



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI "ROMA TRE"

SCUOLA DOTTORALE IN SCIENZE POLITICHE

CICLO XXVIII

SEZIONE "GOVERNO E ISTITUZIONI"

**La tutela della salute nel contesto della crisi economica:  
il problema della sostenibilità finanziaria.**

Dottorando

DOTT. ANTONIO PELLEGRINO - LISE

Tutor

PROF. CARLO COLAPIETRO

Coordinatore

PROF. LEOPOLDO NUTI

*A Mirella, Giovanna e Margherita*

La tutela della salute nel contesto della crisi economica:  
il problema della sostenibilità finanziaria.

\* \* \* \* \*

INDICE

**Capitolo I**

I diritti sociali e il diritto alla salute. La tutela costituzionale.

- 1.1. Premessa. p. 1
- 1.2. Breve introduzione sui diritti sociali. p. 1
- 1.2.1. La nascita dello Stato sociale. p. 1
- 1.2.2. La contrastata genesi dei diritti sociali. p. 8
- 1.3. La sanità nella fase pre-costituzionale. p. 13
- 1.4. La tutela costituzionale dei diritti sociali e del diritto alla salute. p. 18
- 1.4.1. L'affermazione dei diritti sociali nel sistema costituzionale. p. 19
- 1.4.2. L'art. 32 cost. ed il suo contenuto innovativo. p. 23
- 1.4.3. Il diritto alla salute e la sua difficile classificazione tra diritto sociale e libertà individuale, tra norma programmatica e norma precettiva. p. 27

**Capitolo II**

Le leggi sulla sanità e la difficile gestione della competenza multilivello.

- 2.1. L'istituzione del Servizio sanitario nazionale. p. 37
- 2.2. Le riforme degli anni Novanta. Verso la regionalizzazione della tutela della salute. p. 43

2.3. L'assetto delle competenze tra Stato e regioni.	p. 47
2.3.1 Il federalismo amministrativo a Costituzione invariata.	p. 48
2.3.2 La riforma del Titolo V della Costituzione.	p. 49
2.4. Le stagioni della giurisprudenza costituzionale e l'inesorabile cammino verso la "ricentralizzazione" delle competenze.	p. 54

### **Capitolo III**

#### La tutela della salute tra federalismo, condizionamenti finanziari e "contenuto minimo essenziale".

3.1. Premessa.	p. 73
3.2. I livelli essenziali delle prestazioni. Cenni.	p. 75
3.3. La difficile attuazione del federalismo fiscale.	p. 78
3.3.1. Il federalismo sanitario a Costituzione invariata.	p. 78
3.3.2. La costituzionalizzazione del federalismo.	p. 85
3.3.3 La lenta e difficile attuazione dell'art. 119 cost.	p. 97
3.3.3.1. La seconda stagione della finanza derivata tra vincoli comunitari e statali.	p. 98
3.3.3.2. L'avvento del federalismo fiscale.	p. 102
3.3.3.3. La realizzazione del federalismo fiscale. I livelli essenziali di assistenza e la sostenibilità della spesa sanitaria.	p. 108
3.4. La crisi finanziaria e l'arresto del federalismo fiscale.	p. 120

3.4.1. La crisi finanziaria e la riforma costituzionale dell'art. 81.	p. 120
3.4.2. L'arresto del federalismo fiscale.	p. 124
3.5. Il contenuto del diritto alla salute nella giurisprudenza costituzionale. Il bilanciamento tra esigenze economico-finanziarie ed effettiva tutela del diritto.	p. 127

## **Capitolo IV**

### La ricerca di un nuovo equilibrio sostenibile tra tutela alla salute e crisi economica.

4.1. Premessa.	p. 137
4.2. La linea tracciata dall'Unione Europea.	p. 137
4.3. Le indagini svolte dalle Commissioni parlamentari nel corso del 2014 e del 2015 in tema di sostenibilità Servizio sanitario nazionale.	p. 142
4.4. Il rapporto "Gimbe". Proposte per un Servizio sanitario nazionale sostenibile.	p. 149
4.5. Il tentativo di revisione costituzionale Boschi-Renzi.	p. 151
4.5.1. Il Senato delle autonomie e la controriforma del Titolo V.	p. 152
4.5.2. Il nuovo art. 119 tra costi e fabbisogni <i>standard</i> e abbandono del federalismo fiscale.	p. 156
4.6. Considerazioni conclusive. Prospettive di un nuovo equilibrio per la tutela della salute.	p. 158

### *Bibliografia*

p. 169

### *Abstract*

p. 196

## Capitolo I

\* \* \*

### **I diritti sociali e il diritto alla salute. La tutela costituzionale.**

SOMMARIO: - 1.1. *Premessa.* - 1.2. *Breve introduzione sui diritti sociali.* 1.2.1. *La nascita dello Stato sociale.* - 1.2.2. *La contrastata genesi dei diritti sociali.* - 1.3. *La sanità nella fase pre-costituzionale.* - 1.4. *La tutela costituzionale dei diritti sociali e del diritto alla salute.* - 1.4.1. *L'affermazione dei diritti sociali nel sistema costituzionale.* - 1.4.2. *L'art. 32 cost. ed il suo contenuto innovativo.* - 1.4.3. *Il diritto alla salute e la sua difficile classificazione tra diritto sociale e libertà individuale, tra norma programmatica e norma precettiva.*

#### 1.1. Premessa.

L'analisi della tutela della salute nella prospettiva della gestione della competenza multilivello e della sua sostenibilità finanziaria non può prescindere da una seppur sintetica descrizione della genesi del diritto alla salute nel nostro ordinamento. A tal fine sarà opportuno partire necessariamente dalla descrizione della nascita dello Stato sociale all'interno del quale trova sede il diritto della salute per poi andare a verificare come la disciplina di tale diritto (ma anche dalla sua stessa definizione ed estensione) sia stata affrontata nella fase pre-costituzionale per giungere alla sua piena costituzionalizzazione.

L'analisi della genesi del diritto alla salute permetterà di fornire la necessaria contestualizzazione degli argomenti che verranno sviluppati nei successivi capitoli.

#### 1.2. Breve introduzione sui diritti sociali.

##### 1.2.1. La nascita dello Stato sociale.

Il concetto di diritto soggettivo, quale perno per la tutela della libertà naturale del singolo, trova la sua piena affermazione con la nascita dello Stato moderno, o meglio nella sua evoluzione in Stato liberale<sup>1</sup>. Alla base di questa libertà si colloca l'individuo

---

<sup>1</sup> Cfr. G. U. RESCIGNO, *Corso di diritto pubblico*, Bologna, 2008, p. 84: «lo Stato liberale, i cui inizi possono collocarsi al tempo della rivoluzione inglese, e il cui dominio aperto e dispiegato cade dopo le rivoluzioni francese e americana, ha costituito la forma di Stato dominante per buona parte dell'Ottocento, sia pure con

persona giuridica che, nel contesto sociale in cui si muove, crea rapporti giuridici tramite l'espressione di volontà. Qui, la legge permette l'interrelazione dei diversi spazi di libertà individuali e funge, dunque, quale ordine della realtà sociale<sup>2</sup>.

In tale fase, incentrata sui diritti di libertà, poco spazio poteva residuare per l'affermazione dell'idea dei diritti sociali, intesi come prestazione sociale, oggetto o contenuto di un diritto soggettivo. Al centro delle società si trova l'originale valorizzazione del principio di libertà, ed è tale valore che risulta alla base dello Stato sostituendo il principio di autorità. Il potere, tuttavia, non viene affatto messo da parte ma la sua legittimazione risulta legata alla capacità di garantire la libertà<sup>3</sup>.

Per l'insorgere dei diritti sociali, quali li conosciamo oggi, rimaneva uno spazio, al di fuori del campo dei diritti, tra i doveri unilaterali della società che si rivolgevano in particolare in favore delle categorie sociali meno abbienti<sup>4</sup>. Tra i diritti di libertà e tali doveri vi era una differenza non solo di natura formale, ma anche di tipo sostanziale. Un diritto soggettivo trovava riconoscimento solo in quanto collegato alla tutela della sfera di libertà del singolo, mentre la tutela delle istanze sociali aveva un rilievo esclusivamente finalistico rispetto all'azione pubblica, dovendo comunque soccombere innanzi al valore fondamentale di libertà.

Una tale collocazione delle prestazioni sociali all'interno dello Stato liberale trovava conferma nella situazione economica dell'epoca. In particolare, infatti, come avremo modo di approfondire nel prosieguo del presente lavoro<sup>5</sup>, le istanze sociali trovavano conforto, maggiormente, in istituzioni private, quali ospedali, centri di carità e beneficenza nonché all'interno della famiglia stessa. Il sistema sociale era caratterizzato da tutele di natura privata, mentre l'intervento pubblico era del tutto residuale. Inoltre, tale sistema aveva per lo più carattere volontario in quanto frutto di libere scelte, familiari (nei casi in cui lo stesso nucleo affettivo compiva prestazioni a favore di un suo componente), caritatevoli (nel caso di istituti dediti a tal fine) e politiche (laddove fossero

---

tutte le mediazioni e compromessi imposti dallo scontro delle diverse classi, cosicché la realizzazione pratica è stata sempre al di sotto, e talvolta molto al di sotto del modello storico».

<sup>2</sup> A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, in *Enc. giur.*, Treccani, Roma, 1988, p. 1.

<sup>3</sup> M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, in *Scritti in onore di M. Mazzotti Celso*, II, Padova, 1995, p. 99.

<sup>4</sup> Cfr. A. BALDASSARRE, op. ult. cit., p. 1.

<sup>5</sup> V. *infra* § 1.3.

gli stessi governanti a definire le prestazioni sociali) senza alcuna pretesa di tipo giuridico<sup>6</sup>.

Tutto ciò ha alimentato la tradizionale convinzione di una sorta di minorità dei diritti sociali, in ragione del fatto che essi si sono affermati storicamente dopo i diritti di libertà che erano invece contemplati «*dai documenti fondativi del costituzionalismo moderno; solo i diritti di libertà erano stati iscritti nel cerchio, sacro e magico, di quella Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo e del cittadino che, allo spirare del diciottesimo secolo, vedeva la luce per segnare per sempre [...] la storia delle istituzioni e del pensiero politico. Solo i diritti di libertà, in una parola sembravano esprimere l'essenza della nuova fase storica che gli eventi rivoluzionari aveva aperto*»<sup>7</sup>. Pur non dovendo dimenticare le decisive evoluzioni dall'epoca della Rivoluzione francese in poi<sup>8</sup>, il percorso di affermazione dei diritti sociali nel costituzionalismo contemporaneo, ha avuto il suo primo consolidamento probabilmente nel più maturo Stato liberale<sup>9</sup>.

---

<sup>6</sup> A. BALDASSARRE, *op. cit.*, p. 2.

<sup>7</sup> M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, cit., p. 103; P. CARETTI, *Diritti fondamentali. Libertà e diritti sociali*, Torino, 2011, p. 489. Secondo A. BALDASSARRE, *op. cit.*, p. 4. L'idea della cultura giuridica tradizionale per la quale i diritti sociali dovrebbero essere posti ad un piano inferiore rispetto ai diritti di libertà è, in buona parte, dovuta all'assenza della loro enunciazione nella Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino del 1789 (si veda A. GIORGIS, *Diritti sociali*, in (diretto da) S. CASSESE, *Dizionario di diritto pubblico*, Milano, 2007, p. 1904).

<sup>8</sup> Cfr. M. MAZZIOTTI, *Diritti sociali*, in *Enc. dir.*, Milano, 1964, p. 803, il quale riporta che Sieyes, nel suo progetto di dichiarazione dei diritti affermava che lo scopo della dell'unione sociale «è il bene comune, e che i benefici derivanti dalla vita associata non si limitano alla protezione della libertà individuale ma consistono altresì nel diritto di tutti i cittadini a godere dei vantaggi che l'associazione può dare»; cfr. BALDASSARRE A., *op. cit.*, p. 2: L'A. menziona la Costituzione giacobina del 1793 e il pensiero di alcuni esponenti dei moti del 1848, ma anche di alcuni pensatori del socialismo (ad esempio, J.P. Proudhon) e del liberalismo (come John Stuart Mill); altra parte della dottrina pone l'accento sulla legislazione anglosassone; una riflessione più profonda rinviene le prime forme di assistenza sociale già nel XVII secolo in Inghilterra, quando Elisabetta I emana il *Poor Relief Act* (1601) con il quale si sancisce la destinazione di un'imposta speciale a tutela delle categorie indigenti (la cui violazione era sanzionata con la galera): è significativo che per la prima volta si assume, tra i compiti istituzionali dello Stato, la tutela e protezione dei cittadini (C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza costituzionale nella crisi dello Stato sociale*, Padova, 1996, p. 337 ss.).

<sup>9</sup> F. MODUGNO, *Ordinamento, Diritto, Stato*, in F. MODUGNO (a cura di), *Lineamenti di diritto pubblico*, Torino, 2010, p. 54: «Nello Stato liberale l'intervento pubblico in campo economico è volto alla fissazione dirette ad assicurare una pacifica convivenza, confidando nel fatto che grazie alla libera concorrenza si massimizza il livello di benessere». Si ritiene particolarmente utile ai fini della nostra trattazione porre l'accento su quelle che sono le principali caratteristiche dell'ordinamento liberale: a) lo Stato risulta caratterizzato da una finalità politica di natura garantistica, nel senso che si presenta, strumento per la tutela della libertà e degli altri diritti individuali, declinazioni di questa, in primo luogo del diritto di proprietà: b) si tratta di uno Stato minimo, cioè la cui unica funzione è quella di garantire i diritti di cui sopra e quindi deve astenersi, dovendo necessariamente assumere tutte le azioni conseguenti (come esercizio della funzione giurisdizionale, tutela dell'ordine pubblico, tutela della difesa militare, emissione di moneta etc.) ma dovendosi, nel modo più totale dall'intraprendere azioni in campo economico, affidate al libero agire dei privati; da qui emerge che suoi principi sono un basso livello di tassazione (minimo e necessario per le tutele pubbliche) e il pareggio di bilancio (non è possibile indebitamento) c) principio di legalità: lo Stato liberale è la prima forma di Stato di diritto nel senso che la



È nel periodo che si muove dalla fine del diciannovesimo secolo ai primi trent'anni del ventesimo, durante il quale modifiche strutturali sono state poste in essere dagli Stati di origine liberale, che possiamo rintracciare il terreno fertile per la nascita del moderno Stato sociale.

Lo Stato liberale è vittima, infatti, del suo stesso prodotto: una serie di principi etici ristretti in una struttura istituzionale atta a garantire lo *status quo* ma refrattaria a permettere i naturali processi evolutivi, ad affrontare quelle trasformazioni economiche, sociali e culturali che a partire dalla fine del XIX secolo investono l'Europa. Non si può non ricordare, sia pure brevemente, che quello stesso liberalismo economico che si fa promotore dell'intensificazione dei processi di industrializzazione, che produce il borghese (il membro della società civile) emancipando il cittadino (la creatura politica), allo stesso tempo finisce per creare anche delle "masse" emancipate e unite da nuove esigenze e nuove richieste di tutela ritenendo oramai insufficienti i diritti civili loro riconosciuti.

Emergono le contraddizioni dello Stato liberale che si professa come lo Stato degli uomini liberi ed eguali ma, assumendo come unica diversità quella economico-giuridica tanto nei rapporti economici come in quelli politici, senza riconoscere gli altri e nuovi bisogni sociali, finisce per configurarsi come uno «Stato di diseguali per definizione e per sostanza»<sup>10</sup>.

La libertà e l'eguaglianza, che avevano accompagnato, con la loro universalità, l'emancipazione dall'assolutismo, diventano, nello Stato liberale, "libertà giuridica" ed "eguaglianza davanti alla legge". Quel «*progressivo organizzarsi sulla base di interessi particolari della società che va sempre più perdendo il suo carattere atomistico e la deficienza dei mezzi giuridici e istituzionali che la società medesima possiede per fare rispecchiare e valere la sua struttura in seno a quella dello Stato*»<sup>11</sup>, che Santi Romano, all'inizio del secolo passato, qualifica come "crisi dello Stato" moderno, si rivela come qualcosa di più e di diverso da un mero momento di difficoltà propedeutico alla ristrutturazione dell'architettura dello Stato moderno ed a questo riconducibile.

---

legittimazione del potere pubblico deriva dalla legge, così come ogni limitazione della libertà dei singoli deve avvenire sulla base di questa (R. BIN – G. PITRUZZELLA, *Diritto Costituzionale*, Torino, 2015, p. 43 ss.).

<sup>10</sup> Cfr. M.S. GIANNINI, *I pubblici poteri*, Bologna, 1985, p. 52.

<sup>11</sup> Cfr. S. ROMANO, *Lo Stato moderno e la sua crisi*, Milano, 1969, p. 23.

La crisi della democrazia liberale, quindi, scaturisce non tanto dal pluralismo socio-economico che attraversa l'arena parlamentare e ne intralcia il funzionamento, ma dalla mancanza di quella omogeneità socio-politica che è ritenuta requisito funzionale della democrazia parlamentare. La crisi dello Stato liberale, tuttavia, non è solo la crisi di uno "Stato monoclasse" ma è, nel fondo, la crisi storica di un costituzionalismo che – nato per garantire mediante le libertà individuali il potere politico di una società borghese – finisce per diventare, nello scenario dei primi anni del XX secolo e attraverso la garanzia dell'eguaglianza sociale, il fondamentale fattore di equilibrio tra forze sociali in conflitto.

Il processo di cambiamento così instaurato ha avuto un *iter* autonomo rispetto all'ideologia che porterà numerosi Stati alla definizione di ampi cataloghi di diritti sociali, ma certamente non è possibile affermare l'assenza di influenza di quest'ultimo fenomeno sul primo (come è possibile vedere dalla Costituzione di Weimar). Ed infatti è possibile individuare nei diversi Paesi forze politiche eterogenee che hanno dato avvio alla nascita dello Stato sociale; ad esempio le principali leggi in tema di assicurazione obbligatoria in Germania sono nate sotto il governo del conservatore Bismarck ed in Italia, dopo l'opera dei governi della Sinistra storica, le principali opere furono realizzate dal fascismo<sup>12</sup>.

La nascita di tali diritti ha trovato efficaci promotori tanto negli imprenditori e, più in generale, nei datori di lavoro, i quali intendevano ammortizzare i costi del lavoro spostando a carico dello Stato l'onere di prestazioni sociali, quanto nei sindacati, che avevano l'esigenza di garantire ai lavoratori la sempre più marcate richieste di diritti e di tutele. In altri termini, *«la formazione dello Stato sociale e il riconoscimento dei diritti*

---

<sup>12</sup> C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit., p. 340 ss: L'A. fa notare che a partire dalla fine del XIX secolo, quasi tutti gli Stati di origine liberale realizzano le principali riforme volte a favorire forme di «avanzamento sociale», ed alla istituzionalizzazione dei sistemi di assicurazione sociale, «per garantire ai lavoratori adeguata protezione in caso di eventi negativi» (invalidità, vecchiaia, malattia e disoccupazione). Queste modificazioni danno luogo a forme di redistribuzione del reddito, mediante trasferimenti sociali che hanno quale effetto quello di un incremento della spesa pubblica, mediante l'individuazione di nuove voci di bilancio. Le prime leggi sulla previdenza ed assistenza pubblica per i lavoratori del settore dell'industria sono state varate da in Germania da Bismarck nel 1883 e 1889; in Italia, come si vedrà (cfr. *infra* § 1.3.) la legge fondamentale è la legge Crispi del 1890 con l'istituzione delle I.P.A.B (Istituti Pubblici di Assistenza e Beneficienza, la cui disciplina è stata da ultimo modificata nel 2001). Si deve comunque precisare che è soltanto nel periodo del primo dopoguerra, e in via definitiva con il fascismo, che si consolideranno alcune politiche previdenziali, come forme generalizzate di tutela dei lavoratori, che permetteranno l'abbandono della logica del *libero mutualismo* eventualmente integrato dall'ausilio statale.

*sociali, lungi dall'averne un particolare segno ideologico, hanno rappresentato le risposte in termini di modernizzazione che, in misura più o meno comprensiva, tutti i vecchi Stati liberali hanno fornito di fronte ai due fondamentali fenomeni dell'epoca contemporanea: l'industrialismo, con i suoi epifenomeni economici, sociali e politici, da un lato, e la democraticizzazione dei fenomeni decisionali, dall'altro»<sup>13</sup>.*

Da ciò emerge che lo Stato sociale, sin da principio, ha tentato di porre rimedio a quegli squilibri creati dal libero agire delle forze di mercato e sociali attraverso la proposizione di forme di sicurezza diffuse<sup>14</sup>. In definitiva, si può dunque affermare «*che lo Stato sociale è quella forma di Stato che succede allo Stato liberal-democratico, in cui il potere pubblico gioca un ruolo significativo e determinante nell'attività di benessere della società, assumendosi il compito di garantire a tutti i cittadini la libertà dal bisogno, al fine di realizzare le condizioni ritenute necessarie per assicurare l'effettivo godimento dei diritti civili e politici*»<sup>15</sup>.

La prima costituzionalizzazione dei diritti sociali è da attribuire alla Carta della Repubblica di Weimar del 1919<sup>16</sup>; Carta che assurge a simbolo di un'epoca in transizione che – tra nuove forme e configurazioni del rapporto tra diritti e potere, tra società e Stato – sperimenta in modo antesignano un modello di democrazia sostanziale destinato

---

<sup>13</sup> A. BALDASSARRE, op. ult. cit., p. 3.

<sup>14</sup> Cfr. C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit., p. 339 ss.

<sup>15</sup> C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit., p. 336; R. BIN – G. PITRUZZELLA, *Diritto costituzionale*, cit., p. 53 ss.: nel testo si fa ben capire che il mutamento è andato di pari passo all'affermazione e constatazione di una società pluralista, intesa quale espressione di più gruppi sociali, così che alle *naturali libertà individuali-negative* (libertà personale, di manifestazione del pensiero, di corrispondenza, di domicilio ecc.) tipiche dell'epoca liberale si affiancano dei diritti espressione di manifestazioni del *pensiero politico, sociale, religioso e culturale*. I diritti sociali, viceversa, comportano la pretesa a prestazioni positive dei poteri pubblici nei confronti dei cittadini più svantaggiati, mediante forme di intervento nella società e nell'economia, che hanno lo scopo di ridurre le disuguaglianze materiali (derivanti dalla distribuzione del reddito e delle opportunità di vita). Le libertà liberali e l'uguaglianza formale di tutti i cittadini davanti alla legge non guarda a quella che è la condizione economica dei singoli, ma in questo modo apre il fianco alla constatazione che chi non è libero dal bisogno economico, non si trova nella condizione di partenza per godere delle libertà politiche, prima fra tutte il diritto di proprietà che dello Stato liberale è stata essenza. Questo potrebbe dar luogo a pressioni sociali molto forti e violente, con la possibilità di accentuare il conflitto sociale; da qui la necessità di un compromesso che sappia tenere insieme classi, mercato e Stato.

<sup>16</sup> Cfr. C. COLAPIETRO, *I diritti sociali*, in C. COLAPIETRO – M. RUOTOLO, *Diritti e Libertà. Con appendice giurisprudenziale*, Torino, 2014, p. 93; M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, cit., p. 101 ss.; A. BALDASSARRE, op. cit., p. 3. E' utile far notare che questo tentativo di conciliazione tra le due categorie di diritti della Costituzione Weimariana a) sottolinea la contrapposizione tra questi b) è tradito dalla collocazione degli stessi nella seconda parte del testo costituzionale. Tutto ciò ha indotto buona parte della dottrina del tempo ad interpretare le disposizioni costituzionali sui diritti sociali, quali principi con valore essenzialmente politico-costituzionale.

ad infrangere i canoni concettuali ed i modelli statuali dell'Ottocento ed a schiudere un'ulteriore, quanto feconda, stagione del moderno costituzionalismo europeo.

Tuttavia, la consacrazione del nuovo modello costituzionale ed economico deve essere collocata nel periodo della grande crisi economica del 1929-1933 per poi trovare definitiva conferma nel periodo successivo al secondo conflitto mondiale, quando i compiti di protezione privata (da parte della famiglia, della Chiesa e del mercato) sono stati generalizzati a tutti i cittadini ed assunti definitivamente tra i compiti istituzionali dello Stato<sup>17</sup>. Ed infatti, è proprio l'esperienza dei totalitarismi e della guerra ad avere dato il decisivo abbrivio verso un radicale mutamento dell'idea di Stato che non aveva saputo far fronte ai mutamenti sociali.

Di fronte al pluralismo crescente, il valore che doveva guidare il nuovo Stato non poteva che essere quello dell'inclusione. Centrale diventa dunque l'affermazione e la tutela effettiva del principio di eguaglianza; al fine di garantire l'effettivo esercizio dei diritti che le nuove Carte costituzionali andavano sancendo, il ruolo dello Stato non è più limitato ad assecondare ed osservare le dinamiche del mercato ma si estende con interventi finalizzati ad appianare le disuguaglianze esistenti<sup>18</sup>. La nuova azione dello Stato nell'erogazione delle prestazioni è guidata dal criterio universalistico, prende corpo un'idea di Welfare totale; nessuna distinzione di classi per garantire la piena tutela dei diritti. Il manifesto politico della nuova concezione dello Stato è da ricondurre a Lord Beveridge, che con il suo Rapporto sulla sicurezza sociale del 1942, propose per l'appunto il criterio universalistico, con l'obiettivo di garantire un *quantum* minimo di sicurezza sociale, a livello nazionale, con riferimento ai servizi essenziali e ciò indipendentemente dal reddito. Un tale obiettivo poteva essere raggiunto solo mediante politiche di tipo redistributivo<sup>19</sup>.

La nascita dello Stato sociale è poi caratterizzata dalla dottrina keynesiana della piena occupazione e la sua equazione fondamentale, per le quali risultava necessario l'intervento statale nel ciclo economico; le fasi di crisi economica devono essere governate dallo Stato mediante politiche di contrasto che prevedano un aumento della spesa pubblica, così da alimentare la domanda interna e quindi garantire la produzione

---

<sup>17</sup>Cfr. C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit., p. 336.

<sup>18</sup>Cfr. F. RIMOLI, *Stato sociale*, in *Enc. giur.*, Treccani, Roma, 2004, p. 8.

<sup>19</sup>C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit., p. 342 ss.

delle imprese locali. La spesa pubblica utilizzata quale strumento per contrastare gli effetti negativi del ciclo economico, ha lo scopo di assicurare un reddito ai suoi cittadini anche in caso di disoccupazione<sup>20</sup>.

### 1.2.2. La contrastata genesi dei diritti sociali.

La collocazione dei diritti sociali nell'alveo dei diritti fondamentali ha animato un vivace dibattito in seno alla dottrina sin dalla loro prima costituzionalizzazione.

Dalla Costituzione Weimeriana in poi, nel costituzionalismo contemporaneo<sup>21</sup>, emerge una nuova idea di eguaglianza; all'idea della tradizione classica incentrata sulla necessità di eliminare ogni discriminazione fondata sulle differenze di sesso, di religione e di razza, si affianca l'idea che non possano essere tollerate neppure quelle differenze fondate sul rapporto economico e sociale<sup>22</sup>.

Con la Costituzione di Weimar, è proprio la dottrina tedesca che inizia a porsi la questione dei diritti sociali. Pur senza pretesa di essere esaustivi, possiamo catalogare le tesi in due filoni principali. Da un lato, vi era chi considerava le norme relative ai diritti sociali quali mere direttive o indicazioni prive di carattere cogente che il legislatore nella massima discrezionalità poteva scegliere se e come tradurre in norme ordinarie; dall'altro lato, vi era chi sosteneva la vincolatività dei diritti sociali con conseguente obbligo per il legislatore di dare loro attuazione, mediante legge ordinaria. Tali tesi, dunque, pur differenziandosi in relazione alla misura del vincolo imposto al legislatore dai diritti sociali, coincidono tuttavia nell'affermarne la sostanziale inferiorità rispetto ai diritti di libertà.

---

<sup>20</sup> F. RIMOLI, op. ult. cit., p. 8; R. BIN – G. PITRUZZELLA, op. cit., p. 55; C. COLAPIETRO, op. ult. cit., p. 343.

<sup>21</sup> Per una bibliografia essenziale sul punto cfr. P.G. GRASSO, *Stato di diritto e Stato sociale nell'attuale ordinamento italiano*, in *Il Politico*, 1961, p. 1; A. CANTARO - M. DEGNI (a cura di), *Il principio federativo. Federalismo e Stato sociale*, Molfetta, 1995; AA.VV. (I.S.R.-C.N.R.), *Regionalismo, federalismo e welfare state*, Milano, 1997; C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit.; G. CORSO, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Riv. trim. dir. pub.*, 3, 1981; A. MASSERA, *Individuo e amministrazione nello Stato sociale*, in *Riv. trim. dir. e proc. civ.*, 1991, p. 5; F. MODUGNO, *La tutela dei 'nuovi diritti'*, in AA.VV., *Nuovi diritti dell'età tecnologica*, Milano, 1991; M. LUCIANI, *Salute (Diritto alla) – Dir. cost.*, in *Enc. giur.*, Treccani, Roma, 1991; F. TRIMARCHI BANFI, *Pubblico e privato nella sanità*, Milano, 1990; A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, cit.; M. LUCIANI, *Nuovi diritti fondamentali e nuovi rapporti fra cittadino e pubblica amministrazione*, in *Riv. crit. dir. priv.*, 1985; M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, cit., p. 1; A. ANZON, *L'altra "faccia" del diritto alla salute*, in *Giur. cost.*, 1979.

<sup>22</sup> Nell'ampia bibliografia, sul punto cfr. almeno A. CERRI, *Uguaglianza (principio costituzionale di)*, in *Enc. Giur.* Treccani, Roma, 1991.

Ed infatti mentre i diritti di libertà non richiedono l'intervento del legislatore per loro attuazione, essendo destinati ai cittadini, e risultano dunque garantiti in quanto previsti in Costituzione, i diritti sociali richiedono un'attività più o meno complessa a carico del legislatore al fine di ottenere una loro piena tutela. Su tali basi, la distinzione, anche sostanziale, potrebbe ritenersi evidente in quanto i diritti di libertà hanno l'obiettivo di definire una sfera entro cui l'individuo deve poter operare liberamente, mentre quelli sociali richiedono un intervento dell'autorità pubblica *«per soddisfare a talune esigenze essenziali dei cittadini»*<sup>23</sup>.

Nel secondo dopoguerra, con l'avvento delle costituzioni democratiche, rimane ancora diffusa quest'impostazione di minorità dei diritti sociali; tuttavia, la subordinazione, nelle prima fase, si riteneva conseguenza di un pessimo tentativo di conciliare il liberismo con il socialismo (Carl Schmitt)<sup>24</sup>, mentre, in un secondo momento, l'attenzione è stata posta sull'incompatibilità dei principi dello Stato di diritto liberale (monoclasse) con i principi (tra tutti, quello di eguaglianza) propri dello Stato democratico. In tale periodo, le tesi possono essere ripartite in due filoni quello di Leibholz e di Forsthoff.

Secondo la tesi di Leibholz bisogna mettere in evidenza che i diritti fondamentali classici si basano sulla libertà; la libertà si pone necessariamente in contrasto con i diritti di seconda generazione in quanto questi trovano come primario fondamento il principio di eguaglianza, che porta con sé la necessità di vincoli e compressioni della libertà. In tal senso, le due categorie di diritti risulterebbero incompatibili se posti sul medesimo piano; da qui la necessità di declassare i diritti sociali da diritti costituzionali in senso proprio a meri principi direttivi<sup>25</sup>. In altri termini *«ai critici l'eguaglianza, intesa come dimensione entro la quale le esigenze della omologazione prevalgono su quelle della differenziazione, non appare compatibile con la dimensione della libertà, che sembra reclamare la massima espansione degli strumenti di affermazione dell'identità individuale, e perciò della reciproca separazione»*<sup>26</sup>.

---

<sup>23</sup> Cfr. M. MAZZIOTTI, *Diritti sociali*, cit., p. 805.

<sup>24</sup> Per una ricostruzione della filosofia di Schmitt si veda A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, cit., p. 4.

<sup>25</sup> M. MAZZIOTTI, op. ult. cit., p. 805.

<sup>26</sup> M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, cit., p. 100.

Secondo la tesi di Forsthoff, allievo di Schmitt, la contrapposizione e l'inconciliabilità dovrebbe essere ravvisata tra lo Stato di diritto e quello sociale<sup>27</sup>. In particolare, solo lo Stato di diritto, ponendo al centro del sistema il principio di legalità, rappresenta il valore fondamentale del moderno costituzionalismo, e le categorie dei diritti fondamentali e dei diritti sociali devono essere collocate su piani diversi. La Costituzione può tutelare solo i valori dello Stato di diritto e non anche quelli sociali che hanno l'obiettivo di una sostanziale redistribuzione. Tali diritti, ai fini della loro attuazione, necessitano di ulteriore attività e non possono essere garantiti, così come avviene per i diritti di libertà, tramite la limitazione imposta al potere statale dalla Costituzione<sup>28</sup>. La piena attuazione dei diritti sociali richiede una valutazione politica, contestualizzata alle necessità del periodo, e non può dunque prescindere dalla legislazione e dall'amministrazione. Peraltro, qualora si intendessero i diritti sociali, al pari dei diritti di libertà, di carattere assoluto e indefettibile, si finirebbe per comprimere proprio i diritti classici di libertà andando ad incidere in particolare sul principio di eguaglianza formale, da cui deriverebbe un'insanabile contrasto tra queste due forme di Stato. In definitiva, la necessaria prevalenza dei diritti di libertà determina la negazione dello *status* sostanzialmente costituzionale dei diritti sociali che rimangono relegati a diritti dal carattere meramente descrittivo<sup>29</sup>.

Sempre in ambito tedesco si sviluppa una dottrina che si pone in contrapposizione all'inconciliabilità e al dualismo politico-giuridico delle due forme di Stato, di diritto e sociale: Habermas sostiene che lo Stato sociale non sia altro che

---

<sup>27</sup> E. FORSTHOFF, *Concetto e natura dello Stato sociale di diritto*, in *Stato di diritto in trasformazione*, a cura di C. AMIRANTE, Milano, 1973, p. 40: il quale in modo icastico afferma: «un mezzo Stato di diritto e un mezzo Stato sociale non fanno uno Stato sociale di diritto. Con ciò intendiamo dire che non esiste alcuna soluzione di compromesso che possa realizzarsi in modo da minimizzare gli ostacoli da una parte e dall'altra».

<sup>28</sup> E. FORSTHOFF, *Concetto e natura dello Stato sociale di diritto*, cit., p. 43 ss: «Il complesso degli elementi strutturali dello stato di diritto è sostanzialmente stabile e ne derivano conseguenze per i rapporti reciproci fra questi elementi strutturali (...). La logica dello stato di diritto distingue la norma costituzionale dalla semplice norma di legge, non solo formalmente, in considerazione del suo rango, ma anche materialmente in quantoché la legge ordinaria, nella misura in cui le norme costituzionali non contengono principi lapidari, insuscettibili di gradazione, è la necessaria mediatrice tra la costituzione e il potere esecutivo. Se però una costituzione, (...) [afferma l'invulnerabilità di alcuni principi senza tenere conto che per la loro concretizzazione è necessario l'intervento legislativo] è inevitabile allora una perturbazione dell'ordinamento dello Stato di diritto (...) Queste considerazioni introducono immediatamente la problematica dello Stato sociale di diritto. Le garanzie dei diritti sociali non mirano a creare delimitazioni, quanto prestazioni positive, non mirano alla libertà ma alla partecipazione. (...) Lo Stato di diritto e lo Stato sociale sono perciò nella loro intenzione quanto mai diversi, per non dire contrastanti.»

<sup>29</sup> Cfr. C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit., p. 331 ss. e p. 351 ss.; A. BALDASSARRE, op. ult. cit., p. 6.

un'evoluzione dello Stato liberale che si è emancipato dal fine della conservazione dello *status quo*, che «*implica necessariamente l'affermazione di strategie di sviluppo sociale e politico tramite l'azione dei pubblici poteri*»<sup>30</sup>. Allo stesso modo anche Häberle, ponendosi in contrasto con il sistema delineato dalla scuola di Schmitt, afferma il «reciproco condizionamento» tra diritti fondamentali e concretizzazione del principio di eguaglianza nella sua più ampia definizione; l'obiettivo dello Stato è quello di mettere in «*grado i cittadini di esercitare effettivamente i diritti di libertà*»<sup>31</sup>.

Anche nella dottrina italiana il dibattito sui diritti sociali è stato molto acceso ed ha conosciuto ricostruzioni di non poco momento.

Inizialmente i diritti sociali vengono inquadrati come norme dirette a destinatari speciali, ovvero di diritti condizionati o imperfetti in quanto fondati su norme che non possono esimersi dall'esercizio di una discrezionalità legislativa; le norme programmatiche della Costituzione sarebbero volte a regolare un particolare settore dell'ordinamento, ovvero quello dei servizi erogati dallo Stato, e quindi darebbero luogo ad aspettative giuridiche in capo a determinati soggetti in quanto frutto delle norme costituzionali che impongono al titolare del potere pubblico (il legislatore) di dar seguito ad un determinato interesse collettivo<sup>32</sup>.

Sin da subito altra autorevole dottrina ha colto come tale discrezionalità del legislatore concerna non tanto il *se* ed il *quid*, cioè il contenuto sostanziale del diritto, bensì il *come* ed il *quomodo* e comunque, come bene osserva Mortati, «*non in modo tale*

---

<sup>30</sup> C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit., p. 334; J. HABERMAS, *Morale, Diritto e politica*, Torino, 2007, p. 22 e p. 90.

<sup>31</sup> P. HÄBERLE, *Le libertà fondamentali nello Stato costituzionale*, Roma, 1993, p. 149 ss: «La clausola dello Stato sociale è posta in un nesso importante con il significato istituzionale delle libertà. Tramite la garanzia dello Stato sociale deve essere migliorato il destino materiale degli individui. Questi devono essere messi in grado di esercitare effettivamente i diritti di libertà. Infatti l'essenza del diritto consiste proprio nell'effettivo esercizio da parte del titolare. [...]. La garanzia delle libertà, intese in senso liberale, ha potuto condurre al risultato che buona parte dei consociati non abbia potuto realizzare la propria libertà per ragioni di fatto [...]. Quando si introduce la clausola dello Stato sociale [...] allora ciò avviene con l'obiettivo di garantire il significato istituzionale delle libertà»; C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit., p. 335 ss.

<sup>32</sup> Cfr. V. CRISAFULLI, *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, Milano, 1952; G. LOMBARDI, *Poteri privati e diritti fondamentali*, Torino, 1970. Per una recente, approfondita, discussione di tale approccio dottrinario cfr. in particolare, C. SALAZAR, *Dal riconoscimento alla garanzia dei diritti sociali*, Torino, 2000. Diversa posizione rispetto alla possibilità di una qualsiasi conciliazione ed a favore della più completa antinomia, si veda N. BOBBIO, *L'età dei diritti*, Torino, 1990, p. 13, il quale sulla base della distinzione tra poteri (verso lo Stato) e libertà afferma: «Sono antinomici nel senso che il loro sviluppo non può procedere parallelamente: l'attuazione integrale degli uni, impedisce l'attuazione integrale degli altri. Più aumentano i poteri dei singoli, più diminuiscono, degli stessi singoli, le libertà».



*da comprimere il contenuto minimo necessario a non rendere illusoria la soddisfazione dell'interesse protetto»<sup>33</sup>.*

Più di recente la dottrina si è posta sostanzialmente in contrapposizione all'incompatibilità tra diritti sociali e diritti di libertà.

Secondo la teoria formalistica della democrazia una differenziazione assiologica delle due categorie di diritti risulta in contrasto con l'idea stessa della democrazia pluralistica. In particolare, la democrazia pluralista prevede la partecipazione al processo decisionale dei cittadini in possesso di determinati requisiti formali, indipendentemente dalla loro collocazione e dalla loro appartenenza sociale, mediante l'interposizione della rappresentanza politica. Da ciò deriva inevitabilmente che la democrazia e i diritti di libertà si implicano vicendevolmente; ed infatti, se la democrazia vuole essere effettiva dovrà necessariamente tener conto della libertà e, allo stesso tempo, garantire l'eguaglianza<sup>34</sup>. Si passa dunque dall'eguaglianza formale a quella sostanziale<sup>35</sup>. «Così ricostruito il percorso della democrazia e dell'eguaglianza, i diritti sociali, derivazione non solo storica, ma logica del principio di eguaglianza (...) diventano un connotato ineliminabile della democrazia, al pari dei diritti fondamentali nati dal tronco dell'idea di libertà» e le due categorie di diritti finiscono per intrecciarsi<sup>36</sup>.

Secondo questa nuova ricostruzione le norme sui diritti sociali, da un lato, determinano un più intenso intervento dello Stato nella vita sociale e, dall'altro lato, rivestono un ruolo essenziale nell'attenuare e riequilibrare le disparità sociali<sup>37</sup>.

### 1.3. La sanità nella fase pre-costituzionale.

In coerenza con il quadro appena delineato in tema di diritti sociali<sup>38</sup>, anche la tutela della salute nell'epoca precedente all'Unità d'Italia era ancora ben lontana da quella oggi conosciuta. La salute infatti veniva considerata come un aspetto strettamente personale, un fatto privato. L'attenzione dello Stato era esclusivamente indirizzata, per

---

<sup>33</sup> Cfr. C. MORTATI, *Appunti per uno studio sui rimedi giurisdizionali contro comportamenti omissivi del legislatore*, in *Foro it.*, 1970, V, p. 257.

<sup>34</sup> M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, cit., p. 105.

<sup>35</sup> M. LUCIANI, op. ult. cit., p. 108.

<sup>36</sup> M. LUCIANI, op. ult. cit., p. 112.; A. MAZZIOTTI, *Diritti sociali*, cit., p. 805; C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit., p. 354 ss. Un antecedente di questa posizione può essere rinvenuto nelle teorie di Kelsen (cfr. H. KELSEN, *I fondamenti della democrazia*, Bologna, 1966, *passim*). Vedi anche A. BALDASSARRE, op. ult. cit., p. 6 ss.

<sup>37</sup> Cfr. C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit., p. 351; A. MAZZIOTTI, *Diritti sociali*, cit., p. 805.

<sup>38</sup> Cfr., *supra*, § 1.2.

un verso, alla prevenzione e alla cura di malattie contagiose al fine di impedire il propagarsi di epidemie e, per altro verso, all'assistenza degli indigenti e di alcune categorie di soggetti minorati, assistenza questa che però rimaneva riservata ad un livello solidaristico<sup>39</sup>. Il riconoscimento di un diritto individuale alla salute, in questa fase, era ancora ben lontano.

Nello Stato di diritto ottocentesco, infatti, l'aspetto che veniva tenuto in considerazione dal potere pubblico era principalmente quello connesso all'ordine pubblico e, in particolare, all'igiene pubblica. La preoccupazione era quella di contenere gli eventi epidemiologici che colpivano tutti gli Stati europei dell'epoca procurando enormi stragi; una preoccupazione che veniva governata attraverso il controllo del territorio e dei confini con politiche di ordine pubblico<sup>40</sup>. Ciò è tanto vero che la competenza nel settore della salute, in tale epoca, era assegnata al Ministero dell'Interno<sup>41</sup>, mentre non esisteva un dicastero dedicato alla salute.

Lo Stato non si preoccupava dell'assistenza sanitaria vera e propria la quale, invece, trovava conforto sul piano benefico e prettamente solidaristico e veniva gestita da istituzioni private nelle forme di ospedali, fondazioni, ecc. connesse per la maggior parte alla Chiesa cattolica<sup>42</sup>.

In tale periodo storico, come abbiamo avuto modo di vedere<sup>43</sup>, l'attenzione era tutta incentrata sull'affermazione dei diritti civili e delle libertà mentre nessuno spazio residuava per i diritti sociali, in generale, e per il diritto alla salute, in particolare. Ed infatti, nell'ambito del c.d. "Stato di diritto", consolidatosi a seguito delle rivoluzioni liberali dell'800, non vi era ancora spazio per il diritto alla salute; un diritto che non poteva coniugarsi con il sistema di valori e di principi proprio dello Stato dell'epoca,

---

<sup>39</sup> Per un'analisi storica cfr., tra gli altri, A. PARRULLI, *Lineamenti di legislazione sanitaria*, Rimini, 1987; G. CILIONE, *Diritto Sanitario*, Rimini, 2005; R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007.

<sup>40</sup> Cfr. F. FONDERICO, *Igiene pubblica*, in (a cura di) S. CASSESE, *Trattato di Diritto Amministrativo*, Milano, 2003.

<sup>41</sup> Tale assetto rimane tale anche dopo l'entrata in vigore della Costituzione ed è soltanto fino all'istituzione del Ministero della Salute avvenuta nel 1958.

<sup>42</sup> A tal proposito, cfr. S. GIANZANA – G. SAREDO, *Leggi sulla sanità pubblica*, serie I, vol. I-III, Torino, 1883; G.B. CERESETO, *Sanità pubblica*, in *Digesto italiano*, vol. XXI, I parte, 1891, p. 309 e ss.; G.B. CERESETO, *La legislazione sanitaria in Italia*, Torino, 1901; F. CAMMEO – C. VITTA, *Sanità Pubblica*, in (a cura di) V.E. ORLANDO, *Primo trattato completo di diritto amministrativo italiano*, col. IV, II parte, Milano, 1905; S. LESSONA, *Trattato di Diritto sanitario*, I, Torino, 1914-21, p. 17 e ss.; A. CATELANI, *La sanità pubblica*, in (diretto da) G. SANTANIELLO, *Trattato di Diritto Amministrativo*, Padova, 2010, p. 3 ss.

<sup>43</sup> Cfr., *supra*, § 1.2.

imperniato sulle filosofie utilitaristiche e liberiste<sup>44</sup>. La salute, dunque, si muove in tale contesto all'esterno del potere pubblico ed all'interno di uno spazio compreso tra filantropia e beneficenza, tra assistenza e solidarietà<sup>45</sup>.

Tale impostazione ha trovato poi conferma anche a seguito l'Unificazione d'Italia. La legge amministrativa di Unificazione del 20 marzo 1865, n. 2248, All. C<sup>46</sup>, ha realizzato la prima disciplina organica del settore ed ha attribuito le funzioni sanitarie al Ministero dell'Interno, ai suoi organi centrali e a quelli periferici (Prefetture). Solo in un secondo momento, con la legge 22 dicembre 1888, n. 5849<sup>47</sup> (Legge sulla tutela dell'igiene e della sanità pubblica, c.d. legge Crispi-Pagliani), sono stati introdotti, al fianco dei responsabili politici, organi di tipo tecnico sia a livello centrale che periferico, dando così vita alla prima vera organizzazione sanitaria<sup>48</sup>. Per un verso, veniva creato un Ufficio sanitario centrale (facente capo al Ministero dell'Interno) e, per altro verso, venivano affiancati al Prefetto, quali suoi collaboratori, il medico ed il veterinario provinciale. Nei Comuni, a supporto del Sindaco, al quale erano assegnate importanti funzioni nel settore sanitario, venivano introdotti l'Ufficiale sanitario e le condotte medico-chirurgiche e ostetriche.

In forza della l. n. 5849/1888, un'assistenza diretta e obbligatoria era, invece, prevista verso gli indigenti e verso coloro che erano affetti da malattie particolari o, meglio, da malattie c.d. "sociali": tubercolosi, malaria, malattie veneree, ecc. In particolare, gli indigenti erano iscritti in appositi elenchi e i Comuni provvedevano a

---

<sup>44</sup> Cfr. in proposito, R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, in *Trattato di biodiritto*, S. RODOTÀ E P. ZATTI (diretto da), Milano, 2010, p. 8 e ss., secondo il quale «[...] l'atteggiamento di sovrana indifferenza palesato dallo Stato di diritto nei riguardi della salute dei cittadini – e, segnatamente, del diritto alla salute costruito come situazione di vantaggio qualificata della persona – origina, intuitivamente, da un comprensibile deficit culturale».

<sup>45</sup> Per molto tempo lo Stato non si è interessato a tali compiti che erano invece assolti dalle strutture religiose e caritatevoli; per i profili più propriamente storici cfr. M. MAGGETTI, *La genesi e l'evoluzione della beneficenza*, Roma, 1890; A. MOSCATELLI, *Le origini della carità cristiana*, in *Rivista della beneficenza pubblica*, 1891, p. 33 ss.; S. D'AMELIO, *La beneficenza nel diritto italiano*, Roma, 1928, p. 137 ss.; F. CAMMEO, *La beneficenza pubblica e le altre attività dello Stato per la distribuzione della ricchezza*, in *Riv. dir. pubbl.*, I, 1928, p. 145 ss.; C. BOZZI, *Assistenza, beneficenza e previdenza*, in *Scritti in onore di Santi Romano*, II, Padova, 1940, p. 747 ss.

<sup>46</sup> Pubbl. in G.U. del Regno, 27 aprile 1865, n. 101.

<sup>47</sup> Pubbl. in G.U. del Regno, 24 dicembre 1888, n. 301.

<sup>48</sup> A. CATELANI, *La sanità pubblica*, cit., p. 3.

fornire loro, tanto, l'assistenza sanitaria attraverso le condotte medico-chirurgiche e ostetriche, quanto, il pagamento delle rette di degenza presso gli ospedali<sup>49</sup>.

Parallelamente allo sviluppo dell'organizzazione sanitaria, si procedeva al riordino delle istituzioni assistenziali che, come detto, avevano natura privatistica e non pubblica. Con la legge 17 luglio 1890, n. 6972<sup>50</sup> (c.d. legge Crispi), venivano infatti sottoposte al controllo statale, sotto la forma di istituzioni pubbliche di beneficenza, e ad una regolamentazione uniforme tutte quelle istituzioni solidaristiche, principalmente religiose, che si occupavano di assistenza<sup>51</sup>. Ai sensi dell'art. 1 della l. n. 6972/1890, tali istituzioni si dovevano occupare:

*«a) di prestare l'assistenza ai poveri, tanto in stato di sanità che di malattia;*

*b) di procurare l'educazione, l'istruzione, l'avviamento a qualche professione, arte o mestiere od in qualsiasi altro modo il miglioramento morale ed economico».*

L'assistenza sanitaria ha mantenuto, per più di un secolo, tale carattere indiretto, essendo erogata per il tramite di tali istituzioni che, nel corso degli anni, dalla forma iniziale privata sono state assoggettate man mano ad una normativa pubblica sempre più intensa, tuttavia ancora finalizzata al mero controllo e ciò comunque in ragione di esigenze pur sempre di ordine pubblico. Tale assetto risultava conforme all'impostazione propria dello Stato di diritto dell'epoca (espressione delle rivoluzioni liberali dell'Ottocento) nell'ambito del quale non poteva trovare ancora sede la tutela di situazioni giuridiche soggettive del cittadino e, a maggior ragione, di situazioni giuridiche integranti il diritto alla salute della persona nella sua accezione moderna. Si restava sempre legati al binomio "assistenza e beneficenza".

---

<sup>49</sup> Sul ruolo dei Comuni in materia sanitaria attraverso le condotte mediche cfr. F. CAMMEO, *Principi generali, fonti ed organi dell'amministrazione sanitaria*, in *Sanità pubblica*, in (diretto da) V.E. ORLANDO, *Trattato di diritto amministrativo*, IV, II, Milano, 1905, p. 304 ss.; S. LESSONA, *Trattato di diritto sanitario*, II, cit., p. 267 ss.; G. BOZZI, *Considerazioni sulle competenze sanitarie locali*, in Cons. Stato, 1973.

<sup>50</sup> Pubbl. in G.U. del Regno, 22 luglio 1890, n. 171.

<sup>51</sup> In particolare, su tali aspetti, cfr. U. DE SIERVO, *Assistenza e beneficenza pubblica*, in *Digesto pubbl.*, I, 1987, p. 445 e ss.; ma anche, O. LUCCHINI, *Le istituzioni pubbliche di beneficenza nella legislazione italiana*, Firenze, 1894; A. LONGO, *Le istituzioni pubbliche di beneficenza*, in *Trattato di diritto amministrativo*, (diretto da) V.E. ORLANDO, VIII, Milano, 1905, p. 385 e ss.; A.F. GAMBERUCCI, *Assistenza e beneficenza nel nuovo ordinamento delle opere pie*, in *Riv. dir. pubbl. e publ. amm.*, I, 1927, p. 148 e ss.; E. FERRARI, *I servizi sociali*, Milano, 1986; G. CIOCA, *Il regime giuridico delle IPAB nell'ambito degli enti assistenziali*, in *Giur. it.*, 1987, p. 139 e ss.; C. CARDIA, *Assistenza e beneficenza*, in *Enc. giur. III*, Roma, Treccani, 1988, p. 10.

Il primo testo unico delle leggi sanitarie, che ha dato organicità a tutta la normativa esistente nel settore, viene approvato con R.D. 1° agosto 1907, n. 636. Successivamente, con R.D. 27 luglio 1934, n. 1265, è approvato un nuovo Testo Unico delle leggi sanitarie. Tale ultimo provvedimento si occupava, tra le altre cose, di portare avanti il processo di uniformazione delle istituzioni pubbliche di beneficenze (nelle more rinominate istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, le c.d. "Ipab") e di trasferire a livello statale i servizi sanitari che erano, in precedenza, di competenza prevalentemente comunale regolamentando nel dettaglio le figure professionali ad essi deputate (medico provinciale, ufficiale sanitario, condotte mediche e ostetriche, ecc.)<sup>52</sup>.

A partire dagli anni Trenta del secolo scorso, per coloro i quali non potessero accedere alle forme di assistenza pubblica diretta di cui sopra (assistenza per gli indigenti), si iniziavano ad affermare forme di assistenza obbligatoria – (*rectius*) di previdenza obbligatoria - dedicate alle varie categorie di lavoratori con una gestione diretta da parte di specifici enti pubblici: le c.d. "mutue"<sup>53</sup>. I lavoratori che non fossero iscritti nelle liste degli indigenti potevano, dunque, accedere all'assistenza sanitaria attraverso un sistema mutualistico che, a fronte del pagamento di contributi, parte dei quali a carico del datore di lavoro (qualora si fosse trattato di lavoratori dipendenti), garantiva al lavoratore stesso ed ai suoi familiari una serie di servizi sanitari che andavano dall'assistenza medica domiciliare, pediatrica e specialistica (attraverso medici convenzionati e ambulatori a gestione diretta) al pagamento o rimborso della retta di degenza ospedaliera. L'assistenza ai lavoratori era affidata alla gestione di enti pubblici diversi per le varie categorie di lavoratori assoggettate alla vigilanza del Ministero del

---

<sup>52</sup> L'assistenza sanitaria, pur sottoposta sotto il controllo statale, rimaneva ancora affidata prevalentemente ad enti privati; sul punto, cfr. in particolare, S. LESSONA, *Sulla riforma della legislazione sanitaria*, Milano, 1932; A. LOMONACO APRILE, *La politica assistenziale dell'Italia fascista*, Roma, Istituto nazionale fascista di cultura, 1934; A. LABRANCA, *Sanità pubblica*, in *Nuovo Digesto*, XI, Torino, 1939, p. 1044; G. PETRAGNANI, *La legislazione sanitaria e l'amministrazione sanitaria viste in ordine storico (Amministrazione della sanità pubblica)*, Firenze, 1957, p. 57.

<sup>53</sup> Tra i principali istituti mutualistici istituiti nel periodo possiamo ricordare l'Ente nazionale di previdenza e assistenza per i dipendenti statali (Enpas), istituito con l. 19 gennaio 1942, n. 22, e l'Istituto nazionale per l'assicurazione di malattia per i lavoratori (Inam), istituito con l. 11 gennaio 1943, n. 138, che accorpava enti operanti in favore dei dipendenti privati in diversi comparti.

lavoro; le prestazioni erogate da tali enti pubblici erano diversificate nei contenuti e nei livelli qualitativi<sup>54</sup>.

Nell'immediato dopoguerra, nella prospettiva di una diversa concezione della tutela della salute, vi sono state importanti modifiche sotto il profilo organizzativo. Con D.L. 12 luglio 1945, n. 417<sup>55</sup>, viene istituito l'Alto Commissariato per l'Igiene e la Sanità pubblica alle dipendenze della Presidenza del Consiglio dei Ministri. All'Alto Commissariato erano stati conferiti ampi poteri di tutela della salute pubblica e di coordinamento e di vigilanza sulle organizzazioni sanitarie (tra i quali ad es. la Croce Rossa) ma, tuttavia, il persistere delle competenze in materia sanitaria e di assistenza ospedaliera in capo al Ministero dell'Interno, anche tramite i suoi organi periferici, le Prefetture, lasciava limitati spazi di manovra a tale nuovo organo<sup>56</sup>.

Si assiste, comunque, in questo periodo, ad un processo evolutivo dallo Stato di diritto verso quello sociale che vede, nella gestione della tutela della salute, una progressiva riduzione dello spazio di intervento dei privati in favore di una sempre maggiore presenza dell'intervento pubblico<sup>57</sup>. Era il preludio all'istituzione del Ministero della sanità che arrivò, dopo un lungo *iter* parlamentare, con l. 13 marzo 1958, n. 269<sup>58</sup>; tale legge si occupò anche di individuare le autorità di riferimento a livello periferico (medico e veterinario provinciale oltre all'Ufficiale sanitario), dando maggiore rilievo agli aspetti tecnici in luogo di quelli amministrativi ed accentrando su un ministero *ad hoc* una competenza generale ed estesa in materia di salute<sup>59</sup>.

---

<sup>54</sup> Siamo ancora distanti dal raggiungimento di una tutela della salute nella sua moderna accezione come cristallizzata dall'art. 32 cost. dovendo, piuttosto, inquadrare tali tutele sanitarie nell'alveo dei diritti dei lavoratori di cui all'art. 38, co. 2, cost.

<sup>55</sup> Pubbl. in G.U. del Regno, 31 luglio 1945, n. 91.

<sup>56</sup> Cfr. in merito allo sviluppo della tutela della salute nella prima metà del secolo scorso, tra gli altri, S. LESSONA, *La tutela della salute pubblica*, in (diretto da) P. CALAMANDREI – A. LEVI, *Commentario sistematico alla Costituzione italiana*, I, Firenze, 1950; G. ZANOBINI, *Corso di diritto amministrativo*, III ed., vol. V, Milano, 1959; G. DEL VECCHIO, *Sanità pubblica*, Roma, 1964; N. PAPALDO, *Il Codice delle leggi sanitarie*, Milano, 1971; M.S. GIANNINI, *L'organizzazione e l'amministrazione sanitaria. Prolusione sul quadro istituzionale*, Roma, 1975; R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007.

<sup>57</sup> Si veda su tale processo evolutivo, A. CHERUBINI, *Dottrine e metodi assistenziali dal 1879 al 1948*, Milano, 1958; E. BALOCCHI, *La qualificazione di povertà nel diritto amministrativo*, Milano, 1967.

<sup>58</sup> Pubbl. in G.U., 14 aprile 1958, n. 90.

<sup>59</sup> Sulle competenze del Ministero della sanità, S. LESSONA, *Amministrazione della sanità pubblica in Italia*, in *Raccolta di scritti in onore di A. C. Jemolo*, III, Milano, 1963; N. PAPALDO, *Il Ministero della Sanità*, in *Scritti giuridici*, 1960, p. 579 ss.

#### 1.4. La tutela costituzionale dei diritti sociali e del diritto alla salute.

Nel secondo dopoguerra si portava a compimento il processo evolutivo dal modello dello Stato di diritto al modello dello Stato sociale<sup>60</sup> caratterizzato dalla crescente presenza dello Stato (c.d. Stato interventista) al fine di realizzare i presupposti per soddisfare le sempre più importanti esigenze della vita - sia individuale che collettiva - di tutti i cittadini derivanti dal nuovo contesto storico, politico ed economico<sup>61</sup>.

Contestualmente, si raggiungeva il risultato di fornire maggiore garanzia alle tutele costituzionali ritenute irrinunciabili che, nelle costituzioni liberali a carattere flessibile, si erano viste infliggere, con ben poca resistenza, significative riduzioni e limitazioni<sup>62</sup>.

##### 1.4.1. L'affermazione dei diritti sociali.

In tale contesto, caratterizzato dalla piena consapevolezza della necessità di un diverso e più attivo ruolo Stato finalizzato alla protezione di tutte le classi sociali<sup>63</sup>, già dal lavoro dei Costituenti emerge la conferma di una condivisa volontà di introdurre i diritti sociali, tra i quali anche l'art. 32 cost.<sup>64</sup>, nell'alveo della Carta costituzionale. Trovano

---

<sup>60</sup> Come già rilevato (v., *supra*, § 1.2.1.), è probabilmente nella Germania di Bismarck che lo Stato sociale prende le mosse; è proprio in questo Paese, difatti, che attraverso una trasformazione della struttura dello Stato si assiste ad una sempre maggiore azione dell'apparato statale nei settori dell'assistenza sociale, delle assicurazioni, delle pensioni, ecc.; in tal senso R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, cit., p. 10 ss. In dottrina, v. tra gli altri, G. DE MARIA, *Lo Stato sociale moderno*, Milano, Ambrosiana, 1946; A.M. SANDULLI, *Stato di diritto e Stato sociale*, in *Nord e Sud*, 1963, p. 8 ss.; P.G. GRASSO, *Stato di diritto e Stato sociale nell'attuale ordinamento italiano*, cit.; M. MAZZIOTTI, *Diritti Sociali*, cit., p. 802 ss.; M.S. GIANNINI, *Stato sociale: nozione inutile*, in *Scritti in onore di Costantino Mortati*, I, Milano, 1977, p. 139 ss.; G. CORSO, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, cit., p. 755 ss.; A. BALDASSARE, *Lo Stato Sociale: una formula in evoluzione*, in *Critica dello Stato sociale*, A. BALDASSARE – A. CERVATI (a cura di), Bari, 1982, p. 25 ss.; S. FOIS, *Dalla crisi dello "Stato di diritto" alla crisi del c.d. "Stato sociale"*, in AA. VV., *La governabilità della società industriale*, Bologna, 1984, p. 63 ss.; C. SMURAGLIA, *Dell'intangibilità dei diritti sociali nel contesto costituzionale*, in *Riv. giur. lav.*, 3, 1994, 349 ss.; M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, cit., p. 103 ss.; C. COLAPIETRO, *Garanzie e promozione dei diritti sociali nella più recente giurisprudenza costituzionale*, in *Giur. it.*, 1995, IV, p. 113 ss.; Id. *La giurisprudenza*, cit.; A. GIORGIS, *La costituzionalizzazione dei diritti dell'eguaglianza sostanziale*, Napoli, 1999; P. BILANCIA – E. DE MARCO (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti*, Milano, 2004.

<sup>61</sup> Si parla in dottrina di "Stato assistenziale" e di "Stato del benessere", quale modello di Stato che si preoccupa di fornire ad assicurare prestazioni e servizi di tipo sociale in favore dei propri cittadini (da qui la denominazione, non sempre condivisa, di Stato sociale); per i riferimenti dottrinali v. nota che precede (*supra*).

<sup>62</sup> In questo senso, a proposito del passaggio dalle costituzioni flessibili a quelle rigide in tale epoca, v. M. DOGLIANI, *Introduzione al diritto costituzionale*, Bologna, 1994, ma anche R. FERRARA, *Salute e sanità*, cit., p. 11.

<sup>63</sup> Cfr. M. BENVENUTI, *Diritti sociali*, Milano, 2013, p. 26; si veda anche M. LUCIANI, *Diritti sociali e integrazione europea*, in AA.VV., *Annuario 1999. La Costituzione europea*, Padova, 2000, p. 529, che individua nei diritti sociali il presupposto e l'obiettivo dell'agire dei poteri pubblici.

<sup>64</sup> V., *infra*, § 1.4.3., anche in relazione alla difficile collocazione del diritto alla salute all'interno della ripartizione tra diritti sociali e libertà individuali.

conferma, non solo i diritti sociali in sé, ma anche la stretta correlazione degli stessi con le libertà individuali<sup>65</sup>. Il nuovo assetto della Carta affiora sin dal primo articolo nel quale trova posto centrale il diritto al lavoro<sup>66</sup>, quale chiave di volta dello Stato sociale<sup>67</sup>.

Nonostante l'esordio emblematico della nostra Carta, non è poi rintracciabile nei successivi articoli una clausola espressamente dedicata ai diritti sociali<sup>68</sup>. Tuttavia, la Costituzione italiana risulta feconda di riferimenti allo Stato sociale. Al centro troviamo il concetto di persona nella diversa (rispetto alle impostazioni liberali ma anche a quelle socialiste) dimensione della democrazia pluralista che si muove all'interno di un ordinamento, teleologicamente orientato alla "promozione sociale dell'uomo"<sup>69</sup>; un ordinamento che, per un verso, non può prescindere dalla rimozione degli ostacoli di ordine economico e, per altro verso, deve accompagnare la costruzione e l'affermazione sociale dell'uomo stesso<sup>70</sup>.

Il principio personalista di cui all'art. 2 cost. si pone, nella nostra Carta, come concetto unificante dei classici diritti di libertà e di quelli sociali, e ciò al fine di assicurare pienamente il godimento delle libertà classiche. Tale concetto è maturato nel corso del tempo in quanto, come osservato, i diritti sociali, "*nati, in Italia, come diritti dei pochi e dei molti ma non come diritti di tutti*", al fine di permettere il superamento delle condizioni di disegualianza che incidono sulla stessa pienezza del principio personalista; e ciò avviene soprattutto, a partire dagli anni Sessanta – Settanta, in un contesto sociale

---

<sup>65</sup> Come ad esempio l'intervento di Giorgio La Pira che affermava: «senza la tutela dei diritti sociali, la libertà e l'indipendenza della persona non sono effettivamente garantite» (G. LA PIRA, *Relazione sui principi relativi ai rapporti civili*, in *Atti della Commissione per la Costituzione*, in [www.legislature.camera.it](http://www.legislature.camera.it), 1946, p. 15). Vi era pure chi, come Pietro Calamandrei si dimostrava decisamente scettico al punto da proporre di escludere, in ragione della loro problematica attuazione, tutti i diritti sociali, dal diritto all'istruzione al diritto alla salute (poi confluiti nel Titolo II della nostra Carta fondamentale), dal corpo della Costituzione per inserirli in un preambolo che avrebbe preceduto il testo costituzionale (v., più diffusamente, *infra*, § 1.4.3.).

<sup>66</sup> L'art. 1 della Costituzione italiana recita: «L'Italia è una Repubblica democratica fondata sul lavoro».

<sup>67</sup> Tra gli altri v. G. U. RESCIGNO, *La distribuzione della ricchezza socialmente prodotta*, in M. RUOTOLO (a cura di), *La Costituzione ha 60 anni*, Napoli, 2008. Ma anche, L. BASSO, *Per uno sviluppo democratico nell'ordinamento costituzionale italiano*, in *Studi per il ventesimo anniversario dell'Assemblea costituente*, Firenze, 1969, IV, p. 16; P. PERLINGIERI, *La personalità umana nell'ordinamento giuridico*, Napoli, 1972, p. 66 ss.

<sup>68</sup> Ad esempio, nella Legge fondamentale tedesca del 1949, viene riconosciuto il carattere democratico e sociale del *Bundesstaat* (art. 20) analogamente all'art. 1 della Costituzione spagnola del 1978. Cfr. C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit., p. 360; M. BENVENUTI, op. ult. cit., p. 29; ; M. MAZZIOTTI, *Diritti sociali*, cit., p. 804; BIN R. – PITRUZZELLA R., op. ult. cit., p. 55.

<sup>69</sup> In tal senso cfr., Q. CAMERLENGO, *Eguaglianza sostanziale e promozione sociale nel sistema costituzionale*, in *Scritti in onore di Valerio Onida*, in M. D'AMICO E B. RANDAZZO (a cura di), *Alle frontiere del diritto costituzionale*, Milano, 2011, p. 301 ss.

<sup>70</sup> Cfr. V. CRISAFULLI, *Individuo e società nella Costituzione italiana*, in *Dir. lav.*, 1954, p. 73 ss.



caratterizzato dalla crescita economica, diventano diritti di tutti, con l'universalizzazione per mano del legislatore dei servizi di protezione sociale<sup>71</sup>.

Pertanto, il fondamento dei diritti sociali si poggia sul principio dei diritti inviolabili e della persona e dignità umana di cui all'art. 2<sup>72</sup>.

L'intervento dello Stato trova il necessario presupposto nella dignità umana al fine di sopperire alle privazioni materiali e affermare dunque la pari dignità dell'uomo rispetto agli uomini con cui viene in relazione. I diritti sociali nella Costituzione italiana trovano diretta connessione con l'esigenza di protezione della personalità umana, «*e considerati nel loro coesenziale e costitutivo rapporto con la formazione della persona umana (...) e con gli ambiti di vita sociale necessari per il libero sviluppo della stessa persona umana (famiglia, scuola, lavoro...) -strutturalmente indipendenti ed essenzialmente intangibili da parte dello Stato- mediante i quali il singolo individuo si fa persona e si esprime come persona*»<sup>73</sup>.

Il sistema così descritto trova il giusto completamento nell'eguaglianza sicché l'uomo, «*in qualunque posizione si trovi inizialmente, dev'essere in grado di avere pari opportunità di autorealizzazione (quantomeno nel senso di vantare una quantità di possibilità sostanzialmente non distante da quella posseduta da qualsiasi altro membro della società) e, quindi, pari chances di godere effettivamente delle libertà (positive e negative) costituzionalmente garantite*»<sup>74</sup>.

