

Un diritto negato: l'articolo 32 della Costituzione e il Ddl di autonomia differenziata

Francesco Pallante

(Università di Torino)

La salute negata

Parto dal titolo assegnato alla mia relazione: la salute come diritto «negato». Direi che si tratta di un'evidenza oggi difficile da contestare. Potrei intervenire solo su questo, ma mi limito a ricordare tre dati.

Il primo è l'inadeguatezza dell'ammontare del Fondo sanitario nazionale (Fsn) rispetto alle esigenze di tutela della salute della popolazione. Il Fondo ammonta quest'anno a 134 miliardi di euro, erano 129 nel 2023. Un incremento nominale di 5 miliardi, insufficiente a far fronte agli adeguamenti salariali per il personale e all'elevatissima inflazione che si è abbattuta, in questi anni, anche sulle strutture sanitarie. Le comparazioni internazionali – relative sia alla spesa in rapporto al Pil, sia alla spesa pro-capite – certificano un impegno italiano corrispondente grosso modo alla metà di quello dei Paesi a noi paragonabili, come la Germania o la Francia. Conseguentemente, bassa è la nostra posizione nelle classifiche relative al personale sanitario (medici e, soprattutto, infermieri) e ai posti letto. La cosa più preoccupante è che tale inadeguatezza è destinata a peggiorare. Secondo le previsioni governative (risalenti al Governo Draghi e confermate dall'esecutivo in carica), la spesa pubblica in salute scenderà nel 2025 al 6,1% del Pil: un dato al di sotto non soltanto dei livelli pre-pandemia, ma soprattutto della misura minima perché un sistema sanitario possa funzionare in modo adeguato. Siamo all'ultimo posto tra i Paesi del G7, al di sotto della media Ocse. Non a caso già oggi la spesa privata in salute è elevatissima (secondo la Corte dei Conti, il 21,5% del totale: contro il 9% della Francia e l'11% della Germania), e la tendenza è in crescita. Lo stesso dicasi per i tempi d'attesa. È vero che la Missione 6 del Pnrr prevede per la sanità risorse aggiuntive, ma – come segnalato dall'Ufficio parlamentare di bilancio – si tratta di risorse destinate a investimenti infrastrutturali che aumenteranno l'esigenza di spesa corrente continuativa, senza però che vi siano risorse impiegabili a tal fine: paradossalmente, l'effetto potrebbe essere quello di *peggiorare*, a regime, la situazione finanziaria del Servizio sanitario nazionale (Ssn).

Secondo dato. Inadeguata – oltre alla consistenza del Fsn – è altresì la distribuzione del Fondo stesso tra i Servizi sanitari regionali (Ssr). Il dato maggiormente preoccupante è il drammatico divario nella spesa pro-capite tra le regioni. Gli ultimi rilievi certificano una disparità che, nella massima ampiezza della forbice, tocca i 600 euro annui: è un'enormità, se si considera che tale cifra corrisponde a circa un quarto della spesa media nazionale. I criteri di riparto, oltretutto, non considerano (se non in misura minima) il disagio sociale, la cui incidenza sulla salute è ben nota, ma si limitano a rilevare il numero dei residenti e ad attribuire una parziale incidenza all'anzianità della popolazione. È un sistema che opera a detrimento del Sud, dove il disagio sociale è più marcato e la popolazione è più giovane: un Sud già sofferente per gravi carenze infrastrutturali, che viene penalizzato altresì nel riparto ordinario delle risorse. Non stupiscono, dunque, i dati sul monitoraggio Lea,

secondo i quali tutto il Centro-Sud (dal Lazio in giù, con la sola eccezione della Puglia) non rispetta i parametri essenziali di tutela del diritto alla salute. Drammatici sono i dati in Campania, Calabria, Sicilia e Sardegna. Percentuali crescenti di malati si spostano dal Sud al Nord del Paese, nella speranza di trovare le cure di cui necessitano. La diseguaglianza tra i diversi Ssr è oramai così profonda che la mobilità sanitaria “vale” almeno 10 miliardi di euro (probabilmente, di più): poiché tali spese sanitarie sono a carico delle regioni di provenienza dei malati, ne deriva un imponente trasferimento di risorse dal Sud al Nord, che, a sua volta, alimenta la diseguaglianza in un circolo vizioso destinato a crescere senza posa. Alcune regioni, come la Lombardia, confidano si tratti di un fenomeno strutturale, oramai incontrovertibile, e adeguano la propria disponibilità di posti letto a un’utenza che include la mobilità in entrata.

