

CESARE PINELLI* – GIANPIERO GIOIA**

Diseguaglianze nel godimento del diritto alla salute e ricerca dei principi fondamentali sulla materia***

ABSTRACT (EN): This article addresses inequalities in the enjoyment of the right to health in light of the constitutional allocation of powers between the State and the Regions, questioning whether it is possible to identify the fundamental principles governing the matter in the absence of a comprehensive framework law. It examines the role of constitutional case law and the limits of the current regulatory framework, highlighting how organizational fragmentation and funding mechanisms may affect the effective uniformity of the Essential Levels of Care (LEA). The analysis reveals a scenario in which regional differentiation, if not adequately guided by principled choices at the State level, risks resulting in persistent territorial disparities in access to healthcare services.

ABSTRACT (IT): Il contributo affronta il tema delle diseguaglianze nel godimento del diritto alla salute alla luce del riparto costituzionale delle competenze tra Stato e Regioni, interrogandosi sulla possibilità di individuare principi fondamentali della materia in assenza di una legge-cornice organica. Esso esamina il ruolo della giurisprudenza costituzionale e i limiti dell'attuale assetto normativo, evidenziando come la frammentazione organizzativa e i meccanismi di finanziamento possano incidere sull'effettiva uniformità dei livelli essenziali di assistenza. Ne emerge un quadro nel quale la differenziazione regionale, non adeguatamente incanalata da scelte statali di principio, rischia di tradursi in persistenti divari territoriali nell'accesso alle cure.

SOMMARIO: 1. Diritto alla salute e distribuzione del potere legislativo fra Stato e Regioni. 2. Limiti della ricerca dei principi fondamentali della materia in assenza di leggi-cornice. — 3. La giurisprudenza costituzionale. — 4. Fattori di diseguaglianza nell'erogazione delle prestazioni concernenti il diritto alla salute. — 4.1. La determinazione dei criteri di ripartizione del Fondo sanitario nazionale. — 4.2. Modelli di accreditamento. — 4.3. L'assistenza primaria: formazione e funzioni del medico di medicina generale. — 4.4. I tempi dell'assistenza: le liste d'attesa. 4.5. Il fascicolo sanitario elettronico. — 5. Conclusioni.

1. Diritto alla salute e distribuzione del potere legislativo fra Stato e Regioni

Nel 1990, in un tentativo di compiuta interpretazione del primo comma dell'art. 32 Cost., la Corte affermò che la tutela della salute «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». Così, “considerato sotto il profilo della difesa dell'integrità fisio-psichica della persona umana di fronte alle aggressioni o alle condotte comunque lesive

* Professore emerito di Diritto costituzionale – Sapienza Università di Roma.

** Assegnista di ricerca in Diritto pubblico – Sapienza Università di Roma.

*** Articolo sottoposto a referaggio. Lo scritto è frutto della stretta collaborazione tra i due autori. Ad ogni modo, Cesare Pinelli è autore dei parr. 1, 2, 3 e 4; Gianpiero Gioia dei parr. 4.1, 4.2, 4.3 e 4.5; le conclusioni, infine, sono state redatte congiuntamente.

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”. Invece, «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», con la conseguenza «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» (sent.n. 455 del 1990). La distinzione fra le due accezioni del diritto alla salute rimane tuttora utile, anche se la giurisprudenza successiva induce a considerarla solo come un inquadramento di massima. Nell’accezione di diritto all’integrità psico-fisica, sarebbe stato infatti soggetto a bilanciamento con altri diritti nei casi della società ILVA di Taranto (a partire da sent.n. 85 del 2013), e di converso, nell’accezione di diritto a prestazione pubblica, la Corte osservò che se nel bilanciamento operato dal legislatore le esigenze di equilibrio della finanza pubblica «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), in presenza del quale spetta alla Corte stessa “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).

Ora, in occasione di un giudizio sulla legge sull’autonomia universitaria, ma con un intento di portata generale, la Corte osservò che «Organizzazione e diritti sono aspetti speculari della stessa materia, l’una e gli altri implicandosi e condizionandosi reciprocamente» (sent.n. 383 del 1998). E per quanto qui maggiormente rileva ha più volte escluso che “l’organizzazione sanitaria” assurga a materia autonoma, vista la sua stretta connessione alle condizioni per la fruizione delle prestazioni rese all’utenza e quindi alla «tutela della salute» (fra le altre, sentt.nn. 371 del 2008, 54 del 2015, 9 e 113 del 2022).

Per Costituzione, l’attribuzione alla potestà legislativa concorrente Stato/Regioni si riferisce a una materia su cui insiste quella duplice dimensione del diritto alla salute cui si è accennato, la seconda delle quali si intreccia con il conferimento in esclusiva alla legge statale della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

2. Limiti della ricerca dei principi fondamentali della materia in assenza di leggi-cornice

Malgrado un’opinione, diffusissima in ambito politico e mediatico, che ascrive alla riforma costituzionale del 2001 la regionalizzazione del servizio sanitario, sul tema della salute il nuovo Titolo V non fece altro che stabilizzare in Costituzione un assetto fondamentalmente disegnato

nella legislazione degli anni Novanta. Si è parlato di una sua incidenza “modesta, per non dire nulla” in campo sanitario¹.

Casomai, può dirsi che nel periodo intercorso da allora la differenziazione dei modelli di organizzazione del servizio 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. All’epoca notavo che «e una Regione fa fare i tamponi e un’altra no, e nessuna adotta lo stesso criterio in proposito, il computo nazionale dei contagiati diventa del tutto arbitrario, così come lo diventano le percentuali dei deceduti e dei guariti sul totale dei contagiati. Il che rende erratica ogni definizione dei dati dell’infezione a livello nazionale, al di là delle pur note controversie tecniche sul tema, e con essa la stessa impostazione delle misure di contrasto della pandemia. Su una cosa del genere non c’è autonomia regionale sulla tutela della salute che tenga. E invece le Regioni sono andate in ordine sparso, senza che nessuno le abbia fermate»². Eppure né lo Stato né le Regioni hanno manifestato di aver appreso la lezione: che non consisteva nell’auspicare una ristatualizzazione della tutela della salute, come pure si è fatto, ma nel proporre l’individuazione con legge di criteri e standard nazionali per il computo dei contagi in casi di pandemia, anche alla stregua dell’art. 117, secondo comma, lett. r), che attribuisce alla potestà legislativa esclusiva dello Stato un’altra materia trasversale per eccellenza come il «coordinamento statistico e informatico dei dati dell’amministrazione statale, regionale e locale».