Altro punto di riferimento dei diritti sociali deve essere individuato nell'art 3 cost. e ciò con riguardo al secondo comma ma anche al primo comma.

---

<sup>71</sup> Sul punto cfr. tra gli altri U. ALLEGRETTI, *Globalizzazione e sovranità nazionale*, in *Dem. e dir.*, 1998; G. ZAGREBELSKY, *I diritti fondamentali oggi*, in *Materiali per una storia della cultura giuridica*, 1992, p. 1; L. CARLASSARE, *Forma di Stato e diritti fondamentali*, in *Quad. cost.*, 1995, p. 1. Cfr. anche C. SALAZAR, *Dal riconoscimento alla garanzia dei diritti sociali*, Torino, 2000, p. 23 ss., secondo la quale i diritti sociali sarebbero «nati come strutture atte a difendere la pari dignità dei cittadini contro le incisioni che questa potrebbe subire quando si realizzano le condizioni che definiscono forme della diversità subita»; M. AINIS, *I soggetti deboli nella giurisprudenza costituzionale*, in *Studi in onore di Leopoldo Elia*, 1999, p. 38, il quale sottolinea come la protezione di determinate situazioni di vita si presenti come uno sforzo immane in quanto l'elemento giuridico si scontra con la realtà; C. COLAPIETRO, *Diritti sociali. Con appendice giurisprudenziale*, in C. COLAPIETRO – M. RUOTOLO, *Diritti e Libertà. Con appendice giurisprudenziale*, Torino, 2014, p. 95.

<sup>72</sup> A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, cit., p. 10; C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit., p. 360.

<sup>73</sup> A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, cit., p. 14, il quale sostiene che la Repubblica italiana è fondata sull'unione dei postulati della democrazia pluralistica, che riconosce i diritti dell'individuo all'interno delle formazioni intermedie, con lo spirito cattolico-popolare. Cfr. C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit., p. 362.

<sup>74</sup> A. BALDASSARRE, op. ult. cit., p. 11; C. COLAPIETRO, *Il principio di eguaglianza nella Costituzione italiana*, in C. COLAPIETRO – M. RUOTOLO, *Diritti e Libertà. Con appendice giurisprudenziale*, Torino, 2014, p. 36; Id. *Diritti dei disabili e Costituzione*, Napoli, 2011, p. 11 ss.

Partendo da quest'ultimo enunciato, il comma 1 dell'art. 3 cost. rappresenta un importante punto di passaggio dalla concezione ottocentesca della eguaglianza formale, secondo la quale potevano ammettersi non solo trattamenti uguali di situazioni differenti ma anche distinzioni fondate sul sesso, sulla razza, sulla lingua, sulle condizioni sociali ecc., alla eguaglianza correlata alla pari dignità sociale. Tale nuova dimensione dell'eguaglianza rappresenta il luogo ideale per lo sviluppo, tra gli altri, dei diritti sociali nella prospettiva dell'uguale realizzazione di tutti i cittadini<sup>75</sup>.

A fondamento della nostra forma di Stato sociale, i Costituenti hanno posto il principio dell'eguaglianza sostanziale codificato nel secondo comma dell'art. 3 cost. che «*si sostanzia nella liberazione degli individui dal bisogno e nella contestuale eliminazione delle disuguaglianze in fatto*», presupposto necessario per garantire eguali *chances* di libertà e di godimento dei diritti, al fine di realizzare quella "rivoluzione promessa" di Calamandrei<sup>76</sup>.

Un tale norma è tesa a realizzare un «*programma per il quale i poteri pubblici debbono cercare di eliminare le differenze economiche e sociali costituenti un ostacolo, in via di fatto, per l'effettivo godimento della "libertà eguale"*»<sup>77</sup> che si pone pienamente in linea con la concezione di una società pluralista caratterizzata dalle diversità, affiancando ai classici diritti di libertà - quali *libertà dallo Stato* e *libertà nello Stato* - anche l'attuazione di quelle *libertà mediante lo Stato* tese a garantire il riequilibrio delle situazioni di diseguaglianza mediante «*la politica delle discriminazioni "alla rovescia"*»<sup>78</sup>.

Pertanto, i due commi dell'art. 3 non si pongono in contraddizione ma si limitano e completano vicendevolmente. Le due disposizioni dell'art. 3 sono complementari nel senso che il primo comma vieta le discriminazioni irragionevoli sulla

---

<sup>75</sup> Cfr. F. MODUGNO, *Ragione e ragionevolezza*, Napoli, 2009, il quale pone l'accento sull'effettività dell'eguaglianza formale che trova piena garanzia sulla base del canone della ragionevolezza (giudizio di ragionevolezza che costituisce il ponte di collegamento tra i due commi dell'art. 3 cost.); B. CARAVITA, *Oltre l'eguaglianza formale*, Padova, 1984, p. 64 ss.; A. BALDASSARRE, op. ult. cit., p. 11; M. AINIS, op. ult. cit., p. 13 ss. che mette a tal proposito in evidenza come i diritti sociali rispondano a quella domanda di *eguaglianza* proveniente in particolare da quei soggetti deboli, *diseguali*.

<sup>76</sup> C. COLAPIETRO, *Il principio di eguaglianza nella Costituzione italiana*, cit., p. 36; il riferimento è a quel compromesso tra destra e sinistra (le prime tese a introdurre nella Carta una rivoluzione promessa, le seconde reclamavano una rivoluzione mancata) che si sostanzierebbe nella accettazione dei meccanismi borghesi della legalità parlamentare e allo stesso tempo in un graduale e pacifico rinnovamento sociale (cfr. P. CALAMANDREI, *La Costituzione*, in AA. VV., *Dieci anni dopo. 1945-1955. Saggi sulla vita democratica italiana*, Bari, 1955, p. 212 ss.); B. CARAVITA, op. ult. cit.

<sup>77</sup> A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, cit., p. 12.

<sup>78</sup> C. COLAPIETRO, *Diritti sociali*, cit., p. 94 e p. 37.

base della pari dignità sociale, mentre il secondo comma tende a rendere effettiva l'eguaglianza mediante il superamento delle discriminazioni con l'intervento del legislatore<sup>79</sup>.

A partire dagli anni Settanta, la dottrina ha proposto, all'interno della categoria dei diritti sociali, suddivisioni più articolate degli stessi sociali tra le quali rileva in particolare quella tra diritti sociali c.d. originari o incondizionati (artt. 36, commi 1, 2 e 3; 32, comma 2; 37; 29; 30; 4) e quelli c.d. derivati o condizionati (artt. 38; 34; 32 comma 1; 38, comma 3, 46). Secondo tale teoria, ereditata dalla dottrina tedesca (Martens)<sup>80</sup>, si possono individuare alcuni diritti sociali che, potendo essere azionati direttamente dal titolare (rimanendo eventualmente in capo al giudice fissare il quantum della prestazione), non necessitano di alcun intervento per essere realizzarti, e altri diritti sociali per il godimento dei quali è necessario l'intervento del legislatore al fine di realizzare un'organizzazione idonea a erogare le prestazioni oggetto di tali diritti o, comunque, a permetterne l'effettivo esercizio; tale seconda categoria di diritti potrà essere azionata soltanto sulla base delle condizioni di fatto fissate dal legislatore per il loro esercizio<sup>81</sup>. Qualora vi siano i presupposti per il godimento di questi diritti, come affermato dalla Corte costituzionale in tema di assistenza e previdenza, le corrispondenti pretese saranno direttamente azionabili, al pari dei diritti sociali incondizionati<sup>82</sup>. Per converso la mancanza della normativa ordinaria di dettaglio incide non sull'esistenza di quei diritti (che risultano garantiti relativamente al *quid* ed *an* della tutela), ma piuttosto sulle modalità di garanzia di tali diritti (e dunque relativamente al quando e il *quomodo*)<sup>83</sup>.

Una volta tratteggiata, seppure con estrema sinteticità, la matrice costituzionale dei diritti sociali si può comprendere come essi, per un verso, siano qualificabili come pretesa ad una «*prestazione positiva rivolta allo stesso legislatore*»<sup>84</sup> e, per altro verso,

---

<sup>79</sup> Cfr. F. MODUGNO, op. ult. cit.

<sup>80</sup> Cfr. A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, cit., p. 28.

<sup>81</sup> F. MODUGNO, *I "nuovi diritti" nella giurisprudenza costituzionale*, Torino, 1995, p. 70; A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, cit., p. 30 ss.; C. COLAPIETRO, *Diritti sociali*, cit., p. 97 ss.; P. CARETTI, *Diritti fondamentali*, cit., p. 490; F. POLITI, *I diritti sociali*, in R. NANIA – P. RIDOLA (a cura di), *I diritti costituzionali*, Torino, 2011, p. 1040.

<sup>82</sup> M. MAZZIOTTI, op. ult. cit., p. 806; A. BALDASSARRE, op. ult. cit., p. 31.

<sup>83</sup> F. MODUGNO, *I "nuovi" diritti*, cit., p. 71 ss.; ma anche P. CARETTI, *Diritti fondamentali*, cit., p. 490; cfr., in parziale dissenso, M. BENVENUTI, *Diritti sociali*, cit., p. 46.

<sup>84</sup> F. MODUGNO, *I "nuovi diritti"*, cit., p. 69; M. BENVENUTI, *Diritti sociali*, cit., p. 48.

siano «condizionati alla riserva del possibile e del ragionevole nella determinazione legislativa del quomodo e del quando della garanzia effettiva. Ma la sottrazione al legislatore della discrezionalità dell'an e sul quid della garanzia medesima conduce senz'altro alla sindacabilità della stessa discrezionalità sul come e sul quando»<sup>85</sup>.

Alla Corte spetta dunque la verifica circa la necessaria gradualità nell'attuazione dei diritti sociali sulla base del bilanciamento con gli altri valori costituzionali primari e con le esigenze di bilancio ma con le irragionevoli inerzie o i ritardi del legislatore. Il che non esclude la sindacabilità davanti al giudice costituzionale<sup>86</sup> se non per quelle scelte legislative strettamente politiche<sup>87</sup>.

#### 1.4.2. L'art. 32 cost. ed il suo contenuto innovativo.

Tra i diritti sociali viene tradizionalmente<sup>88</sup> collocato anche il diritto alla salute. Con una disposizione innovativa rispetto alle carte coeve, la Costituzione italiana ha conferito una rilevanza pubblica alla salute ed ha individuato la tutela della salute quale compito fondamentale della Repubblica; in particolare, l'art. 32 cost. dispone al primo comma: «La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti».

Tale disposizione è densa di significati ed in essa trovano fondamento e si cumulano più situazioni giuridiche di natura ben diversa<sup>89</sup>. A questo punto, risulta necessaria, ai nostri fini, una succinta rassegna di tali situazioni.

---

<sup>85</sup> F. MODUGNO, *op. ult. cit.*, p. 71; A. BALDASSARRE, *op. ult. cit.*, p. 31.

<sup>86</sup> La precettività dei diritti sociali si riverbera anche nell'ambito della giurisdizione ordinaria e amministrativa dove possono essere imposti atti o comportamenti alla P.A. Cfr. F. POLITI, *I diritti sociali*, cit., p. 1036 ss.; M. BENVENUTI, *Diritti sociali*, cit., p. 48.

<sup>87</sup> F. MODUGNO, *op. ult. cit.*, p. 72 ss.; M. BENVENUTI, *Diritti sociali*, cit., p. 48 ss.; M. MAZZIOTTI, cit., p. 806; G. CORSO, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, cit., p. 776; A. BALDASSARRE, *op. ult. cit.*, p. 31; C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit., p. 363, secondo il quale «la violazione dei diritti sociali costituisce, infatti, motivo di illegittimità costituzionale delle norme di legge in contrasto con tali diritti, rilevabili dalla Corte costituzionale in sede di sindacato di legittimità; ciò vale anche nel caso di norme finalistiche, la cui attuazione è demandata al potere legislativo, le quali, pur essendo poco incisive nei confronti di comportamenti omissivi del legislatore possono comunque invalidare le leggi che si pongono in contrasto con quei fini»; cfr. anche, R. BIN, *L'applicazione diretta della costituzione, le sentenze interpretative, l'interpretazione conforme a Costituzione della legge*, in [www.robertobin.it](http://www.robertobin.it), 2006, p. 10 ss.; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, Torino, 2015, p. 89 ss.

<sup>88</sup> Come avremo modo di esporre nel prosieguo (v., *infra*, § 1.4.3), la collocazione del diritto alla salute, così come declinato nella nostra Carta, all'interno delle tradizionali dicotomie non risulta così scontata.

<sup>89</sup> G. CORSO, *I diritti sociali nella costituzione italiana*, cit., p. 768 ss.; M. LUCIANI, *Salute*, cit., p. 5; N. AICARDI, *La sanità*, in (a cura di) S. CASSESE, *Trattato di Diritto Amministrativo*, Milano, 2003, p. 626.

Innanzitutto, la titolarità della tutela in questione viene affidata alla “Repubblica”<sup>90</sup>. La dottrina sul punto è concorde nel ritenere che, in tali casi, la relativa tutela sarà apprestata non soltanto dallo Stato ma dalla «totalità dell’assetto costituzionale»<sup>91</sup> e dunque anche dalle regioni e dalle autonomie locali. Allo stesso modo anche la giurisprudenza costituzionale ha avuto modo, seppur talvolta in maniera implicita, di evidenziare la necessaria distribuzione delle funzioni nella materia<sup>92</sup>.

L’art. 32 considera la salute sia come diritto individuale che come interesse collettivo. Tali aspetti hanno un diverso oggetto e una diversa regolamentazione, ma sono evidentemente dotati di una matrice comune.

Sotto il primo profilo, la norma in esame deve essere posta in relazione con i diritti inviolabili dell’uomo di cui all’art. 2 cost. del quale costituisce una specificazione<sup>93</sup>; niente è più inerente alla persona umana, nella sua corporeità, nella sua fisicità, della sua salute<sup>94</sup>. Il diritto alla salute, come viene qualificato dalla Costituzione stessa, è un diritto «fondamentale»; un diritto privilegiato e centrale, quasi presupposto, al complesso dei bisogni e delle aspettative riconosciute in capo ai singoli<sup>95</sup>.

In tale ambito, la norma costituzionale conferisce ai singoli il diritto soggettivo alla salute, un diritto pieno ed assoluto che rileva quale situazione giuridica oppositiva, quale aspettativa di tipo negativo: il diritto a non subire lesioni della propria integrità

---

<sup>90</sup> La nostra Carta Costituzionale imputa alla Repubblica la titolarità di compiti e tutele in più di un articolo e segnatamente: con riferimento alle clausole generali di cui agli artt. 2 e 3, con riferimento al diritto del lavoro agli artt. 4 e 35, con riferimento alle autonomie locali e al decentramento all’art. 5, con riferimento alla tutela delle minoranze linguistiche all’art. 6, con riferimento alla promozione della cultura e della ricerca scientifica all’art. 9, con riferimento ai diritti della famiglia agli artt. 29 e 31, con riferimento al diritto all’istruzione all’art. 34, con riferimento alla tutela dei lavoratori minorenni all’art. 37, con riferimento alle operative all’art. 45 e con riferimento al diritto dei lavoratori a collaborare alla gestione delle aziende all’art. 46. Per un interessante approfondimento sul concetto di “Repubblica” nell’art. 32 cost. v. M. SICLARI, *La giurisprudenza costituzionale sull’art. 32, primo comma, cost.*, in *Scritti in onore di Antonio D’Antona*, Milano, 2015.

<sup>91</sup> In tal senso, C. MORTATI, *Articolo 1*, in *Art. 1-12 Principi fondamentali. Commentario alla Costituzione*, (a cura di) G. BRANCA, Bologna-Roma, Zanichelli-Il Foro Italiano, 1975, p. 3.

<sup>92</sup> Corte Costituzionale, 21 maggio 1975, n. 112 in *Giurisprudenza Costituzionale*, 1975, p. 1237; Id., 18 dicembre 1987, n. 559, *ivi*, 1987, I, p. 3506; Id., 10 febbraio 1997, n. 17, *ivi*, 1997, p. 125; ma anche, Id., 19 dicembre 2003, p. 361, *ivi*, 2003, p. 3733. Cfr. anche, *infra*, § 2.4., dedicato all’analisi della giurisprudenza costituzionale in tema di riparto di competenze in materia di salute.

<sup>93</sup> A. BARBERA, *Articolo 2*, in (a cura di) G. BRANCA, *Art. 1-12 Principi fondamentali. Commentario alla Costituzione*, Bologna-Roma, Zanichelli, 1975, p. 66.

<sup>94</sup> A. CATELANI, *La sanità pubblica*, cit., p. 7 ss.; M. BIANCA – A. CATELANI, (a cura di) *Giusnaturalismo e diritti inviolabili dell’uomo*, Arezzo, 2009.

<sup>95</sup> Cfr. C. MORTATI, *La tutela della salute nella costituzione italiana*, in *Riv. infort.*, I, 1961, p. 1; N. AICARDI, *La sanità*, cit., p. 629.

psico-fisica e la libertà totale nella cura della propria salute<sup>96</sup>. Tale diritto individuale è già operativo in virtù del precetto costituzionale ed è immediatamente azionabile sia nei confronti dei terzi che nei confronti dei pubblici poteri<sup>97</sup>.

In questi termini, il diritto alla salute è dotato di una particolare resistenza rispetto agli interventi pubblici che possono pregiudicarlo; il diritto alla salute è un diritto incomprimibile o “indegradabile” atteso che la Costituzione non indica alcuna possibile limitazione da parte dell’interesse pubblico<sup>98</sup>. Un limite è, tuttavia, previsto al comma 2 dello stesso art. 32 cost. nell’ipotesi di trattamenti sanitari obbligatori. Tale possibile ingerenza nella sfera della salute individuale è ammessa sotto riserva di legge e purché non siano violati «*i limiti imposti dal rispetto della persona umana*». Le ipotesi di legge sono ritenute conformi alla Costituzione quando il trattamento sanitario obbligatorio è necessario per la tutela di terzi o della collettività e purché sia finalizzato al miglioramento o al mantenimento dello stato di salute del soggetto destinatario<sup>99</sup>. Al di fuori di tali ipotesi disciplinate dalla legge, i trattamenti sanitari possono essere soltanto volontari previo il consenso del paziente al quale è stata fornita un’idonea informazione sui rischi, i benefici e le modalità dell’intervento (c.d. consenso informato)<sup>100</sup>. Libertà totale nella scelta della cura sta a significare anche diritto a non essere curato<sup>101</sup>.

---

<sup>96</sup> Cfr. B. CARAVITA, *Art. 32*, in V. CRISAFULLI, L. PALADIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, 1990, p. 215; M. LUCIANI, *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Dir. soc.*, 1980, p. 778 ss., che individua un collegamento con la normativa ordinaria e, in particolare, con gli artt. 5 e 2043 c.c. che mirano a proteggere «la complessiva integrità fisica dell’uomo».

<sup>97</sup> Sul punto si tornerà in maniera più approfondita nel prosieguo. v. *infra* § 3.5.; Cfr. A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, cit., che rileva che «il bene protetto dalla norma costituzionale è [...] già proprio del beneficiario del relativo diritto, e non ha quindi bisogno dell’intervento del legislatore come unica condizione di tutela [...] La norma dell’art. 32 va ritenuta pertanto sicuramente applicabile: da essa nascono, in capo ai singoli, diritti soggettivi perfetti aventi ad oggetto il bene salute, direttamente azionabili dinanzi all’autorità giudiziaria». In questo senso Corte cost., sentenza n. 247/1974; Corte cost., sentenza n. 88/1979; Cass. civ., sez. III, 27 luglio 2000, n. 9389.

<sup>98</sup> G. FARES, *Problemi attuali dell’ordinamento sanitario*, Napoli, 2013, p. 4 ss. In questo senso, *ex multis*, Cass. civ., S.U., sentenza 9 marzo 1979, n. 1463; Cass. civ., sentenza 20 novembre 1992, n. 12386; Cass. civ., 13 giugno 2006, n. 13659.

<sup>99</sup> Corte cost., sentenza n. 307/1990; F. MODUGNO, *Trattamenti sanitari «non obbligatori» e Costituzione*, in *Dir. Soc.*, 1982, p. 313.

<sup>100</sup> Cfr. Corte cost., sentenza n. 438/2008 nella quale è precisato che il diritto al consenso informato costituisce una «sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello dell’autodeterminazione e quello della salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha diritto ad essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti

La norma costituzionale conferisce poi al singolo anche un diritto ad ottenere prestazioni sanitarie il cui godimento deve però ritenersi condizionato dall'esistenza delle strutture idonee a soddisfarlo<sup>102</sup>.

Sotto il secondo profilo, e cioè la tutela della salute quale interesse collettivo, l'art. 32 cost. recepisce la situazione normativa esistente sin dai tempi dell'Unificazione<sup>103</sup> elevandone la tutela dal livello legislativo a livello costituzionale. L'azione dei pubblici poteri deve tendere, dunque, a tutelare la salute quale fine di pubblico interesse. Tale aspetto si integra e si completa reciprocamente con il diritto dei singoli alle prestazioni sanitarie. A tal proposito rileva nuovamente anche il comma 2 dell'art. 32 cost. in tema di trattamenti sanitari obbligatori che, oltre a costituire un'ingerenza nella libertà individuale (pur sempre con l'osservanza da parte del legislatore degli specifici limiti imposti dalla stessa norma costituzionale), esplicita la dimensione sociale e collettiva della salute e cioè quell'interesse della collettività cui fa riferimento il comma 1 dell'art. 32 cost.

#### 1.4.3. Il diritto alla salute e la sua difficile classificazione tra diritto sociale e libertà individuale, tra norma programmatica e norma precettiva.

Sin dall'adozione della nostra Carta Costituzionale si è molto discusso in dottrina, ma anche in giurisprudenza, sul carattere e sul valore dell'art. 32 cost. Il dibattito si è incentrato, sin dall'inizio, sulla natura programmatica della norma in questione e sulla sua riconducibilità nell'alveo dei diritti sociali, ma anche, più in generale, sulla resistenza delle tradizionali dicotomie all'esatta classificazione del diritto alla salute.

---

possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all'art. 2, comma 2, cost.».

<sup>101</sup> Cfr., sul punto, M. LUCIANI, *Salute*, cit., il quale evidenzia come il dissenso alla cura, per ritenersi valido al fine di escludere il dovere di intervento del medico, deve essere determinato da una manifestazione di volontà consapevole e concreta, «concreta nel senso che il dissenso deve essere manifestato non come astratta presa di posizione in riferimento ad un non meno astratto problema, ma come decisione immediatamente collegata ad un evento che può effettivamente verificarsi».

<sup>102</sup> Sul tema del condizionamento dei diritti sociali v., *supra*, § 1.4.1.; sul diritto alla salute in particolare si tornerà nel prosieguo, v. *infra* § 1.4.3.

<sup>103</sup> Cfr. *supra*, § 1.3.

Già nel corso dei lavori dell'Assemblea Costituente, il dibattito sull'approvazione dell'art. 32 della Costituzione Progetto (il cui testo era contenuto nell'art. 26 del Progetto) aveva registrato vivaci discussioni.

In particolare, vi era chi come Piero Calamandrei proponeva di escludere, in ragione della loro problematica attuazione, tutti i diritti sociali, dal diritto all'istruzione al diritto alla salute (poi confluiti nel Titolo II della nostra Carta fondamentale), dal corpo della Costituzione per inserirli in un preambolo che avrebbe preceduto il testo costituzionale; tale preambolo sarebbe stato preceduto da *«una dichiarazione esplicita del loro carattere non attuale, ma preparatore del futuro; in modo che anche l'uomo semplice che leggerà, avverta che non si tratta di concessione di diritti attuali, che si tratta di propositi, di programmi e che bisogna tutti duramente lavorare per riuscire a far sì che questi programmi si trasformino in realtà»*<sup>104</sup>. Era, dunque, presente tra i Costituenti la convinzione della difficile eseguibilità dei diritti sociali da parte dello Stato.

Poi c'era pure chi, pur apprezzando le peculiarità innovative della disposizione in questione e segnalando il superamento della distinzione tra libertà costituzionali negative e positive, non avvertiva la necessità di ricomprendere all'interno del testo costituzionale il diritto alla salute in ragione della sua poliedricità. In particolare, Fiorentino Sullo affermava come *«in questa prima parte del progetto di Costituzione, vi siano due categorie di diritti: i diritti di libertà e i diritti sociali. I diritti di libertà sono riaffermati più per un valore polemico nei riguardi delle violazioni che si sono avute da parte del fascismo dei diritti stessi che per altre ragioni che sono ormai nella coscienza del mondo moderno. I diritti sociali, invece, costituiscono delle innovazioni e dei germi che potranno avere uno sviluppo nella legislazione ordinaria. Ma questo articolo 26 non afferma in realtà né diritti di libertà, né diritti sociali. Non afferma diritti di libertà, perché quello che potrebbe essere un diritto di libertà, nel secondo comma che dice testualmente: "Nessun trattamento sanitario può essere reso obbligatorio se non per legge; sono vietate le pratiche sanitarie lesive della dignità umana", non ha invece quel valore polemico che presentano altri articoli della nostra Costituzione, in quanto non v'è stata alcuna violazione in Italia che possa essere contemplata da questo secondo comma ed è, pertanto, inutile che si parli di ciò, perché anche la sola menzione può essere*

---

<sup>104</sup> Intervento di Piero Calamandrei alla seduta del 4 marzo 1947.



*un'offesa alla tradizione nostra in questo campo. Per quanto riguarda poi i diritti sociali, non si parla, nell'articolo 26, di diritti sociali nuovi. In realtà, in Italia, nei limiti dei bilanci e degli accorgimenti della tecnica amministrativa, è stata sempre tutelata la salute ed è stata sempre promossa l'igiene. Si vedrà in concreto se questi mezzi ci saranno; ma non mi pare si possa far luogo ad alcuna affermazione di principio sotto questo riguardo. Se, pertanto, questo articolo non deve contemplare che interessi di qualche classe, io ed i miei colleghi pensiamo che sia bene sopprimerlo, anche per ragioni di euritmia.»*

Per certi versi lungimirante e molto attuale l'intervento di Francesco Saverio Nitti che poneva l'accento sulle difficoltà – in particolare di carattere economico-finanziario - che avrebbe determinato l'impegno assunto dalla Repubblica di garantire la gratuità delle cure agli indigenti<sup>105</sup>.

Altrettanto attuali le osservazioni di Fausto Gullo il quale evidenziava l'importanza e la centralità della tutela della salute ai fini dell'effettiva applicazione e del pieno esercizio degli altri diritti previsti in Costituzione<sup>106</sup>.

---

<sup>105</sup> Più nel dettaglio, Francesco Saverio Nitti affermava: «La Repubblica dunque «tutela la salute, promuove l'igiene e garantisce cure gratuite agli indigenti». Dunque, la Repubblica, fin da ora, assume come obblighi di tutelare la sanità, promuovere l'igiene e garantire cure gratuite agli indigenti. Voglio ben ripeterlo perché non credo ai miei occhi. Voi sapete quale è la situazione dell'Italia, voi sapete che cosa sono gli ospedali, quale è la situazione di almeno i nove decimi dell'Italia, in cui manca e per parecchi anni mancherà un po' di tutto. E noi assumiamo proprio adesso, improvvisamente, l'impegno di assicurare tutte queste cose che non potremo, per parecchi anni, assicurare? Ora, credete che sia buona procedura promettere in nome della Repubblica ciò che non si può mantenere? E perché farne materia di Costituzione? Quando il popolo domani ci domanderà: dal momento che la Repubblica garantisce queste cose, e come e in qual forma le può garantire? Io non vi voglio annoiare con molte cifre; lo farò la prossima volta quando parleremo della situazione finanziaria. Io vi dirò allora quale è la situazione economica e finanziaria. Troppe cose si sono dissimulate e troppe si continuano ancora a dissimulare; parlerò delle cose che potremo fare e anche di quelle che non potremo fare e che si promettono senza serietà. Noi dovremo, infine, se Dio vuole, discutere con linguaggio di realtà quale sia la situazione economica-finanziaria. Dobbiamo dire quali obblighi possiamo assumere e quali no e dovremo dire a quante cose dovremo rinunciare. Lasciate, dunque, che il nome della Repubblica non sia compromesso in questi equivoci, perché le togliamo anche quel prestigio di serietà che le è indispensabile. Non promettere nulla non potendo mantenere, ma sopra tutto sapendo da prima di non poter mantenere: questa dovrebbe essere prima regola di onestà. Quando voi avete promesso nella costituzione solennemente di dare al popolo ciò che non potete tra sei mesi, tra un anno, fra parecchi anni, e vi troverete senza aver dato niente e senza poter promettere più niente perché non vi crederanno, quale prestigio avrà la Repubblica?»; intervento alla seduta del 19 aprile 1947.

<sup>106</sup> In particolare, Fausto Gullo, durante la seduta del 18 aprile 1947, affermava che: «Tutte le altre parti della Costituzione diventano caduche, vane, superflue, se noi non daremo l'esecuzione più precisa a queste norme, che sono le più importanti e che appunto tutelano il cittadino, assicurandogli un nido familiare che sia veramente tale e non un luogo di dolore e di pena, dandogli il modo di conservare la sua sanità fisica, cancellando così la vergogna di statistiche di mortalità che fanno orrore; e assicurandogli infine la possibilità di soddisfare la sua volontà di sapere. Soltanto così noi avremo fatto in maniera che tutte le altre norme abbiano anch'esse la loro effettiva applicazione.»

Già in sede di Assemblea Costituente emergeva, dunque, la tensione tra i “vecchi” diritti di libertà ed i “nuovi” diritti sociali trovando terreno fertile nel dibattito sulle innovazioni portate dall’art. 32 cost. non solo in termini di contenuto ma anche della stessa impostazione giuridica: un elemento di netta rottura rispetto al periodo liberale e fascista dal quale proveniva il nostro Paese<sup>107</sup> ma anche un diritto difficilmente comprimibile all’interno delle tradizionali classificazioni norme precettive - norme programmatiche e diritti di libertà - diritti sociali. D’altronde, attenta dottrina, già all’epoca, aveva avuto modo di avvertire come la nuova Carta Costituzionale avesse voluto assegnare ai diritti fondamentali «*un contenuto più aderente alle moderne concezioni sociali, sia mediante l’introduzione, accanto ai tradizionali diritti fondamentali individualistici, dei diritti sociali [...], sia a mezzo di un’interpretazione dei vecchi diritti fondamentali che tenesse presenti le mutate esigenze sociali*» ma che d’ostacolo vi era stata la «*influenza delle concezioni politiche sui diritti di libertà*»<sup>108</sup>.

Per lungo tempo, nonostante il diritto alla salute fosse l’unico diritto qualificato come “fondamentale” nella nostra Carta Costituzionale, la dottrina maggioritaria propendeva per la sua natura meramente programmatica, con conseguente assegnazione in capo al legislatore del compito di individuare la disciplina concreta per l’effettiva tutela della salute dei cittadini, disciplina funzionale a regolare i rapporti tra singolo e Stato; ciò in quanto i diritti sociali, nella prospettiva di questa dottrina, erano da considerare diritti aventi «*per finalità preminente o più immediata il soddisfacimento di interessi collettivi (e di riflesso individuali)*» in quanto diritti connessi alla sicurezza e alla giustizia sociale<sup>109</sup>.

Una prospettiva differente e tesa alla valorizzazione delle norme costituzionali programmatiche è stata fornita da Vezio Crisafulli secondo il quale tali norme sono

---

<sup>107</sup> In questo senso, A. SIMONCINI - E. LONGO, *Art. 32*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Vol. I, Torino, 2006, p. 655 ss. Come abbiamo già evidenziato (cfr. *supra* § 1.3.), la legislazione liberale aveva affrontato il tema della salute esclusivamente in termini di igiene e sicurezza pubblica affidando l’assistenza sanitaria ad enti religiosi e privati. Una tale impostazione rimase sostanzialmente invariata anche nel periodo fascista.

<sup>108</sup> P. VIRGA, *Libertà giuridica e diritti fondamentali*, Milano, 1947, p. 145.

<sup>109</sup> In questo senso, F. PERGOLESÌ, *Alcuni lineamenti dei “diritti sociali”*, Milano, 1953, p. 9 ss. Anche A. GIANNINI, *La tutela della salute come principio costituzionale*, in INADEL, 1960, p. 814, affermava che l’art. 32 cost. doveva essere considerato «norma essenzialmente ricognitiva della tappa raggiunta dalla vita nazionale, consacrata costituzionalmente, come spinta, se mai ad ulteriori sviluppi, sulla base di una disposizione ricognitiva e programmatica insieme, e che, ad ogni modo, fissa i principi dai quali le leggi ordinarie non possono decampare».

«rivolte a disporre quel che potrà e dovrà essere disposto in certe ipotesi e per certe materie»<sup>110</sup>. In altri termini, le norme programmatiche sarebbero comunque dotate di una portata vincolante nel «determinare le premesse per uno sviluppo avvenire, ponendo certe direttive programmatiche all'azione dei futuri organi costituiti nel campo dei rapporti sociali»<sup>111</sup>. Evidenziando come le norme programmatiche siano in particolare collocate nella disciplina dei rapporti economico-sociali ed etico-sociali, Crisafulli rileva che la Costituzione, considerata nel suo insieme, descrive «non soltanto la figura essenziale di un modo di essere attuale [...] ma anche ed insieme la figura essenziale di un modo di essere futuro nell'ordinamento medesimo»<sup>112</sup>. Il dettato costituzionale non poteva intendersi, dunque, come norma meramente programmatica anche se, in tale caso, la disposizione rimaneva inidonea a fondare prestazioni immediatamente fruibili da parte dei singoli<sup>113</sup>.

Una forte spinta innovativa arrivò ad un decennio dall'entrata in vigore della Costituzione quando autorevole dottrina, spingendosi oltre l'impostazione di Crisafulli, si oppone ad ogni interpretazione riduttiva dei diritti sociali, in generale, e dell'art. 32 cost., in particolare. Il riferimento è, ovviamente, a Costantino Mortati che sostiene il carattere immediatamente precettivo dell'art. 32. A tale risultato, il Mortati giunge attraverso un'analisi organica del testo costituzionale evidenziando, in particolare, il collegamento tra i diritti sociali e l'art. 2 cost. che, in relazione alla protezione ed allo sviluppo della personalità dei singoli, comporta la necessità di garantire non solo la sua preservazione dall'altrui ingerenza ma anche la predisposizione delle condizioni favorevoli al suo pieno svolgimento, tra le quali rientra «necessariamente ed in via primaria» la salute, quale «bene strumentale necessario allo svolgimento stesso»<sup>114</sup>. Tale impostazione trova giustificazione nel superamento del carattere compromissorio della nostra Carta Costituzionale in favore della sua unità e coerenza attraverso un'interpretazione

---

<sup>110</sup> V. CRISAFULLI, *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, cit., p. 30.

<sup>111</sup> V. CRISAFULLI, *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, cit., p. 31 ss..

<sup>112</sup> V. CRISAFULLI, *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, cit., p. 35 ss.

<sup>113</sup> Cfr. V. CRISAFULLI, *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, cit.; più di recente, nelle medesimo senso v. B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Diritto e società*, I, 1983, p. 55.

<sup>114</sup> C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, cit., p. 2.

sistematica tesa ad eliminare e superare ogni gerarchia tra diritti di libertà e diritti sociali<sup>115</sup>.

Un altro importante contributo all'analisi dei caratteri del diritto alla salute e della sua collocazione all'interno dell'ordinamento costituzionale proviene da quella linea di pensiero che collega i diritti sociali al principio di uguaglianza sostanziale<sup>116</sup>. In particolare, secondo questa dottrina, il diritto sociale sarebbe «*un diritto eminentemente individualista, che coglie l'uomo nella sua concreta posizione in seno alla società, per accordargli la protezione di cui ha bisogno, allo scopo appunto di attuare quell'eguaglianza che il diritto individualistico ha bisogno*»<sup>117</sup>. Dall'esame della visione prospettata dai rivoluzionari francesi, portatori della conquista dei diritti di libertà, emergeva già come la prospettiva individualistica dei diritti fondamentali contenesse al suo interno anche i diritti sociali quali diritti connessi alla persona al fine di garantire la piena libertà e dignità dell'uomo<sup>118</sup>. Secondo tale impostazione si può, dunque, giungere ad una vera e propria sintesi tra i diritti di libertà ed i diritti sociali; sintesi strettamente legata al concetto di eguaglianza. In quest'ottica l'effettività dei diritti costituzionali risulterebbe strettamente connessa all'«*organizzazione della funzione giurisdizionale*»<sup>119</sup>.

Secondo altra dottrina, invece, l'effettività dei diritti costituzionali, pur restando agganciata all'attuazione del principio di uguaglianza sostanziale, sarebbe invece da collegare al ruolo della legislazione e dell'amministrazione<sup>120</sup>.

Anche la giurisprudenza della Corte Costituzionale, seppur "a rimorchio" della dottrina<sup>121</sup>, dopo una fase di iniziale timidezza si è poi aperta ad una interpretazione più incisiva dell'art. 32 cost. In particolare, i giudici costituzionali, con la sentenza n. 88/1979, hanno avuto modo di evidenziare che il diritto alla salute «*é tutelato dall'art. 32*

---

<sup>115</sup> C. MORTATI, (voce) *Costituzione della Repubblica italiana*, in *Enc. dir.*, XI, Milano, 1962, p. 222.

<sup>116</sup> V. sul punto anche *supra* § 1.4.1.

<sup>117</sup> M. MAZZIOTTI, *Lo spirito del diritto sociale nelle costituzioni e nelle leggi della Francia rivoluzionaria*, in *Arch. giur. F. Serafini*, 1954, p. 99.

<sup>118</sup> M. MAZZIOTTI, *Lo spirito del diritto sociale*, cit., p. 94 e ss.

<sup>119</sup> M. MAZZIOTTI, *Diritti sociali*, cit., p. 806.

<sup>120</sup> B. CARAVITA, *Oltre l'eguaglianza formale*, cit.

<sup>121</sup> B. CARAVITA, *La disciplina costituzionale della salute*, in *Diritto e Società*, 1, 1984, p. 25, il quale sottolinea che «non si può certo dire che i contributi alla valorizzazione dell'articolo siano venuti dalla Corte Costituzionale [...] le più recenti aperture del giudice di costituzionalità sono venute, per così dire, "a rimorchio" di una realtà sociale che si andava modificando e sono state sicuramente prevenute dall'intervento del legislatore, dalle aperture di una parte della giurisprudenza comune, dagli stimoli della dottrina. E ancora adesso, dopo parziali aperture, riemergono talvolta letture riduttive dell'art. 32, sia sotto il profilo dell'oggetto della tutela (l'integrità fisica), sia sotto il profilo della considerazione della norma come meramente programmatica».

*Costituzione non solo come interesse della collettività, ma anche e soprattutto come diritto fondamentale dell'individuo, sicché si configura come un diritto primario ed assoluto, pienamente operante anche nei rapporti tra privati. Esso certamente è da ricomprendere tra le posizioni soggettive direttamente tutelate dalla Costituzione e non sembra dubbia la sussistenza dell'illecito, con conseguente obbligo della riparazione, in caso di violazione del diritto stesso»<sup>122</sup>.*

La dimensione fondamentale del diritto alla salute e la sua piena e diretta tutela trovava, finalmente, riconoscimento anche nella giurisprudenza costituzionale.

Il diritto alla salute, pertanto, preclude interferenze nelle scelte relative al godimento di tale bene (la salute) assumendo le caratteristiche del tutto simili ad un diritto di libertà di tipo negativo<sup>123</sup>; tuttavia, sotto un altro profilo, il diritto alla salute necessita, al fine di un suo pieno - (*rectius*) effettivo - godimento, la predisposizione di strutture in grado di soddisfarlo, assumendo per ciò le caratteristiche di un diritto "condizionato", un diritto "a prestazione"<sup>124</sup>.

Questo condizionamento al diritto alla salute e, soprattutto, alla sua estensione è stato oggetto di attenzione da parte dei giudici costituzionali su impulso di un notevole contenzioso incentrato sulla questione della spesa sanitaria.

In questa sede<sup>125</sup>, sarà per il momento sufficiente evidenziare che il punto di diritto che emerge dalla giurisprudenza costituzionale è che il diritto alla salute non potrà ritenersi leso se il suo nucleo più riposto e sensibile sia rispettato e preservato «compatibilmente con i flussi di finanza pubblica»<sup>126</sup>.

---

<sup>122</sup> Corte cost. 26 luglio 1979, sentenza n. 88, nella quale la Corte era chiamata a decidere sulla questione di costituzionalità dell'art. 2043 c.c. in relazione agli artt. 3, 24 e 32 cost. sollevata in via incidentale dal Tribunale di Camerino che lamentava la non risarcibilità nell'alveo dell'art. 2043 c.c. del danno alla salute, autonomamente considerato rispetto alle conseguenze economiche del fatto lesivo e al danno morale puro. La questione è stata ritenuta non fondata in ragione della riconducibilità di tale danno all'interno del campo di applicazione dell'art. 2059 c.c. dettato in tema di danno non patrimoniale.

<sup>123</sup> A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, cit., p. 200; G. URBANO, *Diritto alla salute e cure transfrontaliere*, Torino, 2009, p. 69, secondo il quale l'espansione del diritto alla salute sarebbe tale da meritare tutela anche rispetto a ogni azione che ne impedisce o limita la piena realizzazione della personalità umana.

<sup>124</sup> V. anche, *supra*, § 1.4.1.

<sup>125</sup> Per una più approfondita disamina della giurisprudenza costituzionale sull'individuazione del "nucleo essenziale" e del "contenuto minimo" del diritto alla salute v., *infra*, § 3.5.

<sup>126</sup> Cfr., Corte cost., 26.5.1998, n. 185 e Corte cost., 13.6.2000, n. 188; v. anche, *infra*, sub nota 66.

La norma costituzionale, dunque, arriverebbe a conferire ai singoli, per certi versi, una situazione giuridica *pretensiva*<sup>127</sup>: il diritto alla prestazione sanitaria. In particolare, conferendo alla Repubblica<sup>128</sup> il compito di tutelare la salute, l'art. 32 cost. presuppone necessariamente un'azione positiva dei pubblici poteri in questo settore. Tale azione si colloca nell'ambito di un più ampio disegno costituzionale che mira alla promozione del benessere e dello sviluppo della persona umana, partendo dal principio di uguaglianza sostanziale di cui all'art. 3, comma 2 cost. per poi indirizzarsi nel riconoscimento dei singoli diritti sociali, tra i quali il diritto alla tutela alla salute<sup>129 130</sup>. A tal proposito, la stessa collocazione della norma tra i «rapporti etico-sociali» fa emergere come la salute non rilevi soltanto in senso biologico ma altresì, per l'appunto, quale valore etico e sociale.

Al fine di permettere il pieno godimento dell'assistenza sanitaria è necessaria pertanto l'intermediazione della legge che si deve preoccupare della disciplina di presupposti, contenuti e modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie. L'opera del legislatore sarà comunque condizionata, così come abbiamo visto per i diritti sociali in generale, dalla necessità di effettuare un bilanciamento ragionevole tra gli altri principi e valori costituzionalmente protetti, tenendo in particolare conto nel caso del diritto alla salute l'esigenza di equilibrio della finanza pubblica, al fine di garantire la coerenza del

---

<sup>127</sup> N. AICARDI, *La sanità*, cit., 626, individua all'interno dell'art. 32 cost. situazioni giuridiche diverse, sia di tipo oppositivo che pretensivo; R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, cit., in particolare p. 266 ss., che finisce per confutare tale impostazione in ragione della collocazione dell'art. 32 all'interno dell'assetto costituzionale dello Stato sociale i cui valori fondanti di tutela della persona e di uguaglianza sono pregnanti al punto da forgiare la struttura dello stesso stato sociale di diritto.

<sup>128</sup> Con l'espressione «Repubblica», come già chiarito (cfr., *supra*, § 1.3.1), si devono intendere coinvolti in tale compito tutti i livelli istituzionali.

<sup>129</sup> N. AICARDI, *La sanità*, cit., p. 629.

<sup>130</sup> Cfr., M. MAZZIOTTI, *Diritti sociali*, cit.; A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, cit.; G. AZZARITI, *Ipotesi sui diritti sociali*, in *Nuvole*, 5, 1993; M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, cit.; A. ROVAGNATI, *Sulla natura dei diritti sociali*, Torino, 2009; F. PERGOLESÌ, *Alcuni lineamenti dei "diritti sociali"*, cit., p. 9; G. RAZZANO, *Lo "Statuto costituzionale" dei diritti sociali*, in *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia, Il ruolo della giurisprudenza*, in *Atti del Convegno di Trapani 8-9 giugno 2012, Collana del Gruppo di Pisa*, (a cura di) E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE, Napoli, 2013, p. 12, in tema di Stato sociale, evidenzia che, con la Costituzione repubblicana, «la tutela di un "diritto sociale" non è più un potere meramente discrezionale dell'autorità pubblica, come in precedenza, ma discende da un diritto dei cittadini, derivante dalla loro uguaglianza e più ancora - aggiungerei - discende dalla precedenza sostanziale della persona umana rispetto allo Stato e dalla destinazione di questo a servizio di quella».

sistema costituzionale complessivo ma anche dell'effettività della tutela della salute<sup>131</sup>  
<sup>132</sup>. Tale attività del legislatore troverà, come vedremo<sup>133</sup>, opportuno controllo  
nell'azione dei giurisprudenza costituzionale, controllo attraverso il canone della  
ragionevolezza.

A questo punto deve rimarcarsi che, secondo il dettato costituzionale, il diritto  
alla salute è un diritto fondamentale dell'individuo. Un tale dato positivo, seppur in una  
prima fase poco valorizzato, è stato poi messo in risalto dalla parte di dottrina (seguita, a  
breve distanza, dalla giurisprudenza<sup>134</sup>) che ha letto l'enunciato della Carta all'interno del  
mutato assetto ordinamentale<sup>135</sup>.

A bene vedere, il diritto alla salute sembra assumere tutte le caratteristiche dei  
diritti fondamentali. In particolare, se possiamo individuare i diritti fondamentali in quei  
diritti della personalità aventi per oggetto attributi della persona nella sue varie  
esplicazioni e comprendenti i diritti di stato, i diritti ai segni distintivi della persona, i  
diritti agli elementi costitutivi della persona e i diritti di libertà<sup>136</sup>, allora sembra possibile  
ricomprendere il diritto alla salute tra i diritti costitutivi della persona. Ed infatti, senza il  
diritto alla salute non sarebbe possibile per l'individuo estrinsecare la propria personalità  
in quanto tale diritto è espressione di facoltà e «*di attribuzioni essenziali della persona  
umana*»<sup>137</sup>.

---

<sup>131</sup> Cfr., *ex multis*, Corte cost., sentenza 16 ottobre 1990, n. 455; Coste cost., sentenza 13 luglio 1999, n. 309; ma anche C. SALAZAR, *Dal riconoscimento alla garanzia dei diritti sociali*, cit.; A. BALDASSARRE, *Diritti sociali*, cit., che evidenzia il ruolo della Corte costituzionale alla quale spetterà «la possibilità di affermare in concreto il primato della Costituzione in relazione a «irragionevoli» inerzie o ritardi del legislatore; [...] di sindacare se eventuali attuazioni iniziali da parte del legislatore della garanzia effettiva dei diritti sociali siano realmente ispirate al particolare criterio di giustizia costituente la *ratio* propria di ciascun diritto sociale». V. *infra*, §. 3.5.

<sup>132</sup> La norma costituzionale, del resto, prevede al massimo l'obbligo della predisposizione del servizio sanitario al fine di erogare le prestazioni assistenziali ma la gratuità di tali prestazioni è prevista soltanto a favore degli indigenti, tuttavia il legislatore è andato ben oltre il dettato costituzionale istituendo il servizio sanitario nazionale (v. *infra* § 2.1.); cfr. M. LUCIANI, *Salute*, cit., p. 8, che fa notare come in giurisprudenza manchi una chiara distinzione tra diritto ad avere prestazioni sanitarie e diritto a prestazioni sanitarie gratuite da parte degli indigenti. M.S. GIANNINI, *Relazione di sintesi*, in *Il servizio sanitario nazionale*, Milano, 1981, p. 117, il riferimento all'indigenza da parte dell'art. 32 cost. deve ritenersi superato e aderente ad una «concezione ottocentesca».

<sup>133</sup> V., *infra*, § 3.5.

<sup>134</sup> Ad esempio, Corte cost., 27 luglio 1979, n. 88 in *Giur. cost.*, 1979, I, 656 ss., e 18 novembre 1987, n. 559, nella stessa Rivista, 1987, I, 3054

<sup>135</sup> Cfr. B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., p. 72 ss.

<sup>136</sup> Cfr. E. CASETTA, *Diritti pubblici subiettivi*, in *Enc. dir.*, XII, Milano, 1964, p. 798.

<sup>137</sup> Cfr. B. PEZZINI, op. ult. cit., p. 72.

Un tale ricostruzione sembra trovare conferma nell'art. 3 ma anche nell'art. 2 della nostra Carta.

In particolare, se, per come già rilevato, compito della Repubblica, in adempimento al principio di uguaglianza sostanziale di cui all'art. 3 della Carta, è quello di rimuovere ogni impedimento allo sviluppo della persona umana e a che, effettivamente, gli individui possano dirsi tra loro uguali, allora il diritto alla salute risulta elemento essenziale in tale struttura.

Allo stesso modo, se la Repubblica si impegna a promuovere e a garantire, come dispone l'art. 2, i diritti inviolabili dell'individuo, non può non considerarsi compreso il diritto alla salute.

Intendere come fondamentale il diritto alla salute, permette a tutte quelle ambiguità di un diritto poliedrico di sfuggire alle tradizionali dicotomie, portando l'accento non più sul suo modo d'essere quanto piuttosto sul suo contenuto.

Qualificare il diritto alla salute come diritto fondamentale permette la "ricomposizione ad unità"<sup>138</sup> di una fattispecie complessa, che forse tale non era originariamente nell'idea dei Costituenti, ma che il mutato quadro degli assetti e degli equilibri ordinamentali ha imposto di ritenere tale<sup>139</sup>.

L'art. 32, anche all'esito del superamento delle tradizionali dicotomie, non può, a parere di chi scrive, elidere le due diverse anime di cui è portatore. Per un verso, il diritto alla salute, quale diritto fondamentale, ha efficacia *erga omnes* ed assume una fisionomia di una vera e propria libertà negativa operando anche nei rapporti tra privati ed essendo immediatamente azionabile nel caso di sua violazione; per altro verso, il diritto alla salute, quale diritto condizionato, necessita sempre e comunque dell'intervento del legislatore al fine di garantire l'effettività della tutela della salute attraverso la predisposizione delle strutture necessarie per l'erogazione delle prestazioni sanitarie<sup>140</sup>.

---

<sup>138</sup> In tal senso, B. PEZZINI, op. ult. cit., p. 71 e 78

<sup>139</sup> Cfr. C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, cit., il quale metteva in evidenza tale particolare conformazione del diritto alla salute, pur rimanendo legato alla tradizionale dicotomia diritti sociali - libertà individuali.

<sup>140</sup> A. VIGNUDELLI, *Il rapporto di consumo*, Rimini, 1984, p. 93, che, a tal proposito, ha efficacemente usato la figura mitologica del "Giano bifronte".



## Capitolo II

\* \* \*

### Le leggi sulla sanità e il difficile equilibrio della competenza multilivello.

SOMMARIO: - 2.1. *L'istituzione del Servizio sanitario nazionale.* – 2.2. *Le riforme degli anni Novanta. Verso la regionalizzazione della tutela della salute.* - 2.3. *L'assetto delle competenze tra Stato e regioni.* - 2.3.1. *Il federalismo amministrativo a Costituzione invariata* - 2.3.2. *La riforma del Titolo V della Costituzione.* - 2.4. *Le stagioni della giurisprudenza costituzionale e l'inesorabile cammino verso la "ricentralizzazione" delle competenze.*

#### 2.1. L'istituzione del Servizio sanitario nazionale.

Il sistema di tutela della salute, nonostante il dettato di cui all'art. 32 cost.<sup>141</sup>, è rimasto per oltre trent'anni sostanzialmente quello fondato sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza (c.d. Ipab) e sugli enti mutualistici di origine pre-costituzionale<sup>142</sup>. Con un tale sistema non si poteva certamente parlare di attuazione dell'art. 32 cost. – soprattutto nei termini poc'anzi descritti<sup>143</sup> - ma, piuttosto, di conformità al più limitato principio, previsto dall'art. 38, comma 2, cost., di tutela previdenziale dei lavoratori in caso di malattia<sup>144</sup>.

Come abbiamo visto<sup>145</sup>, il primo segnale di attuazione del precetto costituzionale può essere individuato nella istituzione, con l. 13 marzo 1958, n. 296, del Ministero della sanità al quale veniva assegnata una competenza generale in materia di sanità pubblica e ciò, sia in termini di vigilanza sui vari soggetti operanti nel settore, che in termini di prevenzione rispetto al sorgere e diffondersi di stati morbosi e di cura della malattie<sup>146</sup>. Per adempiere a tale funzioni, il nuovo Ministero viene dotato di propri organi periferici (Ufficio del Medico e del Veterinario provinciale) ai quali vengono attribuite le

---

<sup>141</sup> V., *supra*, §§ 1.4.2. e 1.4.3.

<sup>142</sup> V., *supra*, § 1.3.

<sup>143</sup> V. ancora, *supra*, §1.4.3.

<sup>144</sup> Il comma 2 dell'art. 38 cost., recita: "I lavoratori hanno diritto che siano preveduti ed assicurati mezzi adeguati alle loro esigenze di vita in caso di infortunio, malattia, invalidità, e vecchiaia, disoccupazione involontaria." In tal senso, cfr. G. AMATO, *Regioni e assistenza sanitaria: aspetti costituzionali*, in *Probl. sic. soc.*, 1969, p. 551.

<sup>145</sup> V. *supra*, § 1.2.

<sup>146</sup> Sulle competenze e le funzioni del Ministero della sanità, v. tra gli altri, G. MARANGIU, *L'istituzione del Ministero della Sanità*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1958, p. 958 ss.; S. LESSONA, *Amministrazione della sanità pubblica in Italia*, cit., p. 382 ss.; N. PAPALDO, *Il Ministero della Sanità*, cit., p. 579 ss.

competenze in materia sanitaria precedentemente poste in capo alle autorità amministrative<sup>147</sup>.

Tuttavia, è soltanto a partire dalla metà degli anni Sessanta, con l'approvazione del programma economico nazionale del quinquennio 1966–1970 ad opera della l. 27 luglio 1967, n. 685, che si comincia a delineare una riforma organica del settore in ossequio dei principi enunciati nella nostra Carta. Gli obiettivi così delineati nell'ambito di tale programma economico hanno trovato attuazione nel corso del successivo decennio intrecciandosi al processo di regionalizzazione che contemporaneamente veniva portato a compimento.

La prima tappa è rappresentata dalla l. 12 febbraio 1968, n. 132 (c.d. legge Mariotti)<sup>148</sup> e relativi decreti delegati, con la quale viene riformato il sistema ospedaliero. In particolare, con tale riforma viene portato a conclusione il processo di pubblicizzazione degli ospedali, istituendo un nuovo soggetto giuridico pubblico, l'ente ospedaliero cui spetta la cura e il ricovero per chiunque ne abbia bisogno. Nell'ente ospedaliero sono ricondotti gli enti pubblici che operano esclusivamente nel campo ospedaliero, le Ipub e gli ospedali appartenenti ad altri enti pubblici che operano anche in altri campi<sup>149</sup>. In tal modo, si raggiunge altresì l'obiettivo di uniformare il modello organizzativo e operativo di erogazione dell'assistenza sanitaria, eliminando la precedente varietà organizzativa e superando il residuo carattere volontaristico-caritatevole che contraddistingueva tali attività. Gli enti ospedalieri, ancor prima dell'attuazione dell'ordinamento regionale, sono configurati, nell'ambito di una pianificazione nazionale adottata per legge (in verità mai adottata), come enti istituiti dalle regioni, sottoposti alla vigilanza delle regioni medesime e amministrati da organi i cui membri sono di provenienza elettiva (da parte dei consigli regionali, provinciali e comunali) e dunque di espressione politica.

---

<sup>147</sup> Cfr. I. SCOTTO, *Le funzioni amministrative attribuite ai medici provinciali dalla legge istitutiva del Ministero della sanità*, in *Corriere amministrativo*, 1961; G. RABAGLIETTI, *Il medico provinciale nell'ordinamento sanitario italiano*, in *Nuova Rassegna*, 1963; G. ROFFI, *Rassegna di giurisprudenza sulle funzioni del medico provinciale*, in *Riv. bim. dir. san.*, 1963.

<sup>148</sup> Cfr. E. ARU, *La nuova legge di riforma ospedaliera*, in *Rassegna amministrativa di sanità*, 1968; E. CAPACCIOLI, *L'organizzazione degli enti ospedalieri nella luce della recente legge di riforma*, in *Nuova Rassegna*, 1968; E. POGGI, *La legge ospedaliera*, Firenze, V. Majorca, 1968; V. GASPARINI CASARI, *Considerazioni sui principi fondamentali della nuova legislazione ospedaliera*, in *Archivio Giuridico Serafini*, 1972.

<sup>149</sup> Ne rimanevano esclusi, tra gli altri, gli ospedali psichiatrici e gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Con il d.P.R. 14 gennaio 1972, n. 4, è approvata la prima regionalizzazione che, in attuazione dell'art. 117 cost., determina il trasferimento alle regioni (a statuto ordinario) delle funzioni concernenti la «*assistenza sanitaria e ospedaliera*», ma escludendo tuttavia il settore dell'assistenza mutualistica. Poco dopo, con il d.l. 8 luglio 1974, n. 264, convertito in l. 17 agosto 1974, n. 386 e la l. 29 giugno 1977, n. 349, gli enti mutualistici vengono soppressi e le loro funzioni assegnate alle regioni<sup>150</sup>.

Il definitivo superamento del sistema di assistenza sanitaria pre-costituzionale avviene con l'approvazione della l. 23 dicembre 1978, n. 833 che ha istituito il Servizio sanitario nazionale<sup>151</sup>.

Con la l. n. 833/1978 il legislatore dà finalmente piena ed organica attuazione all'art. 32 cost., avviando un processo di riordino della sanità dai contenuti fortemente innovativi rispetto al passato e di grande significato sul piano dei valori e dei principi.

La tutela della salute, superando a ben vedere lo stesso dettato costituzionale, viene così estesa a tutti e non più limitata a talune categorie (lavoratori, pensionati, loro familiari e soggetti particolarmente bisognosi privi di tutela assicurativa obbligatoria). Il servizio sanitario nazionale è, infatti, definito come «*il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni sociali ed individuali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti il servizio*» (art. 1, comma 3, l. n. 833/1978).

Inoltre, capovolgendo la vecchia impostazione riparatoria, la l. 833 del 1978 intende «*modificare gli ambienti e le condizioni di vita e di lavoro per fare della difesa dell'attività fisica e psichica della popolazione un obiettivo irrinunciabile della riforma sanitaria, combattendo anche il degenerare in una mentalità consumistica dello sviluppo*

---

<sup>150</sup> Sul ruolo delle regioni in tale fase, cfr. G. AMATO, *Regioni e assistenza sanitaria: aspetti costituzionali*, cit., p. 547 ss.; F. LEVI - L. PALADIN, *Regioni e unità sanitarie locali*, in *Le Regioni*, 1974, p. 883 ss.; F.S. SEVERI, *Contributo all'individuazione del ruolo delle regioni in materia di sanità*, Milano, 1974.

<sup>151</sup> Sulla struttura e sugli aspetti innovativi del Servizio sanitario nazionale, v. F. ROVERSI MONACO (coordinato da), *Il servizio sanitario nazionale. Commento alla l. 23 dicembre 1978, n. 833*, Milano, 1979; M. PERSIANI - V. BELLINI - F.P. ROSSI, *Il servizio sanitario nazionale. Commento alla l. 23 dicembre 1978 n. 833*, Bologna, 1979; L. BRUSCAGLIA - F.D. BUSNELLI - A. CORASANTI (a cura di), *Commento alla l. 23 dicembre 1978 n. 833*, in *Nuove leggi civili commentate*, Padova, 1979, p. 1189 ss.; L. VANDELLI, *Amministrazione centrale e servizio sanitario*, Rimini, 1984.

della mutualità intesa come intervento essenzialmente curativo»<sup>152</sup>: il baricentro della tutela della salute si sposta – quanto meno formalmente - sulla prevenzione<sup>153</sup>.

Trovano finalmente piena affermazione i principi della universalità dei destinatari (tutti i cittadini indistintamente), della globalità delle prestazioni (prevenzione, cura e riabilitazione) e della uguaglianza di trattamento. Principi che costituiscono il punto più alto dello sviluppo di uno Stato sociale improntato alla tutela e salvaguardia della salute dei singoli e dell'intera collettività mediante organizzazione e pianificazione per via legislativa<sup>154</sup>: «*le prestazioni sanitarie costituiscono l'oggetto di un'autonoma obbligazione pubblica che si fonda direttamente sulla legge di piano e che ha lo scopo di mantenere ed elevare lo stato di salute del cittadino*»<sup>155</sup>. Il contenuto del diritto sociale alla salute trova imprescindibile definizione per il tramite della legge<sup>156</sup>.

Sotto il profilo organizzativo, la tutela della salute viene garantita attraverso un modello organizzativo policentrico di esercizio coordinato di compiti pertinenti a tutti i livelli istituzionali: il Servizio sanitario nazionale (SSN)<sup>157</sup>. Per l'esercizio dei compiti operativi del SSN sul territorio viene istituito dalle regioni un apposito soggetto giuridico, l'unità sanitaria locale (USL) che, pur dotata di una certa autonomia, è, tuttavia, in questa prima fase, configurata quale organo di gestione, privo di personalità giuridica e come struttura operativa dei comuni, singoli o associati, o delle comunità montane e, conseguentemente, strettamente vincolata ad una gestione tecnico-amministrativa di natura politica<sup>158</sup>. Ogni unità sanitaria locale ha, infatti, propri organi (Presidente,

---

<sup>152</sup> In questo senso, C. BOTTARI - F.A. ROVERSI MONACO, Art. 2, in F.A. ROVERSI MONACO (coordinato da), *Il servizio sanitario nazionale. Commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833*, cit., p. 17.

<sup>153</sup> Cfr. in proposito, anche, E. JORIO, *Diritto sanitario*, Milano, 2005, p. 28 ss.

<sup>154</sup> Cfr. G. FALCON, *L'ospedale pubblico dalle opere pie al servizio sanitario nazionale*, in *Jus*, 1982, p. 230 ss.; E. FERRARI, *I servizi sociali*, cit.; ma anche, N. AICARDI, *La sanità*, cit., p. 637.

<sup>155</sup> E. FERRARI, Art. 19, in F.A. ROVERSI MONACO (coordinato da), *Il servizio sanitario nazionale. Commento alla legge 23 dicembre 1978, n. 833*, cit., p. 245.

<sup>156</sup> In tal senso, v. B. PEZZINI, *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, cit., p. 59; E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012, p. 30.

<sup>157</sup> L'art. 1, comma 3, l. 833/1978 prevede espressamente che «l'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini».

<sup>158</sup> La questione della natura giuridica delle Usl è stata molto dibattuta in dottrina, cfr., tra gli altri, su posizioni non coincidenti: M.S. GIANNINI, *Natura giuridica e struttura dell'u.s.l.*, in AA.Vv. *Problemi giuridici della riforma sanitaria*, Napoli, Esi, 1983, p. 27 ss.; V. ANGIOLINI, *L'amministrazione locale nella riforma sanitaria: spunti per una definizione obiettiva del fenomeno autonomistico*, in *Jus*, 1979, p. 240 ss.; E. CASETTA, *Considerazioni*

Comitato di Gestione ed Assemblea Generale) di estrazione essenzialmente politica, mentre, sul piano operativo, si avvale delle strutture e dei servizi ereditati dal pregresso sistema mutualistico, dagli Enti Locali e dagli ospedali (che avevano perso la natura di enti pubblici regionali attribuita dalla l. n. 132/1968 per diventare struttura dell'USL) con oneri a totale carico dello Stato previa istituzione di uno specifico fondo (Fondo Sanitario Nazionale)<sup>159</sup>. In ogni caso, non era escluso che la USL potesse avvalersi, attraverso la stipula di convenzioni, di prestazioni erogate da parte di soggetti esterni.

Con la l. n. 833/1978, le regioni, nell'ambito del sistema ternario (Stato, regioni e comuni) di attuazione del SSN, assumono il compito di regolazione del servizio (a livello legislativo, programmatico e finanziario), perdendo ogni ruolo operativo (prima svolto tramite gli enti ospedalieri) che invece viene assegnato alle USL, espressione dell'autonomia comunale. Tuttavia, l'attività del SSN avrebbe dovuto essere pianificata a livello statale (e regionale) attraverso una programmazione sanitaria finalizzata a delineare il contenuto stesso delle prestazioni sanitarie<sup>160</sup>. In altri termini, il governo della salute si sviluppa, in quest'epoca, su tre livelli così determinati: il livello statale di pianificazione e programmazione; il livello regionale di programmazione gestionale; il livello comunale (ossia quello delle USL) di erogazione vera e propria delle prestazioni.

Il sistema sanitario così delineato costituisce un'attuazione particolarmente estesa dei precetti previsti dall'art. 32 cost. Ed infatti il legislatore, fondando il SSN sui principi di universalità, globalità e uguaglianza, andava ben oltre il dettato costituzionale di cui all'art. 32, facendo leva su altri settori della Carta costituzionale e mettendo al centro della normativa la salvaguardia della persona umana<sup>161</sup>.

Il sistema delineato dalla l. n. 833/1978 si è dimostrato, tuttavia, forse troppo ambizioso negli obiettivi e di difficile governabilità nella gestione innescando una lenta ma progressiva crisi del modello italiano di governo della salute. Dare tutto a tutti in

---

*generali sulla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale*, in *Trib. amm. reg.*, II, 1979, p. 408 ss.; G. FALCON, *Ipotesi dottrinali e giurisprudenziali sulla natura delle unità sanitarie locali*, in *Le Regioni*, 1981, p. 400 ss.

<sup>159</sup> Per quanto riguarda gli aspetti più strettamente organizzativi delle USL, v. tra gli altri: F. MERUSI (a cura di), *Unità sanitarie e istituzioni*, Bologna, 1982; A. MATTIONI (a cura di), *Le unità sanitarie locali: gestione, personale, prestazioni*, Milano, *Vita e Pensiero*, 1981.

<sup>160</sup> Cfr. E. FERRARI, *I servizi sociali*, cit., p. 31.

<sup>161</sup> V., *supra*, § 1.4.3. in merito alla correlazione tra l'art. 32 e gli artt. 3 e 2 cost. Cfr. sul punto F. ROVERSI MONACO - C. BOTTARI, *Commento all'art. 1*, in *Il servizio sanitario nazionale. Commento alla l. 23 dicembre 1978, n. 833*, cit., p. 2 ss.; A. CATELANI, *La sanità pubblica*, cit., p. 36 ss.

modo spesso disarticolato, disomogeneo, frammentario, l'assenza di un reale collegamento tra politica sanitaria e politica finanziaria e l'inserimento delle USL nell'ordinamento comunale gestite con le procedure, i tempi e l'eccessiva burocratizzazione propria degli enti territoriali, sembrano essere i punti critici che hanno presto portato l'intero sistema a momenti di profonda crisi e di rottura sul piano organizzativo, erogativo e finanziario e ad indebitamenti non sempre giustificati da interventi appropriati e necessari. In particolare, le USL, in ragione tanto della loro ambigua configurazione quanto dell'assenza di indirizzo e controllo da parte dei comuni, si sono atteggiate come poteri autonomi svincolati da direzione e vigilanza e senza rispondere dei risultati di gestione. L'assenza di un vero controllo insieme alla gestione partitica degli organi ha rappresentato un terreno fertile per la diffusione di una grave inefficienza gestionale delle USL se non, talvolta, di malcostume e corruzione, dando vita ad un sistema definito «dissipativo»<sup>162</sup>. Sotto il profilo finanziario, anche in ragione della mancata attivazione della programmazione nazionale dell'offerta dei servizi<sup>163</sup> (pur prevista dalla l. n. 833/1978<sup>164</sup>), l'erogazione illimitata e indiscriminata delle prestazioni, in assenza di una effettiva responsabilizzazione, ha determinato una insostenibile crescita dei costi del sistema con la necessità di periodici interventi del legislatore per il piano dei disavanzi di bilancio delle USL. A tal proposito, a pochi anni dall'istituzione del SSN, la Corte Costituzionale, avvertendo il problema della difficile sostenibilità finanziaria di un sistema così delineato, ha potuto affermare che la spesa sanitaria è rigida e che si forma «*indipendentemente dalle scelte regionali*», manifestando sin da quell'epoca la «*esigenza che il Parlamento riconsideri organicamente l'ordinamento del servizio sanitario nazionale*»<sup>165</sup>. Sotto questo profilo è «*l'esigenza di pari trattamento [...] che spiega per quali motivi le singole Regioni non possano – almeno di regola – incidere sulla*

---

<sup>162</sup> N. AICARDI, *La sanità*, cit., 641; A. ROMANO TASSONE, *L'azienda sanitaria tra tecnocrazia e democrazia*, in *San. Pubbl.*, 1997, p. 388.

