

Autonomie territoriali e governo della sanità ^(*)

Fabio Saitta

Dopo aver descritto il ruolo svolto dalle Regioni e dai Comuni italiani nella tutela della salute dall'istituzione del Ssn al riordino del 1992, l'Autore evidenzia la netta inversione di tendenza, rispetto al modello dell'amministrazione regionale indiretta delineato dalla legge n. 833 del 1978, segnata dalla predetta riforma, che, riconoscendo alle Regioni un'ampia discrezionalità nella definizione delle regole di governo del sistema, ha creato le condizioni per la creazione di veri e propri modelli regionali differenziati. Lo scritto si sofferma, quindi, sul decreto legislativo n. 229 del 1999, che ha operato una vera e propria "ricentralizzazione" della sanità, e sulla riforma costituzionale del 2001, a seguito della quale la giurisprudenza costituzionale ha individuato chiaramente nel principio della leale collaborazione tra Stato e Regioni lo strumento attraverso cui garantire un giusto equilibrio tra esigenze di uniformità di tutela del diritto alla salute e modelli organizzativi ormai differenziati. Si osserva, infine, come il dibattito si sia riaperto in occasione della richiesta di alcune Regioni di maggiore autonomia ai sensi dell'art. 116, comma 3, della Costituzione.

1. Il ruolo delle Regioni e dei Comuni italiani nella tutela della salute dall'istituzione del Ssn al riordino del 1992

Tra le possibili opzioni configurabili nella scelta di un sistema organizzativo della sanità, v'è quella concernente il livello dei pubblici poteri a cui attribuire competenze in materia sanitaria: si oscilla fra un sistema accentrato, nel quale l'ente attributario di poteri sia lo Stato, che eventualmente si avvalga di organi decentrati per le questioni di rilievo

^{*} Il presente scritto costituisce la rielaborazione della relazione svolta alla III Giornata cagliaritanica di studi amministrativistici «Le autonomie territoriali. Poteri, sovranità, diritti», Cagliari, 9 novembre 2018.

esclusivamente locale, ed un sistema inteso, invece, ad un'ampia valorizzazione delle autonomie locali¹.

In Italia, com'è noto, le funzioni ed il ruolo dello Stato e delle autonomie territoriali (Regioni e Comuni) nei confronti della tutela della salute hanno subito nel tempo variazioni sostanziali: in una prima fase, le funzioni amministrative sono state allocate al livello più vicino al cittadino; in una seconda fase, sono state attratte ad un livello di governo superiore, allo scopo di garantire una *governance* unitaria del sistema². La legge n. 833 del 1978, esplicitando il riferimento alla Repubblica presente nell'art. 32 della Costituzione, affermava che l'attuazione del neoinstituito SSN «compete allo Stato, alle Regioni e agli Enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini»³. Le «competenze» dello Stato e delle Regioni, nonché le «attribuzioni» delle Province e dei Comuni erano poi elencate da specifici articoli⁴.

Già a quell'epoca, la centralità statale nella definizione e gestione della sanità che aveva connotato il periodo repubblicano antecedente al trasferimento, nel 1972, delle competenze amministrative in materia alle Regioni era venuta meno, sostituita da un modello che, almeno agli inizi, mirava a garantire sull'intero territorio nazionale, al contempo, un'erogazione omogenea dei servizi ed una presenza capillare (per lo più comunale) di strutture⁵. Un «grandioso progetto di integrazione verticale completa su base territoriale sotto l'unica proprietà pubblica del SSN di tutti i servizi e gli enti erogatori di prestazioni sanitarie», non privo però di contraddizioni, come il disegno di un sistema di «programmazione a cascata» in cui il Piano sanitario nazionale indirizzava i piani regionali di attuazione, che a loro volta vincolavano la gestione comunale delle Usi,

(1) R. FERRARA, P.M. VIPIANA, *Principi di diritto sanitario*, Torino, 1999, p. 65.

(2) COSÌ E. GRIGLIO, *La sanità «oltre» le Regioni. Il superamento della dimensione territoriale statica e la riscoperta del ruolo dei Comuni*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009, p. 223.

(3) Art. 1, comma 3.

(4) Si trattava, precisamente, degli artt. 6, 11, 12 e 13.

(5) A. PAPA, *La tutela multilivello della salute nello spazio europeo: opportunità o illusione?*, in P. BILANCIA (a cura di), *I diritti sociali tra ordinamento statale e ordinamento europeo*, in *federatismi.it*, n. spec. 4, 2018, pp. 86-87.

ed un sistema di prelievo fiscale e di finanziamento centralizzati che faceva da contrappunto al decentramento delle funzioni⁶.

Un sistema basato comunque, per varie ragioni sulle quali non è qui possibile indugiare⁷, sulla valorizzazione della gestione comunale dell'amministrazione sanitaria, nel quale le Regioni erano del tutto escluse dai compiti amministrativi di tutela della salute⁸ e vennero via via compresse da un processo di ricentralizzazione giustificato dalla necessità di controllare la spesa pubblica attraverso le leggi finanziarie annuali⁹. La dissociazione fra le politiche statali restrittive e quelle regionali, invece fortemente espansive dei diritti in ambito sanitario e sociale, marcò però una forte differenza di fase tra Stato e Regioni, finendo per comprimere indirettamente le nuove autonomie territoriali e dar luogo ad una sorta di «federalismo asimmetrico»¹⁰.

Pertanto, già alcuni anni dopo l'entrata in vigore della legge istitutiva del 1978 si registrò un aumento del divario tra le Regioni più progredite e quelle a più basso grado di sviluppo, «risultato questo che costituisce una grave contraddizione rispetto ad uno dei principi fondamentali della riforma»¹¹.

Quest'ultima, poi, era imperniata su nuovi appositi organismi, le Unità sanitarie locali, la cui incerta natura giuridica rappresentò probabilmente una delle principali cause del suo sostanziale fallimento. Con una scelta ritenuta dai più compromissoria¹², che sottraeva alle Regioni il

(6) F. TARONI, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in *L'Italia e le sue Regioni*, Roma, 2015, p. 411 ss., secondo cui si era in tal modo realizzato «il disegno di una autonomia eterodiretta, costretta negli ambiti dell'attuazione di obiettivi stabiliti dai livelli superiori».

(7) Cfr. E. GRIGLIO, *La sanità «oltre» le Regioni*, cit., pp. 225-230.

(8) L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo. Profili di diritto interno e comparato*, Milano, 2005, p. 220.

(9) E. BUGLIONE, G. FRANCE, *Skewed fiscal federalism in Italy: implications for public expenditure control*, in *Public budgeting & finance*, 3, 1983, p. 43 ss.

(10) *Ibidem*.

(11) CNEL, *Osservazioni e proposte sullo stato di attuazione della riforma sanitaria*, Roma, 1982, 98.

(12) Il dibattito in argomento è ben riassunto da N. AICARDI, *La sanità*, in S. CASSESE (a cura di), *Trattato di diritto amministrativo*, II ed., Milano, 2003, t. 1, p. 639, anche in nota, al quale si rimanda anche per i relativi riferimenti bibliografici.

proprio ruolo gestionale nel settore sanitario relegandole a meri soggetti programmatori e regolatori del servizio, il legislatore configurò, infatti, l'Usl, da un lato, come un'amministrazione autonoma, dotata di propri organi e funzioni¹³; dall'altro, come «una struttura operativa dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità montane»¹⁴: più analiticamente, «il complesso dei presidi, degli uffici e dei servizi dei Comuni, singoli o associati, e delle Comunità montane i quali in un ambito territoriale determinato assolvono ai compiti del Servizio sanitario nazionale»¹⁵. Un'entità caratterizzata, dunque, da una doppia strumentalità: funzionale rispetto ai compiti di tutela della salute *lato sensu* intesa; organizzativa rispetto agli Enti locali ai quali la funzione stessa è in via di principio affidata¹⁶. Ciò determinò una prima complicazione, dovuta al fatto che le Usl non erano costituite necessariamente per ogni singolo Comune, bensì per zone o ambiti territoriali determinati dalle Regioni in base a criteri di legge statale¹⁷ ed a scelte politico-amministrative espresse per lo più in leggi regionali: ne conseguiva che, quando la zona individuata dalla Regione era più ampia della circoscrizione di un singolo Comune, la relazione di strumentalità tra Comune ed Usl tendeva a trasformarsi in qualcosa di più complesso o, comunque, diverso¹⁸.

L'Usl, peraltro, era configurata dalla legge del 1978 come una struttura governata da organi non tecnici, ma forniti di legittimazione democratica, cioè organi politici di rappresentanza indiretta del corpo elettorale locale, che dovevano assicurare il raccordo tra l'Usl ed il Comune, singolo o associato, o la Comunità montana: l'Assemblea generale, avente funzioni di indirizzo generale, costituita dal Consiglio comunale o dai

(13) Art. 14, l. n. 833/1978.

(14) Art. 15, comma 1, l. n. 833/1978.

(15) Art. 10, comma 2, l. n. 833/1978.

(16) G. FALCON, *Unità sanitaria locale*, in M.S. GIANNINI, G. DE CESARE (a cura di), *Dizionario di diritto sanitario*, Milano, 1984, pp. 587-588.