A risentirne – ed è questo il terzo dato che richiamo alla vostra attenzione – sono gli indicatori di salute. I risultati sono ancora, mediamente, buoni, a dimostrazione della capacità della sanità pubblica di fare un uso sapiente delle poche risorse a sua disposizione: basti dire che siamo ancora al di sopra della media Ocse sia per il tasso di mortalità prevenibile, sia per il tasso di mortalità trattabile. Il vero problema sono le crescenti disparità territoriali. Al Sud si vive mediamente un anno e mezzo in meno che al Nord, e all’interno dello stesso Nord vi sono differenze tra il Nord Est e il Nord Ovest (a favore del primo). Il divario aumenta sensibilmente se si considerano l’aspettativa di vita in salute e l’aspettativa di vita senza limitazioni: sono gli indicatori più importanti, che fanno oramai segnare uno scarto di circa quindici anni tra la Provincia di Bolzano e la Calabria. Le morti evitabili grazie a un’assistenza tempestiva ed efficace sono 18 ogni 10mila abitanti al Sud, 14 al Nord. Il dato a mio parere più disturbante è che oramai la diseguaglianza colpisce persino il diritto di venire al mondo, la base di tutto. Secondo gli ultimi rilievi sulla mortalità infantile, un bambino che nasce nel Mezzogiorno ha il 50% di possibilità in più di morire nel suo primo anno di vita rispetto a un coetaneo nato al Nord. Se nel 2018 il Sud avesse avuto lo stesso tasso di mortalità infantile del Nord, sarebbero sopravvissuti 200 bambini. Ne *I fratelli Karamazov*, Fedor Dostoevskij fa dire a Ivan, in dialogo con Alioscia, che nemmeno la felicità, la pace e la tranquillità dell’umanità intera possono giustificare le sofferenze di una creatura innocente. Ecco: se nemmeno la salvezza dell’umanità vale la lacrima di un bambino o di una bambina, come possiamo noi rimanere indifferenti di fronte a questi 200 bambini che potremmo salvare e non salviamo ogni anno?

Il dovere di attuare i diritti

In base alla legge 833/1978, il diritto alla salute – il solo che la Costituzione qualifichi espressamente come «fondamentale» – deve trovare attuazione tramite la «promozione», il «mantenimento» e il «recupero» «della salute fisica e psichica di *tutta* la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l’*eguaglianza* dei cittadini nei confronti del servizio» (così, l’art. 1, co. 3). A tal fine, l’art. 2, co. 1, n. 3, prevede che il Ssn si faccia carico, tra l’altro, della «diagnosi e [della] cura degli eventi morbosi quali che ne siano le cause, la fenomenologia e la durata».

Ebbene: ciò che sta avvenendo – e, in parte, già è avvenuto – è l’allontanamento da questo quadro normativo: dal quadro normativo, cioè, che aveva saputo porre le condizioni per

dare piena attuazione al dettato costituzionale. In atto sotto ai nostri occhi è il rapido scivolamento verso una situazione in cui – là dove andrà bene – il Ssn manterrà essenzialmente il compito di presidiare la fase emergenziale dei bisogni di salute, mentre tutto ciò che rientra nella fase post-acuzie sempre più diverrà terreno devoluto all'intervento dei privati (e in questo – mi sia permesso di dirlo non senza una punta di polemica – il *welfare* aziendale defiscalizzato, promosso anche da alcuni sindacati del personale sanitario, certamente non aiuta).

Non c'è dubbio che, dal punto di vista costituzionale, quando sta accadendo sia inammissibile.

Il riconoscimento di un diritto nella Costituzione non è un atto meramente formale, la cui attuazione è rimessa alla buona volontà delle pubbliche autorità competenti, ma è un vero e proprio vincolo giuridico alla sua attuazione, che grava, *in primis*, sul legislatore in una duplice accezione:

- 1) come vincolo alla predisposizione della normativa primaria di attuazione (dalla cui esecuzione deriverà, poi, la concreta “messa in atto” del diritto);
- 2) e come vincolo all'allocazione nella legge di bilancio delle risorse economiche necessarie all'attuazione del diritto stesso.

