

L'effettività del diritto (fondamentale) alla salute nella dimensione territoriale, tra attuazione legislativa e giurisprudenza costituzionale

di Donatella Morana

SOMMARIO: 1. PMA ed effettività del diritto alle cure: note introduttive. – 2. La disciplina della PMA nella legge n. 40/2004 al vaglio della giurisprudenza costituzionale: casi emblematici di inattuazione legislativa dell'art. 32 Cost. – 3. L'effettività dell'accesso alle cure nel rapporto circolare tra legislatore e Corte costituzionale: condizionamento finanziario versus incomprimibilità e fondamentalità del diritto alla salute. – 4. Salute e modello regionale: le competenze legislative e la dimensione territoriale nell'attuazione del diritto alle cure.

1. *PMA ed effettività del diritto alle cure: note introduttive*

Il breve intervento che mi accingo a svolgere si collega idealmente ai temi che sono stati affrontati nel primo *panel* di questo Convegno, incentrato sull'analisi di alcune rilevanti questioni giuridiche poste dalla procreazione medicalmente assistita nella dimensione tanto nazionale quanto comparatistica. Gli specifici profili su cui intendo proporre qualche considerazione riguardano le coordinate di fondo delle garanzie costituzionali di effettività del diritto a ricevere prestazioni sanitarie (ossia del diritto alle cure) e il rapporto tra la tutela di questo diritto e la molteplicità dei livelli territoriali coinvolti nella regolazione dei servizi sanitari.

In particolare, vorrei dapprima richiamare taluni significativi interventi della giurisprudenza costituzionale che si sono confrontati con il problema del finanziamento delle prestazioni necessarie a soddisfare il bisogno di salute, per poi soffermarmi sul quadro costituzionale di riferimento in ordine al riparto delle competenze tra lo Stato e le Regioni in materia sanitaria.

Dunque, pur non focalizzando la mia esposizione su aspetti peculiari della disciplina della PMA, tenderò di evidenziare alcune delle principali premesse costituzionali a partire dalle quali deve poi svilupparsi l'organizzazione sanitaria volta a erogare (anche) i servizi di procreazione assistita.

Non è dubbio, infatti, che l'accesso alle tecniche di PMA rappresenti una componente del più ampio e “fondamentale” diritto a ottenere pre-

stazioni per la tutela della salute garantito dall'art. 32 Cost.¹. Di conseguenza, anche la riflessione sulle prestazioni sanitarie che ineriscono alla procreazione assistita deve inserirsi su uno sfondo comune al diritto alla salute e a ogni altro diritto sociale, vale a dire la questione – che è centrale – dell'effettiva fruibilità sul piano della concretezza delle salvaguardie prefigurate al livello normativo costituzionale.

Sotto questo riguardo, per assicurare l'effettività del diritto alla salute non si può prescindere da congrui interventi attuativi dell'art. 32 Cost. che devono svilupparsi anzitutto nella dimensione legislativa. Sarebbe peraltro illusorio immaginare che il dovere attuativo del legislatore possa essere portato a compimento *uno actu*, dal momento che diversificati sono i fronti sui quali la sua azione si rende necessaria e particolarmente complessa è l'attività di composizione delle molteplici, e non sempre armoniche, esigenze in gioco.

Tra i principali compiti con cui il legislatore è tenuto a misurarsi si colloca, in primo luogo, l'obiettivo di garantire la disponibilità di risorse, non soltanto finanziarie, ma anche umane e organizzative. Negli ultimi anni, infatti, è divenuto sempre più evidente come il tema (che è insieme di ordine quantitativo e qualitativo) delle professionalità impiegate e quello dell'organizzazione svolgano un ruolo non subordinato rispetto a quello – pure essenziale – dell'allocazione dei necessari mezzi economici, al fine di strutturare un servizio sanitario in grado di attestarsi su *standard* adeguati. Così come il legislatore non può sottrarsi da una chiara definizione dei processi decisionali e del regime della responsabilità dei soggetti coinvolti, a vario titolo, nella erogazione delle prestazioni sanitarie; ciò impone, da

¹ All'interno dell'ampia letteratura in tema di PMA nell'ordinamento italiano, tra le opere monografiche di impianto costituzionalistico v., almeno, B. LIBERALI, *Problematiche costituzionali nelle scelte procreative. Riflessioni intorno alla fecondazione medicalmente assistita e all'interruzione volontaria di gravidanza*, Milano, 2017; L. CHIEFFI, *La procreazione assistita nel paradigma costituzionale*, Torino, 2018; A. VESTO, *La maternità tra regole, divieti e plurigenitorialità. Fecondazione assistita, maternità surrogata, parto anonimo*, Torino, 2018; S. AGOSTA, *Procreazione medicalmente assistita e dignità dell'embrione*, Roma, 2020; F. ANGELINI, *Profili costituzionali della procreazione medicalmente assistita e della surrogazione di maternità. La legge n. 40 del 2004 e la sua applicazione fra volontà ed esigenze di giustizia*, Napoli, 2020; M.P. IADICICCO, *Procreazione umana e diritti fondamentali*, Torino, 2020; I. RIVERA, *La procreazione medicalmente assistita. Profili giuridici, etici e sociali*, Milano, 2025; nonché, con particolare riferimento al principio del superiore interesse del minore, F. FERRARI, *Interesse del minore e tecniche procreative. Principi costituzionali e ordine pubblico*, Milano, 2023.

un altro punto di vista, che venga perseguita la trasparenza dell'azione e predisposto un funzionale sistema di controlli.

Più in generale, l'attuazione legislativa dell'art. 32 Cost. deve costantemente fare i conti con il fine ultimo additato dalla norma costituzionale: la soddisfazione del bisogno di salute della persona, che implica, tra l'altro, impegno nel mettere a disposizione prestazioni di qualità, presenza di meccanismi di verifica della loro efficacia terapeutica (e, ancor prima, della loro non nocività), garanzia della loro appropriatezza alla stregua delle più avanzate conoscenze medico-scientifiche (senza dimenticare che la stessa nozione di appropriatezza può poi essere declinata in più direzioni: clinica, organizzativa, temporale ecc.).