(17) Art. 14, l. n. 833/1978.

(18) G. FALCON, *Unità sanitaria locale*, cit., pp. 591-592.

rappresentanti dei Comuni associati, ed il Comitato di gestione, eletto con voto limitato dalla stessa assemblea¹⁹.

Ciononostante, era difficile sostenere che essa agisse come strumento dell'ente soggetto politico-amministrativo, mancando a tal fine sia i poteri esercitati da un organo assembleare rappresentativo in relazione ad un organo più ristretto a vocazione specificamente amministrativa, sia, soprattutto, la possibilità di scindere, attribuendoli ad ordinamenti diversi, l'organo assembleare dall'organo amministrativo: l'Assemblea non agiva come organo dell'Ente locale, ma sembrava «ritagliata» dall'Ente stesso, al quale fondamentalmente apparteneva, per fungere da organo assembleare dell'USL pur mantenendo la propria identità: dal punto di vista strettamente giuridico, pertanto, l'USL non sembrava concepita come una porzione tecnico-amministrativa di un ordinamento locale più ampio che la ricomprendeva e l'utilizzava, bensì come un ordinamento locale esso stesso complessivo e completo²⁰. Questa ambigua configurazione delle USL dal punto di vista organizzativo e lo scarso ruolo di indirizzo e controllo svolto nei loro riguardi dai Comuni fecero sì che i nuovi organismi si delineassero come poteri locali autonomi, sostanzialmente irresponsabili dei risultati di gestione²¹.

Al fallimento della legge del 1978 contribuirono, altresì, l'eccessiva politicizzazione degli organi, nominati secondo «criteri politici cioè secondo criteri di lottizzazione»²², e l'estensione illimitata ed indiscriminata delle prestazioni, dovuta anche alla mancata approvazione dei piani sanitari, incautamente affidata ad una legge della Repubblica assai difficile da confezionare, che fece lievitare in misura insostenibile i costi del sistema²³.

Nel tentativo di porre rimedio alle inefficienze del sistema delineato dalla riforma del 1978, via via dimostratosi sempre più ingovernabile, il le-

(19) Art. 15, l. n. 833/1978. In argomento, N. AICARDI, *La sanità*, cit., p. 639.

(20) G. FALCON, *Unità sanitaria locale*, cit., pp. 593-596.

(21) N. AICARDI, *La sanità*, cit., p. 641.

(22) M.S. GIANNINI, *L'organizzazione sanitaria dalla legge di riforma alla l. 15.1.1986 n. 4*, in AA.Vv., *Lineamenti di organizzazione sanitaria*, Milano, 1991, p. 33.

(23) N. AICARDI, *La sanità*, cit., p. 641.

gislatore procedette, dapprima, ad alcuni interventi minori sull'organizzazione interna delle USL – tra cui, in particolare, l'inserimento tra i suoi organi del Collegio dei revisori²⁴, la soppressione dell'Assemblea generale e la riduzione del numero dei componenti i Comitati di gestione²⁵ – e, successivamente, con la c.d. legge-ponte del 1991, alla sostituzione degli organi politici con un amministratore straordinario nominato dalla Regione, dotato di «tutti i poteri di gestione, compresa la rappresentanza legale», ancorché ancora affiancato da un Comitato di garanti nominato dal Comune, avente funzioni di indirizzo generale²⁶.

Nel complesso, la legislazione regionale di attuazione della riforma fu tardiva e spesso piattamente ripetitiva: soltanto alcune Regioni introdussero elementi innovativi e dinamici ed i pochi piani sanitari regionali approvati risultarono gestiti male e, quindi, scarsamente efficaci.

2. La «regionalizzazione» del 1992/93 e la «ricentralizzazione» del 1999

I tempi erano ormai maturi per un riordino complessivo, che venne varato con il decreto legislativo n. 502 del 1992, cui fece seguito – inframmezzato da una pronuncia della Corte costituzionale²⁷ – il decreto legislativo correttivo n. 517 del 1993.

Questa riforma ha sicuramente segnato una netta inversione di tendenza rispetto al modello dell'amministrazione regionale indiretta delineato dalla legge n. 833 del 1978, determinando l'emersione delle Regioni come livello di governo in cui confluiscono la titolarità della funzione legislativa ed amministrativa in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, la responsabilità della programmazione sanitaria regionale ed il coordinamento delle attività di erogazione delle prestazioni anche sotto il profilo della determinazione dei criteri di finanziamento²⁸. La scelta

(24) Art. 13, l. 26 aprile 1982, n. 181.

(25) L. 15 gennaio 1986, n. 4 (c.d. «miniriforma Degan»).

(26) Art. 1, d.l. 6 febbraio 1991, n. 35, conv. in l. 4 aprile 1991, n. 111.

(27) Sent. 28 luglio 1993, n. 355, in *Foro it.*, 1995, I, p. 62.

(28) E. GRIGLIO, *La sanità «oltre» le Regioni*, cit., pp. 230-231.

del 1992, quindi, valorizza certamente il ruolo delle Regioni, che diventano lo snodo territoriale del Ssn²⁹.

Regionalizzazione ed aziendalizzazione hanno, quindi, comportato un sostanziale svuotamento delle funzioni comunali in sanità, ma se era in certo senso scontato che la scelta tecnocratica fosse la necessaria risposta alle inefficienze delle Usl, non era altrettanto ovvio che alla stessa si accompagnasse una ridefinizione delle funzioni amministrative allocate ai diversi livelli territoriali, ben potendo immaginarsi un modello di governo aziendale che poggiasse sullo stesso impianto di competenze disegnato dal legislatore del 1978; verosimilmente, si trattò di una reazione alle diffuse inefficienze economico-finanziarie di cui i Comuni si erano resi responsabili nel governo delle Usl³⁰.

In ogni caso, per quanto qui interessa, il riconoscimento alle Regioni di un'ampia discrezionalità nella definizione delle regole di governo del sistema³¹ ha creato le condizioni per la creazione di veri e propri modelli regionali, destinati a differenziarsi soprattutto nei meccanismi di remunerazione delle strutture e delle attività sanitarie in base ai due criteri del fabbisogno di assistenza e dei livelli di produzione³². Secondo una ricostruzione dottrinale, a livello regionale si sono progressivamente delineati quattro modelli:

- il *modello della centralità dell'Azienda sanitaria locale*, preferito da molte Regioni del Centro-Nord (Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte e Toscana), in cui la Regione svolge sostanzialmente un ruolo di metro coordinamento;
- il *modello c.d. della separazione*, adottato fin dal 1995 dalla Regione Lombardia, nel quale il ruolo della Regione è pure alquanto limitato, spettando alle Asl le funzioni di programmazione, acquisto e controllo, anche nei confronti degli operatori privati;

(29) M.S. BONOMI, *Il diritto alla salute e il Sistema Sanitario Nazionale*, in *federalismi.it*, 5, 2014; A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Torino, 2014, p. 98.

(30) E. GRIGLIO, *La sanità «oltre» le Regioni*, cit., pp. 232-234.

(31) Così C. BOTTARI, *Nuovi modelli organizzativi per la tutela della salute*, Torino, 1999, p. 40 ss.

(32) E. GRIGLIO, *La sanità «oltre» le Regioni*, cit., p. 235.

- il *modello c.d. a centralità regionale*, implementato solo in alcune piccole Regioni, nel quale, invece, è la Regione il principale soggetto responsabile della remunerazione delle prestazioni e, quindi, della regolazione del sistema;
- il *modello tradizionale*, adottato da molte Regioni del Centro-Sud (Lazio, Campania, Puglia, Sicilia e Sardegna), in cui le Regioni, pur presentando scarsissime capacità di regolazione, conservano un ruolo primario anche nei confronti delle strutture private accreditate³³.

Negli anni successivi, però, è emersa gradualmente l'esigenza di maggiore coinvolgimento e responsabilizzazione delle autonomie locali rispetto ad un benessere delle popolazioni di cui la salute è al contempo componente e prodotto essenziale ed i tanto decantati obiettivi di efficienza, economicità ed innalzamento della qualità professionale hanno iniziato a fronteggiarsi con una rinnovata attenzione al ruolo delle autonomie locali, favorita anche da tendenze più generali della cultura e del confronto politico, improntate al federalismo ed alla c.d. sussidiarietà verticale, che hanno trovato la loro più ampia traduzione nelle leggi e nei decreti Bassanini³⁴.

Mentre il terzo decentramento amministrativo, operato con il decreto legislativo n. 112 del 1998, ha sostanzialmente confermato la regionalizzazione del SSN introdotta nel 1992, la c.d. «riforma della riforma» operata con il decreto legislativo n. 229 del 1999 ha determinato una razionalizzazione del sistema di riparto delle competenze e delle responsabilità sotto il duplice profilo dell'intervento dei Comuni nella programmazione e nel controllo dei servizi e della rideterminazione dei margini di autonomia regionale nella remunerazione del servizio³⁵.

(33) G. FATTORE, *Sistemi di competizione amministrata nel SSN: modelli di finanziamento a tariffa e modelli negoziali*, in *Mecosan*, 5, 1996, p. 81 ss.

