza costituzionale sul diritto alla salute come diritto a prestazione pubblica

Che l’attuazione della riforma sanitaria si stesse rivelando molto problematica, lo si può ricavare, solo più indirettamente, anche dalla giurisprudenza sul diritto alla salute. La connessione fra i due aspetti è del resto espressamente affermata dalla stessa Corte, meglio che altrove, in una pronuncia sull’istruzione universitaria: “Organizzazione e diritti sono aspetti speculari della stessa materia, l’una e gli altri implicandosi e condizionandosi reciprocamente. Non c’è organizzazione che, direttamente o almeno indirettamente, non sia finalizzata a diritti, così come non c’è diritto a prestazione che non condizioni l’organizzazione.” (sent. n. 383 del 1998).

Ora, nella sentenza n. 455 del 1990, in cui ambiva a fare il punto sul diritto alla salute, la Corte osservava che secondo il suo costante orientamento esso “è riconosciuto e garantito dall’art. 32 della Costituzione come un “diritto primario e fondamentale che (...) impone piena ed esaustiva tutela” (v. sent. n. 992 del 1988, nonché sentt. nn. 88 del 1979, 184 del 1986, 559 del 1987, 1011 del 1988, 298 e 307 del 1990). Questa tutela, tuttavia, si articola in situazioni giuridiche soggettive diverse in dipendenza della natura e del tipo di protezione che l’ordinamento costituzionale assicura al bene dell’integrità e dell’equilibrio fisici e psichici della persona umana in relazione ai rapporti giuridici cui in concreto inerisce. In ragione di ciò, questa Corte ha affermato che, considerato sotto il profilo della difesa dell’integrità psico-psichica della persona umana di fronte alle aggressioni o alle condotte comunque lesive dei terzi, il diritto alla salute è un diritto erga omnes, immediatamente garantito dalla Costituzione e, come tale, direttamente tutelabile e azionabile dai soggetti legittimati nei confronti degli autori dei comportamenti illeciti (v. sentt. nn. 88 del 1979, 184 del 1986, 559 del 1987). Nello

stesso tempo, la Corte ha sempre precisato che, considerato sotto il profilo del diritto a trattamenti sanitari, il diritto alla salute è soggetto alla “determinazione degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione” della relativa tutela da parte del legislatore ordinario (v. sent. n. 142 del 1982, nonché sentt. nn. 81 del 1966, 112 del 1975, 104 e 175 del 1982, 212 e 226 del 1983, 342 del 1985, 1011 del 1988).

Quest'ultima dimensione del diritto alla salute, che è quella concernente le questioni di costituzionalità in esame, comporta che, al pari di ogni diritto a prestazioni positive, il diritto a ottenere trattamenti sanitari, essendo basato su norme costituzionali di carattere programmatico impositive di un determinato fine da raggiungere, è garantito a ogni persona come un diritto costituzionale condizionato dall'attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento (v. spec. sentt. nn. 175 del 1982, 212 del 1983 e 1011 del 1988). Questo principio, che è comune a ogni altro diritto costituzionale a prestazioni positive, non implica certo una degradazione della tutela primaria assicurata dalla Costituzione a una puramente legislativa, ma comporta che l'attuazione della tutela, costituzionalmente obbligatoria, di un determinato bene (la salute) avvenga gradualmente a seguito di un ragionevole bilanciamento con altri interessi o beni che godono di pari tutela costituzionale e con la possibilità reale e obiettiva di disporre delle risorse necessarie per la medesima attuazione: bilanciamento che è pur sempre soggetto al sindacato di questa Corte nelle forme e nei modi propri all'uso della discrezionalità legislativa (v., da ultimo, sentt. nn. 27 del 1975, 226 e 559 del 1987, 992 del 1988, 319 del 1989, 127 e 298 del 1990). Di qui deriva l'affermazione, già compiuta da questa Corte (sentt. nn. 103 del 1977, 175 del 1982), secondo la quale ogni persona che si trovi nelle condizioni obiettive stabilite dalla legislazione sull'erogazione dei servizi sanitari ha “pieno e incondizionato diritto” a fruire delle prestazioni sanitarie erogabili, a norma di legge, come servizio pubblico a favore dei cittadini.”