Attuazione materiale e attuazione finanziaria devono andare di pari passo. Chiarissima, sul punto, è la sent. 142/2021 della Corte cost., in cui si legge: «l'effettività del diritto alla salute è assicurata dal finanziamento e dalla corretta ed efficace erogazione della prestazione, di guisa che il finanziamento stesso costituisce condizione necessaria, [ancorché] non sufficiente, del corretto adempimento del precetto costituzionale».

È questo, peraltro, un discorso che vale per tutti i diritti costituzionali, i quali devono tutti trovare attuazione – materiale e finanziaria – quantomeno per quanto attiene al loro contenuto minimo essenziale: vale a dire la soglia andando al di sotto della quale il diritto risulterebbe violato (così, la Corte cost. nella sent. 80/2010).

Entrate e spese pubbliche

Le conseguenze di questa impostazione sono due.

La prima conseguenza riguarda il lato delle entrate pubbliche e ci dice che il sistema tributario non può essere strutturato in modo tale da raccogliere risorse inadeguate all'attuazione finanziaria del contenuto minimo essenziale di tutti i diritti costituzionali. E, in effetti, le risorse per incrementare la consistenza del Fsn ci sarebbero: l'Italia è a tutt'oggi una delle economie più ricche del mondo (la ricchezza privata ammonta a quasi 11 mila miliardi di euro, secondo i dati Bankitalia), ma il sistema tributario è costruito in violazione del principio di progressività sancito dall'art. 53 Cost. Un peso fiscale eccessivo grava sui redditi bassi e medi (e, direi, persino sui redditi medio-alti); mentre i redditi alti e altissimi sfuggono al dovere tributario. Le persone trasaliscono quando ricordo che l'Irpef istituita da Bruno Visentini nel 1973 era articolata su 32 scaglioni, con aliquota massima al 72% e minima al 10%. Oggi gli scaglioni sono appena 3 (con aliquote tra il 43% e il 23%) e il Governo progetta di arrivare, entro fine legislatura, a uno soltanto (la *flat tax*). Nel contempo, le agevolazioni fiscali sottraggono all'erario oltre 100 miliardi di euro all'anno;

lo stesso fa l'evasione fiscale. Potremmo raddoppiare o triplicare il Fsn, se solo avessimo la volontà politica di farlo.

La seconda conseguenza è sul lato delle uscite pubbliche e ci dice che le spese non sono tra loro tutte equivalenti:

- vi sono spese costituzionalmente vietate: quelle che consentirebbero attività lesive del contenuto minimo essenziale dei diritti costituzionali;
- vi sono, al contrario, spese costituzionalmente obbligatorie: quelle inerenti all'attuazione del contenuto minimo essenziale dei diritti costituzionali;
- vi sono, infine, spese costituzionalmente facoltative: quelle inerenti all'attuazione dei diritti costituzionali oltre il loro contenuto minimo essenziale.

Il campo della discrezionalità politica nell'ambito della decisione di bilancio è quello delle spese costituzionalmente facoltative, che il legislatore può liberamente decidere solo dopo aver integralmente finanziato le spese costituzionalmente obbligatorie. Spetterà altrimenti alla Corte costituzionale intervenire, annullando le leggi di bilancio che non rispettano le corrette priorità (così, da ultimo, la sent. 275/2016 della Corte cost.). Come ha scritto Gustavo Zagrebelsky: per le spese che corrispondono a veri e propri diritti di prestazione sanciti dalla Costituzione, «non c'è politica (e quindi nemmeno dipendenza da *interpositio* di valutazioni discrezionali del legislatore), ma solo giurisdizione in nome della Costituzione».

Il riparto delle competenze tra lo Stato e le regioni e il loro finanziamento

Il discorso sulle entrate e sulle uscite si complica un poco in relazione alle materie per le quali la Costituzione prevede il riparto delle competenze tra lo Stato e le regioni: com'è nel caso della salute.

In tali materie, quando sono coinvolti diritti costituzionali, l'art. 117 Cost. prevede che:

- lo Stato stabilisca i livelli essenziali delle prestazioni (Lep) che devono essere garantiti in modo uniforme su tutto il territorio nazionale;
- le regioni (o, in alcuni casi, gli enti locali: quando lo prevede l'art. 118 Cost.) provvedano (a) a erogare i Lep, organizzandosi come ritengono più opportuno, e (b) eventualmente, a erogare altresì prestazioni ulteriori.