(34) Sul predetto tentativo di recupero del ruolo dei Comuni in sanità, cfr. M. CAMPAGNA, *Riflessioni in tema di potere sindacale di ordinanza e assistenza ospedaliera. Verso un nuovo ruolo dei Comuni nel settore sanitario?*, in *Foro amm. - TAR*, 2013, p. 2543 ss.; D. PARIS, *Il ruolo delle Regioni nell'organizzazione dei servizi sanitari e sociali a sei anni dalla riforma del Titolo V: ripartizione delle competenze e attuazione della sussidiarietà*, in *www.amministrazionein-cammino.luiss.it*, 2007.

(35) E. GRIGLIO, *La sanità «oltre» le Regioni*, cit., pp. 238-239.

L'esigenza di strategie assistenziali più adeguate ai bisogni della popolazione locale e di una valutazione più trasparente della congruità dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi di intervento ha indotto il legislatore a delineare un nuovo ruolo delle autonomie locali, creando procedure di raccordo tra questi ultimi, le Asl e le Regioni, alle quali sono stati imposti quattro particolari vincoli:

- si è stabilito che la definizione della quota capitaria non può più essere «semplice» come in passato, ma dev'essere «ponderata», con criteri coerenti a quelli definiti a livello nazionale;
- si è individuato negli accordi (per le aziende pubbliche) e nei contratti (per quelle private) lo strumento di governo della spesa;
- si sono affidate al Ministero della sanità la definizione delle funzioni per le quali dev'essere previsto un finanziamento diretto e la fissazione dei criteri per la determinazione del relativo ammontare;
- si è attribuito ad un decreto dello stesso Ministero il compito di individuare sia i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione da remunerare a tariffa ed i relativi massimi tariffari, sia i criteri con cui le Regioni dovranno articolare il proprio sistema tariffario in relazione alle caratteristiche organizzative e di attività delle Asl³⁶.

In sostanza, senza mettere in discussione la piena responsabilità delle Regioni e delle direzioni aziendali nel governo della sanità, il c.d. «decreto Bindi» ha prospettato un loro esercizio più partecipato, a favore del quale sono state addotte ragioni non solo di democraticità, ma anche di efficacia: l'esperienza concreta dimostra, infatti, che senza il coinvolgimento ed il consenso dei vari attori interessati, i processi programmatici e valutativi non riescono a conseguire i loro obiettivi. I Comuni, singoli o associati, devono, quindi, riacquisire una capacità di effettiva interlocuzione e negoziazione con le Regioni e le Aziende, dotandosi anche delle risorse informative e dei supporti tecnici all'uopo necessari. Da qui la prevista costituzione, con legge regionale, di una Conferenza permanente per la programmazione sanitaria e socio-sanitaria regionale³⁷ e la valorizzazione del livello distrettuale, tanto come articolazione

(36) *Ivi*, pp. 239-241.

(37) Artt. 2, comma 1, 2-bis e 2-ter, d.lgs. n. 229/1999.

organizzativa fondamentale dell'Azienda quanto come livello qualificato di rapporto istituzionale³⁸.

Si consideri pure che, nel frattempo, grazie alla legge sull'elezione diretta dei Sindaci, i Comuni avevano riacquisito potere e visibilità e reclamavano un ruolo formale e stabile di espressione della domanda sociale delle esigenze dei cittadini e di governo degli indirizzi nella sanità³⁹. Sotto altro profilo, però, il decreto legislativo del 1999, nel contenere la vera e propria regolamentazione del nuovo assetto delle competenze istituzionali nella tutela della salute, ha segnato un deciso passo all'indietro rispetto alla progressiva ed estensiva interpretazione dell'attribuzione alle Regioni delle funzioni legislative ed amministrative nell'organizzazione e nell'assistenza sanitaria: la minuziosa disciplina di ogni livello d'intervento (Stato, Regioni, Comuni, ASL e soggetti erogatori privati) negli aspetti sia organizzativi che funzionali attinenti al sistema di erogazione delle prestazioni ha lasciato ben poco spazio alle competenze regionali, senza alcuna coerenza con la coeva riforma del finanziamento del SSN introdotta dalla legge n. 133 del 1999 e con il successivo decreto legislativo n. 56 del 2000, che di lì a poco avrebbe attribuito alle Regioni tributi propri per il finanziamento del sistema ed il pagamento delle prestazioni⁴⁰. Una vera e propria «ricentralizzazione» della sanità, che ha suscitato immediate critiche da parte della dottrina, che ne ha evidenziato la forte discontinuità con i criteri informativi delle «riforme Bassanini»⁴¹, giungendo financo ad affermare che «il servizio sanitario che esce dal nuovo decreto legislativo è un servizio sanitario imperiale, ordinato come una piramide, simmetrico, che rispon-

(38) Artt. 3, 3-*quater*, 3-*quinquies* e 3-*sexies* d.lgs. n. 229/1999.

(39) L. VANDELLI, *Introduzione a La razionalizzazione del servizio sanitario nazionale: novità e prospettive*, in *San. pubbl.*, 1999, p. 159.

(40) G. CILIONE, *Il trasferimento delle funzioni in materia sanitaria*, in *questa Rivista*, 2001, pp. 986-987.

(41) Cfr. C. BOTTARI, *Editoriale*, in *San. pubbl.*, 1999, p. 1073 ss.; G. GARDINI, L. ZANETTI, *Editoriale*, *ivi*, p. 381 ss.; L. VANDELLI, C. BOTTARI, *Art. 1*, in F. ROVERSI MONACO (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, 2000, p. 28 ss.

de forse ai bisogni di governo del centro, non necessariamente ai bisogni della collettività»⁴².

3. *L'assetto istituzionale disegnato dalla riforma del Titolo V della Costituzione e le indicazioni della giurisprudenza (soprattutto costituzionale)*

Le competenze regionali acquisite negli anni '90 del secolo scorso sono state consolidate, nel 2001, dall'approvazione della riforma del Titolo V della Costituzione⁴³, che ha bilanciato l'estensione della potestà legislativa concorrente delle Regioni al campo della «tutela della salute»⁴⁴ rispetto all'angusta competenza sull'«assistenza sanitaria e ospedaliera» dell'originario art. 117⁴⁵ con il vincolo del rispetto dei principi fondamentali del SsN (comma 3) e con la competenza esclusiva statale sulla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali da garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale (comma 2, lett. *m*)⁴⁶. Una scelta che – com'è stato subito notato – riflette l'esigenza, per la sede normativa centrale, di assicurare che la tutela dei diritti sociali (tra cui la salute) avvenga in maniera equa

(42) Così S. CASSESE, *Stato e mercato: la sanità*, in G. AMATO, S. CASSESE, G. TURCHETTI, R. VARALDO (a cura di), *Il governo della sanità*, Milano, 1999, p. 21; analogamente, F. REVIGLIO, *Sanità. Senza vincoli di spesa?*, Bologna, 1999, p. 129, che rimproverò alla riforma «un'impostazione centralistica che riserva allo Stato un eccessivo potere regolamentare, espressione di una fiducia, non certo meritata, nelle sue capacità di programmazione».

(43) Che l'obiettivo della riforma fosse proprio quello di «consolidare e rafforzare quell'opzione regionale, in un quadro complessivo di distribuzione delle competenze tra enti territoriali che valorizzava l'autonomia senza escludere momenti di sintesi, di uniformità e di garanzia riconosciuti allo Stato (legislatore e non legislatore)» è stato confermato, da ultimo, da D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osserv. cost.*, 1, 2018, p. 3.

(44) Cfr. G. CARPANI, D. MORANA, *Le competenze legislative in materia di tutela della salute*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, p. 89 ss.

(45) Si è osservato, giustamente, al riguardo che, oltre ad aversi una potestà più intensa, è l'oggetto stesso della competenza regionale ad essere più ampio, atteso che la tutela della salute non riguarda soltanto gli aspetti acuti di protezione del diritto, ma anche le altre attività di prevenzione e di cura che mirano al benessere fisico e psichico della popolazione: L. CUOCOLO, A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in *www.forumcostituzionale.it*, 2013, § 1.

(46) F. TARONI, *Tempi moderni*, in *Politiche sanitarie*, 2, 2011, p. 57; già prima, R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in *Quad. reg.*, 2002, p. 65 ss.

ed uniforme, cioè a parità di condizioni, su tutto il territorio nazionale, ma non esclude la diversificazione organizzativa e funzionale dei sistemi idonei ad assicurare queste prestazioni minime ed uguali per tutti⁴⁷. Il novellato art. 117, peraltro, ha affidato alla competenza legislativa residuale delle Regioni l'organizzazione amministrativa regionale: come vedremo⁴⁸, infatti, tale titolo di competenza legislativa non è elencato espressamente nell'anzidetta disposizione, ma è stato riconosciuto dalla Corte costituzionale come riconducibile alla clausola residuale di cui al comma 4, sicché, in virtù del principio costituzionale dell'autonomia come potere di autorganizzazione attribuito a ciascun ente territoriale nell'ambito di rispettiva competenza, le competenze legislative ed amministrative delle Regioni in materia di tutela della salute sono completate dal riconoscimento dell'autonomia istituzionale regionale nel settore del «governo» delle politiche sanitarie⁴⁹.