<sup>163</sup> Cfr. R. FERRARA - P.M. VIPIANA, *Principi di diritto sanitario*, Torino, 1999, p. 71, secondo i quali «occorre rilevare il fallimento della programmazione, dovuto, in primis, alla mancata emanazione, fino all'anno 1993, del Piano sanitario nazionale»; v. anche, G. MOR, *Il riordino della sanità nella crisi dello stato sociale e della costituzione materiale*, in *Le Regioni*, 1994, p. 957 ss.

<sup>164</sup> A norma dell'art. 53, comma 1, l. n. 833/1978, il Piano sanitario nazionale doveva contenere «le linee generali di indirizzo e le modalità di svolgimento delle attività istituzionali del Servizio sanitario nazionale». In proposito e, più in generale, sul finanziamento del SSN v., *infra*, § 3.3.1.

<sup>165</sup> Cfr. C. cost. n. 245 del 1984.

*spesa farmaceutica e sugli altri oneri derivanti dalle prescrizioni mediche, sui ricoveri ospedalieri, sullo stato giuridico ed economico del personale dipendente dalle U.S.L., sul regime del personale a rapporto convenzionale, sugli stessi acquisti dei beni e dei servizi indispensabili per il funzionamento delle unità sanitarie locali»<sup>166</sup> con la conseguente impossibilità per le stesse regioni, sulla base dell'assetto dell'epoca, di rispondere del disavanzo delle USL.*

*Allo stesso tempo i giudici costituzionali, soffermandosi sulla questione delle competenze, hanno segnalato in quegli anni la necessità di fare «chiarezza nell'attuale intreccio delle competenze, spettanti ai vari tipi di apparati corresponsabili in materia, evitando in particolar modo l'eccessiva moltiplicazione dei centri di autonomia, sia pur attuata nel formale rispetto della Costituzione. [...] là dove sono in gioco funzioni e diritti costituzionalmente previsti e garantiti, è infatti indispensabile superare la prospettiva del puro contenimento della spesa pubblica, per assicurare la certezza del diritto ed il buon andamento delle pubbliche amministrazioni, mediante discipline coerenti e destinate a durare nel tempo»<sup>167</sup>.*

Si avvertì, pertanto, dopo pochi anni dalla istituzione del SSN, la necessità di una riorganizzazione dell'intero sistema per meglio assolvere le finalità perseguite dalla l. n. 833/1978 nell'ottica, tuttavia, di un serio contenimento della spesa e di una differente ripartizione delle funzioni e delle competenze.

## 2.2. Le riforme degli anni Novanta. Verso la regionalizzazione della tutela della salute.

Le spinte riformatrici che hanno caratterizzato il finire degli anni ottanta e l'inizio degli anni novanta hanno portato, fermo restando i principi ispiratori della l. n. 833/78 (principi di universalità, globalità ed eguaglianza), ad una seria revisione del SSN attuata principalmente attraverso le riforme di cui al d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (emanato in

---

<sup>166</sup> Cfr. ancora C. cost. n. 245 del 1984.

<sup>167</sup> Cfr. sempre C. cost. n. 245 del 1984.

attuazione della l. 23 ottobre 1992, n. 421), e d.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 (emanato in attuazione della l. 30 novembre 1998, n. 419)<sup>168</sup>.

Con tali riforme l'assetto organizzativo del SSN è stato profondamente innovato estromettendo i comuni dalla gestione della sanità in favore delle regioni e prevedendo l'aziendalizzazione e la depoliticizzazione delle USL<sup>169</sup>.

In luogo di queste ultime vengono costituite nuove aziende distinte in Aziende sanitarie locali (ASL), dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia imprenditoriale ma anche di organi di controllo, di strumenti operativi innovativi largamente mutuati dal settore privato, scorporando e rendendo autonomi gli ospedali maggiori. Al vertice di tali nuovi soggetti viene collocato un organo monocratico di gestione (il direttore generale) provvisto di adeguate competenze tecniche e professionali.

Tale nuovo soggetto, l'ASL, diviene ente strumentale della regione e non più del comune. La regione diviene, dunque, protagonista dell'amministrazione sanitaria.

Infine, il sistema concorrenziale tra strutture pubbliche e private viene regolamentato attraverso procedure di autorizzazione, accreditamento e sulla base di accordi contrattuali e di finanziamento a tariffa delle strutture stesse: si giunge dunque ad una concorrenza programmata<sup>170</sup>. In particolare, se con la riforma del 1992 il legislatore aveva previsto l'affiancamento alle strutture pubbliche di soggetti privati nell'erogazione delle prestazioni sanitarie al fine di permettere una libera concorrenza amplificando la possibilità di scelta dei cittadini, con la riforma del 1999, nell'ottica del

---

<sup>168</sup> A partire dal 1986, gli interventi del legislatore, soprattutto finalizzati al controllo della spesa sanitaria, sono stati più d'uno e tra essi possiamo ricordare: l. 15 gennaio 1986, n. 4; l. 4 aprile 1991, n. 11 (anche detta "legge-ponte") che ha anticipato alcuni degli elementi modificativi del Ssn contenuti nella riforma del 1992; il d.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517 e la l. 24 dicembre 1994, n. 724, denominati anche "mini-riforma".

<sup>169</sup> Per un'analisi approfondita della riforma del 1992, cfr.: G. ROVERSI MONACO (coordinato da), *Riordino della disciplina in materia sanitaria*, Rimini, 1993; V. PAPADIA, *Il nuovo ordinamento del servizio sanitario nazionale*, in *San. pubbl.*, 1993, p. 741 ss.; G. MOR, *Il nuovo assetto organizzativo del servizio sanitario nazionale*, in *San. pubbl.*, 1997, p. 617 ss.; E. JORIO, *Diritto sanitario*, cit., p. 31 ss.; quanto alla riforma del 1999, cfr. L. VANDELLI – C. BOTTARI, *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, (a cura di) G. ROVERSI MONACO, Rimini, 2000; C. BOTTARI, *Nuovi modelli organizzativi per la tutela della salute*, Torino, 1999; R. FERRARA – P.M. VIPIANA, *Principi di diritto sanitario*, cit.; F. SAITTA, *Sul riordino del s.s.n.*, in *Ragiusan*, 1999, p. 298 ss.

<sup>170</sup> Con il d.lgs. n. 229/1999 vengono introdotti gli artt. 8-bis (autorizzazione, accreditamento, e accordi contrattuali); 8-ter (Autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie); 8-quater (Accreditamento istituzionale); 8-quinquies (Accordi contrattuali); 8-sexies (Remunerazione); 8-septies (Controlli).



contenimento della spesa, si addivene ad una maggiore programmazione del mercato dei servizi sanitari da parte dei privati e ciò al fine di assicurare il rispetto dei criteri e dei limiti previsto dal piano sanitario nazionale<sup>171</sup>.

Al Piano sanitario nazionale è rimessa la determinazione dei livelli essenziali e autonomi di assistenza che *«comprendono le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni relativi alle aree di offerta individuate dal Piano sanitario nazionale»* (art. 1, comma 6, d.lgs. n. 502/1992). In particolare, il Governo (e non il Parlamento) definisce i livelli essenziali e uniformi di assistenza sanitaria recati dal Piano sanitario nazionale, seguendo i principi della dignità personale, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure, dell'appropriatezza delle cure rispetto alle specifiche esigenze e dell'economicità nell'impiego delle risorse (art. 1, comma 2, d.lgs. n. 502/1992)<sup>172</sup>. L'esigenza di garantire alcune prestazioni sanitarie va ormai temperata con il *«rispetto delle compatibilità finanziarie»*; *«l'individuazione di tali livelli è effettuata contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale»* (art. 1, comma 3 d.lgs. n. 502/1992) e con la selezione di prestazioni da offrire sulla base di *«evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate»* (art. 1, comma 7, d.lgs. n. 502/1992)<sup>173 174</sup>. Dunque viene mantenuto il sistema di pianificazione su diversi livelli (statale e regionale) con il controllo accentrato dei flussi finanziari seppur circoscritto ai livelli essenziali ed uniformi di assistenza<sup>175</sup>. Alle regioni, invece, resta comunque la facoltà di integrare i livelli essenziali ed uniformi con prestazioni aggiuntive mediante l'utilizzo di risorse finanziarie proprie.

Quanto alle competenze, l'art. 1 d.lgs. n. 502/1992, come modificato dall'art. 1 d.lgs. n. 229/1999, individua *«il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle*

---

<sup>171</sup> Cfr. G. NAPOLITANO, *Soggetti privati «enti pubblici»?*, in *Dir. amm.*, 2003, p. 801 ss.; G. PIPERATA, *Le esternalizzazioni nel settore pubblico*, in *Dir. amm.*, 2005, p. 963 ss.; ma anche G. PASTORI, *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Dir. pubbl.*, 2002, p. 85 ss.

<sup>172</sup> In particolare, la norma esclude la procedura legislativa prevedendo l'intesa con la Conferenza permanente Stato - Regioni previo parere obbligatorio delle Commissioni parlamentari permanenti competenti per materia.

<sup>173</sup> La norma è stata così sostituita dall'art. 1 d.lgs. n. 229/1999.

<sup>174</sup> I due interessi individuati da tali norme integrano altrettanti limiti alla libertà di scelta terapeutica che la giurisprudenza costituzionale definisce come limite economico-finanziario e limite tecnico-scientifico; v. più diffusamente, *infra*, § 2.4.

<sup>175</sup> Artt. 12 e 13 d.lgs. 502/1992.

*funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale».* Più propriamente, dunque, il servizio sanitario può essere configurato non come servizio attribuito alla responsabilità concorrente di più livelli istituzionali ma come somma di servizi pubblici di pertinenza regionale che trovano una regolamentazione a livello statale in relazione ai principi fondamentali della materia ed a quanto necessario per assicurare i livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio nazionale<sup>176</sup>.

La scelta di tale concentrazione sulle regioni della gestione delle funzioni sanitarie, rispetto alla precedente esperienza comunale, deve ritenersi frutto degli esiti non soddisfacenti dell'attività svolta dai comuni. Si è dunque preferito garantire le esigenze di un esercizio unitario dei servizi pur in un contesto nel quale il principio di sussidiarietà risultava già pienamente a livello di legislazione ordinaria (art. 4, l. n. 59/1997)<sup>177</sup>.

Nel medesimo solco si muove la riforma *ter* posta in essere in forza della legge delega n. 419/1998 e la sua principale attuazione attraverso il d.lgs. n. 229/1999 (c.d. "riforma Bindi") che ha introdotto rilevanti modifiche ed integrazione al d.lgs. n. 502/1992. Lo scopo del legislatore era quello di rafforzare il ruolo e l'autonomia delle regioni nel settore sanitario allo scopo di responsabilizzare al massimo il livello regionale. In particolare, oltre agli interventi ulteriori di aziendalizzazione delle ASL e di procedimentalizzazione per l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di strutture private, dal complesso della riforma emerge, per quel che interessa ai nostri fini, una visione del Ssn come sommatoria dei servizi sanitari regionali (pur prevedendo un ruolo programmatico per gli enti locali)<sup>178</sup>.

---

<sup>176</sup> Cfr. N. AICARDI, *La sanità*, cit., p. 648.

<sup>177</sup> Cfr. N. AICARDI, *La sanità*, cit., p. 649.

<sup>178</sup> Le regioni elaborano proposte per la predisposizione del Piano sanitario nazionale (Psn), adottano il Piano sanitario regionale per soddisfare esigenze specifiche della popolazione locale, definiscono sul territorio l'articolazione delle Asl, ne disciplinano il finanziamento, la vigilanza ed il controllo, provvedono all'accreditamento delle strutture pubbliche e private autorizzate ad erogare prestazioni sanitarie per conto del Ssn; cfr. per un esame dettagliato delle innovazioni introdotte con il d.lgs. 229/1999, in particolare: L. VANDELLI – C. BOTTARI, *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, cit., p. 28 ss.; C. BOTTARI, *Nuovi modelli organizzativi per la tutela della salute*, cit.; R. FERRARA E P.M. VIPIANA, *Principi di diritto sanitario*, cit.; F. SAIITA, *Sul riordino del s.s.n.*, cit., p. 298 ss.

### 2.3. L'assetto delle competenze tra Stato e regioni.

Per quanto riguarda il riparto delle competenze legislative in tema di salute, la Costituzione, nella versione originaria<sup>179</sup>, prevedeva una competenza concorrente di Stato e regioni in materia di «*assistenza sanitaria e ospedaliera*». Le competenze residuali erano attribuite esclusivamente allo Stato, mentre alle regioni (ordinarie) restava la competenza nelle materie elencate dall'art. 117, comma 2, cost., vecchia formulazione. In tale assetto, da un lato, lo Stato aveva il compito di disciplinare i principi fondamentali della materia sanitaria e, dall'altro lato, le regioni si occupavano invece degli aspetti di dettaglio. Per quanto riguarda poi le funzioni amministrative queste erano regolate secondo il c.d. principio del parallelismo in base al quale nelle stesse materie in cui le regioni avevano potestà legislativa ad esse venivano assegnate le corrispondenti funzioni amministrative (art. 118, comma 1, cost., vecchia formulazione).

Tuttavia, come si avrà modo di esporre nel prosieguo<sup>180</sup>, il legislatore statale, già prima della riforma costituzionale del 2001, sembrava aver adottato un'interpretazione molto estensiva della propria competenza nel settore di nostro interesse, tanto da permettere una regolamentazione dei servizi sanitari da parte dello Stato estremamente particolareggiata, lasciando alle regioni ben poco margine di legificazione. In particolare, tale squilibrio nell'esercizio della competenza legislativa concorrente aveva trovato un efficace supporto nell'interpretazione estensiva del "limite" dei principi fondamentali da parte dello Stato. All'esito, le competenze legislative regionali si riducevano ad attività di tipo meramente gestionale e operativo all'interno del quadro programmatico delineato dalla legge statale e nel rispetto delle linee di indirizzo e coordinamento statali. Alla normativa regionale residuava un ristretto spazio che risultava compreso (o meglio, compresso) tra i principi espressi a livello statale e tra quelli ricavabili dalla normativa. Proprio nel settore della tutela della salute, come già esposto<sup>181</sup>, lo Stato aveva prodotto una normativa di estremo dettaglio con la l. 833/78 ed i successivi interventi di modifica e integrazione del 1992 e del 1999. Da un tale assetto derivavano molte difficoltà

---

<sup>179</sup> L'art. 117 cost. è stato oggetto di revisione nell'ambito della riforma del Titolo V parte II della Costituzione (l. cost. 22 novembre 1999, n. 1 e l. cost. 18 ottobre 2001, n. 3); v. *infra*, § 2.3.2.

<sup>180</sup> V., *infra*, § 2.4.

<sup>181</sup> V., *supra*, §§ 2.1. e 2.2.

interpretative ed un massiccio contenzioso costituzionale di cui si tenterà di dare conto<sup>182</sup>.

### 2.3.1 Il federalismo amministrativo a Costituzione invariata.

Prima della riforma costituzionale del 2001, il legislatore ordinario ha introdotto nel nostro ordinamento il principio di sussidiarietà, di derivazione comunitaria. In particolare, con la riforma c.d. Bassanini, così come articolatasi nella legge 15 marzo 1997, n. 59<sup>183</sup> e relativa decretazione delegata, ha introdotto, a Costituzione invariata, il c.d. "federalismo amministrativo" al fine di conferire «*alle regioni e agli enti locali, nell'osservanza del principio di sussidiarietà ... tutte le funzioni ed i compiti amministrativi localizzabili nei rispettivi territori in atto esercitati da qualunque organo o amministrazione dello Stato, ovvero tramite enti o altri soggetti pubblici*», al netto del «*le funzioni e i compiti riconducibili alle ... materie*»<sup>184</sup> esplicitamente indicate che rimarranno in capo allo Stato. Allo stesso tempo, la legge di delega prevedeva che «*nelle materie di cui all'articolo 117 della Costituzione, le regioni, in conformità ai singoli ordinamenti regionali, conferiscono alle province, ai comuni e agli enti locali tutte le funzioni che non richiedono l'unitario esercizio a livello regionale*»<sup>185</sup>.

Successivamente, il d.lgs. n. 112/1998 ha conferito alle regioni ed agli enti locali un gran numero di funzioni statali, attivando una profonda trasformazione del sistema amministrativo e provocando una forte tensione con l'art. 118 cost. allora vigente (che sanciva il c.d. principio del parallelismo delle funzioni: cioè una normale coincidenza fra competenze legislative e funzioni amministrative).

---

<sup>182</sup> V., *infra*, § 2.4. Basta in proposito ricordare la disciplina di dettaglio prevista in tema di USL e non solo dalla l. 833/78 e dalle successive riforme del 1992 e del 1999. Per un attento esame di tali aspetti cfr. G. CILIONE, *Diritto sanitario*, cit., p. 100 ss.

<sup>183</sup> Tra gli altri, v. C. PINELLI, in C. DESIDERI - G. MELONI, (a cura di), *Le autonomie regionali e locali alla prova delle riforme. Interpretazioni e attuazioni della legge 59/97*, Milano, 1998; G. FALCON, *Modello e transizione nel nuovo Titolo V della parte seconda della Costituzione*, in *Le Regioni*, 2001, p. 1247 e ss.

<sup>184</sup> Art. 1, l. n. 59/1997.

<sup>185</sup> Art. 4, l. n. 59/1997.

### 2.3.2 La riforma del Titolo V della Costituzione.

Con la l. cost. 18 ottobre 2001, n. 3,<sup>186</sup> è intervenuta un'importante riforma costituzionale che ha profondamente inciso sul riparto delle competenze legislative e amministrative tra i livelli di governo<sup>187</sup>.

Dalla lettura del nuovo art. 117 cost. emerge l'intenzione del legislatore di raggiungere un «*pluralismo istituzionale paritario*»<sup>188</sup> attraverso l'equiparazione tra le fonti, legge regionale e legge statale, individuando per entrambe i medesimi limiti indicati all'art. 117, comma 1, cost.<sup>189 190</sup>. Allo stesso tempo il criterio di ripartizione della potestà legislativa viene capovolto rispetto alla precedente formulazione dell'art. 117 prevedendo, da un lato, l'enumerazione delle materie la cui disciplina è assegnata alla competenza esclusiva dello Stato (art. 117, comma 2, cost.) e delle materie assegnate alla legislazione concorrente di Stato e regioni (art. 117 comma 3, cost.) e, dall'altro lato, la potestà legislativa delle regioni «*in riferimento ad ogni materia non espressamente riservata alla legislazione dello Stato*» (art. 117, comma 4, cost.) con contestuale

---

<sup>186</sup> In precedenza, con l. cost. n. 1/1999, erano stati modificati gli artt. 121, 122, 123 e 126 cost. incidendo sul modello costituzionale delle regioni e tentando di rafforzarne il quadro istituzionale. La combinazione delle due leggi costituzionali ha dato vita al nuovo Titolo V basato su un profondo ripensamento dei rapporti tra le diverse articolazioni della Repubblica favorendo l'accrescimento dell'autonomia spettante alle regioni ed agli enti locali.

<sup>187</sup> Cfr. M. CAMMELLI, *Principio di sussidiarietà e sistema delle amministrazioni pubbliche*, in *Quad. Reg.*, 2002, p. 454 ss.; per un contributo esaustivo, con indicazione delle più rilevanti posizioni della dottrina cfr. S. CALZOLAIO, *Il cammino delle materie nello stato regionale. Le definizioni delle competenze legislative nell'ordinamento costituzionale*, Torino, 2012, p. 151 ss. Per un'analisi degli effetti della riforma del Titolo V cost. in particolare sulla tutela della salute v. tra gli altri: D. MORANA, *La salute nella Costituzione italiana*, Milano, 2002; R. BALDUZZI – G. DI GASPARE (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002; V. VACCARO, *Sulla devolution in materia sanitaria*, in *Ragiusan*, 2004, n. 239/240, p. 8 ss.; AA.VV., *Il nuovo welfare State dopo la riforma del Titolo V. Sanità e assistenza a confronto*, Milano, 2005; A. DE ROBERTO, *La salute nella Costituzione*, in M. ANDREIS (a cura di), *La tutela della salute tra tecnica e potere amministrativo*, Milano, 2006; C. TUBERTINI, *Stato, regioni e tutela della salute*, in A. PIOGGIA – L. VANDELLI (a cura di), *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, Bologna, 2006, p. 209 ss.

<sup>188</sup> Si è espresso in questi termini, M. CAMMELLI, *Principio di sussidiarietà e sistema delle amministrazioni pubbliche*, cit., p. 454.

<sup>189</sup> Cfr., tra gli altri, M. LUCIANI, *Le nuove competenze legislative delle Regioni a statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della l. cost. n. 3 del 2001*, in [www.associazionedeicostituzionalisti.it](http://www.associazionedeicostituzionalisti.it), che si è espresso in termini di "medesima dignità" tra legge statale e legge regionale.

<sup>190</sup> La scelta del legislatore costituente della collocazione paritaria della fonte statale e di quella regionale trova conferma nel nuovo art. 127 cost. in forza del quale, tanto le leggi statali, quanto quelle regionali, sono soggette ad un sindacato di costituzionalità a posteriori.

eliminazione dell'interesse nazionale quale confine generale alla potestà legislativa regionale<sup>191</sup>.

Le competenze normative secondarie, disciplinate dall'art. 117, comma 6, cost., vengono attribuite allo Stato nelle materie di legislazione esclusiva (salvo delega alle regioni) e alle regioni in ogni altra materia. Ai comuni, alle province ed alle città metropolitane è attribuita, invece, la potestà regolamentare «*in ordine alla disciplina dell'organizzazione e dello svolgimento delle funzioni loro attribuite*»<sup>192</sup>.

Per quanto riguarda le funzioni amministrative, il nuovo art. 118 cost., abbandona il principio del c.d. parallelismo - che regolava l'attribuzione di tali funzioni tra i livelli di governo prima della riforma del 2001 - assegnando, in via generale, ai comuni le competenze amministrative «*salvo che, per assicurarne l'esercizio unitario, siano conferite a Province, Città metropolitane, Regioni e Stato, sulla base dei principi di sussidiarietà, differenziazione e adeguatezza*»<sup>193</sup>.

In tema di salute, la riforma del Titolo V ha confermato la competenza legislativa concorrente seppur individuando una materia, la «*tutela della salute*», più estesa rispetto al precedente dettato costituzionale che individuava la materia dell'«*assistenza sanitaria e ospedaliera*». Si può ritenere che tale più ampio settore debba ricomprendere, per un verso, l'igiene e la sanità pubblica e, per altro verso, le attività di

---

<sup>191</sup> Cfr. M. LUCIANI, *Le nuove competenze legislative delle Regioni a statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della l. cost. n. 3 del 2001*, cit., p. 17 ss., secondi il quale «sembra che lo Stato non possa adottare una formazione di dettaglio, per quanto cedevole essa possa essere». In tal senso, già nell'immediatezza dell'entrata in vigore della riforma, la Corte Costituzionale, in un *obiter dictum* della sentenza n. 282 del 2002, ha sottolineato che «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». In merito alla permanenza o meno del limite dell'interesse nazionale, cfr. A. BARBERA, *Chi è il custode dell'interesse nazionale?*, in *Quad. Cost.*, 2, 2001; R. BIN, *L'interesse nazionale dopo la riforma: continuità dei problemi, discontinuità della giurisprudenza costituzionale*, in *Le Regioni*, 6, 2001, p. 1213 ss.

<sup>192</sup> Per un esame completo dell'assetto della potestà regolamentare tra Stato, Regioni ed enti locali, con indicazione delle più rilevanti posizioni della dottrina, si veda A. IANNUZZI, *Regolamenti delle Regioni. Questioni teoriche e aspetti problematici*, Collana Crispel, Napoli, 2012, p. 145 ss.

<sup>193</sup> Cfr. R. BIN – G. PITRUZZELLA – D. DONATI, *Lineamenti di diritto pubblico per i servizi sociali*, Torino, 2014, p. 222 ss., ove, con specifico riferimento alla materia salute, si sottolinea che la riforma del 2001 «pone l'interprete in una prospettiva del tutto diversa da quella precedente» in quanto se prima si operava per ritagliare uno spazio di intervento alle leggi regionali, all'esito di tale riforma, invece, il ruolo primario nella legislazione sanitaria spetta proprio alle regioni con conseguente necessità di un contenimento delle competenze delle stesse. Anche in ambito di allocazione delle funzioni amministrative è riscontrabile un mutamento di prospettiva: mentre prima si affermava un rigido parallelismo tra competenza legislativa e competenza amministrativa, il nuovo art. 118 cost. è improntato al principio di sussidiarietà: attribuire le funzioni e i compiti al livello più vicino ai cittadini (e quindi ai comuni), salva la possibilità di un'attrazione da parte degli enti superiori.

prevenzione e cura per il benessere della popolazione <sup>194</sup>. La materia così individuata sembra trovare finalmente piena coincidenza con l'oggetto della tutela dell'art. 32 cost.

Tale esatta coincidenza semantica, tuttavia, non permette una piena sovrapposizione del contenuto in ragione della differente finalità delle due norme costituzionali: l'art. 32 cost. ha la finalità di riconoscere e tutelare un diritto, per come già poc'anzi esposto <sup>195</sup>, mentre l'art. 117 cost. ha la funzione di ripartire le competenze tra i vari livelli di governo. Conferma in tal senso viene dalle numerose ipotesi che, pur trovando copertura nell'art. 32, non ricadono all'interno della tutela della salute assegnata alla legislazione concorrente (ad esempio: "profilassi internazionale" e "tutela dell'ambiente" sono attribuite alla competenza esclusiva statale, mentre "tutela e sicurezza del lavoro" è materia di legislazione concorrente distinta dalla "tutela della salute").

Il nuovo testo costituzionale ha poi assegnato allo Stato la potestà legislativa esclusiva nella «*determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale*» [art. 117, comma 2, lett. m) cost.] <sup>196</sup>. Una tale competenza, che rappresenta una novità nel panorama costituzionale <sup>197</sup>, si pone in stretta correlazione con l'art. 5 cost. e con l'art. 3 cost. In particolare, il precetto costituzionale ha, per un verso, l'intento di porre un argine alla differenziazione tra le regioni al fine di bilanciare l'inversione dell'allocatione delle competenze prevista dalla riforma del 2001, tenuto anche conto dell'intervenuta

---

<sup>194</sup> In particolare, sul significato da attribuire a «tutela della salute», cfr. R. BALDUZZI, *Titolo V e tutela della salute*, in *Quad. reg.*, 2002, p. 67, dove si evidenzia che il cambiamento terminologico operato con la riforma costituzionale fa emergere il legame con l'art. 32 cost. e «induce a considerare rafforzata la competenza riconosciuta alle Regioni, attuativa di un bene oggetto di tutela da parte della Repubblica». Cfr., sul punto, anche L. CUOCOLO, *A rebours, la tutela della salute tra Regioni e Stato*, in *Quad. reg.*, 2005, p. 78, che rileva come la nuova formulazione configuri una maggiore area di intervento del legislatore regionale mediante il riferimento generale alla tutela della salute, da ritenersi un concetto più esteso che non «riguarda solo gli aspetti "acuti" della protezione del diritto, ma anche le altre attività di prevenzione e cura che mirano al benessere fisico della popolazione».

<sup>195</sup> V., in proposito al contenuto dell'art. 32 cost., *supra*, §§ 1.4.2. e 1.4.3.

<sup>196</sup> Il tema dei livelli essenziali di assistenza sanitaria sarà affrontato più diffusamente nel prosieguo, oltre che in relazione al suo contenuto (v., *infra*, § 3.2.) sotto due diversi profili: quale canone per la determinazione del riparto di competenze legislative (v., *infra*, § 2.4.) e quale strumento ai fini della individuazione del contenuto del diritto alla salute (v., *infra*, § 3.5.).

<sup>197</sup> La determinazione dei livelli essenziali non rappresenta invece una novità nell'ambito sanitario in considerazione della disciplina sul tema prevista già dalla l. 833/1978 e, soprattutto, dalle successive riforma del 1992 e del 1999; cfr., *supra*, § 2.2.

eliminazione del limite dell'interesse nazionale<sup>198</sup> e, per altro verso, la funzione di superare gli squilibri socio-economici e territoriali<sup>199</sup>. Tuttavia, l'impostazione inizialmente disegnata dal costituente incontrerà, come si cercherà di esporre nel prosieguo<sup>200</sup>, sempre maggiori condizionamenti di tipo finanziario nella sua fase applicativa.

I livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, costituiscono poi un importante strumento di coordinamento tra i diversi livelli di governo in ragione della trasversalità di tale competenza che risulta essere idonea ad investire una pluralità di materie<sup>201</sup>. Ed infatti, nei sistemi caratterizzati da un forte pluralismo politico istituzionale sorge l'esigenza di individuare raccordi tra i livelli di governo che permettano di superare la rigidità della ripartizione delle competenze legislative e amministrative.

Alla trasversalità dell'art. 117, comma 2, lett. m.) cost. si affiancano altre "materie" di competenza esclusiva statale connotate da una forte trasversalità<sup>202</sup>.

---

<sup>198</sup> Cfr. A. D'ALOIA, *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 6, 2003, p. 1063-1140; G. ROSSI - A. BENEDETTI, *La competenza legislativa statale esclusiva in materia di livelli essenziali nelle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, in *Lav. Pubbl. amm.*, suppl. al n. 1, 2002, p. 34.

<sup>199</sup> Cfr. L. CHIEFFI, *L'effettività del principio di eguaglianza negli ordinamenti policentrici*, in *Scritti in onore di Gianni Ferrara*, vol. I, Torino, 2005, p. 709; C. PINELLI, *Sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali" (art. 117, comma 2, lett. m) Cost.)*, in *Dir. Pubbl.*, 2002, p. 887 ss.

<sup>200</sup> V., *infra*, § 2.4.

<sup>201</sup> Cfr. C. cost., sentenza, 26 giugno 2002, n. 282, ma anche D. MORANA, *La tutela della salute, fra libertà e prestazioni, dopo la riforma del Titolo V. A proposito della sentenza 282/2002 della Corte Costituzionale*, in *Giur. Cost.*, 2002, p. 2039.

<sup>202</sup> Altre materia connotate da una rilevante trasversalità sono, ad esempio, "la tutela della concorrenza" o "la tutela dell'ambiente". Si è parlato a tal proposito di denominare tali "materie" piuttosto come "competenze" in considerazione proprio della loro trasversalità e della difficoltà di classificarle all'interno di una sola materia; cfr., per tutti, M. RUOTOLO, *Le autonomie territoriali*, in F. MODUGNO (a cura di), *Diritto pubblico*, Torino, 2015, p. 523. Più in generale, sul concetto di "materia" e sulla sua indeterminatezza, cfr. tra gli altri, C. LAVAGNA, *La delegificazione: possibilità, forme e contenuti*, in AA.VV. *Studi per il ventesimo anniversario dell'Assemblea costituente*, IV, Firenze, 1969, p. 307 ss.; P. CARROZZA, *Le "materie": uso delle tecniche di enumerazione materiale delle competenze e modelli di riferimento del "regionalismo di esecuzione"*, previsto dal nuovo Titolo V della Costituzione, in G.F. FERRARI - G. PARODI (a cura di), *La revisione costituzionale del Titolo V della Costituzione tra nuovo regionalismo e federalismo. Problemi applicativi e linee evolutive*, Padova, 2003, p. 92 ss.; F. BENELLI, *La "smaterializzazione" delle materie. Problemi teorici ed applicativi del Titolo V della Costituzione*, Milano, 2006; M. SICLARI, *Le norme interposte dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, in M. RUOTOLO (a cura di), *La funzione legislativa, oggi*, Napoli, 2007, p. 121 ss. Secondo quest'ultimo autore, estremizzando, si potrebbe affermare che «le materie non esistono, nel senso che si tratta di espressioni verbali per individuare parti del mondo, dell'esperienza umana che non sono poi così nettamente separabili le une dagli altri perché è tutto profondamente interrelato».



L'esigenza del coordinamento degli interventi dei vari livelli di governo, che già si era palesata prima della riforma del Titolo V, trova poi una valida sponda nell'applicazione dei principi di leale collaborazione e di sussidiarietà, quali elementi di flessibilità che permettono ai diversi livelli di governo l'esercizio delle rispettive funzioni attraverso scelte condivise da Stato, regioni ed enti locali<sup>203</sup>.

Posta in stretta correlazione con l'art. 32 cost., la competenza esclusiva di cui all'art. 117, comma 2, lett. m) cost., sarebbe lo strumento per garantire, secondo l'interpretazione fornita dalla Corte Costituzionale nell'immediatezza dell'entrata in vigore della riforma, la legittimazione dello Stato a «porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle»<sup>204</sup>. Dunque, una clausola di salvaguardia delle esigenze unitarie e di eguaglianza nel godimento dei diritti che ha una funzione di omogeneità nell'ambito del decentramento delle competenze ai diversi livelli di governo<sup>205</sup>. Ciò non toglie che i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali debbano essere considerati un punto di partenza, da rispettare e non limitare, ma con la possibilità per le regioni di fornire prestazioni aggiuntive o integrative.

Tuttavia, attraverso tale potestà il legislatore statale potrebbe andare ad incidere anche su aspetti non secondari della materia<sup>206</sup>.

Ad ogni buon conto, il nuovo assetto costituzionale delle competenze legislative si trova in armonia con la struttura normativa (o meglio, porta a compimento la struttura

---

<sup>203</sup> Cfr. M. RUOTOLO, *Le autonomie territoriali*, cit., p. 521; R. BALDUZZI, *La creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della Conferenza Stato-Regioni (con una digressione sull'attuazione concreta del principio di sussidiarietà orizzontale)*, in *Quad. reg.*, Milano, 2004, p. 12.; C. BERTOLINO, *Il principio di leale collaborazione nel policentrismo del sistema costituzionale*, Torino, 2008; S. AGOSTA, *La leale collaborazione tra Stato e Regioni*, Milano, 2008.

<sup>204</sup> Cfr. C. cost., sentenza, 26 giugno 2002, n. 282.

<sup>205</sup> È condivisibile quanto evidenziato da A. D'ALOIA, *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, cit., p. 1113 ss., secondo il quale i livelli essenziali rappresenterebbero lo strumento per l'esercizio di una uguaglianza "finanziariamente sostenibile" in quanto chiamati «a dare sostanza al progetto di attuazione dei diritti e dell'uguaglianza in modo essenziale, e quindi adeguato alla soddisfazione degli interessi costituzionalmente protetti, ma altresì responsabile e consapevole della esigenza di mantenere una linea di sostenibilità economica e di fattibilità reale delle politiche predisposte».

<sup>206</sup> Cfr. A. CATELANI, *La sanità pubblica*, cit., p. 54 ss., il quale, con riferimento alla potenziale espansività dell'art. 117, comma 2, lett. m) cost. in tutti gli ambiti della materia sanitaria, parla di «forza totalizzante» della competenza legislativa statale.

normativa) che regola il SSN - così come modificata a seguito delle riforme degli anni Novanta<sup>207</sup> - nella quale alle regioni viene affidato la preminenza nel ruolo di organizzazione e predisposizione del servizio di assistenza sanitaria.

#### 2.4. Le stagioni della giurisprudenza costituzionale e l'inesorabile cammino verso la "ricentralizzazione" delle competenze.

Di fronte al nuovo assetto disegnato dal legislatore costituente del 2001, l'attività della Corte costituzionale ha assunto un ruolo di particolare rilievo; e ciò non solo in termini quantitativi. Il giudice delle leggi si è trovato di fronte al difficile compito di risolvere i complessi intrecci tra i livelli di governo al fine di dare piena applicazione alla disciplina dettata dal nuovo Titolo V. Le problematiche erano indubbiamente numerose e di non semplice soluzione. Basti pensare, nell'ambito della funzione legislativa, all'indeterminatezza di alcune "materie" indicate tra quelle di esclusiva competenza statale, alla sovrapposizione tra le "materie" assegnate a diversi regimi di competenza, all'ambiguità della competenza legislativa concorrente e alla difficile individuazione delle materie assegnate alla competenza regionale<sup>208</sup>.

Non è questa la sede per un dettagliato esame di tali problematiche ma è opportuno avere contezza della rilevanza e della complessità dei nodi interpretativi che la Corte si è trovata a dover dipanare. A ciò si aggiunga anche l'inerzia e la timidezza del legislatore nell'adozione delle norme di attuazione della riforma del 2001<sup>209</sup> che ha reso tale compito certamente più gravoso.

Di fronte a tale quadro, la Corte ha avuto un atteggiamento inizialmente cauto per poi procedere con strappi progressivi e successive pronunce di consolidamento, dimostrando di essere «*il maggiore fattore di attuazione della nuova disciplina costituzionale*»<sup>210</sup>.

---

<sup>207</sup> Cfr., *supra*, § 2.2.

<sup>208</sup> V., *infra*, § 2.3. e, in particolare, nota 202.

<sup>209</sup> Si fa riferimento, in particolare, alla legge n. 131/2003, c.d. legge "La Loggia", recante "disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento della Repubblica alla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3", ma anche alle successive leggi in materia di federalismo fiscale (v., *infra*, § 3.3.3.).

<sup>210</sup> In tal senso si esprime A. D'ATENA, *Giustizia costituzionale e autonomie regionali. In tema di applicazione del nuovo Titolo V*, in A. PACE (a cura di), *Corte costituzionale e processo costituzionale nell'esperienza della Rivista "Giurisprudenza costituzionale" per il Cinquantésimo anniversario*, Milano, 2006. In senso più critico, A. RUGGERI,

Senza alcuna pretesa di essere esaustivi, esulando dal presente lavoro l'esame di tutti i profili emergenti dalla copiosa giurisprudenza sul Titolo V e rinviando alle successive pagine l'approfondimento sulla giurisprudenza costituzionale in tema di contenuto del diritto alla salute<sup>211</sup>, sembra di poter rintracciare nell'evoluzione delle pronunce della Corte alcuni elementi peculiari ma anche utili ai fini della presente ricerca con particolare riguardo all'assetto delle competenze tra i livelli di governo.

A tal proposito è possibile individuare quattro fasi temporali caratterizzanti le pronunce della Consulta: una prima fase di paziente attesa; una seconda fase di coraggioso intervento; una terza fase di consolidamento; una quarta fase di forte considerazione del principio di coordinamento finanziario<sup>212</sup>.

*a) La prima fase: la paziente attesa.*

La prima fase è delimitata temporalmente, da un lato, dall'entrata in vigore della legge cost. n. 3/2001 e, dall'altra, dall'adozione della legge n. 131/2003 c.d. legge "La Loggia". In tale fase, nell'attesa dell'intervento del legislatore di attuazione, la Corte palesa un atteggiamento cauto agganciandosi alla pronunce precedenti la riforma del Titolo V e rimanendo dunque all'interno di una sostanziale continuità.

In tale periodo, la giurisprudenza costituzionale si è dedicata all'individuazione dei confini delle competenze legislative tra Stato e regioni. La Corte si è applicata nella definizione delle "materie" indicate nel nuovo art. 117 cost. A questa fase appartengono le prime decisioni che intervengono sul nuovo assetto delle competenze previsto dalla Titolo V riformato legandosi per lo più ai precedenti orientamenti giurisprudenziali.

In particolare, con le sentenze n. 282/2002 e n. 407/2002, pronunciandosi sul nuovo riparto di competenze Stato – regioni, la Consulta, pur senza l'apporto di contenuti particolarmente innovativi, ha fornito un notevole contributo nella chiarificazione di alcune sovrapposizioni tra le "materie" elencate dall'art. 117 cost.

---

*Revisioni e interpretazioni della Costituzione, attraverso il prisma dei giudizi sulle leggi*, in P. CARVALE - C. COLAPIETRO (a cura di), *La giustizia costituzionale fra memoria e prospettive. A cinquant'anni dalla prima sentenza della Corte costituzionale*, Torino, 2008, p. 157 ss.; l'A. ha evidenziato il ruolo maggiormente incisivo della Corte al punto di produrre marcate e vistose manipolazioni della portata normativa della legge cost. n. 3/2001.

<sup>211</sup> V., *infra*, § 3.5.

<sup>212</sup> La ripartizione proposta si ispira a quella – che si condivide - individuata da A. IANNUZZI, *Regolamenti delle Regioni*, cit., p. 150 ss.

La prima pronuncia resa dalla Corte costituzionale in applicazione del novellato Titolo V, la sentenza n. 282/2002, si segnala, ai fini della presente ricerca<sup>213</sup>, per le anticipazioni, seppur fornite incidentalmente, in relazione alla portata trasversale delle materie di competenza esclusiva statale.

La Corte, chiamata a pronunciarsi sulla legittimità costituzionale [per il contrasto con tutta una serie di parametri costituzionali tra i quali gli artt. 2, 32, 33, comma 1, 117, comma 2, lett. l) ed m), e comma 3 cost.] della legge n. 26/2001 della Regione Marche in tema di sospensione di trattamenti sanitari, ha rimarcato, in tema di competenza esclusiva statale sui “livelli essenziali” [art. 117, comma 2, lett. m) cost.], che *«non si tratta di una materia in senso stretto, ma di una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni gratuite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle»*.

Trasversalità che è propria di una clausola competenziale, l'art. 117, comma 2, lett. m) cost., da ricondurre tra la competenze finalistiche, ossia tra quelle “materie” *«che sono tali solo apparentemente: individuando non l'oggetto della competenza, ma gli scopi che mediante essa vanno perseguiti»*<sup>214</sup>. Trasversalità che, in quanto tale, porta alla capacità di intervento statale, nell'ambito dell'attività di determinazione dei livelli essenziali, su una pluralità di settori, anche di competenza concorrente o residuale, ma porta anche la possibilità del legislatore regionale di porre livelli più alti di quelli definiti a livello centrale.

Con la medesima pronuncia, la Corte, in considerazione del capovolgimento dei ruoli fra la potestà legislativa oggi enumerata e quella regionale divenuta residuale, chiarisce anche le nuove basi sulle quali dover innestare il giudizio di costituzionalità che *«deve oggi muovere [...] non tanto dalla ricerca di un specifico titolo costituzionale di legittimazione dell'intervento regionale, quanto, al contrario, dalla indagine sulla esistenza di riserve, esclusive o parziali, di competenza statale»*.

---

<sup>213</sup> Con la sentenza n. 282/2002, la Consulta fornisce un interessante contributo anche sul tema della discrezionalità del legislatore nelle materie caratterizzate da un forte impronta tecnico-scientifica e della conseguente flessibilità delle competenze.

<sup>214</sup> In tal senso, A. D'ATENA, *Materie legislative e tipologia delle competenze*, in *Quad. cost.*, 2003, p. 21 ss.

Se, in occasione della prima pronuncia della Consulta sull'applicazione del nuovo Titolo V, la trasversalità della "materia" era stata enucleata in un *obiter dictum*, con la successiva sentenza n. 407/2002, ma anche con la sentenza n. 88/2003, quest'istituto si afferma pienamente.

Con la pronuncia n. 407/2002, la Corte, richiamando l'inciso di cui alla precedente decisione n. 282/2002, ed anche la giurisprudenza antecedente la riforma del 2001, ha evidenziato che «*non tutti gli ambiti materiali specificati nel secondo comma dell'art. 117 possono, in quanto tali, configurarsi come "materie" in senso stretto, poiché, in alcuni casi, si tratta più esattamente di competenze del legislatore statale idonee ad investire una pluralità di materie*».

In tal modo, la Corte riesce a superare la formale rigidità del nuovo assetto delle competenze fissato dalla riforma del 2001.

Nel medesimo arresto, la Consulta, nel decidere sulla disciplina delle attività a rischio rilevanti, ha individuato nella materia "tutela della salute" il titolo per l'esercizio della potestà legislativa regionale. Si è, dunque, garantita la possibilità di un intervento normativo regionale in un ambito posto al limite di una materia di competenza esclusiva statale<sup>215</sup>. A tale interpretazione estensiva della materia la Corte è giunta attraverso l'applicazione del *criterio storico – normativo*<sup>216</sup>, ponendosi nel solco della giurisprudenza predicente la riforma del Titolo V<sup>217</sup>.

Appartiene a tale periodo anche quel filone di pronunce che, attraverso l'applicazione del *principio di continuità*, proprio nella prospettiva di mantenere una

---

<sup>215</sup> Cfr., in particolare, F.S. MARINI, *La Corte costituzionale nel labirinto delle "materie trasversali": dalla sent. 282 alla n. 407/2002*, in *Giur. Cost.*, 2002, p. 2951 ss.

<sup>216</sup> Secondo tale criterio il contenuto della norma costituzionale viene ricavato dalle disposizioni di legge ordinaria in materia vigenti.

<sup>217</sup> La Corte ha utilizzato tale criterio anche per la ricostruzione, nello stesso periodo, di altre materie; ad esempio, cfr. le sentenze n. 94/2003, 324/2003 e 9/2004. Sempre da collocare nella prima fase è l'applicazione del *criterio della prevalenza* della materia nell'ipotesi di ambiti materiali coinvolgenti due o più materie riferibili a regimi di competenza differenti. Attraverso tale criterio è possibile individuare la materia che copre la "superficie" maggiore della norma oggetto di verifica costituzionale. Cfr. R. BIN, *Prevalenza senza criterio. Nota alla sent. 41/2008*, in *Le Regioni*, 2009, p. 617 ss.; l'A. evidenzia come l'applicazione del criterio della prevalenza, in definitiva, si palesa quale strumento accentratore delle competenze in quanto «non opera mai a vantaggio delle Regioni». In senso ancor più critico, M. BELLETTI, *Percorsi di ricentralizzazione del regionalismo italiano nella giurisprudenza costituzionale*, Roma, 2012, p. 132 ss.; l'A., condivisibilmente, solleva dubbi sulla scelta della Corte di applicare, ai fini dell'individuazione della competenza, il *criterio della prevalenza* della materia piuttosto che il *criterio della specialità*.

certa coerenza con l'assetto *ante* 2001, ha interpretato gli aspetti maggiormente innovativi della riforma con una particolare prudenza. In assenza della normativa di attuazione amministrativa ma anche finanziaria della riforma del Titolo V, la Consulta ha inteso infatti garantire la continuità nell'erogazioni delle prestazioni e salvaguardare la tutela dei diritti. In particolare, *«l'eventuale incidenza delle nuove norme costituzionali, in termini di modifiche delle competenze rispettive di Stato e Regioni, sarebbe infatti suscettibile di tradursi solo in nuove e diverse possibilità di intervento legislativo della Regione o dello Stato, senza che però venga meno, in forza del principio di continuità, l'efficacia della normativa preesistente conforme al quadro costituzionale in vigore all'epoca della sua emanazione»*<sup>218</sup>. In ragione di ciò, le nuove potestà attribuite alle regioni non possono determinare, *tout court*, la caducazione delle norme statali in quanto si produrrebbero gravi lacune legislative nella tutela dei diritti fondamentali.

Il principio di continuità assume non solo carattere normativo, ma anche valenza istituzionale. La riproposizione, anche successivamente alla riforma del Titolo V, della continuità istituzionale si registra nella pronuncia n. 13 del 2004 in tema di servizi scolastici. In tale occasione, la Corte ha evidenziato che *«nello Stato costituzionale l'ordinamento non vive solo di norme, ma anche di apparati finalizzati alla garanzia dei diritti fondamentali»* e, pertanto, vi è l'esigenza *«di tenere insieme il rispetto del riparto delle competenze costituzionali e la continuità del servizio scolastico»*. Detto principio viene applicato non solo quale criterio per la soluzione delle questioni di diritto intertemporale, ma anche quale cerniera tra il nuovo Titolo V e la Costituzione complessivamente intesa<sup>219</sup>.

In questa fase, dunque, emerge come la giurisprudenza costituzionale, in applicazione della nuova disciplina costituzionale, tenda a fornire una miscela di nuovi orientamenti pur rimanendo, tuttavia, ancora saldamente agganciata al consolidato

---

<sup>218</sup> In questo senso si esprime Corte cost., sent. n. 376/2002 in tema di intervento dei regolamenti del Governo in materie regionali; del medesimo tenore anche la sent. n. 13/2004, in tema di servizio scolastico, e la sent. n. 370/2003, in tema di asili nido. Allo stesso modo, già la sent. 282/2002 evidenziava che *«specie nella fase di transizione dal vecchio al nuovo sistema di riparto delle competenze, la legislazione regionale dovrà svolgersi nel rispetto dei principi fondamentali comunque risultanti dalla legislazione statale già in vigore»*.

<sup>219</sup> Cfr. L. RONCHETTI, *Gli anni della riscrittura del Titolo V: la giurisprudenza costituzionale 2002-2005*, in *Issirfa.cnr.it*, 2012, p. 5 ss.

giurisprudenziale precedente il 2001 senza registrare quel salto in avanti che, nel giro di pochi anni, la Corte sarà costretta a compiere.

Infine, sempre sul tema dei livelli essenziali, si segnala in questa prima fase la sentenza n. 88/2003. In tale occasione, il giudice delle leggi conferma la configurabilità di uno spazio destinato alla disciplina regionale nelle “materie trasversali” e, in particolare, proprio nella competenza statale esclusiva in tema di “livelli essenziali”.

A tale risultato la Corte perviene per difetto e cioè attraverso l’individuazione del settore di competenza esclusiva statale: vi è l’esigenza di assegnare *«al legislatore statale un fondamentale strumento per garantire il mantenimento di una adeguata uniformità di trattamento sul piano dei diritti di tutti i soggetti, pur in un sistema caratterizzato da un livello di autonomia regionale e locale decisamente accresciuto»*<sup>220</sup>. Contestualmente, la Consulta, al fine di tutelare lo spazio di potestà legislativa regionale, dichiara l’illegittimità della norma statale (i.e. decreto ministeriale) ed evidenzia che *«la forte incidenza sull’esercizio delle funzioni nelle materie assegnate alle competenze legislative ed amministrative delle Regioni e delle Province autonome impone evidentemente che queste scelte, almeno nelle loro linee generali, siano operate dallo Stato con legge, che dovrà inoltre determinare adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni ed articolazioni ulteriori che si rendano necessarie nei vari settori»*<sup>221</sup> e ciò anche nel rispetto del principio della leale collaborazione.

La Corte, pertanto, già in questo primo periodo, sembra comunque essere attenta e sensibile al nuovo assetto dettato dalla riforma del 2001 evidenziando una forte preoccupazione per l’interpretazione estensiva adottata dal legislatore statale nell’esercizio della propria competenza esclusiva<sup>222</sup>.

*b) La seconda fase: il coraggioso intervento.*

La legge n. 131/2003, lungamente attesa, si è rivelata poco incisiva e inadeguata a colmare le ambiguità e le lacune del Titolo V della Costituzione. Se da un lato, il

---

<sup>220</sup> Corte cost., sent. n. 88/2003.

<sup>221</sup> Corte cost., sent. n. 88/2003.

<sup>222</sup> Cfr. A. ANZON, *Il difficile avvio della giurisprudenza costituzionale sul nuovo Titolo V della Costituzione*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2003, p. 1174 ss.; C. TUBERTINI, *La giurisprudenza costituzionale in materia di tutela della salute di fronte alla nuova delimitazione delle competenze statali e regionali*, in *astrid-online.it*, 2005, p. 13.

legislatore di attuazione ha consolidato le interpretazioni già fornite dalla giurisprudenza costituzionale, dall'altro, esortando ulteriori interventi, ha affidato alla Corte il ruolo di governare il passaggio dal vecchio al nuovo sistema di allocazione delle competenze legislative, così implicitamente finendo per giustificare, anzi avallare, il significativo incremento del contenzioso Stato – regioni nei giudizi in via principale<sup>223</sup>.

In particolare, si vuole fare riferimento all'art. 1, comma 2, e all'art. 3 che, facendo salvi gli effetti di eventuali sentenze della Corte, fissano il principio di continuità normativa con riferimento, rispettivamente, alle disposizioni statali vigenti alla data di entrata in vigore della legge nelle materie appartenenti alla legislazione regionale ed alle disposizioni regionali vigenti alla data di entrata in vigore della legge nelle materie affidate alla competenza dello Stato.

Posta di fronte alla persistente inerzia del legislatore, la Corte non si è sottratta dall'arduo compito di attuare concretamente la riforma del Titolo V attraverso una vera e propria opera di modulazione delle competenze<sup>224</sup> che, in alcuni casi, è sembrata raggiungere addirittura una sostanziale riscrittura delle norme costituzionali<sup>225</sup>. A poca distanza dalla legge di attuazione n. 131/2003, la Consulta ha rotto gli indugi e mosso dunque i primi decisi passi.

Tale nuova stagione possiamo dire sia stata inaugurata con la sentenza n. 303 del 2003. A partire dal 2003, si susseguono poi pronunce che interpretano il dettato costituzionale nella direzione di razionalizzare, ricostruire e legare sensatamente l'assetto del riparto delle competenze Stato, regioni ed enti locali.

Il rilevante contenzioso, con i conseguenti dubbi interpretativi da sciogliere, ha costretto la Corte ad assemblare, passo dopo passo, gli strumenti interpretativi da

---

<sup>223</sup> In tal senso, F. BILANCIA, *L'instabile quadro del riparto delle competenze legislative*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2010, p. 65 ss.; ma anche A. IANNUZZI, *Regolamenti delle Regioni*, cit., p. 169.

<sup>224</sup> Cfr. R. BIN, *I criteri di individuazione delle materie*, in *Le Regioni*, 5, 2006, p. 889, che acutamente evidenzia come "la riforma costituzionale del Titolo V era stata a lungo invocata da tutti coloro che si occupano di diritto costituzionale perché era dato comune che il disegno costituzionale del 1948 aveva perso la capacità di regolare le relazioni fra Stato, regioni ed enti locali, sicché esse erano ormai rette dalla prassi e – soprattutto – dalla giurisprudenza della corte costituzionale. Ritrovarsi oggi nuovamente immersi nella giurisprudenza costituzionale, nella speranza di ritrovarvi il bandolo che ci consenta di recuperare un filo di razionalità all'interno del disegno riformato del Titolo V, mi sembra rappresentare di per sé un giudizio sulla fattura tecnica".

<sup>225</sup> Cfr. A. MORRONE, *La Corte costituzionale riscrive il Titolo V?*, in *Quad. cost.*, 4, 2003, p. 818 ss.



utilizzare per la corretta lettura del Titolo V al punto che, oggi (da una visione a posteriori), appare indubbio che la lettura delle disposizioni costituzionali in tema di governo delle competenze non possa essere disgiunta dal complesso della giurisprudenza costituzionale.

La sentenza n. 303/2003 costituisce, dunque, il primo segnale del salto in avanti della giurisprudenza costituzionale<sup>226</sup>. Con tale pronuncia, la Corte detta il primo statuto teorico della sussidiarietà legislativa, inteso quale principio che possa determinare la riallocazione delle competenze fissate dall'art. 117 cost. in nome della garanzia di esigenze unitarie. In tale modo sembra ristabilirsi, per certi versi, il parallelismo funzione amministrativa – competenza legislativa *ante* 2001.

La Corte ha individuato nella sussidiarietà legislativa lo strumento per coniugare il principio di legalità con le nuove regole sull'allocazione delle funzioni amministrative. Se la funzione amministrativa ascende per l'operare del principio di sussidiarietà ai sensi dell'art. 118, comma 1 cost., deve elevarsi anche il livello legislativo di disciplina della stessa che, in deroga all'ordine di attribuzioni stabilite dall'art. 117 cost., ascende anch'esso dal livello regionale a quello statale.

Si può affermare che è proprio su questo principio di sussidiarietà legislativa, insieme al principio di leale collaborazione, che ruota tutto il sistema dei rapporti Stato e regioni delineato dalla giurisprudenza costituzionale successiva alla riforma del Titolo V.

L'arresto in esame aveva ad oggetto alcuni provvedimenti legislativi statali in tema di individuazione, localizzazione e realizzazione di opere pubbliche e private di preminente interesse per lo sviluppo del Paese. La Consulta ha salvato la normativa statale applicando il principio di sussidiarietà legislativa, che consente, al verificarsi di alcune specifiche condizioni, l'attrazione parziale della funzione legislativa nel caso di contestuale attrazione delle funzioni amministrative nelle medesima materia.

---

<sup>226</sup> Per un commento specifico sulla sentenza, v. tra gli altri, A. RUGGERI, *Il parallelismo "redivivo" e la sussidiarietà legislativa (ma non regolamentare ...)* in una storica (e, però, solo in parte soddisfacente) pronuncia, in *Forumcostituzionale.it*, 2003; A. MORRONE, *La Corte costituzionale riscrive il Titolo V*, cit.; A. D'ATENA, *L'allocazione delle funzioni amministrative in una sentenza ortopedica della Corte costituzionale*, in *Giur. cost.*, 2003, p. 2776 ss.

Senza voler entrare troppo nel dettaglio dell'importante pronuncia, appare opportuno, ai nostri fini, schematizzare seppur sinteticamente le condizioni di applicazione del principio di sussidiarietà legislativa.

Innanzitutto la chiamata in sussidiarietà deve essere connessa al principio di legalità. L'ascesa a livello statale della funzione amministrativa che non può essere svolta adeguatamente a livello regionale determina la necessità di avocare anche porzioni di competenza legislativa purché limitati all'esigenza di dare organizzazione ed esecuzione alla funzione amministrativa<sup>227</sup>.

Inoltre, la sussidiarietà legislativa presuppone il raggiungimento di un'intesa con la regione interessata<sup>228</sup>. Sussidiarietà e leale collaborazione devono dunque procedere parallelamente nell'ambito del governo delle competenze legislative.

Infine, l'assunzione in sussidiarietà deve essere sorretta da un sottostante interesse pubblico effettivamente proporzionato rispetto al provvedimento legislativo adottato e non deve presentare caratteri di «*irragionevolezza alla stregua di uno scrutinio stretto di costituzionalità*»<sup>229</sup>.

Con tale ragionamento, la Corte ammette «*chiaramente che l'art. 117 Cost. possa essere interpretato utilizzando l'art. 118 Cost. e non viceversa*» aprendo le porte al ritorno del parallelismo tra potestà legislativa e funzione amministrativa<sup>230</sup>.

La Consulta propone dunque una visione dinamica dell'assetto delle competenze primarie, al punto che, anche in considerazione dei successivi sviluppi, emerge la preferenza per la posizione che ritiene solo tendenziale lo schema distributivo previsto dall'art. 117 cost., e ciò in quanto «*la legislazione statale funzionale – trasversale e quella sussidiaria si pongono come condizionanti e limitative della potestà legislativa*

---

<sup>227</sup> Già prima della soluzione offerta dalla Corte si erano espressi in tal senso: A. RUGGERI, *Le fonti di diritto regionale ieri, oggi e domani*, Torino, 2001; R. BIN, *L'interesse nazionale dopo la riforma; continuità dei problemi, discontinuità della giurisprudenza costituzionale*, cit., p. 1213.

<sup>228</sup> Con successive interventi la Corte ha precisato che in tale ipotesi si tratta di «*intesa forte*» e che l'accordo non deve essere necessariamente preventivo; sul tema F. MODUGNO, *La posizione e il ruolo della legge statale*, in M. SICLARI (a cura di) *I mutamenti della forma di governo tra modificazioni tacite e progetti di riforma*, Roma, 2008, p. 27 ss.

<sup>229</sup> Corte cost., sent. n. 303/2003.

<sup>230</sup> A. MORRONE, *La Corte costituzionale riscrive il Titolo V?*, cit.

*regionale*», dettando, in definitiva, una preferenza per la legge statale in luogo di quella regionale<sup>231</sup>.

L'impostazione offerta dalla Corte nel 2003 trova conferma, secondo una prassi della Consulta in ipotesi di decisioni particolarmente innovative e fondamentali, in un successivo arresto: la sentenza n. 6/2004.

Con tale pronuncia la Corte ha avuto occasione di confermare il modello teorico della sussidiarietà legislativa precisando alcuni elementi: per un verso, l'accordo con la regione interessata può anche essere successivo al provvedimento legislativo statale che dispone la chiamata in sussidiarietà e, per altro verso, tale intesa con il livello regionale deve essere «forte»<sup>232</sup>.

Nel medesimo periodo, la Consulta richiama i principi definiti nella pronuncia n. 282/2002 chiarendo però il limite della potestà legislativa nella competenza concorrente. In particolare, nell'arresto n. 338/2003, la Corte precisa che è possibile per le regioni dettare norme di organizzazione e di procedura, quali «*discipline sul consenso informato o sulle procedure di monitoraggio, sorveglianza e valutazione*», e ciò «*anche la fine di meglio garantire l'appropriatezza delle scelte terapeutiche e l'osservanza delle cautele necessarie per l'utilizzo di mezzi terapeutici rischiosi o destinati a impieghi eccezionali e ben mirati*»<sup>233</sup>.

Da collocare sempre in questa seconda fase, sono quelle pronunce con le quali la Consulta, con l'intento di limitare la tendenza del legislatore statale ad interpretare estensivamente la nozione di "livelli essenziali delle prestazioni", ha escluso la riconduzione alla competenza definita dall'art. 117, comma 2, lett. m) di norme statali aventi un oggetto diverso da quello della determinazione delle "prestazioni"<sup>234</sup>.

Altro deciso balzo in avanti della Corte e del suo ruolo di vero soggetto interprete-attuatore del Titolo V si registra in occasione della sentenza n. 12/2004. In questa pronuncia, la Consulta, accogliendo le istanze delle regioni, ha specificato che la

---

<sup>231</sup> F. MODUGNO, *La posizione e il ruolo della legge statale*, cit., p. 33.

<sup>232</sup> Cfr. F. CARINCI, *La sussidiarietà verticale nel sistema delle fonti*, in *Forumcostituzionale.it*, 2006.

<sup>233</sup> Corte cost., n. 338/2003; nel medesimo senso anche Corte cost., n. 329/2003 in cui si afferma l'impossibilità per il legislatore statale di condizionare l'esercizio della potestà regionale mediante strumenti di indirizzo e coordinamento con prescrizioni dettagliate e vincolanti in quanto una tale impostazione non risulta più compatibile con il nuovo assetto delle relazioni tra i livelli di governo.

<sup>234</sup> Si fa riferimento in particolare alla sentenza n. 320/2004 e alla sentenza n. 423/2004.

potestà concorrente statale *«deve limitarsi ad un principio di disciplina, che la Regione possa svolgere nell'esercizio delle competenze legislative ad essa spettanti»*.

Nel solco della pronuncia n. 88/2003 in tema di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni si muove la Corte con la sentenza n. 134/2006 che forse, più di altre, segna un momento di passaggio dalla prima alla seconda fase giurisprudenziale.

In tale arresto, la Consulta ha ammesso che la determinazione dei livelli possa essere compiuta con atto regolamentare in quanto si verte in materia di competenza esclusiva (ancorché trasversale) con conseguente attribuzione ex art. 117, comma 6 cost. della potestà normativa secondaria allo Stato; *«ciò che invece rileva è la ingiustificata riduzione delle modalità di coinvolgimento in questo procedimento delle regioni»*, vale a dire la mera richiesta di un parere della Conferenza unificata in luogo dell'intesa<sup>235</sup>. È da ciò, secondo una lucida e corretta analisi, che deriverebbe uno dei punti di maggiore criticità del nostro modello di *welfare*. In particolare, l'esigenza di una uniformità delle condizioni di esercizio del diritto alla salute basata sull'uguaglianza sostenibile riduce i margini di autonomia delle regioni nelle scelte organizzative e, più in generale, sulle prestazioni erogabili. Un tale modello di tutela della salute *«impedisce chiare allocazioni delle responsabilità politiche per le scelte che definiscono l'ugual esercizio del diritto alla salute su tutto il territorio nazionale»* in quanto *«la difficoltà ad imputare chiaramente le responsabilità di politiche sanitarie incapaci di assicurare piena effettività al diritto alla salute impedisce al modello di autoriformarsi»*<sup>236</sup>.

Tale impostazione trova conferma in successive pronunce. È il caso della sentenza n. 51/2008 in tema di "aeroporti", ma anche della sentenza n. 166/2008 in ambito di "disagio abitativo" e la sentenza n. 247/2009 in argomento di "bonifica ambientale".

Tuttavia la Corte ha tentato, in questa fase, di marcare una delimitazione tra la competenza statale in materia di livelli essenziali e quella concorrente in materia di tutela della salute ammettendo la potestà legislativa statale entro i limiti necessari a garantire un regime di assistenza sanitaria non inferiore a quello ritenuto intangibile. La Corte ha in particolare rilevato che *«quanto ai livelli essenziali delle prestazioni, se è*

---

<sup>235</sup> Corte cost., sent. n. 134/2006.

<sup>236</sup> In tal senso, cfr. E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, cit., p. 118 ss.

*evidente che le leggi regionali non possono pretendere di esercitare una funzione normativa riservata in via esclusiva al legislatore statale, nel contempo quest'ultimo non può invocare tale competenza di carattere trasversale [...] per richiamare a sé l'intera disciplina delle materie cui essa possa di fatto accedere»<sup>237</sup>.*

Uno sviluppo della giurisprudenza inaugurata con la sentenza n. 370/2003 è rintracciabile nella pronuncia n. 181/2006. Con tale arresto la Corte, in un caso vertente in materia di “tutela salute” (materia concorrente) e di “assistenza ed organizzazione del servizio sanitario” (materia residuale di competenza esclusiva regionale), ha fatto applicazione del principio della prevalenza facendo leva sul contenuto maggiormente esteso della “tutela della salute”. La Corte evidenzia che, nel caso di concorrenza di differenti titoli di competenza in una medesima materia, si dovrà far ricadere l'intera disciplina sotto il titolo di competenza che racchiude il nucleo essenziale della relativa disciplina.

È possibile dunque registrare, in questa seconda fase, una serie di pronunce dal carattere decisamente propulsivo con applicazione da parte della Corte dei vari strumenti teleologici di cui essa dispone. Tali attività hanno permesso di individuare le soluzioni interpretative necessarie e determinanti per l'applicazione del Titolo V riformato.

*c) La terza fase: il consolidamento.*

La terza fase si può collocare nel periodo che va dal 2008 e si sviluppa per qualche anno, muovendosi nel solco delle pronunce degli anni precedenti tra conferme e puntualizzazioni. Possiamo poi individuare un'ultima fase durante la quale è possibile registrare, nell'ambito della difficile congiuntura economica, una crescente considerazione del principio del coordinamento finanziario.

Entrambi tali fasi sembrano essere accomunate da una tendenza della Corte alla ricentralizzazione delle competenze, tanto attraverso percorsi di tutela dei diritti fondamentali (anche in considerazione della lunga inattuazione del nuovo Titolo V in

---

<sup>237</sup> Corte Cost., sent. n. 248/2006; nel medesimo senso: Corte Cost., sentt. n. 285/2005, n. 383/2005 e n. 387/2007.

alcuni parti essenziali<sup>238</sup>) quanto attraverso la tutela delle - sempre più presenti - esigenze di finanza pubblica.

Nella terza fase, la Corte privilegia pronunce con riferimenti ai sempre più numerosi precedenti pur non disdegnando adattamenti e risistemazioni che, come già accennato, indicano un movimento centripeto dell'allocazione delle competenze che si manifesterà più apertamente e più compiutamente nella fase successiva.

È possibile collocare in questo periodo quella giurisprudenza in tema di materie trasversali che rimodula i margini di intervento del legislatore regionale. Se, infatti, in precedenza la Corte aveva invitato il potere dello Stato a fissare standard di tutela uniformi sull'intero territorio nazionale senza l'esclusione della competenza regionale<sup>239</sup>, in questa fase, la giurisprudenza finisce per attribuire allo Stato un «*livello di tutela non "minimo" ma "adeguato e non riconducibile" [...] restando salva la potestà della Regione di prescrivere, purché nell'esercizio di proprie autonome competenze legislative, livelli di tutela più elevati*»<sup>240</sup>.

Altro arresto che ricade in questa fase è la sentenza n. 203/2008 ove la Consulta opera un bilanciamento tra tutela dei diritti fondamentali e esigenze di finanza pubblica. La Corte ha chiarito che è compito dello Stato determinare la ripartizione dei costi relativi alle prestazioni di assistenza specialistica ricomprese nei livelli essenziali di assistenza e ciò al fine di garantire l'uniformità su tutto il territorio nazionale. La necessità, dunque, «*di adottare misure efficaci di contenimento della spesa sanitaria e la necessità di garantire, nello stesso tempo, a tutti i cittadini, a parità di condizioni, una serie di prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza (entrambe fornite di basi costituzionali messe in rilievo dalla giurisprudenza di questa Corte), rendono compatibile con la Costituzione la previsione di un ticket fisso*»<sup>241</sup>. Il giudice delle leggi opera in questo caso un bilanciamento evidenziando che le norme in questione debbono ritenersi «*compatibili con i principi costituzionali, nella considerazione bilanciata dell'equilibrio*

---

<sup>238</sup> Cfr., per tutti, U. DE SIERVO, *Il regionalismo italiano fra i limiti della riforma del Titolo V e la sua mancata attuazione*, in [www.issirfa.cnr.it](http://www.issirfa.cnr.it).

<sup>239</sup> Corte cost., sent. n. 407/2002.

<sup>240</sup> Corte cost., sentt. n. 193/2010 e n. 61/2009.

<sup>241</sup> Corte cost., sent. n. 203/2008. Cfr., in particolare, M. BELLETTI, *Percorsi di ricentralizzazione del regionalismo italiano nella giurisprudenza costituzionale*, cit., p. 179 ss.