Quanto al diritto alla salute nell’accezione di diritto a prestazione pubblica, il condizionamento esterno sulle Regioni è estremamente penetrante per quanto riguarda gli aspetti finanziari, ma 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 incentrato sulle negoziazioni svolte in Conferenza Stato-Regioni, che a loro volta debbono tener conto dei vincoli posti dall’appartenenza della Repubblica all’Unione economica e monetaria, il tutto con riguardo al finanziamento di un settore che assorbe almeno tre quarti dei bilanci regionali.

Invece sul fronte amministrativo e in particolare organizzativo, il solo vincolo posto in capo alle Regioni dovrebbe essere costituito dalla legislazione di principio, cui lo Stato ha di fatto

Lo scritto è frutto della stretta collaborazione tra i due autori. Ad ogni modo, Cesare Pinelli è autore dei parr. 1, 2, 3 e 4; Gianpiero Gioia dei parr. 4.1, 4.2, 4.3 e 4.5; le conclusioni, infine, sono state redatte congiuntamente.

¹ R. BALDUZZI, *La tutela della salute e l’eguaglianza del trattamento sanitario tra Stato e Regioni*, in *I rapporti tra Stato e Regioni nella pandemia e le prospettive dello Stato regionale*, il Mulino, Bologna, 2024, 180.

² C. PINELLI, *Il precario assetto delle fonti impiegate nell’emergenza sanitaria e gli squilibrati rapporti tra Stato e Regioni*, in *Amministrazione in cammino*, 29 aprile 2020.

rinunciato. Questo non esclude la possibilità di ricavare principi fondamentali dalla legislazione statale in vigore. Come la Corte ebbe a dire all'indomani dell'entrata in vigore del nuovo Titolo V, «La nuova formulazione dell'art. 117, terzo comma, rispetto a quella previgente dell'art. 117, primo comma, esprime l'intento di una più netta distinzione fra la competenza regionale a legiferare in queste materie e la competenza statale, limitata alla determinazione dei principi fondamentali della disciplina. Ciò non significa però che i principi possano trarsi solo da leggi statali nuove, espressamente rivolte a tale scopo. Specie nella fase della transizione dal vecchio al nuovo sistema di riparto delle competenze, la legislazione regionale concorrente dovrà svolgersi nel rispetto dei principi fondamentali comunque risultanti dalla legislazione statale già in vigore.» (sent.n. 282 del 2002).

Tuttavia, la possibilità di ricavare principi fondamentali dalla legislazione statale in vigore non esaurisce la portata dei problemi derivanti dall'assenza di una organica legge di principio. Sul fronte dell'interpretazione costituzionale, tale possibilità rimane rapsodica, non è certo paragonabile a quella consentita da una legge che abbia contestualmente individuato tutte le scelte di principio in materia. In secondo luogo, alcuni dei problemi costituzionalmente più significativi derivanti dalla mancanza di una legge cornice non possono essere risolti dalla Corte costituzionale. Ad essa infatti sfuggono, per ragioni derivanti in parte dall'accesso al suo sindacato e in parte dalla sua natura di organo giurisdizionale, le modalità di soddisfacimento di una istanza di uniformità particolarmente rafforzata come quella posta dall'intreccio della tutela della salute con la materia trasversale dei livelli essenziali delle prestazioni.

3. La giurisprudenza costituzionale

L'affermazione che l'assenza di una legge di principio rende inevitabilmente rapsodica l'individuazione dei principi desumibili dalla legislazione in vigore può essere argomentata ricorrendo in via esemplificativa alla giurisprudenza costituzionale formata in materia.

Fra i principi fondamentali, la Corte ha rinvenuto in tale legislazione quello che «l'erogazione delle prestazioni soggette a scelte dell'assistito è subordinata a formale prescrizione a cura del servizio sanitario nazionale» (sentenza n. 416 del 1995 e 200 del 2005), o il «principio di esclusività del rapporto di lavoro del personale medico con il SSN [.....] con cui il legislatore ha inteso garantire la massima efficienza e funzionalità operativa al servizio sanitario pubblico, evitando che potesse spiegare effetti negativi il contemporaneo esercizio da parte del medico dipendente di attività professionale presso strutture convenzionate» (sentt.nn. 457 del 1993, 238 del 2018 e 153 del 2024), onde «garantire una tendenziale uniformità tra le diverse legislazioni ed i sistemi sanitari delle Regioni e delle Province autonome in ordine a un profilo qualificante del rapporto tra sanità ed utenti» (sentt. nn. 371 del 2008 e 153 del 2024).

Numerosi i principi fondamentali in tema di accreditamento delle strutture convenzionate, alcuni dei quali di portata del tutto generale come «il regime delle autorizzazioni e degli accreditamenti» (sentt.nn. 238 del 2018 e 106 del 2020), nell'ambito del quale vanno distinti «gli aspetti che attengono all'autorizzazione prevista per l'esercizio di tutte le attività sanitarie, da quelli che riguardano l'accreditamento delle strutture autorizzate» (sentt. nn. 292 del 2012 e 195 del 2021), aspetti corrispondenti alla differenza «tra strutture autorizzate, che operano in

regime privatistico, e strutture che, invece, attraverso l'accreditamento istituzionale, entrano a far parte del sistema sanitario pubblico, erogando prestazioni per conto del servizio sanitario» (sent.n. 195 del 2021). Su questa premessa fa leva, in particolare, l'argomento che «Non sono comparabili i criteri organizzativi cui si ispirano le strutture pubbliche e private», visto che le seconde sono «caratterizzate da una maggiore apertura al mercato e alle regole della concorrenza e possono, nella scelta del direttore sanitario, adottare criteri riferiti alla professionalità e alle competenze acquisite, senza necessariamente attenersi ai limiti di età previsti per le strutture pubbliche» (sent.n. 195 del 2021).