2. *La disciplina della PMA nella legge n. 40/2004 al vaglio della giurisprudenza costituzionale: casi emblematici di inattuazione legislativa dell'art. 32 Cost.*

Prima di procedere a qualche considerazione sui profili che ho sopra anticipato, ritengo utile sottolineare che proprio e principalmente lungo il versante dell'appropriatezza dei trattamenti sanitari, nonché del diritto ad avervi accesso, si è mossa quella ben conosciuta giurisprudenza costituzionale che ha riscontrato l'illegittimità di alcune delle scelte normative compiute in tema di PMA dalla legge 19 febbraio 2004, n. 40. Intendo riferirmi nello specifico alle sentenze della Corte costituzionale 8 maggio 2009, n. 151, 10 giugno 2014, n. 162 e 5 giugno 2015, n. 96.

In particolare, nella prima di esse, oggetto di ampia e meritata attenzione da parte della dottrina, la Corte costituzionale colpisce l'art. 14, commi 2 e 3, della l. n. 40/2004, rimuovendo sia il divieto di creare più di tre embrioni per ogni ciclo di PMA, sia l'obbligo per il medico di procedere a un unico e contemporaneo impianto; inoltre, viene accertata l'illegittimità della disciplina «nella parte in cui non prevede che il trasferimento [nell'utero] degli embrioni, da realizzare non appena possibile [...], debba essere effettuato senza pregiudizio della salute della donna». Si tratta di una decisione che può essere considerata in linea di continuità con quei criteri (individuati già nella sent. n. 282/2002) che ad avviso della Corte rappresentano un limite insuperabile per la discrezionalità politica del legislatore: criteri che includono la necessità di non emarginare l'autonomia e la responsabilità del medico nella decisione sulle cure, che devono

per l'appunto essere quelle più appropriate in relazione alla condizione del paziente (previo suo consenso), in base alle acquisizioni scientifiche e sperimentali. Il medico, in sostanza, non può essere sostituito dal legislatore nella valutazione di quale sia l'attività sanitaria più appropriata². L'annullamento della disciplina si fonda precisamente sul rilievo che essa non riconosceva «al medico la possibilità di una valutazione, sulla base delle più aggiornate e accreditate conoscenze tecnico-scientifiche, del singolo caso sottoposto al trattamento, con conseguente individuazione, di volta in volta, del limite numerico di embrioni da impiantare, ritenuto idoneo ad assicurare un serio tentativo di procreazione assistita, riducendo al minimo ipotizzabile il rischio per la salute della donna e del feto».

Sia pure all'interno di una valutazione più articolata e non esente da taluni profili problematici³, l'accesso a cure appropriate ha un peso anche nella sent. n. 162/2014, con la quale è stata dichiarata l'illegittimità del divieto di PMA di tipo eterologo, previsto all'art. 4, comma 3, della versione originaria della l. n. 40/2004. Com'è noto, l'argomentazione della decisione ha trovato il suo fulcro nella considerazione che, introducendo tale divieto, il legislatore avesse operato un non soddisfacente bilanciamento tra interessi costituzionali contrapposti, assegnando importanza assoluta al diritto della persona nata in esito a PMA di «conoscere la propria identità genetica» ed erroneamente ritenendo tale diritto come del tutto incompatibile con la modalità eterologa. Producendo siffatto assetto normativo, rileva la Corte, il legislatore non aveva dunque esperito alcun tentativo, che pure sarebbe stato possibile, di trovare una composizione con altre posizioni costituzionalmente tutelate e altrettanto meritevoli di protezione, incluso il diritto alla salute di quelle coppie per le quali non è utilmente percorribile la via della PMA omologa. In sostanza, intro-

² È stato diffusamente sottolineato in dottrina che la sent. Corte cost. n. 151/2009 ha ricollocato al centro delle tecniche di procreazione assistita la competenza scientifica del medico, quale soggetto più adeguato a operare, caso per caso, le valutazioni necessarie: v. in questo senso, tra gli altri, M. CECCHETTI, L. BUFFONI, *Le fonti nazionali*, in S. RODOTÀ, M. TALLACCHINI (a cura di), *Ambito e fonti del biodiritto*, in S. RODOTÀ, ZATTI (dirr.), *Trattato di biodiritto*, Milano, 2010, 785 ss., spec. 793.

³ Sui quali si soffermano, ad esempio, V. BALDINI, *Diritto alla genitorialità e sua concretizzazione attraverso la PMA di tipo eterologo (ad una prima lettura di Corte cost., sent. n. 162/2014)*, in *Dirittifondamentali.it*, 15 settembre 2014, e L. VIOLINI, *La Corte e l'eterologa: i diritti enunciati e gli argomenti adottati a sostegno della decisione*, in *Osservatorio costituzionale*, luglio 2014.

ducendo il divieto, il legislatore ha omesso di dare rilievo, tra l'altro, alla circostanza che «l'impossibilità di formare una famiglia con figli insieme al proprio partner, mediante il ricorso alla PMA di tipo eterologo, possa incidere negativamente, in misura anche rilevante, sulla salute della coppia»⁴. Sotto questo aspetto, è dunque la preclusione (rigidamente stabilita dal legislatore) di un rimedio terapeutico nei confronti di soggetti che potrebbero proficuamente avvalersene, a contribuire a determinare l'illegittimità del divieto.

Allo stesso modo, l'interdizione legislativa della possibilità di accedere alla PMA e le ricadute a carico del diritto alla salute che ne derivano assumono un ruolo risolutivo, nel senso della illegittimità, anche nella sent. n. 96/2015. In questo caso, a essere sottoposti al sindacato di legittimità erano l'art. 1, commi 1 e 2, e l'art. 4, comma 1, della l. n. 40/2004, nella parte in cui tali disposizioni escludevano le coppie fertili, ma portatrici di gravi patologie geneticamente trasmissibili, dalla facoltà di fare ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita. L'irragionevolezza della esclusione viene accertata dalla Corte sulla base del dato che, in tal modo, si induceva normativamente la donna a esporsi a un rischio per la sua salute ben maggiore di quello cui la stessa sarebbe andata incontro se fosse stato consentito alla coppia di effettuare una diagnosi preimpianto all'interno di un percorso di PMA. Dirimente in questo senso è la constatazione che qualora venisse intrapresa una gravidanza avviata con metodo naturale e un successivo esame prenatale sul feto mostrasse ciò che si sarebbe potuto rivelare *ex ante* attraverso una diagnosi preimpianto, ossia «accertati processi patologici [...] relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna», la stessa donna potrebbe comunque ricorrere all'interruzione volontaria della gravidanza, anche reiteratamente (*ex art. 6, comma 1, lett. b, legge 22 maggio 1978, n. 194*). Tuttavia, l'interruzione volontaria, si sottolinea esattamente nella pronuncia, è una modalità «innegabilmente più traumatica», che espone irragionevolmente a rischi di maggiore entità la salute di chi vi si sottoponga. In altri termini, la censurata scelta normativa di preclusione «non consente (pur essen-