Sotto diverso profilo, la legge costituzionale n. 3 del 2001, riscrivendo l'art. 118 della Costituzione, ha rimesso le funzioni amministrative ai Comuni ad eccezione dei casi in cui, per assicurare l'esercizio unitario delle stesse, siano conferite ad altri enti.

È apparso subito a tutti scontato che le sorti della riforma del 2001 sarebbero dipese in gran parte dall'atteggiamento che avrebbero assunto nella sua interpretazione sia il legislatore statale che quello regionale, nonché la Corte costituzionale⁵⁰.

Lo spazio a disposizione non ci consente di passare in rassegna tutta la giurisprudenza costituzionale in materia, sicché proviamo a delinearne i tratti fondamentali.

La Consulta, innanzitutto, ha costantemente affermato che la materia «tutela della salute» è «assai più ampia rispetto alla precedente materia assistenza sanitaria e ospedaliera»⁵¹. In essa rientra anche l'organizzazio-

(47) G. CILIONE, *Il trasferimento delle funzioni in materia sanitaria*, cit., p. 990.

(48) *Infra*, § 4.

(49) E. GRIGLIO, *L'organizzazione istituzionale per la tutela della salute in ambito regionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, cit., p. 217.

(50) Così, tra i tanti, G. CILIONE, *Il trasferimento delle funzioni in materia sanitaria*, cit., p. 989.

(51) Così, *ex plurimis*, ord. 29 aprile 2005, n. 270 e sent. 5 giugno 2006, n. 181.

ne sanitaria, considerata «parte integrante» dalla tutela della salute⁵²; le Regioni, pertanto, possono legiferare in tema di organizzazione dei servizi sanitari, ma sempre nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti dallo Stato, siano essi formulati in appositi atti legislativi ovvero impliciti, cioè ricavabili in via interpretativa⁵³.

D'altronde, l'intreccio e la sovrapposizione di materie, quali la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, la tutela della salute ed il coordinamento della finanza pubblica⁵⁴, fa sì che la disciplina complessiva in tema di sanità sia interamente improntata al principio di leale cooperazione.

La giurisprudenza costituzionale ha, poi, altrettanto costantemente sottolineato come l'esigenza di coniugare una necessaria opera di contenimento della spesa debba essere raccordata con la garanzia della continuità dell'erogazione della prestazione e con il rispetto del principio della sostenibilità economica dei costi da parte degli utenti⁵⁵. La congiuntura economica sfavorevole dell'ultimo decennio ha orientato sempre più il legislatore statale verso scelte volte al contenimento della spesa ed alla messa a punto di un sistema che fosse in grado, mediante la standardizzazione dei costi sanitari su scala nazionale, di ridurre le spese del settore. L'ambito d'intervento delle Regioni è stato, pertanto, oggetto di reiterate limitazioni da parte del legislatore nazionale, che la Corte costituzionale ha ritenuto legittimato ad imporre alle Regioni vincoli alla spesa corrente per assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il conseguimento degli obiettivi nazionali, condizionati anche da obblighi comunitari⁵⁶.

(52) Così, espressamente, Corte cost., 14 novembre 2008, n. 371.

(53) Corte cost., 26 giugno 2002, n. 282, in *Giur. cost.*, 2002, 2012, con nota di D. MORANA, *La tutela della salute, fra libertà e prestazioni, dopo la riforma del Titolo V. A proposito della sentenza 282/2002 della Corte costituzionale*.

(54) Corte cost., 16 luglio 2012, n. 187, 16 novembre 2011, n. 330 e 2 luglio 2009, n. 200.

(55) Sentt. n. 330/2011, cit., 11 luglio 2008, n. 271 e 7 luglio 2006, n. 279.

(56) In tal senso, a partire dalla sent. 27 gennaio 2005, n. 36, 18 aprile 2012, n. 91, 28 marzo 2013, n. 51, 3 maggio 2013, n. 79 e 29 maggio 2013, n. 104. Per ulteriori indicazioni giurisprudenziali, cfr. H. SIMONETTI, *Brevi note sulla tutela della salute nella più recente giurisprudenza amministrativa*, in *www.giustizia-amministrativa.it*, 2016, § 3.

La concorrenza tra la competenza concorrente in materia di «tutela della salute» e quella residuale regionale in materia di «assistenza ed organizzazione sanitaria» è stata risolta dalla Consulta utilizzando il «criterio della prevalenza», fatto operare in favore della competenza più ampia, *id est* della materia riferibile alla «tutela della salute»⁵⁷, nel cui ambito – ripetesi – è stata collocata anche l'organizzazione sanitaria⁵⁸.

La Corte costituzionale si è anche adoperata per distinguere le norme espressione di principi fondamentali⁵⁹, attribuite alla competenza statale, dalle norme di dettaglio, di competenza delle Regioni, sottolineando come lo Stato debba prescrivere criteri ed obiettivi e le Regioni individuare gli strumenti concreti per raggiungerli⁶⁰ e successivamente chiarendo che «nelle materie di competenza ripartita è da ritenere vincolante anche ogni previsione che, sebbene a contenuto specifico e dettagliato, è da considerare per la finalità perseguita, in rapporto di coesenzialità e di necessaria integrazione con le norme-principio che connotano il settore»⁶¹.

Assai importante è, poi, il contributo della giurisprudenza costituzionale in materia di livelli essenziali di assistenza. Rinviando per maggiori approfondimenti alla corposa elaborazione dottrinale in materia⁶², ci limi-

(57) *Ex plurimis*, sentt. nn. 181/2006 e 270/2005, citt.

(58) Nel senso che quest'ultima inerisce ai metodi ed alle prassi di razionale ed efficiente utilizzazione delle risorse umane, finanziarie e materiali destinate a rendere possibile l'erogazione del servizio sanitario, Corte cost., 23 marzo 2007, n. 105.

(59) Nozione sulla quale ha indagato A. MASARACCHIA, *Dirigenza sanitaria e «principi fondamentali» delle materie concorrenti, tra disordine legislativo e incertezze della Corte*, in *Giur. cost.*, 2007, p. 1342.

(60) Sent. n. 181/2006, cit.

(61) Sent. n. 371/2008, cit.

(62) *Ex plurimis*, V. ANTONELLI, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, in *federalismi.it*, 7, 2018; M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *federalismi.it*, 2017; C. PANZERA, *I livelli essenziali delle prestazioni secondo i giudici comuni*, in *Giur. cost.*, 2011, p. 3371 ss.; R. BALDUZZI, *Equità ed efficienza nei livelli essenziali in sanità*, in G. CORSO, P. MAGISTRELLI (a cura di), *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, Torino, 2009, p. 81 ss.; C. TUBERTINI, *La garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni nell'organizzazione del servizio sanitario*, in A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *Oltre l' aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, Milano, 2008, p. 433 ss.; E. BALBONI, *Gli standard strutturali delle istituzioni di assistenza tra livelli essenziali e principi fundamenta-*

tiamo a riferire che la Consulta ha ritenuto legittima l'imposizione della riduzione delle risorse degli enti territoriali per il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica⁶³, a patto che la riduzione sia ragionevole e tale da non pregiudicare le funzioni assegnate all'ente territoriale: infatti, «l'eccessiva riduzione delle risorse e l'incertezza sulla loro definitiva entità [...] non consentono una proficua utilizzazione delle stesse»⁶⁴. Ferma restando, quindi, la discrezionalità politica del legislatore statale nell'individuazione dei LEA, non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica, in quanto l'effettività del diritto di ottenere l'erogazione di prestazioni indefettibili «non può che derivare dalla certezza delle disponibilità finanziarie per il soddisfacimento del medesimo diritto»⁶⁵. Quest'ultima recente pronuncia costituzionale, in particolare, affermando chiaramente che «[è] la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione», non poteva non saltare subito all'occhio⁶⁶ e dovrebbe servire a ribadire l'esistenza di un nucleo dei diritti fondamentali rimasto ancora intangibile per le politiche di contenimento della spesa pubblica⁶⁷: quell'area che, quasi un decennio orsono, la stessa Consulta aveva definito «nucleo indefettibile di garanzie»⁶⁸ e che potrebbe rimettere in discussione

li, in *Giur. cost.*, 2007, p. 4333 ss.; V. MOLASCHI, «Livelli essenziali delle prestazioni» e *Lea sanitari: prime indicazioni della giurisprudenza di merito*, in *Foro amm. - TAR*, 2003, p. 181 ss.; T. NICOLAZZI, *I livelli essenziali di assistenza*, in *Foro amm. - TAR*, 2002, p. 1744 ss.

(63) *Ex multis*, sent. 26 gennaio 2004, n. 36.

(64) Sent. 29 gennaio 2016, n. 10.

(65) Sent. 16 dicembre 2016, n. 275.

(66) G. DI DONATO, *Crisi economica, sovranità statale e diritti sociali nell'era dell'austerità di bilancio e del neoliberalismo europeo*, in *Osserv. cost.*, 1, 2017, p. 25.