Sotto altro profilo, mentre per l'autorizzazione «i profili rilevanti «sono quelli inerenti il fabbisogno complessivo di prestazioni sanitarie nel territorio e in particolare quelli concernenti la localizzazione delle strutture già presenti», così da garantire la corretta distribuzione sul territorio «in modo che siano adeguatamente servite tutte le zone, anche quelle a bassa redditività, che in mancanza di tale strumento non sarebbero coperte» (Consiglio di Stato, sezione terza, sentenza 7 marzo 2019, n. 1589)», ai fini dell'accreditamento «rileva invece il fabbisogno di assistenza programmato per garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Nel caso dell'autorizzazione è richiesta una valutazione complessiva, che considera anche le prestazioni extra LEA e le strutture private non accreditate. Nel caso, invece, dell'accreditamento, la valutazione ha a oggetto «unicamente i LEA e prevede il coinvolgimento, in base all'art. 8-bis, comma 1, del d.lgs. n. 502 del 1992, solo «dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati ai sensi dell'articolo 8-quater, nel rispetto degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies», senza quindi considerare le strutture private non accreditate» (sent. n. 7 del 2021» (sent.n. 36 del 2021). Inoltre «I requisiti ulteriori, necessari per l'accreditamento, hanno natura di principi fondamentali, che le Regioni sono tenute a rispettare, non potendosi attribuire l'accreditamento *ope legis* a strutture di cui viene presunta la regolarità, indipendentemente dal possesso effettivo di tali requisiti» (sent.nn. 361 del 2008 e 292 del 2012). Va poi rispettato come principio fondamentale il termine finale previsto dalla legge statale per il passaggio dall'accreditamento provvisorio a quello definitivo (fra le altre, sentt.nn. 260 e 292 del 2012 e 161 del 2016).

È considerato altresì principio fondamentale il «contenimento della spesa pubblica sanitaria, direttamente correlato al principio di coordinamento della finanza pubblica», di cui è espressione la vincolatività dei piani di rientro dal disavanzo sanitario, con connessa preclusione per le Regioni che ne siano soggette di aumentare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali (sent.n. 130 del 2020).

4. Fattori di disuguaglianza nell'erogazione delle prestazioni concernenti il diritto alla salute

I principi fondamentali che la Corte ha ricavato dalla legislazione in vigore coprono ambiti materiali sicuramente cruciali per l'uniforme garanzia del diritto alla salute, dal principio di esclusività del rapporto di lavoro del personale medico col Servizio sanitario al contenimento della spesa (nelle sue diverse versioni a seconda che la Regione sia o meno soggetta a piani di

rientro dal disavanzo), e soprattutto al regime dell'accreditamento. A questo ultimo proposito, in una sintesi efficace, la Corte ha osservato che «Il sistema sanitario, come riformato dal d.lgs. n. 502 del 1992 e poi significativamente rimodulato con il d.lgs. n. 229 del 1999, configura il rapporto pubblico-privato dell'offerta sanitaria secondo un sistema progressivo, in base al quale i soggetti che intendono erogare prestazioni sanitarie devono essere autorizzati e solo se autorizzati possono chiedere l'accreditamento istituzionale, che li rende potenziali erogatori di prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale. Ciò si realizza solo a seguito della conclusione di contratti con l'amministrazione, e nei limiti di spesa ivi previsti». (sent.n. 195 del 2021).

La sintesi della Corte autorizza a chiederci se i principi fondamentali tratti dalla legislazione in tema di accreditamento bastino a convogliare il rapporto pubblico-privato verso l'obiettivo di garantire i livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto alla salute in ipotesi determinati nei LEA alla stregua dell'art. 117, secondo comma, lett. m). Obiettivo che la Costituzione assume tanto vincolante da esigere che il Governo si sostituisca agli organi delle autonomie territoriali «quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica ed economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali» (art. 120, secondo comma).

La risposta non può che essere negativa. Il sistema dell'accreditamento costituisce il perno regolatorio intorno al quale le Regioni esercitano la loro potestà legislativa sull'organizzazione del servizio sanitario, e le funzioni amministrative connesse. E proprio a questo proposito emergono fra di esse differenziazioni assai marcate, tanto con riguardo alle scelte politiche relative al modello lungo l'asse pubblico-privato, quanto con riguardo alla funzionalità amministrativa relativa non solo alla gestione del servizio, ma anche ai controlli sul rispetto delle regole sulle autorizzazioni e sugli accreditamenti. Con una evidente, oltre che notissima, connessione fra i due aspetti, in termini di diretta proporzionalità fra inefficienza del servizio pubblico e scelta degli utenti per il servizio privato, a meno di non rinunciare alla cura, che è ipotesi tanto più verosimile, quanto più si tratti di quegli "indigenti" ai quali la Costituzione impone di erogare "cure gratuite". Il mancato conseguimento dell'obiettivo di uniforme garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni equivale così a rovesciare lo stesso senso originario del testo, che per quanto appena detto presenta una portata più limitata della promessa universalista lanciata con la riforma del 1978.

Oltre a un sistema di finanza regionale ancora in parte governato dal criterio della spesa storica, le ragioni delle accresciute disuguaglianze non possono non ricondursi agli assetti legislativi e amministrativi prima menzionati. Né stupisce che ad arbitrare fra eguaglianza dei diritti e differenziazione dei modelli non possa essere la giurisdizione costituzionale. Non solo per i suoi limiti di cognizione 'verso il basso', ossia verso le pubbliche amministrazioni, dove quella partita in parte si gioca. Non solo per l'insuscettibilità per la Corte di sostituirsi al legislatore in scelte ad alta carica di politicità. Ma prima ancora, e se si vuole più banalmente, perché solo un Parlamento in grado di legiferare in piena cognizione di causa potrebbe integrare la determinazione dei LEA con scelte di principio di carattere organizzativo tali da scongiurare una divaricazione di modelli foriera in quanto tale di esiti sperequativi.