*della finanza pubblica e dell'uguaglianza di tutti i cittadini nell'esercizio dei diritti fondamentali, tra cui indubbiamente va ascritto il diritto alla salute»<sup>242</sup>.*

Prime avvisaglie dell'incedere della materia del coordinamento finanziario nell'ambito della cammino verso la ricentralizzazione, possono essere rintracciate già nella sentenza n. 289/2008 ove la Corte rigetta la questione di legittimità in ragione della considerazione che le norme censurate ricadono all'interno della potestà concorrente di coordinamento della finanza pubblica<sup>243</sup>.

Sempre nell'ottica del movimento verso il livello centrale del governo delle competenze si registra anche la sentenza n. 322/2009. Con tale pronuncia viene ammessa la legittimità del ricorso alla delegificazione in tema di semplificazione del procedimento amministrativo attraverso la riconduzione di tale misura di semplificazione ai livelli essenziali di cui all'art. 117, comma 2, lett. m) cost. In tale modo la semplificazione appare una "nuova" materia trasversale. Tale arresto fa emergere la tendenza della nuova stagione alle porte e si pone come «una sorta di spartiacque che ha anticipato i mutamenti giurisprudenziali successivi»<sup>244</sup>.

Sempre in direzione della centralizzazione si muove la Corte con la nota pronuncia n. 10/2010 avente ad oggetto il decreto legge con il quale si concedeva la c.d. "social card"<sup>245</sup>.

In tale arresto la Consulta ridefinisce i confini dell'art. 117, comma 2, lett. m) cost. arrivando ad espandere la potestà legislativa statale fino a sfiorare nell'ambito dell'assistenza e dei servizi sociali, materia di potestà legislativa (regionale) residuale. In particolare, la Corte ha ritenuto che, qualora non sia sufficiente la determinazione del

---

<sup>242</sup> Corte cost., sent. n. 203/2008.

<sup>243</sup> Una posizione fortemente critica viene espressa da A. BRANCASI, *Continua l'inarrestabile cammino verso una concezione statalista del coordinamento finanziario*, in *Le Regioni*, 2008, secondo il quale in tale arresto "si può rivenire un orientamento più sensibile alle ragioni dello Stato che a quelle delle autonomie, visto che la Corte sembra ammettere implicitamente che la scelta del legislatore statale, nel delimitare l'ambito oggettivo di applicazione delle norme di coordinamento finanziario che va emanando, può essere dettata dal più completo arbitrio".

<sup>244</sup> In tal senso, G. TARLI BARBIERI, *La sentenza n. 322/2009: cosa rimane dell'autonomia regionale?*, in *Le Regioni*, 2010, p. 835.

<sup>245</sup> V. E. LONGO, *I diritti sociali in tempo di crisi: la Corte salva la social card e ne ricava un nuovo titolo di competenza statale*, in *Giur. cost.*, 2010, p. 164 ss.; A. RUGGERI, «Livelli essenziali» delle prestazioni relative ai diritti e ridefinizione delle sfere di competenza di Stato e Regioni in situazioni di emergenza economica (a prima lettura di Corte cost. n. 10 del 2010), in *Forumcostituzionale.it*, 2010.

livello essenziale al fine di realizzare la finalità di garanzia sottesa alla competenza statale, «*la ratio di tale titolo di competenza e l'esigenza di tutela di diritti primari [...] consentono di ritenere che esso può rappresentare la base giuridica della previsione e della diretta erogazione di una determinata provvidenza, oltre che della fissazione del livello strutturale e qualitativo di una data prestazione, al fine di assicurare più compiutamente il soddisfacimento dell'interesse meritevole di tutela*», e ciò in ragione di «*peculiari circostanze e situazioni, quale una fase di congiuntura economica eccezionalmente negativa*»<sup>246</sup>. La Corte sembra dunque tendere a garantire non solo i livelli essenziali delle prestazioni ma anche i livelli essenziali della dignità della persona umana. Ne deriva la legittimità dell'intervento statale, e ciò pur a discapito del rispetto del principio della leale collaborazione<sup>247</sup>, in quanto «*una disciplina posta a protezione delle situazioni di estrema debolezza della persona umana, qual è quella delle disposizioni impugnate, benché incida sulla materia dei servizi sociali e di assistenza di competenza residuale regionale, deve essere ricostruita anche alla luce dei principi fondamentali degli artt. 2 e 3, secondo comma, Cost. dell'art. 38 e dell'art. 117, secondo comma, lett. m), Cost.*»<sup>248</sup>.

In tale caso, come efficacemente evidenziato, «*la Corte si è trovata obbligata a far luogo ad una vistosa torsione di una competenza pure dotata di somma duttilità, quali in genere sono quelle "trasversali" dello Stato: una torsione, in ultima istanza, giustificata (ed anzi imposta) dagli artt. 2 e 3, Il c., commutandosi in tal modo talune norme di valore (anzi, proprio le più espressive norme di valore contenute nella Carta) in norme sulla produzione giuridica*»<sup>249</sup>.

Conferma di tale nuovo orientamento giurisprudenziale viene data nella pronuncia n. 121/2010, in materia di c.d. "Piano Casa" ove il giudice costituzionale ha ritenuto legittima la disciplina statale relativa ai livelli minimi di offerta abitativa viene considerata attuativa del diritto sociale alla casa. In tale caso, la Corte ha trovato un

---

<sup>246</sup> Corte cost., sent. n. 10/2010.

<sup>247</sup> Cfr. E. VIVALDI, *I diritti sociali tra Stato e Regioni: il difficile contemperamento tra il principio unitario e la promozione delle autonomie*, in [www.gruppodipisa.it](http://www.gruppodipisa.it), 2012.

<sup>248</sup> Corte cost., sent. n. 10/2010.

<sup>249</sup> A. RUGGERI, «*Livelli essenziali*» delle prestazioni relative ai diritti e ridefinizione delle sfere di competenza di Stato e Regioni in situazioni di emergenza economica, cit.



importante appoggio nel principio di leale collaborazione in quanto le norme in questione prevedevano una procedura di forte coinvolgimento delle regioni attraverso, da un lato, l'intesa con la Conferenza unificata e, dall'altro, il rispetto delle competenze regionali in materia di politiche abitative<sup>250</sup>.

Sempre da collocare in questa fase è la sentenza n. 235/2010, ove la Consulta riconosce che, nel momento in cui la regione interviene con legge, in modo completo e coerente con la competenza statale, la legislazione statale preesistente cede, venendo meno l'esigenza di continuità.

Emerge dunque, in questa fase, l'impressione che il giudice costituzionale, pur mantenendo in piedi l'assetto delle competenze disegnato nelle pronunce appartenenti alla seconda fase, inizia a risentire, nell'assenza di un deciso concorso collaborativo del legislatore statale, del movimento centripeto, che si svilupperà negli anni a seguire, a discapito della potestà delle autonomie.

*d) La quarta fase: la crisi economica e il coordinamento finanziario.*

La tendenza della centralizzazione assume connotati sempre più decisi con l'avvento della crisi economico-finanziaria che ha travolto il nostro Paese a partire dal 2010<sup>251</sup>.

Se da un lato, infatti, il legislatore è intervenuto con misure di contrasto alla crisi economica con la costituzionalizzazione del pareggio di bilancio e con il trasferimento a livello centrale della materia dell'armonizzazione dei bilanci pubblici e la conseguente riformulazione dell'art. 119 cost.<sup>252</sup>, dall'altro lato, la Corte si era già mossa in tale direzione anche a Costituzione invariata<sup>253</sup>.

---

<sup>250</sup> In particolare, la Corte nella sent. n. 121/2010 specifica che «finché non sarà data attuazione al sistema previsto dall'art. 19 Cost. [...] lo strumento prescelto dalla norma statale censurata per porre in equilibrio le potestà legislative dello Stato e della Regione, fondate su principi in astratto separati e coesistenti, in concreto potenzialmente configgenti, non è irragionevole» in ragione del forte coinvolgimento delle Regioni.

<sup>251</sup> Si rinvia, per un più approfondito esame del tema in generale e della sua incidenza sul contenuto del diritto alla salute al successivo cap. 3. Per un approfondimento specifico sull'incidenza del tema sui livelli di competenza Stato - regioni, v. S. MANGIAMELI, *Le Regioni italiane tra crisi globale e neocentralismo*, Milano, 2013; G.G. CARBONI, *Lo Stato regionale al tempo del rigore finanziario*, in *Rivista AIC*, 2014.

<sup>252</sup> Per l'esame dell'argomento, si rinvia al successivo cap. 3 ed, in particolare, al § 3.4.

<sup>253</sup> Tale tendenza alla ricentralizzazione può comunque rintracciarsi in maniera evidente già nella sentenza n. 10/2010 in tema della c.d. "social card" di cui si è dato conto *ivi* nell'ambito della *terza fase*.

Sembra proprio che, come lucidamente notato già cinque anni or sono, «*quella che si è chiamata contingenza (economico-finanziaria) ha indotto lo Stato ad impugnare sistematicamente le leggi regionali (anch'esse caratteristiche) di spesa e la Corte, specialmente di recente, ha dichiarato illegittime*»<sup>254</sup>.

Senza voler ripercorrere la copiosa giurisprudenza in tema di coordinamento finanziario<sup>255</sup>, basterà in questa sede indicare alcune pronunce paradigmatiche che ci permettono di individuare la tendenza della giurisprudenza sul tema.

La Corte, nel 2012 con la sentenza n. 148, ha ritenuto legittimo esercizio della competenza legislativa statale in materia di coordinamento della finanza pubblica la normativa adottata a livello centrale in tema di patto di stabilità interno ancorché la stessa avesse evidenti ricadute su regioni e autonomie prevedendo il concorso delle stesse alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica ivi fissati<sup>256</sup>.

Allo stesso modo, il giudice costituzionale appare ormai orientato nel ritenere che le disposizioni statali in tema di c.d. “piani di rientro”<sup>257</sup> siano principi fondamentali della materia del coordinamento finanziario con conseguenti vincoli sulla potestà legislativa regionale. In particolare, già nella sentenza n. 100/2010, la Corte ha avuto modo di evidenziare che «*la norma dello Stato che assegna a tale Accordo [Piano di rientro] carattere vincolante, per le parti tra le quali è intervenuto, può essere qualificate come espressione di un principio fondamentale diretto al contenimento della spesa pubblica sanitaria e, dunque, espressione di un correlato principio di coordinamento della finanza pubblica*»<sup>258</sup>.

Un tale orientamento, in una materia concorrente quale il coordinamento della finanza pubblica, appare dotato di una forte potenziale interferenza con la potestà legislativa concorrente delle regioni in materia di tutela della salute. Ciò ha trovato più di una conferma nella giurisprudenza costituzionale dove è stato sottolineato che:

---

<sup>254</sup> S. CALZOLAIO, *Il cammino delle materie nello stato regionale*, cit., p. 290

<sup>255</sup> E rinviando al successivo cap. 3 e, in particolare, al § 3.5. per un esame della giurisprudenza sul tema (con incidenza sul contenuto del diritto alla salute).

<sup>256</sup> La Corte ha successivamente confermato tale orientamento nella sent. n. 22/2014. A soluzioni analoghe il giudice costituzionale perviene anche in tema di tagli di costi della politica in virtù dei quali sono imposti centralmente sacrifici alle autonomie: v. Corte cost., sent. n. 139/2012, n. 151/2012, n. 72/2014 e n. 99/2014.

<sup>257</sup> Per più approfondito esame dell'argomento v., *infra*, § 3.3.1.

<sup>258</sup> In tal senso la Corte sent. n. 100/2010; principio confermato, *ex multis*, in sent. n. 141/2010, n. 163/2011, n. 32/2012, n. 131/2012.

«l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute ed in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa»<sup>259</sup>.

Ritornando sul tema della c.d. "social card", la Corte ha ribadito che «la situazione eccezionale di crisi economico-sociale ha ampliato i confini entro i quali lo Stato deve esercitare la [...] competenza legislativa esclusiva» in materia di livelli essenziali delle prestazioni dei diritti civili e sociali<sup>260</sup>.

Con la revisione costituzionale del 2012, la Corte ha poi ancorato la potestà statale di coordinamento della finanza pubblica prevalentemente ai rinnovati parametri costituzionali (artt. 81, 97, 117, comma 2, e 119, cost.) piuttosto che alla competenza concorrente prevista dall'art. 117, comma 3, cost. In tal modo, il giudice costituzionale avvalorava una duplice potestà statale di coordinamento della finanza pubblica opponibile alle autonomie territoriali: da un lato quella fondata sull'art. 117, comma 3, cost. e operante secondo lo schema ascrivibile per l'appunto alla potestà concorrente (già applicata dalla Corte a Costituzione invariata); dall'altro lato quella fondata sui novellati parametri costituzionali e operante secondo la riserva prevista dall'art. 81, comma 6 cost., opponibile tuttavia anche alle autonomie speciali<sup>261</sup>.

La misura dell'incidenza del principio del coordinamento finanziario, nella sua duplice valenza, ha assunto negli ultimi anni forti connotati al punto da influire in maniera rilevante anche sull'assetto dei rapporti con le regioni ad autonomia speciale<sup>262</sup>.

In particolare, nel corso del 2015, la Consulta, richiamando anche obblighi di solidarietà interregionale, sembra aver mosso importanti passi verso l'attribuzione allo Stato, senza necessità di un preventivo accordo, della determinazione del contributo delle autonomie speciali alla manovra di finanza pubblica (anche con riguardo alle

---

<sup>259</sup> Corte cost., sent. n. 163/2011.

<sup>260</sup> Corte cost., sent. n. 62/2013.

<sup>261</sup> In questo senso A. BRANCASI, *La Corte costituzionale al bivio tra il tradizionale paradigma del coordinamento finanziario e la riforma costituzionale "introduttiva del pareggio di bilancio"*, in *Giur. cost.*, 2014, p. 1633 ss. e G. RIVISECCHI, *Finanza delle autonomie speciali e vincoli di sistema*, in *Rivista AIC*, 1, 2016, p. 27.

<sup>262</sup> Sul punto è stato correttamente notato come gran parte dei giudizi in via principale degli ultimi anni ha avuto ad oggetto misure normative statali di coordinamento della finanza pubblica con parte in causa autonomie speciali, G. RIVISECCHI, *Finanza delle autonomie speciali e vincoli di sistema*, cit.

entrate)<sup>263</sup>. In altri termini, è maturato l'indirizzo per cui anche le autonomie speciali devono concorrere agli obiettivi di finanza pubblica per garantire il sistema del quale esse stesse fanno parte. D'altronde, in caso contrario, si determinerebbe una irragionevole discriminazione di trattamento tra cittadini delle autonomie speciali e quelle delle altre regioni. Il giudice costituzionale ha in più occasioni ribadito che il sacrificio in un periodo di crisi deve essere equamente ripartito. In tali periodi emerge *«la necessità che, in un momento difficile per la finanza pubblica, l'attenzione sia rivolta, oltre che alla quantità, alla qualità della spesa; e non si vede perché solo i cittadini delle Regioni a statuto speciale dovrebbero sottrarsi ad una responsabilità che incombe su tutti gli italiani, a prescindere dalle istituzioni che li rappresentano, nel rispetto delle previste garanzie e forme costituzionali»*<sup>264</sup>.

All'esito del percorso tracciato dalla giurisprudenza costituzionale è possibile, dunque, individuare, dopo le prime le due stagioni di attesa e di coraggiosa applicazione della riforma, la tendenza del giudice delle leggi ad un ricentralizzazione delle competenze con un deciso attenuamento della portata innovativa della riforma del 2001 e ciò attraverso differenti argomenti interpretativi che si sono mossi dalla trasversalità delle materie di esclusiva competenza statale all'applicazione del principio di prevalenza, dalla complessità tecnico-scientifica al coordinamento di finanza pubblica<sup>265</sup>.

---

<sup>263</sup> Corte cost., sent. n. 19/2015.

<sup>264</sup> Corte cost., sent. n. 141/2015.

<sup>265</sup> Con specifico riferimento alla complessità tecnico-scientifica e al coordinamento di finanza pubblica quali fattori di un progressivo riaccostamento dei poteri legislativi operato dal giudice costituzionale, v. A. IANNUZZI, *L'emersione delle istanze unitarie fra complessità tecnico-scientifica e coordinamento della finanza pubblica*, in Studi parlamentari e di politica costituzionale, III-IV trim. 2014, p. 109 ss.

## Capitolo III

\* \* \*

### **La tutela della salute tra federalismo, condizionamenti finanziari e “contenuto minimo essenziale”.**

SOMMARIO: - 3.1. *Premessa* – 3.2. *I livelli essenziali delle prestazioni. Cenni* – 3.3. *La difficile attuazione del federalismo fiscale* – 3.3.1. *Il federalismo sanitario a Costituzione invariata* - 3.3.2. *La costituzionalizzazione del federalismo* - 3.3.3. *La lenta e difficile attuazione dell’art. 119 Cost.* - 3.3.3.1. *La seconda stagione della finanza derivata tra vincoli comunitari e statali.* - 3.3.3.2. *L’avvento del federalismo fiscale.* - 3.3.3.3. *La realizzazione del federalismo fiscale. I livelli essenziali di assistenza e la sostenibilità della spesa sanitaria.* - 3.4. *La crisi finanziaria e l’arresto del federalismo fiscale.* - 3.4.1. *La crisi finanziaria e la riforma costituzionale dell’art. 81.* - 3.4.2. *L’arresto del federalismo fiscale.* - 3.5. *Il contenuto del diritto alla salute nella giurisprudenza costituzionale. Il bilanciamento tra esigenze economico-finanziarie ed effettiva tutela del diritto.*

#### **3.1. Premessa.**

L’analisi del diritto alla salute, ai fini del presente lavoro, non può prescindere da un esame di condizionamenti finanziari ed una successiva verifica della consistenza del contenuto del diritto alla salute.

Nell’ambito del nostro percorso, è possibile inizialmente rintracciare nel complesso equilibrio tra articolo 32 cost. e gli altri interessi protetti dalla Carta, una tendenza del legislatore ad una piena tutela del diritto alla salute (anche oltre di dettami costituzionali). Con l’istituzione del SSN abbiamo potuto notare come il problema della copertura finanziaria delle prestazioni sanitari, in una fase iniziale, non era stato neppure preso in esame; tutt’al contrario, il legislatore aveva previsto la più ampia erogazione verso la collettività in quanto non sembrava all’epoca immaginabile un condizionamento finanziario del diritto alla salute.

Tale posizione non appariva dettata da una differente interpretazione degli equilibri costituzionali, ma dalla circostanza che le casse dello Stato risultavano ben controllate in ragione del fatto che, per un verso, la struttura amministrativa era non

certo sviluppata nell'accezione moderna con cui la si conosce<sup>266</sup> e, per altro verso, l'andamento economico lasciava prevedere un progressivo aumento delle entrate tributarie.

Un tale illusione fu di breve respiro fintanto che emerse l'evidenza che il diritto alla salute non poteva non costare e, conseguentemente, trovare limiti nella disponibilità finanziaria del momento. Ciò fino a giungere, all'opposto dell'iniziale tendenza, alla differente interpretazione del diritto alla salute soccombente, o meglio riducibile, di fronte alle esigenze di bilancio al punto di costringerne sempre più la tutela entro i limiti dettati dalla scarsità delle risorse e del contenimento della spesa.

Un tale assetto, anche a seguito dei vincoli di bilancio "imposti" a livello europeo, sembra addirittura aver imposto un capovolgimento del ruolo e della definizione stessa dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie. Tale tendenza si registra in tutta quella serie di interventi del legislatore che possiamo definire di "legislazione emergenziale"<sup>267</sup>.

Nel mezzo di tale processo vi è stata una fase – e, in particolare con la riforma *bis* e con la riforma *ter* del Servizio Sanitario, nonché col d.lgs. n. 56 del 2000 – durante la quale il legislatore ha tentato di dare corpo al disegno costituzionale cercando di raggiungere un punto di equilibrio tra la tutela della salute e la razionalizzazione della spesa sanitaria responsabilizzando il soggetto gestore del servizio, regione, e prevedendo momenti di perequazione al fine di appianare le differenti capacità delle regioni.

Proprio in tale prospettiva e con l'obiettivo di promuovere il ruolo cardine dei livelli essenziali delle prestazioni, il legislatore ha poi tentato di dare piena attuazione all'art. 119 cost. disciplinando il c.d. "federalismo fiscale".

In tale costruzione erano proprio i livelli essenziali delle prestazioni che avrebbero potuto portare in equilibrio l'eterna tensione tra differenziazione su base regionale e principio di uguaglianza<sup>268</sup>.

---

<sup>266</sup> In tema di storia della Pubblica Amministrazione in Italia, cfr. L. MANNORI - B. SORDI, *Storia del diritto amministrativo*, Roma, 2001; nonché S. CASSESE, *Il diritto amministrativo. Storia e prospettive*, Milano, 2010, p. 251 ss.; e, più in generale, E. CASSETTA, *Pubblica amministrazione*, in *Dig. disc. pubbl.*, XII, Torino, 1997.

<sup>267</sup> V., *infra*, § 3.3.3.1.

<sup>268</sup> V. S. GAMBINO, *Autonomia, asimmetria e principio di uguaglianza: limiti costituzionali al federalismo fiscale*, in *Pol. dir.*, 1, 2009, p. 6 ss.; C. TUBERTINI, *Il "sistema delle garanzie" dei livelli essenziali delle prestazioni: situazione attuale e prospettive, alla luce della legge delega sul federalismo fiscale*, in *Fed. fisc.*, 1, 2009, p. 184 ss.; ma

Ciò aveva maggiore rilevanza per i livelli essenziali di assistenza nel settore sanitario che rappresentano la “*misura economica dell’eguaglianza*” nella tutela del diritto alla salute<sup>269</sup>.

L’effettiva uguaglianza tra i cittadini poteva trovare garanzia solo nell’erogazione di prestazioni sanitarie (essenziali) uniformi sull’intero territorio nazionale; al contempo, le disparità troppo accentuate dovevano trovare conforto in strumenti idonei ad evitare lesioni del dovere di solidarietà espresso dall’art. 2 della Carta.

Nel nuovo sistema del federalismo fiscale, seppur foriero di rilevanti nuovi istituti o profondamente rivisitati rispetto al passato (determinati dal nuovo assetto fiscale), appare centrale e decisivo il ruolo dei livelli essenziali delle prestazioni nella struttura che caratterizzerà il successivo decreto legislativo n. 68 del 2011 nella definizione del criterio per il finanziamento della spesa sanitaria.

### 3.2. I livelli essenziali delle prestazioni. Cenni.

La riforma costituzionale del 2001 introduce, all’art. 117, comma 2 let. m), la competenza esclusiva nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale. Quanto al dato testuale della novella costituzionale del 2001, si deve evidenziare anzitutto che la scelta del legislatore non è casuale: essa è voluta e consapevole.

L’aggettivo «essenziale» ha, infatti, in sé un *quid pluris* rispetto al significato che avrebbe recato un’eventuale (e comunque paventata) preferenza per il termine «minimi». Come noto, la necessità di individuare prestazioni da garantire a tutti i cittadini, sull’intero territorio nazionale, veniva già evidenziata dall’art. 3 della l. n. 833/1978, secondo il quale una legge statale avrebbe fissato i livelli delle prestazioni da garantire comunque a tutti i cittadini<sup>270</sup>.

---

anche, F. SAITTO, *La legge delega sul “federalismo fiscale”: i livelli essenziali delle prestazioni come misura economica dell’eguaglianza*, in *Giur. cost.*, 3, 2010, p. 2817 ss.

<sup>269</sup> Cfr. F. SAITTO, *op. ult. cit.*, *passim*.

<sup>270</sup> Art. 3, l. n. 833/1978: «La legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale di cui all’articolo 53, fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini».

La necessità di individuare un “minimo comune denominatore” delle prestazioni da assicurare a tutti, al di là delle possibili differenziazioni territoriali, ha poi trovato successiva conferma nell'art. 1 della l. n. 421/1992<sup>271</sup> e nel relativo decreto legislativo n. 502/1992. L'aggettivo «essenziali», riferito ai livelli da assicurare sul territorio nazionale, si rintraccia per la prima volta in via legislativa nella legge delega n. 419/1998, cui è seguito il d. lgs. n. 229/1999, di razionalizzazione del servizio sanitario nazionale, che ne ha affidato la definizione al Piano sanitario nazionale<sup>272</sup>. L'espressione ha poi trovato sede all'interno dell'art. 117, comma 2, lett. m) nell'ambito della riforma del Titolo V della Costituzione, che ne ha esteso la portata all'intero campo dei diritti civili e sociali<sup>273</sup>.

A questo punto appare opportuno però rimarcare che la nozione di «livelli essenziali» presenta delle sensibili differenze rispetto a quella di «livelli minimi» poiché appare, anche dal punto di vista semantico, che i primi debbano includere la garanzia di qualcosa di ulteriore rispetto ai secondi, non necessariamente dal punto di vista quantitativo, ma sicuramente sotto quello (maggiormente rilevante quando si tratta di salute) qualitativo<sup>274</sup>.

Qualora la garanzia costituzionale si fosse arrestata ai cd. livelli minimi delle prestazioni, si sarebbe potuta sostenere una sorta di sovrapposizione tra essi ed il nucleo irriducibile del diritto alla salute; e cioè, come avremo modo di approfondire nel

---

<sup>271</sup> Art. 1, l. n. 421/1992, che prevede fra i principi e criteri direttivi cui il Governo si deve attenere, «[...] il riordinamento del Servizio sanitario nazionale, attribuendo alle regioni e alle province autonome la competenza in materia di programmazione e organizzazione dell'assistenza sanitaria e riservando allo Stato, in questa materia, la programmazione sanitaria nazionale, la determinazione di livelli uniformi di assistenza sanitaria [...]». La soglia minima da garantire a tutti i cittadini viene dunque individuata nella determinazione dei *livelli uniformi di assistenza sanitaria*.

<sup>272</sup> Art. 1, d.lgs. n. 229/1999.

<sup>273</sup> Sul tema del processo di costituzionalizzazione dei livelli essenziali delle prestazioni, si veda V. MOLASCHI, *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, in R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, in S. RODOTÀ – P. ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto*, IV, Milano, 2011, p. 471 ss; A. D'ALOIA *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, cit., p. 1078 ss.

<sup>274</sup> In tal senso anche C. PINELLI, *Sui “livelli essenziali delle prestazioni concernenti diritti civili e sociali” (art.117 co. 2, lett. m, Cost.)*, cit., 2002, 3, p. 894. L'A. ricostruisce il dibattito avvenuto in commissione al momento della stesura della novella costituzionale: la dicitura originaria utilizza la locuzione «livelli minimi», che venne abbandonata prima della stesura definitiva, a causa delle numerose critiche raccolte, dal momento che si sarebbe trattato di un'espressione troppo ambigua e che non avrebbe contribuito a garantire parità di condizioni sull'intero territorio nazionale. «Le ricadute in un settore come quello sanitario [...] sono precise, perché prescrivere livelli essenziali comporta l'obbligo di assicurare tutte le prestazioni necessarie e appropriate [...]. Infine, il predicato dell'essenzialità postulerebbe un livello di prestazione considerato soddisfacente non più in relazione ai vincoli economico-finanziari, ma ad obiettivi di benessere e di equità che vanno oltre il piano strettamente finanziario». *Ib.*, p. 894-895.



prosieguo<sup>275</sup>, quella “quantità” di tutela che non può essere negata a nessuno, la cui fruizione deve essere assicurata a qualsiasi soggetto, pena la violazione di uno dei diritti fondamentali della persona.

Diversamente i *livelli essenziali* appaiono un concetto più complesso al punto di essere anche ambiguo<sup>276</sup>, in quanto risulta in sé implicito l’obiettivo che la garanzia degli stessi reca con sé, ossia la tutela dei principi su cui si fonda – *inter alia* – il servizio sanitario e la ragione dell’intervento statale nella disciplina<sup>277</sup>.

Su tali concetti si è spesa molto la giurisprudenza costituzionale che ha avuto modo di chiarire che il *contenuto minimo essenziale* del diritto si riferisce al cd. nucleo irriducibile di un diritto, vale a dire a quello livello quantitativo che non può subire limitazioni o degradazioni sotto alcun profilo, pena la violazione di un diritto fondamentale della persona, che incontra la protezione specifica non solo dell’art. 32 cost., ma anche quella più ampia dell’art. 2 cost. Il nucleo irriducibile del diritto non può dunque subire alcun tipo di compressione e risulta sempre vincente nel bilanciamento con altri diritti e interessi costituzionali. Esso consiste nello zoccolo duro del contenuto del diritto alla salute; per l’interprete o per lo studioso l’unica difficoltà risiede – come si avrà modo di approfondire nel prosieguo – nell’individuazione di limiti e confini della nozione stessa, dal momento che essa è, almeno in parte, soggetta all’evoluzione della società e del contesto scientifico.

Il contenuto dell’art. 117, comma 2, lett. m) cost. risulta avere un significato differente e più ampio rispetto al nucleo irriducibile: con certezza, si può sostenere che l’espressione includa *anche* il contenuto minimo essenziale del diritto, ma che possa

---

<sup>275</sup> V., *infra*, § 3.5.

<sup>276</sup> In tal senso, cfr. A. ROVAGNATI, *I livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto alla salute: un primo esempio di attuazione della previsione di cui alla lett. m), art.117 Cost.*, in *Le Regioni*, 6, 2003, p. 1152

<sup>277</sup> In tali termini, v. C. BOTTARI, *Tutela della salute e organizzazione sanitaria*, Torino, 2009, p. 79: «La distinzione, da un punto di vista sostanziale, pone i livelli essenziali, rispetto a quelli minimi, su un punto più avanzato di tutela e protezione, dal momento che assicurano [...] in un’ottica qualitativa più che quantitativa, la piena fruizione di diritti costituzionalmente garantiti. Il concetto di “minimo”, direttamente ancorato alla dimensione finanziaria e ad una dotazione vincolata di risorse, pare prescindere dai principi ispiratori dello stesso sistema di erogazione e soprattutto dalla situazione di bisogno del fruitore del servizio. [...] I livelli delle prestazioni sembrano dover raggiungere un grado che si considera soddisfacente non più in relazione ai vincoli economico-finanziari, bensì a obiettivi di benessere e di equità che, seppur non prescindono, in qualche modo precedono le valutazioni legate a quelli che si ritiene essere il “livello economicamente sostenibile”. Ma anche C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008, p. 52: «il cd. nucleo essenziale costituisce una soglia obbligatoria o *indisponibile* (da parte del legislatore) dei livelli essenziali, che possono però rivestire anche un contenuto più esteso».

andare oltre, includendo prestazioni e contenuti del diritto ulteriori rispetto ad esso<sup>278</sup>. D'altronde le tutele dei livelli minimi «*discendono direttamente dalla Costituzione*» e la necessità di una loro garanzia da parte dell'ordinamento è già contenuta nella parte I della Carta fondamentale<sup>279</sup>.

### 3.3. La difficile attuazione del federalismo fiscale.

#### 3.3.1. Il federalismo sanitario a Costituzione invariata.

Come abbiamo già avuto modo di ricordare<sup>280</sup>, la costruzione del Sistema Sanitario Nazionale che nasce nel 1978 è stata incentrata sui principi di universalità, globalità e uguaglianza, nell'ottica di una piena attuazione dell'art. 32 cost., così superando il precedente sistema mutualistico-ospedaliero che aveva generato strutture disomogenee e gravi inefficienze nell'erogazione delle prestazioni sanitarie.

Per quanto riguarda il finanziamento del nuovo Sistema sanitario nazionale, il legislatore, proprio in esecuzione di tali principi, non poteva non prevedere che il finanziamento della spesa sanitaria fosse calibrato sulle effettive esigenze degli assistiti, eliminando in tal modo ogni legame tra il bisogno salutare del singolo e il sacrificio economico richiesto al singolo medesimo, secondo un meccanismo di tipo non più assicurativo ma impositivo<sup>281</sup>.

In particolare, la disciplina del finanziamento era dettata dall'art. 51 della legge n. 833/1978 che istituiva un Fondo sanitario nazionale (Fsn), la cui entità veniva determinata dalla legge di approvazione annuale del Piano sanitario nazionale (Psn) ed era alimentato dalla fiscalità generale. Il Fondo sanitario nazionale, così determinato, si articolava in due distinti capitoli l'uno per la parte corrente, l'altro per la parte in conto capitale. Nel primo confluivano le risorse necessarie al funzionamento ordinario del Servizio sanitario nazionale (essenzialmente l'offerta sanitaria) e, nel secondo, le risorse

---

<sup>278</sup> Tali considerazioni trovano facile corroborazione nelle modifiche che, nel corso degli anni, si sono avute nel campo della tutela dei livelli essenziali, avvenute anche sulla scorta di un mutamento dei fattori economico finanziari.

<sup>279</sup> In tal senso, tra gli altri, E. BALBONI, *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, in *Le Regioni*, 6, 2003, p. 1189.

<sup>280</sup> Cfr., *supra*, § 2.1.

<sup>281</sup> Cfr. A. BARETTONI ARLERI, *Finanziamento del servizio sanitario nazionale*, in M.S. GIANNINI – G. DE CESARE (a cura di), *Dizionario di diritto sanitario*, Milano, 1984, *ad vocem*; A. BARILETTI, *Problemi finanziari del Servizio sanitario nazionale*, Milano, 1987.

destinate agli investimenti durevoli<sup>282</sup>. L'art. 69 della legge n. 833/1978 prevedeva che nel Fondo sanitario nazionale confluissero sia le imposte generali, sia i contributi sanitari versati dai datori di lavoro, sia ulteriori entrate. Le risorse del Fondo sanitario nazionale così determinate venivano quindi distribuite, secondo uno schema "a cascata", alle regioni per alimentare il funzionamento del proprio sistema sanitario (Sistema sanitario regionale), e da queste con provvedimento legislativo regionale alle singole unità sanitarie locali<sup>283</sup>.

In tale modo si accentravano tutte le entrate in capo allo Stato che allo stesso tempo era detentore delle scelte di spesa sanitaria (sulla base del Psn) così da poter garantire una migliore e più equa distribuzione delle risorse. Inoltre, al fine di tenere sotto controllo la spesa sanitaria<sup>284</sup>, il legislatore del 1978 aveva vietato alle Usl ogni tipo di indebitamento (con obbligo di ripianare l'eventuale disavanzo a carico del Fsn) ed, allo stesso tempo, attribuiva agli amministratori ogni responsabilità per gli atti eccedenti la quota assegnata<sup>285</sup>.

Le vistose disapplicazioni dell'impostazione originaria della l. n. 833/1978 soprattutto con riferimento al Psn (approvato soltanto una volta nel 1994) e il conseguente finanziamento del Fsn attraverso le leggi finanziarie svincolate da criteri predeterminati per la ripartizione tra le regioni, avevano lasciato spazio ad una ripartizione basata non sulle esigenze sanitarie del territorio ma su quelle di bilancio<sup>286</sup>.

Pertanto, l'assetto del sistema del 1978 non è riuscito a mantenere i suoi buoni propositi finendo per creare situazioni di grave *deficit*<sup>287</sup>. Per un verso, la dilagante spesa sanitaria determinava la tendenza ad un progressivo accentramento<sup>288</sup> e, per altro

---

<sup>282</sup> Vedi E. JORIO, *Diritto sanitario*, cit., p. 192 ss.

<sup>283</sup> Cfr. F. TONIOLO, *Il riparto del Fondo Sanitario Nazionale dalla riforma sanitaria del 1978 all'Accordo di Fiuggi del 2003*, in *Sanità Pubblica e privata*, n. 11/12, 2003, p. 1205 e ss.; V. PEDERZOLI, *I nuovi criteri di finanziamento del servizio sanitario nazionale*, in *San. Pubbl.*, 6, 2002, p. 735 ss.

<sup>284</sup> Cfr. V. BURATTI, *Il servizio sanitario nazionale fra decentramento e controllo centrale della spesa*, in *Dir. Soc.*, 1986, p. 107 ss.

<sup>285</sup> In particolare, cfr. artt. 50 e 51 l. n. 833/1978.

<sup>286</sup> Cfr., in particolare, V. MAPELLI, *Il fondo sanitario nazionale e la sua ripartizione*, in A. BRENNI (a cura di), *Il governo della spesa sanitaria*, Roma, 1984, p. 157 ss.; ma anche, N. VICECONTE, *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, cit., p. 372 ss.

<sup>287</sup> Cfr. E. GRANELLI, *La l. n. 111 del 1991 sulla gestione transitoria delle Usl: organi e procedimenti nelle materie del bilancio*, in *Riv. Corte conti*, 5, 1991, p. 311 ss.; L. SESSA, *La spesa pubblica per l'assistenza medico-generica*, in *Ragiusan*, 1999, p. 411 ss.

<sup>288</sup> Ciò è tanto vero che la Corte Costituzionale, nella sent. n. 245/1984, affermava che «la parte essenziale della spesa sanitaria e ospedaliera non può non gravare sul bilancio dello stato per l'evidente ragione che il diritto

verso, la copertura dei deficit sanitari a livello centrale provocava una certa deresponsabilizzazione delle amministrazioni regionali e locali, poco sensibili alle questioni di bilancio e di razionalizzazione della spesa.

Anche se le prime preoccupazioni del legislatore per la gestione non controllata del servizio sanitario si registrano già nel corso degli anni Ottanta<sup>289</sup>, l'originario sistema di finanziamento del Servizio sanitario è rimasto tale fino al 1992, anno in cui è entrata in vigore la riforma *bis* del 1992 con il d.lgs. n. 502, poi modificata nel 1993 con il d.lgs. n. 517. Ed infatti, con tale riforma, il legislatore, nel più ampio processo di regionalizzazione del sistema sanitario<sup>290</sup>, ha inteso procedere ad una razionalizzazione dei processi di finanziamento.

In particolare, gli artt. 11, 12 e 13 d.lgs. n. 502/1992 provvedevano a rimodulare la configurazione del Fondo sanitario nazionale modificandone modalità e procedure di finanziamento, nell'ottica del federalismo fiscale.

I contributi corrisposti dai datori di lavoro venivano regionalizzati, le entrate delle singole Aziende e unitamente allo stanziamento del Fondo sanitario nazionale, avrebbero dovuto costituire il *quantum* necessario a finanziare i livelli essenziali di assistenza. Le prestazioni ulteriori, invece, potevano essere garantite dalle regioni stesse attraverso l'autofinanziamento regionale<sup>291</sup>. In particolare, le regioni avevano la

---

alle salute spetta egualmente a tutti i cittadini e va salvaguardato sull'intero territorio [...] È appunto l'esigenza di pari trattamento, sottesa all'intera riforma sanitaria, che spiega per quali motivi le singole Regioni non possono incidere sulla spesa sanitaria».

<sup>289</sup> Tra i vari interventi del legislatore si ritiene opportuno segnalare la l. n. 595/1985 in tema di norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-1988 con la quale già si tenta di individuare misure volte alla razionalizzazione della spesa sanitaria (per una ricostruzione completa della normativa relativa agli ospedali cfr. [www.agenas.it](http://www.agenas.it)). Ad inizio degli anni Novanta, invece, si registra l'introduzione di un nuovo modello di finanziamento basato fundamentalmente sulla c.d. "quota capitaria" (a ogni regione è attribuito un importo pari al numero dei residenti moltiplicato per un valore unitario) (v. legge finanziaria per il 1992, l. n. 412/1991).

<sup>290</sup> Cfr., *supra*, § 2.2.

<sup>291</sup> Cfr. tra gli altri, R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, cit., p. 217 ss.; E. JORIO, *Diritto sanitario*, cit., p. 195 ss. A tal proposito è opportuno rilevare che la Corte costituzionale ha censurato tale norma (art. 13), nella parte in cui, esonerando la responsabilità dello Stato per gli eventuali disavanzi delle ASL, non ha indicato un'adeguata disciplina per rendere graduale il passaggio e la messa a regime del nuovo sistema di finanziamento in violazione del principio del parallelismo tra responsabilità di disciplina e di controllo e responsabilità finanziaria (sent. n. 355/1993). Medesima sorte è poi toccata all'art. 10, co. 1, l. n. 724/1994, nella parte in cui obbligava le regioni a ripianare con risorse proprie gli eventuali disavanzi di gestione anche derivanti da scelte statali (Corte cost., sent. n. 416/1995).

possibilità di variare in aumento dei contributi di compartecipazione dei cittadini ai costi delle prestazioni sanitarie (c.d. “ticket”)<sup>292</sup>.

Apparentemente, tale impostazione affrancava lo Stato dall’obbligo di ripianare i disavanzi della salute che rimanevano attribuiti alle regioni. Tuttavia, il complesso dei contributi non era in grado di finanziare tutte le prestazioni sanitarie con conseguente necessità di integrazione da parte del Fondo sanitario nazionale.

Con la riforma *bis*, dunque, si passa da una copertura della spesa sanitaria gravante sul Fsn ad un sistema che possiamo definire “misto” che, in considerazione dei problemi di copertura finanziaria, subisce degli importanti interventi che hanno sostituito i contributi sanitari dei lavoratori con l’Imposta regionale sulle attività produttive (Irap)<sup>293</sup> e con la possibilità in capo alle regioni di applicare ulteriori aliquote sul reddito delle persone fisiche (c.d. addizionale IRPEF). Al Fsn, tenuto conto della disomogeneità territoriale nella base imponibile del tributo in questione, rimaneva attribuita la funzione di riequilibrare le differenze di gettito tra le varie regioni.

Negli stessi anni si registra anche l’intervento del legislatore in merito alla metodologia distributiva del Fsn in favore delle regioni finalizzato all’introduzione della quota capitaria “pesata” in luogo di quella “secca”, fondata sulla spesa storica<sup>294</sup>. La nuova determinazione della quota di finanziamento era determinata tenendo conto dei bisogni salutari espressi dal cittadino. Pur non raggiungendo rilevanti risultati, tale modifica della metodologia distributiva ha il pregio di muovere i primi passi nella direzione della standardizzazione (dei fabbisogni), ossia una delle leve essenziali oggi utilizzate per il contenimento dei costi<sup>295</sup>.

Sempre da collocare in quegli anni, è importante segnalare, ai nostri fini, l’introduzione del Patto di stabilità interno con la legge finanziaria per il 1999 (art. 28, legge n. 488/1998). Tale accordo di natura pattizia ha rivestito un ruolo decisivo nell’ambito degli strumenti di coordinamento della finanza pubblica, per garantire un

---

<sup>292</sup> Cfr. A. GALEAZZI, *L’evoluzione del sistema di finanziamento della sanità e l’introduzione dell’Irap*, in *Sanità pubblica*, 2001, p. 189 ss., il quale evidenzia come in tal modo sia venuto meno l’originario impianto egualitario della riforma sanitaria secondo cui le prestazioni sanitarie dovevano essere erogate a tutti gratuitamente per nel rispetto della previsione contenuta nell’art. 32 cost. in tema di garanzia di gratuità per gli indigenti.

<sup>293</sup> L’Irap è stata introdotta con decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446.

<sup>294</sup> Si fa riferimento all’art. 1, comma 34, della legge finanziaria per il 1997 (legge 23 dicembre 1996, n. 662).

<sup>295</sup> V., *infra*, §§ 3.3.3.2. e 3.3.3.3.

andamento della finanza regionale, soprattutto con riferimento alla spesa sanitaria, e locale coerente con gli obiettivi stabiliti per il saldo delle amministrazioni pubbliche a livello comunitario<sup>296</sup>. Tale strumento ha poi trovato collocazione nella normativa di settore tramite l'introduzione, con la riforma *ter* di cui al d.lgs. n. 229/1999, dell'art. 19 *ter* del d.lgs. 502/1992 che disciplina, per l'appunto, il patto di stabilità interno nel Servizio sanitario nazionale<sup>297</sup>.

Il processo di regionalizzazione del sistema sanitario in termini finanziari giunge ad un importante snodo con la legge n. 133/1999 ed il conseguente decreto delegato n. 56/2000. Con tale normativa si dava l'avvio alla riforma della finanza regionale introducendo nel nostro ordinamento il c.d. federalismo fiscale<sup>298</sup>. Con particolare riferimento al settore sanitario il legislatore aveva previsto l'abolizione (sostanziale) del Fsn<sup>299</sup> e la sua sostituzione con una pluralità di fonti di finanziamento di entrata propria delle regioni a cui andavano ad aggiungersi i trasferimenti erariali in via residuale e le entrate dirette derivanti dai *ticket* sanitari e dalle prestazioni rese a pagamento. Contestualmente veniva meno anche il vincolo di destinazione delle risorse trasferite<sup>300</sup> e veniva istituito un Fondo perequativo nazionale al fine di realizzare degli obiettivi di solidarietà interregionale in favore delle regioni con insufficiente capacità fiscale. In tale modo, il legislatore aveva dato forma, *ante litteram*, a quelli che, sulla base delle modifiche costituzionali in tema previste dalla riforma del 2001, avrebbero

---

<sup>296</sup> Si tratta di uno strumento programmatico che individua le azioni da realizzare al fine di pervenire all'accertamento del deficit complessivo prodotto, riferito in particolare a quello sanitario, e di individuare precisi risultati economici da raggiungere. Cfr., tra gli altri, E. JORIO, *Diritto sanitario*, cit., p. 217 ss.

<sup>297</sup> A ben vedere l'art. 19-*ter* del d.lgs. n. 502/1992, come indicato nella sua rubrica, disciplina "Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell'efficienza del servizio sanitario nazionale". A tal proposito è stato efficacemente evidenziato che tale disposizione contiene altresì la disciplina di una "embrionale procedura di rientro", cfr. S. CALZOLAIO, *Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, in *federalismi.it*, 2014.

<sup>298</sup> Per un'analisi delle prospettive del federalismo fiscale cfr. A.M. GIORNI - N. NANTE, *Il federalismo sanitario. Evoluzione del sistema di finanziamento del Ssn*, in *Mondo sanitario*, 11, 2003, p. 2 ss.; M.D. COGO, *La regionalizzazione della sanità: federalismo sanitario e fiscale*, in *Ragiusan*, 2004, p. 516; F. SAITTO, *La legge delega sul federalismo fiscale: i livelli essenziali delle prestazioni come misura economica dell'eguaglianza*, cit., p. 2817 ss.; R. FINOCCHI GHERSI - A. TARDIOLA, *Il federalismo istituzionale e fiscale e l'assetto della governance del Ssn*, in C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHERSI E A. TARDIOLA (a cura di), *La sanità in Italia*, Bologna, 2010, p. 29 ss.

<sup>299</sup> A ben vedere, ciò che l'art. 1 del d.lgs. n. 56/2000 ha abolito sono i trasferimenti erariali statali che finanziavano il Fsn.

<sup>300</sup> Il vincolo di destinazione delle spese sanitarie è stato soppresso dall'art. 83, co. 1 della l. n. 388/2000.

costituito gli elementi cardine dell'impianto complessivo che dieci anni più tardi sarebbe stato delineato dalla l. n. 42/2009 e dal d.lgs. n. 68/2011<sup>301</sup>.

In particolare, le fonti finanziarie destinate ad alimentare direttamente i Fondi sanitari regionali, ad integrazione delle entrate erariali e degli introiti propri delle regioni, erano individuate sostanzialmente nella compartecipazione delle regioni al gettito Iva, dall'incremento dell'addizionale Irpef, dall'aumento dell'accisa sul benzine (artt. 2, 3 e 4, d.lgs. n. 56/2000).

Inoltre, venivano previste procedure di monitoraggio dell'assistenza sanitaria erogata da ciascuna regione (art. 9, d.lgs. 56/2000) e la partecipazione delle regioni all'attività di accertamento dei tributi erariali (art. 10 d.lgs. n. 56/2000).

Allo stesso tempo, al fine di scongiurare l'eventualità che le risorse regionali di differente incidenza sul territorio nazionale risultassero insufficienti a finanziare la spesa sanitaria, era stato istituito in fondo perequativo alimentato dall'ulteriore compartecipazione erariale regionale al gettito dell'Iva (art. 7, d.lgs. n. 56/2000).

Il sistema federalista così configurato aveva l'ambizioso obiettivo di abbandonare definitivamente il modello di finanza derivata centralizzata al fine di conferire maggiore autonomia, ma anche maggiore responsabilità, al livello regionale. Quanto meno, in linea di principio, trovava affermazione la regola della responsabilità finanziaria regionale in quanto ogni regione poteva finanziare quel determinato servizio che fosse in grado e nella possibilità di finanziare, fermo restando le misure di compensazione cooperativa previste dal fondo perequativo per i livelli essenziali<sup>302</sup>. In tale nuovo assetto rimaneva, tuttavia, invariata una delle principali caratteristiche del precedente meccanismo di riparto e cioè la quantificazione dell'ammontare delle risorse disponibili a livello statale. Le regioni di fatto erano dotate della sola autonomia di spese delle somme ad esse pervenute; autonomia che poi possiamo dire, pur sempre, "vincolata" in quanto prioritariamente e necessariamente destinata per la copertura dei livelli essenziali di assistenza<sup>303</sup>. Difficoltà rilevanti erano derivate dalla gestione dei

---

<sup>301</sup> V., *infra*, § 3.3.

<sup>302</sup> In senso critico cfr. R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, cit., p. 192 ss.

<sup>303</sup> Per un esame del percorso del d.lgs. 56/2000 nel decennio successivo alla sua entrata in vigore, cfr., tra gli altri, R. FINOCCHI GHERSI E A. TARDIOLA, *Il federalismo istituzionale e fiscale e l'assetto della governance del Ssn*, cit., p. 36 ss.

disavanzi delle aziende sanitarie e dalla costante sottostima delle risorse finanziarie e dal ritardo nei trasferimenti finanziari.

Nella sostanza, però, il nuovo regime fiscale disegnato dal d.lgs. 56/2000 è rimasto per lo più inapplicato e sostituito con altre procedure concertative finanziariamente alimentate da finanziamenti statali<sup>304</sup>. In particolare, Il fondo perequativo, anche in ragione dell'assenza di un'apposita regolamentazione attuativa dei criteri per un'equa redistribuzione, è rimasto sostanzialmente inattivo<sup>305</sup>.

Il nuovo assetto federalista della salute, dunque, viene ancora rimandato e sostituito, di fatto, dalla contrattazione Stato - regione in merito tanto all'entità complessiva dell'importo del finanziamento della spesa sanitaria, quanto alla sua ripartizione tra le regioni<sup>306</sup>. Il finanziamento del Sistema sanitario nazionale ruota intorno alle misure di carattere organizzativo - sostanziale o di carattere più prettamente finanziario che trovano sede nelle leggi finanziarie annuali e nei provvedimenti ad esse collegate, in particolare negli accordi di natura pattizia raggiunti in sede di Conferenza Stato - regioni. In definitiva, le profonde inattuazioni e deroghe del d.lgs. 56/2000 hanno subito fatto apparire la realizzazione di un sistema fiscale regionalizzato come una «*promessa tradita*»<sup>307</sup>.

### 3.3.2. La costituzionalizzazione del federalismo.

Come abbiamo già avuto modo di ricordare<sup>308</sup>, la legge cost. n. 3/2001 ha modificato profondamente l'assetto delle competenze tra Stato e regioni in materia di

---

<sup>304</sup> Con il d.l. n. 347/2001 (conv. in l. n. 405/2001) è stato determinato un sostanziale differimento dell'applicazione del d.lgs. n. 56/2000. In particolare il d.l. n. 347/2001 aveva recepito l'accordo dell'8.8.2001 raggiunto in sede di Conferenza Stato - regioni con il quale avevano trovato soddisfazione le istanze regionali di procedere con forme di finanziamento straordinario a carico dello Stato (ripristinando di fatto il ruolo di finanziamento integrativo a livello centrale precedentemente attribuito al Fsn). Tale assetto veniva poi confermato in occasione delle manovre finanziarie per il 2002 e il 2003. A tal proposito, un attento esame delle dinamiche legislative immediatamente successive all'entrata in vigore del d.lgs. n. 56/2000 è esposto da E. JORIO, *Diritto sanitario*, cit., p. 199 ss. che parla di "stato di quiescenza" della riforma fiscale del 2000; ma anche F. COVINO, *La perequazione finanziaria nella Costituzione*, Napoli, 2008, p. 233 ss.

<sup>305</sup> Tale meccanismo di perequazione a favore delle regioni con insufficiente capacità fiscale è stato dalla legge chiamato ad operare fino al 2013 con riduzione progressiva e costante delle quote integrative. Cfr., tra gli altri, E. JORIO, *Il fondo perequativo e i livelli essenziali*, in *Sanità pubblica e privata*, 4, 2004, p. 392 ss.

<sup>306</sup> Il riparto avveniva infatti, così come in precedenza, sempre secondo il principio della c.d. "quota capitaria pesata".

<sup>307</sup> In tal senso, F. COVINO, *La perequazione finanziaria*, cit., p. 233.

<sup>308</sup> V., *supra*, § 2.3.2.



salute collocando tale materia tra quelle di competenza concorrente; in capo alla regione rimane la disciplina dell'organizzazione del sistema sanitario, mentre allo Stato viene attribuita la disciplina dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti sul territorio nazionale.

Il nuovo assetto delle competenze così determinato è strettamente connesso con la disciplina delle metodologie di finanziamento delle regioni e delle autonomie. D'altronde, secondo la nota definizione del Mortati, l'autonomia finanziaria costituisce la «*pietra angolare dell'autonomia regionale*» in quanto, in assenza di risorse autonome, sarebbe difficile parlare di autonomia complessiva delle regioni, specialmente autonomia politica, e di pieno esercizio delle funzioni ad esse assegnate.

L'originaria formulazione dell'art. 119 cost., riconosceva già alle regioni, seppure in forme differenti, l'autonomia finanziaria, commisurando tale autonomia alle funzioni ordinarie determinate dalla legge statale<sup>309</sup>. Da ciò derivava un circolo vizioso che aveva fatto della finanza regionale una finanza dal carattere quasi del tutto derivato lasciando spazi di autonomia finanziaria poco significativi per le regioni. I trasferimenti dal livello centrale erano vincolati rispetto ai fini con la conseguente disallineamento rispetto alle funzioni allocate ai diversi livelli di governo<sup>310</sup>.

In particolare, in dottrina vi era un consenso generale<sup>311</sup> in ordine al fatto che l'autonomia finanziaria proclamata nella precedente formulazione dell'art. 119 cost. comprendesse la possibilità di individuare l'oggetto e la misura delle spese proprie dell'ente regionale mentre un vivace dibattito si sviluppò intorno alla questione delle

---

<sup>309</sup> Prima della riforma del 2001 i rapporti finanziari tra Stato ed enti territoriali erano disciplinati sulla base di alcuni principi cardine contenuti nell'art. 119 cost. che rinviava al legislatore ordinario per l'attuazione degli stessi. Sul punto ampiamente P. BORIA, *Il sistema tributario*, Torino, 2008, p. 905 ss.

<sup>310</sup> In tal senso, G. RIVISECCHI, *La ridefinizione dei rapporti fra Stato, regioni ed enti locali attraverso il disegno di legge di delega per l'attuazione dell'art. 119 della Costituzione*, 2008, in [www.amministrazioneincammino.it](http://www.amministrazioneincammino.it).

<sup>311</sup> G. FRANSONI - G. DELLA CANANEA, *sub Art. 119 Cost.*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO E M. OLIVETTI (a cura di) *Comm. cost.*, I, *Artt. 1- 54*, Torino, 2006, par. 1.2. Ma, v., in senso difforme, E. RIGHI, *Tributi regionali*, *Enc. Dir.*, Treccani, Roma, 1994, che rileva come sul contenuto e sulla portata dell'autonomia finanziaria regionale non esista un'interpretazione concorde ed univoca, in particolare perché per talune interpretazioni «autonomia finanziaria» dovrebbe significare non soltanto la mera disponibilità dei mezzi economici occorrenti alla realizzazione dei compiti e dei fini istituzionali dell'ente, ma anche autonoma determinazione dei modi di acquisizione di tali mezzi. V. anche A. GIOVANARDI, *L'autonomia tributaria degli enti territoriali*, Milano, 2005, p. 73 ss., reputa l'art. 119, primo comma, una norma tra le più complesse ed oscure dell'intera Carta, non solo per l'inevitabile vaghezza, tipica delle disposizioni di principio, del solenne riferimento all'autonomia finanziaria, ma anche perché a tale concetto, positivamente affermato, facevano da contraltare limitazioni, cautele e giustapposizioni di nozioni ad esso tendenzialmente contraddittorie, in particolare per il rinvio a leggi della Repubblica, che veniva a costituire una sostanziale deconstituzionalizzazione della materia della finanza regionale.

entrate. Ciò fu principalmente imputato alla carenza di indicazioni, nel testo costituzionale, in relazione ai rapporti tra le fonti normative statali e quelle degli enti territoriali<sup>312</sup>. Da attenta dottrina è stata evidenziata la centralità della questione «*se tale autonomia tributaria fosse limitata alla sola partecipazione alle entrate dello Stato, ovvero alla sola possibilità di applicare tributi già totalmente disciplinati dalla legge statale, oppure anche estesa alla posizione di una regolamentazione di dettaglio afferente elementi marginali della struttura del tributo, o, infine, se l'autonomia si presentasse nel massimo grado, consistente nella cosiddetta potestà normativa tributaria (ossia il potere di disciplinare compiutamente il tributo in tutti i suoi aspetti)*»<sup>313</sup>.

Sono proprio i sostenitori della tesi più accentuatamente autonomista a rilevare come, più che ad una omissione del testo costituzionale previgente, sia stata una lettura prettamente improntata sul dato letterale che, omettendo di porre al centro dell'esperienza giuridica il rapporto giuridico d'imposta (il quale, proprio perché rapporto, presuppone l'esistenza di soggettività costituzionalmente riconosciute e tutelate), ha impedito sviluppi interpretativi diversi da quelli di impronta centralistica e burocratica.

La nuova formulazione dell'art. 119 cost. va nel senso di un più compiuto federalismo fiscale nel solco tracciato nel 2000 dal legislatore ordinario. In tale sistema i livelli regionali e locali sono dotati di autonomia finanziaria tanto in punto di entrate che di uscite. Le risorse finanziarie sono individuate nei tributi e nelle entrate proprie (secondo i principi di coordinamento della finanza pubblica e tributaria) e nelle compartecipazioni ai tributi statali. Nell'art. 119 cost. è poi contenuta una previsione dedicata all'ipotesi di interventi finanziari speciali a carico dello Stato per la rimozione di squilibri economico e sociali. Inoltre, il legislatore costituzionale ha previsto l'istituzione di un fondo perequativo per i territori con minore capacità fiscale<sup>314</sup>.

---

<sup>312</sup> Di tale circostanza dà esaurientemente conto A. GIOVANARDI, *L'autonomia tributaria degli enti territoriali*, cit., p. 91 ss.

<sup>313</sup> G. FRANSONI, G. DELLA CANANEA, *sub Art. 119 Cost.*, cit.

<sup>314</sup> Sull'art. 119, si rinvia a: P. GIARDA, *Le regole del federalismo fiscale nell'articolo 119: un economista di fronte alla nuova Costituzione*, in *Le Regioni*, Bologna, 2001, 6, p. 435 ss.; C. BUZZACCHI, *Coesione e solidarietà sociale: un primo approccio alle tematiche del federalismo fiscale*, in *Le Regioni*, Bologna, 2002, p. 882; L. ANTONINI, *La vicenda e la prospettiva dell'autonomia finanziaria regionale: dal vecchio al nuovo art. 119 della Costituzione*, in *Le Regioni*, Bologna, 2003, p. 11 ss.; A. BRANCASI, *Osservazioni sull'autonomia finanziaria*, in *Le Regioni*, Bologna, 2004, p. 451 ss.; A. MORRONE, *Il regime dei trasferimenti finanziari statali. La Regione come ente di governo e di*

Così come con riferimento alla originaria formulazione dell'art. 119, analoghe riserve sono state sollevate dalla dottrina nei confronti della versione riformata dell'art. 119 cost., che lascia intuire, relativamente all'autonomia finanziaria degli enti territoriali, un approccio altrettanto formalistico, risultando anche a seguito della riformulazione del 2001 assenti di fatto quegli elementi costitutivi del rapporto giuridico di imposta che sono alla base dell'autonomia e della conseguente responsabilità politica degli enti con la conseguenza che lo Stato rimarrebbe in una posizione assolutamente dominante in sede di riparto della funzione finanziaria<sup>315</sup>.

Se è vero che l'assetto fiscale disegnato dall'art. 119 cost. necessitava, per una sua piena attuazione, dell'intervento del legislatore, è stato giustamente evidenziato<sup>316</sup> che è possibile rintracciare una serie di disposizioni da considerarsi cogenti ed incompressibili.

La Costituzione afferma la piena garanzia della responsabilità e dell'autonomia, sia in termini di entrate che di uscite, di tutti gli enti territoriali<sup>317</sup>. Una tale garanzia trova contemperazione nei principi cooperativi, solidaristici e di perequazione espressamente richiamati dallo stesso art. 119.

Inoltre, il legislatore costituente ha previsto la piena disponibilità di risorse per le autonomie territoriali mediante l'attribuzione della facoltà di stabilire ed applicare tributi e entrate propri. Da ciò deriva che la legge regionale trova piena legittimazione impositiva pur se nei limiti dei principi del coordinamento del sistema tributario di cui allo stesso art. 117, comma 3 cost. A tal proposito la Consulta, nell'immediatezza dell'entrata in vigore della riforma del Titolo V, confermava un tale assetto ed, in particolare, l'idoneità della legge statale a delimitare l'esercizio delle competenze di rilievo tributario e finanziario assegnate agli enti territoriali<sup>318</sup>.

---

*coordinamento finanziario*, in *Giur. cost.*, 2004, p. 652 ss.; C. SALAZAR, *L'art. 119 Cost. tra inattuazione e "flessibilizzazione"*, in *Le Regioni*, Bologna, 2004, p. 1026.

<sup>315</sup> In tal senso, M. BERTOLISSI, *Autonomia finanziaria e distribuzione delle risorse*, in AA.VV., (a cura di) G. BERTI E G. C. DE MARTIN, *Le autonomie territoriali: dalla riforma amministrativa alla riforma costituzionale*, Milano 2001, p. 115 ss., ed anche ID., *L'autonomia finanziaria delle Regioni ordinarie*, in *Le Regioni*, 2004, 2/3, p. 429 ss.

<sup>316</sup> F. BASSANINI, *Autonomia e garanzie nel finanziamento delle Regioni e degli enti locali*, in A. ZANARDI (a cura di), *Per lo sviluppo. Un federalismo fiscale responsabile e solidale*, Bologna, 2006.

<sup>317</sup> All'interno di tale autonomia degli enti territoriali la giurisprudenza costituzionale ha compreso il bilancio in quanto «bene pubblico [...] funzionale a sintetizzare a rendere certe le scelte dell'ente territoriale» (Corte cost. n. 184/2016).

<sup>318</sup> In tal senso Corte cost. n. 37/2004.

La costituzionalizzazione del fondo perequativo, senza vincolo di destinazione, a vantaggio dei territori con minore capacità fiscale prevede tuttavia una disciplina statale per la sua attuazione.

In definitiva, dal nuovo assetto della finanza e dei tributi descritto dall'art. 119 emerge che ciascun ente territoriale deve gestire la propria autonomia finanziaria sulla base del principio del finanziamento integrale delle funzioni (art. 119, comma 4, cost.) attraverso tre canali: tributi propri, compartecipazione al gettito di tributi erariali e risorse derivanti dal fondo perequativo e da interventi speciali.

Un importante elemento di novità rispetto alla originaria formulazione dell'art. 119, che manifesta il favore del legislatore verso uno sviluppo del principio autonomistico, si individua nella locuzione «*stabiliscono e applicano*» rispetto alla precedente versione «*sono attribuiti*»<sup>319</sup>. Attenta dottrina ha rilevato come, mediante tale endiadi, si sia inteso chiarire che l'autonomia tributaria debba essere estesa anche al momento di applicazione del prelievo (liquidazione, riscossione, accertamento), pur sempre nei limiti stabili dai principi statali di coordinamento<sup>320</sup>.

Le disposizioni sopra richiamate tracciano il quadro di riferimento nell'ambito del processo di attuazione dell'art. 119 cost., e più in generale del Titolo V, che ha preso avvio, a distanza di quasi dieci anni, con l'approvazione della legge di delega n. 42 del 2009.

Tuttavia, la portata innovativa dell'art. 119 ha subito forti limiti a causa dell'inerzia del legislatore e ciò ha avuto una particolare rilevanza nell'applicazione del

---

<sup>319</sup> Come da attenta dottrina sostenuto, infatti, «L'esplicita attribuzione agli enti locali di una espressa "autonomia finanziaria di entrata e di spesa" (comma 1) e del conseguente potere di *stabilire* e *applicare* "tributi propri in armonia con la Costituzione" (comma 2) dovrebbe offrire agli enti stessi un margine di "discrezionalità" e di autonomia nella determinazione di detti elementi maggiore di quello che consentiva il previgente regime costituzionale, privo com'era di un espresso riconoscimento dell'autonomia tributaria degli enti locali (che non fosse quello, generale ed astratto, della promozione delle autonomie enunciato dall'art. 5 e quello, implicito, della preesistenza alla Costituzione di un sistema di finanza locale). Del resto, il verbo "stabilire" usato dal legislatore costituzionale significa semanticamente proprio "determinare", "fissare", "indicare stabilmente" ed ha perciò un significato ben più pregnante del verbo "istituire", usato, vigendo il vecchio titolo V, dal legislatore ordinario per indicare quello che allora era il contenuto più rilevante dell'autonomia impositiva dell'ente locale, e cioè il "deliberare" e il "decidere" l'applicazione di un tributo già "stabilito" dalla legge (statale o regionale): un tributo "istituito" dall'ente locale è normalmente un tributo già in precedenza "stabilito" nella sua struttura da un altro livello di governo; un tributo "stabilito" è invece qualcosa di più e cioè un tributo determinato dallo stesso ente locale e solo abbozzato dalla legge statale regionale.», così F. GALLO, *Prime osservazioni sul nuovo art. 119 della Costituzione*, in *Rass. trib.*, 2, 2002, p. 589 ss.

<sup>320</sup> Così L. ANTONINI, *L'attuazione del federalismo fiscale*, in *www.federalismi.it*, p. 5. Si veda, altresì, A. GIOVANARDI, *L'autonomia tributaria degli enti territoriali*, cit., p. 181.

federalismo fiscale in quanto, all'autonomia finanziaria e tributaria predicata dall'art. 119 cost., corrisponde una differenziata potestà normativa secondo i canoni individuati dall'art. 117<sup>321</sup> che, comunque, presuppone l'esercizio di funzioni di coordinamento del sistema tributario ai sensi dell'art. 117, comma 3 cost.

Assume particolare rilevanza in tale contesto il principio di coordinamento (della finanza pubblica e, in particolare, del sistema tributario), al quale il medesimo secondo comma dell'art. 119 sottopone, unitamente al vincolo dell'armonia con la Costituzione, il potere degli enti di stabilire ed applicare tributi ed entrate propri.

Già nell'immediatezza dell'entrata in vigore della riforma del 2001, la dottrina, prima degli interventi della Consulta, aveva definito i contorni del coordinamento sulla base del combinato disposto degli artt. 117 e 119, ritenendo che lo strumento della legge statale "quadro" o "cornice" o di "principio" fosse adottabile solo per la determinazione dei "principi fondamentali", mentre il coordinamento non riconducibile a detti principi andasse effettuato, ai sensi dell'art. 117, terzo comma, solo dalla legge regionale nei confronti degli enti locali. Secondo tale dottrina, in particolare, il coordinamento presupporrebbe, in quanto tale, un soggetto che, nell'interesse generale dell'ordinamento, abbia il ruolo di allineare gli interessi delle regioni, dello stesso Stato e degli enti locali; un soggetto cioè che esercita un potere, appunto, di coordinamento. E con il nuovo art. 117, terzo comma, questo potere, diversamente dal precedente art. 119, primo comma, può essere esercitato dallo Stato nei limiti dei principi fondamentali, proprio perché la potestà legislativa in tema di coordinamento è ora espressamente collocata tra quelle concorrenti<sup>322</sup>.

Sempre in tema di coordinamento è stata pure ritenuta opportuna la previsione del «principio di correlazione»<sup>323</sup> tra prelievo fiscale e beneficio connesso alle funzioni esercitate, che, se applicato coerentemente, potrebbe permettere un corretto

---

<sup>321</sup> Potestà esclusiva dello Stato su sistema tributario e contabile dello Stato e sulla perequazione delle risorse finanziarie [art. 117, comma 2, let. e)], potestà concorrente su armonizzazione dei bilanci pubblici, coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario (art. 117, comma 3) e potestà regolamentare degli enti locali nel rispetto della normativa statale e regionale nelle materie di rispettiva competenza. Quanto alla materia "armonizzazione dei bilanci pubblici" è opportuno sin d'ora evidenziare che, in virtù della legge cost. n. 1/2012, tale materia è transitata dai titoli di competenza concorrente a quelli di competenza esclusiva dello Stato (la riforma del 2012 sarà oggetto di esame nel successivo § 3.4.)

<sup>322</sup> In tal senso, F. GALLO, *Prime osservazioni sul nuovo art. 119*, cit.

<sup>323</sup> Cfr., tra gli altri, ad A. FANTOZZI, *Diritto tributario*, Torino, 2005, p. 83 ss., e a P. BORIA, *Sistema tributario*, cit.

riordino delle basi imponibili tra i livelli di governo, e rappresentare un filtro nell'istituzione dei tributi propri. Secondo tale principio, infatti, deve sussistere un legame tra il prelievo fiscale e il beneficio fornito dall'ente che percepisce il gettito così da permettere una stretta correlazione tra responsabilità finanziaria e amministrativa<sup>324</sup>.