A distanza di dodici anni dalla sua approvazione, la riforma era dunque ritenuta suscettibile di un'attuazione condizionata “in relazione alle risorse organizzative e finanziarie” di cui il legislatore dispone al momento. Era un tentativo, quello della Corte, di tenere ancora insieme la tenuta dei diritti fondamentali e le scelte politiche, magari a loro volta imposte da altri imperativi costituzionali. In seguito, il rischio di una forbice fra l'una e l'altre sarebbe divenuto troppo forte per mantenere la configurazione del “diritto costituzionale condizionato”. Nella successiva giurisprudenza sui diritti a prestazione pubblica, il richiamo al “contenuto essenziale” segna in effetti una tappa ulteriore, resa necessaria dal momento in cui le esigenze di contenimento finanziario prendono un tale sopravvento su quelle di soddisfacimento dei diritti a prestazione pubblica, da rendere sempre meno credibile la premessa della “gradualità” del processo di attuazione costituzionale. La Corte comincia pertanto ad avvertire che se le esigenze di equilibrio della finanza pubblica, nel bilanciamento operato dal legislatore, “avessero un peso assolutamente preponderante, tale da comprimere il nucleo essenziale del diritto alla salute connesso all'inviolabile dignità della persona umana, ci si troverebbe di fronte a un esercizio macroscopicamente irragionevole della discrezionalità legislativa” (sent. n. 304 del 1994); e più

esplicitamente che, per quanto solo il legislatore sia “costituzionalmente abilitato a compiere gli apprezzamenti necessari a comporre nell’equilibrio del bilancio le scelte di compatibilità e di relativa priorità nelle quali si sostanziano le politiche sociali dello Stato”, alla Corte “competente tuttavia di garantire la misura minima essenziale di protezione delle situazioni soggettive che la Costituzione qualifica come diritti, misura minima al di sotto della quale si determinerebbe, con l’elusione dei precetti costituzionali, la violazione di tali diritti” (sentt. nn. 27 del 1998, 509 del 2000, 432 del 2005).

4. La riforma della riforma e la crescente regionalizzazione

Nel frattempo, precisamente fra il 1992 e il 1993, la legge sul servizio sanitario era stata profondamente riformata in risposta a un incontrollato deficit finanziario, al quale si riteneva di poter rimediare, oltre che con misure di contenimento della spesa, con l’aziendalizzazione e la regionalizzazione del servizio, che vi avrebbero introdotto una “competizione amministrata” fondata sulla libera scelta da parte dei pazienti fra una pluralità di soggetti erogatori pubblici e privati, come sarebbe risultato dal Piano Sanitario Nazionale 1994-1996.

Le ragioni strutturali che avevano portato a trasformare le unità sanitarie in aziende, e a cercare di responsabilizzare le Regioni sul versante della spesa, vanno però distinte dagli specifici obiettivi che si intendevano imprimere a una svolta del genere. Tanto che un’ulteriore riforma (d.lgs.n. 229 del 1999) non riportò gli orologi all’indietro, fondandosi piuttosto sulla presunzione che il recupero di efficienza atteso dalla trasformazione in aziende delle unità sanitarie locali, così come la regionalizzazione che ne costituiva il complemento sul versante organizzativo, ben potessero convivere col ritorno alla vocazione pubblica del servizio sanitario. Il servizio pubblico, regionalizzato e uniformato a determinati standard di qualità, poteva raggiungere livelli di efficienza non inferiori a quelli del privato. Certo è che il ritorno al pubblico non avrebbe portato a una soddisfacente attuazione del principio di eguaglianza dei cittadini davanti al servizio, per le seguenti ragioni.

Anzitutto, le regioni tendevano già negli anni ’90 a scegliere, fra le politiche sanitarie approvate al centro, quelle più vicine all’indirizzo politico delle rispettive giunte e alla capacità amministrativa delle burocrazie, con una conseguente differenziazione nell’organizzazione e nel funzionamento dei sistemi sanitari che ben poteva riguardare il dosaggio dell’equilibrio fra settore pubblico e settore privato, specie nella sua dominante componente convenzionata.