Il successivo art. 120, co. 2, Cost. prevede che lo Stato rimanga, in ogni caso, garante di ultima istanza della tenuta del sistema costituzionale, in particolare per quanto attiene al rispetto dei Lep. A tal fine, può fare affidamento sui poteri sostitutivi che – secondo quanto sancito dalla sent. 71/2023 della Corte cost. – possono giungere sino al commissariamento degli enti territoriali incapaci di garantire il rispetto dei Lep.

Attenzione, in proposito, a un possibile equivoco. La nozione di «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti costituzionali» (i Lep) *non* è equivalente alla nozione di «contenuto minimo essenziale dei diritti costituzionali», di cui ho parlato in precedenza. Il «contenuto minimo essenziale» di un diritto è un dato oggettivo, ancorché mutevole nel tempo, ricavabile dalla Costituzione; il «livello essenziale delle prestazioni» concernenti lo stesso diritto è un dato soggettivo fissato discrezionalmente dal legislatore. Tale «livello essenziale delle prestazioni» può essere corrispondente o superiore al «contenuto minimo

essenziale», a seconda di quel che il legislatore deciderà; non può mai, invece, essere inferiore, perché in tal caso si verrebbe a configurare una violazione del diritto costituzionale sanzionabile dal giudice delle leggi.

Quanto ai profili finanziari, se ne occupa l'art. 119 Cost., la cui disciplina è stata sviluppata dalla legge 42/2009 e, per ciò che concerne le regioni, dal d.lgs. 68/2011. In estrema sintesi (mi "appoggio" qui a quanto sancito nelle sentt. 169/2017 e 220/2021 della Corte cost.), la normativa prevede che per ogni prestazione che compone il livello essenziale di un diritto sia definito il relativo «costo standard» e che alle regioni siano garantite le risorse necessarie a far fronte a tutti i costi standard. La somma dei «costi standard» determina il «fabbisogno regionale standard»: vale a dire, l'ammontare di risorse che dovrebbe essere assegnato a ogni regione per consentire a tutte di garantire in modo uguale i Lep sul proprio territorio.

Non è quello che avviene oggi. Secondo i calcoli più attendibili (da ultimo, dell'Upb e di Bankitalia), fornire realmente a tutte le regioni le risorse necessarie per attuare quantomeno il contenuto minimo essenziale di tutti i diritti costituzionali, ripianando altresì lo squilibrio infrastrutturale (che incide sui costi standard), significherebbe incrementare la spesa pubblica statale di circa 100 miliardi di euro, da destinarsi integralmente alle regioni meridionali. Non c'è bisogno di soffermarsi sulle implicazioni politiche che una scelta di questo genere comporterebbe.

Si spiega così perché le regioni (e gli enti locali) continuano, anche dopo il 2001, a essere finanziate secondo l'incostituzionale criterio della spesa storica, che penalizza il Sud, e perché il finanziamento del Fsn sia deciso annualmente dalla Conferenza Stato-regioni senza che ai Lep sanitari (i Lea) e ai loro costi standard sia attribuito alcun rilievo.

L'autonomia differenziata: il finanziamento

Questo stesso schema è sostanzialmente riprodotto dal costituendo quadro normativo sull'autonomia regionale differenziata. In base all'art. 5 del ddl Calderoli, le regioni che si differenzieranno riceveranno le risorse ulteriori di cui necessitano in base non ai Lep e ai relativi costi standard, bensì in base a quanto stabilito da un'apposita commissione composta pariteticamente dallo Stato e dalla regione. Per essere chiari: nel caso del Veneto, per es., una commissione nominata per metà da Calderoli e per metà da Zaia. È il modello delle regioni speciali, che l'art. 116, co. 3, Cost., imponendo il rispetto dell'art. 119 Cost., espressamente esclude che sia riproducibile.

Più in specifico, è l'intera normativa finanziaria del ddl Calderoli a risultare ben poco credibile. Secondo le sue disposizioni (artt. 5, 9, 10), tutta l'operazione dovrebbe infatti avvenire (a) assegnando risorse ulteriori alle regioni che si differenzieranno, (b) garantendo l'invarianza finanziaria per le regioni che non si differenziano, (c) assegnando risorse aggiuntive ai territori che patiscono squilibri sociali ed economici, (d) realizzando la perequazione infrastrutturale: il tutto – si badi – senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. La tesi del Governo è che tutto ciò sarà reso possibile dalla riduzione della spesa statale derivante dalla devoluzione delle funzioni alle regioni, ma l'Upb ha ampiamente dimostrato che la perdita delle economie di scala che ne deriverebbe mina alla radice la credibilità economica di tale aspettativa.