Ancora di recente si è auspicato un centro «capace di coordinare non soltanto gli adempimenti amministrativi, ma soprattutto i programmi e le azioni regionali, di valorizzare le buone pratiche, di prendere sul serio gli *standard* senza tuttavia considerarli intoccabili, di integrare il settore privato che opera in sanità (senza farsi catturare dalle logiche di quest'ultimo e assicurando come la normativa richiede, una speciale attenzione al privato *no profit*), di governare le professioni integrandole nella rete sanitaria. Un centro siffatto, infine, potrà concorrere a ridurre le distanze tra i Servizi sanitari regionali, rispondendo così allo spirito e alla lettera (art. 120, letto insieme agli artt. 3, c. 2 e 32) della Costituzione»³.

Nel concordare con l'auspicio, e con l'analisi che lo sostiene, non possiamo fare a meno di notare che la sua realizzazione non potrebbe passare per una legislazione interstiziale, richiedendo al contrario un'esplicitazione di scelte di principio in grado di comporsi in una sintesi organica.

4.1. La determinazione dei criteri di ripartizione del Fondo sanitario nazionale

La necessità di una esplicita enucleazione, da parte del legislatore statale, dei principi fondamentali inerenti agli aspetti di carattere organizzativo appare a maggior ragione evidente laddove si ponga attenzione alle singole fasi di organizzazione ed erogazione del Servizio.

Sotto questa prospettiva, il diritto alla salute inteso come diritto a prestazione pubblica pone anzitutto la questione delle risorse destinate al relativo finanziamento. Sul punto occorre distinguere almeno due momenti della decisione politica: quello relativo all'ammontare complessivo delle risorse destinate a finanziare il SSN e quello relativo, invece, alla modalità di riparto fra le Regioni⁴.

Se il primo di questi ha un ruolo fondamentale nell'assicurare l'adeguatezza delle risorse complessivamente messe a disposizione del SSN – mediante una determinazione compatibile «con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) erogati in condizioni di efficienza ed appropriatezza» (art. 26 del Decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68)⁵ – sul secondo ricade il gravoso compito di decidere circa la distribuzione delle risorse fra i

³ R. BALDUZZI, *La tutela della salute*, cit., 197.

⁴ Sull'evoluzione dei modelli di finanziamento del Servizio sanitario nazionale cfr. N. VICECONTE, *L'evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio*, in *Italian Papers on Federalism*, n. 1-2-3, 2012, 1 ss. Per un'analisi sullo stato attuale v. S. SPATOLA, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in *Corti supreme e salute*, n. 3, 2023, 1 ss.; M. GEDDES DE FILICAIA, *Legge di bilancio e sanità: si aggravano i nodi critici del funzionamento del Servizio sanitario nazionale*, in *Politiche Sociali*, n. 1, 2025, 295 ss.

⁵ Per considerazioni relative all'incidenza della riforma attuativa dell'autonomia differenziata alla luce della sent. n. 192 del 2024 della Corte costituzionale, v. A. ZANARDI, *I meccanismi di finanziamento dell'autonomia differenziata*, in *Le Regioni*, n. 1, 2025. Più in generale, cfr. S. BARTOLE, *Differenziazione e ordinamento regionale vivente*, in www.astrid-online.it, n. 1 del 2025; C. BUZZACCHI, *L'autonomia differenziata e le sue incognite*, in *Quaderni costituzionali*, n. 2, 2025; V. CERULLI IRELLI, *Osservazioni "a prima lettura" sulla sentenza della Corte costituzionale in tema di autonomia differenziata*, in www.astrid-online.it, n. 18, 2024; C. PINELLI, *Sulla premessa alla motivazione della decisione della Corte costituzionale sull'autonomia differenziata (sent. n. 192 del 2024)*, in www.astrid-online.it, n. 18, 2024; A. POGGI, *Il referendum sul*

diversi servizi sanitari regionali, diventando così potenziale causa di aggravamento dei noti divari territoriali.

L'attuale disciplina normativa prevede che i costi e i fabbisogni standard regionali siano determinati dal Ministro della salute d'intesa con la conferenza Stato-Regioni (art. 27 del cit. D. Lgs. 68/2011), sull'evidente presupposto che appunto lo strumento dell'intesa sia ritenuto il più opportuno nel garantire la leale collaborazione dei diversi livelli territoriali in una materia come quella del diritto alla salute. Nei fatti, tuttavia, l'evidenza di tale giudizio presupposto si accompagna a non trascurabili interrogativi, giacché un rapido sguardo all'evoluzione dei criteri di ripartizione delle risorse dimostra come questi non siano riusciti, ad oggi, nel tentativo di provocare una soddisfacente diminuzione dei divari territori esistenti.

Come noto, sin dall'istituzione del SSN il criterio di riparto fondante è stato quello della spesa storica pro-capite corretto per età. Fino al 2022 lo schema è rimasto sostanzialmente fermo alle regole transitorie di cui al citato D.Lgs. 68/2011: circa il 60 per cento delle risorse veniva diviso in ragione diretta della popolazione residente, mentre il restante quaranta per cento seguiva uno stesso criterio "capitario", ma corretto con pesi che tenevano conto dell'età – l'indicatore ritenuto più vicino a bisogni e consumi sanitari⁶.

L'intesa Stato-Regioni del 21 dicembre 2022, recepita dal decreto ministeriale del 30 dicembre 2022, introduce altre due dimensioni del bisogno: la mortalità prematura (decessi sotto i 75 anni) e un indice di deprivazione socio-economica che sintetizza povertà relativa, bassa scolarità e disoccupazione, attribuendo a ciascun fattore lo stesso peso. L'innovazione è tuttavia circoscritta: soltanto l'1,5 per cento del finanziamento indistinto viene ripartito con questi nuovi criteri (0,75 per cento per la mortalità, 0,75 per cento per la deprivazione), mentre il 98,5 per cento continua a seguire il vecchio meccanismo demografico-anagrafico⁷.