In secondo luogo, la riforma del 1999 integrava la legge istitutiva del servizio sanitario con la regola per cui “Le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente” (art. 1, terzo comma). E tra i casi di “partecipazione alla spesa” rientravano i ticket disposti da singole Regioni.

Infine, il sistema di finanziamento è stato oggetto di tre tentativi di riforma relativamente al superamento del criterio della spesa storica, nessuno dei quali è andato in porto. Non quello adottato con la riforma del 1992-93, basato sulla sua semplice sostituzione con quello dell’individuazione preliminare della quota di bilancio dello Stato, sul presupposto di considerare la risorse per la tutela della salute come una variabile indipendente. Non quello del

d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56, attuativo della delega n. 133/1999, che aboliva gradualmente il Fondo Sanitario Nazionale in vista di una maggiore responsabilità regionale per i disavanzi, con una riduzione progressiva dal 2001, in cui restava il criterio della spesa storica, fino al 2013, in cui sarebbe entrato a regime un sistema dove spariva ogni vincolo di destinazione delle risorse. Né migliore sorte ha avuto la l. n. 42 del 2009, attuativa dell'art. 119 Cost. nella versione approvata con l. cost.n. 3 del 2001, il cui obiettivo di sostituire il criterio della spesa storica con quello dei fabbisogni standard si è tradotto nel disegno previsto dal d.lgs. n. 68 del 2011, che però è rimasto a sua volta inattuato.

Come si vede, i tentativi di superare del tutto il criterio della spesa storica, che in quanto tale urta con l'obiettivo costituzionale della perequazione fra cittadini nell'accesso al servizio sanitario, prescindono dall'entrata in vigore del nuovo Titolo V. Ve ne sono stati prima e dopo di essa, a dimostrazione dello scarso fondamento dell'opinione, diffusissima negli ambienti politici e mediatici e poco smentita da immemori costituzionalisti, che imputa alla riforma costituzionale del 2001 la responsabilità di avere regionalizzato il servizio sanitario. In precedenza abbiamo dimostrato che le cose sono andate diversamente. Il nuovo Titolo V non fece altro che stabilizzare almeno implicitamente in Costituzione lo *status quo ante*, fondamentalmente disegnato nella legislazione degli anni Novanta.

Casomai, può dirsi che nel periodo intercorso da allora la differenziazione dei modelli si sia definitivamente consolidata. In termini di rapporti di forza ciò ha comportato uno squilibrio fra lo Stato, sempre più solo virtuale legislatore, e le amministrazioni regionali coperte e protette da Presidenti elettivi. Se ne sono viste le conseguenze perfino nell'ambito delle vaccinazioni, che in base all'art. 32 Cost. non avrebbero nulla a che vedere con l'autonomia regionale, poiché è stata la rinuncia a deliberare del legislatore nazionale a sollecitare quell'improprio attivismo di talune Regioni che è stato infine sanzionato dalla Corte costituzionale (sent. n. 5 del 2018). Non ha insegnato nulla nemmeno la più lunga e drammatica vicenda del Covid-19.

Il fatto è che mentre il condizionamento esterno sulle Regioni è estremamente penetrante per quanto riguarda gli aspetti finanziari, nulla del genere si può dire per la scelta dei modelli organizzativi. Sotto il primo profilo, il perdurante carattere derivato, e parzialmente informato al criterio della spesa storica, dei finanziamenti del settore sanitario continua a tradursi in un processo decisionale il cui momento cardine resta quello delle negoziazioni svolte in Conferenza Stato-Regioni, senza contare che i vincoli posti dall'appartenenza della Repubblica all'Unione economica e monetaria si sono come è noto notevolmente accresciuti dopo l'adozione del *Fiscal Compact*, con evidenti ricadute sulla finanza regionale, nel cui ambito la salute continua a spiccare in termini quantitativi. Invece, sul fronte amministrativo e in particolare organizzativo, il solo vincolo virtualmente posto in capo alle Regioni dovrebbe essere costituito dalla legislazione statale di principio, cui lo Stato ha di fatto rinunciato.