Inoltre, per le regioni, l'attribuzione della funzione normativa in ordine alla disciplina tributaria non trova un limite nella tipologia dell'atto normativo, stante l'equiparazione della legge regionale alla legge statale, ma la relativa potestà è di natura concorrente con quella dello Stato ed estesa al solo coordinamento del sistema tributario. In ragione di ciò, la legge regionale potrà istituire tributi locali aventi un diretto collegamento con il territorio, ma solo nel rispetto dei principi fondamentali stabiliti a livello centrale allo scopo di perseguire un programma armonico ed equilibrato di coesistenza e di sviluppo complessivo dei sistemi tributari.

A tal proposito la Corte costituzionale, nel suo ruolo di supplenza del legislatore di attuazione, ha precisato che lo Stato nell'esercizio della propria competenza (concorrente) non dovrà solo limitarsi a fissare i principi ai quali i legislatori regionali dovranno attenersi, ma dovrà anche delimitare gli spazi all'interno dei quali potrà esplicarsi la potestà impositiva rispettivamente di Stato, regioni ed enti locali<sup>325</sup>. Allo stesso modo è stato pure chiarito che l'intervento normativo statale in tale materia costituisce un presupposto necessario affinché gli altri livelli di governo possano esercitare la potestà impositiva ad essi attribuita<sup>326</sup>. Da ciò deriva il divieto per le regioni, in assenza della disciplina statale sui principi di coordinamento, di istituire tributi propri ed anche di intervenire con modifiche sui tributi esistenti e regolati da leggi dello Stato<sup>327</sup>.

Ai fini della nostra ricerca, ed in particolare ai fine dell'indagine sul contenuto del diritto alla salute, assumono particolare rilevanza i commi 3 e 5 dell'art. 119, che prevedono, rispettivamente, l'istituzione con legge dello Stato di un fondo perequativo senza vincoli di destinazione per il finanziamento dei territori con minore capacità fiscale

---

<sup>324</sup> Così L. ANTONINI, *I principi di coordinamento del federalismo fiscale*, in L. ANTONINI (a cura di), *Verso un nuovo federalismo fiscale*, Milano, 2005, p. 80 ss.

<sup>325</sup> In tale senso, Corte cost. sent. n. 37/2004, n. 241/2004, n. 372/2004, n. 320/2004, n. 261/2004.

<sup>326</sup> In tale senso, sempre, Corte cost. sent. n. 37/2004 e n. 241/2004.

<sup>327</sup> In tale senso, Corte cost. sent. n. 102/2008, n. 451/2007, n. 75/2006, n. 2/2006, n. 455/2005.

per abitante e lo stanziamento di risorse aggiuntive e di interventi speciali in favore di determinati enti locali o regioni al fine di promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale, rimuovere gli squilibri economici e sociali e favorire l'effettivo esercizio dei diritti alla persona.

Tali disposizioni introducono dei limiti all'autonomia degli enti territoriali e alla loro capacità di autodeterminazione delle entrate al fine di evitare disuguaglianze inaccettabili nella distribuzione dei servizi e nel godimento dei diritti sul territorio nazionale<sup>328</sup>.

Nei sistemi di federalismo fiscale una distinzione che si basa sulla dinamiche tra i diversi enti territoriali ed il livello centrale è quella tra federalismo fiscale c.d. "cooperativo" o solidale e quello c.d. "competitivo". Nel primo modello la legge statale è responsabile del coordinamento dell'autonomia tributaria degli enti territoriali e in materia di perequazione finanziaria. Ed invero, l'autonomia non postula condizioni di uniformità<sup>329</sup>, quindi ammette la differenziazione, tuttavia un eccesso di disuguaglianza può condurre ad una disgregazione dell'unità<sup>330</sup>. La scelta di un modello di federalismo fiscale caratterizzato da principi solidaristici risponde a valori che permeano la Carta costituzionale (articoli 2 e 3), e ripresi sia dal terzo che dal quinto comma dell'art. 119, ma trova conferma anche in altre rilevanti disposizioni costituzionali (come le lettere *e*) ed *m*) del secondo comma dell'art. 117 e il secondo comma dell'art. 120). Essa, oltre ad apparire coerente con i principi fondamentali del nostro sistema costituzionale e adeguata ad un Paese ancora solcato da profonde differenziazioni nei livelli di reddito e nelle dotazioni di infrastrutture e servizi, risponde alla convinzione che la competizione è accettabile e virtuosa nel momento in cui si garantisce ai competitori pari opportunità e uguali base di partenza<sup>331</sup>.

---

<sup>328</sup> Sul punto, v. G. DELLA CANANEA, *Autonomie e responsabilità nell'articolo 119 della Costituzione*, in *Lav. pubbl. amm.*, suppl., 2002, p. 76; A. BRANCASI, *Uguaglianze e disuguaglianze nell'assetto finanziario di una repubblica federale*, in *Dir. Pubbl.*, 2002, p. 909.

<sup>329</sup> V., in tal senso, G. DELLA CANANEA, *Autonomia e perequazione nell'art. 119 della Costituzione*, in *Ist. fed.*, 1, 2005, p. 130 ss.

<sup>330</sup> Il nostro ordinamento presuppone l'unità e l'indivisibilità dello Stato, nell'art. 5 cost., a monte dello stesso principio autonomistico.

<sup>331</sup> Così F. BASSANINI, *Autonomia e garanzie nel finanziamento delle Regioni e degli enti locali*, cit., p. 90.

Il sistema di perequazione, dunque, diviene uno dei pilastri fondamentali sui quali si basa l'autonomia tributaria delle regioni e degli enti locali<sup>332</sup>. «*In altri termini, la perequazione (così come il sistema tributario) costituisce il mezzo – e mai il fine – per la corretta attuazione dei valori e dei principi fondanti affermati nella nostra Carta costituzionale. Essa è dunque lo strumento volto a garantire l'unitarietà e la forma stessa di Stato coniugando, nel rispetto del principio di uguaglianza sostanziale, l'autonomia politica, finanziaria e tributaria (che pure, in diversa misura, spettano ai vari livelli di governo), con la solidarietà in favore dei cittadini di quegli enti che risultano dotati di minori risorse*»<sup>333</sup>.

Tuttavia, la perequazione prevista dal comma 3, è pur sempre un'enunciazione di principio sprovvista di una indicazione dei modi di costituzione o delle risorse tributarie da destinare al fondo in questione. Tali scelte sono attribuite al legislatore ordinario che ha competenza esclusiva in materia<sup>334</sup> e può scegliere autonomamente con quali entrate tributarie alimentare il fondo. Tale norma va comunque coordinata con l'art. 117, comma 2, lett. m) che impone allo Stato di garantire su tutto il territorio i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali. Pertanto le prestazioni da finanziare fissate a livello statale dovranno essere uniformemente garantite su tutto il territorio nazionale ed integralmente finanziate<sup>335</sup>.

Secondo la dottrina, le fonti di entrata regionale e locale devono permettere l'esercizio normale, comprensivo di un livello qualitativo adeguato, di tutte le funzioni regionali e locali<sup>336</sup>. Al tempo stesso, tuttavia, le prestazioni essenziali sono anche attività eteroimposte, in quanto fissate a livello statale, in relazione alle quali il margine di discrezionalità delle regioni e degli enti locali appare limitato. Da ciò si può dedurre che la regola del "chi decide, paga" può valere solo in fase transitoria, ovvero, fino al

---

<sup>332</sup> In tal senso, S.F. COCIANI, *Le basi della perequazione nel federalismo fiscale*, in *Rass. Trib.*, 1, 2011, p. 53 ss.

<sup>333</sup> V., ancora, S.F. COCIANI, *Le basi della perequazione nel federalismo fiscale*, cit.

<sup>334</sup> Ex art. 117, comma 2, lett. e).

<sup>335</sup> Il fondo perequativo non è destinato al finanziamento delle spese non necessarie.

<sup>336</sup> Per approfondimenti sul comma 4 dell'art. 119 cost., si rinvia a L. ANTONINI, *La vicenda e la prospettiva dell'autonomia finanziaria regionale: dal vecchio al nuovo art. 119 della Costituzione*, cit., p. 35; E. BALBONI, *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, cit., p. 1193.



momento in cui l'autonomia tributaria delle regioni e degli enti locali abbia piena attuazione<sup>337</sup>.

L'art. 119, comma 5, cost. introduce, poi, un'ulteriore regola di carattere che possiamo definire anch'essa perequativa. In particolare, tale norma dispone che lo Stato può destinare risorse aggiuntive a favore degli enti territoriali nonché effettuare interventi speciali allo scopo di promuovere lo sviluppo economico, la coesione e la solidarietà sociale e per rimuovere gli squilibri economici e sociali<sup>338</sup>.

La differenza tra i due strumenti perequativi appena descritti consiste nel fatto che quest'ultimo strumento persegue finalità peculiari e diverse rispetto a quelle proprie del fondo perequativo. La specificità di tali risorse risiede, oltre che nel loro carattere addizionale, anche nel loro obiettivo politico di riequilibrio territoriale.

Dunque, mentre il fondo perequativo ha lo scopo di garantire ai livelli di governo in questione il pieno esercizio delle funzioni proprie o ordinarie, gli interventi speciali hanno l'obiettivo di intervenire per eliminare i fattori strutturali di divario tra i territori del Paese.

Proprio su tali basi, la Consulta ha più volte censurato i tentativi del legislatore di riproporre meccanismi di finanza derivata che si fondavano su trasferimenti di risorse con destinazione vincolata invadendo competenze e funzioni regionali<sup>339</sup>. E ciò al fine di evitare che interventi finanziari a livello centrale con vincolo di destinazione diventassero uno "strumento indiretto ma pervasivo" di ingerenza dello Stato nell'esercizio delle funzioni proprie degli altri livelli di governo. Si tratta proprio del legame tra autonomia e risorse in cui l'indisponibilità delle seconde, determina la compressione dell'esercizio della prima.

L'autonomia finanziaria degli enti territoriali sancita dall'art. 119 cost. riguarda non solo il profilo dell'entrata, ma anche quello relativo alle uscite. In tale secondo ambito non emergono questioni di "attuazione" dell'art. 119, in ragione del fatto che la disciplina statale in materia è risultata immediatamente operativa ma anche

---

<sup>337</sup> Cfr. A. BRANCASI, *L'autonomia finanziaria degli enti territoriali: note esegetiche sul nuovo art. 119 Cost.*, in *Le Regioni*, Bologna, 1, 2003, p. 113; ma v. anche C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, cit., p. 180; F. MERLONI, *Una definitiva conferma della legittimità dei poteri sostitutivi regionali* (nota a sent. 43/04 Corte Cost.), in *Le Regioni*, Bologna, 2004, p. 4.

<sup>338</sup> Cfr. F. BASSANINI – G. MACIOTTA (a cura di), *L'attuazione del federalismo fiscale*, Bologna, 2003, p. 47 ss.

<sup>339</sup> In tal senso, Corte cost. sent. n. 168/2008, n. 63/2008, n. 50/2008 e n. 137/2007.

talmente stringente nei confronti delle autonomie territoriali da innescare un sostanzioso contenzioso. Al centro di tale diaframma tra i vari livelli di governo sui profili di spesa si è trovato in particolare il “Patto di stabilità interno”<sup>340</sup>, ovvero lo strumento con il quale lo Stato impone agli enti minori di concorrere al rispetto degli obblighi finanziari assunti in sede comunitaria. La Corte costituzionale ha poi raggiunto un orientamento consolidato secondo il quale il legislatore statale può legittimamente *«imporre agli enti autonomi, per ragioni di coordinamento finanziario connesse ad obiettivi nazionali e ad obblighi comunitari, vincoli alle politiche di bilancio, anche se questi si traducono in limitazioni indirette all'autonomia di spesa»*<sup>341</sup>, precisando poi che tali limitazioni possono incidere anche sulle materie di esclusiva competenza regionale<sup>342</sup>. Tali vincoli si possono ritenere rispettosi delle autonomie locali, nel momento in cui fissano solo *«un limite complessivo, che lascia agli enti stessi ampia libertà di allocazione delle risorse tra i diversi ambiti ed obiettivi di spesa»*<sup>343</sup>.

L'impianto dell'art. 119 si basa dunque su un preciso collegamento tra gli strumenti di finanziamento previsti nei diversi commi e le finalità perseguite. Come abbiamo seppur sommariamente richiamato, le sue disposizioni, da un lato, individuano le componenti dell'autonomia finanziaria dei livelli di governo regionale e locale e, dall'altro, fissano le finalità per le quali i singoli strumenti sono stati previsti. Nel disegno costituzionale, accanto al principio di autonomia, si colloca quello della coesione. Quest'ultimo si esplicita nella previsione del meccanismo di perequazione ma anche nello strumento delle risorse aggiuntive e degli interventi speciali<sup>344</sup>.

Come avvertito da autorevole dottrina l'assetto del federalismo fiscale disegnato dalla riforma del 2001 si poggia sul significato da attribuire al combinato disposto del terzo e del quarto comma dell'art. 119 cost.<sup>345</sup>. In particolare, *«nonostante che il criterio della minore capacità fiscale indicato dal 3° comma appaia non idoneo a garantire ad ogni ente regionale o locale l'integrale finanziamento cui si riferisce il quarto comma, tali due disposizioni non dovrebbero tuttavia essere interpretate nel senso che*

---

<sup>340</sup> V., a tal proposito, *supra*, § 3.3.1.

<sup>341</sup> Corte cost. sent. n. 169/2007.

<sup>342</sup> In tale senso, Corte cost. sent. n. 159/2008, n. 162/2007, n. 353/2006.

<sup>343</sup> In tale senso, Corte cost. sent. n. 88/2006, n. 449/2005 e n. 36/2004.

<sup>344</sup> Cfr. F. BASSANINI, *Autonomia e garanzie nel finanziamento delle Regioni e degli enti locali*, cit.

<sup>345</sup> Cfr., F. GALLO, *I capisaldi del federalismo fiscale*, in *Dir. prat. trib.* 2009, p. 225.

*debba sempre prevalere l'una o l'altra, senza alcuna eccezione. Il riferimento alla minore capacità fiscale non dovrebbe, in particolare, comportare il totale abbandono del principio (re)distributivo – già presente nel precedente testo nell'art. 119 Cost. - fondato sul criterio del fabbisogno e posto, appunto, alla base della generale norma di chiusura del 4° comma. Dovrebbe solo significare che la parametrizzazione a un'entità tendenzialmente (ma non necessariamente) più ristretta e comunque differenziata, basata esclusivamente sulle basi imponibili e sulle capacità fiscali, deve valere solo per il finanziamento delle funzioni non essenziali - collegate, perciò, a diritti che, pur essendo rilevanti, non possono tuttavia definirsi civili o sociali e, quindi, non devono essere necessariamente garantiti con carattere di uniformità - e può anche essere accompagnata ad altri criteri, i quali o incentivino la capacità fiscale medesima, come l'efficienza amministrativa e lo sforzo fiscale, ovvero compensino, attraverso la c.d. "fiscalità di vantaggio", la debolezza finanziaria che potrebbe conseguire dall'applicazione del criterio della capacità fiscale. La parametrizzazione al fabbisogno presupposta dal quarto comma dovrebbe, invece, permanere per quanto riguarda i livelli essenziali dei diritti sociali e civili fissati dallo stato (rectius, le funzioni c.d. fondamentali) ai sensi del citato art. 117, 2° comma, lett. m) e p), da valutare, secondo la proposta governativa, a costi standard»<sup>346</sup>. E ciò in quanto si deve tenere sempre bene a mente che la distribuzione delle risorse per finanziare la spesa per diritti essenziali non può che essere conforme alla norma fondamentale dell'art. 3 cost., che impone di assicurare, a parità di condizioni, uguale trattamento a tutti i cittadini della Repubblica, in qualunque zona essi risiedano.*

Tra le diverse questioni lasciate irrisolte dall'art. 119 cost. vi è quella di assicurare l'autonomia finanziaria mediante le fonti ordinarie di entrata, ponendo un freno ai condizionamenti derivanti alle regioni ed agli enti locali da trasferimenti statali speciali e vincolati<sup>347</sup>. A tal proposito, in dottrina si sono prospettati due ordini di problemi: da un lato la problematica inerente l'adeguatezza, anche a regime, delle risorse finanziarie ordinarie per garantire la copertura dei livelli essenziali delle prestazioni; dall'altro, la problematica relativa agli obiettivi che il legislatore statale può

---

<sup>346</sup> In tal senso, F. GALLO, *I capisaldi del federalismo fiscale*, cit., p. 225.

<sup>347</sup> Vedi A. MORRONE, *Il regime dei trasferimenti finanziari statali. La Regione come ente di governo e di coordinamento finanziario*, cit. p. 653.

perseguire con la definizione dei livelli essenziali delle prestazioni e dalla loro ripercussione sull'equilibrio finanziario delle regioni e degli enti locali.

Quanto alla prima problematica, in ragione di quanto già evidenziato in relazione ai riverberi dell'art. 3 cost., appare difficoltosa la costruzione di una struttura finanziaria che possa garantire la copertura delle prestazioni essenziali e dei livelli qualitativi fissati a livello statale nel quale tuttavia i trasferimenti perequativi verticali (derivanti da finanziamenti statali) e orizzontali (derivanti da finanziamenti regionali) devono, per espressa disposizione costituzionale, limitarsi ad appianare le differenze di capacità fiscale delle regioni. Secondo tale assetto le risorse disponibili da parte dei diversi territori si presuppongono uniformi in ragione di un elemento attinente esclusivamente all'entrata senza considerare la spesa con la conseguenza che, per le regioni meno sviluppate, sia necessario colmare la differenza tra le entrate perequative ed i costi aumentando il prelievo fiscale, con innegabili ripercussioni negative sulle rispettive economie<sup>348</sup>.

Quanto alla seconda problematica, tenuto conto che la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni ha lo scopo di garantire le prestazioni essenziali, diventa arduo pensare che lo Stato possa non tenere conto delle conseguenze di aumenti della spesa a carico degli enti territoriali derivanti dalle proprie scelte sui livelli essenziali<sup>349</sup>.

Al fine di permettere una corretta ed equilibrata applicazione del sistema delineato dell'art. 119 non sono sufficienti i meccanismi di perequazione ma è necessaria la previsione di appositi momenti di concertazione interistituzionale per la gestione degli equilibri complessivi della finanza pubblica. In tal senso era già stato evidenziato che, soltanto attraverso l'introduzione di meccanismi di gestione delle risorse finanziarie con regole e controlli in grado di assicurare la trasparenza e, quindi, la responsabilità degli enti territoriali nei confronti delle rispettive collettività, sarebbe stato possibile conservare la funzione promozionale dei livelli essenziali delle prestazioni<sup>350</sup>.

---

<sup>348</sup> Cfr. V. CERIANI, *Federalismo, perequazione e tributi: dalla riforma degli anni Novanta al nuovo Titolo V*, in F. BASSANINI – G. MACCIOTTA (a cura di), *L'attuazione del federalismo fiscale. Una proposta*, Bologna, 2005, p. 148.

<sup>349</sup> Cfr. C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, cit., p. 180-181.

<sup>350</sup> Tale impegno programmatico viene evidenziato nel Documento "Titolo V e federalismo fiscale", Gruppo di lavoro sul federalismo fiscale (a cura del), P. GIARDA (coordinato da), presso il Ministero dell'Economia e delle finanze, 22 dicembre 2006, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it).

Tenuto conto dei meccanismi di finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni, si deve dunque considerare che il criterio della spesa storica venga messo da parte in favore di nuovi criteri basati sulla quantificazione preventiva di costi *standard* che permettono, per un verso, di quantificare l'entità dei trasferimenti e, per altro verso, da attuare forme di controllo più efficaci<sup>351</sup>.

Un tale modello però soggiace, come nel prosieguo verrà esaminato<sup>352</sup>, al rischio che l'elemento finanziario diventi il fulcro principale delle scelte statali sull'individuazione dei livelli essenziali. In altri termini si potrebbe verificare che la definizione delle prestazioni essenziali venga calibrata sulla base della quantificazione delle risorse e non, come dovrebbe invece derivare da una corretta lettura dell'art. 117, comma 2, lett. m) cost., che la quantificazione delle risorse segua la fissazione dei livelli essenziali. Come opportunamente evidenziato, il riferimento ai bisogni dei destinatari deve costituire il parametro alla stregua del quale costruire il meccanismo di garanzia che non può essere legato al solo criterio finanziario dei livelli essenziali delle prestazioni<sup>353</sup>.

### 3.3.3. La lenta e difficile attuazione dell'art. 119 cost.

Prima di andare ad esaminare il processo che ha portato all'attuazione, almeno sulla carta<sup>354</sup>, del federalismo fiscale dettato dal legislatore del 2011, è opportuno evidenziare che, sin dai primi anni di entrata in vigore del nuovo Titolo V, le regioni e gli enti locali, nell'attesa dell'intervento del legislatore di attuazione, hanno subito, per un verso, rilevanti e progressive riduzioni dei trasferimenti statali di flussi finanziari correnti e, per altro verso, si sono trovati ad affrontare anche una difficile gestione della loro autonomia tributaria la cui portata veniva limitata dall'inerzia del legislatore statale nell'attuazione dell'art. 119 cost. Tale attesa ha comportato una battuta d'arresto del processo avviatosi agli inizi degli anni Novanta e culminato nel d.lgs.

---

<sup>351</sup> In tal senso cfr. F. BASSANINI – G. MACCIOTTA, *L'attuazione del federalismo fiscale. Una proposta*, cit., p. 38 ss.

<sup>352</sup> Cfr., *infra*, § 3.3.3.

<sup>353</sup> Cfr. C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, cit., p. 203

<sup>354</sup> Come avremo modo di vedere il federalismo fiscale ha negli ultimi anni subito un sostanziale arresto; v., *infra*, § 3.4.

n. 56/2000, che aveva invece portato, come già esaminato<sup>355</sup>, ad un significativo mutamento del regime di finanziamento del sistema regionale e locale, nella prospettiva di un compiuto federalismo fiscale finalizzato alla responsabilizzazione delle regioni nelle politiche di spesa.

### 3.3.3.1. *La seconda stagione della finanza derivata tra vincoli comunitari e statali.*

In questa fase di attesa<sup>356</sup>, il finanziamento delle prestazioni sanitarie è legato agli accordi di natura pattizia tra Stato e regioni. In particolare, già con il d.l. n. 347 del 2001, che recepiva il “Patto di stabilità per la salute” di cui all’Accordo dell’8.8.2001 raggiunto in sede di Conferenza Stato – Regioni (preceduto, a ben vedere, dall’Accordo del 3.8.2000 e da quello del 22.3.2001), venivano reintrodotti gli stanziamenti statali per il periodo 2002 – 2004 al fine di permettere il ripiano di parte dei disavanzi di bilancio delle regioni.

Allo stesso tempo, tale «*seconda stagione della finanza derivata*»<sup>357</sup> è stata comunque caratterizzata dall’adozione di misure finalizzate a rendere più virtuosi i governi regionali nell’ottica di dare effettività al “Patto di stabilità interno”, introdotto per il contenimento della spesa pubblica e vincolante anche per le autonomie territoriali<sup>358</sup>. È proprio dal patto di stabilità interno, unitamente alla disciplina contenuta nell’art. 19-ter del d.lgs. 502/1992 in quegli anni introdotto dal legislatore<sup>359</sup>, che prende avvio il nuovo paradigma di carattere squisitamente pattizio delle relazioni in materia sanitaria.

---

<sup>355</sup> V., *supra*, § 3.3.1.

<sup>356</sup> Un attento esame delle dinamiche legislative immediatamente successive all’entrata in vigore del d.lgs. n. 56/2000 è esposto da E. JORIO, *Diritto sanitario*, cit., p. 199 ss.

<sup>357</sup> In tal senso N. VICECONTE, *L’introduzione dei costi standard e il finanziamento dei livelli essenziali della salute*, in R. NANIA (a cura di), *Attuazione e sostenibilità del diritto alla salute (Atti della Giornata di studio 27 febbraio 2013 – Sapienza Università di Roma)*, Roma, 2013, p. 82.

<sup>358</sup> Si tratta, come già esposto in precedenza (v., *supra*, § 3.3.1), di uno strumento programmatico, introdotto dall’art. 28 della l. n. 448/1998 (legge finanziaria per il 1999) in ragione dell’adozione a livello comunitario del “patto di stabilità e crescita” da parte del Consiglio Europeo del 17 giugno del 1997, che individua le azioni da realizzare al fine di accertare il *deficit* complessivo prodotto, con particolare riferimento a quello del settore sanitario, e individuare strumenti ed obiettivi da raggiungere. Come avremo modo di vedere nel prosieguo (v., *infra*, § 3.4.), i vincoli dettati a livello europeo avranno un ruolo centrale nel processo di riforma fiscale e, in particolare, nella tutela della salute. Per un esame delle conseguenze sulla spesa sanitaria del patto di stabilità interno v. E. JORIO, *Diritto sanitario*, cit., p. 217 ss.

<sup>359</sup> L’articolo è stato introdotto dal d.lgs. 229/1999 così rubricato: “*Federalismo sanitario, patto di stabilità e interventi a garanzia della coesione e dell’efficienza del servizio sanitario nazionale*”.

In tale solco si colloca l'introduzione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari (i c.d. "piani di rientro")<sup>360</sup> con i quali le regioni assumono nei confronti dello Stato particolari obblighi tesi al risanamento del disavanzo di bilancio sanitario, l'inadempimento dei quali determina procedure sanzionatorie statali.

I principi dei piani di rientro trovano prima collocazione proprio nell'Accordo dell'8 agosto 2001; in tale sede, viene tra gli altri temi affrontato anche il tema dei disavanzi dei bilanci sanitari regionali, da un lato, prevedendo la responsabilizzazione delle regioni a carico delle quali restava parte dei disavanzi pregressi e, dall'altro, condizionando l'incremento delle risorse finanziarie ad una serie specifica di obblighi a carico delle regioni.

In coerenza con tali principi, con la l. n. 311/2004 (legge finanziaria per il 2005) all'art. 1, comma 180, viene stabilito che le regioni che si trovano in una situazione di disavanzo sanitario (definita dalla legge stessa) devono procedere alla ricognizione delle cause di tale situazione e all'elaborazione di un programma, al massimo triennale, di riorganizzazione, riqualificazione o potenziamento del loro Servizio sanitario. Le regioni in questione avrebbero poi stipulato un accordo con i Ministri della Salute e dell'Economia e Finanze, al fine di individuare gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, tenendo conto di una serie di parametri fra cui il rispetto dei LEA. La sottoscrizione di tale Accordo costituisce il presupposto necessario *«per la riattribuzione alla Regione interessata del maggiore finanziamento anche in materia parziale e graduale, subordinatamente alla verifica della effettiva attuazione del programma»*<sup>361</sup>.

Pertanto, la sottoscrizione dell'accordo rientra fra gli elementi di condizionalità per l'attribuzione dei finanziamenti aggiuntivi, che sono erogati, in tutto o in parte, solo se la regione poi procede nell'attuazione dell'accordo stesso.

In difetto di adempimento anche a seguito di diffida da parte del Governo *«il presidente della Regione, in qualità di commissario ad acta, approva il bilancio di*

---

<sup>360</sup> Cfr. per un esame dell'istituto, tra gli altri, E. GRIGLIO, *La legislazione regionale alla prova dei piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge del piano*, in *Rivista AIC*, 3, 2012; T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Rivista AIC*, 4, 2013; S. CALZOLAIO, *Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, cit.

<sup>361</sup> Art. 1, co. 180, l. 311/2004.

*esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento»<sup>362</sup>, ovvero provvede con l'aumento dell'addizionale IRPEF e la maggiorazione dell'aliquota IRAP<sup>363</sup>.*

Con la successiva intesa del 23 marzo 2005 sono state dettagliatamente disciplinate le «istituzioni del monitoraggio»: da un lato il NSIS (ovvero Nuovo sistema informativo sanitario) ed il Comitato permanente per la verifica della erogazione dei LEA, istituiti presso il Ministero della Salute, dall'altro il Tavolo di verifica degli adempimenti regionali, presso il Ministero dell'Economia e Finanze<sup>364</sup>.

In oltre, con gli artt. 6 e 8 dell'intesa viene posto particolare rilievo al profilo dell'equilibrio economico finanziario dei bilanci sanitari regionali. A questo punto, seppur ancora formalmente legati “al rispetto dei livelli essenziali di assistenza”, risulta evidente che l'obiettivo dei programmi consiste nell'attuazione dei piani e cioè nel raggiungimento dell'equilibrio di bilancio, piuttosto che nella garanzia della tutela dei LEA<sup>365</sup>.

Tuttavia è soltanto con il successivo accordo, a partire da quello del 28 settembre 2006<sup>366</sup>, che l'istituto dei piani di rientro si appresta a diventare operativo in ragione di una accentuata vincolatività degli strumenti in esame e la previsione di un fondo specifico dedicato alla regioni in difficoltà il cui accesso era sottoposto alla sottoscrizione del piano di rientro. In particolare, con la finanziaria per il 2007, viene poi stabilito che gli interventi previsti dai piani erano vincolanti per le regioni che abbiano sottoscritto l'Accordo e che «*le determinazioni da questi previste possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi ed amministrativi già adottati dalla*

---

<sup>362</sup> Art. 1, co. 174, l. 311/2004.

<sup>363</sup> Con successivi interventi del legislatore (art. 1, co. 277, l. 266/2005; art. 1, co. 796, l. 296/2006; art. 2 co. 76, l. 191/09) è stato poi specificato che, qualora neanche il commissario *ad acta* adotti i provvedimenti necessari al ripiano del disavanzo, nella regione interessata si applicano comunque: a) il blocco automatico del *turn over* del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre del secondo anno successivo a quello in corso; b) il divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo; c) l'addizionale IRPEF e le maggiorazioni dell'aliquota IRAP nella misura massima prevista dalla vigente normativa.

<sup>364</sup> A tali organismi si aggiungerà, con la finanziaria 2006, il SIVEAS ovvero il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria. A tale sistema viene affidato il compito di coordinare – sempre presso il Ministero della salute – “diversi organismi ed enti che concorrono alla attività di monitoraggio, valutazione e verifica del SSN” anche in riferimento all'affiancamento ed al monitoraggio dei piani di rientro.

<sup>365</sup> Tali acute considerazioni sono bene argomentate da S. CALZOLAIO, *Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, cit., p. 15 e ss.

<sup>366</sup> Confluito nella legge finanziaria del 2007 (l. 296/2006).



*medesima Regione in materia di programmazione sanitaria»<sup>367</sup>. Allo stesso tempo viene confermato il principio di fondo in forza del quale sono le regioni sottoposte a piano di rientro a coprire i propri disavanzi pregressi con «idonei criteri di copertura a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate»<sup>368</sup>.*

Il passaggio decisivo verso l'operatività dei piani di rientro è dato dal d.l. n. 23/2007 ai sensi del quale il Governo, in deroga al principio di responsabilità delle regioni per i propri disavanzi, avrebbe concorso al ripiano del disavanzo sanitario (2001-05) delle sole regioni sottoposte a piani di rientro<sup>369</sup>.

Nella stessa direzione ha proseguito il Patto per la Salute 2010-2012 e la l. 191/09, finanziaria del 2010, che hanno confermato la vincolatività degli interventi individuati dal piano di rientro ed hanno affermato la prevalenza dei suoi contenuti sugli atti normativi, anche di rango primario, adottati e da adottare e l'obbligo, per gli organi della regione, di conformarvisi<sup>370</sup>. In tale occasione la disciplina dei piani di rientro ha trovato una più compiuta sistemazione.

Negli anni successivi l'istituto ha subito ulteriori modifiche finalizzate principalmente a rafforzare la vincolatività degli impegni e le conseguenti sanzioni per poi trovare conferma all'esito dell'introduzione del federalismo fiscale.

Orbene, da quanto esposto emerge che questa fase, nonostante la l. 56/2000 e la nuova formulazione dell'art. 119 cost., è rimasta caratterizzata da una forte centralizzazione del finanziamento della spesa sanitaria gestita sulla base di stanziamenti di risorse negoziati in sede di Conferenza Stato – Regioni nell'ambito dei Patti per la salute anche con riferimento alle regioni sottoposte a piano di rientro. Un tale assetto, come è facile comprendere, ha determinato la completa inibizione di ogni autonomia delle regioni in ambito fiscale.

---

<sup>367</sup> Art. 1, comma 796, b), l. 296/2006.

<sup>368</sup> Art. 1, comma 796, e), l. 296/2006.

<sup>369</sup> Sono del 2007 i primi piani relativi ad Abruzzo, Liguria, Molise, Campania, Sicilia, Sardegna. Per una puntuale disamina di tale passaggio v. S. CALZOLAIO, *op. ult. cit.*, p. 17 e ss.

<sup>370</sup> Art. 2, commi 80 e 95, l. 191/2009.

### 3.3.3.2. L'avvento del federalismo fiscale.

Dopo anni di tentativi non andati a buon fine<sup>371</sup>, nel corso del 2009 è stata approvata la legge 5 maggio 2009, n. 42<sup>372</sup>, che ha costituito il primo passo verso il nuovo assetto fiscale delle autonomie territoriali<sup>373</sup> in attuazione dell'art. 119 cost.<sup>374</sup>. I principi ispiratori della legge di delega sono bene esposti nella relazione al disegno di legge governativo dove viene affermato che l'obiettivo del legislatore è: delineare una serie di principi e criteri direttivi di carattere generale diretti a informare lo sviluppo dell'intero sistema di federalismo fiscale; definire un quadro per l'esercizio concreto dell'autonomia tributaria, prevedendo che le regioni, ma solo nelle materie non assoggettate a imposizione da parte dello Stato, possano istituire tributi regionali e locali e determinare le materie e gli ambiti nei quali è destinata ad essere esercitata l'autonomia tributaria degli enti locali. Il disegno di legge afferma, inoltre, la volontà di fissare il quadro istituzionale dei rapporti finanziari tra i vari livelli di governo stabilendo, in particolare, l'avvio di un percorso graduale, caratterizzato da una fase transitoria, con l'obiettivo di restituire razionalità alla distribuzione delle risorse, attraverso l'applicazione del costo *standard* delle prestazioni erogate e il conseguente abbandono del criterio della spesa storica<sup>375</sup>.

---

<sup>371</sup> Dell'iter del disegno di legge, e del metodo concertato con cui si è pervenuti alla sua approvazione, dà minuziosamente conto E. VIGATO, *Il federalismo fiscale ed i lavori preparatori. La corsa ad ostacoli di un progetto condiviso*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it).

<sup>372</sup> Il 29 aprile 2009 il Senato ha approvato il disegno di legge (in precedenza, approvato dalla Camera dei deputati il 24 marzo 2009), recante «Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione».

<sup>373</sup> Si precisa che, per quanto riguarda le regioni ad autonomia speciale e le province autonome, la legge delega trova applicazione solo per quanto riguarda aspetti limitati e di principio e in particolare per la perequazione e le disposizioni in tema di coordinamento della finanza pubblica. A successivi decreti di attuazione è demandata la disciplina della relativa disciplina.

<sup>374</sup> Per un approfondimento sul tema, *ex multiis*, V. NICOTRA, F. PIZZETTI E S. SCOZZESE (a cura di), *Il federalismo fiscale*, Roma, 2009; R. BIFULCO, *Osservazione sulla legge n. 42 del 2009 in materia di federalismo fiscale*, in *Astrid-Rassegna*, 93, 2009; A. FERRARA, G.M. SALERNO (a cura di), *Il federalismo fiscale: commento alla legge n. 42 del 2009*, Napoli, 2010; M. SICLARI, *Il "federalismo sanitario" (Appunti preliminari)*, Relazione all'Assemblea generale dell'Associazione religiosa Istituti Socio-sanitari, Roma, 7 giugno 2011, in [www.astrid-online](http://www.astrid-online), 19, 2011.

<sup>375</sup> Come in precedenza evidenziato (v. *supra*, § 3.3.1.), il criterio della spesa storica va a sostanziale vantaggio degli enti meno efficienti e favorisce la deresponsabilizzazione. In particolare, la spesa storica, infatti, riflette sia i fabbisogni reali (quelli *standard*) riferiti al *mix* di beni e servizi offerti dalle regioni e dagli altri enti locali, sia vere e proprie inefficienze. Mentre il primo elemento ha una valenza economica e sociale significativa, l'ultimo rappresenta un elemento negativo che non merita riconoscimento. Nell'intenzione della legge di delega n. 42/2009, si tratta allora di costruire parametri di spesa *standard* sulla base di obiettivi che tengano conto dei relativi costi di soddisfacimento, in un confronto equilibrato e perequato delle esigenze delle diverse aree del Paese. Nell'assetto definitivo, quindi, i fabbisogni di spesa non dovranno semplicemente coincidere con la spesa storica, come di fatto avveniva in precedenza.

Lo scopo è quello di responsabilizzare gli enti territoriali mediante un adeguato livello di flessibilità fiscale con la previsione di un paniere di tributi propri e compartecipazioni la cui composizione sia rappresentata in misura rilevante da tributi manovrabili, in un contesto dove viene ribadita l'esigenza della semplificazione e del rispetto dei vincoli di bilancio imposti dai trattati internazionali e dagli obblighi europei, della riduzione degli adempimenti a carico dei contribuenti, l'efficienza nella amministrazione dei tributi anche tramite procedure di monitoraggio e di verifica premiale e sanzionatoria rispetto agli obiettivi di bilancio, la razionalità e coerenza dei singoli tributi e del sistema nel suo complesso.

In questo quadro si innesta l'importante disegno di perequazione che traduce l'inderogabile principio costituzionale di solidarietà coniugandolo con l'altrettanto significativo principio costituzionale di buona amministrazione.

Ai nostri fini è opportuno a questo punto soffermarsi sul superamento del criterio della spesa storica e sull'applicazione dei costi *standard* previsti dal legislatore delegante. Ancora una volta, seguendo il disegno già tracciato (ma rimasto incompiuto) dal d.lgs. 56 del 2000, viene previsto il superamento della finanza da trasferimento e del criterio della spesa storica.

Per quanto riguarda le fonti di finanziamento regionale, l'art. 7 l. n. 42/2009 individua quelle derivanti da tributi regionali (tributi propri derivati, addizionali a tributi statali, tributi propri istituiti e disciplinati con legge regionale), compartecipazione a tributi erariali (con esclusione di ogni vincolo di destinazione), fondo perequativo, e contributi speciali e finanziamenti dell'Unione Europea (art. 16 l. n. 42/2009).

Inoltre la legge di delega, all'art. 8, ha previsto un sistema di distribuzione delle risorse<sup>376</sup> basato possiamo dire su una tripartizione tra spese essenziali, spese non essenziali e spese speciali, potendo ricondursi alle prime soltanto quelle spese effettuate dalle regioni per l'erogazione di funzioni *standard* [ossia le funzioni che rientrano nei i livelli essenziali delle prestazioni di cui all'art. 117, comma 2, lett. m)] a costi *standard* e potendo soltanto le prime trovare sempre puntuale e integrale copertura in ragione della particolare incidenza delle stesse sull'uguaglianza dei cittadini. A tal proposito, in

---

<sup>376</sup> Sulla suddivisione delle risorse finanziarie cfr. A. POGGI, *Costi standard e livelli essenziali delle prestazioni (Commento agli articoli 2, 7, 8, 9, 10 e 20)* in V. NICOTRA, F. PIZZETTI E S. SCOZZESE (a cura di), *Il federalismo fiscale*, Roma, 2009.

dottrina è stato rilevato come, per la prima volta dalla revisione costituzionale del 2001, una legge dello Stato sia intervenuta ad attuare in modo organico la formula contenuta nella lett. m) dell'art. 117, secondo comma, cost., collocando al centro dell'assetto della razionalizzazione della gestione delle risorse la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni<sup>377</sup>.

Nel disegno del legislatore delegato descritto dall'art. 9, il finanziamento delle spese essenziali era fondato sui tributi regionali ed in particolare sui c.d. tributi propri derivati, ovvero nella compartecipazione al gettito IVA, nonché nell'addizionale regionale sull'imposta sul reddito delle persone fisiche. In definitiva, tale finanziamento opera per il tramite di quote o percentuali di imposte che, sia pur di competenza regionale, sono e rimangono stabilite dallo Stato: ciò garantisce, invero, una base imponibile certa e sicura, con un limite molto marginale di facoltà discrezionale delle regioni.

Allo stesso modo agli enti territoriali viene attribuita poca discrezionalità sul vincolo di destinazione gravante su una quota della compartecipazione all'IVA destinata a contribuire alla composizione di un apposito fondo perequativo<sup>378</sup>, destinato ad appianare eventuali differenze nella gestione e nella somministrazione delle prestazioni essenziali.

Con riferimento alle funzioni considerate non essenziali, invece, non viene previsto il finanziamento integrale, essendo invece lasciato alle regioni di finanziarli con tributi propri (non importa se propri a titolo derivato o propri perché dalla stessa imposti), nonché attingendo all'altro e ulteriore fondo perequativo<sup>379</sup> voluto dalla legge n. 42 del 2009, correlato alla media nazionale del gettito IRPEF, che non aveva tuttavia

---

<sup>377</sup> Così A. POGGI, *Costi standard e livelli essenziali delle prestazioni*, cit., p. 109.

<sup>378</sup> L'art. 9 della legge n. 42 del 2009 prevede che la misura della perequazione debba essere calcolata individuando la differenza tra il fabbisogno finanziario necessario a coprire il fabbisogno delle spese essenziali e il gettito regionale. A tal proposito cfr. F. SAITTO, *La legge delega sul "federalismo fiscale": i livelli essenziali delle prestazioni come misura economica dell'eguaglianza*, cit., p. 2825 ss.; ma anche F. COVINO, *La perequazione finanziaria nella Costituzione*, cit., p. 204, secondo il quale il compito di qualsiasi fondo perequativo è quello di perseguire l'equità interterritoriale al fine di garantire la compatibilità della tutela dei diritti sociali all'interno di uno Stato autonomistico.

<sup>379</sup> Cfr. in particolar modo, M. D'ANGELOSANTE, *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia*, Rimini, 2012, p. 225, nonché E. JORIO, *Un primo esame del d.lgs. n. 68/2011 sul federalismo regionale e provinciale, nonché sul finanziamento della sanità (...cinque dubbi di incostituzionalità)*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), i quali hanno evidenziato che la previsione di un secondo fondo perequativo potrebbe ritenersi incompatibile col testo dell'art. 119 cost., che al comma terzo prevede l'istituzione di un unico fondo perequativo. Orbene, tali considerazioni non paiono cogliere nel segno in quanto, pur rimanendo nell'ottica formalistica, si potrebbe obiettare che nessuna disposizione vieta di creare un diverso fondo (con parametri ed obiettivi differenti) a fianco di quel fondo.

scopo e presupposti di accesso differenti rispetto a quello destinato alle funzioni essenziali. In particolare, tale secondo fondo era destinato non già ad appianare le differenze esistenti tra regione e regione, bensì a ridurle, così da lasciare intatta la possibilità di una reale differenziazione tra aree, come dovrebbe essere usuale in uno Stato federale<sup>380</sup>.

Relativamente a tale differenziazione tra funzioni finanziate integralmente e funzioni di cui si prevede una copertura solo parziale dei fabbisogni standard, il dibattito dottrinale è diviso. L'art. 119 cost., quarto comma, prescrive infatti il finanziamento integrale delle funzioni pubbliche attribuite agli enti territoriali, ricomprendendo tra le risorse con cui coprire il finanziamento anche il fondo perequativo di cui al terzo comma. Viene, in sostanza, da parte della dottrina<sup>381</sup>, posta in discussione, se non addirittura ritenuta incostituzionale, la scelta effettuata dal legislatore delegante di distinguere, ai fini della definizione delle regole di finanziamento, tra spese riconducibili ai livelli essenziali delle prestazioni ed altre spese, rispetto alle quali è attuata una perequazione alla capacità fiscale, compatibile con una maggiore differenziazione territoriale nella composizione della spesa pubblica locale.

La garanzia imposta dallo Stato per la tutela dei livelli essenziali, tuttavia, non si riferisce a tutte le tipologie di prestazioni rientranti nei livelli essenziali delle prestazioni, bensì viene parametrata solo sulla base di erogazioni che presentino una

---

<sup>380</sup> Interessanti spunti su tale perequazione in rapporto all'art. 119, comma 5 cost. vengono esposti da R. BIFULCO, *Osservazioni sulla legge n. 42 del 2009 in materia di federalismo fiscale*, cit..

<sup>381</sup> Tra gli altri, v. F. BASSANINI e G. MACCIOTTA, *Il disegno di legge sull'attuazione del federalismo fiscale all'esame del Senato. Osservazioni e rilievi sul testo del relatore*, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it); F. BASSANINI, *Una riforma difficile (ma necessaria): il federalismo fiscale alla prova della sua attuazione*, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it); G. RIVOCCHI, *La determinazione dei fabbisogni standard degli enti territoriali: un elemento di incertezza nella via italiana al federalismo fiscale*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 2011; secondo F. GALLO, *I capisaldi del federalismo fiscale*, cit., p. 225, «il riferimento alla minore capacità fiscale non dovrebbe, in particolare, comportare il totale abbandono del principio (re)distributivo - già presente nel precedente testo nell'art. 119 Cost. - fondato sul criterio del fabbisogno e posto, appunto, alla base della generale norma di chiusura del 4° comma. Dovrebbe solo significare che la parametrizzazione a un'entità basata esclusivamente sulle basi imponibili e sulle capacità fiscali, deve valere solo per il finanziamento delle funzioni non essenziali - collegate, perciò, a diritti che, pur essendo rilevanti, non possono tuttavia definirsi civili o sociali e, quindi, non devono essere necessariamente garantiti con carattere di uniformità - e può anche essere accompagnata ad altri criteri, i quali o incentivino la capacità fiscale medesima, come l'efficienza amministrativa e lo sforzo fiscale, ovvero compensino, attraverso la c.d. "fiscalità di vantaggio", la debolezza finanziaria che potrebbe conseguire dall'applicazione del criterio della capacità fiscale. La parametrizzazione al fabbisogno presupposta dal quarto comma dovrebbe, invece, permanere per quanto riguarda i livelli essenziali dei diritti sociali e civili fissati dallo stato (*rectius*, le funzioni c.d. fondamentali) ai sensi del citato art. 117, 2° comma, lett. m) e p), da valutare, secondo la proposta governativa, a costi standard».

certa adeguatezza col loro perseguimento ovvero, sul piano più schiettamente economico, che possano essere individuati mediante l'identificazione dei c.d. costi *standard*.

Abbiamo già ricordato come la legge n. 42 del 2009 evidenzi bene l'esigenza del superamento del criterio della spesa storica, tanto nell'enunciazione d'avvio dell'articolato che nella relazione illustrativa al disegno di legge, anche mediante l'avvio di un percorso graduale, caratterizzato da una fase transitoria, che restituisca razionalità alla distribuzione delle risorse, rendendola appunto coerente con il costo *standard* delle prestazioni erogate. È certamente questa una delle più significative novità del federalismo fiscale, che segna il definitivo abbandono del modello della spesa storica che aveva penalizzato oltremodo quelle regioni che si erano applicate con grande sacrificio per mantenere in ordine e in equilibrio i loro conti e premiato, invece, le regioni poco virtuose.

Secondo il nuovo criterio di finanziamento, a far data dai decreti attuativi, quelle regioni che abbiano ecceduto nell'erogare servizi *standard* a costi maggiori da quelli *standard*, dovranno provvedere al finanziamento di tali eccedenze mediante risorse reperite secondo il sistema delle spese non essenziali<sup>382</sup>.

A tal fine elemento cruciale è, dunque, la definizione di indici e di parametri in grado di misurare i costi delle amministrazioni nell'erogazione dei servizi ai cittadini.

Tuttavia, sui costi *standard* gli artt. 7, 8 e 9 della legge di delega non si dilungano granché. Il costo *standard*, come definito dalla teoria economica, rappresenta il costo di riferimento della produzione di un oggetto o di un servizio in condizioni di efficienza produttiva. La determinazione del costo *standard*, mira a determinare preliminarmente il costo minimo uniforme d'esercizio della funzione, rendendolo equiparabile in ciascun livello di governo. Di costi *standard*, tuttavia, ve ne sono di varie tipologie, potendo lo stesso risultare elementare, se riferito ad un solo fattore che concorre alla produzione di un dato servizio o di un dato bene; unitario, se invece si riferisce al costo complessivo di un dato bene o servizio; o, ancora, ideale, con ciò indicandosi quel costo che si attesta su un valore definito "a monte" rispetto alla produzione, al quale quest'ultima dovrebbe tendere per risultare economica e efficiente;

---

<sup>382</sup> Sul punto, cfr. N. VICECONTE, *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, cit., p. 380 ss.

contrapponendosi, poi, a questa accezione la nozione di costo pratico, se commisurato “a valle” delle condizioni effettivamente rilevabili nella produzione di un bene<sup>383</sup>.

Sembrerebbe preferibile un costo *standard* commisurato “a valle”, mediante un’indagine conoscitiva di quel che sono i servizi erogati e del loro relativo costo, perché pur dovendosi dare atto che possono esistere altri modelli astratti che consentono dei risparmi di costi e di spesa, è da aversi contezza che il costo “reale” è il costo che si riscontra nella pratica.

Dato il costo *standard* è facile calcolare il fabbisogno *standard* di una data funzione amministrativa<sup>384</sup> quale prodotto<sup>385</sup> del singolo costo *standard* per il quantitativo di prestazioni afferenti al livello essenziali delle prestazioni.

L’individuazione dei fabbisogni di spesa, in sostanza, costituisce sia la base per la determinazione di regole sulla spesa che guidino la definizione delle politiche di bilancio a livello centrale, ma anche il punto di partenza per individuare l’ammontare di risorse che spetteranno ai livelli di governo territoriale. In particolare, la definizione di strumenti di spesa locale destinati a stimolare comportamenti efficienti delle autonomie territoriali si incentra proprio sulla nozione di fabbisogno *standard*. Ed infatti, in teoria, un valore *standard* è un valore oggettivo, confrontabile e che incorpora al tempo stesso un criterio di efficienza. Il criterio del fabbisogno *standard* presenta tuttavia numerosi aspetti che hanno suscitato diversi dubbi<sup>386</sup>.

Orbene, così descritti i tratti salienti della legge delega n. 42 del 2009, sembrerebbe in effetti di essere dinnanzi a criteri già in parte visti, a novità, che, a dispetto delle etichette, tali non sono. E ciò vale quanto meno per il modello di finanziamento del sistema sanitario, in quanto, in tale ambito, già era noto – in base a quel che ancora oggi dispone l’art. 8 *sexies* del d.lgs. n. 502 del 1992 – il concetto di costo *standard*, con riferimento alla remunerazione delle prestazioni sanitarie ai soggetti erogatori, che avrebbe dovuto avvenire sulla base del «costo *standard* di produzione del programma di assistenza»; ma anche per il fabbisogno *standard*, se si pensa al concetto

---

<sup>383</sup> Tale distinzione viene richiamata da M. D’ANGELOSANTE, *op. ult. cit.*, p. 234-235

<sup>384</sup> Per fabbisogno standard si deve intendere l’ammontare complessivo di risorse necessarie per la soddisfazione di quel dato settore.

<sup>385</sup> In tal senso, G. RIVISECCHI, *La determinazione dei fabbisogni standard degli enti territoriali: un elemento di incertezza nella via italiana al federalismo fiscale*, cit., p. 2.

<sup>386</sup> Si veda, tra gli altri, G. MURARO, *Alla ricerca del costo standard*, reperibile in [www.lavoce.info](http://www.lavoce.info).

di “quota capitaria pesata”, introdotto, come s’è visto poc’anzi, con la legge finanziaria per il 1997; e, ancora, in riferimento alla previsione di misure sanzionatorie per le regioni inottemperanti agli obblighi di bilanci sani; e, infine, in relazione alla creazione di un fondo perequativo volto ad aiutare al raggiungimento degli standard minimi le regioni dotate di insufficiente capacità contributiva come previsto dal d.lgs. 56 del 2000.

Ciò detto, possono, però, essere effettivamente rintracciati elementi di novità rispetto ai frammentari interventi volti al contenimento della spesa pubblica nel sistema sanitario che si sono succeduti a far data dagli anni Novanta in avanti.

Innanzitutto, la legge n. 42 del 2009 si delinea in nuovo contesto quale attuazione di un assetto costituzionale che disegna il nuovo federalismo fiscale dando poi organicità a interventi che erano stati originati da ragioni emergenziali e che non avevano, a ben vedere, mai raggiunto il rango di sistema. Inoltre, la legge di delega ha il pregio di aver generalizzato gli strumenti in precedenza destinati al solo settore sanitario, pretendendone l’applicazione ad ogni funzione amministrativa che fosse posta in essere per l’attuazione di diritti essenziali. E sono tutti, questi, fattori che, unitamente intesi, rendono più forti, ma anche maggiormente innovativi, la disciplina normativa e il nuovo sistema tributario delineato dalla legge n. 42 del 2009.

### *3.3.3.3. La realizzazione del federalismo fiscale. I livelli essenziali di assistenza e la sostenibilità della spesa sanitaria.*

In attuazione della legge di delega n. 42 del 2009 sono stati adottati diversi decreti legislativi<sup>387</sup>, anche se molti dei quali rimasti inattuati, ma ai fini della presente

---

<sup>387</sup> Si fa riferimento al d.lgs. n. 85 del 2010 in tema di c.d. “federalismo demaniale”, al d.lgs. n. 156 del 2010 sull’ordinamento di Roma Capitale, al d.lgs. n. 216 del 2010 relativo ai fabbisogni standard di Comuni e Province, al d.lgs. n. 23 del 2011 in tema di fisco municipale, al d.lgs. n. 88 del 2011 in tema di perequazione infrastrutturale, al d.lgs. n. 118 del 2011 in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e al d.lgs. n. 149 del 2011 sui meccanismi sanzionatori e premiali relativi a regioni ed enti locali. A tale ultimo proposito, il decreto n. 149 del 2011 ha introdotto il c.d. “fallimento politico” del Presidente di Regione. In particolare, ai sensi dell’art. 2 del decreto, dei cui commi 2, 3 e 5, la Corte costituzionale ha dichiarato l’illegittimità con la sentenza n. 219/2013, la fattispecie di grave dissesto finanziario, con riferimento al disavanzo sanitario, che si verifichi in una regione assoggettata a piano di rientro ai sensi dell’articolo 2, comma 77, della l. n. 191/2009, costituisce grave violazione di legge. In tal caso, con decreto del Presidente della Repubblica ex art. 126, comma 1, della Costituzione, si provvede allo scioglimento del Consiglio regionale nonché alla rimozione del Presidente della Giunta regionale per responsabilità politica nel proprio mandato di amministrazione della regione, ove sia accertata dalla Corte dei conti la sussistenza delle condizioni di cui al comma 1 (ovvero congiuntamente: il presidente della giunta regionale, nominato Commissario *ad acta* ai sensi dell’articolo 2, rispettivamente commi 79 e 83, della citata l. n. 191/2009, non abbia adempiuto, in tutto o in parte, all’obbligo di redazione del



ricerca risulta rilevante soffermarsi sul d.lgs. n. 68 del 2011 che si occupa, per un verso, della disciplina dell'autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province e, per altro verso, della determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* in materia sanitaria.

Procedendo per ordine, quanto all'autonomia di entrata, è opportuno evidenziare come il d.lgs. n. 68 del 2011 abbia inteso fare definitiva chiarezza su quali, dal 2013 in avanti, sarebbero state le entrate proprie della regione; e, con ciò, su quale sarebbe stato il livello di autonomia tributaria dell'ente territoriale, definito anche mediante la progressiva soppressione di ogni trasferimento erariale che non fosse dettato da esigenze di contingenza e di straordinarietà (art. 6)<sup>388</sup>.

È stato così previsto, o meglio confermato, che alle regioni debba spettare un'addizionale sull'IRPEF, graduabile, peraltro, in relazione agli scaglioni di reddito dei contribuenti (pur dovendo tali scaglioni, per ragioni di razionalità del sistema tributario e per la salvaguardia dei criteri di progressività, corrispondere alle aliquote previste dalla legge statale); modellabile, inoltre, anche sulla scorta di detrazioni a favore dei soggetti meno abbienti o tramite misure di sostegno economico (sussidi, voucher, buoni servizio) alla famiglia e ad altri soggetti, anche non aventi le caratteristiche per usufruire della detrazione, a condizione, tuttavia, che la regione non abbia da dover ottemperare ai vincoli di piani di rientro per il disavanzo nel settore sanitario.

Alle regioni poi debba altresì spettare la compartecipazione al gettito sull'IVA, in misura fissata con apposito d.p.c.m., «*al livello minimo assoluto sufficiente ad assicurare il pieno finanziamento del fabbisogno corrispondente ai livelli essenziali delle prestazioni in una sola Regione*» (cfr. art. 15, comma 3) e, in modo da garantire, altresì, l'alimentazione del fondo perequativo che consenta alle regioni con minor capacità di gettito di beneficiare di risorse aggiuntive per finanziare i livelli essenziali delle prestazioni.

---

piano di rientro o agli obblighi operativi, anche temporali, derivanti dal piano stesso; si riscontri, in sede di verifica annuale, il mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, con conseguente perdurare del disavanzo sanitario oltre la misura consentita dal piano medesimo o suo aggravamento; sia stato adottato per due esercizi consecutivi un ulteriore incremento dell'aliquota dell'addizionale regionale all'Irpef al livello massimo previsto dall'articolo 6 del d.lgs. n. 68/2011) e la loro riconduzione alla diretta responsabilità, con dolo o colpa grave del Presidente della Giunta regionale.

<sup>388</sup> Ad eccezione, così come previsto dall'art. 6 del decreto, del finanziamento delle funzioni amministrative trasferite dallo Stato alle regioni.

Alle regioni continua ad essere attribuito, poi, il gettito dell'IRAP, salva la facoltà in capo ad esse di azzerarla e disporre deduzioni della base imponibile.

Da ultimo, alle regioni è "trasferita" pure la titolarità (impositiva e di riscossione) della tassa per l'abilitazione all'esercizio professionali, dell'imposta sulle concessioni dei beni del demanio marittimo e del patrimonio indisponibile dello Stato, della tassa sulle concessioni regionali e dell'imposta sulle emissioni sonore degli aeromobili, ferma restando la possibilità di soppressione di tali tributi (v. art. 8)<sup>389</sup>; e alle stesse spetta pure il riversamento dell'intero gettito derivante «*dall'attività di recupero fiscale riferita ai tributi propri derivati e alle addizionali alle basi imponibili dei tributi erariali*».

Da quanto esposto emerge evidente la scelta del legislatore di superare definitivamente il sistema dei trasferimenti statali, dotando formalmente (e finalmente) le regioni di completa autonomia finanziaria, pur destinando le risorse raccolte al finanziamento delle spese essenziali.

Ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. n. 68 del 2011, le spese essenziali delle regioni sono limitate a quelle per la sanità, per l'assistenza, per l'istruzione e per il trasporto pubblico locale (sia pure con riferimento alla sola spesa in conto capitale) e vengono finanziate mediante la ripartizione della compartecipazione al gettito dell'IVA, delle quote raccolte con l'addizionale IRPEF, degli introiti dell'IRAP e delle quote del fondo perequativo di cui le regioni con minor capacità fiscale avrebbero potuto, in linea di principio, usufruire.

Una volta individuati i tributi che avrebbero dovuto finanziare anche il fabbisogno della sanità in ciascuna regione, il d.lgs. n. 68 del 2011 si dedica alla descrizione delle modalità di fissazione dei fabbisogni e dei costi *standard* (artt. 25 – 30).

Il definitivo superamento del criterio della spesa storica per il finanziamento del servizio sanitario avviene con una disciplina di non immediata accessibilità e procedimentalizzata. D'altro canto un tema così tecnico non poteva che esigere una

---

<sup>389</sup> Quanto alla disciplina per la tassa automobilistica è affidata alle leggi regionali entro i limiti massimi di manovrabilità previsti dalla legislazione statale; individua in essa un *tertium genus* (rispetto all'insieme dei tributi propri e dei tributi derivati), D. IMMORDINO, *La disciplina spetta alle regioni (entro limiti massimi di manovrabilità) ma il tributo è statale. Il "nuovo" status della tassa automobilistica*, in *Le Regioni*, 2013, p. 426 ss., commentando la sentenza della Corte costituzionale n. 288 del 2012.

normativa tecnica, ma tuttavia, una maggior chiarezza e una maggior linearità non avrebbero, probabilmente, guastato, anche in ragione dell'importanza che tale disciplina ha nella ridefinizione del complessivo assetto istituzionale della Repubblica<sup>390</sup>.

Nel dettaglio, il decreto delegato prevede che il Ministero della salute, previo concerto con il Ministero dell'economia e previa intesa assunta dal Governo in sede di Conferenza Stato – Regioni, determini annualmente i costi e i fabbisogni *standard* del settore sanitario regionale. Tale determinazione, come è ovvio che sia (e come si è già premesso in riferimento al contenuto della legge di delega n. 42 del 2009), deve, indipendentemente dai moduli procedurali che la precedano, fondarsi sull'analisi di dati reali: e così effettivamente è, dovendosi in tal senso assumere come punto di partenza dell'operazione i dati raccolti nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) istituito, già nel 2000<sup>391</sup>, presso il Ministero della Salute.

A costituire la base di calcolo della determinazione del fabbisogno sanitario *standard* regionale sono soltanto i dati di tre regioni (regioni "benchmark") scelte all'interno di una rosa composta dalle cinque regioni che abbiano garantito, nel precedente esercizio di bilancio, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizione di equilibrio economico, che non siano assoggettate a piani di rientro e che rappresentino le varie aree geografiche del Paese e, altresì, almeno una regione di dimensioni contenute.

Gli indicatori di ciascuna delle tre regioni prescelte debbono poi essere "pesati" per fasce di età e suddivisi per macroaree<sup>392</sup>; ovvero, con riferimento ai tre

---

<sup>390</sup> V., a tal proposito, quanto segnalato anche da E. CARUSO – N. DIRINDIN, *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it), 2012. Significativo è che le Autrici contengano il loro entusiasmo per la novità dei c.d. "costi *standard*", rilevando che, nel settore sanitario, già da tempo s'era superato – sia pure con esiti incerti – il criterio della spesa storica. Inoltre, le Autrici mettono bene in evidenza le criticità del sistema delineato dal d.lgs. 68 del 2011 in relazione alla poca attenzione prestata sul sistema di ponderazione della procedura di calcolo del costo *standard*. Sul punto si tornerà, *infra*, § 4.6.

<sup>391</sup> Più precisamente, dall'art. 84 della legge n. 388 del 2000; dopo un periodo quinquennale di stasi, il NSIS ha iniziato effettivamente a funzionare dopo che le Regioni s'erano impegnate, col Patto per la Salute 2005 (*alias* l'accordo stipulato in sede di Conferenza Stato – Regioni il 23 maggio 2005) e oggi costituisce un punto di riferimento per la registrazione delle prestazioni erogate e dei relativi costi piuttosto attendibile, ove si consideri che, a stare ai dati ufficiali comunicati dal Ministero della salute, copre oltre l'85% delle erogazioni effettuate sul territorio Nazionale (cfr., a tal proposito, i dati contenuti nella pagina web [www.nsis.salute.gov.it](http://www.nsis.salute.gov.it))

<sup>392</sup> Peraltro, gli economisti che qualche riflessione hanno condotto sui lavori che hanno preceduto l'approvazione del d.lgs. n. 68 del 2011 e sulla fissazione dei costi *standard* contenuti al suo interno hanno evidenziato la non completa affidabilità di un criterio di determinazione affidato, per lo più, alla sola variabile dell'età. Cfr. C. CISLAGHI – G. COSTA, *I costi standard*, in *Rapporto Sanità 2010*, (a cura di) N. FALCITELLI, G.F. GENSINI,

macrolivelli di assistenza definiti dal d.p.c.m. 29 novembre 2001 di determinazione dei LEA e, dunque, per l'assistenza collettiva in ambiente di vita e di lavoro; per l'assistenza distrettuale e per l'assistenza ospedaliera<sup>393</sup>.

I valori medi ottenuti dalla somma algebrica dei dati delle tre regioni campione permetteranno così, da un lato, di ottenere la determinazione dei costi *standard* (suddivisi per età del paziente) per le prestazioni ricadenti nelle tre macroaree di cui si è detto; e, dall'altro, di calcolare il fabbisogno *standard* regionale (suddiviso, si badi, per percentuali predeterminate a seconda del macrolivello che si considera), che, rapportato al fabbisogno *standard* nazionale (che altro non è se non la sommatoria di tutti i fabbisogni regionali) "*definisce la quota di accesso al finanziamento esogenamente determinato*"<sup>394</sup>.

In ogni caso il fabbisogno *standard* deve essere determinato in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, e con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza.

Di recente il legislatore è intervenuto, a più riprese, a modificare l'art. 27, dedicato alla determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard*, sostanzialmente sempre allo scopo di risolvere gli eventuali ritardi dell'aggiornamento annuale nella determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* mediante proroga della determinazione già effettuata. In particolare, il comma 7 dell'art. 27, come modificato dall'art. 1, comma 601, della l. n. 190/2014, prevede che a decorrere dal 2015, i pesi vengano definiti con decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti Stato, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano sulla base dei criteri previsti dall'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662. Successivamente, con

---

M. TRABUCCHI, F. VANARA, Bologna, 2010, p. 109 ss. Nel medesimo senso critico anche da E. CARUSO – N. DIRINDIN, *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*, cit., p. 11 ss.

<sup>393</sup> Tali dati, inoltre, a norma del comma 6 dell'art. 27, devono essere presi al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva extraregionale; devono essere depurati della quota di spesa che finanzia livelli di assistenza superiori ai livelli essenziali; deve essere depurato della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto alle entrate proprie considerate ai fini della determinazione del finanziamento nazionale.

<sup>394</sup> Cfr. E. CARUSO – N. DIRINDIN, *op. ult. cit., passim*.

l'art. 6, comma 4 bis, del d.l. n. 210/2015 (convertito con modificazioni in l. n. 21/2016), è stato introdotto il comma 7 bis dell'art. 27, ai sensi del quale anche per l'anno 2016 è prorogata l'individuazione, come regioni di riferimento, di quelle stabilite dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano nella seduta del 17 dicembre 2015, e per la determinazione dei fabbisogni *standard* regionali in materia di sanità vengono confermati i costi pro capite per livelli assistenziali delle regioni di riferimento rilevati dai modelli LA<sup>395</sup> 2013, nonché i medesimi pesi per classi di età adottati in sede di determinazione dei fabbisogni *standard* regionali per l'anno 2015. Infine con l'art. 20, comma 1, lett. a), b) e c), del d.l. n. 113/2016 (convertito con modificazioni in l. 160/2016) sono stati rispettivamente, introdotti il comma 1 *bis* e 5 *bis* dell'art. 27, e modificato il comma 7 dell'art. 27. Il comma 1 *bis* prevede testualmente: «A decorrere dall'anno 2017: a) la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* di cui al comma 1 avviene entro il 15 febbraio dell'anno di riferimento ed è aggiornata ove lo richieda l'eventuale ridefinizione del livello del finanziamento per il Servizio sanitario nazionale; b) qualora non venga raggiunta l'intesa di cui al comma 1 entro il predetto termine, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, da adottarsi entro il 15 marzo dell'anno di riferimento, si provvede alla determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* in via provvisoria, facendosi riferimento alla proposta di riparto del Ministero della salute presentata in Conferenza Stato - Regioni, ed assegnando alle singole regioni il valore regionale individuato nella medesima proposta, al netto dello 0,5 per cento. Con il medesimo decreto si provvede all'assegnazione alle regioni del 95 per cento del finanziamento degli obiettivi di piano sanitario nazionale; c) in conseguenza del perfezionamento del decreto di determinazione provvisoria dei costi e dei fabbisogni *standard* il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad erogare alle regioni: 1) le risorse ivi previste a titolo di finanziamento indistinto nelle percentuali di cui all'articolo 2, comma 68, lettera b), della legge 23 dicembre 2009, n. 191; 2) le risorse ivi previste a titolo di obiettivi di piano sanitario nazionale nelle percentuali d'acconto stabilite dall'articolo 1, comma 34-bis, della legge 23 dicembre 1996, n. 662; d) qualora

---

<sup>395</sup> Ovvero i modelli di rilevazione dei costi dei livelli di assistenza delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere.

*non venga raggiunta l'intesa di cui al comma 1 entro il 30 settembre dell'anno di riferimento, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, e' adottata la determinazione dei costi e dei fabbisogni standard in via definitiva; e) la determinazione definitiva dei costi e dei fabbisogni standard non può comportare per la singola regione un livello del finanziamento inferiore al livello individuato in via provvisoria con il richiamato decreto interministeriale, ferma restando la rideterminazione dei costi e dei fabbisogni standard, e delle relative erogazioni in termini di cassa, eventualmente dovuta ad aggiornamento del livello complessivo del finanziamento del Servizio sanitario nazionale.»*

Il nuovo comma 5 bis prevede testualmente: «A decorrere dall'anno 2016 il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli affari regionali e le autonomie, indica le cinque regioni di cui al comma 5 entro il termine del 15 settembre dell'anno precedente a quello di riferimento e la Conferenza Stato - Regioni individua le tre regioni di riferimento di cui al medesimo comma 5 entro il termine del 30 settembre dell'anno precedente a quello di riferimento. Qualora non sia raggiunta l'intesa sulle tre regioni entro il predetto termine, le stesse sono automaticamente individuate nelle prime tre».