(67) L. MADAU, «È la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione». *Nota a Corte cost. n. 275/2016*, in *Osserv. cost.*, 1, 2017, p. 11; L. ARDIZZONE, R. DI MARIA, *La tutela dei diritti fondamentali ed il "totem" della programmazione: il bilanciamento (possibile) fra equilibrio economico-finanziario e prestazioni sociali (brevi riflessioni a margine di Corte cost., sent. 275/2016)*, in *Dir. reg.*, 2017, p. 185.

(68) Sent. 4 luglio 2008, n. 251.

l'idea del condizionamento finanziario dei diritti fondamentali⁶⁹. L'uso del condizionale non è casuale, anche perché il Consiglio di Stato ha, invece, recentemente ribadito, da un lato, che, «[i]n materia sanitaria, in presenza di una inevitabile limitatezza delle risorse, non è pensabile di poter spendere senza limite, avendo riguardo soltanto ai bisogni, quale ne sia la gravità e l'urgenza, poiché è la spesa a dover essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie»⁷⁰; dall'altro, che la stessa definizione dei LEA – che dovrebbe prescindere dal luogo di residenza⁷¹ – «non solo è finalizzata ad offrire, in positivo, un catalogo delle prestazioni che lo Stato è tenuto a garantire per assicurare l'effettività del diritto alla salute, ma va considerata anche come il limite che le singole Regioni non possono superare senza creare uno squilibrio delle proprie risorse finanziarie»⁷². Sotto altro profilo, poi, la Corte ha evidenziato che la competenza statale concerne la fissazione del livello strutturale e qualitativo delle prestazioni e solo in circostanze eccezionali può spingersi all'erogazione di provvidenze o alla gestione di sovvenzioni direttamente da parte dello Stato⁷³; la determinazione degli *standard*, in particolare, dev'essere garantita, con carattere di generalità, «per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di determinate prestazioni, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle»⁷⁴. Secondo la Consulta, inoltre, «la misura della compartecipazione deve essere omogenea su tutto il territorio nazionale, giac-

(69) In tal senso, A. LUCARELLI, *Il diritto all'istruzione del disabile: oltre i diritti finanziariamente condizionati. Nota a Corte cost. n. 275 del 2016*, in *Giur. cost.*, 2016, p. 8. Che «[l]a 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», era già stato evidenziato da M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. CATELANI, G. FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, Torino, 2011, p. 14.

(70) Sez. III, 22 febbraio 2017, n. 836.

(71) Sez. III, 14 marzo 2014, n. 1276.

(72) Sez. III, 23 gennaio 2017, n. 267.

(73) Sent. 14 luglio 2017, n. 192.

(74) Sent. 2 novembre 2017, n. 231.

ché non sarebbe ammissibile che l'offerta concreta di una prestazione sanitaria rientrante nei LEA si presenti in modo diverso nelle varie Regioni, considerato che dell'offerta concreta fanno parte non solo la qualità e quantità delle prestazioni che devono essere assicurate sul territorio, ma anche le soglie di accesso, dal punto di vista economico, dei cittadini alla loro fruizione⁷⁵. Ciò vale anche per le Regioni a Statuto speciale che sostengono il costo dell'assistenza sanitaria nei rispettivi territori, in quanto «la natura stessa dei cosiddetti LEA, che riflettono tutele necessariamente uniformi del bene della salute, impone di riferirne la disciplina normativa anche ai soggetti ad autonomia speciale»⁷⁶.

In concreto, si è effettivamente registrato un atteggiamento alquanto cauto dello Stato, che, «piuttosto che optare per un'unilaterale ed autonoma iniziativa legislativa, [...] ha più moderatamente utilizzato lo strumento dell'accordo con le autonomie territoriali, componendo, dunque, con modalità negoziate e programmatiche, possibili divergenze e pericolose sovrapposizioni in riferimento alla determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie»⁷⁷. Come già anticipato, del resto, la giurisprudenza costituzionale ha dichiarato irrinunciabile il rispetto del principio di leale collaborazione nella sua forma più incisiva, esigendo l'intesa della Conferenza permanente quale condizione indispensabile per assicurare il necessario coinvolgimento delle Regioni e degli Enti locali nella definizione ed attuazione dei LEA⁷⁸ e rilevando che «la disciplina del settore sanitario [...] è interamente improntata al principio di leale cooperazione. A partire dal 2000, lo Stato e le Regioni stipulano particolari intese, denominate "Patti per la salute", volte a garantire l'equilibrio finanziario e i livelli essenziali delle prestazioni per il successivo triennio»⁷⁹. L'approccio collaborativo, peraltro, è stato recentemen-

(75) Sent. n. 187/2012, cit.; nello stesso senso, già sent. 13 giugno 2008, n. 203.

(76) Corte cost., sent. n. 187/2012, cit.

(77) C. BOTTARI, *Tutela della salute ed organizzazione sanitaria*, II ed., Torino, 2011, p. 63.

(78) Cfr., ad es., sent. 8 maggio 2007, n. 162, in *San. pubbl.*, 2007, p. 318.

(79) Sentt. n. 187/2012, cit., e 31 marzo 2006, n. 134, in *Giur. cost.*, 2006, p. 1249, con note di L. CUOCOLO, *Livelli essenziali: allegro, ma non troppo*, ed E. PESARESI, *Art. 117, 2° comma, lett. m), Cost.: la determinazione anche delle prestazioni? Tra riserva di legge e leale collaborazione, possibili reviviscenze del potere di indirizzo e coordinamento*. Per maggiori approfondimenti su

te ribadito nella stessa disciplina delle procedure di definizione ed aggiornamento dei LEA, secondo le previsioni nuovamente esplicitate nella legge di stabilità per il 2016⁸⁰.

Nel complesso, è parso a tutti evidente che la legislazione statale ha solitamente occupato lo spazio del legislatore regionale e che tale intrusione è stata, di regola, avallata dalla giurisprudenza costituzionale sia attraverso un'interpretazione estensiva della materia «tutela della salute» e dei principi fondamentali ad essa relativi, ritenuti comprensivi dell'aspetto organizzativo, sia, almeno in un primo tempo, annettendo alla competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di LEA anche i profili organizzativi⁸¹. Laddove si tratti di «ricollocare al centro» le scelte in sanità, però, sembra comunque prevalere la tendenza a rafforzare e valorizzare il modello collaborativo tra lo Stato e le autonomie regionali⁸². In altri termini, l'individuazione di un giusto equilibrio tra esigenze di uniformità di tutela del diritto alla salute e modelli organizzativi ormai differenziati rispetto ai quali è riconosciuta un'ampia autonomia alle Regioni – le quali peraltro, verosimilmente a causa dell'elevata instabilità del quadro costituzionale in materia, hanno per lo più preferito limitarsi a qualche correzione del proprio assetto organizzativo⁸³ –

tali modalità negoziate, cfr. G. CARPANI, *Accordi e intese tra Governo e regioni nella più recente evoluzione del SSN: spunti ricostruttivi*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di servizio sanitario nazionale*, cit., p. 35 ss.

(80) Art. 1, commi 554 e 559, l. n. 208/2015.

(81) In tal senso, E. MENICCHETTI, *L'aziendalizzazione dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale: l'azienda USL nelle attuazioni regionali*, in A. PIOGGIA, M. DUGATO, G. RACCA, S. CIVITARESE MATTEUCCI (a cura di), *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario*, cit., p. 23 ss., spec. pp. 27-31. Di «una giurisprudenza costituzionale non sempre coerente circa il grado di "tollerabilità" degli interventi legislativi statali estremamente dettagliati» ha recentemente parlato D. MORANA, *La tutela*, cit., p. 7.

(82) D. MORANA, *op. ult. cit.*, 15.

(83) Sul punto, *amplius*, C. TUBERTINI, *La giurisprudenza costituzionale in materia di tutela della salute di fronte alla nuova delimitazione delle competenze statali e regionali* (Intervento all'Incontro del Gruppo S. Martino su: «L'immagine ed il luogo dell'Amministrazione nelle sentenze della Corte Costituzionale successive alla riforma del Titolo V», Perugia, 10-11 novembre 2005), in www.astrid-online.it, p. 21 ss. del *paper*; R. BALDUZZI, *I servizi pubblici e la dimensione imprenditoriale della pubblica amministrazione. Salute ed assistenza sociale*, in federalismi.it, 19, 2004, § 8; L. CUOCOLO, A. CANDIDO, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, cit., § 5, secondo i quali, salvo che per il modello lombardo [su cui E. GRIGLIO, *L'esperienza del-*

non può che essere operata attraverso il principio della leale collaborazione, rimettendo la concreta definizione di tale equilibrio alle previste sedi di raccordo⁸⁴.

4. *Luci ed ombre del federalismo sanitario*

In numerose decisioni concernenti la competenza trasversale dello Stato ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. *m*), della Costituzione, la Corte costituzionale si è riferita alla determinazione di «*standard* strutturali e qualitativi delle prestazioni»⁸⁵.