La verità – peraltro, apertamente riconosciuta in numerose dichiarazioni stampa dal ministro Calderoli e dai presidenti della Lombardia e del Veneto – è che le regioni interessate a differenziarsi mirano, essenzialmente, al “recupero” del residuo fiscale. Cosa sia il residuo fiscale è presto detto: è il risultato che si ottiene sottraendo dalla spesa pubblica effettuata in un determinato territorio l’ammontare del gettito fiscale generato da quello stesso territorio. Se il risultato è negativo, significa che quel territorio riceve in spesa pubblica meno di quanto versa in imposte: dunque, parte delle risorse generate dalle imposte sono distolte dal territorio e impiegate altrove. Al contrario, se il risultato è positivo, significa che quel territorio riceve in spesa pubblica più di quanto versa in imposte: dunque, parte della spesa è finanziata tramite risorse generate da imposte riscosse altrove. Il Veneto e la Lombardia vanterebbero, rispettivamente, un residuo fiscale di 18 e 54 miliardi di euro; l’Emilia-Romagna di 17 miliardi: il totale fa poco meno di 90 miliardi. Includo l’Emilia-Romagna, pur non avendo mai il suo presidente rivendicato espressamente il residuo fiscale (a quanto io sappia), perché in tutti i documenti sinora stipulati tra la regione e lo Stato – il pre-accordo del febbraio 2018 (con il Governo Gentiloni) e le bozze d’intesa del febbraio-maggio 2019 (con il Governo Conte I) – ricorre l’esplicita previsione che le nuove competenze regionali saranno finanziate in base al gettito dei tributi maturati sul territorio regionale: il che equivale a dire, in base al residuo fiscale.

Il fatto è che la nozione di residuo fiscale è logicamente errata e giuridicamente insostenibile:

- è logicamente errata perché le regioni non pagano imposte né ricevono servizi pubblici: a farlo sono le persone e, in un caso e nell’altro, a nulla rileva che siano residenti in questo o quel territorio regionale. Quel che si paga e quel che si riceve dipende dal reddito, dal patrimonio, dall’età, dallo stato di salute, dalle condizioni personali, dalla situazione familiare e via dicendo: tutti elementi che, salvo eccezioni, nulla hanno a che vedere con la residenza;
- ed è giuridicamente insostenibile perché la Costituzione (agli artt. 2 e 53), impone doveri di solidarietà economica, politica e sociale ai cittadini in quanto tali, e non ai veneti nei confronti dei veneti o agli emiliano-romagnoli nei confronti degli emiliano-romagnoli (chiarissima sul punto è la sent. 83/2016 della Corte cost.). Di nuovo, il territorio di residenza non assume rilievo alcuno, pena la frammentazione dell’unità nazionale, a partire dal popolo che ne costituisce la base. Il già richiamato principio costituzionale della progressività fiscale implica una redistribuzione della ricchezza tra concittadini dello Stato, quale strumento attraverso cui sviluppare il legame sociale tra le persone: rattrappare la redistribuzione al livello dei corregionali, a discapito dei connazionali, significa sancire il prevalere dell’appartenenza regionale su quella nazionale. Esattamente quel che denuncia Gianfranco Viesti quando parla di «secessione»: rivendicare il residuo fiscale è un’aperta violazione dell’articolo 5 della Costituzione.

L’autonomia differenziata: la sanità

Assieme al defianziamento del Fsn, l’autonomia differenziata è l’altra grave minaccia che oggi pende sul nostro Ssn.

È evidente, alla luce di quanto detto in apertura, che l'urgenza sarebbe quella di un'azione politica volta a combattere le enormi differenze che segnano la tutela della salute nelle diverse regioni italiane. L'obiettivo dovrebbe essere una maggiore uguaglianza e uniformità tra i territori nella tutela dei cittadini; al contrario, quello che ci viene proposto è un incremento della differenziazione a favore dei più benestanti.