⁴ Evidenzia in proposito P. VERONESI, *La legge sulla procreazione assistita perde un altro "pilastro": illegittimo il divieto assoluto di fecondazione eterologa*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 5 marzo 2015, che «concentrandosi "sulla salute della coppia" in sé, la Corte si pone nello stesso ordine d'idee del legislatore, il quale ha associato la possibilità di procedere alle tecniche di procreazione assistita (appunto) alle sole coppie e non già ai/alle *singole*».

do scientificamente possibile) di far acquisire “prima” alla donna una informazione che le permetterebbe di evitare di assumere “dopo” una decisione ben più pregiudizievole per la sua salute»; questo *vulnus* al diritto alla salute, peraltro, non può «trovare un positivo contrappeso, in termini di bilanciamento, in una esigenza di tutela del nascituro, il quale sarebbe comunque esposto all’aborto»⁵.

Può dunque osservarsi, in via di estrema sintesi, che ciò che la riferita giurisprudenza costituzionale sembra colpire con queste pronunce (sia pure con diversità di accenti e argomentazioni) è la pretesa del legislatore di stabilire in termini tassativi, attraverso scelte normative prefissate e non valutabili dal tecnico sanitario alla luce di validate conoscenze scientifiche, l’*an* e il *quomodo* della praticabilità delle tecniche di procreazione assistita. Scelte legislative di questo tipo danno di fatto luogo a ipotesi in cui tali tecniche finiscono per essere sganciate dalla loro funzione primaria, vale a dire assicurare la strumentalità e l’adeguatezza del rimedio terapeutico rispetto alla garanzia del diritto alla salute nel singolo caso concreto, nella qual cosa del resto consiste l’appropriatezza del rimedio stesso. Da questo punto di vista, insomma, le previsioni della l. n. 40/2004 trovate illegittime dalla Corte si pongono come esempi emblematici di scelte normative non attuative, o addirittura disattuative, dell’art. 32 Cost., e aventi pertanto conseguenze ostative nei confronti dell’effettività del relativo diritto.

3. *L’effettività dell’accesso alle cure nel rapporto circolare tra legislatore e Corte costituzionale: condizionamento finanziario versus incomprimibilità e fondamentalità del diritto alla salute*

Come già accennato, l’attuazione del diritto alle cure *ex* art. 32 Cost. va incontro a inevitabili esigenze di temperamento, di equilibrio, di bilanciamento rispetto ad altri diritti o interessi costituzionali, oltre che dipendere dal *quantum* di risorse finanziarie disponibili da indirizzare allo scopo.

La questione dell’effettiva erogazione delle prestazioni sanitarie, al

⁵ La Corte in tal modo assicura una «una anticipazione della tutela della salute della donna»: così, S. PENASA, *L’insostenibile debolezza della legge 40: la sentenza n. 96 del 2015 della Corte costituzionale tra inevitabili illegittimità e moniti “rafforzati”*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 8 luglio 2015.

pari di quelle che concernono gli altri diritti a prestazione, rappresenta quindi una delle sfide più impegnative, e qualificanti al tempo stesso, che gli ordinamenti statali hanno davanti da quando, a partire dalla metà del secolo scorso, le esperienze costituzionali soprattutto europee hanno assunto una conformazione non soltanto liberal-democratica, ma anche sociale.

All'interno di questo orizzonte, un tema centrale consiste ancor oggi nella messa a fuoco della ripartizione dei compiti tra i soggetti istituzionali cui spetta, da una parte, di adottare le scelte necessarie a rendere effettivi i diversi diritti sociali, e quelli che hanno il dovere, dall'altra parte, di controllare che tali scelte siano conformi alle prescrizioni vincolanti derivanti dalla stessa cornice costituzionale, anche sotto il punto di vista del bilanciamento. Si tratta di un tema che chiama evidentemente in causa, nel nostro ordinamento come in altri, anzitutto il rapporto tra legislatore e giudice costituzionale. Se, infatti, in prima battuta è competenza del legislatore predisporre il quadro normativo finalizzato sia a reperire e distribuire i mezzi finanziari necessari che a organizzare efficacemente l'erogazione delle prestazioni, rientra invece tra le funzioni della Corte costituzionale verificare che nello svolgimento dei suoi compiti il legislatore non abbia abusato della sua discrezionalità, adottando decisioni incompatibili con gli obiettivi imposti dalla Costituzione, o che non abbia tenuto conto delle priorità in essa fissate e della molteplicità dei bisogni da soddisfare.

D'altro canto, nello svolgimento di questa attività di verifica non di rado la Corte finisce con l'esplicitare ulteriormente alla luce delle norme costituzionali criteri e parametri che, a loro volta, dovranno guidare il legislatore nei successivi interventi di attuazione, fatto salvo lo spazio di legittima discrezionalità che deve essergli riconosciuto. Si innesca dunque una sorta di moto decisionale circolare che, nella sua dimensione virtuosa, è potenzialmente in grado di favorire il più alto livello di effettività dei diritti a prestazione che le condizioni di fatto rendano possibile.

Tra tali condizioni di fatto, un ruolo preponderante occupa, com'è ovvio, la questione delle risorse economiche pubbliche disponibili e utilizzabili per rendere fruibili le prestazioni derivanti dai diritti sociali. È stata del resto la stessa giurisprudenza costituzionale, com'è noto, a qualificare questi diritti come "finanziariamente condizionati".

All'interno di questo quadro di fondo, per quanto specificamente attiene al diritto alla salute si sono registrati e si registrano orientamenti

giurisprudenziali non sempre univoci e comunque in evoluzione. In estrema sintesi può osservarsi, con le debite cautele, che la Corte costituzionale sembra aver assunto, in tempi relativamente recenti, un atteggiamento di progressiva attenuazione della rigida applicazione dello schema che poggia sul condizionamento finanziario del diritto, per approdare a una più decisa rivalutazione dell'incomprimibilità del diritto alle cure.

Non è questa la sede per ripercorrere le tappe che hanno portato la giurisprudenza costituzionale alla elaborazione, prima, e alla ferma applicazione, poi, di un modello di diritto alla salute come finanziariamente condizionato. In ogni caso, è netta l'impressione che negli ultimi anni si sia palesato un cambio di passo al riguardo.