L'ineliminabile riferimento all'elemento qualitativo, tuttavia, sembra porsi in contrasto con la riformata disciplina del c.d. «federalismo fiscale» contenuta nella legge n. 42 del 2009, che, individuando come parametro di riferimento per la prestazione dei servizi essenziali «costi e fabbisogni *standard*», costringe le autonomie territoriali a prestare attenzione pressoché esclusiva all'elemento quantitativo, *id est* economico⁸⁶.

la Lombardia: il ruolo della Regione, in C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA (a cura di), *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna, 2011, p. 237 ss.), che rappresenta l'unico esempio di effettiva differenziazione, può dirsi che gli altri sistemi regionali si siano connotati come mere varianti rispetto allo schema nazionale [sia pure con la presenza di modelli sicuramente innovativi, come, ad es., quello dell'Emilia-Romagna, su cui R. GRILLI, R. TOMBA, *L'esperienza dell'Emilia-Romagna: il ruolo degli Enti locali e dei professionisti*, in C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI, A. TARDIOLA (a cura di), *La sanità in Italia*, cit., p. 257 ss.]. In generale, sui modelli organizzativi ricavabili dalle esperienze regionali, E. MENICHETTI, *Laziendalizzazione dell'organizzazione del Servizio sanitario nazionale*, cit., p. 31 ss.

(84) In tal senso, *ex multis*, E. BALBONI, *Diritti sociali, sanità e prospettive del federalismo*, in G. CORSO, P. MAGISTRELLI (a cura di), *Il diritto alla salute tra istituzioni e società civile*, cit., p. 99, il quale suggerisce di evitare eccessi statalisti o regionalisti, che risulterebbero, in materia sanitaria, incongrui ed immotivati: già prima, M. MIGLIORANZA, *Sanità e principi fondamentali: la programmazione regionale*, in *Foro amm. - Cds*, 2005, p. 2439. Sul ruolo della Conferenza Stato-Regioni in materia sanitaria, per tutti, R. BALDUZZI, *La creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della conferenza Stato-regioni (con una digressione sull'attuazione concreta del principio di sussidiarietà «orizzontale»)*, in *Quad. reg.*, 2004, pp. 20-25.

(85) *Ex plurimis*, sentt. 27 luglio 2011, n. 248, 10 giugno 2010, n. 207, 7 marzo 2008, n. 50 e 23 novembre 2007, n. 387, in *Foro it.*, 2011, I, 2884; in *Giorn. dir. amm.*, 2010, 1044; in *Giur. it.*, 2008, p. 2424, con nota di V. DE LUCA, *La Corte costituzionale delinea ulteriormente il regime transitorio dell'art. 119 Cost. Alcune considerazioni critiche*, in *Corr. giur.*, 2008, p. 100.

(86) S. MIRATE, *La semplificazione come armonizzazione e razionalizzazione della finanza pubblica e dei vincoli di spesa: le prestazioni sanitarie tra pareggio di bilancio e federalismo fiscale*, in C. VIDETTA (a cura di), *Tutela della salute e semplificazione. Una riflessione a più voci*, Napoli, 2015. Sull'incerto percorso del federalismo fiscale in sanità, M. D'ANGELOSANTE, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in*

A ciò si aggiunge la riforma costituzionale sul vincolo di pareggio di bilancio, che, applicata agli enti territoriali, rischia di accentuare ulteriormente il peso dell'elemento finanziario rispetto ad ogni altro aspetto più propriamente qualitativo nell'erogazione dei servizi essenziali alla persona⁸⁷. Il problema, in verità, si era posto sin dal decreto legislativo n. 56 del 2000⁸⁸, che per primo aveva introdotto l'idea del federalismo fiscale operando siffatti riferimenti ai costi e fabbisogni *standard* correlati ai livelli essenziali delle prestazioni. Com'è noto, l'anzidetto articolato normativo considerava le risorse nel settore sanitario regionale non vincolate, ma comunque legate a garantire l'erogazione dei LEA: la *ratio* era quella di rendere le Regioni direttamente destinatarie di parte dei tributi statali, così da istituire un sistema di finanziamento basato sulla capacità fiscale regionale, ancorché corretta da una parziale perequazione, allo scopo di garantire i LEA anche alle Regioni con capacità fiscale inferiore al proprio fabbisogno sanitario⁸⁹. Da quel momento, i LEA sono diventati un elemento di unificazione della disciplina a livello centrale, con un connesso potere di determinazione dello Stato, e la Consulta ha evidenziato il possibile rischio di un'eccessiva ingerenza statale nei vincoli di destinazione delle risorse alle Regioni⁹⁰.

Ciò premesso, è risaputo che la riforma sul federalismo fiscale, intesa ad affermare un principio autonomistico nella spesa sanitaria e a ritagliare, quindi, alla Regione un ruolo da protagonista, è fondamentalmente imperniata sui costi piuttosto che sugli effettivi bisogni individuali⁹¹. Il

Italia, Rimini, 2012, p. 185 ss.

(87) In tal senso, C. TUCCIARELLI, *Pareggio di bilancio e federalismo fiscale*, in *Quad. cost.*, 2012, p. 799.

(88) Per un primo sintetico esame di tale decreto con riguardo al settore sanitario, cfr. N. DIRINDIN, *Federalismo fiscale e servizio sanitario: un percorso di responsabilizzazione o il presupposto per cambiamenti strutturali?*, in N. DIRINDIN, E. PAGANO (a cura di), *Governare il federalismo. Le sfide per la sanità*, Roma, 2001, p. 1 ss.

(89) E. CATELANI, *La sanità pubblica*, Padova, 2010, p. 265.

(90) Cfr., ad es., sent. 27 marzo 2003, n. 88, in *Ragiusan*, 2003, pp. 229-230, p. 277, secondo cui la determinazione dei LEA può avvenire con decreto purché in conformità alla cornice delle leggi di attuazione dell'art. 117, comma 2, lett. m), Cost.

(91) L. TRUCCO, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, in *www.gruppodipisa.it*, giugno 2012, p. 40.

duplice obiettivo di responsabilizzare maggiormente gli amministratori pubblici ed incrementare l'efficienza allocativa, garantendo una maggiore idoneità dei livelli di governo più vicini agli amministrati ad organizzare adeguati meccanismi di finanziamento e spesa ritagliati sulla base delle specifiche esigenze locali, con una più efficace erogazione delle prestazioni da parte delle autonomie territoriali, ha incontrato, però, numerosi ostacoli.

In primo luogo, si è posto il problema di assicurare risorse proporzionate ai bisogni sanitari espressi dalla popolazione nell'ambito del territorio regionale, garantendo al contempo una gestione «economica» delle risorse stesse⁹².

Va, poi, tenuto conto del debito pubblico, che finisce inevitabilmente per limitare in modo rilevante anche la spesa sanitaria⁹³, che, invece, tenderebbe a crescere a causa di una molteplicità di fattori, quali l'evoluzione delle conoscenze mediche e delle tecnologie biomediche, l'invecchiamento della popolazione ed una diversa e più attenta percezione del fattore salute nel contesto culturale e sociale e nella sfera personale del singolo individuo⁹⁴.

V'è, infine, da completare il percorso di attuazione del federalismo fiscale: da un lato, l'imposizione del vincolo fiscale dev'essere basata su un quadro chiaro e stabile delle risorse disponibili; dall'altro, prestando attenzione esclusivamente all'elemento finanziario, si potrebbe rendere complicata la gestione del sistema sanitario, *ergo* inefficiente l'erogazione dei servizi attinenti alla salute⁹⁵.

Si tratta di problematiche che – com'è evidente – meriterebbero un'ampia disamina che qui non è possibile svolgere.

(92) S. MIRATE, *La semplificazione come armonizzazione e razionalizzazione della finanza pubblica e dei vincoli di spesa*, cit., pp. 21-22.

(93) L. TRUCCO, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, cit., p. 52 ss.

(94) M. SCHEGGI, *Il governo della spesa sanitaria. Rigore ed equità*, in *www.health-management.it*, settembre 2012, pp. 3-5.

(95) S. MIRATE, *La semplificazione come armonizzazione e razionalizzazione della finanza pubblica e dei vincoli di spesa*, cit., p. 22.

Ai nostri fini, sia sufficiente rimarcare come il più recente decreto legislativo n. 68 del 2011, in tema di federalismo fiscale nel campo sanitario, nella ricerca del necessario equilibrio tra le ragioni e gli imperativi dello Stato sociale ed i vincoli della finanza pubblica, attribuisca alla legge statale il compito di determinare in via definitiva i LEA, prevedendo che, nelle more, si operi attraverso un'intesa assunta in sede di Conferenza unificata: un sistema connotato, dunque, da «una vera e propria liquefazione della tradizionale scala gerarchica delle fonti», in cui si oscilla «tra fonti legali e forme di regolazione di tipo pattizio/consensuale», ma la legge statale è chiamata comunque a giocare un ruolo centrale⁹⁶.