Le principali richieste di differenziazione provenienti da Veneto, Lombardia ed Emilia-Romagna in ambito sanitario riguardano tutte le funzioni-chiave oggi ancora assegnate alla competenza dello Stato. Ne propongo una rapida panoramica:

- l'organizzazione generale del servizio sanitario regionale (Ssr);
- la struttura amministrativa interna delle Asl e degli altri enti che operano nell'ambito del Ssr;
- l'offerta sanitaria ospedaliera e territoriale;
- la definizione del fabbisogno del personale secondo le diverse tipologie contrattuali (quanto personale a tempo indeterminato, quanto a tempo determinato, quanto in convenzione);
- le scuole di specializzazione e l'impiego anticipato degli specializzandi (e, in caso di necessità, anche dei semplici laureati);
- la regolamentazione della libera professione del personale medico (che coinvolge la delicatissima questione dell'attività svolta privatamente a pagamento dai medici pubblici);
- l'integrazione delle condizioni contrattuali dei dipendenti della sanità regionale (il poterli, dunque, pagare di più, sottraendo le competenze migliori alle altre regioni);
- la compartecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria tramite i ticket (questione delicatissima, che impatta sul godimento stesso del diritto);
- l'istituzione di fondi finanziari integrativi, attraverso cui assegnare ulteriori risorse al proprio Ssr in una logica che richiama il mutualismo d'un tempo;
- la programmazione degli investimenti in edilizia e tecnologia sanitarie;
- la remunerazione delle prestazioni acquistate dai privati (questione di primario rilievo economico);
- la definizione dell'equivalenza terapeutica di farmaci e vaccini, la loro distribuzione ed erogazione (altra questione economicamente relevantissima);
- il potere di emanare ordinanze in deroga alla normativa statale e regionale (che, come tutti ricordiamo, è stata una delle questioni più spinose emerse nei mesi dell'emergenza da Covid-19).

Insomma, stiamo parlando della configurazione del servizio sanitario e del suo finanziamento; della definizione delle modalità di erogazione delle prestazioni; della disciplina del rapporto di lavoro del personale dipendente; degli interventi d'investimento in strutture e strumentazioni; del rapporto con i privati; dei farmaci. Di fatto, come dicevo poc'anzi, di tutto ciò che riguarda l'amministrazione sanitaria e la tutela del diritto alla salute, e che oggi, in parte significativa, ancora ricade nella competenza dello Stato.

Sarebbe il colpo finale al Servizio sanitario *nazionale*, in plateale negazione della legge 833/1978 che prevede non solo, come già ho ricordato, la «promozione», il «mantenimento» e il «recupero» della salute fisica e psichica di *tutta* la popolazione (art. 1, co. 3), ma soprattutto che sia realizzato «il *superamento degli squilibri territoriali* nelle

condizioni socio-sanitarie del paese» (art. 2, co. 2, lett. a). Se è indubbio che la salute è oggi un diritto negato – come recita il titolo del mio intervento –, riaffermare tale diritto a beneficio di tre sole regioni, dimenticando le restanti, significherebbe nient'altro che aggiungere ingiustizia all'enorme ingiustizia già esistente.

In fondo, la tragedia dell'autonomia differenziata è esattamente questa: chi la promuove ha perso la speranza di poter salvare l'Italia dal declino in atto, e si adopera per provare a salvare soltanto se stesso.

Tornare alla Costituzione

Eppure, una via d'uscita ci sarebbe: è quella tracciata dalla Costituzione. Le regioni, oggi ripiegate su se stesse, per soddisfare appetiti di potere autoreferenziali, devono tornare a essere istituzioni rivolte – come tutte le istituzioni che compongono la Repubblica – alla realizzazione dell'obiettivo ultimo sancito dalla Costituzione: il pieno sviluppo della persona umana, condizione necessaria affinché *tutti* possano effettivamente partecipare alla vita politica, economica e sociale del Paese (art. 3, co. 2, Cost.). La salute – indissolubilmente legata alla vita – è preconditione necessaria affinché ciò possa avvenire. E, invece, anche in campo sanitario il regionalismo, spinto al limite del secessionismo, ha peggiorato lo Stato senza migliorare le regioni. E, attraverso la confusione delle competenze – che sarebbe ulteriormente alimentata dal regionalismo differenziato –, ha complicato e indebolito il sistema costituzionale complessivo, oltre ogni ragionevolezza.

Proseguire lungo questa strada è una scelta irresponsabile. L'espansione incontrollata dei poteri regionali, fine a se stessa, va fermata e le regioni devono tornare a essere strumenti al servizio della Repubblica e del suo disegno di emancipazione di *tutti* i cittadini: a prescindere dal territorio in cui risiedono.