Anzitutto, sempre più spesso la Corte segnala il carattere incomprimibile del diritto alla salute per rimarcare una sorta di capovolgimento doveroso nel rapporto tra diritto soggettivo e risorse finanziarie: in questi casi, la necessità di assicurare il diritto diventa prioritaria rispetto al discorso sulle risorse disponibili. Pare insomma estendersi l'approccio inaugurato con la sentenza 16 dicembre 2016, n. 275, nella quale, con riguardo al diritto al trasporto scolastico delle persone con disabilità, si puntualizza che «è la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione». È su questa scia che più di recente si è posta, ad esempio, la sentenza 6 dicembre 2024, n. 195, in cui la Corte ha espressamente incluso la spesa sanitaria tra quelle “costituzionalmente necessarie”, qualificando conseguentemente come illegittima la scelta del legislatore statale di “tagliare” le risorse a essa destinate: i diritti incomprimibili, infatti, «e in particolare il diritto alla salute, coinvolgendo primarie esigenze della persona umana, non possono essere sacrificati fintanto che esistono risorse che il decisore politico ha la disponibilità di utilizzare per altri impieghi che non rivestono la medesima priorità». Insomma, non ogni funzione pubblica presenta lo stesso grado di rilevanza costituzionale: quella di tutelare la salute occupa una posizione tale che il conseguimento di eventuali risparmi di spesa non deve avvenire privando il sistema dei finanziamenti necessari al suo soddisfacimento.

Questo indirizzo giurisprudenziale, del resto va in qualche modo a integrare ed estendere lo sforzo che la stessa Corte costituzionale aveva già in precedenza intrapreso per attenuare gli esiti più radicali derivanti dall'applicazione dello schema del diritto finanziariamente condizionato, sottolineando che il bilanciamento operato dal legislatore non può essere

considerato ragionevole se, per esigenze di equilibrio di finanza pubblica, ad essere conculcato è il «nucleo essenziale» o «nucleo irriducibile» del diritto alla salute. Il ricorso a questo parametro di contenimento della discrezionalità legislativa mira evidentemente a individuare una linea di confine oltre la quale il legislatore non può più sfruttare l'argomento delle risorse disponibili per giustificare l'insufficiente attuazione dell'art. 32 Cost., soprattutto quando a essere private di effettività siano prestazioni particolarmente necessarie alla tutela della salute. Non può peraltro negarsi, a onor del vero, che lo stesso riferimento alla nozione di nucleo essenziale del diritto non è esente da risvolti opachi, trattandosi di un concetto dai tratti sostanzialmente indefiniti che non fornisce un criterio sicuro sulla cui base distinguere la parte "essenziale" della tutela del diritto alla salute da quella "non essenziale". Sicché il concreto contenuto di tale nozione finirà con l'essere quello di volta in volta individuato nelle diverse decisioni della stessa Corte.

Ad ogni modo, questi orientamenti giurisprudenziali, nel momento in cui inseriscono elementi di flessibilità nell'approccio alla risoluzione delle problematiche di attuazione del diritto alle prestazioni sanitarie basato esclusivamente sulla mera presa d'atto delle risorse disponibili, meritano di essere favorevolmente accolti. Anche per la ragione che la sia pure parziale sottrazione del diritto in questione alla logica del condizionamento finanziario contribuisce a valorizzare, per quanto indirettamente, la portata precettiva dell'aggettivo «fondamentale» con cui, in termini espressi, l'art. 32 Cost. qualifica tanto il diritto individuale alla salute quanto il corrispondente interesse della collettività.

In proposito, l'ipotesi interpretativa alla quale da tempo aderisco e i cui argomenti mi appaiono ancora utilmente spendibili, è nel senso che la fundamentalità del diritto (e dell'interesse collettivo) alla salute possa fungere da peculiare parametro valutativo di quelle decisioni legislative nelle quali il diritto di cui si parla venga messo in bilanciamento con diritti o interessi costituzionali antagonisti. In questi casi, il carattere testualmente «fondamentale» del diritto alla salute (e solo di esso) appare in grado di attribuirgli una forma di resistenza rafforzata nei riguardi di altri diritti cui la Costituzione, pur prevedendoli, non fornisce la stessa esplicita qualificazione. Quanto sostenuto non equivale a dire che il maggior "peso" così riconosciuto alla tutela della salute nelle operazioni di bilanciamento possa comportare che i diritti contrastanti debbano restare privi di pro-

tezione: in modo meno dirompente ma più lineare, la caratteristica della fundamentalità pare semplicemente implicare che il godimento di ogni altro diritto incontri il limite di non determinare conseguenze nocive sulla salute individuale e collettiva. Dunque, nello svolgere le attività di contenimento tra le diverse posizioni soggettive e i molteplici interessi salvaguardati nell'ordito costituzionale, i pubblici poteri, a partire dal legislatore, devono assicurare la massima espansione degli altri diritti purché dalla loro concreta fruizione non scaturiscano conseguenze lesive per la salute altrui.

Nonostante questa lettura seguiti a sembrarmi maggiormente convincente, sono consapevole che la giurisprudenza costituzionale, quando ha avuto occasione di pronunciarsi specificamente sul tema, si è mossa in tutt'altra direzione⁶. Mi riferisco, in particolare, alle due note pronunce (Corte costituzionale 9 maggio 2013, n. 85 e Corte costituzionale 23 marzo 2018, 58) con le quali la Corte ha giudicato alcune decisioni del legislatore relative allo stabilimento industriale ex-Ilva di Taranto. Non è qui indispensabile esaminare nel dettaglio il contenuto delle norme sottoposte a scrutinio nelle due occasioni⁷. Può essere sufficiente ricordare che, benché nel primo caso il giudizio si sia concluso con il rigetto della questione e nel secondo caso con il suo accoglimento, in entrambe le circostanze la Corte ha comunque escluso che la presenza dell'aggettivo «fondamentale» nell'art. 32 Cost. implichi una forma di speciale tutela del diritto alla salute rispetto ad altri diritti costituzionali. Nelle stesse pronunce, conseguentemente, si nega che tale qualificazione sia idonea a fornire un criterio aggiuntivo o integrativo in punto di bilanciamento, ai fini della valutazione della ragionevolezza e della proporzionalità delle scelte legislative. D'altro canto, poiché la Corte nelle menzionate decisioni non fornisce nessuna interpretazione alternativa relativamente al significato da

⁶ Per ulteriori considerazioni critiche sulla giurisprudenza costituzionale che si è confrontata con il carattere fondamentale del diritto alla salute sia consentito rinviare a D. MORANA, *Il «fondamentale» diritto alla salute nell'emergenza pandemica: princeps o tiranno?*, in *Quad. cost.*, 2022, 4, 839 ss.