Così delineata, la riforma produce alcuni effetti redistributivi percepibili, giacché le Regioni meridionali – caratterizzate da indici di deprivazione e da tassi di mortalità prematura più elevati – recuperano risorse a scapito soprattutto del Nord. La Campania è la principale beneficiaria (+0,75 per cento del suo stanziamento, pari a circa 84 milioni), seguita da Sicilia, Puglia e Calabria; perdono invece Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna. A determinare lo spostamento pesa soprattutto la deprivazione, mentre la variabile "mortalità" incide in misura minore.

Tuttavia, si deve pure osservare che sul risultato complessivo interviene la cosiddetta "quota premiale" – lo 0,5 per cento dell'intero FSN – distribuita con criteri negoziali fra le Regioni e non ancorata ad indicatori trasparenti. Nel 2023 questa somma ha più che compensato le

regionalismo differenziato: i principi, l'attuazione, le Corti e la sovranità popolare, in www.federalismi.it, n. 1, 2024; A. RUGGERI, *Il regionalismo differenziato fa tappa presso la Consulta prima di riprendere il suo viaggio verso... l'ignoto*, in www.dirittiregionali.it, n. 3, 2024; A. SAITTA, *Quale futuro per l'autonomia differenziata? La risposta è nella sentenza n. 192 del 2024*, in www.federalismi.it, n. 13, 2025; A. Sterpa, *Le due "sentenze sorelle" sul regionalismo differenziato: legge Calderoli e referendum sotto la lente della nazione*, in www.federalismi.it, n. 13, 2025; L. VIOLINI, *I livelli essenziali delle prestazioni nella sent. 192/2024 e il richiamo al lavoro istruttorio del CLEP: da dove si può ripartire?*, in *Le Regioni*, n. 1, 2025; I. VISCO I., *LEP, autonomia, decentramento*, in www.astridonline.it, n. 5, 2025.

⁶ UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, *Il riparto del fabbisogno sanitario nazionale tra nuovi criteri e attuazioni incompiute*, 27 marzo 2024, 4.

⁷ UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, *op. cit.*, 9.

perdite di Lombardia, Liguria e Lazio, attenuando – se non invertendo – l’effetto perequativo dei nuovi criteri⁸.

Su queste premesse, si può affermare che la recente modifica dei criteri di riparto ha mostrato non indifferenti profili di problematicità.

Fra questi, rileva l’Ufficio parlamentare di bilancio, il primo sarebbe quantitativo e legato al fatto che i nuovi criteri incidano soltanto sull’1,5 per cento delle risorse complessive: le simulazioni mostrano che, con il 10 per cento delle risorse, la redistribuzione salirebbe da 219 milioni a circa 1,5 miliardi⁹, con evidenti effetti perequativi.

La seconda criticità attiene invece alla costruzione dell’indice socio-economico, il quale è fondato sull’applicazione di una media geometrica con pesi uguali che rischia di contare due volte lo stesso disagio e di trascurare la forte correlazione fra povertà, istruzione e disoccupazione.

La terza concerne la mortalità, in quanto l’utilizzo del numero grezzo dei decessi, senza standardizzare per età, penalizza le Regioni con popolazioni più anziane e riduce la comparabilità territoriale.

In definitiva, l’impatto della riforma appare modesto perché limitato a una frazione minima del fondo e perché la quota premiale, cresciuta nel tempo, continua a sottrarre margini di perequazione fondata su criteri oggettivi. Per rendere il sistema più equo e trasparente occorrerebbe ampliare il peso dei nuovi indicatori, integrare – nel rispetto della normativa sui dati personali – banche dati epidemiologiche, fiscali e socio-assistenziali e chiarire funzione e modalità di assegnazione della quota premiale, affinché risponda a meccanismi premiali veri e non a compensazioni negoziali¹⁰.

Nel contesto delle riflessioni che si vanno svolgendo, il giudizio sul recente intervento di aggiornamento dei criteri di determinazione del riparto delle risorse assume rilevanza in quanto contraddice il giudizio presupposto dalla disciplina normativa di cui all’art. 27 del citato D. Lgs. 68/2011, ovvero la presunta adeguatezza del sistema delle intese Stato-Regioni nella determinazione dei criteri di riparto.

Occorre interrogarsi, dunque, sulla opportunità di tale sistema e sul rischio, invero attuale, che lo stesso determini un sistema di contrattazione incapace di modificare lo *status quo*, laddove non lo aggravi, pur nella consapevolezza che la disciplina normativa in questione, in quanto attinente al «riparto delle disponibilità finanziarie necessarie per assicurare la garanzia dei LEA non può prescindere dal coinvolgimento delle Regioni, alle quali compete la programmazione e l’organizzazione dei servizi sanitari sul territorio, fino alla concreta erogazione delle prestazioni: è solo attraverso una leale collaborazione orientata al bene comune che il modello pluralistico riconosciuto dalla Costituzione può dunque svilupparsi, «in una prospettiva

⁸ UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, op. cit., 26.

⁹ UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, op. cit., 17.

¹⁰ UFFICIO PARLAMENTARE DI BILANCIO, op. cit., 25 ss.

generativa» (sentenza n. 168 del 2021), verso la migliore tutela del diritto alla salute» (Corte cost. n. 40 del 2022)¹¹.

Nel caso di specie, tuttavia, viene da chiedersi se il modello delle intese – almeno rispetto alla definizione dei criteri di riparto – sia la più corretta forma di attuazione del modello pluralistico e se non finisca, al contrario, per promuovere individualistiche forme di immobilismo e inattuazione costituzionale.

4.2. Modelli di accreditamento

Il secondo aspetto da considerare rispetto al ruolo del legislatore nazionale è quello relativo al rapporto fra pubblico e privato nell'erogazione dei LEA, il quale – come accennato *supra* – transita dalla sequenza autorizzazione, accreditamento istituzionale, contrattualizzazione. Ebbene, è proprio nell'ambito dell'accREDITamento che l'assenza di principi organizzativi statali puntuali ha consentito a talune Regioni un abuso dello strumento, il quale è talvolta passato dalla funzione di meccanismo sussidiario a quella di leva della politica industriale sanitaria.