Al comma 7 invece è stato previsto che, a decorrere dall'anno 2016, nel caso in cui non siano disponibili i dati previsti dal primo e dal secondo periodo del presente comma<sup>396</sup> in tempo utile a garantire il rispetto del termine di cui al comma 5 bis, la determinazione dei costi e dei fabbisogni *standard* regionali è effettuata individuando le regioni in equilibrio e i pesi sulla base rispettivamente dei risultati e dei valori ultimi disponibili.

---

<sup>396</sup> I primi due periodi del comma 7 recitano: “Le regioni in equilibrio economico sono individuate sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento e le pesature sono effettuate con i pesi per classi di età considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento. A decorrere dall'anno 2015 i pesi sono definiti con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla base dei criteri previsti dall'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, tenendo conto, nella ripartizione del costo e del fabbisogno sanitario standard regionale, del percorso di miglioramento per il raggiungimento degli standard di qualità, la cui misurazione si può avvalere del sistema di valutazione di cui all'articolo 30 del presente decreto.”

Orbene, è opportuno evidenziare già sin d'ora alcune criticità che emergono dal sistema appena descritto; criticità sulle quali si tornerà nel prosieguo<sup>397</sup>.

Innanzitutto, ha suscitato perplessità il metodo di determinazione del finanziamento complessivo della spesa sanitaria basato sul costo *standard*.

Le possibili tecniche a tal fine a disposizione sono quella del c.d. "*bottom up*" e del c.d. "*top down*". Secondo la prima tecnica vengono determinati dapprima i bisogni della popolazione per poi, sulla base di questi, definire le prestazioni ed i relativi costi; da ciò deriverebbe l'entità complessiva del fabbisogno di salute e dunque l'entità del finanziamento della spesa sanitaria<sup>398</sup>. La seconda tecnica si basa invece sulla determinazione del finanziamento della salute "a monte" in ragione del vincolo di bilancio; secondo tale metodologia l'entità del finanziamento della spesa sanitaria sarebbe determinato esogenamente in coerenza con il quadro macroeconomico e i vincoli di finanza pubblica.

Come abbiamo già evidenziato, il d.lgs. n. 68/2011 ha adottato una scelta di determinazione del finanziamento del secondo tipo, il c.d. "*top down*" e ciò in contrasto con quello che, per come già messo in evidenza in precedenza, sembrerebbe essere l'ipostazione della legge di delega n. 42 del 2009<sup>399</sup>.

Un tale scelta appare tuttavia in concreto l'unica praticabile nel settore sanitario in quanto, per un verso, diversi studi hanno dimostrato l'impraticabilità del sistema<sup>400</sup> e, per altro verso, risulta impossibile prescindere dalla considerazione del vincolo finanziario.

A tal proposito è stato condivisibilmente rimarcato che la determinazione del finanziamento della spesa sanitaria, a ben vedere, «*non è un dato, bensì una variabile*

---

<sup>397</sup> V., *infra*, § 4.6.

<sup>398</sup> Per certi versi, proprio a tale metodologia «si rifaceva l'impianto della legge di riforma sanitaria del 23 dicembre 1978, n. 833 che appunto per questo venne molto criticata essendo eccessivamente utopica in quanto impostata come se la spesa non fosse vincolata dalle disponibilità economiche», come viene notato da C. CISLAGHI - F. GIULIANI, *Costi standard: ma di che cosa stiamo parlando?*, in (a cura di) R. BALDUZZI, *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, 2012, p. 63.

<sup>399</sup> Cfr. in tal senso, C. CISLAGHI - F. GIULIANI, *Costi standard: ma di che cosa stiamo parlando?*, cit., p. 66.

<sup>400</sup> Come evidenziato da C. CISLAGHI - F. GIULIANI, *Costi standard: ma di che cosa stiamo parlando?*, cit., p. 65, secondo i dati dell'Organizzazione mondiale della sanità al crescere del Pil vi è una contestuale crescita del consumo sanitario il rapporto tra Pil e consumi di carattere sanitario, sia pubblici che privati. In particolare, nei paesi con un Pil basso i consumi sanitari mantengono soglie modeste, mentre nei paesi ricchi tali consumi crescono in maniera esponenziale.

*indipendente»<sup>401</sup> in quanto la scelta dell'entità del finanziamento per ogni singolo settore è una scelta politica legata all'ammontare complessivo delle risorse, queste sì definite. In altri termini «non esiste una giusta quota del Pil da dedicare alla sanità indipendentemente dall'entità del Pil stesso e di altre condizioni politiche ed economiche del paese; in ogni realtà il sistema sanitario assume un suo peso economico conseguentemente alle scelte dei governi, per quanto attiene alla spesa sanitaria pubblica, e direttamente dei cittadini, per quanto attiene alla spesa privata»<sup>402</sup>.*

Da ciò emerge dunque più chiaramente che *«il costo standard non serve a determinare il quantum complessivo della spesa sanitaria, bensì solo la percentuale per la quale ciascuna regione concorre alle risorse determinate in base all'intesa di cui all'art. 26 del d.lgs. n. 68/2011»<sup>403</sup>.*

Tuttavia, se il sistema è strutturato nei termini appena delineati, si corre il rischio che il costo *standard* venga depauperato del suo fondamento e con esso che perda di effettiva cogenza l'intero sistema, giacché quel che si andrebbe a determinare, moltiplicando il costo *standard* della prestazione per la quota capitaria pesata della regione (ottenendo il fabbisogno *standard* regionale) potrebbe essere anche un valore di difficile comparazione con quell'importo (il fabbisogno nazionale finanziato) che viene determinato, almeno in parte, secondo criteri come detto esogeni e politici.

Ciò, in particolare, potrebbe fare emergere un problema nel momento in cui si va a rapportare il fabbisogno *standard* regionale ad un fabbisogno nazionale che, per i fattori esogeni summenzionati, potrebbe essere inferiore alla sommatoria di tutti i fabbisogni *standard* regionali<sup>404</sup>.

A tal proposito non sembra rilevare l'inciso contenuto nell'art. 27, comma 4, secondo cui il *«fabbisogno sanitario standard delle singole regioni a statuto ordinario [sarebbe] cumulativamente pari al livello del fabbisogno sanitario nazionale standard»*,

---

<sup>401</sup> In tal senso, M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in (a cura di) E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA, *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, 2011, p. 14.

<sup>402</sup> Cfr. in tal senso, C. CISLAGHI - F. GIULIANI, *Costi standard: ma di che cosa stiamo parlando?*, cit., p. 66. *Contra* questa impostazione, però, cfr. M. SICLARI, *Il "federalismo sanitario" (appunti preliminari)*, cit..

<sup>403</sup> In tal senso, v. N. VICECONTE, *L'introduzione dei costi standard e il finanziamento dei livelli essenziali della salute*, cit., p. 88.

<sup>404</sup> In tal senso, E. CARUSO – N. DIRINDIN, *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*, cit.



ma piuttosto quanto contenuto nelle disposizioni precedenti; in particolare, l'art. 25 sottopone la determinazione del fabbisogno *standard* ai vincoli di finanza pubblica e agli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria<sup>405</sup>; allo stesso modo il successivo art. 26 lega la determinazione del fabbisogno *standard* al rispetto dei vincoli di finanza pubblica facendo dunque emergere l'intenzione di subordinare l'individuazione del contenuto delle prestazioni sanitarie, anche quelle ricadenti all'interno dei LEA, alle – imprescindibili – disponibilità finanziarie del momento piuttosto che alla – inderogabile – *«programmazione nazionale delle cure che ripristini condizioni di convergenza verso una concreta uguaglianza di accesso e di utilizzo della rete dei servizi a garanzia dei diritti di cittadinanza su tutto il territorio nazionale»*<sup>406</sup>.

In tal modo sembrerebbe mettersi in seria crisi quell'equilibrio realizzato nel corso degli ultimi venti anni tra l'art. 32 cost. ed i vincoli di bilancio sempre maggiormente incisivi<sup>407</sup>.

Inoltre, è stato poi evidenziato che il meccanismo di determinazione dei fabbisogni e dei costi *standard* nel settore sanitario, basato sui risultati delle regioni “virtuose” *«è ben lontano dai propositi di valutare l'efficienza e l'efficacia dell'intervento pubblico, ma soprattutto non ha nulla a che fare con l'isolamento delle inefficienze di produzione»*<sup>408</sup>. Ed invero, se tale sistema, per un verso, pretende di ridurre le inefficienze riscontrabili sul territorio nazionale riconoscendo i meriti delle regioni più virtuose (che, per quanto fatto in passato, poco avrebbero da fare per adeguarsi ai nuovi criteri), per altro verso, costringerebbe a brusche accelerate quelle le regioni che, invece, in passato non sono state egualmente attente alla gestione del deficit sanitario. In tal modo, però, si corre il rischio di acuire il distacco che ora esiste tra le regioni e di ottenere l'adeguata tutela del diritto alla salute, così contravvenendo a quegli ideali costituzionali di uguaglianza e di solidarietà sociale che nessuno oggi – e tantomeno il

---

<sup>405</sup> L'art. 25 si esprime in termini di “compatibilità” del fabbisogno standard rispetto ai vincoli di finanza pubblica ed agli obblighi di derivazione comunitaria.

<sup>406</sup> In tal senso, E. CARUSO – N. DIRINDIN, *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*, cit., p. 4.

<sup>407</sup> Cfr. a tal proposito, G. GRASSO, *Federalismo, federalismo fiscale, federalismo sanitario. Il lessico costituzionale alla prova dei costi standard*, in (a cura di) R. BALDUZZI, *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, 2012, p. 176, che mette in evidenza il probabile rischio «di non riuscire ad incidere sino in fondo nemmeno sull'andamento dei piani di rientro, ai fini di una maggiore (e non più eludibile) richiesta di responsabilizzazione degli enti regionali». Per ulteriori riflessioni in argomento si rinvia, *infra*, § 4.6.

<sup>408</sup> In tal senso, E. CARUSO – N. DIRINDIN, op. ult. cit., *passim*.

legislatore – potrebbe mai avere la pretesa di incidere<sup>409</sup>. In definitiva si potrebbe verificare che, come efficacemente rilevato, la corsa al costo *standard* potrebbe spostare la produzione di inefficienze dal piano economico a quello prestazionale, generando fenomeni di erogazione di trattamenti inappropriati, ovvero, insoddisfacenti per la tutela dei bisogni dell'utenza<sup>410</sup>.

Inoltre, tale meccanismo potrebbe apparire come una riproposizione della spesa storica, ormai da anni abbandonata. Si è, infatti, evidenziato in proposito che «*se il finanziamento futuro deve essere basato sulla media delle precedenti spese delle Regioni che hanno rispettato i limiti del finanziamento, significa che il finanziamento deve essere nient'altro che la media, di certo non grezza bensì ponderata, dei precedenti finanziamenti stessi, e questo equivarrebbe a riproporre il "finanziamento storico", riedizione non molto rinnovata del criterio della "spesa storica"*»<sup>411</sup>.

A tal proposito elemento determinante al fine di disinnescare il rischio di acuire disparità e produrre inefficienze a livello prestazionale non può che essere rintracciato negli strumenti perequativi come si tenterà di argomentare nel prosieguo<sup>412</sup>.

Altra perplessità è stata evidenziata in relazione ai meccanismi di pesatura che allo stato sono legati soltanto al fattore dell'età<sup>413</sup>. È stato in proposito lucidamente notato che tale unico fattore non può spiegare le diverse esigenze (e conseguenti costi) del settore sanitario ma vi è l'esigenza di prevedere ulteriori *proxy* che permettano, ad esempio, di tenere in considerazione le condizioni socio-economiche del territorio e della popolazione di riferimento<sup>414</sup>.

---

<sup>409</sup> Sul punto, cfr. altresì quanto sostenuto da E. JORIO, *Un primo esame del d.lgs. n. 68/2011 sul federalismo regionale e provinciale, nonché sul finanziamento della sanità (...cinque dubbi di incostituzionalità)*, cit., p. 23 ss., secondo il quale il sistema del costo *standard* striderebbe con la Costituzione perché non risulterebbe garante di quanto sancito dalla lettera m), comma secondo, dell'art. 117 della Costituzione, rendendo possibile che, in caso di sfioramento dei costi *standard*, non venga garantita l'erogazione del servizio.

<sup>410</sup> Sul punto, M. SICLARI, op. ult. cit., *passim*.

<sup>411</sup> AGENAS, *Riflessioni sui criteri da utilizzare per il riparto del fabbisogno sanitario. Relazione commissionata dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome*, Roma, 30 aprile 2010, p. 15

<sup>412</sup> V., *infra*, § 4.6.

<sup>413</sup> Ai sensi dell'art. 27, comma 7, del d.lgs. n. 68/2011 «le regioni in equilibrio economico sono individuate sulla base dei risultati relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento e le pesature sono effettuate con i pesi **per classi di età** considerati ai fini della determinazione del fabbisogno sanitario relativi al secondo esercizio precedente a quello di riferimento» (enfasi aggiunta).

<sup>414</sup> In particolare, E. CARUSO – N. DIRINDIN, op. ult. cit., *passim*, hanno evidenziato che ai fini della definizione della formula capitaria «sono necessarie corrette informazioni che supportino con evidenze empiriche la scelta dei determinanti di salute sui bisogni di consumo per una distribuzione delle risorse che sia esente il più possibile dalla negoziazione politica».

Sotto tale profilo, pur avendone gli strumenti, il legislatore secondario è apparso, sino ad oggi, inerte. Ma non può non rilevarsi che il d.lgs. n. 68/2011 appare dotato di strumenti idonei al fine di raggiungere una corretta e più “giusta” pesatura della quota capitaria.

Tuttavia, sembra doveroso rilevare come, soprattutto con riferimento al settore sanitario, l’adozione del criterio dei costi e dei fabbisogni *standard* si dimostri un punto di svolta, seppur di partenza ed in via di perfezionamento, rispetto al passato, in ragione della diversa gestione che esso presenta con l’obiettivo del soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza.

In particolare, dall’impianto del d.lgs. n. 68 del 2011 risulta che i livelli essenziali di assistenza diventano il presupposto situato al centro dell’intero meccanismo di riparto delle risorse finanziarie e non più il solo fine al quale deve tendere l’azione amministrativa in sanità per dirsi efficiente. Ed infatti, il calcolo del fabbisogno di ciascuna regione parte proprio dal *quantum* necessario al fine di garantire la copertura (in efficienza) dei livelli essenziali di assistenza.

È pur vero che l’assetto delineato dal d.lgs. 68 del 2011 potrebbe essere maggiormente ancorato al dato reale attraverso il perfezionamento dei meccanismi di calcolo del fabbisogno *standard*, ma resta tuttavia una innegabile discontinuità rispetto alle scelte “emergenziali” del passato fondate su stime e apprezzamenti più o meno prudenti atti ad individuare il quantum necessario a finanziare la sanità, o meglio, i livelli essenziali di assistenza ed un evidente svolta che potrebbe essere decisiva, non senza ulteriori necessari correttivi - ai fini della sostenibilità della spesa sanitaria pur garantendo la piena tutela dei valori costituzionali.

### 3.4. La crisi finanziaria e l’arresto del federalismo fiscale.

#### 3.4.1. La crisi finanziaria e la riforma costituzionale dell’art. 81.

La questione del contenimento della spesa pubblica e, più in generale, della limitatezza delle risorse finanziarie da destinare alla tutela della salute non è emersa in questi ultimi anni ma risale, per come anche già rilevato e per come si avrà modo di

approfondire<sup>415</sup>, quanto meno ai primi anni Ottanta del secolo scorso. La sua origine può essere, a ben vedere, collocata già nella metà degli anni Settanta derivante dallo “choc petrolifero”<sup>416</sup>. Tale questione assume poi centralità in seno alla Corte costituzionale nell’ambito della giustiziabilità dei diritti sociali nel ventennio successivo. A seguire, ha trovato spazio la possibilità per il legislatore di intervenire sull’assetto, in generale dei diritti sociali nel rispetto del nucleo minimo - essenziale delle situazioni costituzionalmente protette pur nel rispetto del canone di ragionevolezza<sup>417</sup>.

I vincoli di provenienza comunitaria hanno, in tutta evidenza, avuto sempre una certa influenza su questo orientamento giurisprudenziale, ma il condizionamento europeo sulle scelte di allocazione delle risorse del legislatore nazionale appare maggiormente incisivo a partire dagli anni Duemila<sup>418</sup>.

In particolare, tale processo di regolamentazione ha trovato particolare vigore a seguito della crisi economica e finanziaria registrata a partire dal 2008 che, aggravando la situazione delle finanze pubbliche di molti Stati, ha stimolato un serio intervento del sistema di *governance* economica europea. Si è dunque partiti dal Patto Europlus<sup>419</sup> del 2011 per poi approvare nel novembre dello stesso anno il c.d. *six pack*<sup>420</sup> ed ,infine,

---

<sup>415</sup> V., *supra*, §§ 2.2. e 3.3. con riferimento alle riforme del SSN, ma anche, *infra*, § 3.5. con riferimento al contenuto del diritto alla salute.

<sup>416</sup> Cfr. M. LUCIANI, *Costituzione, bilancio, diritti e doveri dei cittadini*, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it), 2013, p. 6

<sup>417</sup> V., più diffusamente, *infra*, § 3.5.

<sup>418</sup> Cfr. G. RIVOSECCI, *L’indirizzo politico finanziario tra Costituzione italiana e vincoli europei*, Padova, 2007, p. 212 ss.; C. SALAZAR, *Crisi economica e diritti fondamentali* (Relazione al XXVIII convegno annuale dell’AIC), in *Rivista AIC*, 4, 2013, p. 6.

<sup>419</sup> Consiglio europeo, *Conclusioni del 24-25 marzo 2011, Allegato I, Patto europlus: coordinamento più stretto delle politiche economiche per la competitività e la convergenza*. Il testo è disponibile su [www.consilium.europa.eu](http://www.consilium.europa.eu).

<sup>420</sup> Il *six pack* è composto da una direttiva e cinque regolamenti: la direttiva 2001/85/UE del Consiglio, dell’8 novembre 2011, sui requisiti per i quadri di bilancio degli Stati membri; il regolamento n.1173/2011/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 novembre 2011, relativo all’effettiva esecuzione della sorveglianza di bilancio nella zona euro; il regolamento n.1174/2011/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 novembre 2011, sulle misure esecutive per la correzione degli squilibri macroeconomici eccessivi nella zona euro; il regolamento n.1175/2011/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 novembre 2011, che modifica il regolamento n.1466/97/CE del Consiglio per il rafforzamento della sorveglianza delle posizioni di bilancio nonché della sorveglianza e del coordinamento delle politiche economiche; il regolamento n.1176/2011/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 novembre 2011, sulla prevenzione e correzione degli squilibri macroeconomici; il regolamento n.1177/2011/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, dell’ 8 novembre 2011, che modifica il regolamento n.1467/97/CE del Consiglio per l’accelerazione e il chiarimento delle modalità di attuazione della procedura per i disavanzi eccessivi.

approvare, all'inizio del 2012, il Trattato sulla stabilità, il coordinamento e la *governance* nell'unione economica e monetaria (Tsgc)<sup>421</sup>, c.d. *Fiscal Compact*.

I vincoli imposti da tale ultimo atto hanno impegnato gli Stati contraenti all'introduzione negli ordinamenti nazionali, «preferibilmente» a livello costituzionale, di regole che imponessero l'obiettivo del bilancio in pareggio o in attivo, consentendo una deviazione dall'obiettivo di medio termine solo per eventi eccezionali<sup>422</sup>. La riforma costituzionale del 2012 ha avuto, pertanto, come obiettivo quello di incorporare nell'ordinamento italiano i vincoli provenienti da tali fonti europee<sup>423</sup>.

A tal fine, è stata, dunque, approvata la legge cost. n. 1/2012 che ha modificato gli artt. 81<sup>424</sup>, 97, 117 e 119 cost. ed ha introdotto il principio dell'equilibrio tra entrate e spese del bilancio dello Stato (al netto degli effetti del ciclo economico e salvo eventi eccezionali) al quale si aggiunge la legge rinforzata n. 243 del 2012 attuativa del comma 6 dello stesso art. 81, avente ad oggetto la disciplina delle norme fondamentali tese all'attuazione di tale equilibrio.

Tale riforma è stata accolta con umori differenti dalla dottrina.

Da un lato, vi è stato chi ha rilevato come «*le regole sulle decisioni di bilancio [...] non chiudono affatto ma assicurano concrete possibilità per mantenere spazi aperti alla politica e per limitare il potere di qualsiasi maggioranza di governo. Controllare*

---

<sup>421</sup> Il testo del *Trattato sulla stabilità, il coordinamento e la governance nell'unione economica e monetaria (Tsgc)*, deciso al Consiglio europeo del 9 dicembre 2011 e firmato al Consiglio europeo del 2 marzo 2012, è disponibile su [www.europeanCouncil.europa.eu](http://www.europeanCouncil.europa.eu).

<sup>422</sup> Cfr., tra gli altri, M. LUCIANI, op. ult. cit., p. 24 ss.; C. COLAPIETRO, *Alla ricerca di un Welfare state "sostenibile": il Welfare generativo*, in *Dir. Soc.*, 2014, p. 22; R. BIN – G. PITRUZZELLA, *Diritto costituzionale*, cit., p. 59 ss.; C. SALAZAR, *Crisi economica*, cit., p. 6 ss.; I. CIOLLI, *I diritti sociali*, in AA.VV., F. ANGELINI – M. BENVENUTI (a cura di), *Il diritto costituzionale alla prova della crisi finanziaria mondiale*, Napoli, 2012.

<sup>423</sup> G.L. TOSATO, *I vincoli europei sulle politiche di bilancio*, in [www.apertacontrada.it](http://www.apertacontrada.it), 22 luglio 2012, che ha ben evidenziato come «l'obbligo del pareggio di bilancio era già operante nel diritto dell'Unione; e questo, in base a consolidati principi, ha valore prioritario sul diritto interno. Gli Stati membri avrebbero quindi dovuto conformarsi a quell'obbligo, senza che fosse necessario replicarlo in un patto apposito».

<sup>424</sup> L'attuale art. 81 cost. recita: «Lo Stato assicura l'equilibrio tra le entrate e le spese del proprio bilancio, tenendo conto delle fasi avverse e delle fasi favorevoli del ciclo economico (comma 1). Il ricorso all'indebitamento è consentito solo al fine di considerare gli effetti del ciclo economico e, previa autorizzazione delle Camere adottata a maggioranza assoluta dei rispettivi componenti, al verificarsi di eventi eccezionali (comma 2). Ogni legge che importi nuovi o maggiori oneri provvede ai mezzi per farvi fronte (comma 3). Le Camere ogni anno approvano con legge il bilancio e il rendiconto consuntivo presentati dal Governo (comma 4). L'esercizio provvisorio del bilancio non può essere concesso se non per legge e per periodi non superiori complessivamente a quattro mesi (comma 5). Il contenuto della legge di bilancio, le norme fondamentali e i criteri volti ad assicurare l'equilibrio tra le entrate e le spese dei bilanci e la sostenibilità del debito del complesso delle pubbliche amministrazioni sono stabiliti con legge approvata a maggioranza assoluta dei componenti di ciascuna Camera, nel rispetto dei principi definiti con legge costituzionale (comma 6)».

*l'indebitamento e imporre procedure di riduzione dello stock di debito pubblico sono condizioni essenziali per consentire proprio alla politica di compiere scelte non pregiudicate dall'obbligo di onorare impegni sempre più onerosi, per generare crescita e coesione sociale. Il controllo della spesa pubblica e dei mezzi di finanziamento è anche una forma di contro-potere democratico al dispotismo di qualsiasi maggioranza».* Sarebbe garantita la tutela dei diritti tenendo giusto conto, non solo dell'uguaglianza di tutti i cittadini (anche coloro i quali non sono coinvolti dal sistema di protezione sociale), ma anche delle generazioni future<sup>425</sup>.

Dall'altro lato, vi era chi aveva assunto una posizione fortemente critica, definendo la riforma una vera e propria «*regressione costituzionale*» tesa all'introduzione di politiche neoliberiste che avrebbero svilito la nostra Costituzione con la subordinazione della garanzia dei diritti sociali alle disponibilità finanziarie<sup>426</sup>.

Altra dottrina, invece, facendo leva sull'obbligo di copertura finanziaria contenuto nell'art. 81, quarto comma, come formulato precedentemente all'entrata in vigore della riforma costituzionale del 2012, il pareggio di bilancio fosse un principio già contenuto nella nostra Carta<sup>427</sup>.

Sembra, tuttavia, condivisibile l'impostazione di autorevole dottrina che, partendo dall'originario dettato costituzionale, ha messo in evidenza l'intenzione dei costituenti di rifiutare di conformare il testo costituzionale ad una specifica teoria economica: «*È in questo rifiuto dell'opzione in pro dell'una o dell'altra politica finanziaria, nella scelta di strutturare la regolamentazione del bilancio essenzialmente come disciplina di un processo decisionale (e non dei suoi contenuti) e nella conseguente duttilità di tale (originaria) disciplina che giace, a mio avviso, l'autentica essenza di valore*

---

<sup>425</sup> Cfr., in tal senso, A. MORRONE, *Pareggio di bilancio e costituzione*, in *Rivista AIC*, 2013, p. 2 ss.

<sup>426</sup> Cfr. la posizione di A. BRANCASI, *L'introduzione del principio del c.d. pareggio di bilancio: un esempio di revisione affrettata della Costituzione*, in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it), 2012, il quale parla di una riforma frettolosa. Ancora più critica la posizione di G. AZZARITI, *Il pareggio che per i diritti è una sconfitta*, in *Il manifesto* del 23 settembre 2014.

<sup>427</sup> G. DI GASPARE, *Innescare un sistema in equilibrio della finanza pubblica ritornando all'art. 81 della Costituzione*, in [www.amministrazioneincammino.luiss.it](http://www.amministrazioneincammino.luiss.it), 2005, p. 2; G. BOGNETTI, *Costituzione e bilancio dello stato: il problema delle spese in deficit*, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it), 2009, p. 15 ss.; L. GIANNITI, *Il pareggio di bilancio nei lavori della costituente*, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it), 2011; A. PACE, *Pareggio di bilancio: qualcosa si può fare*, in [www.rivistaaic.it](http://www.rivistaaic.it), 2011.

*che si distilla dal testo costituzionale»<sup>428</sup>. Su tale presupposto, guidata dal principio dell'interpretazione conforme della Costituzione, tale dottrina, ha enfatizzato che, nonostante la locuzione «pareggio di bilancio» presente nel titolo della riforma, nelle disposizioni si parla di *equilibrio di bilancio*, ed ha raggiunto la conclusione che il novellato art. 81 non esprimerebbe un divieto per l'indebitamento e la spesa pubblica. In particolare: «una volta che le esigenze di equilibrio vengono depurate dagli effetti del ciclo e che le politiche anticicliche sono esplicitamente ammesse, anche ove alimentate dalla spesa pubblica e finanziate da ulteriore indebitamento, il nuovo quadro costituzionale del bilancio cessa d'essere sospettabile di eccessi di dogmatismo e finisce per conservare in buona misura, pur circoscrivendola, l'originaria duttilità voluta dai Costituenti»; tuttavia le decisioni di spesa e le politiche di bilancio le decisioni di spesa e la politica di bilancio non possono più considerarsi pienamente libere essendo oggi assoggettate a precise condizioni e ad un obbligo di motivazione<sup>429</sup>.*

Tale tesi è stata criticata, da attenta dottrina, in quanto non terrebbe conto di un'importante novità introdotta dal novellato art. 81 riguardo all'applicazione del principio dell'equilibrio finanziario da parte del giudice costituzionale. In particolare, è stato rilevato che tale principio, nella vigenza della precedente formulazione dell'art. 81, è stato elaborato dalla Corte non per operare come argomento di censura dell'incostituzionalità di una norma ma, piuttosto, al fine di "salvare" dalla declaratoria di illegittimità quelle norme (principalmente destinate alla limitazione della tutela dei diritti sociali) che diversamente sarebbero state in contrasto con altri parametri costituzionali<sup>430</sup>. Con il nuovo art. 81, il principio dell'equilibrio di bilancio non solo viene

---

<sup>428</sup> M. LUCIANI, *op. ult. cit.*, p. 40; in senso analogo, v. A. BRANCASI, *La nuova regola costituzionale del pareggio di bilancio. Effetti sui rapporti Parlamento-Governo e sugli indirizzi delle politiche sociali: il caso italiano*, Atti a delle V giornate italo-ispano-brasiliane di diritto costituzionale, Lecce, 14-15 settembre 2012, in [www.gruppodipisa.it](http://www.gruppodipisa.it), p. 2.

<sup>429</sup> M. LUCIANI, *op. ult. cit.*, p. 43 ss.

<sup>430</sup> In tal senso, O. CHESSA, *La misura minima essenziale dei diritti sociali: problemi e implicazioni di un difficile bilanciamento*, in *Giur. cost.*, 2, 1998, p. 1170 ss. Ma cfr. anche G. SCACCIA, *L'equilibrio di bilancio fra Costituzione e vincoli europei*, in *Osservatoriosullefonti.it*, 2, 2013, p. 7, il quale rileva che «l'esigenza di un«tendenziale» equilibrio – derivante dal combinato disposto del divieto per la legge di bilancio di stabilire nuovi tributi e nuove spese e dell'obbligo di copertura delle leggi di spesa (art. 81, terzo e quarto comma, Cost. nel vecchio testo) – è stata sempre considerata come un obiettivo politico, piuttosto che come un'obbligazione giuridica in senso proprio».

esplicitato ma diventa un parametro costituzionale “a tutto tondo” e, al tal fine, occorre stabilire in cosa consiste e quando e sotto quali condizioni è legittimo discostarsene<sup>431</sup>.

Con specifico riguardo all’art. 119, la riforma del 2012, come si argomenterà nel prosieguo<sup>432</sup>, ha condizionato al primo comma l’autonomia finanziaria di regioni ed enti locali al rispetto dell’equilibrio dei rispettivi bilanci e ha previsto che tali enti debbano concorrere all’osservanza dei vincoli economici e finanziari derivanti dall’ordinamento dell’Unione Europea. Inoltre, al sesto comma ha ulteriormente limitato le possibilità di indebitamento degli enti territoriali, aggiungendo un ulteriore requisito a quelli esistenti (finanziamento di spese di investimento e contestuale definizione di piani di ammortamento): per il complesso degli enti di ciascuna regione deve essere rispettato l’equilibrio di bilancio.

Un’ulteriore importante modifica del testo costituzionale, di cui si è avuto modo di riferire<sup>433</sup>, è stata quella operata dal legislatore all’art. 117, secondo comma, lett. e), cost. in virtù della quale la materia dell’armonizzazione dei bilanci pubblici è stata ricondotta alla potestà legislativa esclusiva dello Stato, dalla precedente assegnazione alla competenza concorrente ad opera della legge costituzionale n. 3 del 2001.

#### 3.4.2. L’arresto del federalismo fiscale.

Con la riforma del 2012 è stato dunque fissato nella nostra Costituzione il principio di equilibrio dei “bilanci pubblici” al fine di rispettare gli impegni assunti in sede europea. Il principio in questione, oltre a riferirsi al bilancio statale, ha trovato applicazione anche a tutti gli enti che compongono le istituzioni pubbliche (art. 97 cost.<sup>434</sup>), ed anche a carico delle istituzioni territoriali (art. 119 cost.).

In particolare, la nuova formulazione dell’art. 119 cost. ha introdotto due principi che vanno ad incidere sull’autonomia finanziaria degli enti territoriali. Secondo il primo, l’autonomia finanziaria di entrata e di spesa degli enti territoriali deve essere svolta «*nel rispetto dell’equilibrio dei relativi bilanci*». In tale prospettiva, la

---

<sup>431</sup> O. CHESSA, *La costituzione della moneta*, Napoli, 2016, p. 405 ss.

<sup>432</sup> V., *infra*, § 3.4.2.

<sup>433</sup> V., *supra*, § 2.4.

<sup>434</sup> L’art. 97 al primo comma recita: «Le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l’ordinamento dell’Unione europea, assicurano l’equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico».



riaffermazione dell'autonomia di tali enti deve soggiacere al principio di pareggio di bilancio che ne condiziona, evidentemente, le politiche. Il secondo principio è teso al coinvolgimento degli enti territoriali nel perseguimento degli obiettivi di equilibrio della finanza pubblica nazionale concorrendo «*ad assicurare l'osservanza dei vincoli economici e finanziari derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea*».

Ulteriore limitazione deriva dalla nuova formulazione dell'ultimo comma dell'art. 119 cost. che conferma la possibilità per gli enti territoriali di ricorrere all'indebitamento solo per le spese di investimento purché, contestualmente, siano definiti i relativi piani di ammortamento e «*a condizione che per il complesso degli enti di ciascuna Regione sia rispettato l'equilibrio di bilancio*».

L'intento del legislatore costituente del 2012 sembra dunque quello di garantire gli impegni europei mediante una responsabilizzazione di tutti i livelli di governo che ha trovato particolare accentramento in favore del potere statale in virtù della legge rinforzata 24 dicembre 2012, n. 243<sup>435</sup> di attuazione dell'art. 81, comma 6, cost., recante «*Disposizioni per l'attuazione del principio di pareggio di bilancio*».

In dottrina si è sviluppato un ampio dibattito sia in relazione alla necessità che all'opportunità che la riforma costituzionale vincolasse in maniera così stringente gli enti territoriali<sup>436</sup> ma anche in relazione alle sorti del federalismo fiscale all'esito di tali vincoli.

Sembra condivisibile il rilievo di quella dottrina<sup>437</sup> secondo la quale la riforma, nei suoi principi generali, può essere vista come un'esplicitazione dei corrispondenti obblighi di matrice europea in capo a regioni e enti locali derivanti dall'art. 117, primo comma, cost., contenente il dovere di adempiere agli obblighi comunitari anche per gli enti territoriali. Ciò trova conferma nel fatto che il divieto di disavanzi pubblici eccessivi in

---

<sup>435</sup> Sul punto cfr., tra gli altri, E. JORIO, *Quanto peserà la legge attuativa del "pareggio di bilancio" sull'attività delle Regioni e degli enti locali?*, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it), 2013; M. NARDINI, *La legge n. 243/2012 e l'adeguamento dell'ordinamento nazionale alle regole europee di bilancio*, in [www.osservatoriosullefonti.it](http://www.osservatoriosullefonti.it), 1, 2013; M. BERGO, *Qualche riflessione a margine della legge 24 dicembre 2012, n. 243 attuativa della riforma costituzionale più silenziosa degli ultimi tempi*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 6, 2013.

<sup>436</sup> In particolare, la disciplina dell'equilibrio dei bilanci delle regioni e degli enti locali e del concorso degli stessi alla sostenibilità del debito pubblico è contenuta al Capo IV, dall'art. 9 all'art. 12.

<sup>437</sup> In tal senso, v. G. L. TOSATO, *I vincoli europei sulle politiche di bilancio*, cit. ma anche G.M. SALERNO, *Equilibrio di bilancio, coordinamento finanziario e autonomie territoriali*, in *Il Filangieri, Quaderno 2011*, Napoli, 2012, p. 147.

adempimento degli obblighi comunitari a carico degli enti territoriali trovava da tempo sede nel Patto di stabilità interno<sup>438</sup>.

Tuttavia, soprattutto con la legge di attuazione n. 243/2012, risultano aumentati i vincoli che il legislatore statale può imporre sulle entrate e sulle spese delle autonomie territoriali al punto da far emergere una serie di incongruenze rispetto al sistema di finanziamento delle regioni e degli enti locali scaturito dal percorso attuativo del federalismo fiscale<sup>439</sup>.

Una tale inversione di tendenza appare solo in parte giustificabile dalle esigenze derivanti dalla crisi economico-finanziaria<sup>440</sup> ma sembra, piuttosto, che in nome dell'unitarietà della finanza pubblica sia stato non solo sacrificato il federalismo fiscale ma sia stata operata un'incisiva compressione dei principi di autonomia e di sussidiarietà<sup>441</sup>.

In particolare, lo stesso obbligo di equilibrio di bilancio per tutte le amministrazioni statali, e dunque previsto anche per gli enti territoriali, potrebbe rappresentare un vero e proprio freno per lo stesso principio autonomistico<sup>442</sup>. Soprattutto se si tiene a mente che gli enti territoriali non hanno mai beneficiato di una compiuta realizzazione di un'autonomia finanziaria ed una finanza diretta<sup>443</sup>.

Altro profilo critico è stato rilevato nell'art. 81, secondo comma, cost., ove è previsto che sia lo Stato in via esclusiva, senza nessuna previsione che implichi la cooperazione di regioni ed enti locali, il compito di definire le modalità ed i casi in cui sia possibile ricorrere all'indebitamento.

---

<sup>438</sup> Cfr. in argomento di Patto di stabilità interno, *supra*, 3.3.1.

<sup>439</sup> In tal senso, cfr. A. BRANCASI, *La nuova regola costituzionale del pareggio di bilancio*, cit., p. 6 ss.

<sup>440</sup> In tal senso si è espresso M. SALERNO, *Autonomia finanziaria regionale e vincoli di bilancio*, Napoli, 2013, p. 113, secondo il quale «l'impressione è quella di una legislazione che risente dello specifico contesto emergenziale nel quale è stata adottata e che, pertanto, inevitabilmente sacrifica l'autonomia finanziaria delle Regioni al fine di evitare ogni rischio derivante dallo sfioramento dei parametri imposti dall'Unione europea e dei conseguenti effetti negativi sulla finanza complessiva delle pubbliche amministrazioni».

<sup>441</sup> Così, F. GALLO, *Federalismo fiscale e vincolo del pareggio di bilancio*, Audizione alla Commissione per l'attuazione del Federalismo fiscale della Camera dei Deputati, Roma 30 ottobre 2014, p. 22.

<sup>442</sup> Cfr. G. GRASSO, *Il costituzionalismo della crisi. Uno studio sui limiti del potere e sulla legittimazione al tempo della globalizzazione*, Napoli, 2012, p. 109.

<sup>443</sup> In tal senso, cfr. M. BELLETTI, *I "livelli essenziali delle prestazioni" alla prova del "coordinamento della finanza pubblica". Alla ricerca della "perequazione" perduta*, in *Quaderni di sanità pubblica*, 5, 2014, p. 114, che rileva, con riferimento alle autonomie territoriali, come «pur non avendo ancora conosciuto attuazione l'autonomia, il coordinamento [della finanza pubblica] è comunque divenuto pervasivo».

Inoltre, con la legge n. 243 del 2012, al potere statale è stata attribuita la determinazione dei criteri e dei parametri di riduzione del *deficit* e della spesa pubblica, nonché dei casi in cui è consentito derogare a tali vincoli, senza tuttavia prevedere neppure in tale ipotesi - l'opportuno - coinvolgimento degli enti territoriali.

Sono stati messi in evidenza i legami di continuità tra la riforma costituzionale del 2012, la coeva legislazione sulla "crisi" e il pervasivo coordinamento della finanza pubblica (avallato dalla Corte Costituzionale<sup>444</sup>) «*con conseguente rottura del legame con l'impianto sul "federalismo fiscale", forse più attentamente calibrato sulle esigenze e istanze dell'autonomia*»<sup>445</sup>.

Insomma, un tale assetto sembra voler ridurre al minimo l'autonomia finanziaria degli enti territoriali agendo solo sul quadro istituzionale e competenziale, lasciando in disparte i principi cardine del federalismo fiscale e rimettendo, da una parte, le scelte di prelievo - anche quelle dei tributi propri in senso stretto - esclusivamente al potere centrale e, dall'altra, il riparto delle risorse a complesse procedure concertative non sufficientemente definite e difficilmente definibili; da ciò, «*il rischio è l'abbandono, di fatto, del modello costituzionale del pluralismo istituzionale e paritario che privilegia ancora il livello di governo inferiore*»<sup>446</sup>.

### 3.5. Il contenuto del diritto alla salute nella giurisprudenza costituzionale. Il bilanciamento tra esigenze economico-finanziarie ed effettiva tutela del diritto.

Il contenuto e la struttura dei diritti sociali sono stati oggetto di costante attenzione da parte della dottrina ma anche del giudice costituzionale. Abbiamo avuto modo di verificare come tali diritti, e più in particolare del diritto alla salute, si siano

---

<sup>444</sup> Cfr. in proposito le considerazioni esposte in tema di giurisprudenza costituzionale in tema di competenze Stato - regioni, *supra*, § 2.4.

<sup>445</sup> Così, M. BELLETTI, *I "livelli essenziali delle prestazioni" alla prova del "coordinamento della finanza pubblica"*, cit., p. 120.

<sup>446</sup> In tal senso, F. GALLO, *Federalismo fiscale e vincolo del pareggio di bilancio*, cit., p. 24 il quale riporta anche il lungimirante pensiero di Calamandrei secondo il quale «il federalismo, prima che una dottrina politica, è l'espressione di una raggiunta coscienza morale della interdipendenza della sorte umana, che intorno ad un unico centro si allarga con cerchi sempre più larghi, dal singolo al Comune, dalla Regione alla nazione, dall'unione supranazionale alla intera umanità». L'A., al fine di conservare intatto l'impianto costituzionale e soprattutto evitare la collisione con i principi dell'autonomia e della sussidiarietà, propone un'applicazione meno invasiva dei poteri statali in tema di equilibrio di bilancio fissando gli obiettivi (principalmente di spesa) il cui raggiungimento sarebbe lasciato all'autonomia degli enti territoriali.

affermati all'interno dell'impianto costituzionale<sup>447</sup>. A questo punto, dopo aver tracciato i contorni dei condizionamenti finanziari introdotti dal legislatore nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, assume importanza individuare il grado di *flessibilità*<sup>448</sup> della tutela del diritto alla salute, rispetto soprattutto ai vincoli della finanza pubblica, che è ammesso dalla Corte costituzionale.

Tale tema diventa centrale nella giurisprudenza della Corte nel corso degli anni Novanta. Tuttavia, è sin dagli anni Settanta che la questione della scarsità delle risorse finanziarie ha assunto rilievo nelle politiche legislative di spesa pubblica con il sostanziale appoggio del giudice costituzionale mediante l'applicazione del principio della gradualità nella realizzazione delle pretese soggettive all'eguaglianza soprattutto in ambito sanitario<sup>449</sup>. In chiusura degli anni Ottanta, la Corte, con la sentenza n. 992 del 1988, sembrava prefigurare una nuova dimensione del diritto alla salute; una dimensione piena e di diretta espressione dell'art. 32, comma 1, cost. che comprendeva le prestazioni ritenute indispensabili dal singolo prescindendo dalla scelte degli organi legislativi e dalla determinazioni assunte dagli organi amministrativi in ordine alla loro erogabilità da parte del servizio sanitario nazionale<sup>450</sup>.

Tali prospettive ermeneutiche s'infrangono sulla differente chiave di lettura inaugurata dalla nota sentenza n. 455 del 1990 e poi confermata per il successivo decennio che ha ricondotto il diritto alle prestazioni sanitarie nell'alveo della programmazione sanitaria e della spesa sostenibile<sup>451</sup>, in buona sostanza un diritto finanziariamente condizionato<sup>452</sup>.

---

<sup>447</sup> V., *supra*, § 1.4.

<sup>448</sup> Si esprime in termini di flessibilità del contenuto del diritto alla salute, E. CAVASINO, *La flessibilità del diritto alla salute*, cit., spec. p. 85 ss.

<sup>449</sup> Cfr. A. GIORGIS, *La costituzionalizzazione dei diritti all'uguaglianza sostanziale*, cit., p. 176 ss.; R. BIN, *Diritti e Argomenti. Il bilanciamento degli interessi nella giurisprudenza costituzionale*, Milano, 1992, p. 110 ss.; C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit., p. 75 ss.; E. MALFATTI-S. PANIZZA-R. ROMBOLI, *Giustizia costituzionale*, Torino, 2011; G. ZAGREBELSKY - V. MARCENÒ, *Giustizia costituzionale*, Bologna, 2102; V. MOLASCHI, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. I livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, Torino, 2008, p. 56 ss.; B. PEZZINI, *Principi costituzionali e politica della sanità*, in C.E. GALLO – B. PEZZINI, *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998, p. 17 ss.

<sup>450</sup> Sul tema, è puntuale la ricostruzione anche con riferimento alla coeva giurisprudenza di merito, di A. ROVAGNATI, *La pretesa di ricevere prestazioni sanitarie nell'ordinamento costituzionale repubblicano*, in *www.gruppodipisa.it*, 2012, p. 25 ss.

<sup>451</sup> La decisione è stata commentata da E. FERRARI, *Diritto alla salute e prestazioni sanitarie tra bilanciamento e gradualità*, in *Le Regioni*, 1991.

<sup>452</sup> La dottrina aveva già affrontato il tema nell'ambito della collocazione all'interno dell'assetto costituzionale e della dicotomia dell'art. 32 di cui si è già avuto modo di riferire (v., *supra*, § 1.4).

La Corte ha, infatti, accolto la tesi secondo cui il diritto alla salute, quando necessità dell'intervento del legislatore per la sua attuazione (diritto a trattamenti sanitari), non può considerarsi assoluto, ma risulta essere condizionato da una serie di fattori di cui si deve necessariamente tener conto quando si pone in essere la sua effettiva attuazione in favore dei cittadini. Tra tali fattori rientrano *in primis* i vincoli dettati dalla disponibilità delle risorse organizzative e finanziarie in quel determinato frangente storico. Tale conclusione viene raggiunta richiamando la natura programmatica della norma costituzionale e del necessario intervento del legislatore in ragione del fatto 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»*<sup>453</sup>.

Tale natura di diritto condizionato implica una gradualità nella tutela, pur sempre costituzionalmente obbligatoria, ma legata alla *«possibilità reale e obiettiva di disporre delle risorse necessarie per la medesima attuazione»*; un diritto che diventa pieno e incondizionato a fronte dell'attuazione legislativa in termini di prestazioni sanitarie *«erogabili come servizio pubblico a favore dei cittadini»*<sup>454</sup>.

L'orientamento inaugurato con la decisione del 1990 integra un vero e proprio mutamento, non tanto con riferimento alla costruzione del diritto alla salute in rapporto alla legislazione vigente<sup>455</sup> e non solo riguardo al condizionamento finanziario del diritto alle prestazioni sanitarie<sup>456</sup>, ma soprattutto nella nuova definizione del ruolo della Corte e degli strumenti di controllo a disposizione del giudice costituzionale<sup>457</sup>.

---

<sup>453</sup> C. cost., sent. n. 455/1990.

<sup>454</sup> C. cost., sent. n. 455/1990.

<sup>455</sup> La Corte si era già mossa in precedenza in tal senso mediante l'applicazione del principio di gradualità della tutela; v. Corte cost., sent. n. 142/1982.

<sup>456</sup> La sentenza n. 992/1988 della Corte è rimasta praticamente isolata.

<sup>457</sup> In tal senso, è condivisibile il pensiero di E. CAVASINO, op. ult. cit., p. 88.

Il ritorno alla programmaticità della norma costituzionale è accompagnato dall'applicazione del principio di gradualità della tutela del diritto alla salute sulla base di canoni aggiornati. Con la pronuncia del 1990, la Consulta inizia a costruire il giudizio di ragionevolezza come strumento di controllo dell'attività discrezionale del legislatore. Viene dunque inaugurato un nuovo ruolo della Corte quale giudice che esercita uno scrutinio sull'arbitrarietà delle leggi<sup>458</sup>. Se con il principio di gradualità, il giudice costituzionale aveva avallato le politiche legislative riducendo in definitiva il proprio margine d'intervento, con il giudizio di ragionevolezza il ruolo della giurisprudenza costituzionale si rafforza in tema di giustiziabilità delle norme programmatiche.

In definitiva, con la sentenza n. 455 del 1990, *«si definiscono stabilmente i tratti della categoria del diritto costituzionalmente condizionato e si apre il tema del controllo della discrezionalità legislativa»*<sup>459</sup>.

Pur se i fattori da bilanciare sono più d'uno, il limite preponderante che condiziona l'attività legislativa deve essere ravvisato principalmente nella disponibilità finanziaria mentre gli altri interessi di cui tenere conto rimangono per lo più sullo sfondo<sup>460</sup>.

A seguito della pronuncia del 1990, la Corte ha preso una posizione netta rispetto ai limiti e alle forme di tutela del diritto alla salute. Particolare attenzione merita la sentenza n. 304 del 1994, nella quale il giudice costituzionale riprende le impostazioni della sentenza del 1990. Secondo la Consulta il diritto ai trattamenti sanitari deve necessariamente essere bilanciato con gli altri interessi costituzionalmente rilevanti e soprattutto sulla base della disponibilità delle risorse. In particolare, *«al pari di ogni altro diritto costituzionale a prestazioni positive, il diritto a trattamenti sanitari, essendo basato su norme programmatiche che impongono al legislatore un obbligo costituzionale all'attuazione della tutela della salute, diviene per il cittadino "pieno e incondizionato" nei limiti in cui lo stesso legislatore, attraverso una non irragionevole opera di bilanciamento fra i valori costituzionali e di commisurazione degli obiettivi*

---

<sup>458</sup> Cfr. E. FERRARI, cit., p. 1417.

<sup>459</sup> E. CAVASINO, op ult. cit., p. 90.

<sup>460</sup> Cfr. sui limiti al diritto alla salute, le condivisibili argomentazioni di E. CAVASINO, op ult. cit., p. 85 ss., la quale all'interno della giurisprudenza costituzionale rintraccia, oltre a quello economico-finanziario, altri due differenti ordini di limiti: tecnico-scientifico ed organizzativo.

*conseguentemente determinati alle risorse esistenti, predisponga adeguate possibilità di fruizione delle prestazioni sanitarie»<sup>461</sup>.*

Riemerge dunque con chiarezza la natura programmatica del diritto alla prestazioni sanitarie che, ai fini della sua attuazione, necessita dell'intervento del legislatore al quale spetta di effettuare il bilanciamento nel quale vengano tenuti in considerazione tutti gli elementi rilevanti ed, in particolare, le risorse esistenti.

Con tale pronuncia, la Corte apre anche un nuovo percorso argomentativo che ha poi incontrato ampia conferma nella giurisprudenza degli anni successivi. In particolare, in un *obiter dictum*, il giudice costituzionale, utilizzando un ragionamento per assurdo ha aperto al strada alla tutela del nucleo irriducibile del diritto. Pur risolvendo al questione per la non fondatezza sulla base del ragionevole bilanciamento operato dal legislatore in considerazione dei vincoli di bilancio, la Corte ha infatti precisato che, qualora le esigenze relative alla 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 ad un esercizio macroscopicamente irragionevole della discrezionalità legislativa»<sup>462</sup>.*

Altro snodo importante è rintracciabile nella sentenza n. 309 del 1999 nella quale emerge pienamente il concetto di *«nucleo irriducibile»* del diritto alla salute<sup>463</sup>. Se da un lato, la Corte richiama il principio del bilanciamento tra il diritto alla salute e le necessarie esigenze di equilibrio della finanza pubblica, dall'altro, emerge il principio per cui i vincoli economici cedono rispetto ad altri valori che devono orientare la scelta legislativa, in quanto nel bilanciamento non possono assumere *«un peso talmente*

---

<sup>461</sup> Corte cost., sent. n. 304/1994.

<sup>462</sup> Corte cost., sent. n. 304/1994.

<sup>463</sup> Altro importante arresto della Corte costituzionale è senza dubbio la sentenza n. 185 del 1998 (nota come la sentenza sul "caso Di Bella") nella quale la Consulta ribadisce la tesi del carattere condizionato del diritto alla salute ma finisce per accogliere la questione di legittimità in ragione della lesione del contenuto minimo essenziale del diritto alla salute. Cfr. C. COLAPIETRO, *La salvaguardia costituzionale del diritto alla salute e l'effettività della sua tutela nella sperimentazione del «multitrattamento Di Bella»*, in *Giur. It.*, 1999, p. 166 ss., secondo il quale «nella motivazione del giudice costituzionale può osservarsi come i profili di carattere finanziario arretrino di fronte alla garanzia del nucleo essenziale del diritto alla salute» la cui interpretazione, nel caso di specie, seppur circoscritta e delimitata sulla base di condizioni puntualmente indicate dalla Corte, appare ampia al punto da includere anche l'aspettativa di guarigione di malati terminali.

*preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana»<sup>464</sup>.*

La Corte tenta di fornire una definizione del contenuto del «*nucleo irriducibile*» riconducendolo alla situazione economicamente disagiata del cittadino e ponendolo in relazione con le condizioni di indigenza. Tuttavia, la condizione di indigenza non integra un appiglio sicuro in quanto ha caratteristiche incerte e indeterminate. Tale nozione «*non possiede un significato puntuale e sempre identico a se stesso*» rimanendo nella discrezionalità del legislatore l'individuazione dei «*limiti di reddito o i tetti patrimoniali al di sotto dei quali le condizioni economiche di una persona siano da ritenersi insufficienti a fronteggiare le esigenze terapeutiche*»<sup>465</sup>.

Nell'anno successivo la Corte, in continuità con le precedenti pronunce, definisce in termini più puntuali il limite generale e assoluto che condiziona l'attività legislativa. Con la sentenza n. 509 del 2000 vengono ripresi nuovamente i profili ritenuti dalla Corte fondamentali per orientare la scelta del legislatore quando definisce l'accesso alle prestazioni sanitarie per i cittadini. Il compito del legislatore è quello di bilanciare il diritto alla salute e gli «*altri interessi costituzionalmente protetti*».

In particolare secondo la Consulta «*va premesso che, secondo un principio desumibile dalla giurisprudenza di questa Corte, il diritto ai trattamenti sanitari necessari per la tutela della salute è "garantito ad ogni persona come un diritto costituzionalmente condizionato all'attuazione che il legislatore ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti"* [...]. *Bilanciamento che, tra l'altro, deve tenere conto dei limiti oggettivi che il legislatore incontra in relazione alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone, restando salvo, in ogni caso, quel "nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana"*[...] *il quale impone di impedire la costituzione di situazioni prive di tutela, che possano appunto pregiudicare l'attuazione di quel diritto*»<sup>466</sup>.

---

<sup>464</sup> Corte cost., sent. n. 309/1999.

<sup>465</sup> Corte cost., sent. n. 309/1999; la Corte opera dunque un *self-restraint* ritenendo insindacabili i modi, i requisiti e le forme per dare attuazione ai diritti degli indigenti. Il principio di ragionevolezza trova applicazione alla disciplina legislativa rispetto, da un lato, all'onerosità della cura e, dall'altro alla gravità della malattia ed al tipo di rischi per la salute.

<sup>466</sup> Corte cost., sent. n. 509/2000.



Una tale impostazione radicata in un contesto di diminuzione delle risorse difficilmente può ritenersi superata negli anni successivi. Sembra dunque ravvisabile una sostanziale continuità con la successiva sentenza n. 203 del 2008. Con tale pronuncia, la Corte opera un bilanciamento tra le esigenze di finanza pubblica e la tutela della salute con specifico riguardo al tema della compartecipazione ai costi degli utenti. In particolare, la Consulta giunge alla conclusione della compatibilità di un ticket fisso con i principi costituzionali «*nella considerazione bilanciata dell'equilibrio della finanza pubblica e dell'uguaglianza di tutti i cittadini nell'esercizio dei diritti fondamentali, tra cui indubbiamente va ascritto il diritto alla salute*»; e ciò in quanto «*non sarebbe ammissibile che l'offerta concreta di una prestazione sanitaria rientrante nei LEA si presenti in modo diverso nelle varie Regioni*»<sup>467</sup>.

Anche la giurisprudenza successiva, sentenze n. 271 del 2008, n. 341 del 2009, n. 330 del 2011 e n. 187 del 2012, non sembra dare segnali di discontinuità rispetto all'argomento di «*una necessaria opera di contenimento della spesa*» in stretta correlazione con quello di garantire le prestazioni rientranti nei LEA a tutti i cittadini<sup>468</sup>.

Come si è già ricordato<sup>469</sup>, nel frattempo abbiamo assistito ad un ulteriore deterioramento del contesto economico-finanziario nell'ambito del quale si possono segnalare alcune pronunce di particolare interesse per verificare l'espansione del tema dell'esigenza economico-finanziaria.

Con la sentenza n. 32 del 2012, la Corte si sofferma sulla possibilità per le regioni di integrare le prestazioni sanitarie rispetto a quelle fissate a livello nazionale allorché esse siano sottoposte a piani di rientro. In particolare, la regione Abruzzo aveva previsto l'erogazione di un servizio di elisoccorso da far rientrare, entro limiti definiti, a carico del servizio sanitario. Il giudice costituzionale ha qualificato tale servizio come supplementare rispetto ai LEA e quindi in contrasto con gli obiettivi di riequilibrio

---

<sup>467</sup> Corte cost., n. 203/2008.

<sup>468</sup> Cfr. L. TRUCCO, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità dei diritti sociali*, in E.CAVASINO, G.SCALA, G.VERDE (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza* (Atti del Convegno annuale del Gruppo di Pisa svoltosi a Trapani l'8 e il 9 giugno 2012), Napoli, 2013, p. 103 ss.

<sup>469</sup> V., *supra*, § 3.4.

nell'erogazione dei LEA e di perseguimento del pareggio economico contenuti nel Piano di rientro<sup>470</sup>.

Su questa stessa scia si colloca la sentenza n. 79 del 2013, con la quale la Corte dichiara l'incostituzionalità della legge della regione Campania sulla "Istituzione del registro tumori di popolazione della Regione Campania", in quanto l'istituzione di nuove strutture e le conseguenti nuove spese si pongono in contrasto a con l'attuazione del Piano di rientro e con le competenze stesse del Commissario *ad acta*. In particolare, la Consulta, sostiene «*che l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute ed in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa, peraltro in un quadro di esplicita condivisione da parte delle Regioni della assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario (sentenze n. 91 del 2012 e n. 193 del 2007)*»; da ciò deriva che «*il legislatore statale può legittimamente imporre alle Regioni vincoli alla spesa corrente per assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento di obiettivi nazionali, condizionati anche da obblighi comunitari (sentenze n. 91 del 2012, n. 163 del 2011 e n. 52 del 2010)*»<sup>471</sup>.

Pur sempre nel medesimo solco, ma con una diversa sfumatura, può essere collocata una recente pronuncia della Corte, la n. 275/2016, in materia di diritti sociali (e, in particolare, dell'art. 38 cost.) nella quale trova anche applicazione l'art. 81 cost. nella sua formulazione riformata. In particolare, la questione sottoposta alla Consulta riguardava la legittimità costituzionale della legge della Regione Abruzzo 15 dicembre 1978, n. 78 nella parte in cui prevedeva l'erogazione di un contributo per l'erogazione del servizio di trasporto degli studenti portatori di handicap o di situazioni di svantaggio, nella misura del 50% e, comunque, solo «*nei limiti della disponibilità finanziaria determinata dalle annuali leggi di bilancio e iscritta sul pertinente capitolo di spesa*». La

---

<sup>470</sup> Corte cost., n. 32 del 2012; in tale caso la Corte ha ravvisato la lesione del principio del coordinamento finanziario di cui all'art. 117, comma 3, cost.

<sup>471</sup> Corte cost., sentenza n. 79 del 2013; in tale caso la Corte ha ravvisato la lesione del principio del coordinamento finanziario di cui all'art. 117, comma 3, cost. ma anche del potere sostitutivo di cui all'art. 120, comma 2, cost. Di contenuto sostanzialmente analogo è la sentenza n. 104 del 2013 ove la Corte, sempre in tema di servizi sanitaria aggiuntivi da parte di regioni sottoposte a Piani di rientro, conclude per la declaratoria di incostituzionalità della norma regionale, in tal caso, tuttavia, azionando il parametro competenziale di cui all'art. 117, comma 2, lett. m), cost.

Regione, a difesa della propria norma, invocava il principio secondo cui il diritto allo studio del disabile deve essere bilanciato con altri diritti costituzionalmente rilevanti e, in particolare, con il principio di copertura finanziaria e di equilibrio della finanza pubblica, di cui all'art. 81 cost. La Corte ha precisato che, *«a parte il fatto che, una volta normativamente identificato, il nucleo invalicabile di garanzie minime per rendere effettivo il diritto allo studio e all'educazione degli alunni disabili non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali, è di tutta evidenza che la pretesa violazione dell'art. 81 Cost. è frutto di una visione non corretta del concetto di equilibrio del bilancio, sia con riguardo alla Regione che alla Provincia cofinanziatrice»*<sup>472</sup>. Pertanto, in tale ipotesi, e cioè quando il nucleo irriducibile del diritto fondamentale sia stato identificato, l'erogazione della prestazione non può essere negata né tanto meno sottoposta a un limite aleatorio; in altri termini *«è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»*<sup>473</sup>.

A bene vedere, anche in tale arresto, il giudice costituzionale, pur chiamato a valutare l'applicazione del "nuovo" art. 81 cost., accogliendo la questione, sembra confermare, a tutela del diritto sociale, che l'incidenza del contenimento della spesa pubblica non può mai incidere sull'erogazioni di quelle prestazioni che rientrano nel nucleo irriducibile di un diritto fondamentale.

Tale recente pronuncia, pur non riguardando il direttamente il diritto alla salute, può permettere di rintracciare una linea di continuità nella posizione della Corte riguardo alla resistenza dei diritti fondamentali rispetto alle esigenze economico-finanziarie. Se da un lato, è ammissibile che in forza del contenimento della spesa pubblica il diritto alle prestazioni sanitarie trovi dei limiti, dall'altro tali limiti non possono giungere a compromettere il nucleo irriducibile del diritto stesso.

Un tale nucleo è però di difficile individuazione in quanto, in tali casi, la Consulta è chiamata a svolgere un sindacato con forti caratteri di concretezza trovandosi prevalentemente in sede di giudizio in via incidentale. In tale posizione, la Corte vaglia la struttura del diritto alla salute *«reagendo su un quadro già definito dal legislatore e dagli*

---

<sup>472</sup> Corte cost., sentenza n. 275 del 2016.

<sup>473</sup> Corte cost., sentenza n. 275 del 2016.

*interpreti» in modo che «la potenzialità del controllo di costituzionalità rispetto alle garanzie di effettività del diritto alla salute ne escono, dunque, fortemente ridimensionate»<sup>474</sup>.*

---

<sup>474</sup> E. CAVASINO, op ult. cit., p. 108.

## Capitolo IV

\* \* \*

### **La ricerca di un nuovo equilibrio sostenibile tra tutela della salute e crisi finanziaria.**

*Sommario: - 4.1. Premessa. - 4.2. La linea tracciata dall'Unione Europea. - 4.3. Le indagini svolte dalle Commissioni parlamentari nel corso del 2014 e del 2015 in tema di sostenibilità del Servizio sanitario nazionale. - 4.4. Il rapporto "Gimbe". Proposte per un Servizio sanitario nazionale sostenibile. - 4.5. Il tentativo di revisione costituzionale Boschi-Renzi. - 4.5.1. Il Senato delle autonomie e la controriforma del Titolo V. - 4.5.2. Il "nuovo" art. 119 tra costi e fabbisogni standard e abbandono del federalismo fiscale. - 4.6. Considerazioni conclusive. Prospettive di un nuovo equilibrio per la tutela della salute.*

#### 4.1. Premessa.

In quest'ultimo capitolo, prima di esporre le considerazioni conclusive, verranno esaminate alcune recenti proposte provenienti da organi parlamentari ma anche da un'organizzazione privata sul tema della sostenibilità del diritto alla salute. Tali proposte saranno un utile punto di riferimento nell'elaborazione delle conclusioni del presente lavoro. Tuttavia, sembra opportuno preliminarmente, anche in considerazione delle rigide imposizioni finanziarie di provenienza europea di cui abbiamo avuto modo di discutere<sup>475</sup>, andare a verificare quale sia la collocazione e la tutela della salute nell'ambito dell'Unione Europea.

#### 4.2. La linea tracciata dall'Unione Europea.

La tutela della salute ha assunto un ruolo sempre più centrale nell'ambito dell'azione dell'Unione Europea nonostante ad essa sia attribuita una competenza subalterna e di sostegno rispetto a quella esclusiva degli Stati membri.

In particolare, il Titolo XIV del Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea<sup>476</sup> è dedicato alla sanità pubblica e nel suo unico art. 168 (ex art. 152 TCE) dispone: «*Nella*

---

<sup>475</sup> Cfr. *supra*, § 3.4.

<sup>476</sup> Versione consolidata del Trattato sul funzionamento dell'Unione Europea (2012/C - 326/01) in Gazzetta ufficiale dell'Unione Europea del 26/10/2012.

*definizione e nell'attuazione di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana. L'azione dell'Unione, che completa le politiche nazionali, si indirizza al miglioramento della sanità pubblica, alla prevenzione delle malattie e affezioni e all'eliminazione delle fonti di pericolo per la salute fisica e mentale. Tale azione comprende la lotta contro i grandi flagelli, favorendo la ricerca sulle loro cause, la loro propagazione e la loro prevenzione, l'informazione e l'educazione in materia sanitaria, nonché la sorveglianza, l'allarme e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero. L'Unione completa l'azione degli Stati membri volta a ridurre gli effetti nocivi per la salute umana derivanti dall'uso di stupefacenti, comprese l'informazione e la prevenzione» (par. 1). «L'Unione incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri nei settori di cui al presente articolo e, ove necessario, appoggia la loro azione. In particolare incoraggia la cooperazione tra gli Stati membri per migliorare la complementarietà dei loro servizi sanitari nelle regioni di frontiera. Gli Stati membri coordinano tra loro, in collegamento con la Commissione, le rispettive politiche ed i rispettivi programmi nei settori di cui al paragrafo 1. La Commissione può prendere, in stretto contatto con gli Stati membri, ogni iniziativa utile a promuovere detto coordinamento, in particolare iniziative finalizzate alla definizione di orientamenti e indicatori, all'organizzazione di scambi delle migliori pratiche e alla preparazione di elementi necessari per il controllo e la valutazione periodici. Il Parlamento europeo è pienamente informato» (par. 2). «L'Unione e gli Stati membri favoriscono la cooperazione con i paesi terzi e con le organizzazioni internazionali competenti in materia di sanità pubblica» (par. 3).*

I successivi paragrafi 4 e 5 sono dedicati all'indicazione dei contenuti e delle procedure adottabili nell'esercizio dell'azione comunitaria<sup>477</sup>. Viene, tuttavia,

---

<sup>477</sup> I paragrafi 4 e 5 dell'art. 168 dispongono: «In deroga all'articolo 2, paragrafo 5, e all'articolo 6, lettera a), e in conformità dell'articolo 4, paragrafo 2, lettera k), il Parlamento europeo e il Consiglio, deliberando secondo la procedura legislativa ordinaria e previa consultazione del Comitato economico e sociale e del Comitato delle regioni, contribuiscono alla realizzazione degli obiettivi previsti dal presente articolo, adottando, per affrontare i problemi comuni di sicurezza:

a) misure che fissino parametri elevati di qualità e sicurezza degli organi e sostanze di origine umana, del sangue e degli emoderivati; tali misure non ostano a che gli Stati membri mantengano o introducano misure protettive più rigorose;

b) misure nei settori veterinario e fitosanitario il cui obiettivo primario sia la protezione della sanità pubblica;

c) misure che fissino parametri elevati di qualità e sicurezza dei medicinali e dei dispositivi di impiego medico» (par. 4). «Il Parlamento europeo e il Consiglio, deliberando secondo la procedura legislativa ordinaria e previa

espressamente precisato che: «L'azione dell'Unione rispetta le responsabilità degli Stati membri per la definizione della loro politica sanitaria e per l'organizzazione e la fornitura di servizi sanitari e di assistenza medica. Le responsabilità degli Stati membri includono la gestione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica e l'assegnazione delle risorse loro destinate» (par. 7).

L'azione dell'Unione Europea nel settore della salute resta, dunque, limitata ad una funzione completare rispetto all'attività degli Stati membri. Tuttavia, in ragione anche di una nozione molto estesa di salute in ambito comunitario<sup>478</sup>, l'incidenza sulla materia da parte delle istituzioni comunitarie è negli anni divenuta sempre più intensa.

Il diritto alla salute ha poi trovato esplicito riconoscimento nella Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea del 7 dicembre 2000<sup>479</sup> che all'art. 3 stabilisce che: «Ogni persona ha diritto alla propria integrità fisica e psichica» (par. 1). «Nell'ambito della medicina e della biologia devono essere in particolare rispettati: a) il consenso libero e informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge; b) il divieto delle pratiche eugenetiche, in particolare di quelle aventi come scopo la selezione delle persone; c) il divieto di fare del corpo umano e delle sue parti in quanto tali una fonte di lucro; d) il divieto della clonazione riproduttiva degli esseri umani» (par. 2). Tale principio è strettamente connesso con quelli enunciati all'art. 1 («La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata») e all'art. 2 («Ogni persona ha diritto alla vita»).

Alla protezione della salute è espressamente dedicato l'art. 35: «Ogni persona ha il diritto di accedere alla prevenzione sanitaria e di ottenere cure mediche alle condizioni stabilite dalle legislazioni e prassi nazionali. Nella definizione e nell'attuazione

---

consultazione del Comitato economico e sociale e del Comitato delle regioni, possono anche adottare misure di incentivazione per proteggere e migliorare la salute umana, in particolare per lottare contro i grandi flagelli che si propagano oltre frontiera, misure concernenti la sorveglianza, l'allarme e la lotta contro gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero, e misure il cui obiettivo diretto sia la protezione della sanità pubblica in relazione al tabacco e all'abuso di alcol, ad esclusione di qualsiasi armonizzazione delle disposizioni legislative e regolamentari degli Stati membri» (par. 5).