⁷ Si rimanda, per un'analisi attenta delle norme-oggetto dei due giudizi di costituzionalità (e per considerazioni più ampie circa il ruolo della componente sanitaria nelle valutazioni ambientali), ai contributi raccolti in M. DI FOLCO, M. MENGOSI (a cura di), *La salute nelle valutazioni di impatto ambientale*, Napoli, 2020, e in particolare a S. PAJNO, V. PUCCI, *Il diritto «fondamentale» alla salute nei procedimenti di valutazione ambientale*, ivi, 2 ss., spec. 43 ss.

assegnare a quel termine nel contesto dell'art. 32 Cost., non resta che concludere che si è davanti a una valutazione di irrilevanza semantica riferita a una porzione di disposizione costituzionale – ed è probabilmente questo l'aspetto che lascia maggiormente perplessi in questa giurisprudenza.

È necessario aggiungere, tuttavia, che nonostante l'impianto argomentativo manifestato nelle sentenze sul caso ex-Ilva non sia stato oggetto di alcun esplicito *revirement*, nella giurisprudenza successiva è possibile cogliere qualche profilo di segno diverso, o comunque caratterizzato da una più accentuata sensibilità rispetto alla posizione del diritto alla salute nel sistema costituzionale. Mi limito a richiamare la già citata sent. n. 195/2024, nella quale – come ricordato – si sottolinea, nell'ambito dei «diritti incompressibili», il particolare ruolo svolto dalla tutela della salute, in quanto diritto che coinvolge «primarie esigenze della persona umana», rispetto a ulteriori finalità «che non rivestono la medesima priorità». Senza arrivare a sostenere che notazioni di questo tipo determinino un netto superamento della pregressa posizione della Corte, è però ragionevole constatare che l'ordine di idee in cui esse si muovono non è poi così lontano da quello entro cui si sviluppa la lettura “pregnante”, dinanzi proposta, della fundamentalità del diritto alla salute.

4. *Salute e modello regionale: le competenze legislative e la dimensione territoriale nell'attuazione del diritto alle cure*

Come osservato in precedenza, il processo di attuazione del diritto alla salute e degli altri diritti sociali richiede anzitutto che intervenga il legislatore, al fine di strutturare, specificare e articolare sul piano normativo le prestazioni necessarie per soddisfare gli obiettivi di tutela costituzionalmente fissati. Inevitabilmente, quindi, uno snodo essenziale in tale processo è costituito dalla individuazione dell'ente territoriale, alla luce del riparto delle materie legislative tra Stato e Regioni contenuto nell'art. 117 Cost., su cui ricade la competenza (e il dovere) di attivarsi legislativamente allo scopo suddetto.

Le materie che intersecano il settore della salute sono molteplici, ma gli interventi normativi adottati nell'esercizio delle relative competenze devono risultare indirizzati, pur nella differenza dei profili e degli ambiti

propri a ciascuna di esse, alla medesima finalità di assicurare il pieno ed effettivo godimento del diritto protetto dall'art. 32 Cost.

La prima materia a entrare in gioco è, ovviamente, la «tutela della salute», che l'art. 117, comma 3, Cost. attribuisce alla competenza legislativa concorrente tra Stato e Regioni, riservando cioè al primo il compito di fissarne i principi fondamentali con legge e alle seconde di introdurre, nel rispetto di quei principi, la disciplina di dettaglio. Le differenziazioni regionali nel perseguire la tutela della salute sono dunque costituzionalmente garantite, con il limite che esse si producano in conformità con le scelte di fondo che nella stessa materia devono essere espressamente stabilite o implicitamente ricavabili dalla legislazione dello Stato. Va peraltro ricordato, sulla scorta di una giurisprudenza costituzionale costante, che sono da ritenersi inclusi nella materia «tutela della salute» anche l'organizzazione sanitaria e, più in generale, gli aspetti organizzativi dell'attività sanitaria, quando siano in condizione di «incidere sulla salute dei cittadini, costituendo le modalità di organizzazione del servizio sanitario la cornice funzionale ed operativa che garantisce la qualità e l'adeguatezza delle prestazioni erogate» (in questi termini, ad esempio, Corte costituzionale 26 aprile 2006, n. 181 e Corte costituzionale 4 giugno 2010, n. 207)⁸.

Le attribuzioni normative regionali relative alla «tutela della salute» possono poi essere attraversate, e quindi ulteriormente limitate, dall'esercizio della competenza (di natura c.d. finalistica) riguardante la «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale», che l'art. 117, comma 2, lett. m), assegna alla potestà normativa esclusiva

⁸ Sull'estensione della materia «tutela della salute» nell'art. 117, comma 3, Cost., si v., se si vuole, D. MORANA, voce *Tutela della salute*, in G. GUZZETTA, F.S. MARINI, D. MORANA (a cura di), *Le materie di competenza regionale*, Napoli, 2015, 583 ss.; nonché, con particolare riferimento alla collocazione “competenziale” della dimensione dell'appropriatezza, EAD., *L'appropriatezza quale oggetto di valutazioni tecnico-scientifiche nel sistema di riparto delle competenze fra Stato e Regioni*, in *Corti supreme e salute*, 2024, 1, 87 ss., spec. 89 ss. V. anche, in specie per ciò che concerne le numerose sovrapposizioni fra «tutela della salute» e altri ambiti materiali, i contributi raccolti in R. BALDUZZI, G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002, e in particolare quello di B. PEZZINI, *Diritto alla salute e diritto all'assistenza tra tensione all'uniformità e logiche della differenziazione*, ivi, 87 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 *Le Regioni*, 2007, 6, 977 ss.; più di recente, S.R. VINCETI, *Gli incerti confini della materia “tutela della salute”*, in *Giur. cost.*, 2023, 5, 2189 ss.

dello Stato⁹. Si tratta, per quanto concerne l'ambito sanitario, dei livelli essenziali di assistenza (LEA), che individuano le prestazioni a tutela della salute la cui fruibilità deve essere in ogni caso assicurata in tutti i sistemi sanitari regionali. In altri termini, l'inclusione di una prestazione nei LEA comporta che essa debba essere necessariamente erogata dalle Regioni, le quali sono titolari – si è appena ricordato – della potestà legislativa concorrente in materia di «tutela della salute» e debbono quindi occuparsi, tra l'altro, di disciplinare nel dettaglio e di gestire l'organizzazione sanitaria, in aderenza ai principi stabiliti dalla legislazione statale. Com'è noto – e ciò spiega anche il titolo di questo Convegno – anche i trattamenti sanitari relativi alla PMA, sia omologa che eterologa, sono attualmente inclusi tra i LEA adottati con d.P.C.M. 12 gennaio 2017¹⁰.