Del fenomeno è esemplare una recente pronuncia del TAR Lombardia, sez. V, sent. n. 1003 del 03/04/2024, la quale si concentra proprio sul sistema di accreditamento nell'ambito del servizio sanitario lombardo, ricordando che, se a livello nazionale «l'accREDITamento istituzionale [...] rende la struttura sanitaria un potenziale erogatore di prestazioni sanitarie per conto del servizio sanitario, il quale è riconosciuto alle strutture autorizzate subordinatamente non solo al possesso di requisiti di qualificazione, ma anche alla presenza di un fabbisogno di assistenza programmato dalla regione (art. 8 *quinquies* d.lgs. 502/1992)», per la «legislazione regionale (di cui alla l.r. Lombardia 33/2009), invece, l'accREDITamento è inteso solo come riconoscimento di determinati requisiti da parte della struttura, mentre il contratto, che consente di porre a carico del fondo sanitario regionale le prestazioni erogate, è concluso previa verifica del fabbisogno di assistenza. In altri termini, nella Regione Lombardia, il momento programmatico, legato all'analisi dei fabbisogni al fine della razionalizzazione della spesa, è traslato dalla fase dell'accREDITamento istituzionale alla fase della contrattualizzazione delle strutture». È in questo contesto che il Collegio sanziona le scelte programmatiche della Regione, le quali ancoravano «la determinazione e la distribuzione dei budget ai soli dati storici afferenti al consumo delle risorse da parte delle strutture convenzionate» agevolando il «rifornimento dei medesimi soggetti» e «impedendo, a causa della saturazione dei tetti di spesa, l'ingresso di altri operatori [...] oppure l'incremento del numero di prestazioni contrattualizzate in capo a quelli accREDITati e la correlata diluizione delle quote di mercato facenti capo ai contraenti storici»; secondo l'avviso del TAR, «la programmazione sanitaria deve, al contrario, dipartire dalla verifica del fabbisogno effettivo di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie nel territorio di riferimento e procedere, poi, con l'analisi della concreta capacità che tali prestazioni siano assicurate, da parte dei soggetti accREDITati, secondo criteri di appropriatezza e adeguatezza qualitativa». D'altra parte, in mancanza di siffatta analisi, la programmazione avverrebbe avendo

¹¹ Su cui cfr. A. GENTILINI, *Corte, Stato, Regioni: tre monadi isolate dall'attrazione in sussidiarietà* (osservazioni alla sent. n. 40 del 2022), in *Giurisprudenza costituzionale*, n. 1 del 2022; M. BERGO, *L'autonomia finanziaria regionale tra modello costituzionale e pratiche giurisprudenziali. L'esperienza dei fondi settoriali*, in *www.federalismi.it*, n. 4, 2023.

invece come principale criterio «l'affidamento degli operatori contrattualizzati, che hanno plausibilmente effettuato investimenti contando sul rinnovo dei finanziamenti regionali» (è la posizione spesa, infatti, dalla Regione), ovvero la “salvaguardia di rendite di posizione”, come le definisce il Collegio.

Tale vicenda, assieme alla circostanza che tali assunti siano stati disconosciuti dal Consiglio di Stato in sede di appello¹², è esemplificativa dello stato di indeterminatezza del contesto normativo di riferimento, proprio in ragione dell'assenza di principi organizzativi tali da garantire omogeneità ai plurimi servizi sanitari regionali e da evitare quanto indicato *supra*, ovvero la considerazione dell'istituto dell'accREDITAMENTO come strumento al servizio di politiche regionali di finanza sanitaria e non, invece, come strumento al servizio delle sussidiarietà.

4.3. L'assistenza primaria: formazione e funzioni del medico di medicina generale

Proseguendo, occorre porre l'attenzione sulla figura del medico di medicina generale (MMG), il quale costituisce, sin dalla legge 833 del 1978, uno dei primi punti di contatto fra cittadino e Servizio sanitario nazionale¹³. Ad oggi, il MMG conserva la natura di libero professionista convenzionato con il SSN, dotato di ampia autonomia organizzativa e retribuito principalmente sulla base di una quota capitolaria. Sul versante formativo, il MMG non consegue una specializzazione universitaria ma frequenta un corso triennale gestito dalle Regioni, percepisce una borsa di studio corrispondente a meno della metà delle borse delle scuole di specialità ospedaliera¹⁴.

È su questo scenario che è intervenuto il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77, recante il «Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale». Il Decreto, adottato nell'ambito del percorso di raggiungimento delle milestone del PNRR (Missione 6), ha l'obiettivo di ridefinire l'assistenza territoriale attraverso una rete di Case della comunità, Ospedali di comunità e Centrali operative territoriali. L'atto promette presa in carico multidisciplinare, diagnostica di primo livello e telemedicina; l'apparato normativo, tuttavia, lascia sullo sfondo il nodo cruciale relativo al personale giacché si dichiara che l'attuazione dei nuovi standard “non comporta nuovi oneri” e che le risorse – umane e finanziarie – dovranno essere reperite a legislazione vigente, attraverso processi di riorganizzazione interni alle aziende sanitarie¹⁵.

Questa scelta programmatica rende evidente un primo aspetto di problematicità legato alla direzione della riforma, la quale investe soprattutto in infrastrutture e tecnologie trascurando invece il perseguimento un piano parallelo di potenziamento del capitale umano. La distanza

¹² Consiglio di Stato, sez. III, sent. n. 9512 del 27/11/2024.

¹³ Sul MMG come punto di accesso all'assistenza specialistica v. A. PIOGGIA, *Diritto sanitario e dei servizi sociali*, Giappichelli, Torino, 2020, 123.

¹⁴ Per un inquadramento dello status del MMG cfr. C. CIPOLLA, C. CORPOSANTO, W. TOUSIJN (a cura di), *I medici di medicina generale in Italia*, FrancoAngeli, Milano, 2006.