<sup>478</sup> Cfr. G. FARES, *Problemi attuali dell'ordinamento sanitario*, cit., p. 32, che mette in evidenza come l'oggetto dell'azione comunitaria non sia genericamente la salute umana ma «la protezione della salute fisica e mentale, ossia il completo stato di benessere fisico, psichico e sociale che travalica il semplice obiettivo dell'assenza di malattia e si iscrive nel più ampio obiettivo di realizzazione della coesione sociale».

<sup>479</sup> La Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea è stata adattata il 12 dicembre 2007 e dotata di efficacia giuridica vincolante dall'art. 6, par. 1, TFUE.

*di tutte le politiche ed attività dell'Unione è garantito un livello elevato di protezione della salute umana».*

I principi (*rectius* i diritti) sanciti a livello europeo devono essere attuati dagli Stati membri e costituiscono un parametro da tenere in considerazione nell'adozione delle normative nazionali da parte dei singoli Stati.

Inoltre, nell'ordinamento comunitario la tutela della salute viene assicurata anche indirettamente e, cioè, attraverso misure a valenza sussidiaria e strumentale rispetto all'esercizio di competenze primarie oppure attraverso provvedimenti che hanno un'incidenza diretta sul mercato comune ed incidono su settori a connotazione sociale per quanto necessario per lo sviluppo del mercato stesso <sup>480</sup>.

In particolare, l'attività dell'Unione Europea in materia sanitaria si è espressa attraverso l'adozione di programmi di azione pluriennali.

Nel Libro Bianco *“Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013”* <sup>481</sup> viene definita una nuova strategia comunitaria in materia sanitaria per fronteggiare problemi sempre più pronunciati per la salute della popolazione come l'invecchiamento, le minacce transfrontaliere per la salute o le malattie legate a stili di vita poco salubri. Con questa strategia si è inteso rafforzare, in un quadro strategico unico, la cooperazione comunitaria nei settori nei quali gli Stati membri non possono agire da soli, garantire una maggior comprensione della salute a livello europeo e globale e riservare più spazio alla salute nell'insieme delle politiche comunitarie. A tal fine, il Libro Bianco si è proposto quattro principi e tre obiettivi strategici per il quinquennio di riferimento.

Particolarmente interessanti risultano il secondo e il terzo principio.

Il secondo principio valorizza il bene salute al fine di permettere una più alta produttività ed una maggiore prosperità economica; lo stato di buona salute della popolazione rappresenta un fattore di sviluppo economico. In tale ottica, *«la spesa per la salute non costituisce solo un costo, ma rappresenta piuttosto un investimento. La spesa*

---

<sup>480</sup> In questo senso, G. FARES, *Problemi attuali dell'ordinamento sanitario*, cit., p. 34.

<sup>481</sup> Il secondo programma d'azione comunitaria in materia di salute (2008–2013) è stato adottato con Decisione n. 1350/2007/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 ottobre 2007. Il primo programma d'azione comunitaria in materia di salute (2002–2007) è stato invece adottato con Decisione n. 1786/2002/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 settembre 2002.



sanitaria può essere vista come un onere economico, ma gli effettivi costi per la società sono quelli, diretti e indiretti, legati alla cattiva salute, come pure alla mancanza di investimenti sufficienti nei pertinenti ambiti sanitari»<sup>482</sup>. E pertanto, «la spesa per l'assistenza sanitaria dovrebbe essere accompagnata da investimenti nella prevenzione, nella protezione e nel miglioramento della salute fisica e mentale generale della popolazione»<sup>483</sup>. La spesa sanitaria, così qualificata, può essere vista in un'ottica diversa ed essere considerata, come parte della dottrina economica ha ritenuto <sup>484</sup>, un investimento di lungo periodo per la produttività.

Il terzo principio ha ad oggetto la centralità delle politiche della salute e la sua interconnessione rispetto a tutte le politiche comunitarie. Al fine di ottenere una forte politica in materia di salute è fondamentale sviluppare sinergie con gli altri settori (individuando, in particolare, la politica regionale e ambientale, la tassazione dei tabacchi, la regolamentazione dei prodotti farmaceutici e dei prodotti alimentari, la salute degli animali, la ricerca e l'innovazione in materia di salute, il coordinamento dei regimi di sicurezza sociale, la salute nella politica dello sviluppo, la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro e la protezione dalle radiazioni, come pure il coordinamento delle agenzie e dei servizi che regolamentano le importazioni). La sanità in tutte le politiche consente di mettere in atto un'azione comunitaria più efficace.

Il Parlamento Europeo e il Consiglio l'11 marzo 2014 hanno approvato il Regolamento n. 282/2014 avente ad oggetto il terzo programma d'azione dell'Unione in materia di salute (2014-2020). Con tale nuovo documento viene ulteriormente rafforzato il legame esistente tra la buona salute della popolazione e lo sviluppo economico.

Obiettivo generale del programma è: «integrare, sostenere e aggiungere valore alle politiche degli Stati membri per migliorare la salute dei cittadini dell'Unione e ridurre le disuguaglianze in termini di salute promuovendo la salute stessa, incoraggiando l'innovazione in ambito sanitario, accrescendo la sostenibilità dei sistemi sanitari e proteggendo i cittadini dell'Unione dalle gravi minacce sanitarie transfrontaliere» (art. 2).

---

<sup>482</sup> Libro Bianco «Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013», 5.

<sup>483</sup> Libro Bianco «Un impegno comune per la salute: Approccio strategico dell'UE per il periodo 2008-2013», 6.

<sup>484</sup> A. TESTI, *Sostenibilità economica e tenuta unitaria del Ssn*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Trent'anni di Servizio sanitario nazionale. Un confronto interdisciplinare*, Bologna, 2009, p. 425 ss.

Il programma intende contribuire, specie nel contesto della crisi economica nel quale viene adottato, a combattere le disuguaglianze in termini di salute e a promuovere l'equità e la solidarietà tramite le azioni previste nell'ambito dei diversi obiettivi e incoraggiando e facilitando lo scambio di buone prassi tra gli Stati membri soprattutto nelle settore della prevenzione.

Particolare rilevanza assume, tra i quattro obiettivi specifici indicati dal Regolamento, il terzo obiettivo. Con esso si vuole agevolare l'innovazione nel settore della sanità pubblica, delle strategie di prevenzione, della gestione del sistema sanitario e dell'organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari e dell'assistenza medica in modo da migliorare i risultati delle politiche in materia di sanità pubblica, accrescere la qualità dell'assistenza ai pazienti e rispondere a esigenze non soddisfatte, nonché favorire la competitività dei soggetti interessati e migliorare il rapporto costo/efficacia e la sostenibilità dei servizi sanitari e dell'assistenza medica.

Orbene, tutti tali principi sono senz'altro condivisibili però, se calati nel contesto degli obblighi finanziari derivanti dal Fiscal Compact<sup>485</sup>, rischiano di rimanere lettera morta.

#### 4.3. Le indagini svolte dalle Commissioni parlamentari nel corso del 2014 e del 2015 in tema di sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

Nel corso del biennio 2014 – 2015 sono state approvate le conclusioni di due diverse indagini parlamentari che, seppur partendo da differenti prospettive, hanno affrontato il medesimo tema: la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale.

Il Parlamento, proprio in questi ultimi anni, ha dunque avvertito l'importanza del tema salute soprattutto in concomitanza con l'avvento della crisi economica che ha colpito, tra gli altri, il nostro Paese ed ancora oggi, come sappiamo, stenta ad esaurirsi.

Una prima indagine è stata svolta dalle Commissioni riunite V (bilancio, tesoro e programmazione) e XII (affari sociali) della Camera avente ad oggetto il seguente tema: *“Sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica”*. Una seconda indagine è stata svolta dalla Commissione XII (igiene e sanità) del Senato avente ad oggetto invece il seguente tema: *“Sullo stato e sulle*

---

<sup>485</sup> Cfr., *supra*, § 3.4.

*prospettive del Servizio sanitario nazionale, nell'ottica della sostenibilità del sistema e della garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità".*

Da tali indagini e, in particolare, dalle conclusioni raggiunte all'esito delle indagini svolte, è possibile trarre importanti spunti ed indicazioni in merito alla posizione del Parlamento rispetto al ruolo del Servizio sanitario nazionale (SSN) ed alle soluzioni praticabili per raggiungere un equilibrio sostenibile tra tutela della salute e la scarsità delle risorse economiche nella teorica prospettiva di una maggiore efficienza del sistema. Talune soluzioni, proprio nel corso dei successivi anni ma anche nei primi mesi del 2017<sup>486</sup>, sono state concretamente poste in essere dal legislatore<sup>487</sup>; mentre, in altri casi, si è invece assistito ad un mero tentativo di concretizzare le soluzioni proposte, tentativo poi non andato a buon fine<sup>488</sup>.

Solo apparentemente scontate sono le basi di partenza delle indagini individuabili, per un verso, nella constatazione del valore insostituibile del SSN quale strumento indispensabile per la tutela della salute i cui oneri – è bene sin da subito chiarire - si collocano al di sotto della media internazionale ed europea<sup>489</sup> e, per altro verso, nell'intollerabilità soprattutto nell'attuale contesto di crisi economica di ulteriori tagli "lineari" al sistema salute<sup>490</sup>, pena l'impossibilità di erogazione omogenea dei LEA con conseguente lesione dell'universalità del sistema. Da tener in considerazione sono poi i fattori non transitori che caratterizzeranno la domanda di salute nel nostro Paese

---

<sup>486</sup> Di alcuni di tali interventi legislativi, in ragione della loro recente approvazione, non potrà essere fornito un esame approfondito per incompatibilità con i tempi di consegna del presente lavoro. Si ritiene comunque utile e proficuo darne atto in questa sede.

<sup>487</sup> Si vuole fare riferimento, da ultimo, all'approvazione dei nuovi LEA (dPCM 12 gennaio 2017 pubblicato in G.U. n. 65 del 18.3.2017) e alla modifica della regolamentazione della responsabilità medica (l. 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie").

<sup>488</sup> Si vuole fare riferimento al tentativo di riforma costituzionale sfociato nel testo di legge costituzionale approvato in seconda votazione a maggioranza assoluta, ma inferiore ai due terzi dei membri di ciascuna Camera, recante: «Disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, la riduzione del numero dei parlamentari, il contenimento dei costi di funzionamento delle istituzioni, la soppressione del CNEL e la revisione del titolo V della parte II della Costituzione» (pubblicato in G.U. n. 88 del 15.4.2016) poi non approvato dal referendum confermativo del 4.12.2016.

<sup>489</sup> I dati in questo senso sono univoci, cfr. tabella p. 11, XII Commissione Permanente del Senato, *Relazione sullo stato e sulle prospettive del Servizio sanitario nazionale, nell'ottica della sostenibilità del sistema e della garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità*, maggio 2015.

<sup>490</sup> Come noto, il comparto sanitario, quanto meno sin dal 2012 (Legge di Stabilità 2013, DL 95/2012, DL 98/2011, DL 78/2010), è stato oggetto di rilevanti riduzioni di finanziamenti statali.

che sono stati individuati nell'invecchiamento della popolazione e nell'aumento della cronicità delle patologie<sup>491</sup>.

I campi di indagine sono stati molteplici. Lavoro più esaustivo ad ampio raggio emerge dall'indagine svolta dagli Commissioni V e XII della Camera; mentre la Commissione XII del Senato ha concentrato la propria attività nella ricerca dei fattori su cui puntare per un rilancio del SSN.

Senza pretesa di essere esaustivi e focalizzando l'attenzione sui temi di maggiore interesse ai nostri fini, è possibile individuare rilevanti questioni (e relative proposte), tanto e soprattutto in tema di contenuto del diritto alla salute e di sua effettiva tutela, quanto in tema di gestione della competenza in materia di salute nella prospettiva della sostenibilità del sistema. Entrambi tali temi sono stati oggetto di analisi nell'ambito del lavoro svolto dalle Commissioni.

Riguardo al primo tema, le Commissioni si sono soffermate in particolare su due diverse e centrali questioni: il finanziamento della salute e l'appropriatezza delle prestazioni.

Per quanto riguarda il finanziamento della salute viene confermata la necessità di integrale copertura dei LEA da parte dei fondi statali i quali non appaiano più tollerare ulteriori tagli altrimenti si correrebbe il rischio di impossibilità di una loro piena erogazione<sup>492</sup>. Positivo risalto viene poi dato al sistema dei costi e dei fabbisogni

---

<sup>491</sup> Secondo i dati (Istat "Il futuro demografico del paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065" 2011, <http://www.istat.it/it/archivio/48875>), le dinamiche demografiche attese nei prossimi decenni determineranno un'espansione della domanda di prodotti e servizi sanitari, in quanto aumenterà il peso della popolazione nelle fasce di età più elevate, fasce di età in cui, di regola, i bisogni sanitari sono maggiori. Tuttavia, è stato evidenziato (Aprile R., Palombi M. (2006), *How to take into account death-related costs in projecting health care expenditure*, Genus, n. 1) che la crescita della spesa sanitaria sarebbe significativamente limitata da altri fattori. In particolare, è emerso che una percentuale molto elevata del totale dei consumi sanitari nell'arco della vita di un soggetto si concentra nell'anno antecedente la sua morte. Ciò significa che la componente di spesa sanitaria relativa ai costi sostenuti nella fase terminale della vita (c.d. *death-related costs*) risulterebbe pressoché irrilevante rispetto all'aumento degli anni di vita guadagnati. Inoltre, come storicamente avvenuto deve presumersi che l'aumento della speranza di vita sarà verosimilmente accompagnato da un miglioramento delle condizioni di salute ed una riduzione dell'incidenza della disabilità a parità di età. In tal senso vedi anche MEF, *Il monitoraggio della spesa sanitaria*, Rapporto n. 3/2016, p. 25 ss.

<sup>492</sup> In particolare, le Commissioni della Camera hanno evidenziato che «se da un lato non appare ragionevole pensare ad un reperimento di ulteriori risorse da destinare al finanziamento del Servizio, d'altro lato non sembra nemmeno possibile tagliare ancora risorse al settore della sanità, né è più pensabile ricorrere ulteriormente alla logica del taglio lineare, poiché essa ha obbligato il sistema e le regioni ad intervenire indistintamente su alcuni settori che non necessariamente rappresentano punti di debolezza o fattori di spreco. I tagli lineari non possono essere il rimedio per tutte le necessità né la giusta medicina per affrontare il tema degli sprechi; le risorse necessarie devono invece essere reperite tenendo conto delle differenti capacità organizzative, culturali, nonché degli sforzi e dei successi già ottenuti negli anni dalle singole realtà regionali. In

standard di cui al d.lgs. 68/2011 sottolineando tuttavia il problema delle proporzioni del riparto. Si ravvisa la necessità di integrare la definizione di indicatori appropriati, specifici e coerenti con l'obiettivo di consentire la crescita del livello assistenziale medio con particolare riferimento alle regioni svantaggiate<sup>493</sup>.

Sempre in tema di finanziamento, ampio spazio viene dedicato al sistema dei Piani di rientro che, dai dati forniti dalla Ragioneria di Stato e dal Ministero della Salute, risultano aver raggiunto gli obiettivi di contenimento della spesa nelle regioni interessate. Tuttavia, in tali casi, non è marginale il problema del sovrafinanziamento individuale dei servizi e dell'incertezza circa l'effettività dell'erogazione dei LEA<sup>494</sup>. In particolare è stato osservato che tale garanzia difficilmente può essere data se «*nel nostro sistema di finanziamento, previsto anche dalla legge sul federalismo fiscale, prima si determinano quante risorse si mettono a disposizione e poi queste si dividono tra le regioni sulla base della popolazione e di alcuni criteri*»<sup>495</sup>. A tal fine, oltre a procedure di verifica sarebbe opportuno prevedere misure premiali anche per le regioni sottoposte a Piano di rientro che abbiano operato con successo. Altrimenti, le Commissioni evidenziano che si rischia di instaurare un meccanismo di progressivo aumento delle differenziazioni territoriali nell'erogazione dei servizi sanitari senza possibilità alcuna di recupero per le regioni svantaggiate<sup>496</sup>.

---

sostanza, è necessario un cambiamento di metodo, impostando il tema del contenimento della spesa non in termini di tagli (riduzione del livello e del volume dei servizi) ma in termini di razionalizzazione della spesa, vale a dire spendere meno con gli stessi fattori produttivi, prevedendo misure premiali non solo per le regioni che abbiano avviato percorsi virtuosi di rientro dal deficit sanitario, ma anche per quelle sottoposte a piani di rientro che abbiano intrapreso processi efficaci di riorganizzazione dei servizi sanitari e assistenziali in grado di rispondere in modo appropriato ai bisogni di cura e di salute dei cittadini», Commissioni riunite V (bilancio, tesoro e programmazione) e XII (affari sociali) della Camera, *Indagine conoscitiva: la sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica. Documento conclusivo approvato*. p. 24 e ss.

<sup>493</sup> Commissioni riunite V (bilancio, tesoro e programmazione) e XII (affari sociali) della Camera, *Indagine conoscitiva. Documento conclusivo approvato.*, cit., p. 45 ss.

<sup>494</sup> È stato rilevato come «quello che, invece, non abbiamo registrato è un livello di equilibrio o di garanzia dei livelli essenziali di assistenza. Accanto al riequilibrio finanziario non c'è stato il lavoro volto a una riqualificazione anche del servizio sanitario», Ministro della Salute, On. Beatrice Lorenzin, Commissioni riunite V (bilancio, tesoro e programmazione) e XII (affari sociali) della Camera, *Indagine conoscitiva: la sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica.*, seduta del 16.10.2013.

<sup>495</sup> On. Maino Marchi, Commissioni riunite V (bilancio, tesoro e programmazione) e XII (affari sociali) della Camera, *Indagine conoscitiva.*, cit., seduta del 2.10.2013.

<sup>496</sup> Commissioni riunite V (bilancio, tesoro e programmazione) e XII (affari sociali) della Camera, *Indagine conoscitiva. Documento conclusivo approvato.*, cit., p. 46 ss.

Altro tema centrale, è quello della compartecipazione del paziente (c.d. “ticket”) in relazione al quale è stato rilevato che l’eccessivo innalzamento ha determinato due gravi conseguenze: il trasferimento di prestazioni dal pubblico al privato e la rinuncia alle prestazioni da parte delle fasce più deboli. Quanto alla prima, è stato messo in evidenza che la minore attesa della prestazione privata ha determinato una preferenza di quest’ultimo rispetto alla struttura pubblica che rimane tuttavia onerata dei costi fissi (ad esempio i costi relativi al laboratorio di analisi)<sup>497</sup>. Quanto alla seconda, è stato sottolineato che una rilevante percentuale di cittadini «*ha rinunciato a curarsi a causa delle liste di attesa e perché non ha i soldi per andare dal privato*»<sup>498</sup>.

Per quanto riguarda la seconda questione, l’appropriatezza, particolare importanza viene attribuita alle politiche per la prevenzione<sup>499</sup> e alla necessità di porre la salute al centro di tutte le politiche anche di quelle non strettamente sanitarie<sup>500</sup>. È stato osservato che l’Italia «*investe di meno al mondo in prevenzione, lo 0,7 per cento secondo i dati OCSE, al pari cioè di Cipro*»<sup>501</sup>.

Inoltre viene ravvisata l’esigenza di una forte riorganizzazione dei servizi passando dalla sanità d’attesa a quella d’iniziativa<sup>502</sup> per far fronte proprio all’invecchiamento della popolazione ed all’aumento della cronicità delle patologie. Grande rilevanza viene poi data all’esigenza della revisione dei LEA in linea con i reali bisogni di salute dei pazienti e secondo i principi della medicina basata sulle evidenze

---

<sup>497</sup> In tal senso, On. Donata Lenzi, in *Indagine conoscitiva*; cit., seduta del 2.10.2013.

<sup>498</sup> On. Ferdinando Aiello, in *Indagine conoscitiva*; cit., seduta del 16.10.2013.

<sup>499</sup> Secondo l’Organizzazione mondiale della sanità, nel nostro Paese, l’ottanta per cento delle malattie è determinato da quattro fattori di rischio: fumo, alcool, eccessiva alimentazione e sedentarietà. Cfr. *Indagine conoscitiva. Documento conclusivo approvato*, cit., p. 48.

<sup>500</sup> Cfr. ancora Commissioni riunite V (bilancio, tesoro e programmazione) e XII (affari sociali) della Camera, *Indagine conoscitiva. Documento conclusivo approvato*, cit., p. 48. Allo stesso modo, richiamando la strategia dell’Unione Europea “La salute in tutte le politiche”, è stato sottolineato lo stretto legame tra salute e Pil ma anche sul contributo della sanità alla crescita economica e non solo attraverso la produzione di beni e servizi sanitari ma anche attraverso gli effetti indiretti su tutti gli altri settori, cfr. XII Commissione Permanente del Senato, *Relazione sullo stato e sulle prospettive del Servizio sanitario nazionale, nell’ottica della sostenibilità del sistema e della garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità*, maggio 2015, p. 6.

<sup>501</sup> Prof. Gualtiero Ricciardi, Commissioni riunite V (bilancio, tesoro e programmazione) e XII (affari sociali) della Camera, *Indagine conoscitiva*; cit., seduta del 17.6.2013. Nel medesimo senso anche il Prof. Davide Croce secondo il quale «*se non investiamo in prevenzione attraverso una adeguata formazione dei nostri nuovi cittadini, li ritroveremo obesi, con problemi di alcol*», in *Indagine conoscitiva*; cit., seduta del 17.6.2013.

<sup>502</sup> La sanità d’iniziativa implica l’attivazione di processi di continuità con l’assistenza territoriale/primaria, intesa come un complesso di attività e di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie che necessita ovviamente di una rete diffusa di presidi distrettuali e di strutture intermedie, con l’obiettivo teorico, nel medio-lungo periodo, di pervenire ad un sistema reticolare, mettendo in comunicazione tutti i vari attori del sistema. Cfr. *Indagine conoscitiva. Documento conclusivo approvato*, cit., p. 8.

scientifiche<sup>503</sup>. Particolare attenzione è stata dedicata a quest'ultimo tema, l'Health Technology Assessment – HTA<sup>504</sup> che rappresenterebbe il giusto metro per la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni.

Infine, per un verso viene rilevata la necessità di una regolamentazione della responsabilità medica al fine di porre un freno alla medicina difensiva<sup>505</sup> e l'opportunità di agevolare forme di sanità integrativa poco presenti nel nostro Paese<sup>506</sup>.

Riguardo al secondo tema, la gestione della competenza in materia di salute, le Commissioni riunite hanno focalizzato la loro attenzione sul problema dell'omogeneità nell'erogazione dei LEA nelle diverse regioni<sup>507</sup>. Secondo le Commissioni della Camera per garantire l'omogeneità sarebbe necessaria un'azione di coordinamento a livello centrale; un controllo dello Stato sulle regioni anche nella fase di erogazione dei LEA mediante, più in particolare, l'intervento del Ministero della Salute che si andrebbe ad affiancare, in buona sostanza, ai controlli di carattere finanziario da parte del Ministero

---

<sup>503</sup> Una delle critiche ai nuovi LEA è mossa proprio in ordine alla mancata applicazione di un metodo rigoroso in termini di "value" al fine di una corretta individuazione delle prestazioni da inserire tra i Lea; in tal senso, Nino Cartabellotta, presidente Fondazione Gimbe, audizione in Commissione Igiene e Sanità del Senato del 30.11.2016.

<sup>504</sup> Secondo la definizione del Ministero della salute, in [www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it), "l'HTA è un approccio multidimensionale e multidisciplinare per l'analisi delle implicazioni medico-cliniche, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia attraverso la valutazione di più dimensioni quali l'efficacia, la sicurezza, i costi, l'impatto sociale e organizzativo. L'obiettivo è quello di valutare gli effetti reali e/o potenziali della tecnologia, sia a priori che durante l'intero ciclo di vita, nonché le conseguenze che l'introduzione o l'esclusione di un intervento ha per il sistema sanitario, l'economia e la società".

<sup>505</sup> Tale fenomeno determina un costo rilevante sia per il sistema sanitario - sottoforma di eccesso di prescrizioni, analisi, ricoveri nonché come concorso alla copertura assicurativa del medico - sia per l'interessato; cfr. *Indagine conoscitiva. Documento conclusivo approvato.*, cit., p. 38. Sul tema, è da poco intervenuto il legislatore con l. 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie".

<sup>506</sup> La proposta è quella di una maggior defiscalizzazione, i cui oneri per l'erario troverebbero compensazione nella minor pressione che la polizza sanitaria può determinare sulla richiesta di prestazioni pubbliche, diminuendo il numero di prestazioni erogabili dal sistema. Va anche considerato che una maggior presenza dei fondi integrativi, in quanto pagata dai fondi e dalle polizze, a fronte del versamento del premio assicurativo da parte dell'interessato, riduce la spesa privata *out of pocket*. cfr. *Indagine conoscitiva. Documento conclusivo approvato.*, cit., p. 40. È stato anche espresso un certo timore per un'eccessiva apertura alla sanità integrativa che metterebbe in pericolo il nostro sistema universalistico per portarlo verso un sistema misto; cfr. On. Andrea Cecconi, in *Indagine conoscitiva.*, cit., seduta del 2.10.2013.

<sup>507</sup> Dai dati elaborati dall'Agenas, come riferito dal Presidente Giovanni Bissoni, è emerso infatti «l'Italia è il Paese che in Europa ha le maggiori differenze territoriali» e «una parte significativa del Paese sottoposta a piani di rientro non solo non ha migliorato i propri livelli assistenziali, ma in alcuni casi li ha visti ulteriormente calare», in *Indagine conoscitiva.*, cit., seduta del 10.9.2013. E ancora «i tagli hanno riequilibrato la spesa ma hanno squilibrati i LEA», On. Giuseppe De Mita, in *Indagine conoscitiva.*, cit., seduta del 16.10.2013. Ma anche, «l'Italia è divisa oggettivamente in due, ma non si tratta solo di nord e sud. In sanità la distinzione è tra le regioni che funzionano e quelle che non funzionano, spesso è tra città che funzionano e città che non funzionano, anche all'interno della stessa regione», Ministro della Salute, On. Beatrice Lorenzin, in *Indagine conoscitiva.*, cit., seduta del 16.10.2013.

dell'Economia. A tal fine, la proposta avanzata è stata quella della revisione costituzionale del riparto delle competenze scandite dal Titolo V. In particolare, secondo le Commissioni *«appare necessaria un'azione di coordinamento a livello centrale più forte e mirata di quella prevista e attuata con la riforma del Titolo V, idonea a garantire un'erogazione dei LEA omogenea su tutto il territorio nazionale, in modo da eliminare le differenze regionali e infraregionali attualmente esistenti»*<sup>508</sup>. Sul punto, si erano tuttavia registrate anche posizioni critiche come, ad esempio, quella della Prof.ssa Sabina Nuti che ha puntualizzato: *«credo che la regionalizzazione possa portare più benefici che problematiche, tutto sta però nei meccanismi di governance»*; e poi: *«non so, quindi, se la centralizzazione possa veramente risolvere i problemi. A mio avviso, ciò che è piuttosto mancato è che regioni e ministero non sono riusciti a lavorare insieme»*<sup>509</sup>.

Ma su quest'ultima proposta avremo modo di soffermarci nel prosieguo<sup>510</sup> in considerazione dell'importante tentativo di revisione costituzionale poi non confermata in esito al referendum del 4 dicembre 2016.

Quanto invece all'indagine svolta dalla Commissione XII del Senato, ulteriori argomenti di particolare interesse ai nostri fini<sup>511</sup> possono essere individuati, innanzitutto, in un'affermazione di ordine generale. La Commissione del Senato ha messo ben in risalto che il sistema sanitario è tanto sostenibile quanto noi vogliamo che lo sia. In altri termini, viene affermato che la sostenibilità non è un concetto univoco ma dipende dagli obiettivi di salute che la popolazione in quel dato momento storico si propone di raggiungere. Il principio è quello contenuto nella relazione conclusiva della Commissione Romanow<sup>512</sup> che affermò: *«Non vi è alcun standard su quanto un Paese dovrebbe spendere per la salute. La scelta riflette la storia, i valori e le priorità di*

---

<sup>508</sup> cfr. *Indagine conoscitiva. Documento conclusivo approvato.*, cit., p. 43.

<sup>509</sup> In *Indagine conoscitiva.*, cit., seduta del 17.6.2013. Nel medesimo senso critico anche l'On. Guido Guidesi secondo il quale: «se, infatti, c'è ancora qualcuno che pensa che la revisione del Titolo V della Costituzione, con un accentramento totale, possa migliorare tutto quello che c'è, si sbaglia di grosso», in *Indagine conoscitiva.*, cit., seduta del 16.10.2013.

<sup>510</sup> V. *infra* § 4.5.

<sup>511</sup> Su molti degli argomenti trattati dalla Commissione XII del Senato, è ravvisabile una sostanziale sintonia con le conclusioni raggiunte dalle Commissioni della Camera. Si vuole fare riferimento, in particolare, alla ridefinizione e al monitoraggio dei LEA, alla sanità integrativa, ma anche alla necessaria modifica della regolamentazione della responsabilità medica e riduzione dei costi della medicina difensiva.

<sup>512</sup> La Commissione presieduta da Roy Romanow nel 2003 fornì al governo canadese suggerimenti e indicazioni per migliorare la sanità pubblica (cfr. Commission on the Future of Health Care, *Building on Values. The future of Health Care in Canada. Final report*, National Library of Canada, 2003).



*ciascuno*». Secondo la Commissione del Senato, dunque, la sanità «*dovrebbe essere considerata una formidabile leva per lo sviluppo, non solo per promuovere il benessere e l'uguaglianza fra le persone, ma anche per favorire l'occupazione, la ricerca e l'innovazione*»<sup>513</sup>. In definitiva, la salute dovrebbe essere intesa, e dunque sostenuta, quale condizione essenziale per la crescita.

Altro tema che merita evidenza è quello relativo alle differenze e disuguaglianza tra regioni nell'erogazione dei LEA la cui soluzione viene individuata in «*un sistema organico di strumenti governance per l'uniformità degli standard dell'offerta sanitaria all'interno del Paese nei diversi aspetti dell'accesso, della completezza e della qualità dell'offerta, degli oneri a carico dei cittadini degli esiti in termini di salute*»<sup>514</sup>. In altre parole, secondo la Commissione del Senato, lo sbocco ideale sembra essere quello di un'autorità centralizzata ma di carattere indipendente.

#### 4.4. Il rapporto "Gimbe". Proposte per un Servizio sanitario nazionale sostenibile.

Nel giugno del 2016, la Fondazione Gimbe<sup>515</sup> ha pubblicato uno studio che ha analizzato la sostenibilità del SSN ed individuato, in una prospettiva decennale (2016 – 2025), gli interventi necessari al fine di «salvare il SSN»<sup>516</sup>.

Premessa di tale studio è l'importanza di salvaguardare il SSN quale conquista sociale irrinunciabile per l'eguaglianza e la dignità di tutti i cittadini. In tale ottica, il successo di un sistema sanitario dovrebbe essere valutato con lo strumento «dell'approccio delle capacità»<sup>517</sup>.

Secondo il rapporto Gimbe futuro del nostro servizio sanitario non sembra affatto roseo. Nella prospettiva dei prossimi dieci anni, il SSN rischia seriamente di essere

---

<sup>513</sup> XII Commissione Permanente del Senato, *Relazione sullo stato e sulle prospettive del Servizio sanitario nazionale, nell'ottica della sostenibilità del sistema e della garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità*, maggio 2015, p. 45.

<sup>514</sup> *Ibidem*, p. 21 ss. e p. 47.

<sup>515</sup> La Fondazione Gimbe è un'organizzazione no-profit che svolge attività di formazione e ricerca in ambito sanitario; cfr. [www.gimbe.org](http://www.gimbe.org).

<sup>516</sup> Il Rapporto Gimbe è disponibile su [www.rapportogimbe.it](http://www.rapportogimbe.it)

<sup>517</sup> La teoria dell'approccio delle capacità è stata sviluppata dall'economista Sen Amartya, e poi ripresa e riformulata dalla filosofa Martha Nussbaum, quale strumento per la valutazione del benessere umano e delle politiche sociali che mirano a realizzare tale benessere. Secondo tale teoria, lo sviluppo non è inteso come crescita economica, ma piuttosto come sviluppo della persona umana la cui realizzazione poggia su elementi fondamentali quali la libertà, il benessere e quindi la salute.

necessariamente smantellato e di lasciare il campo ad un sistema sanitario misto. Ed infatti, stimando il fabbisogno sanitario per l'anno 2025, la sua copertura attraverso il finanziamento pubblico e la spesa privata (proporzionate sulla base di quelle odierne) sarebbe insostenibile, e ciò pur prevedendo interventi di stabilizzazione<sup>518</sup>. A questo punto risulterebbe indifferibile l'attivazione di un vero e proprio piano di salvataggio del SSN.

Al centro del rapporto, viene posto il concetto di “*value*” che, secondo la definizione fornita da Michael Porter, consiste nel ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità<sup>519</sup>. In altri termini il *value* sarebbe il risultato del rapporto tra l'*outcome* di salute per il paziente e i costi sostenuti dal sistema. Unica soluzione sarebbe dunque quella «di riconoscere nel *value* il driver della sanità del XXI secolo»<sup>520</sup>. L'applicazione del concetto di *value* nella sanità permetterebbe di ridurre gli sprechi ma anche definire i LEA.

Sotto il primo profilo, si parla più propriamente di efficientamento e di riqualificazione della spesa sanitaria. L'utilizzo del parametro del *value* permetterebbe infatti, da un lato, di individuare i servizi e le prestazioni dalle quali disinvestire in quanto di basso *value* (e dunque inefficaci e inappropriate) e, dall'altro, di riallocare le risorse recuperate sui servizi e sulle prestazioni dall'elevato *value*. A ciò andrebbe comunque affiancato, tra gli altri, un intervento sui comportamenti professionali (al fine di permettere il trasferimento nella pratica delle evidenze scientifiche) ma anche sulle aspettative dei cittadini<sup>521</sup>.

Sotto il secondo profilo, il concetto di *value* assume importanza ai fini di un'appropriata individuazione dei LEA. Ed infatti, la mancata applicazione dei pur previsti principi di *evidence-based policy making* sarebbe il “peccato originale” che avrebbe condizionato la sostenibilità del SSN<sup>522</sup>. Un'impostazione basata sul *value* permetterebbe di «investire la maggior parte del denaro pubblico in prestazioni dal *value* elevato; ridurre gli sprechi conseguenti al sovra-utilizzo, riallocando le risorse recuperate in prestazioni

---

<sup>518</sup> V. Rapporto Gimbe, cit., p. 45 ss.

<sup>519</sup> Cfr. Rapporto Gimbe, cit., p. 21 ss..

<sup>520</sup> *Ibidem*, p. 21.

<sup>521</sup> *Ibidem*, p. 28 ss.

<sup>522</sup> *Ibidem*, p. 40 ss.

*sottoutilizzate ad elevato value, riducendo le diseguaglianze; escludere dai Lea prestazioni a basso value, espandendo il campo d'azione della sanità integrativa; identificare le prestazioni dal value negativo che non dovrebbero più essere erogate, nemmeno se finanziate dalla spesa privata».*<sup>523</sup>

Il piano di salvataggio del SSN dovrebbe dunque essere incentrato su tali elementi ma dovrebbe essere altresì alimentato da una forte e chiara volontà politica che ponga sempre la salute al centro di tutte le decisioni (*health in all policies*), in particolare di quelle che coinvolgono lo sviluppo economico del Paese<sup>524</sup>.

#### 4.5. Il tentativo di revisione costituzionale “Renzi-Boschi”.

Appare opportuno, ai fini del presente lavoro, svolgere alcune brevi riflessioni sul recente tentativo di revisione costituzionale “Renzi-Boschi” il cui testo approvato dal Parlamento in seconda lettura<sup>525</sup> nel corso della XVII legislatura non ha poi ottenuto la conferma referendaria alla quale è stato sottoposto il 4 dicembre 2016. Come abbiamo avuto modo di rilevare<sup>526</sup>, tale riforma era stata auspicata dalle Commissioni della Camera all’esito del lavoro di indagine svolto sulla sostenibilità del sistema sanitario.

Senza alcuna pretesa di esaustività<sup>527</sup>, si soffermerà l’attenzione su quegli aspetti della riforma che avrebbero potuto, quanto meno in linea teorica<sup>528</sup>, incidere sulla questione della sostenibilità finanziaria della tutela della salute.

---

<sup>523</sup> *Ibidem*, p. 43.

<sup>524</sup> *Ibidem*, p. 51.

<sup>525</sup> Testo dal titolo «Disposizioni per il superamento del bicameralismo paritario, la riduzione del numero dei parlamentari, il contenimento dei costi di funzionamento delle istituzioni, la soppressione del CNEL e la revisione del titolo V della parte II della Costituzione» (pubblicato in G.U. n. 88 del 15.4.2016) poi non approvato dal referendum confermativo del 4.12.2016.

<sup>526</sup> Cfr., *supra*, § 4.3.

<sup>527</sup> Per un più approfondito esame della riforma, nell’ampia bibliografia, v. L. VIOLINI, *Il bicameralismo italiano: quale futuro?*, in *www.rivistaaic.it*, 3, 2013; M. LUCIANI, *La riforma del bicameralismo, oggi*, *ivi*, 2, 2014; G. AZZARITI, *Riforma del Senato. Questioni di metodo e di merito*, in *www.astridonline.it*, 8/2014; R. BIFULCO, *Il Senato che verrà: Assemblea legislativa o Conferenza camuffata?*, in *www.confronticostituzionali.eu*, 2014; nonché F. PALERMO-S. PAROLARI (a cura di), *Riforma costituzionale e Regioni. Riflessioni a prima lettura sul nuovo Titolo V della Costituzione*, Bolzano, 2015; R. BIN, *Riforma costituzionale e Regioni: ancora troppi equivoci*, in F. PALERMO - S. PAROLARI (a cura di), *Riforma costituzionale e Regioni, cit.*, p. 15; B. CARAVITA DI TORITTO, *Contributo riforma titolo V*, in *www.federalismi.it*, 2013, n. 21; P. CARETTI, *La riforma del titolo V Cost.*, in *www.rivistaaic*, 2014, n. 2; P. CARETTI, *La potestà legislativa regionale nelle proposte di riforma del Titolo V della seconda parte della Costituzione*, in *www.osservatoriosullefonti.it*, 2014, n. 3; M. CECCHETTI, *Le “facce nascoste” della riforma costituzionale del regionalismo*, in *Federal.it*, 9 dicembre 2015; A. D’ATENA, *Luci e ombre della riforma costituzionale Renzi-Boschi*, in *www.rivistaaic*, n. 2/2015; G.C. DE MARTIN, *Il disegno autonomistico disatteso tra contraddizioni e nuovi scenari problematici*, in *Istituzioni del federalismo*, 2014, n. 1; U. DE SIERVO, *Il regionalismo in alcune disposizioni del disegno di legge di revisione costituzionale n. 1429*, in *Osservatorio sulle*

Orbene, tale tema sembra svilupparsi in particolare su due percorsi interconnessi. Il primo, attinente alla gestione dei rapporti tra Stato e regioni; il secondo, attinente alle conseguenze sul federalismo fiscale e sanitario.

#### 4.5.1 Il “nuovo” Senato delle autonomie e la controriforma del Titolo V.

Secondo quanto emerge dalla relazione al disegno di legge di revisione, l’obiettivo della riforma sarebbe stato - tra l’altro - quello di «valorizzare, declinandolo in modo nuovo, il pluralismo istituzionale e il principio autonomistico, con l’obiettivo ultimo di incrementare complessivamente il tasso di democraticità del nostro ordinamento» mediante l’individuazione di «sedi, strumenti, procedure e metodi nuovi, che assicurino il dispiegamento del principio autonomistico in un quadro di cooperazione inter-istituzionale e di composizione delle istanze dei territori nell’interesse generale del Paese». E poi la riforma del Titolo V avrebbe inteso «rendere più fluidi i rapporti tra i poteri legislativi e più flessibili i criteri di riparto delle competenze legislative, secondo una logica che fa premio sull’integrazione strutturale delle istanze delle autonomie nel circuito della decisione legislativa»; l’integrazione delle autonomie avrebbe avuto sostegno dalla nuova composizione del Senato e dalla riconfigurazione del suo ruolo e, in particolare, dalla nuova disciplina costituzionale del procedimento legislativo»<sup>529</sup>.

I buoni - e in gran parte condivisibili - propositi enunciati non hanno tuttavia trovato conferma nel testo proposto dal Governo e poi approvato – con alcune

---

fonti, 2014, n. 2; G. FALCON, *Dieci anni dopo. Un bilancio della riforma del titolo V*, in *Le Regioni*, 2-3, 2011; F. GABRIELE, *Il regionalismo tra crisi e riforme costituzionali*, in [www.rivistaaic.it](http://www.rivistaaic.it), 2014, n. 4; S. GAMBINO, *Una nuova riforma costituzionale per il titolo V: soluzione intricata e compromesso difficile fra riassetto istituzionale ed esigenze in conflitto*, in *Osserv. cost. aic*, novembre 2015; S. MANGIAMELI (a cura di), *Il regionalismo italiano tra giurisprudenza costituzionale e involuzioni legislative dopo la revisione del Titolo V*, Milano, 2014; A. RUGGERI, *Note minime a prima lettura del “disegno Renzi” di riforma costituzionale*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 8/2014, 16; C. SALAZAR, *Regioni, diritti fondamentali, crisi economica: qualche considerazione alla luce del disegno “Renzi-Boschi*, in [www.issirfa.cnr.it](http://www.issirfa.cnr.it), aprile 2015; G. SERGES, *La potestà legislativa delle regioni nel progetto di riforma della Costituzione*, in [www.rivistaaic.it](http://www.rivistaaic.it), 3, 2015.

<sup>528</sup> D’altro canto, “ogni giudizio [ndr. sulla riforma costituzionale Renzi-Boschi] è pur sempre formulato sub condizione”, come opportunamente sottolineato da A. RUGGERI, *Integrazione europea e autonomia regionale: un ossimoro costituzionale?*, in *Atti del Convegno su Sovranità diffusa ed equilibrio economico-sociale*, Bari il 28.10.2016; e ciò perché “ogni giudizio appare gravato da una non rimossa ipoteca, sol che si ammetta – come, a mia opinione, si deve – che, così come l’originario dettato della Carta, al pari peraltro della revisione del 2001, è stato fatto oggetto di “modifiche tacite” a tappeto, ugualmente potrebbe esserlo anche il nuovo articolato”.

<sup>529</sup> V. Relazione di accompagnamento al d.d.l.cost. n. 1429 presentato l’8 aprile 2014, su [https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLPRES/760060/index.html?stampa=si&part=ddlpres\\_ddlpres1-relpres\\_relpres1](https://www.senato.it/japp/bgt/showdoc/17/DDLPRES/760060/index.html?stampa=si&part=ddlpres_ddlpres1-relpres_relpres1).

modifiche - dal Parlamento<sup>530</sup>. Ed invero, le innovazioni declinate nel progetto di revisione sembrano piuttosto muoversi verso un rafforzamento del centralismo, o meglio verso una conferma del neocentralismo inaugurato dal legislatore costituente del 2012, e contro i principi di cui all'art. 5 cost. ma anche contro le matrici ideali della riforma del 2001 e, in definitiva, paradossalmente contro gli stessi presupposti della riforma declinati nella relazione.

In estrema sintesi, la riforma si poggiava, come noto, su due linee di intervento: il passaggio ad un Senato delle autonomie e il rifacimento del Titolo V. Quanto al primo tema, il nuovo Senato, in ragione della sua composizione<sup>531</sup>, avrebbe permesso una partecipazione effettiva delle autonomie, e in particolare delle regioni, alla formazione della legge<sup>532</sup>. Tuttavia, il ruolo legislativo attribuito al nuovo Senato è apparso sin da subito molto ridotto «*e anzi quasi ancillare rispetto a quello assegnato alla Camera dei deputati*»<sup>533</sup>. Se da un lato, risultano previste ipotesi di partecipazione paritaria delle due Aule (le leggi costituzionali, quelle di revisione costituzionale ed il ristretto insieme delle leggi ordinarie "bicamerali"), al nuovo Senato sarebbe rimasta la possibilità di intervenire, entro tempi brevi e scanditi, sulle leggi approvate dalla Camera. Tale intervento verrebbe comunque superato da una nuova votazione da parte della Camera, alla quale sarebbe comunque rimasta anche assegnata l'iniziativa del procedimento

---

<sup>530</sup> Rileva tale contraddizione o meglio tale "grande equivoco" M. CECCHETTI, *I veri obiettivi della riforma costituzionale della riforma costituzionale dei rapporti Stato-Regioni e una proposta per realizzarli in modo semplice e coerente*, in *www.gruppodipisa.it*, 2014, 1; del medesimo avviso anche C. SALAZAR, op. ult. cit.

<sup>531</sup> Avrebbero fatto parte del Senato, oltre ai senatori nominati dal Presidente della Repubblica, i membri scelti, attraverso un'elezione indiretta, dai Consigli regionali tra i propri membri e tra i sindaci del territorio, cfr. "nuovo" art. 57 cost. riforma "Renzi-Boschi".

<sup>532</sup> L'abbandono del bicameralismo perfetto era stato auspicato da molti e il nuovo ruolo del Senato risultava la giusta e piena evoluzione della riforma del 2001 in quanto «coerente con la fisionomia di una Repubblica policentrica, finalmente concentrando in modo organico quanto già in parte anticipato, ma poi non attuato, nella riforma costituzionale del 2001»; in tal senso, G.C. DE MARTIN, *Contraddizioni e incoerenze della riforma costituzionale in materia di autonomie territoriali*, in *Amministrazioni in Cammino*, 2016.

<sup>533</sup> In tal senso, C. SALAZAR, op. ult. cit., p. 1; e più in generale sul ruolo del Senato v., tra gli altri, L. VIOLINI, op. ult. cit.; M. LUCIANI, op. ult. cit.; G. AZZARITI, op. ult. cit.; R. BIFULCO, op. ult. cit.; A. PATRONI GRIFFI, *Il "Senato delle autonomie", un disegno in chiaroscuro*, in *www.confrontocostituzionali.eu*, 2014; B. CARAVITA, *Glosse. Scorrendo il testo della proposta Renzi*, in *www.federalismi.it*, 8, 2014; E. CHELI, *Ma questo è vero bicameralismo? (Dubbi e suggerimenti in ordine al progetto di riforma costituzionale presentato dal Governo)*, in *www.osservatoriosullefonti.it*, 2, 2014; C. DE FIORES, *Un Senato di garanzia a suffragio universale*, in *www.costituzionalismo.it*, 2014; A. MASTROMARINO, *Modificare, superare, abolire. Quale bicameralismo per l'Italia delle riforme?*, ivi, 2014.

legislativo<sup>534</sup>. Paradossalmente, dunque, il peso del Senato risulterebbe maggiormente ridotto proprio nell'ambito delle questioni più attinenti alla fisionomia delle istituzioni autonomistiche o alla compressione delle loro funzioni<sup>535</sup>.

Dall'esame della proposta di revisione del Titolo V emerge, ancora più evidente, la contraddizione rispetto ai propositi di valorizzazione del pluralismo istituzionale e del principio autonomistico rappresentati dal Governo in sede di relazione. In contrapposizione con la riforma del 2001, risulta un forte ridimensionamento delle regioni in favore di un deciso riaccentramento delle competenze anche più marcato di quello declinato dalla Carta *ante* 2001<sup>536</sup> al punto da suscitare perplessità in ordine al rispetto dei principi fondamentali<sup>537</sup>. Tale impostazione emerge innanzitutto dal riassetto delle competenze legislative tra Stato e regioni ordinarie in virtù del quale vengono cancellate le materie di competenza concorrente, prevedendo un notevole ampliamento dell'elenco delle materie di competenza esclusiva statale e il ridimensionamento del ruolo legislativo regionale<sup>538</sup>. A ciò si aggiunga, la possibilità di una forte espansione della legislazione statale<sup>539</sup> in ragione della previsione di disposizioni «*generalis e comuni*» statali in una serie di materie di competenza regionale, tra le quali anche la tutela della salute, ma anche della possibilità da parte del legislatore statale di intervenire anche in materie regionali al fine di tutelare l'unità giuridica o economica o dell'interesse nazionale (c.d. clausola di salvaguardia).

Dunque, piuttosto che un completamento della riforma del 2001, il disegno di riallocazione delle competenze legislative del 2016 appare quale un tentativo di razionalizzazione della spinta di ricentralizzazione proveniente dalla giurisprudenza

---

<sup>534</sup> Cfr. "nuovo" art. 70 Cost. riforma "Renzi-Boschi". V., in particolare, P. CIARLO, *Osservazioni a prima lettura sul disegno Renzi-Boschi di revisione costituzionale*, in *www.federalismi.it*, 9, 2014, p. 1, secondo il quale un siffatto sistema risulterebbe fondato su un «sostanziale monocameralismo».

<sup>535</sup> Si vuole fare riferimento ai punti nevralgici del rapporto tra Stato e regioni, come ad esempio, le leggi sul coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario, le scelte legislative attuative dell'autonomia finanziaria ma anche le scelte relative alla compressione dell'autonomia legislativa in ambiti di competenza regionale (i.e. clausola di supremazia).

<sup>536</sup> Cfr. sul punto, *supra*, § 2.3.

<sup>537</sup> In tal senso, cfr. G.C. DE MARTIN, op. ult. cit., p. 11; C. SALAZAR, op. ult. cit., p. 2; M. CECCHETTI, op. ult. cit., p. 3.

<sup>538</sup> Cfr. "nuovo" art. 117 cost. riforma "Renzi-Boschi".

<sup>539</sup> Tali disposizioni erano state emblematicamente definite dalla dottrina clausole "vampiro"; in tal senso, G.C. DE MARTIN, op. ult. cit., p. 11; ma anche del medesimo tenore i commenti di C. SALAZAR, op. ult. cit., p. 2; M. CECCHETTI, op. ult. cit., p. 3.

costituzionale<sup>540</sup> anche – per come dichiarato - allo scopo di ridurre il contenzioso<sup>541</sup>. Ricentralizzazione che, non trovando supporto e bilanciamento in sedi di codecisione<sup>542</sup>, appare ancor maggiormente incisiva.

Tuttavia, a ben vedere, si può notare, come da più voci rilevato, che un tale riassetto non sarebbe neppure risolutivo ai fini della diminuzione del contenzioso tra Stato e regioni<sup>543</sup>. Ed infatti, come abbiamo avuto modo di sottolineare<sup>544</sup>, le controversie in tema di competenza legislativa hanno trovato terreno fertile non nelle materie concorrenti, ma piuttosto nelle materie c.d. “trasversali”, materie queste ultime che risulterebbero addirittura incrementate nella riforma “Renzi-Boschi”<sup>545</sup>.

D’altro canto, come condivisibilmente rimarcato<sup>546</sup>, il ridimensionamento del ruolo degli enti territoriali, oltre a porsi in conflitto con l’art. 5 cost., finisce inevitabilmente per incidere sull’effettiva tutela dei diritti inviolabili e sulla difesa della pari dignità sociale dei cittadini, che le autonomie assicurano attraverso la rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona e l’effettiva partecipazione dei lavoratori all’organizzazione sociale, politica ed economica del Paese (artt. 2 e 3 cost.). In tale assetto, è proprio l’autonomia legislativa, quale possibilità per ogni regione – nei limiti delle competenze assegnate – di poter intraprendere un proprio percorso politico, anche differente rispetto a quello nazionale, che funge essa stessa quale presidio dell’unità-indivisibilità della Repubblica; e ciò fintanto si reputi che questa «è salvaguardata se (e fino a quando) il patrimonio dei diritti fondamentali e dei doveri inderogabili è comune a coloro che vivono a Trapani così come a quelli di Pordenone»<sup>547</sup>. Ed infatti, assegnare agli enti territoriali la possibilità di un proprio disegno politico-legislativo «acquista il suo senso più compiuto se si traduce nella

---

<sup>540</sup> Cfr., *supra*, la disamina sul tema esposta ai §§ 2.4 e 2.5.

<sup>541</sup> Anche se, per la verità, nella Relazione sulla giurisprudenza costituzionale nel 2014, il Presidente della Consulta ha segnalato l’affiorare di un’inversione di tendenza: la diminuzione del numero dei ricorsi in via principale, rispetto al 2013, risulta infatti pari al 39,82% (il testo della Relazione può leggersi in [www.cortecostituzionale.it](http://www.cortecostituzionale.it)). Tale tendenza risulta poi confermata anche nel successivo anno (v. sempre in [www.cortecostituzionale.it](http://www.cortecostituzionale.it)).

<sup>542</sup> Come abbiamo visto, il “nuovo” Senato appare decisamente depotenziato.

<sup>543</sup> Come già esposto, v. *supra* § 2.4, la riforma del 2001 anche in ragione dei noti problemi di stesura delle disposizioni ha generato un ingente contenzioso.

<sup>544</sup> V., *supra*, §§ 2.4 e 2.5.

<sup>545</sup> Anzi, era stato sottolineato il rischio di un nuovo incremento del contenzioso costituzionale, cfr. R. BIFULCO, op. ult. cit.; ma anche M. CECCHETTI, op. ult. cit.

<sup>546</sup> V. C. SALAZAR, op. ult. cit., p. 3.

<sup>547</sup> A. RUGGERI, *L’autonomia regionale (profili generali)*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 24, 2011, p. 16.

*reale possibilità di concretizzazione di una protezione “diffusa” – e tendenzialmente differenziata – dei diritti fondamentali sul territorio nazionale»<sup>548</sup> e, in particolare, dei diritti sociali la tutela dei quali rientra nella competenza regionale.*

4.5.2. Il “nuovo” art. 119 tra costi ed fabbisogni standard e abbandono del federalismo fiscale.

Un aspetto del progetto riforma che ha trovato condiviso favore<sup>549</sup> è stato quello dell’introduzione nel testo costituzionale dei costi e dei fabbisogni *standard* definiti, al netto degli inglesismi, «*indicatori di costo e di fabbisogno che promuovono condizioni di efficienza*»<sup>550</sup>. Sulla base di tale disposto, le risorse finanziarie degli enti territoriali devono essere in grado di adempiere integralmente le funzioni loro attribuite sulla base dei criteri dei costi e dei fabbisogni *standard*. Una tale previsione, oltre a porre al centro del finanziamento delle autonomie un importante canone di efficienza introdotto nel nostro sistema dalla normativa sul federalismo fiscale<sup>551</sup>, abbinato al fondo perequativo disciplinato dal medesimo art. 119 (comma 3), sembrava, in prima analisi, poter rilanciare quel federalismo solidale e responsabilizzato che aveva ispirato il nostro legislatore fino al 2011<sup>552</sup>.

Allo stesso tempo, la costituzionalizzazione del criterio dei costi e dei fabbisogni *standard* metteva pure al riparo la stessa normativa federalista di cui alla legge 42 del 2009 da eventuali dubbi di costituzionalità. In particolare, tra coloro che hanno espresso commenti positivi, vi è stato chi ha puntualmente notato come il nuovo comma 4 dell’art. 119 poteva «*positivamente consentire di espungere dalla legge n. 42/2009 (sul cd federalismo fiscale) quelle evidenti illegittimità che vi si contengono e che in pochi*

---

<sup>548</sup> V. ancora C. SALAZAR, op. ult. cit., p. 3.

<sup>549</sup> Cfr. tra gli altri, G.C. DE MARTIN, op. ult. cit., p. 11; L. ANTONINI, *L’autonomia finanziaria delle regioni tra riforme tentate, crisi economica e prospettive*, in *www.rivistaaic.it*, 4, 2014, p. 14 ss.

<sup>550</sup> Cfr. “nuovo” art. 119, comma 4, cost. riforma “Renzi-Boschi”.

<sup>551</sup> Si fa riferimento alla legge n. 42/2009 (v., *supra*, § 3.4.).

<sup>552</sup> In tal senso le conclusioni della Relazione finale del Comitato degli esperti sulla riforma costituzionale: «È stato posto il problema della migliore regolazione dei rapporti finanziari tra Stato ed enti territoriali. Da questo punto di vista è stata largamente condivisa l’ipotesi di specificare che costi e fabbisogni standard costituiscono il criterio principale in base al quale tutte le Regioni e gli Enti locali, in seguito alla perequazione, devono essere in grado di finanziare integralmente le funzioni loro attribuite. Fatto salvo quanto sopra, la perequazione dovrà essere effettuata in base al criterio della capacità fiscale. Ciò da un lato consente un elevato grado di solidarietà e di rispetto del principio di eguaglianza, dall’altro permette di finanziare i servizi effettivamente svolti, con un importante effetto di responsabilizzazione».



*(invero) avevano criticato in ragione del loro condizionare in modo illegittimo (rispetto alle previsioni del IV co. dell'art. 119 Cost.) l'esercizio delle funzioni pubbliche da parte del sistema autonomistico, delle quali già si prevedeva la garanzia dell'“integrale copertura”, sulla base di una classificazione delle spese ritenute ammissibili (o meno) che era (e che è) da ritenersi costituzionalmente discutibile»<sup>553</sup>.*

In contraddizione con tale impostazione, ma in sintonia con le “nuove” competenze statali di cui all'art. 117 [in particolare con la lett. e) del comma 2], sembra trovarsi un altro elemento di novità contenuto nell'art. 119 riformato. Secondo la nuova formulazione del comma 2 di tale articolo, gli enti territoriali «*stabiliscono e applicano tributi ed entrate propri e dispongono di partecipazioni al gettito di tributi erariali riferibile al loro territorio, in armonia con la Costituzione e secondo quanto disposto dalla legge dello Stato ai fini del coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario*». In tale modo, a ben vedere, il federalismo fiscale veniva sostanzialmente abbandonato.

Ed infatti, se già con il processo di – parziale - attuazione dell'art. 119 il nostro sistema era rimasto ancorato ad un modello regionale pur sempre caratterizzato da *representation without taxation*, la subordinazione delle regioni alle decisioni dello Stato in materia di coordinamento della finanza pubblica e del sistema tributario prevista dal “nuovo” art. 117 co. 2 lett. e) e dal “nuovo” art. 119 comma 2 non permetteva alcuno spazio di intervento da parte delle regioni. Dunque, un assetto che ci avrebbe riportato indietro nel tempo, alla formulazione dell'art. 119 cost. ante riforma 2001.

A ben vedere, il nuovo riparto autorizzava lo Stato ad intervenire sull'autonomia finanziaria delle regioni non solo attraverso la potestà legislativa ma anche attraverso quella più ingerente e di dettaglio derivante dalle fonti regolamentari virtù del parallelismo previsto dall'art. 117 comma 6.

Ciò determinava, se non la fine, l'accantonamento del regionalismo in ragione della permanenza di un minimo spazio d'intervento introdotto nell'ambito della competenza regionale di regolazione «*sulla base di apposite intese concluse in ambito regionale, delle relazioni finanziarie tra gli enti territoriali della Regione per il rispetto*

---

<sup>553</sup> S. GAMBINO, *Una nuova riforma costituzionale per il titolo V*, cit., p. 7.

*degli obiettivi programmatici regionali e locali di finanza Pubblica» (art. 117, comma 3)<sup>554</sup>.*

#### 4.6. Considerazioni conclusive. Prospettive di un nuovo equilibrio per la tutela della salute.

Nel contesto della crisi economica, che oramai da alcuni anni il nostro Paese, così come altri, sta attraversando, la tutela della salute ha subito dei rilevanti stravolgimenti derivanti da esigenze contingenti che hanno portato il legislatore a interventi caratterizzati da necessità di natura finanziaria che, inevitabilmente, hanno inciso sulla tutela del diritto alla salute.

Il giudice costituzionale, in un tale contesto, ha finito per intraprendere percorsi tesi alla ricentralizzazione delle competenze nella gestione della salute attraverso vari canoni tra i quali ha assunto crescente importanza quello del coordinamento finanziario e quello della trasversalità dei LEA.

Il medesimo tema ha assunto sempre maggiore rilievo anche in relazione all'altro aspetto sul quale è stata chiamata a pronunciarsi la Corte, la struttura del diritto alla salute, approdando al "condizionamento" dell'erogazione delle prestazioni sanitarie da parte delle esigenze finanziarie, pur nei limiti del suo "contenuto irriducibile".

In particolare, è emerso che, quando si tratta di governare le potestà legislative, la Consulta ha avallato un'interpretazione estensiva del contenuto dei LEA al fine di "erodere" la competenza regionale. Quando invece si è trattato di estendere le tutele verso i cittadini, la Corte si è mostrata restia ad ampliare tale qualificazione. Tali divergenti interpretazioni sono a ben vedere unite da una linea comune che conduce all'obiettivo del contenimento della spesa e della sostenibilità del sistema. In particolare, come attentamente notato, *«nel caso dell'interpretazione estensiva della materia porta ad una centralizzazione delle spese, mentre nel caso dell'interpretazione restrittiva della garanzia conduce [...] a risparmi in favore dei soggetti erogatori dei servizi»<sup>555</sup>.*

---

<sup>554</sup> Cfr. L. ANTONINI, *L'autonomia finanziaria delle regioni*, cit., p. 15; e più diffusamente, cfr. Id., *Un requiem per il federalismo fiscale*, in *www.federalismi.it*, 2016, spec. p. 28 – 29.

<sup>555</sup> In tal senso, M. BELLETTI, *"Livelli essenziali delle prestazioni" alla prova del "coordinamento della finanza pubblica"*, cit., p. 29.

A questo punto, al fine di verificare lo stato del diritto alla salute ma anche di tracciare le prospettive di un nuovo equilibrio, i due aspetti necessitano di alcuni approfondimenti e precisazioni che ci permetteranno di trarre alcune considerazioni conclusive tenendo conto degli esiti delle indagini svolte dalle Commissioni parlamentari sul tema<sup>556</sup> e delle proposte recentemente avanzate<sup>557</sup>.

Partendo dall'aspetto della competenza multilivello della tutela della salute, abbiamo avuto modo di esaminare il percorso di regionalizzazione, prima a livello costituzionale e poi a livello legislativo, interrotto in ragione dell'avvento della crisi economica<sup>558</sup> e, nei termini di maggiore interesse per il presente lavoro, la proposta di revisione costituzionale che, come indicato dalle Commissioni della Camera, era stata individuata quale necessario intervento ai fini di una gestione più centralizzata tesa a garantire unitarietà del SSN ed omogeneità nell'erogazione dei LEA<sup>559</sup>. Senza tornare nel merito della proposta di revisione costituzionale, poi bocciata dal vaglio referendario, non v'è dubbio che oggi ci troviamo di fronte un apparato ibrido. Da un lato, abbiamo un assetto costituzionale derivante dalla riforma del 2001 e dalla successiva legislazione di attuazione dell'art. 119 cost. tesa all'introduzione del federalismo nel nostro ordinamento; dall'altro abbiamo la riforma costituzionale dell'art. 81 cost. e la coeva legislazione della crisi che ha bloccato il processo di regionalizzazione invertendo il percorso nella convinzione che l'accentramento fosse l'unica soluzione ad un migliore controllo della spesa.

Un tale assetto ibrido, posto tra federalismo e neocentralismo, appare un *empasse* da superare non essendo sostenibile nel medio periodo. Una siffatta organizzazione sarebbe, in tutta probabilità, foriera di rinnovate e maggiori frizioni tra i livelli di governo. Necessario dunque compiere una scelta; scelta che, si anticipa sin d'ora, non può che essere, a parere di chi scrive, quella di un rilancio delle autonomie territoriali e ciò per più di una ragione.

---

<sup>556</sup> Si veda quanto esposto, *supra*, § 4.3.

<sup>557</sup> Si veda quanto esposto, *supra*, § 4.4.

<sup>558</sup> Si veda, *supra*, sia cap. II che cap. III.

<sup>559</sup> Cfr., *supra*, § 4.5.

La prima ragione attiene al rispetto del ruolo delle regioni, e più in generale delle autonomie, all'interno del nostro ordinamento e dei principi fondamentali della nostra Carta.

Nella stagione della crisi, agli enti territoriali e, in particolare, alle regioni, riconosciute nell'opinione pubblica (ma anche dalla politica) quali soggetti incapaci (e responsabili) di una efficiente e razionale gestione delle risorse, è stata sottratta ogni autonomia di spesa unitamente alla loro capacità di esprimere politiche autosufficienti. Tanto che, dalla legislazione della crisi, emerge come il miglioramento del bilancio statale è stato determinato per effetto delle limitazioni imposte agli enti territoriali<sup>560</sup>.

Soccorre ai nostri fini l'art. 5 cost. che, vale la pena ricordare, mette al bando la concezione delle autonomie territoriali quali «*mere proiezioni spaziali di dinamiche socio-economiche*»<sup>561</sup>. Può essere riportato sul punto il pensiero di chi ha condivisibilmente sostenuto che «*il riconoscimento e la promozione delle autonomie evocano la natura di queste ultime quali strutture consustanziali alla Repubblica unica e indivisibile, in quanto al tempo stesso necessarie per assicurare l'autogoverno delle collettività stanziare sui territori (i quali, rilevando quali centri di riferimento degli interessi che a queste fanno capo, danno concretezza alla località dell'ente), ed indispensabili per assicurare l'effettiva tutela dei diritti inviolabili e per la difesa della pari dignità sociale dei cittadini, in particolare attraverso la rimozione degli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono il pieno sviluppo della persona e l'effettiva partecipazione dei lavoratori all'organizzazione sociale, politica ed economica del Paese (artt. 2 e 3 Cost.)*»<sup>562</sup>.

Un tale impostazione, se si ritiene che la Repubblica «è salvaguardata se (e fino a quando) il patrimonio dei diritti fondamentali e dei doveri inderogabili è comune a coloro che vivono a Trapani così come a quelli di Pordenone»<sup>563</sup>, il presidio della sua unità – indivisibilità trova garanzia nella possibilità che ogni regione, nel rispetto dei limiti

---

<sup>560</sup> V., *supra*, § 3.4. Cfr. anche A. BRANCASI, *L'autonomia finanziaria degli enti territoriali di fronte ai vincoli europei ed alla riforma costituzionale sul «pareggio di bilancio»*, in *Le Regioni*, 1-2, 2014, p. 60 ss. il quale mette bene in evidenza gli effetti delle manovre approvate tra il 2008 e il 2012 sulle entrate e sulle uscite degli enti territoriali.

<sup>561</sup> Sul punto, di recente, v. B. PEZZINI, *Il principio costituzionale dell'autonomia locale e le sue regole*, in *www.gruppodipisa.it*, 2014, p. 6; ma anche C. SALAZAR, *Regioni, diritti fondamentali, crisi economica*, cit., p. 6.

<sup>562</sup> C. SALAZAR, *Regioni, diritti fondamentali, crisi economica*, cit., p. 6.

<sup>563</sup> A. RUGGERI, *L'autonomia regionale (profili generali)*, cit., p. 16.

competenziali, possa costruire un proprio indirizzo politico, anche diverso da quello nazionale<sup>564</sup>. L'autonomia regionale assume il suo senso più compiuto se permette di concretizzare una protezione "diffusa", e tendenzialmente differenziata, dei diritti fondamentali sul territorio nazionale, ed in particolare, di quelli sociali, in modo da dare «il contenuto "sostanziale" della cittadinanza, inteso come la quantità e la qualità dei diritti di cui sono titolari i cittadini e anche i non cittadini»<sup>565</sup>.

È stato recentemente ricordato, proprio in occasione di un commento alla proposta di revisione costituzionale "Boschi-Renzi", che tale principio riveste particolare importanza nell'assetto della nostra Carta in quanto «il policentrismo autonomistico costituisce certamente un elemento essenziale della forma della Repubblica democratica, concorrendo a concretare un modello istituzionale fondato, per quanto possibile, sulla articolazione e non sulla verticalizzazione del sistema»<sup>566</sup>.

Inoltre, di recente, sono emersi nuovi connotati determinati dal neocentralismo che implicano, da un lato, la deresponsabilizzazione delle regioni e, dall'altro, nuovi oneri "di controllo" a carico dello Stato.

Sotto il primo profilo, è stato fatto notare come già a partire dalla normativa dei Piani di rientro (per poi proseguire con la legislazione della crisi), lo Stato, imponendo degli obblighi progressivamente sempre più stringenti in capo alle regioni, ha prodotto un effetto di deresponsabilizzazione (soprattutto di carattere politico) delle regioni stesse che hanno, quanto meno in una prima fase, condiviso tali ingerenze<sup>567</sup>.

Su entrambi i profili, si segnala una recente pronuncia della Corte che ha "salvato" una legge di bilancio regionale sulla base del mancato adempimento dello Stato al proprio ruolo di «custode della finanza pubblica allargata»<sup>568</sup>. In particolare, il giudice costituzionale, attraverso una ricostruzione del coordinamento della finanza pubblica innovativa, finisce per addebitare allo Stato il fatto di aver «consentito alle stesse di approvare bilanci di previsione e rendiconti fondati sull'applicazione di crediti

---

<sup>564</sup> C. SALAZAR, *Regioni, diritti fondamentali, crisi economica*, cit., p. 6.

<sup>565</sup> In tal senso, A. SIMONCINI, *La "rivoluzione promessa": le Regioni tra nuovi diritti e pluralismo sociale*, in AA.VV., *Che fare delle Regioni?*, N. ANTONETTI, U. DE SIERVO (a cura di), Istituto Luigi Sturzo, Roma, 2014, p. 128.

<sup>566</sup> Così, G.C. DE MARTIN, *Contraddizioni e incoerenze della riforma costituzionale*, cit., p. 16.