La definizione e l'aggiornamento dei LEA, secondo la procedura ordinaria attualmente disciplinata dall'art. 1, commi 554 ss., della legge 28 dicembre 2015, n. 208, avvengono con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari. Ma al di là del dato procedimentale – che pure presenta profili di particolare complessità – e senza entrare nel merito delle questioni concernenti il loro finanziamento, deve evidenziarsi che i tempi dell'adeguamento, che finora sono stati estremamente lunghi, aprono un fronte problematico anche rispetto all'evoluzione scientifica e tecnologica: davanti al ritmo sempre più veloce dell'innovazione in ambito sanitario, infatti, la lentezza con cui si procede alla regolazione giuridica dei LEA rende assai concreto il rischio che il sistema sanitario continui a offrire prestazioni e tecniche non più ottimali alla luce degli avanzamenti che nel frattempo si sono prodotti nel settore medico, e ne escluda invece altre più efficaci o più convenienti dal punto di vista economico.

Pur in presenza di questi profili critici, resta comunque fermo che attraverso la previsione dei LEA il sistema costituzionale persegue il

⁹ Per un inquadramento costituzionale di tale competenza, v., da ultimo, F. MASCI, *I livelli essenziali delle prestazioni: appunti per una ricostruzione*, Napoli, 2025, spec. 110 ss. e A. NAPOLITANO, *La dimensione multilivello del diritto alla salute. Esigenze di tutela e vincoli di sistema*, Napoli, 2025, spec. 55 ss.

¹⁰ Sul tema si rinvia a L. LAMBERTI, *Livelli Essenziali di Assistenza e procreazione medicalmente assistita*, in *Nuove Autonomie*, 2025, 1, 109 ss.

basilare obiettivo (che non può dirsi ancora conseguito) di strutturare un sistema sanitario nazionale nel quale determinate prestazioni devono essere assicurate alla persona, sotto il profilo sia quantitativo che qualitativo, indipendentemente dalla Regione in cui si trovi a vivere. È in gioco, in definitiva, la necessità di garantire l'eguaglianza in relazione al godimento di un effettivo diritto alle cure.

Si tratta di un aspetto su cui la giurisprudenza costituzionale ha espresso parole estremamente chiare, da ultimo nella sentenza 3 dicembre 2024, n. 192, in cui si afferma che i livelli essenziali delle prestazioni «implicano una delicata scelta politica, perché si tratta – fondamentalmente – di bilanciare uguaglianza dei privati e autonomia regionale, diritti e esigenze finanziarie e anche i diversi diritti fra loro», al fine di «garantire uno *standard* uniforme delle stesse prestazioni in tutto il territorio nazionale».

Nella stessa decisione si chiarisce, inoltre, quale differenza intercorra tra i livelli essenziali delle prestazioni e il «nucleo essenziale» o «nucleo minimo del diritto»: lo scopo della fissazione dei livelli essenziali delle prestazioni è quello di «assicurare, se possibile, uno *standard* di tutela superiore al nucleo minimo del diritto, in collegamento (per quel che riguarda i diritti sociali) con l'art. 3, secondo comma, Cost., che affida alla Repubblica il compito – di più ampio respiro rispetto all'erogazione delle prestazioni minime – di “rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana”». In altri termini, per questa giurisprudenza, mentre nucleo minimo del diritto deriva «dalla Costituzione e va garantito [...], a prescindere da considerazioni di ordine finanziario», i livelli essenziali «sono un vincolo posto dal legislatore statale, tenendo conto delle risorse disponibili, e rivolto essenzialmente al legislatore regionale e alla pubblica amministrazione; la loro determinazione origina, poi, il dovere dello stesso Stato di garantirne il finanziamento».

Con riguardo a quest'ultimo profilo, sono in realtà molteplici le occasioni in cui la Corte ha richiamato il legislatore statale al suo dovere di stanziare le risorse necessarie a rendere pienamente esigibili le prestazioni incluse nei livelli essenziali; in caso contrario, la fissazione dei LEA assumerebbe una inaccettabile e generica funzione programmatica priva di concreti risvolti sul piano dell'effettività (in questo senso, tra le altre, Corte costituzionale 12 luglio 2017, n. 169). Per quanto attiene alle Regioni, la giurisprudenza costituzionale ha anche messo in chiaro che le risorse

economiche che nei loro bilanci sono destinate al finanziamento dei LEA hanno carattere vincolato: di conseguenza le stesse Regioni non possono utilizzarle per altri scopi (ad esempio, sent. 24 giugno 2021, n. 132 e sent. 18 gennaio 2024, n. 1).

Per concludere la ricognizione sulle competenze bisogna aggiungere che, accanto alle due materie legislative principali di cui si è finora detto («tutela della salute» e «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni»), esistono ulteriori attribuzioni in grado di incidere sul diritto alla salute e sulla sua attuazione. Si pensi, in particolare, alla «profilassi internazionale», di competenza esclusiva dello Stato (alla quale, tra l'altro, la sent. n. 37/2021 della Corte costituzionale ha ricondotto la disciplina statale emergenziale adottata durante la pandemia da Covid-19¹¹); all'ambito delle «professioni», di competenza concorrente (che include naturalmente la disciplina delle professioni sanitarie, la cui individuazione è di spettanza statale in quanto rientrante tra i principi fondamentali della materia); all'«ordinamento civile» e all'«ordinamento penale», materie esclusive dello Stato, in cui ricadono una serie di specifici aspetti che toccano l'ambito sanitario (tra cui, ad esempio, la disciplina del consenso informato, il regime della responsabilità del professionista sanitario ecc.).

Si è dunque davanti a una molteplicità di materie e competenze normative che non deve comunque far dimenticare il carattere teleologico che le accomuna: la costruzione di un sistema in grado di assicurare effettività al diritto a cure appropriate e rispondente a un adeguato *standard* qualitativo. Anche in ragione di questo presupposto, per le scelte normative nel settore sanitario che si pongano a cavallo di più competenze attribuite a enti territoriali diversi la giurisprudenza costituzionale fa sovente valere il principio di leale collaborazione tra Stato e Regioni, postulando il raggiungimento di intese tra essi e rendendo consueto quello che è stato chiamato il «metodo del consenso»¹².