¹⁵ M. ARLOTTI, E. SPINA, F. ATZORI, *La medicina generale verso le Case della Comunità. Assetti, criticità, e scenari*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, n. 1, 2023, 79 ss.

fra Nord e Sud, già ampia, rischia di approfondirsi, perché i territori a minore dotazione di professionisti non disporrebbero dei margini organizzativi necessari a coprire i turni delle nuove strutture¹⁶.

La seconda questione, intimamente connessa alla prima riguarda l'assenza di una definizione puntuale del ruolo del MMG dentro le Case della comunità poiché il Decreto evoca la presenza del medico di famiglia nell'équipe multiprofessionale senza definire tempi di permanenza, modalità di coordinamento né revisione dei percorsi formativi funzionali a questo nuovo modello di cura¹⁷. Il risultato è un vuoto che alimenta resistenze corporative e irrigidimenti¹⁸; non a caso, il dibattito politico sull'eventuale transito dei medici di base verso il rapporto di dipendenza è stato rinviato ad un successivo intervento di riforma, rispetto al quale, tuttavia, si registrano le prevedibili resistenze delle associazioni di categoria interessate¹⁹.

Il terzo limite riguarda la coerenza con l'obiettivo costituzionale di uniformità dei livelli essenziali: affidando alle Regioni ampia discrezionalità nell'attuazione e non prevedendo meccanismi perequativi robusti, la riforma rischia di legittimare un mosaico di modelli, con standard diversificati di accesso e qualità dei servizi.

In definitiva, il DM 77/2022 innesta su un corpo professionale già segnato da inadeguatezza dei percorsi formativi, forte autonomia convenzionale e carenza di programmazione un disegno organizzativo ambizioso eppure privo di una reale capacità di trasformazione dello *status quo*. Finché il legislatore statale non interverrà per correggere le aberrazioni del sistema convenzionale – e non accompagnerà l'innovazione strutturale con un'adeguata valorizzazione delle risorse umane – si ritiene che gli obiettivi di prossimità, continuità e riduzione delle disuguaglianze resteranno un impegno ancora soltanto programmatico.

4.4. I tempi dell'assistenza: le liste d'attesa

Il Decreto-legge 7 giugno 2024, n. 73 (poi convertito con modificazioni, dalla Legge 29 luglio 2024, n. 107) è stato presentato come intervento organico per la riduzione dei tempi d'attesa delle prestazioni sanitarie. Esso istituisce, presso AGENAS, una Piattaforma nazionale interoperabile con i CUP regionali, destinata a monitorare in tempo reale prenotazioni, agende di erogatori pubblici e privati e classi di priorità; introduce l'Organismo di verifica e controllo

¹⁶ M. ARLOTTI, E. SPINA, F. ATZORI, *La medicina generale verso le Case della Comunità*, cit., 95 ss.

¹⁷ Tale disciplina è affidata all'attuazione da parte delle Regioni, le quali vi hanno iniziato a provvedere con notevole eterogeneità di strumenti e approcci, come rileva F. GIGLIONI, *I medici di medicina generale nella riscrittura dell'assistenza sanitaria territoriale, I medici di medicina generale nel servizio sanitario nazionale. Le funzioni, il ruolo e le prospettive*, in *Istituzioni del federalismo. Rivista di studi giuridici e politici*, n. 4, 2024, 888 ss.

¹⁸ M. ARLOTTI, E. SPINA, F. ATZORI, *La medicina generale verso le Case della Comunità*, cit., 96; G. VICARELLI, *Le basi professionali dell'universalismo in sanità*, in *Politiche Sociali/Social policies*, n. 3, 2014, 412.

¹⁹ Invero, rispetto al superamento del modello convenzionale, sul piano scientifico, oltre ai favori (di cui, a titolo di esempio, alla precedente n. 19), si registrano pure atteggiamenti di prudenza, giustificati dalla considerazione che sia proprio tale modello a garantire il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura, come ad esempio M. CONTICELLI, *I medici di medicina generale nel servizio sanitario nazionale. Le funzioni, il ruolo e le prospettive*, in *Istituzioni del federalismo. Rivista di studi giuridici e politici*, n. 4, 2024, spec. 842-846; C. MARI, *Le convenzioni dei medici di medicina generale: natura giuridica, contenuto e criticità*, in *Istituzioni del federalismo. Rivista di studi giuridici e politici*, n. 4, 2024, spec. 955 ss.

sull'assistenza sanitaria, collocato nel Ministero della salute, con poteri di accesso e, soprattutto, con la facoltà di sostituirsi alle Regioni in caso di reiterate inadempienze; vincola gli erogatori privati accreditati all'interoperabilità con il CUP come condizione dell'accordo contrattuale; prevede che visite ed esami possano essere svolti anche nei fine settimana e consente alle aziende sanitarie di ricorrere a prestazioni aggiuntive o all'acquisto dal privato qualora i tempi massimi non siano rispettati; infine, innalza transitoriamente il tetto di spesa per il personale per consentire assunzioni funzionali al piano straordinario di recupero.

A distanza di mesi dall'entrata in vigore, l'attuazione delle misure si è rivelata problematica per un plurimo ordine di ragioni fra cui la mancata alimentazione della Piattaforma nazionale con i flussi regionale, l'assenza dei decreti ministeriali volti a definire algoritmi di priorità, tariffe per l'acquisto di prestazioni aggiuntive e standard di interoperabilità; la nomina del Responsabile unico regionale dell'assistenza sanitaria effettuata solo da una parte delle Regioni; l'insufficienza delle risorse stanziato dal Fondo liste d'attesa (le quali coprono meno di un terzo del fabbisogno stimato dalla Relazione tecnica).