Sotto altro profilo, va pure tenuto conto dell'introduzione, ad opera della legge finanziaria 2005, dei cc.dd. «piani di riqualificazione e rientro», strumenti emergenziali introdotti quale «programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione e di potenziamento»⁹⁷ dei servizi sanitari regionali, al fine di intervenire a copertura dei disavanzi ed individuare le indispensabili modifiche strutturali intese ad evitare la ripetizione del fenomeno economico negativo⁹⁸. Trattasi di strumenti che seguono un percorso distinto da quello del finanziamento ordinario del SSN negoziato con i già menzionati «patti per la salute», in quanto – a differenza di questi ultimi, che dettano regole valide per tutte le Regioni – separano le Regioni «in difficoltà finanziaria» da quelle «virtuose» e sono il prodotto di negoziazioni bilaterali tra le prime e lo Stato⁹⁹. Anche secondo coloro che li avevano inizialmente visti come «l'occasione giusta per intraprendere il cambiamento»¹⁰⁰, tuttavia, i piani di rientro, ormai da qualche anno, «stanno diventando sempre di più strumenti rafforzativi delle differenziazioni assistenziali rilevabili nelle diverse Regioni, nonché affatto migliorativi della loro capacità di spesa e della loro produzione di

(96) R. FERRARA, *I rapporti Stato-Regioni in materia di sanità*, in *Libro dell'anno del diritto 2012*, Roma, 2012, p. 381.

(97) Così si esprime l'art. 1, comma 180, l. n. 311/2004.

(98) G. DE MAIO, *Federalismo sanitario, crisi economica e perequazione*, in F. LIGUORI, A. ZOPPOLI (a cura di), *La sanità flessibile*, Napoli, 2012, pp. 130-131.

(99) F. TARONI, *Salute, sanità e Regioni in un Servizio sanitario nazionale*, cit.

(100) E. JORIO, *Il riordino della sanità sarà la sfida dei nuovi governatori*, in *www.astrid-online.it*, aprile 2010, p. 6.

prestazioni e servizi, quasi sempre riordinati solo sulla carta, quindi in via squisitamente teorica»¹⁰¹.

È opinione pressoché unanime che la grave difficoltà in cui versano le Regioni fortemente indebitate, che rischia di accentuare ulteriormente la scarsa uniformità nell'erogazione delle prestazioni sanitarie sul territorio nazionale, imponga la previsione di strumenti perequativi, che consentano di dare effettiva attuazione al precetto costituzionale sui LEA di cui all'art. 117, comma 2, lett. *m*)¹⁰². Indubbiamente, le sanzioni finanziarie e la frequente censura politica previste nei piani di rientro hanno reso assai più costoso, per le imprese, i cittadini e la stessa classe politica, il ricorso al *deficit* per finanziare la sanità regionale, in cui i vincoli di bilancio sono oggi certamente più rigidi; peraltro, seppure in alcuni casi l'ammontare dei disavanzi si sia significativamente ridotto, non ne sono state eliminate le cause strutturali¹⁰³.

Per quanto qui interessa, va comunque segnalato come, a prescindere dai risultati conseguiti, i piani di rientro abbiano esercitato un notevole effetto indiretto di «ricentralizzazione» sia sulle relazioni tra Stato e Regioni che su quelle tra le Regioni ed i loro territori: da un lato, lo Stato ha ripreso ad intervenire direttamente nei procedimenti concernenti l'organizzazione dei servizi sanitari regionali; dall'altro, al livello infrare-

(101) E. JORIO, *Il (quasi) flop dei Piani di rientro: un ulteriore problema per la sanità e per l'esordio del federalismo fiscale* (Relazione all'VIII Convegno nazionale di diritto sanitario, Alessandria, 19 novembre 2010), in www.astrid-online.it.

(102) G. DE MAIO, *Federalismo sanitario, crisi economica e perequazione*, cit., p. 137; M. SICLARI, *Il "federalismo sanitario" (Appunti preliminari)*, in www.astrid-online.it, ottobre 2011, pp. 7-8. In argomento, da ultimo, G. BERNABEL, *Il ruolo della perequazione nel sistema multilivello di finanza locale*, in federalismi.it, 20, 2018. Sulla difficoltà di valutare l'eguaglianza in ambito di prestazioni sanitarie, E. GRANAGLIA, *Equità orizzontale in un contesto di federalismo sanitario: implicazioni dalla prospettiva della giustizia distributiva*, in *Politiche sanitarie*, 1, 2008, p. 5 ss. Nel senso che «[i]l rischio più immediato è che penalizzazioni improprie, derivanti dalla nuova normativa, facciano abortire sul nascere i tentativi di riscatto che, in alcune Regioni, storicamente più inefficienti, pure sono stati messi in atto, e con risultati significativi», F. SPANDONARO, *Federalismo ed equità nel Sistema sanitario nazionale*, in A. CICHETTI (a cura di), *Efficacia ed equità nell'assetto federale del Servizio sanitario nazionale*, Milano, 2013, p. 47, secondo cui occorre riportare l'attenzione sui contenuti equitativi dei sistemi sanitari pubblici, centralisti o federalisti che siano, al fine di sviluppare una reale capacità di governare in modo socialmente giusto i livelli di solidarietà sociale.

(103) F. TARONI, *Salute, sanità e regioni in un Servizio sanitario nazionale*, cit.

gionale, i piani di rientro hanno forzato le resistenze locali in virtù del vincolo cogente imposto dal Governo sulle Regioni¹⁰⁴.

In sintesi, a prescindere dal giudizio complessivo sul c.d. federalismo sanitario – che solo alcune Regioni hanno dimostrato di saper applicare tenendo d'occhio LEA e conti e salvaguardando qualità e sicurezza ed ha, quindi, penalizzato le Regioni meridionali costringendole a durissimi piani di rientro¹⁰⁵ ed i cittadini ivi residenti, generando il fenomeno del c.d. «turismo sanitario» –, le esigenze di contenimento della spesa pubblica ed i vincoli sovranazionali hanno inciso notevolmente sulle relazioni intergovernative, dando vita ad una sorta di dottrina dello stato di eccezione, volta a giustificare macroscopiche violazioni della ripartizione delle competenze per realizzare le politiche di austerità che connotano sul piano finanziario le attuali relazioni tra Stato e Regioni¹⁰⁶. In pratica, è come se l'impianto federalista sia stato avviato soltanto sul versante delle funzioni amministrative (riforma Bassanini) e legislative (riforma del Titolo V della Costituzione), restando invece fermo sul fronte del finanziamento, affossato in un modello di sostanziale «finanza derivata negoziata» (patti per la salute)¹⁰⁷.

(104) *Ibidem*.

(105) Per qualche dato, cfr. G. BUCCINI, *Perché la vita al Sud è più breve. Il federalismo fallito della Sanità*, in *Corriere della Sera*, 28 aprile 2016, p. 25; P. PADOIN, *Sanità: il federalismo sanitario accresce le differenze. Toscana in vetta dietro al Veneto*, in *Firenze Post*, 8 novembre 2016; F. TOTH, *La Sanità dei sistemi regionali: il gap tra nord e sud*, in *www.italianieuropei.it*, febbraio 2016.

(106) G. FALCON, *La crisi e l'ordinamento costituzionale*, in *Reg.*, 2012, p. 9 ss. Nel senso che, in generale, il sistema di finanziamento della sanità – che vede lo Stato concordare con le Regioni l'ammontare dei trasferimenti erariali, con l'impegno di queste ultime a finanziare con proprie risorse livelli di assistenza aggiuntivi o inefficienze gestionali – è rimasto fortemente centralizzato, N. VICECONTE, *L'evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio* (Relazione al Convegno su «Il regionalismo italiano dall'unità alla Costituzione e alla sua riforma», Roma, 20-22 ottobre 2011), in *www.issirfa.cnr.it*, p. 10.

(107) A. FODDIS, *La governance dei sistemi sanitari regionali tra federalismo fiscale e vincoli di bilancio*, in *Working Paper of Public Health*, 15, 2014, p. 30; nello stesso senso, I. MOSCA, *Is decentralization the real solution? A three country study*, in *Health Policy*, 77, 2006, p. 113 ss., secondo cui, nonostante gli sforzi, un elemento che rimane critico nell'assetto istituzionale della sanità italiana è che ad un compiuto decentramento politico-amministrativo non ha fatto seguito un decentramento fiscale di uguale portata, in quanto ad una forte autonomia di spesa si accompagna una responsabilità più limitata di finanziamento (proveniente ancora in gran parte dallo Stato).

Ma, siccome discorriamo di salute, ciò che appare maggiormente problematico non è nemmeno questo, cioè il diritto dello Stato di esercitare, in un sistema regionalizzato e federalista, un ruolo forte di garanzia dell'unità nazionale, bensì la circostanza che l'unica leva che lo giustifichi e/o legittimi sia quella economica, laddove il dissesto nei bilanci è espressione di un *deficit* di governo e di politiche pubbliche assai risalente nel tempo: una *governance* sbilanciata, che si deve riequilibrare affiancando alla prospettiva economico-finanziaria nuove logiche di governo sanitario, più vicine alle attese dei cittadini e degli stessi operatori del SSN¹⁰⁸.