Dall'articolato quadro costituzionale che si è descritto, emerge allora come il modello regionale italiano, applicato al settore della protezione

¹¹ Sull'interpretazione della «profilassi internazionale» nella sent. n. 37/2021 – nel quadro di una più ampia riflessione sulle criticità del riparto di competenze in materia sanitaria durante l'emergenza pandemica – cfr. G. RIVISECCHI, *Riparto delle competenze e finanziamento delle funzioni tra Stato e Regioni nella tutela del diritto alla salute: dall'emergenza alla stabilizzazione*, in *Dir. soc.*, 2021, 2, 223 ss., spec. 235 ss.

¹² Per usare l'espressione di R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, III ed., Torino, 2025, 127.

della salute, preveda che la regionalizzazione dei servizi sanitari (e la conseguente differenziazione) si sviluppi nel solco di esigenze unitarie che attengono anzitutto all'obiettivo di un eguale diritto di accesso alle cure su tutto il territorio nazionale. Differenziare i servizi sanitari regionali, insomma, non deve comportare come conseguenza che l'effettività del diritto alla salute riceva una garanzia "a macchia di leopardo".

Il verificarsi di quest'ultima conseguenza – che non è mera ipotesi ma dato attuale di realtà – pone evidentemente degli interrogativi di importanza cruciale sulla funzionalità del modello.

Il rapporto tra effettività del diritto alle cure e autonomia territoriale appare particolarmente problematico, ad esempio, nei casi in cui una Regione non riesca ad assicurare adeguatamente la tutela dei LEA. Potrebbe osservarsi che, in questi casi, per porvi rimedio lo Stato è comunque abilitato ad attivare la clausola dell'art. 120, comma 2, Cost., ai sensi del quale «il Governo può sostituirsi a organi delle Regioni [...] quando lo richiedono la tutela dell'unità giuridica o dell'unità economica e in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, prescindendo dai confini territoriali dei governi locali»¹³. Ma l'esercizio del potere sostitutivo dovrebbe configurarsi come soluzione temporanea ed emergenziale, e non trasformarsi in una risposta stabile e permanente ai problemi di cui il sistema soffre e che si sono mostrati con particolare gravità, ad esempio, durante l'emergenza pandemica.

La questione mi pare che sia, dunque, quella di ripensare l'attuale modello di assistenza sanitaria a partire dagli specifici profili nei quali esso evidenzia le più acute incapacità di conseguire gli scopi cui è preordinato. Questa necessità di ripensamento non credo che possa essere utilmente perseguita cedendo alla semplicistica tentazione di "ricentralizzare tutto" e di escludere le autonomie territoriali regionali dalle scelte normative in materia sanitaria. Non appare verosimile, infatti, che possa incarnare una valida soluzione alle difficoltà che si palesano in diverse realtà territoriali quella che estromette gli stessi territori dalle decisioni che li riguardano. A ciò si aggiunga che una scelta di questo tipo finirebbe per dilapidare il peculio di esperienze, in molti casi tutt'altro che deteriori, che la configu-

¹³ Sull'esercizio del potere sostitutivo in sanità attraverso i cc.dd. Piani di rientro, v. A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari. Studio sulle questioni costituzionali sottese all'applicazione dell'Accordo tra Stato e Regione per garantire la tutela della salute*, II ed., Pisa, 2024.

razione regionalistica del Servizio sanitario nazionale ha accumulato nel corso di mezzo secolo.

Tra le leve migliorative da azionare potrebbe ad esempio inserirsi la configurazione di nuove e più efficaci forme di coordinamento tra centro e territori, o la valorizzazione di una congrua cornice unitaria attraverso la rivisitazione dei principi fondamentali della materia *ex art. 117, comma 3, Cost.* In proposito, non può non notarsi come da lungo tempo manchino prese di posizione normative da parte del legislatore nazionale, attraverso le quali – a partire dai nodi problematici che il sistema ha evidenziato nel corso degli anni – ridefinire le scelte di fondo e la direzione da intraprendere. L'impressione è che il legislatore statale abbia scelto invece di procedere in modo estemporaneo, con interventi-tampone per le emergenze o con la corsa disordinata a rifinanziare ora l'una, ora l'altra priorità.

Accantonando il tema dell'adeguatezza del livello di finanziamento del sistema sanitario (che pure assume, ovviamente, un rilievo enorme), è assai arduo pensare a una strategia per la fuoriuscita dalle difficoltà attuali che possa fare a meno di uno sforzo corale, nel quale siano coinvolte tutte le professionalità e tutti gli attori del governo sanitario. Uno sforzo attraverso cui rimettere mano ad alcune coordinate di base riguardanti, principalmente, la necessità di tenere insieme equità e sostenibilità nel rispondere ai bisogni sanitari locali, di assicurare che l'autonomia dei territori vada di pari passo con la loro responsabilità, di individuare quale sia la misura di differenziazione regionale compatibile con l'eguaglianza nel diritto alle cure e con la sua effettività. Va da sé che nessuna persona di buon senso potrebbe ritenere le questioni sul tappeto poco impegnative o presupporre l'esistenza di un pacchetto *prêt-à-porter* di interventi risolutivi.

In questo contesto, peraltro, si inseriscono i tentativi di forgiare forme di regionalismo ulteriormente differenziato ai sensi dell'art. 116, ultimo comma, Cost., tentativi che al momento appaiono in *stand-by*, dopo i cospicui profili di illegittimità della legge 26 giugno 2024, n. 86, rilevati dalla Corte costituzionale nella sent. n. 192/2024, ma comunque tutt'altro che tramontati. Rispetto a tali ipotesi, nella dottrina sono emerse (sia prima che dopo la individuazione dei relativi "paletti" da parte della giurisprudenza costituzionale) voci critiche che segnalano il pericolo di aggravare, per tale via, le diseguaglianze nel godimento del diritto alla salute nelle diverse comunità regionali¹⁴. Sembra in effetti meritare la più seria

¹⁴ In questo senso v. già, *ex multis*, R. BALDUZZI-D. SERVETTI, *Regionalismo differenziato*

considerazione il dubbio che l'ulteriore diversificazione, anziché porsi come *input* virtuoso per la complessiva adeguatezza dell'offerta sanitaria, ne diventi ulteriore elemento patologico e accresca il divario sostanziale nella quantità e qualità delle prestazioni offerte dai servizi sanitari regionali. Difficile, pertanto, non concordare con chi ha osservato che «affinché il regionalismo differenziato sia un'opportunità e non un rischio esso non può [...] essere disgiunto da un quadro generale di garanzia costituzionale per le Regioni "altre" rispetto a quelle interessate dai processi di differenziazione ed, in particolare, per quelle in condizioni di maggiore debolezza socio-economica»¹⁵. Anche lungo questo versante appare allora evidente l'indispensabilità non di riforme del sistema "pur che siano", ma soltanto di riforme in grado di apportare una ridefinizione del regionalismo (anzitutto di quello sanitario) operando una attenta ponderazione degli elementi in gioco e avendo come stella polare il rafforzamento in modo uniforme sul territorio nazionale dell'effettivo godimento del diritto alle cure.