Il principale punto di stallo, tuttavia, si manifesta nella seduta della Conferenza Stato-Regioni del 17 aprile 2025: dopo una lunga istruttoria, le Regioni dichiarano di non poter esprimere l'intesa sullo schema di DPCM che deve dettare le regole di esercizio dei poteri sostitutivi, trasmettendo un testo emendato volto a dilatare i termini di contraddittorio e a circoscrivere la supplenza statale al mero adempimento omesso; il Ministero, pur rivendicando di aver già accolto i rilievi possibili, insiste sulla necessità di approvare il provvedimento in tempi rapidi, ma l'intesa non viene raggiunta. La mancata adozione del DPCM rende non operativo l'art. 2, comma 6, del decreto-legge e priva di conseguenze il mancato rispetto delle scadenze imposte alle amministrazioni territoriali, dimostrando ancora una volta che, in assenza di una riforma sistemica che coordini standard organizzativi, finanziamenti e strumenti di responsabilità, gli interventi settoriali e d'urgenza rischiano di rimanere lettera morta, alimentando ulteriori conflitti di competenza senza apportare benefici effettivi alla tutela del diritto alla salute.

4.5. Il fascicolo sanitario elettronico

Quale ulteriore oggetto di attenzione si pone, infine, il c.d. Fascicolo sanitario elettronico (FSE), istituito in via sperimentale dall'art. 12 del Decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179 e disciplinato dal d.P.C.M. 29 settembre 2015, n. 178.

Il FSE nasce come infrastruttura "regionale-nazionale" in quanto ogni Regione istituisce il proprio fascicolo, garantendo tuttavia la consultazione su tutto il territorio nazionale attraverso la dorsale di interoperabilità (INI) gestita da AgID e MEF. Con la Missione 6 componente 2 del PNRR lo strumento è stato rivisitato nella veste di FSE 2.0 mediante il D.M. 7 settembre 2023 – che ha fissato formato dei metadati, tempi di alimentazione e nuovo schema di consenso unico – e il D.M. 31 dicembre 2024. Il quadro delineato dal legislatore nazionale è quindi coerente con l'art. 117, secondo comma, lettera r) Cost., che riserva allo Stato il «coordinamento informativo statistico e informatico dei dati dell'amministrazione statale, regionale e locale», ma

presuppone – per risultare effettivo – una collaborazione leale e tempestiva delle autonomie territoriali.

Ed è proprio su questo piano, quello applicativo, che il progetto evidenzia le criticità più marcate. I dati aggiornati alla fine del 2024 mostrano che meno di un cittadino su cinque ha aperto il proprio fascicolo negli ultimi novanta giorni e che le differenze tra aree del Paese sono abissali: Emilia-Romagna, Veneto e P.A. Trento superano il 40 % di utilizzo, mentre Calabria, Sicilia e Molise restano inchiodate sotto il 2 %. Analoga dicotomia si osserva sul lato dei professionisti: in Lombardia quasi tutti i medici di medicina generale alimentano regolarmente il profilo clinico sintetico; in altre Regioni la percentuale è a una cifra²⁰.

Di fatto, le disparità infrastrutturali (vecchi software, mancanza di data-center adeguati), la carenza di formazione digitale degli operatori sanitari e, non ultimo, la differente capacità finanziaria di co-investire nei progetti PNRR trasformano un istituto concepito come strumento di equità in una nuova cartina di tornasole delle asimmetrie territoriali.

5. Conclusioni

L'indicazione degli aspetti di maggior eterogeneità organizzativa che si è svolta sino ad ora mostra come il tema delle disuguaglianze nel godimento del diritto alla salute non possa essere affrontato senza considerare il ruolo (e le responsabilità) del legislatore statale. La duplice dimensione del diritto alla salute individuata dalla Corte costituzionale – diritto all'integrità psico-fisica immediatamente tutelabile e diritto a prestazioni condizionato dalle scelte legislative e organizzative – rivela infatti che la distribuzione e l'esercizio delle competenze tra Stato e Regioni investe in profondità le condizioni effettive di accesso alle cure. Se la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni spetta alla legislazione statale, la loro concreta fruizione dipende dalle scelte organizzative regionali, che possono garantire o, al contrario, limitare la portata effettiva del diritto.

L'assenza di una legge organica ha fatto sì che l'individuazione dei principi fondamentali fosse affidata ad un'opera di ricostruzione giurisprudenziale, in un contesto normativo stratificato e inevitabilmente frammentario. La Corte costituzionale, pur valorizzando l'intima connessione fra tutela dei diritti e organizzazione del servizio, non ha potuto sostituirsi al legislatore statale nella definizione di un disegno unitario, dovendosi limitare alla esplicitazione dei principi e delle regole emergenti dalla normativa vigente, con l'effetto di una progressiva – quanto incolpevole, per la Corte – accentuazione delle sperequazioni tra i sistemi regionali, le quali si riflettono tanto nei criteri di riparto del Fondo sanitario nazionale, ancora fortemente legati alla spesa storica, quanto nei modelli di accreditamento, spesso utilizzati come strumenti di politica industriale sanitaria piuttosto che come meccanismi di programmazione coerenti con l'obiettivo di garantire i livelli essenziali delle prestazioni.

Analoghe incongruenze si riscontrano nella disciplina della medicina territoriale, riformata dal DM 77/2022 ma tutt'ora priva di un efficace inquadramento normativo del ruolo del

²⁰ Tutti i dati di utilizzo sono disponibili sulla piattaforma del Ministero della Salute all'indirizzo <https://monitopen.fse.salute.gov.it/usage>.



medico di medicina generale, oggi al centro di ipotesi di riforma che oscillano tra il mantenimento del modello convenzionale e la prospettiva di un rapporto di dipendenza; nei tempi dell'assistenza, che continuano a essere governati da strumenti emergenziali privi di un coordinamento sistematico; nonché nello sviluppo del fascicolo sanitario elettronico, che da strumento di trasparenza ed equità si è trasformato in cartina di tornasole delle disparità infrastrutturali tra Regioni.

In questo contesto, la tesi della necessità di un intervento organico di definizione dei principi fondamentali in materia di godimento del diritto alla salute risulta allora confermata, giacché solo un simile quadro normativo potrebbe restituire coerenza al sistema e rendere effettivo quel nucleo essenziale del diritto alla salute che la Costituzione configura come fondamentale, a prescindere dalla dimensione territoriale nella quale venga a manifestarsi.