5. Regioni e Comuni nel governo della sanità: gli scenari futuri (con uno sguardo alla persistente crisi economica ed all'agenda di Governo)

Il primo dato che emerge in modo evidente dalla pur frettolosa analisi svolta è che – come acutamente segnalato già oltre un decennio addietro – l'attuale sistema sanitario italiano «sembra sempre inclinare verso l'adozione di modelli e forme di *multilevel governance* caratterizzati più dal metodo del consenso (patti, intese, accordi e moduli di concertazione altrimenti definiti fra i diversi livelli di governo) che dalla predefinita ripartizione di un assetto ripartito di competenze fra il centro e la periferia contrassegnato per stabilità e/o rigidità»¹⁰⁹.

Un sistema «a geometria variabile» nel quale, tuttavia, «le Regioni si configurano ormai da tempo come il vero e proprio centro di gravità», nella misura in cui contribuiscono, con le loro leggi, a delineare i modelli organizzativi dei loro servizi sanitari e, pur all'interno di un quadro sistematico ancora conformato dal legislatore nazionale, possono concretamente «comporre e modulare assetti ordinamentali differenziati, anche per alcuni aspetti sicuramente qualificanti»¹¹⁰.

(108) A. TANESE, *I sistemi sanitari regionali verso il federalismo. Appunti per una riflessione sull'evoluzione del SSN*, in A. D'ADAMO (a cura di), *La formazione manageriale. Il motore dello sviluppo in sanità*, Roma, 2011, pp. 63-64.

(109) R. FERRARA, *L'ordinamento*, cit., p. 122.

(110) *Ivi*, pp. 131 e 148.

Un modello relazionale di allocazione delle competenze normative tra Stato e Regioni che, però, «è ben lungi dall'essere stabilizzato e, soprattutto, pacificato»¹¹¹, sia perché ancora oggetto di contenzioso innanzi alla Corte costituzionale¹¹², sia perché, da un lato, la sanità, pesando per oltre l'80% sui *budget* regionali, è diventata per forza di cose il banco di prova del federalismo; dall'altro, in una prospettiva di crescente integrazione tra servizi sanitari e sociali e di conseguente spostamento sul territorio delle prestazioni, il ruolo degli Enti locali, Comuni inclusi, diventa centrale¹¹³.

In questo contesto si inseriscono le proposte di ulteriore *devolution* in sanità che ormai da oltre un decennio vengono formulate, non senza destare preoccupazioni¹¹⁴.

Com'è noto, il dibattito si è recentemente riaperto in occasione sia dell'approvazione da parte del Parlamento, nell'aprile 2016, del progetto di legge costituzionale n. 1429-D e del *referendum* confermativo dell'autunno successivo¹¹⁵, poi bocciato, che della richiesta di alcune Regioni di maggiore autonomia ai sensi dell'art. 116, comma 3, della Costituzione¹¹⁶.

(111) R. FERRARA, *I rapporti Stato-Regioni in materia di sanità*, cit., p. 382.

(112) Per una casistica «ragionata», cfr. M. MONSERRATO, *Considerazioni sul riparto di competenze in materia di sanità delineato dalla legge costituzionale recentemente approvata*, in *Federalismi.it*, 2016.

(113) F. GIANFRATE, *Il federalismo in sanità: opportunità e rischi tra finanziamento, equità ed assistenza*, in *Farmaeconomia e percorsi terapeutici*, 2005, p. 212.

(114) Si vedano, ad es., le perplessità formulate, nei riguardi del d.d.l. di riforma costituzionale n. 2554, approvato, in sede di prima deliberazione, dal Senato il 25 marzo 2004, da A. PORPORATO, *La tutela del diritto alla salute nel riparto di competenze tra Stato e regioni*, in *Foro amm. - TAR*, 2004, p. 770 ss. Da ultimo, è stato presentato un disegno di legge costituzionale per modificare l'art. 117, comma 3, Cost., al fine di porre l'intervento regionale in materia di tutela della salute in linea con il criterio di sussidiarietà di cui al successivo art. 118 (Atti Senato, n. 1019).

(115) Per maggiori indicazioni al riguardo, cfr. A. ZANGRANDI et al., *La riforma costituzionale e i possibili riflessi sul Servizio Sanitario Nazionale e sulle attività di sanità pubblica*, in *www.epi-prev.it*, dicembre 2016; N. DIRINDIN, *La riforma costituzionale: il rischio di una nuova stagione di cambiamenti complessi e dagli esiti incerti*, *ivi*.

(116) Com'è noto, tale disposizione costituzionale non ha trovato ancora attuazione, ancorché sia *in itinere* il procedimento avviato dalle Regioni Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna, che il 28 febbraio 2018 avevano sottoscritto con il Governo Gentiloni tre «Accordi preliminari in merito all'intesa prevista dall'art. 116, terzo comma, della Costituzione», rivisti insieme al Governo

L'obiettivo di rendere virtuoso il federalismo sanitario rappresenta oggi una delle sfide più importanti del nuovo Governo, a cui si chiede, in particolare, di rivedere lo strumento dei piani di rientro – che non dovrebbero servire soltanto a verificare i conti, ma anche a rafforzare la garanzia dei servizi sanitari – e di ridurre le attuali differenze di *performance* dei vari sistemi regionali.

Il programma di Governo di Lega e Movimento 5 Stelle prevede il mantenimento dell'attuale servizio sanitario pubblico ed universalistico, dell'equità di accesso alle cure e dell'uniformità dei LEA; un finanziamento basato in prevalenza sul sistema fiscale, con riduzione al minimo del ricorso al *ticket*; un recupero integrale di tutte le risorse economiche sottratte in questi anni con le diverse misure di finanza pubblica, al fine di garantire un'effettiva sostenibilità economica ai LEA mediante il rifinanziamento del fondo sanitario nazionale; per quanto qui interessa, il riconoscimento di un'ampia autonomia regionale nell'organizzazione dei servizi sanitari e la contestuale conferma del compito dello Stato di garantire ai cittadini la corretta ed adeguata erogazione dei servizi sanitari regionali.

Per far questo, tuttavia, si deve prendere realisticamente atto che l'universalismo, che rappresenta il pilastro fondante del nostro SSN, si sta inesorabilmente disgregando di fronte ad uno Stato che lascia i singoli sistemi sanitari regionali liberi di declinare in maniera eterogenea l'offerta di servizi e prestazioni, limitandosi ad assegnare le risorse ed a verificare l'adempimento dei LEA attraverso parametri idonei ad intercet-

Conte con la definizione di bozze di intese recanti un sostanziale ampliamento degli ambiti di autonomia differenziata riconosciuti a tali Regioni (R. DICKMANN, *Note in tema di legge di attribuzione di "ulteriori forme e condizioni particolari di "autonomia" ai sensi dell'art. 116, terzo comma, Cost.*, in *federalismi.it*, 5, 2019; *ivi*, n. 4, 2019, i nuovi testi delle bozze di intese). Per quanto qui interessa (per una più ampia disamina si rinvia a C. TUBERTINI, *La proposta di autonomia differenziata delle Regioni del Nord: un tentativo di lettura alla luce dell'art. 116, comma 3 della Costituzione*, in *federalismi.it*, 18, 2018), va detto senza mezzi termini che tutte e tre le ipotesi sono «protese a sconvolgere, attraverso l'acquisizione dell'attribuzione legislativa esclusiva della materia della tutela della salute, l'attuale assetto organizzativo dei rispettivi servizi sanitari regionali»: in particolare, si profilano una ricodificazione del sistema aziendalistico e di quello dettato dalla normativa statale per l'individuazione del *management*, nonché, verosimilmente, un complessivo stravolgimento della disciplina delle prestazioni dettata dal d.lgs. n. 502/1992 (E. CATERINI, E. JORIO, *Regionalismo differenziato: il caso della sanità*, in *www.astrod-online.it*, 3, 2019, i quali precisano che il tutto sarà attuato solo dopo la definizione dei LEA e della costituzione del fondo perequativo, indispensabili per garantire il *welfare* assistenziale).

tare soltanto le più macroscopiche diseguaglianze: occorre, quindi, trovare delle soluzioni tecniche idonee per potenziare l'anzidetta capacità di indirizzo e verifica del Governo centrale, pur nel pieno rispetto delle autonomie delle Regioni.

Solo in questo modo, cioè superando le diseguaglianze sociali e territoriali, il divario strutturale e qualitativo dell'offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali, si potrà garantire quell'equità del sistema che, ad oltre venticinque anni dal riordino del SSN, è ancora ben lontana dall'essere stata raggiunta¹¹⁷.

(117) Così concludeva le sue riflessioni B.N. ROMANO, *Il rapporto tra legge statale e legge regionale in tema di flessibilità nella sanità*, in F. LIGUORI, A. ZOPPOLI (a cura di), *La sanità flessibile*, p. 115. Riferisce, da ultimo, E. JORIO, *Una assistenza territoriale promessa ma ancora non realizzata determina una sanità sempre di più speditizzata*, in www.astrid-online.it, 15, 2018, che l'emigrazione sanitaria in atto nel nostro Paese, dovuta all'inidoneità del vigente SSN ad assicurare prestazioni uniformi su tutto il territorio nazionale, «raggiunge la cifra di poco meno inferiore ai cinque miliardi di euro sui 110 miliardi di finanziamento nazionale complessivo».