Per concludere con una nota almeno parzialmente positiva, segnalo la sempre più diffusa consapevolezza intorno a un dato: prendere sul serio la declinazione territoriale del diritto alla salute non implica soltanto una sua garanzia geograficamente uniforme nella dimensione regionale, ma richiede anche un soddisfacente grado di prossimità nella erogazione delle prestazioni¹⁶. In altri termini, la rete assistenziale va costruita commisurandola alle specifiche necessità emergenti al livello locale, in modo da evitare, ad esempio, l'ospedalizzazione del paziente, quando si ricorra

e materia sanitaria, in *Rivista AIC*, 2019, 2, 1 ss.; L. CHIEFFI, *La tutela del diritto alla salute tra prospettive di regionalismo differenziato e persistenti divari territoriali*, in *Nomos*, 2020, 1 ss.; A. PITINO, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"*, in *Corti supreme e salute*, 2024, 2, 731 ss.; nonché, se si vuole, D. MORANA, *Una differenziazione davvero necessaria? Qualche osservazione (e molte perplessità) su Lea, organizzazione sanitaria e tutela della salute nell'ottica dell'art. 116, n.c., Cost.*, in *Corti supreme e salute*, 2020, 1, 243 ss. Sul medesimo tema v. anche, a commento della sent. n. 192/2024 della Corte costituzionale e per riferimenti bibliografici estesi e aggiornati, L. ABBRUZZO, *Regionalismo differenziato e diritto alla salute: verso una (ulteriore) differenziazione tra sistemi sanitari?*, in *Corti supreme e salute*, 2025, 2, 339 ss., spec. 357 ss.

¹⁵ Sono parole di E. GIANFRANCESCO, *Dimensione garantistica e dimensione collaborativa nel disegno costituzionale dei rapporti tra Stato e Regioni*, in *Rivista AIC*, 2019, 3, 202 ss.

¹⁶ Sulle diverse sfaccettature del rapporto fra tutela del diritto alla salute e assistenza sanitaria nei territori, anche alla luce dei processi di digitalizzazione che investono l'ambito sanitario, si v., se si vuole, i contributi raccolti in D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori. Questioni costituzionali nel rapporto Stato-Regioni*, Torino, 2025.

a essa esclusivamente per difetto di più adeguate alternative, o in modo da programmare interventi finalizzati alla prevenzione che ne potenzino l'utilità e l'efficacia in rapporto alle esigenze locali. In questa direzione, com'è noto, si è mosso il decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, adottato nell'ambito della Missione 6 – Componente 1 («Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale») del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), nella condivisibile logica che la tutela della salute possa essere meglio assicurata valorizzando moduli organizzativi volti a costituire una rete di strutture in grado di fornire un'assistenza territoriale di prossimità¹⁷.

¹⁷ Riflettono sulle potenzialità (e le criticità) di una *nuova* sanità territoriale, in linea con le indicazioni del PNRR e del DM n. 77 del 2022, R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *Dieci tesi per una nuova sanità territoriale*, in *Corti supreme e salute*, 2023, 2, 301 ss.; G. TURATI, *Che cosa blocca l'attuazione della riforma della sanità territoriale (e non solo)? Qualche spunto di riflessione*, ivi, 325 ss.; L. BUSATTA, *Potenzialità e aspetti critici del nuovo volto della sanità territoriale, tra esigenze di uniformità e difficoltà attuative*, in *federalismi.it*, 2023, 26, 18 ss.; nonché, più di recente, V. BURATTI, *La riforma della sanità territoriale: luci e ombre dei nuovi modelli organizzativi e assistenziali*, in *CERIDAP*, 2025, 2, 36 ss.

Abstract

Il contributo esamina le garanzie costituzionali di effettività del diritto fondamentale alla salute con specifico riferimento alla procreazione medicalmente assistita, indagando il rapporto tra attuazione legislativa dell'art. 32 Cost. e sindacato della Corte costituzionale. Attraverso l'analisi dell'evoluzione giurisprudenziale, si evidenzia come il limite dell'appropriatezza scientifica e l'autonomia del medico operino quali presidi contro scelte legislative non attuative del dettato costituzionale. Il lavoro affronta poi la tensione tra condizionamento finanziario e incompressibilità del diritto alle cure, rilevando un progressivo favor verso una più decisa valorizzazione del diritto alla salute e della necessaria incompressibilità del suo nucleo essenziale. La parte conclusiva è quindi dedicata all'analisi della tensione tra autonomia regionale e uniformità dei LEA, mettendo in guardia dai rischi di frammentazione derivanti dal regionalismo differenziato ed evidenziando la necessità di un ripensamento strutturale del sistema sanitario che integri equità e sostenibilità organizzativa.

This contribution examines the constitutional guarantees for the effectiveness of the fundamental right to health, with specific reference to medically assisted procreation (MAP), investigating the relationship between the legislative implementation of Article 32 of the Constitution and the oversight of the Constitutional Court. Through an analysis of jurisprudential evolution, the study highlights how the standard of scientific appropriateness and medical autonomy serve as safeguards against legislative choices that fail to implement constitutional mandates. The work then addresses the tension between financial constraints and the non-compressible nature of the right to healthcare, noting a progressive shift toward a more decisive emphasis on the right to health and the necessary protection of its essential core. The concluding section is dedicated to analyzing the tension between regional autonomy and the uniformity of the Essential Levels of Care (LEA), warning of the risks of fragmentation arising from differentiated regionalism and emphasizing the need for a structural rethinking of the healthcare system to integrate equity and organizational sustainability.