La differenziazione dei modelli si è così definitivamente consolidata. E più aumenta, maggiori diventano le disparità fra Regioni in termini di efficienza e quindi di qualità del servizio reso. Il divario è da tempo certificato da rapporti di organizzazioni internazionali a partire dall'OCSE, che vedono alcune Regioni centro-settentrionali ai primissimi posti a livello europeo, e altre, dislocate prevalentemente al Sud, al fondo della classifica. Con una sperequazione fra cittadini in ragione della loro dislocazione territoriale che si somma a quella

in ragione del reddito. Una spia eloquente è offerta dalla crescita del 40% dei ricoveri fuori Regione dal 1986 ad oggi, con la Calabria che ha visto raddoppiare l'indice degli spostamenti e la Lombardia che ha visto raddoppiare l'indice di attrattività. D'altra parte, appare evidente che i ricoveri fuori Regione interessano solo quanti possono permetterseli.

5. Modelli regionali e sperequazioni territoriali

Va detto che il rapporto fra perequazione finanziaria e determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) è tutt'altro che risolto, anche indipendentemente dai condizionamenti previsti dalla legge sull'autonomia differenziata (l.n. 86 del 2024) ai fini della sua operatività. Non si può negare, cioè, la sussistenza di un dilemma strutturale fra determinazione dei LEA a partire dalle risorse, che fa privilegiare l'esigenza di finanza pubblica, ovvero dai fabbisogni, che privilegia l'eguaglianza ma a un certo punto deve confrontarsi con le risorse disponibili.

Il discorso sulla sperequazione ha tuttavia a che vedere solo in parte col dilemma accennato, che trova la sua radice nello stesso art. 119. Se il rimedio alle sperequazioni deve mirare anzitutto ad assicurare, come auspicato dalla Corte dei conti nel Referto 2021 sul coordinamento della finanza pubblica citato all'inizio, il «rafforzamento dell'assistenza territoriale rivolta alla parte “più debole” della popolazione e, cioè anziani, disabili, malati terminali», perché «in molti casi non sono raggiunte le soglie richieste, pur se fissate a livelli molto contenuti», non si può dire che i modelli regionali siano neutrali nel privilegiare o meno la spesa per la sanità privata, che già ora ammonta al 24% di quella complessiva, ma che evidentemente è più o meno favorita a seconda delle Regioni. Nel primo caso, le probabilità di rafforzare l'assistenza rivolta alla parte debole della popolazione sono infatti ragionevolmente molto più basse, visto che l'obiettivo fondamentale dell'impresa privata rimane quello del profitto, con una netta posposizione di ogni correzione di disparità sociali.

Sappiamo anche quanto poco la legislazione nazionale sulla tutela della salute, pur costituzionalmente chiamata a fissare principi fondamentali in materia, abbia ispirato la configurazione dei modelli regionali, anche per quanto concerne la loro inclinazione verso il mercato o viceversa verso il potenziamento del servizio pubblico nonché l'individuazione di principi destinati a regolare il regime convenzionato. Almeno in una prospettiva di medio-lungo periodo, al fine di correggere le gravi sperequazioni sociali di cui si è detto, il grado di differenziazione fra modelli regionali dovrebbe e potrebbe essere ridotto tramite l'individuazione nella legge nazionale di principi fondamentali indirizzati allo scopo.

Nota Bibliografica

BALDUZZI R., *Titolo V e tutela della salute*, in R. BALDUZZI e G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, Giuffrè, 2002, 21 ss.;

COSULICH M., *Equità va cercando...Il Servizio sanitario nazionale, strumento di attuazione dell'art. 32 Cost.*, in *Corti supreme e salute*, 2022, 201 ss.;



CUTTAIA F.G., *La governance delle aziende sanitarie pubbliche e la diversificazione dei suoi processi evolutivi*, in *Diritto e salute*, 2019, 27 ss.;

PINELLI C., *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 2018, 660 ss.;

VICECONTE N., *L'evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio*, in *Italian Papers on Federalism – Rivista giuridica online- ISSIRFA – CNR*, n. 1-2-3/2012, 1 ss.