<sup>567</sup> In tal senso, G. CARPANI, *I modelli di welfare sanitario tra qualità e sostenibilità: esperienze a confronto*, Convegno internazionale nell'ambito del Master "Diritto e Management dei Servizi Sanitari e Sociosanitari Ordinamento del Farmaco – Roma Tre", Roma 5 – 6 aprile 2017, atti in attesa di pubblicazione.

<sup>568</sup> Questa è l'espressione utilizzata dalla Corte nella sentenza n. 107/2016.

*non accertati nelle forme di legge e di avanzi di amministrazione»<sup>569</sup>. Una tale osservazione, da un lato sembra confermare la perdita di «rilevanza dell'autonomia politica di tali enti, soprattutto sul lato della spesa», finendo per «sminuire la natura politica degli enti territoriali»; dall'altro lato, potrebbe «segnalare un indirizzo più favorevole alle autonomie da parte del Giudice delle leggi, posto che intorno allo Stato viene costruita una responsabilità specifica, strettamente connessa alla potestà di coordinamento finanziario, che [...] si coniuga anche in termini di attività di verifica delle istituzioni centrali su quelle autonome»<sup>570</sup>.*

Si deve pertanto condividere il pensiero secondo il quale *«una più incisiva evoluzione in senso federale – che venga portata avanti da un personale politico di elevata qualità e specchiata integrità – potrebbe risultare un temperamento, nella prospettiva di un ragionevole e ponderato equilibrio, anche dei meccanismi introdotti per assicurare stabilità di governo e rapidità decisionale»<sup>571</sup>.*

Un federalismo la cui “chiave di volta” deve essere individuata nella “leale cooperazione” che coinvolga tutti gli operatori. Cooperazione tra tutti gli enti, soprattutto quelli territoriali, in cui si articola la Repubblica, *«da ciascuno di essi attendendosi prestazioni idonee a dare beneficio ai diritti; e basti solo al riguardo pensare a quanto già hanno fatto ed a quanto ancora di più possono fare, ad es., le Regioni al servizio dei diritti»<sup>572</sup>. D'altronde alla crisi dell'autonomia regionale ha corrisposto una sensibile contrazione della tutela dei diritti sociali; ciò conferma che «l'autonomia fa tutt'uno coi diritti e gode dunque di buona salute se stanno bene anche questi, e viceversa: i diritti potendo avere giovamento da un'adeguata promozione dell'autonomia, in linea con l'indicazione data dal principio di cui all'art. 5, nel suo fare “sistema” coi principi di libertà ed eguaglianza»<sup>573</sup>.*

Passando all'aspetto della struttura del diritto alla salute e del suo contenuto, abbiamo avuto modo di indagare circa il rilievo progressivamente più intenso del tema

---

<sup>569</sup> Corte cost., sent. n. 107/2016.

<sup>570</sup> In tal senso, C. BUZZACCHI, *Il «custode della finanza pubblica allargata» e gli oneri della potestà di coordinamento*, in *www.formucostituzionale*, 2016, p. 5-6.

<sup>571</sup> In questi termini, P. BILANCIA - F. SCUTO, *La riforma costituzionale tra superamento del bicameralismo paritario e riordino delle competenze Stato-Regioni*, in *Centro Studi sul federalismo*, 2015, p. 33.

<sup>572</sup> A. RUGGERI, *Per uno studio sui diritti sociali e sulla costituzione come “sistema” (notazioni di metodo)*, in *Consulta online*, 2, 2015, p. 552.

<sup>573</sup> *Ibidem*.

delle risorse nell'ambito del contenuto della salute<sup>574</sup> (sia a livello legislativo che costituzionale) e di come il problema della sostenibilità abbia radici ben più antiche della crisi economica che ancora stenta a chiudersi<sup>575</sup>.

Come si è cercato di mettere in evidenza<sup>576</sup> la condizionabilità del diritto alla salute, anche all'esito della legislazione della crisi, appare oggi nella prospettiva della sostenibilità in continuità con la logica che ha preso avvio negli anni Novanta. Una logica che ha visto i diritti di prestazione subordinati ad esigenze di contenimento dei costi e di salvaguardia dei bilanci pubblici<sup>577</sup>.

Nell'ambito di tale confronto, la criticità che può essere individuata riguarda l'operazione di bilanciamento, tecnica necessaria per conciliare queste opposte esigenze che oggi assume connotati di maggiore complessità in considerazione dei vincoli e della vigilanza dell'ordinamento europeo.

Si è più volte sottolineato che i diritti possono e devono essere bilanciati tra di loro, o rispetto ad altri interessi costituzionali, ma che tale tecnica, in considerazione della nostra Costituzione, non può mai spingersi fino a «*compromettere le basi stesse dell'ordine costituzionale; e la soglia (...) è segnata dalla salvaguardia della dignità della persona umana, che è l'essenza di ciascuno di noi, della nostra humanitas appunto (che verrebbe smarrita in caso di perdita della dignità), che dello Stato, costituzionale (nel senso stretto del termine) solo se e fintantoché si metta al servizio e ne garantisca l'effettivo, pieno godimento*»<sup>578</sup>. Diversamente da quanto indicato del giudice delle leggi, «*fra esigenze economico-finanziarie ed esigenze sociali [...] la nostra Costituzione impone che si tratti di bilanciamento ineguale, o meglio ancora che non si tratti di un vero e proprio bilanciamento (che è sempre fra eguali), perché il fine (il soddisfacimento dei*

---

<sup>574</sup> Si rinvia alla disamina esposta, *supra*, cap. 3.

<sup>575</sup> Si rinvia alla disamina esposta, *supra*, cap. 2.

<sup>576</sup> V., *supra*, spec. § 3.5.

<sup>577</sup> C. BUZZACCHI, *Bilancio e stabilità. Oltre l'equilibrio finanziario*, in *Studi di diritto pubblico dell'economia*, 19, Milano, 2015, p. 105

<sup>578</sup> A. RUGGERI, *Corti e diritti, in tempo di crisi*, in [www.gruppodipisa.it](http://www.gruppodipisa.it), p. 24, il quale rammenta che al centro della costruzione ordinamentale vi è la persona umana, con i suoi bisogni, primo fra tutti quello alla «*integra, ininterrotta salvaguardia della sua dignità*».

*diritti sociali della persona) non può essere posto sullo stesso piano del mezzo (l'efficienza economica)»<sup>579</sup>.*

Una tale lettura mantiene integra la sua validità pur riconoscendo che oggi il campo appare più vasto fino a comprendere, per un verso, anche politiche diverse da quella attinenti ai diritti sociali e, per altro verso, un equilibrio di bilancio sempre più incisivo. Anzi, gli impegni nell'ambito dell'Unione europea e più in generale la stessa finanza in sé, o meglio, i mercati sembra si stiano (im-)ponendo addirittura quale programma di governo<sup>580</sup>.

Quanto da ultimo rappresentato trova conferma in una recente sentenza della Consulta che ha visto porre particolare attenzione al polo dell'equilibrio di bilancio di cui al riformato art. 81 cost. nell'operazione di bilanciamenti tra interessi costituzionali. La Corte, nella pronuncia n. 10 del 2015, seppur a seguito di argomentazioni peculiari in tema di effetti della sua decisione, arriva a proporre una rivoluzione copernicana che la vede protagonista di un bilanciamento non più "ineguale" nei termini appena detti, ma che «*oscilla tra quello eguale (nel quale l'equilibrio di bilancio e le esigenze finanziarie non rappresentano più un mero limite esterno al bilanciamento, ma si misurano alla pari con gli altri principi e diritti costituzionali) e quello diseguale ma "inverso", in cui a prevalere è proprio l'art. 81 Cost.*»<sup>581</sup>.

*«Tuttavia, è evidente [...] che la pervasività del limite dell'equilibrio finanziario non può ritenersi idoneo a giustificare una qualsiasi limitazione dei diritti sociali: si tratta di stabilire sin dove arriva la loro incomprimibilità, posto che una riduzione del loro grado di tutela è ormai irreversibile, stante le ristrettezze imposte dalla difficile congiuntura*

---

<sup>579</sup> In tal senso M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, cit., p. 126 ss., che mette in evidenza che comunque la tecnica del bilanciamento ineguale non esclude che l'efficienza economica «non possa essere sacrificata al di là di un limite ragionevole, che tuttavia non è identificato da improbabili calcoli sui bisogni delle generazioni future, ma dall'applicazione dei comuni principi di proporzionalità e non-eccessiva compressione». Secondo l'A. si avrà invece bilanciamento paritario soltanto quando tale tecnica sarà applicata a situazioni all'interno dei diritti della persona. Cfr. C. COLAPIETRO, *La giurisprudenza*, cit., p. 374 ss.

<sup>580</sup> Coglie nel segno, C. BUZZACCHI, *Bilancio e stabilità*, cit., p. 108 ss., quando rileva che gli stessi fini pubblici rischiano di subire una torsione ed essere sottoposti alle esigenze della finanza; le esigenze dei mercati, tuttavia, presentano troppi elementi di contrasto con i valori e i principi che caratterizzano la nostra Costituzione che in caso di soccombenza metterebbero in crisi la stessa forma di Stato.

<sup>581</sup> Così, I. CIOLLI, *L'art. 81 della Costituzione: da limite esterno al bilanciamento a super principio*, in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it), 2015, p. 3.



*economica»*<sup>582</sup>. E ciò trova conferma nella sentenza n. 275 del 2016, ove, come abbiamo già rimarcato, il condizionamento dei diritti sociali trova pur sempre un limite invalicabile nell'opera di bilanciamento con le esigenze finanziarie e, in particolare, con l'art. 81 cost. Ed invero, il giudice costituzionale ha pienamente confermato che *«il nucleo invalicabile di garanzie minime [...] non può essere finanziariamente condizionato in termini assoluti e generali, è di tutta evidenza che la pretesa violazione dell'art. 81 Cost. è frutto di una visione non corretta del concetto di equilibrio del bilancio»*<sup>583</sup>.

All'esito delle indagini svolte dalle Commissioni della Camera, sono emerse delle proposte di soluzione alcune delle quali, come è stato esposto, sono state poste in essere.

Tra queste meritano attenzione, seppur didascalica in ragione della recentissima pubblicazione in Gazzetta Ufficiale (ad inizio del 2017), i nuovi LEA il cui aggiornamento era atteso da oltre quindici anni. Un tale aggiornamento era atteso, nella prospettiva delle Commissioni della Camera in ragione dell'esigenza allineare le prestazioni a carico del SSN con i reali bisogni di salute dei pazienti e secondo i principi della medicina basata sulle evidenze scientifiche<sup>584</sup>. Su tale ultimo aspetto era incentrato il programma di sostenibilità del SSN redatto dalla Fondazione Gimbe<sup>585</sup>.

Orbene, l'aggiornamento dei LEA da una prima lettura risulta aver complessivamente aumentato le prestazioni con contributo a carico del cittadino. Una tale previsione, se riveste importanza dal punto di vista della sostenibilità del SSN, non può essere esente da critiche in relazione al contenuto del diritto alla salute che, in tal modo, risulta maggiormente compresso. Inoltre, una forte critica ai nuovi LEA è giunta proprio su una delle esigenze indicate dalle Commissioni ai fini della redazione dei livelli essenziali. E cioè che si sarebbero dovuti individuare secondo i principi della medicina basata sulle evidenze scientifiche. Come si è detto, tali principi erano il fulcro centrale del Rapporto Gimbe in quanto permettono di identificare quelle prestazioni dall'alto

---

<sup>582</sup> C. COLAPIETRO, *Disabilità, crisi economica e giudice delle leggi*, in C. COLAPIETRO – A. SALVIA (a cura di), *Assistenza, inclusione sociale e diritti delle persone con disabilità: a vent'anni dalla Legge 5 febbraio 1992, n. 104. Atti del Convegno Internazionale Fondazione Santa Lucia IRCCS, Roma – Università degli studi di Roma Tre, 13 – 14 giugno 2012*, Napoli, 2013, p. 184.

<sup>583</sup> Corte cost., sent. n. 275 del 2016.

<sup>584</sup> V., *supra*, § 4.3.

<sup>585</sup> V., *supra*, § 4.4.

coefficiente di *value* che devono dunque ritenersi meritevoli della “copertura” da parte del SSN o, comunque, più meritevoli di quelle dal basso e/o nullo *value*<sup>586</sup>. Orbene, i nuovi LEA non hanno saputo applicare correttamente tal principio e hanno subito la forte critica proprio dal Presidente della Fondazione Gimbe il quale ha sottolineato la mancanza di «*un metodo rigoroso per favorire un adeguato trasferimento delle migliori evidenze nella definizione e aggiornamento delle prestazioni*» in assenza del quale «*i Lea inevitabilmente finiscono per includere prestazioni dal value basso o addirittura negativo, ed escludono alcune prestazioni dall’elevato value*»<sup>587</sup>.

Non v’è dubbio che l’analisi del rapporto costo – beneficio deve essere centrale ai fini della sostenibilità del SSN.

Altro argomento sollevato dalle Commissioni quale strumento ai fini dell’efficientamento del SSN e quello dei costi e dei fabbisogni *standard*. Il metodo dell’individuazione e del calcolo lo abbiamo affrontato ed in questa sede sembra opportuno ricordare sì la correttezza del percorso intrapreso ma altresì la perplessità in relazione ai meccanismi di pesatura che, allo stato, rimangono legati soltanto al fattore dell’età<sup>588</sup>. A tal proposito non può non sottolinearsi che tale unico fattore non può spiegare le diverse esigenze (e conseguenti costi) del settore sanitario ma vi è l’esigenza di prevedere ulteriori *proxy* che permettano, ad esempio, di tenere in considerazione le condizioni socio-economiche del territorio e della popolazione di riferimento<sup>589</sup>. Ciò assume maggiore valore se si tiene conto che gli strumenti perequativi sembrano essere ancora lontani da una loro piena attività.

A tal proposito si deve considerare che, come emerso durante le indagini delle Commissioni, la maggiore richiesta di salute proviene dalle regioni maggiormente disagiate le quali spesso coincidono con quelle a minore capacità fiscale. In assenza di strumenti perequativi, e in una fase di crisi economica, si corre il serio rischio di

---

<sup>586</sup> Si veda, ancora, *supra*, § 4.3. ma anche § 4.4.

<sup>587</sup> Nino Cartabellotta, presidente Fondazione Gimbe, audizione in Commissione Igiene e Sanità del Senato del 30.11.2016.

<sup>588</sup> Si veda, *supra*, § 3.3.3.3.

<sup>589</sup> Si veda, *supra*, § 3.3.3.3. e in particolare, E. CARUSO – N. DIRINDIN, op. ult. cit., *passim*, hanno evidenziato che ai fini della definizione della formula capitaria «sono necessarie corrette informazioni che supportino con evidenze empiriche la scelta dei determinanti di salute sui bisogni di consumo per una distribuzione delle risorse che sia esente il più possibile dalla negoziazione politica».

raggiungere un livello di sovrafinanziamento individuale dei livelli essenziali ma anche una difficoltosa erogazione degli stessi LEA<sup>590</sup>.

In questa perdurante stagione di crisi non possono essere trascurate le indicazioni provenienti dall'ordinamento europeo con specifico riferimento alla tutela della salute. Oltre alla necessità di investire in salute, nel senso di investire in prevenzione<sup>591</sup>, che però non risulta certo semplice in epoca di ristrettezze di risorse, è stato messo in evidenza come la tutela salute debba essere collocata al centro delle politiche nazionali (ma anche regionali) secondo il principio della sanità in tutte le politiche<sup>592</sup>. Una tale impostazione si colora di toni più marcati se si tiene in considerazione il legame esistente tra la buona salute della popolazione e lo sviluppo economico<sup>593</sup>.

L'impostazione in questi termini delle politiche della salute ben si concilia con il passaggio da un *Welfare* semplicemente redistributivo ad uno generativo (capace di creare risorse) che si basi su *un'autentica e genuina* solidarietà da parte di coloro che ricevono prestazioni dallo Stato, infatti «è *sul terreno della partecipazione dei cittadini [...] la vera supplenza alle carenze del nostro modello di Welfare cui può efficacemente adempiere la società civile*»<sup>594</sup>.

In questo senso potrebbe essere anche rivista la lettura dell'equilibrio di bilancio e del nuovo art. 81 cost. nel senso che se «*la scelta del decisore assume i tratti dell'irreversibilità oppure produce effetti gravosi e/o limitanti sui legittimi decisori del futuro e, quindi, sulle generazioni future, il rapporto del decisore attuale col principio democratico assume una dimensione anche intertemporale e intergenerazionale che non deve essere pretermessa o ignorata*»<sup>595</sup>. In tal modo la riforma costituzionale del 2012 risulta «*non solo pienamente compatibile con il principio democratico, ma ne rappresenta*

---

<sup>590</sup> Cfr., *supra*, § 4.3.

<sup>591</sup> Come già rimarcato, l'Italia è agli ultimi posti tra Paesi Ue in termini di investimento in prevenzione; cfr., *supra*, § 4.3.

<sup>592</sup> In tal senso, v. *supra*, § 4.2. ma anche le considerazioni del Rapporto Gimbe in § 4.4. e quelle svolte dalla Commissione del Senato esposte in § 4.5.

<sup>593</sup> V. sempre, *supra*, § 4.2. Sulla base degli studi economici di Amartya Kumar Sen, che ha teorizzato la stretta connessione (ma anche la sostenibilità) tra sanità universale e crescita economica, anche l'Onu ha inserito la copertura sanitaria integrale tra gli obiettivi di sviluppo del millennio.

<sup>594</sup> C. COLAPIETRO, *Alla ricerca di un Welfare sostenibile*, cit., p. 32 ss.

<sup>595</sup> R. BIFULCO, *Jefferson, Madison e il momento costituzionale dell'Unione. A proposito della riforma costituzionale sull'equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, 2, 2012, p. 5 ss.

*un significativo arricchimento» essendo tesa «a tutelare anche le generazioni future da un onere che, in alcuni casi, può divenire gravosissimo»<sup>596</sup>.*

In questo solco è da condividere il pensiero di chi ha messo in evidenza come *«alla radice di molte delle carenze riscontrate al piano della salvaguardia dei diritti sta una distorta rappresentazione del rapporto intercorrente tra diritti e doveri, in ispecie una insufficiente percezione di ciò che può (e deve) fare il dovere di solidarietà, unitamente al dovere di fedeltà alla Repubblica, al servizio dei diritti»<sup>597</sup>. La solidarietà quale motore di una nuova visione portata avanti anche dal legislatore e dai giudici senza il contributo dei quali «i diritti sociali (e, riassuntivamente, la dignità) rischiano di restare confinati tra le mere, generose ma ingenuie, declamazioni, incapaci tuttavia [...] di uscire dal labirinto nel quale si trovano»<sup>598</sup>.*

---

<sup>596</sup> *Ibidem.*

<sup>597</sup> A. RUGGERI, *Per uno studio sui diritti sociali*, cit., p. 552 – 553.

<sup>598</sup> *Ibidem*, p. 553.

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (I.S.R.-C.N.R.), *Regionalismo, federalismo e welfare state*, Milano, 1997
- AA.VV., *Il nuovo welfare State dopo la riforma del Titolo V. Sanità e assistenza a confronto*, Milano, 2005
- AGOSTA S., *La leale collaborazione tra Stato e Regioni*, Milano, 2008
- AICARDI N., *La sanità*, in (a cura di) S. CASSESE, *Trattato di Diritto Amministrativo*, Milano, 2003
- AINIS M., *I soggetti deboli nella giurisprudenza costituzionale*, in *Studi in onore di L. Elia*, I, 1999
- ALEXY R., *Teoria dei diritti fondamentali*, Bologna, 2012
- ALLEGRETTI U., *Globalizzazione e sovranità nazionale*, in *Dem. e dir.*, 1998
- AMATO G., *Regioni e assistenza sanitaria: aspetti costituzionali*, in *Probl. sic. soc.*, 1969
- AMIRANTE C., *Diritti fondamentali e diritti sociali nella giurisprudenza costituzionale*, in AA. VV. *Diritti di libertà e diritti sociali. Tra giudice costituzionale e giudice comune*, Napoli, 1999
- ANGIOLINI V., *L'amministrazione locale nella riforma sanitaria: spunti per una definizione obiettiva del fenomeno autonomistico*, in *Jus*, 1979
- ANTONINI L., *I principi di coordinamento del federalismo fiscale*, in L. ANTONINI (a cura di), *Verso un nuovo federalismo fiscale*, Milano, 2005
- ANTONINI L., *L'attuazione del federalismo fiscale*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it)
- ANTONINI L., *L'autonomia finanziaria delle regioni tra riforme tentate, crisi economica e prospettive*, in [www.rivistaaic.it](http://www.rivistaaic.it), 4, 2014
- ANTONINI L., *La vicenda e la prospettiva dell'autonomia finanziaria regionale: dal vecchio al nuovo art. 119 della Costituzione*, in *Le Regioni*, Bologna, 2003
- ANTONINI L., *Un requiem per il federalismo fiscale*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 2016
- ANZON A., *Il difficile avvio della giurisprudenza costituzionale sul nuovo Titolo V della Costituzione*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2003
- ANZON A., *L'altra "faccia" del diritto alla salute*, in *Giur. cost.*, 1979
- ANZON A., *Modelli ed effetti della sentenza costituzionale sul «caso Di Bella»*, in *Giur. Cost.*, 1998
- ARU E., *La nuova legge di riforma ospedaliera*, in *Rassegna amministrativa di sanità*, 1968
- AZZARITI G., (a cura di), *Interpretazione costituzionale*, Torino, 2007
- AZZARITI G., *Il pareggio che per i diritti è una sconfitta*, su *Il manifesto* del 23 settembre 2014
- AZZARITI G., *Ipotesi sui diritti sociali*, in *Nuvole*, 5, 1993

- AZZARITI G., *Riforma del Senato. Questioni di metodo e di merito*, in [www.astridonline.it](http://www.astridonline.it), 8/2014
- BALBONI E., *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, in *Le Regioni*, 6, 2003
- BALDASSARRE A., *Diritti sociali, Enc. giur.*, Treccani, Roma, XII. 1989
- BALDASSARRE A., *I diritti della persona e i valori costituzionali*, Torino, 1997
- BALDASSARRE A., *Lo Stato Sociale: una formula in evoluzione*, in A. BALDASSARRE – A. CERVATI (a cura di), *Critica dello Stato sociale*, Bari, 1982
- BALDUZZI R., *La creazione di nuovi modelli sanitari regionali e il ruolo della Conferenza Stato-Regioni (con una digressione sull'attuazione concreta del principio di sussidiarietà orizzontale)*, in *Quad. reg.*, Milano, 2004
- BALDUZZI R., *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE (diretto da), *Dizionario di diritto pubblico*, Milano, 2006
- BALDUZZI R., *Titolo V e tutela della salute*, in *Quad. reg.*, 2002
- BALDUZZI R. – DI GASPARRE G. (a cura di), *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo V*, Milano, 2002
- BALOCCHI E., *La qualificazione di povertà nel diritto amministrativo*, Milano, 1967
- BARBERA A. – COCOZZA F. – CORSO G., *Le libertà dei singoli e delle formazioni sociali. Il principio di eguaglianza*, in AMATO G. – BARBERA A. (a cura di), *Manuale di diritto pubblico*, 1984 e 1997
- BARBERA A., *Articolo 2*, in (a cura di) G. BRANCA, *Art. 1-12 Principi fondamentali. Commentario alla Costituzione*, Bologna-Roma, 1975
- BARBERA A., *Chi è il custode dell'interesse nazionale?*, in *Quad. Cost.*, 2, 2001
- BARETTONI ARLERI A., *Finanziamento del servizio sanitario nazionale*, in M.S. GIANNINI – G. DE CESARE (a cura di), *Dizionario di diritto sanitario*, Milano, 1984, *ad vocem*
- BARILETTI A., *Problemi finanziari del Servizio sanitario nazionale*, Milano, 1987
- BASSANINI F., *Autonomia e garanzie nel finanziamento delle Regioni e degli enti locali*, in A. ZANARDI (a cura di), *Per lo sviluppo. Un federalismo fiscale responsabile e solidale*, Bologna, 2006
- BASSANINI F., *Una riforma difficile (ma necessaria): il federalismo fiscale alla prova della sua attuazione*, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it)
- BASSANINI F. – MACIOTTA G. (a cura di), *L'attuazione del federalismo fiscale*, Bologna, 2003
- BASSO L., *Per uno sviluppo democratico nell'ordinamento costituzionale italiano*, in *Studi per il ventesimo anniversario dell'Assemblea costituente*, Vallecchi, Firenze, 1969, IV.
- BELLETTI M., *I "livelli essenziali delle prestazioni" alla prova del "coordinamento della finanza pubblica". Alla ricerca della "perequazione" perduta*, in *Quaderni di sanità pubblica*, 5, 2014

BELLETTI M., *I percorsi evolutivi del coordinamento della finanza pubblica dall'autonomia di spesa all'equilibrio del bilancio. Il coordinamento in campo sanitario e il finanziamento dei livelli essenziali*, in R. NANIA (a cura di), *Attuazione e sostenibilità del diritto alla salute*, Sapienza Università Editrice, Roma, 2013

BELLETTI M., *Le Regioni "figlie di un Dio minore". L'impossibilità per le Regioni sottoposte a Piano di rientro di implementare i livelli essenziali di prestazioni*, in *Consultaonline*, 2013

BELLETTI M., *Percorsi di ricentralizzazione del regionalismo italiano nella giurisprudenza costituzionale*, Roma, 2012

BENELLI F., *La "smaterializzazione" delle materie. Problemi teorici ed applicativi del Titolo V della Costituzione*, Milano, 2006

BENVENUTI M., *Diritti sociali*, Milano, 2013

BERGO M., *Qualche riflessione a margine della legge 24 dicembre 2012, n. 243 attuativa della riforma costituzionale più silenziosa degli ultimi tempi*, in *www.federalismi.it*, 6, 2013

BERTOLINO C., *Il principio di leale collaborazione nel policentrismo del sistema costituzionale*, Torino, 2008

BERTOLISSI M., *Autonomia finanziaria e distribuzione delle risorse*, in AA.Vv., (a cura di) G. BERTI E G. C. DE MARTIN, *Le autonomie territoriali: dalla riforma amministrativa alla riforma costituzionale*, Milano 2001

BERTOLISSI M., *L'autonomia finanziaria delle Regioni ordinarie*, in *Le Regioni*, 2/3, 2004

BIANCA M. – CATELANI A., (a cura di) *Giusnaturalismo e diritti inviolabili dell'uomo*, Arezzo, 2009

BIFULCO R., *Il Senato che verrà: Assemblea legislativa o Conferenza camuffata?*, in *www.confrontocostituzionali.eu*, 2014

BIFULCO R., *Jefferson, Madison e il momento costituzionale dell'Unione. A proposito della riforma costituzionale sull'equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC*, 2, 2012

BIFULCO R., *Osservazione sulla legge n. 42 del 2009 in materia di federalismo fiscale*, in *Astrid-Rassegna*, 93, 2009

BILANCIA F., *Note critiche su cd. "pareggio di bilancio"*, in *Rivista Aic*, III, 2013

BILANCIA F., *L'instabile quadro del riparto delle competenze legislative*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2010

BILANCIA P., *Le nuove frontiere della tutela multilivello dei diritti*, in *Rivista Aic*, 2004

BILANCIA P. – DE MARCO E. (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti*, Milano, 2004

BILANCIA P. - SCUTO F., *La riforma costituzionale tra superamento del bicameralismo paritario e riordino delle competenze Stato-Regioni*, in *Centro Studi sul federalismo*, 2015

- BIN R., *Diritti e Argomenti. Il bilanciamento degli interessi nella giurisprudenza costituzionale*, Milano, 1992
- BIN R., *Diritti e fraintendimenti: il nodo della rappresentanza*, in *Ragion Pratica*, 2000
- BIN R., *I criteri di individuazione delle materie*, in *Le Regioni*, 5, 2006
- BIN R., *L'applicazione diretta della costituzione, le sentenze interpretative, l'interpretazione conforme a Costituzione della legge*, in *www.robortobin.it*, 2006.
- BIN R., *L'interesse nazionale dopo la riforma: continuità dei problemi, discontinuità della giurisprudenza costituzionale*, in *Le Regioni*, 6, 2001
- BIN R., *Prevalenza senza criterio. Nota alla sent. 41/2008*, in *Le Regioni*, 2009
- BIN R., *Riforma costituzionale e Regioni: ancora troppi equivoci*, in F. PALERMO - S. PAROLARI (a cura di), *Riforma costituzionale e Regioni, Riflessioni a prima lettura sul nuovo Titolo V della Costituzione*, Bolzano, 2015
- BIN R. – PITRUZZELLA G. – DONATI D., *Lineamenti di diritto pubblico per i servizi sociali*, Torino, 2014
- BIN R. – PITRUZZELLA G., *Diritto costituzionale*, Torino, 2015
- BOBBIO N., *L'età dei diritti*, Torino, 1990
- BOGNETTI G., *Costituzione e bilancio dello stato: il problema delle spese in deficit*, in *www.astrid-online.it*, 2009,
- BOGNETTI G., *Il pareggio di bilancio nella Carta costituzionale*, in *Rivista Aic*, 2011
- BORIA P., *Il sistema tributario*, Torino, 2008
- BOTTARI C., *Nuovi modelli organizzativi per la tutela della salute*, Torino, 1999
- BOTTARI C., *Tutela della salute e organizzazione sanitaria*, Torino, 2009
- BOZZI C., *Assistenza, beneficenza e previdenza*, in *Scritti in onore di Santi Romano*, II, Padova, 1940
- BOZZI C., *Considerazioni sulle competenze sanitarie locali*, in *Cons. Stato*, 1973
- BRANCASI A., *Continua l'inarrestabile cammino verso una concezione statalista del coordinamento finanziario*, in *Le Regioni*, 2008
- BRANCASI A., *L'autonomia finanziaria degli enti territoriali di fronte ai vincoli europei ed alla riforma costituzionale sul «pareggio di bilancio»*, in *Le Regioni*, 1-2, 2014
- BRANCASI A., *L'autonomia finanziaria degli enti territoriali: note esegetiche sul nuovo art. 119 Cost.*, in *Le Regioni*, Bologna, 1, 2003
- BRANCASI A., *L'introduzione del principio del c.d. pareggio di bilancio: un esempio di revisione affrettata della Costituzione*, in *www.forumcostituzionale.it*, 2012



BRANCASI A., *L'obbligo di copertura finanziaria tra la vecchia e la nuova versione dell'art. 81 Cost.*, in *Giur. Cost.*, 2012

BRANCASI A., *La Corte costituzionale al bivio tra il tradizionale paradigma del coordinamento finanziario e la riforma costituzionale "introduttiva del pareggio di bilancio"*, in *Giur. cost.*, 2014

BRANCASI A., *La nuova regola costituzionale del pareggio di bilancio, Effetti su rapporti Parlamento – Governo e sugli indirizzi delle politiche sociali: il caso italiano*, Atti a delle V giornate italo-ispano-brasiliane di diritto costituzionale, Lecce, 14-15 settembre 2012, in [www.gruppodipisa.it](http://www.gruppodipisa.it)

BRANCASI A., *Legge finanziaria e legge di bilancio*, Milano, 1985

BRANCASI A., *Osservazioni sull'autonomia finanziaria*, in *Le Regioni*, Bologna, 2004,

BRANCASI A., *Uguaglianze e disuguaglianze nell'assetto finanziario di una repubblica federale*, in *Dir. Pubbl.*, 2002

BRUSCAGLIA L. - BUSNELLI F.D. - CORASANTI A. (a cura di), *Commento alla l. 23 dicembre 1978 n. 833*, in *Nuove leggi civili commentate*, Padova, 1979

BURATTI V., *Il servizio sanitario nazionale fra decentramento e controllo centrale della spesa*, in *Dir. Soc.*, 1986

BUZZACCHI C., *Bilancio e stabilità. Oltre l'equilibrio finanziario*, in *Studi di diritto pubblico dell'economia*, 19, Milano, 2015

BUZZACCHI C., *Coesione e solidarietà sociale: un primo approccio alle tematiche del federalismo fiscale*, in *Le Regioni*, Bologna, 2002

BUZZACCHI C., *Il «custode della finanza pubblica allargata» e gli oneri della potestà di coordinamento*, in [www.formucostituzionale.it](http://www.formucostituzionale.it), 2016

CAIANIELLO V., *Corte Costituzionale e finanza pubblica*, in *Giur. It.*, 1984, IV

CALAMANDREI P., in *Assemblea costituente*, 4 marzo 1947, in [www.istitutodegasperi-emilia-romagna.it](http://www.istitutodegasperi-emilia-romagna.it)

CALAMANDREI P., *La Costituzione*, in AA. VV., *Dieci anni dopo. 1945-1955. Saggi sulla vita democratica italiana*, Bari-Roma, 1955

CALZOLAIO S., *Il cammino delle materie nello stato regionale. Le definizioni delle competenze legislative nell'ordinamento costituzionale*, Torino, 2012

CALZOLAIO S., *Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, in [federalismi.it](http://federalismi.it), 2014

CAMERLENGO Q., *Eguaglianza sostanziale e promozione sociale nel sistema costituzionale*, in *Scritti in onore di Valerio Onida*, in M. D'AMICO E B. RANDAZZO (a cura di), *Alle frontiere del diritto costituzionale*, Milano, 2011

- CAMERLENGO Q. – RAMPA L., *I diritti sociali fra istituti giuridici e analisi economica*, in *Quaderni costituzionali*, 2015
- CAMMELLI M., *Principio di sussidiarietà e sistema delle amministrazioni pubbliche*, in *Quad. Reg.*, 2002
- CAMMEO F., *La beneficenza pubblica e le altre attività dello Stato per la distribuzione della ricchezza*, in *Riv. dir. pubbl.*, I, 1928,
- CAMMEO F., *Principi generali, fonti ed organi dell'amministrazione sanitaria*, in *Sanità pubblica*, in (diretto da) V.E. ORLANDO, *Trattato di diritto amministrativo*, IV, II, Milano, 1905
- CAMMEO F. – VITTA C., *Sanità Pubblica*, in Primo trattato completo di diritto amministrativo italiano, a cura di V.E. Orlando, col. IV, II parte, Milano, Società Editrice Libreria, 1905
- CANTARO A. - DEGNI M. (a cura di), *Il principio federativo. Federalismo e Stato sociale*, Molfetta, 1995
- CAPACCIOLI E., *L'organizzazione degli enti ospedalieri nella luce della recente legge di riforma*, in *Nuova Rassegna*, 1968
- CARAVITA B., *Art. 32*, in V. CRISAFULLI – L. PALADIN (a cura di), *Commentario breve alla Costituzione*, Padova, 1990
- CARAVITA B., *Glosse. Scorrendo il testo della proposta Renzi*, in *www.federalismi.it*, 8, 2014
- CARAVITA B., *La disciplina costituzionale della Salute*, in *Dir. Soc.*, 1984
- CARAVITA B., *Oltre l'eguaglianza formale*, Padova, 1984
- CARAVITA DI TORITTO B., *Art. 81 Cost., Stato sociale e intervento della Corte costituzionale*, in AA. VV., *Le sentenze della Corte costituzionale e Art. 81, u.c., della Costituzione*, Milano, 1991
- CARAVITA DI TORITTO B., *Contributo riforma titolo V*, in *www.federalismi.it*, 21, 2013
- CARBONI G.G., *Lo Stato regionale al tempo del rigore finanziario*, in *Rivista AIC*, 2014
- CARDIA C., *Assistenza e beneficenza*, in *Enc. giur. III*, Roma, Treccani, 1988
- CARETTI P., *Diritti fondamentali*, , Torino, 2011
- CARETTI P., *I diritti fondamentali. Libertà e diritti sociali*, Torino, 2011
- CARETTI P., *La potestà legislativa regionale nelle proposte di riforma del Titolo V della seconda parte della Costituzione*, in *www.osservatoriosullefonti.it*, 2014, n. 3
- CARETTI P., *La riforma del titolo V Cost.*, in *www.rivistaaic*, 2, 2014
- CARINCI F., *La sussidiarietà verticale nel sistema delle fonti*, in *Forumcostituzionale.it*, 2006
- CARLASSARE L., *Forma di Stato e diritto fondamentali*, in *Quaderni costituzionali*, 1995

CARLASSARE L., *L'art. 32 Cost. e il suo significato*, in R. ALESSI (a cura di), *L'ordinamento sanitario: l'amministrazione sanitaria italiana*, Vicenza, 1967

CARLASSARE L., *Priorità costituzionali e controllo, sulla destinazione delle risorse*, in *Costituzionalismo.it*, 2013.

CARETTI P., *I diritti fondamentali. Libertà e diritti sociali*, Torino, 2011

CARROZZA P., *Le "materie": uso delle tecniche di enumerazione materiale delle competenze e modelli di riferimento del "regionalismo di esecuzione", previsto dal nuovo Titolo V della Costituzione*, in FERRARI G.F. - PARODI G. (a cura di), *La revisione costituzionale del Titolo V della Costituzione tra nuovo regionalismo e federalismo. Problemi applicativi e linee evolutive*, Padova, 2003

CARUSO E. – DIRINDIN N., *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*, in *www.astrid-online.it*, 2012

CASSETTA E., *Considerazioni generali sulla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale*, in *Trib. amm. reg.*, II, 1979

CASSETTA E., *Diritti pubblici subiettivi*, in *Enc. dir.*, XII, Milano, 1964

CASSETTA E., *Pubblica amministrazione*, in *Dig. disc. pubbl.*, XII, Torino

CASSESE S., *Il diritto amministrativo. Storia e prospettive*, Milano, 2010

CATELANI A., *La sanità pubblica*, in (diretto da) G. SANTANIELLO, *Trattato di Diritto Amministrativo*, Padova, 2010

CAVASINO E., *La flessibilità del diritto alla salute*, Napoli, 2012

CAVASINO E., *Perché costruire il diritto alla salute come "diritto a prestazione" rende le forme normative dell'uguaglianza dipendenti dal limite economico-finanziario e ridimensiona l'effetto garantistico del "contenuto minimo essenziale"*, Atti del Convegno di Trapani, 8/9 giugno 2012, in *www.gruppodipisa.it*

CECCHETTI M., *I veri obiettivi della riforma costituzionale della riforma costituzionale dei rapporti Stato-Regioni e una proposta per realizzarli in modo semplice e coerente*, in *www.gruppodipisa.it*, 1, 2014

CECCHETTI M., *Le "facce nascoste" della riforma costituzionale del regionalismo*, in *Federal.it*, 9 dicembre 2015

CELOTTO A. – MODUGNO F., *La giustizia costituzionale*, in F. MODUGNO (a cura di), *Lineamenti di diritto pubblico*, Torino, 2011

CERESETO G.B., *Sanità pubblica*, in *Digesto italiano*, vol. XXI, I parte, 1891

CERESETO G.B., *La legislazione sanitaria in Italia*, Torino, 1901

CERIANI V., *Federalismo, perequazione e tributi: dalla riforma degli anni Novanta al nuovo Titolo V*, in F. BASSANINI – G. MACCIOTTA (a cura di), *L'attuazione del federalismo fiscale. Una proposta*, Bologna, 2005

- CERRUTI T., *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Rivista AIC*, 4, 2013
- CHELI E., *Ma questo è vero bicameralismo? (Dubbi e suggerimenti in ordine al progetto di riforma costituzionale presentato dal Governo)*, in [www.osservatoriosullefonti.it](http://www.osservatoriosullefonti.it), 2, 2014
- CHERUBINI A., *Dottrine e metodi assistenziali dal 1879 al 1948*, Milano, 1958
- CHESSA O., *La misura minima essenziale dei diritti sociali: problemi e implicazioni di un difficile bilanciamento*, in *Giur. cost.*, 2, 1998
- CHIEFFI L., *L'effettività del principio di eguaglianza negli ordinamenti policentrici*, in *Scritti in onore di Gianni Ferrara*, vol. I, Torino, 2005
- CIARLO P., *Osservazioni a prima lettura sul disegno Renzi-Boschi di revisione costituzionale*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 9, 2014
- CILIONE G., *Diritto Sanitario*, Rimini, 2005
- CIOCA G., *Il regime giuridico delle IPAB nell'ambito degli enti assistenziali*, in *Giur. it.*, 1987
- CIOLLI I., *I diritti sociali*, in AA.VV., F. ANGELINI – M. BENVENUTI (a cura di), *Il diritto costituzionale alla prova della crisi finanziaria mondiale*, Napoli, 2012
- CIOLLI I., *I diritti sociali al tempo della crisi economica*, in [www.costituzionalismo.it](http://www.costituzionalismo.it), 2012
- CIOLLI I., *L'art. 81 della Costituzione: da limite esterno al bilanciamento a super principio*, in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it), 2015
- CISLAGHI C. - COSTA G., *I costi standard*, in *Rapporto Sanità 2010*, (a cura di) N. FALCITELLI, G.F. GENSINI, M. TRABUCCHI, F. VANARA, Bologna, 2010
- CISLAGHI C. - GIULIANI F., *Costi standard: ma di che cosa stiamo parlando?*, in (a cura di) R. BALDUZZI, *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, 2012
- COCIANI S.F., *Le basi della perequazione nel federalismo fiscale*, in *Rass. Trib.*, 1, 2011
- COGO M.D., *La regionalizzazione della sanità: federalismo sanitario e fiscale*, in *Ragiusan*, 2004
- COLAPIETRO C., *Alla ricerca di un Welfare state "sostenibile": il Welfare generativo*, in *Dir. Soc.*, 2014
- COLAPIETRO C., *Diritti costituzionali a prestazioni positive ed equilibrio di bilancio*, in *Giur. It.*, 1995
- COLAPIETRO C., *Diritti dei disabili e Costituzione*, Napoli, 2011
- COLAPIETRO C., *I diritti sociali*, in C. COLAPIETRO – M. RUOTOLO, *Diritti e Libertà. Con appendice giurisprudenziale*, Torino, 2014
- COLAPIETRO C., *Disabilità, crisi economica e giudice delle leggi*, in C. COLAPIETRO – A. SALVIA (a cura di), *Assistenza, inclusione sociale e diritti delle persone con disabilità: a vent'anni dalla Legge 5 febbraio*

1992, n. 104. *Atti del Convegno Internazionale Fondazione Santa Lucia IRCCS, Roma – Università degli studi di Roma Tre, 13 – 14 giugno 2012, Napoli, 2013*

COLAPIETRO C., *Garanzia e promozione dei diritti sociali nella più recente giurisprudenza costituzionale*, in *Giur. It.*, IV, Torino, 1995

COLAPIETRO C., *Il principio di eguaglianza nella Costituzione italiana*, in C. COLAPIETRO – M. RUOTOLO, *Diritti e Libertà. Con appendice giurisprudenziale*, Torino, 2014

COLAPIETRO C., *Il sistema radiotelevisivo*, in C. COLAPIETRO – M. RUOTOLO, *Diritti e Libertà. Con appendice giurisprudenziale*, Torino, 2014

COLAPIETRO C., *La giurisprudenza costituzionale nella crisi dello Stato sociale*, Padova, 1996

COLAPIETRO C., *La salvaguardia costituzionale del diritto alla salute e l'effettività della sua tutela nella sperimentazione del «multitrattamento Di Bella»*, in *Giur. It.*, 1999

COLAPIETRO C., *La trasparenza del percorso motivazionale seguito dalla Corte costituzionale nella teorizzazione del potere di modulazione degli effetti temporali delle proprie sentenze*, testo dell'Intervento svolto al Seminario di studio "L'efficacia temporale delle sentenze di accoglimento della Corte costituzionale nei più recenti orientamenti giurisprudenziali", organizzato dal Prof. Massimo Siclari il 22 maggio 2015 presso il Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università di Roma Tre

COLAPIETRO C., *Le pronunce "erogatorie" della Corte costituzionale ed il vincolo costituzionale della copertura finanziaria: le "additive di prestazione" sono per loro natura esenti dai vincoli e limiti dell'art. 81 Cost.*, in *Giur. It.*, I, 1989

COLAPIETRO C., *Le sentenze additive e sostitutive della Corte costituzionale*, Ospedaletto, 1990

COLAPIETRO C., *Una nuova soluzione giurisprudenziale all'insegna del «self-restraint», nel rispetto degli equilibri del bilancio pubblico*, in *Giur. It.*, Torino, 1994

CORASANITI A., *Commento agli artt. 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833*, in *Le nuove Leggi civili commentate*, Padova, 1978.

CORASANITI A., *Note in tema di diritti fondamentali*, in *Dir. Soc.*, 1990.

CORSO G., *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Riv. Trim. di diritto pubblico*, 3, 1981

COVINO F., *La perequazione finanziaria nella Costituzione*, Napoli, 2008

COVINO F., *Tutela della salute, vincoli europei di bilancio e ruolo della Corte costituzionale*, in [www.eticaeconomia.it](http://www.eticaeconomia.it), 2014

CRISAFULLI V., *Individuo e società nella Costituzione italiana*, in *Dir. lav.*, 1954

CRISAFULLI V., *La Costituzione e le sue disposizioni di principio*, Milano, 1952

CRISAFULLI V., *Lezioni di diritto costituzionale*, II, Padova, 1984

CUOCOLO L. – CANDIDO A., *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it), 2013

CUOCOLO L., *A rebours, la tutela della salute tra Regioni e Stato*, in *Quad. reg.*, 2005

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

CURSO R., *I livelli essenziali di assistenza tra Stato, Regioni e competenze dell'Unione Europea*, in *Organizzazione Sanitaria*, Roma, 2009

D'ALOIA A., *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 6, 2003, Bologna, p. 1063-1140

D'ANGELOSANTE M., *Strumenti di controllo della spesa e concorrenza nell'organizzazione del servizio sanitario in Italia*, Rimini, 2012

D'ATENA A., *Diritto regionale*, Torino, 2013

D'ATENA A., *Giustizia costituzionale e autonomie regionali. In tema di applicazione del nuovo Titolo V*, in PACE A. (a cura di), *Corte costituzionale e processo costituzionale nell'esperienza della Rivista "Giurisprudenza costituzionale" per il Cinquantenario*, Milano, 2006

D'ATENA A., *L'allocatione delle funzioni amministrative in una sentenza ortopedica della Corte costituzionale*, in *Giur. cost.*, 2003

D'ATENA A., *Lezioni di diritto costituzionale*, Torino, 2012

D'ATENA A., *Luci e ombre della riforma costituzionale Renzi-Boschi*, in [www.rivistaaic.it](http://www.rivistaaic.it), 2, 2015

D'ATENA A., *Materie legislative e tipologia delle competenze*, in *Quad. cost.*, 2003

DE FIORES C., *Un Senato di garanzia a suffragio universale*, in [www.costituzionalismo.it](http://www.costituzionalismo.it), 2014

DE GRAZIA D., *Crisi del debito pubblico e riforma della Costituzione*, in [www.unisi.it](http://www.unisi.it)

DE MARIA G., *Lo Stato sociale moderno*, Milano, Ambrosiana, 1946

DE MARTIN G.C., *Contraddizioni e incoerenze della riforma costituzionale in materia di autonomie territoriali*, in *Amministrazioni in Cammino*, 2016

DE MARTIN G.C., *Il disegno autonomistico disatteso tra contraddizioni e nuovi scenari problematici*, in *Istituzioni del federalismo*, 1, 2014

DE ROBERTO A., *La salute nella Costituzione*, in ANDREIS M. (a cura di), *La tutela della salute tra tecnica e potere amministrativo*, Milano, 2006

DE SIERVO U., *Assistenza e beneficenza pubblica*, in *Digesto pubbl.*, I, 1987

DE SIERVO U., *Il regionalismo italiano fra i limiti della riforma del Titolo V e la sua mancata attuazione*, in [www.issirfa.cnr.it](http://www.issirfa.cnr.it)

DE SIERVO U., *Il regionalismo in alcune disposizioni del disegno di legge di revisione costituzionale n. 1429*, in *Osservatorio sulle fonti*, 2, 2014

DEL VECCHIO G., *Sanità pubblica*, Roma, 1964

DELLA CANANEA G., *Autonomia e perequazione nell'art. 119 della Costituzione*, in *Ist. fed.*, 1, 2005

DELLA CANANEA G., *Autonomie e responsabilità nell'articolo 119 della Costituzione*, in *Lav. pubbl. amm.*, suppl., 2002

DEMURO G., *La ricerca scientifica e il diritto alla salute*, in *Rivista Aic*, 2013

DI GASPARE G., *Innescare un sistema in equilibrio della finanza pubblica ritornando all'art. 81 della Costituzione*, in *www.amministrazioneincammino.luiss.it*, 2005,

DICIOTTI E., *Stato di diritto e diritti sociali*, in *Diritto e questioni pubbliche*, 2004

DICKMANN R., *La legislazione di spesa e l'equilibrio di bilancio tra legittimità costituzionale e legittimità europea*, in *federalismi.it*, 2012

DOGLIANI M., *Introduzione al diritto costituzionale*, Bologna, 1994

DURST L., *Orientamenti giurisprudenziali e dottrinali sul concetto di essenzialità delle prestazioni e del diritto alla salute come diritto finanziariamente condizionato*, in R. NANIA (a cura di), *Attuazione e sostenibilità del diritto alla salute*, Sapienza Università Editrice, Roma, 2013

FALCON G., *Dieci anni dopo. Un bilancio della riforma del titolo V*, in *Le Regioni*, 2-3, 2011

FALCON G., *Ipotesi dottrinali e giurisprudenziali sulla natura delle unità sanitarie locali*, in *Le Regioni*, 1981

FALCON G., *L'ospedale pubblico dalle opere pie al servizio sanitario nazionale*, in *Jus*, 1982

FALCON G., *Modello e transizione nel nuovo Titolo V della parte seconda della Costituzione*, in *Le Regioni*, 2001

FANTOZZI A., *Diritto tributario*, Torino, 2005

FARES G., *Problemi attuali dell'ordinamento sanitario*, Napoli, 2013

FERRAJOLI F., *I fondamenti dei diritti fondamentali*, in L. FERRAJOLI, *Diritti fondamentali*, a cura di E.VITALE, Bari-Roma, 2001.

FERRAJOLI F., *La democrazia attraverso i diritti*, Bari-Roma, 2013

FERRARA A. - SALERNO G.M. (a cura di), *Il federalismo fiscale: commento alla legge n. 42 del 2009*, Napoli, 2010

FERRARA R., *L'ordinamento della sanità*, Torino, 2007

- FERRARA R., *Salute (diritto alla)*, in *Dig. disc. Pubbl.*, XIII, Torino, 1997
- FERRARA R. (a cura di), *Salute e sanità*, in *Trattato di biodiritto*, S. RODOTÀ E P. ZATTI (diretto da), Milano, 2010
- FERRARA R. – VIPIANA P.M., *Principi di diritto sanitario*, Torino, 1999
- FERRARI E., *Diritto alla salute e prestazioni sanitarie tra bilanciamento e gradualità*, in *Le Regioni*, 1991
- FERRARI E., *Il diritto alla salute è diritto a qualsiasi prestazione ritenuta indispensabile?*, in *Le Regioni*, 1989
- FERRARI E., *I servizi sociali*, Milano, 1986
- FINOCCHI GHERSI R. – TARDIOLA A., *Il federalismo istituzionale e fiscale e l'assetto della governance del Ssn*, in C. DE VINCENTI, R. FINOCCHI GHRESI E A. TARDIOLA (a cura di), *La sanità in Italia*, Bologna, 2010
- FOIS S., *Dalla crisi dello "Stato di diritto" alla crisi del c.d. "Stato sociale"*, in AA. VV., *La governabilità della società industriale*, Bologna, 1984
- FONDERICO F., *Igiene pubblica*, in (a cura di) S. CASSESE, *Trattato di Diritto Amministrativo*, Milano, 2003
- FORSTHOFF E., *Concetto e natura dello Stato sociale di diritto*, in *Stato di diritto in trasformazione*, a cura di C. AMIRANTE, Milano, 1973
- FRANSONI G. - DELLA CANANEA G., *sub Art. 119 Cost.*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO E M. OLIVETTI (a cura di) *Comm. cost.*, I, Artt. 1- 54, Torino, 2006
- GABRIELE F., *Il regionalismo tra crisi e riforme costituzionali*, in *www.rivistaaic.it*, 4, 2014
- GALEAZZI A., *L'evoluzione del sistema di finanziamento della sanità e l'introduzione dell'Irap*, in *Sanità pubblica*, 2001
- GALLO F., *Federalismo fiscale e vincolo del pareggio di bilancio*, Audizione alla Commissione per l'attuazione del Federalismo fiscale della Camera dei Deputati, Roma 30 ottobre 2014
- GALLO F., *I capisaldi del federalismo fiscale*, in *Dir. prat. trib.* 2009
- GALLO F., *Prime osservazioni sul nuovo art. 119 della Costituzione*, in *Rass. trib.*, 2, 2002
- GALLO F., *Relazione del Presidente della Corte costituzionale Franco Gallo alla Riunione straordinaria tenutasi al Palazzo della Consulta il 12 aprile 2013*
- GAMBERUCCI A.F., *Assistenza e beneficenza nel nuovo ordinamento delle opere pie*, in *Riv. dir. pubbl. e publ. amm.*, I, 1927
- GAMBINO S., *Autonomia, asimmetria e principio di eguaglianza: limiti costituzionali al federalismo fiscale*, in *Pol. dir.*, 1, 2009
- GAMBINO S., *Una nuova riforma costituzionale per il titolo V: soluzione intricata e compromesso difficile fra riassetto istituzionale ed esigenze in conflitto*, in *Osserv. cost. aic*, 2015



- GASPARINI CASARI V., *Considerazioni sui principi fondamentali della nuova legislazione ospedaliera*, in *Archivio Giuridico Serafini*, 1972
- GIANNINI A., *La tutela della salute come principio costituzionale*, in INADEL, 1960
- GIANNINI M.S., *I pubblici poteri*, Bologna, 1985
- GIANNINI M.S., *L'organizzazione e l'amministrazione sanitaria. Prolusione sul quadro istituzionale*, Roma, 1975
- GIANNINI M.S., *Natura giuridica e struttura dell'u.s.l.*, in AA.Vv. *Problemi giuridici della riforma sanitaria*, Napoli, Esi, 1983
- GIANNINI M.S., *Relazione di sintesi*, in *Il servizio sanitario nazionale*, Milano, 1981
- GIANNINI M.S., *Stato sociale: nozione inutile*, in *Scritti in onore di Costantino Mortati*, I, Milano, 1977
- GIANNITI L., *Il pareggio di bilancio nei lavori della costituente*, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it), 2011
- GIANZANA S. – SAREDO G., *Leggi sulla sanità pubblica*, serie I, vol. I-III, Torino, 1883
- GIARDA P., *Le regole del federalismo fiscale nell'articolo 119: un economista di fronte alla nuova Costituzione*, in *Le Regioni*, Bologna, 6, 2001
- GIARDA P. (coordinato da), *Titolo V e federalismo fiscale*, Gruppo di lavoro sul federalismo fiscale (a cura del), presso il Ministero dell'Economia e delle finanze, 22 dicembre 2006, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it)
- GIORGIS A., *Diritti sociali*, in S. CASSESE (a cura di), *Dizionario di diritto pubblico*, Milano, 2007
- GIORGIS A., *La Corte costituzionale riserva al legislatore la tutela dei diritti che costano?*, in *Giur. It.*, 1995
- GIORGIS A., *La costituzionalizzazione dei diritti all'uguaglianza sostanziale*, Napoli, 1999
- GIORNI A.M. - NANTE N., *Il federalismo sanitario. Evoluzione del sistema di finanziamento del Ssn*, in *Mondo sanitario*, 11, 2003
- GIOVANARDI A., *L'autonomia tributaria degli enti territoriali*, Milano, 2005
- GRANELLI E., *La l. n. 111 del 1991 sulla gestione transitoria delle Usl: organi e procedimenti nelle materie del bilancio*, in *Riv. Corte conti*, 5, 1991
- GRASSO G., *Federalismo, federalismo fiscale, federalismo sanitario. Il lessico costituzionale alla prova dei costi standard*, in (a cura di) R. BALDUZZI, *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, 2012
- GRASSO G., *Il costituzionalismo della crisi. Uno studio sui limiti del potere e sulla legittimazione al tempo della globalizzazione*, Napoli, 2012
- GRASSO P.G., *Stato di diritto e Stato sociale nell'attuale ordinamento italiano*, in *Il Politico*, 1961

- GRECO R., *Diritti sociali, logiche di mercato e ruolo della Corte costituzionale*, in *Questione Giustizia*, 1994
- GRIGLIO E., *La legislazione regionale alla prova dei piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge del piano*, in *Rivista AIC*, 3, 2012
- GROSSO E., *La sent. n. 88 del 1992: un' alternativa alle "additive di prestazione"?*, in *Giur. Cost.*, 1992
- GROSSO E., *Sentenza costituzionali di spesa "che non costino"*, Torino, 1991
- HABERLE P., *Le libertà fondamentali nello Stato costituzionale*, La Nuova Italia Scientifica, Roma, 1993
- HABERMAS J., *Morale, diritto e politica*, Torino, 2007
- HOLMES S. E SUNSTEIN C.R., *Il costo dei diritti. Perché la libertà dipende dalle tasse*, Bologna, 2000
- IANNUZZI A., *Regolamenti delle Regioni. Questioni teoriche e aspetti problematici*, Collana Crispel, Napoli, 2012
- IANNUZZI A., *La garanzia dei diritti sociali fra ipotesi di "nuovi doveri" e richieste di assunzione di maggiori responsabilità individuali – Riflessioni sul welfare generativo e sulla comunicazione dei costi delle prestazioni sanitarie*, in *Diritto e Società*, Napoli, 2014
- IMMORDINO D., *La disciplina spetta alle regioni (entro limiti massimi di manovrabilità) ma il tributo è statale. Il "nuovo" status della tassa automobilistica*, in *Le Regioni*, 2013
- IX RAPPORTO SANITÀ, dal titolo *Crisi economica e sanità: come cambiare le politiche pubbliche*, in [www.sossanita.it](http://www.sossanita.it), 2013
- JORIO E., *Diritto sanitario*, Milano, 2005
- JORIO E., *Federalismo fiscale e sanità*, su [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 2008
- JORIO E., *Il fondo perequativo e i livelli essenziali*, in *Sanità pubblica e privata*, 4, 2004,
- JORIO E., *Quanto peserà la legge attuativa del "pareggio di bilancio" sull'attività delle Regioni e degli enti locali?*, in [www.astrid-online.it](http://www.astrid-online.it), 2013
- JORIO E., *Un primo esame del d.lgs. n. 68/2011 sul federalismo regionale e provinciale, nonché sul finanziamento della sanità (...cinque dubbi di incostituzionalità)*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it)
- KELSEN H., *I fondamenti della democrazia*, Bologna, 1966
- LA PIRA G., *Relazione sui principi relativi ai rapporti civili*, in *Atti della Commissione per la Costituzionali*, in [www.legislature.camera.it](http://www.legislature.camera.it), 1946
- LABRANCA A., *Sanità pubblica*, in *Nuovo Digesto*, XI, Torino, 1939
- LAMBERTI L., *Diritto sanitario*, Milano, 2006
- LAVAGNA C., *Costituzione e socialismo*, Bologna, 1977

- LAVAGNA C., *La delegificazione: possibilità, forme e contenuti*, in AA.VV. *Studi per il ventesimo anniversario dell'Assemblea costituente*, IV, Firenze, 1969
- LESSONA S., *Amministrazione della sanità pubblica in Italia*, in *Raccolta di scritti in onore di A. C. Jemolo*, III, Milano, 1963
- LESSONA S., *La tutela della salute pubblica*, in (diretto da) P. CALAMANDREI – A. LEVI, *Commentario sistematico alla Costituzione italiana*, I, Firenze, 1950
- LESSONA S., *Sulla riforma della legislazione sanitaria*, Milano, 1932
- LESSONA S., *Trattato di Diritto sanitario*, I, Torino, Bocca, 1914-21
- LEVI F. – PALADIN L., *Regioni e unità sanitarie locali*, in *Le Regioni*, 1974
- LOMONACO APRILE A., *La politica assistenziale dell'Italia fascista*, Roma, Istituto nazionale fascista di cultura, 1934
- LONGO A., *I valori costituzionali come categoria dogmatica*, Napoli, 2007
- LONGO A., *Le istituzioni pubbliche di beneficenza*, in (diretto da) V.E. ORLANDO, *Trattato di diritto amministrativo*, VIII, Milano, 1905
- LONGO A., *Valori, principi e costituzione*, in *Dir.Soc.*, 2002.
- LONGO E., *I diritti sociali in tempo di crisi: la Corte salva la social card e ne ricava un nuovo titolo di competenza statale*, in *Giur. cost.*, 2010
- LUCCHINI O., *Le istituzioni pubbliche di beneficenza nella legislazione italiana*, Firenze, 1894
- LUCIANI M., *Gradualità per riforme*, in *Italia Oggi* del 12 febbraio del 1996
- LUCIANI M., *Art. 81 e decisioni della Corte costituzionale*, in AA.VV., *Le sentenze della Corte costituzionale e art. 81, u. c., della Costituzione*, Milano, 1993
- LUCIANI M., *Corte costituzionale e unità nel nome dei valori*, in R. Romboli (a cura di), *La giustizia costituzionale a una svolta*, Torino, 1991.
- LUCIANI M., *Costituzione, bilancio, diritti e doveri dei cittadini*, in [www.astridonline.it](http://www.astridonline.it), 2013
- LUCIANI M., *Diritti sociali e integrazione europea*, in AA. VV., *Annuario 1999. La Costituzione europea*, Padova, 2000
- LUCIANI M., *Economia nel diritto costituzionale*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, vol. V, Torino, 1990
- LUCIANI M., *Il diritto costituzionale alla salute*, in *Dir. Soc.*, 1980
- LUCIANI M., *Il principio è l'uguaglianza*, in *Italia Oggi* del 5 giugno 1995

LUCIANI M., *Interpretazione costituzionale e testo della costituzione. Osservazioni liminari*, in G. AZZARITI (a cura di), *Interpretazione costituzionale*, Torino, 2007

LUCIANI M., *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in (a cura di) E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA, *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, 2011

LUCIANI M., *L'equilibrio di bilancio e i principi fondamentali: la prospettiva del controllo di costituzionalità*, in [www.cortecostituzionale.it](http://www.cortecostituzionale.it), 2013

LUCIANI M., *La riforma del bicameralismo, oggi*, [www.rivistaaic.it](http://www.rivistaaic.it), 2, 2014

LUCIANI M., *Pensioni, diritti e bilancio*, in Italia Oggi del 27 marzo 1995

LUCIANI M., *Salute (diritto alla)- Dir. cost.*, in *Enc. giur.*, Treccani, Roma, 1991

LUCIANI M., *Sui diritti sociali*, in *Scritti in onore di M. Mazziotti Celso*, II, Padova, 1995

LUCIANI M., *Le nuove competenze legislative delle Regioni a statuto ordinario. Prime osservazioni sui principali nodi problematici della l. cost. n. 3 del 2001*, in [www.associazionedeicostituzionalisti.it](http://www.associazionedeicostituzionalisti.it)

LUCIANI M., *Conclusioni*, in F. ANGELINI - M. BENVENUTI (a cura di), *Il diritto costituzionale alla prova della crisi economica*, Napoli, 2012

LUCIANI M., *Generazioni future, distribuzione temporale della spesa pubblica e vincoli costituzionali*, in *Dir. soc.* 2008

LUCIANI M., *Nuovi diritti fondamentali e nuovi rapporti fra cittadino e pubblica amministrazione*, in *Riv. crit. dir. priv.*, 1985

LUPO N. – RIVOSECCHI G., *Quando l'equilibrio di bilancio prevale sulle politiche sanitarie regionali*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, 2012

MAGGETTI M., *La genesi e l'evoluzione della beneficenza*, Roma, 1890

MALFATTI E.- PANIZZA S. - ROMBOLI R., *Giustizia costituzionale*, Torino, 2011

MANGIAMELI S. (a cura di), *Il regionalismo italiano tra giurisprudenza costituzionale e involuzioni legislative dopo la revisione del Titolo V*, Milano, 2014

MANGIAMELI S., *Le Regioni italiane tra crisi globale e neocentralismo*, Milano, 2013

MAPELLI V., *Il fondo sanitario nazionale e la sua ripartizione*, in BRENN A. (a cura di), *Il governo della spesa sanitaria*, Roma, 1984

MARONGIU G., *La democrazia come problema*, Bologna, 1994

MARANGIU G., *L'istituzione del Ministero della Sanità*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 1958

MARINI F.S., *La Corte costituzionale nel labirinto delle "materie trasversali": dalla sent. 282 alla n. 407/2002*, in *Giur. Cost.*, 2002

- MARONGIU G., *Robin Hood Tax: Taxation without “constitutional principles”?*, in *Rass. Trib.*, 2008.
- MARTINES T., *Diritto costituzionale*, Milano, 2013
- MASSERA A., *Individuo e amministrazione nello Stato sociale*, in *Riv. trim. dir. e proc. civ.*, 1991
- MASTROMARINO A., *Modificare, superare, abolire. Quale bicameralismo per l'Italia delle riforme?*, [www.costituzionalismo.it](http://www.costituzionalismo.it), 2014
- MATTIONI A. (a cura di), *Le unità sanitarie locali: gestione, personale, prestazioni*, Milano, *Vita e Pensiero*, 1981
- MAZZIOTTI M., *Diritti sociali*, in *Enc. Dir.*, Milano, 1964
- MAZZIOTTI M., *Lo spirito del diritto sociale nelle costituzioni e nelle leggi della Francia rivoluzionaria*, in *Arch. giur. F. Serafini*, 1954,
- MERLONI F., *Una definitiva conferma della legittimità dei poteri sostitutivi regionali* (nota a sent. 43/04 Corte Cost.), in *Le Regioni*, Bologna, 2004
- MERUSI F. (a cura di), *Unità sanitarie e istituzioni*, Bologna, 1982
- MINNI F. – MORRONE A., *Il diritto alla salute nella giurisprudenza della Corte costituzionale italiana*, in *Rivista AIC*, III, 2013
- MODUGNO F., *Ancora sui controversi rapporti fra giudice costituzionale e potere legislativo*, in *Giur. cost.*, 1988.
- MODUGNO F., *Considerazioni sul tema*, in AA.VV., *Effetti temporali delle sentenze della Corte costituzionale anche con riferimento alle esperienze straniere*, Milano, 1989,
- MODUGNO F., *I “nuovi diritti” nella giurisprudenza costituzionale*, Torino, 1995
- MODUGNO F., *I diritti del consumatore: una nuova “generazione” di diritti?*, in *Scritti in onore di Michele Scudiero*, III, Napoli, 2008
- MODUGNO F., *I principi costituzionali come parametro nel giudizio di legittimità costituzionale*, in F. MODUGNO, A.S. AGRÒ, A. CERRI (a cura di), *Il principio di unità e il controllo sulle leggi nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, Torino, 1997
- MODUGNO F., *In difesa dell'interpretazione conforme a costituzione*, in *Rivista AIC*, 2, 2014.
- MODUGNO F., *Interpretazione costituzionale*, Padova, 2012
- MODUGNO F., *Interpretazione per valori e interpretazione costituzionale*, in G. AZZARITI (a cura di), *Interpretazione costituzionale*, Torino, 2007
- MODUGNO F., *La giurisprudenza costituzionale*, in *Giur. Cost.*, Milano, 1978
- MODUGNO F., *La posizione e il ruolo della legge statale*, in M. SICLARI (a cura di) *I mutamenti della forma di governo tra modificazioni tacite e progetti di riforma*, Roma, 2008

- MODUGNO F., *La ragionevolezza nella giustizia costituzionale*, Napoli, 2007
- MODUGNO F., *La tutela dei 'nuovi diritti'*, in AA.VV., *Nuovi diritti dell'età tecnologica*, Milano, 1991
- MODUGNO F., *Ordinamento, Diritto, Stato*, in F. MODUGNO (a cura di), *Lineamenti di diritto pubblico*, Torino, 2010
- MODUGNO F., *Principi e norme. La funzione limitatrice dei principi e i principi supremi o fondamentali*, in F. MODUGNO (a cura di), *Esperienze giuridiche del '900*, Milano, 2000
- MODUGNO F., *Principi generali dell'ordinamento*, in *Enc. giur.*, Treccani, Roma, vol. XXIV, Roma, 1991
- MODUGNO F., *Ragione e ragionevolezza*, Napoli, 2009
- MOLASCHI V., *I livelli essenziali delle prestazioni nella sanità*, in R. FERRARA (a cura di), *Salute e sanità*, in S. RODOTÀ – P. ZATTI (diretto da), *Trattato di biodiritto*, IV, Milano, 2011
- MOLASCHI V., *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. I livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, Torino, 2008
- MOLLIKA POETA L., *L'autonomia degli enti territoriali alla prova della crisi economica: nuovi vincoli ed equilibrio economico*, in [www.gruppodipisa.it](http://www.gruppodipisa.it), 2014
- MONTEFERRANTE L., *La dignità della persona umana tra istanze di tutela dei diritti sociali ed esigenze di contenimento della spesa pubblica: prospettive a confronto*, in G.C. MARTIN – D. MORANA (a cura di), *Amministrazione e democrazia*, Padova, 2013
- MOR G., *Il nuovo assetto organizzativo del servizio sanitario nazionale*, in *San. pubbl.*, 1997
- MOR G., *Il riordino della sanità nella crisi dello stato sociale e della costituzione materiale*, in *Le Regioni*, 1994
- MORANA D., *I diritti a prestazione in tempo di crisi: istruzione e salute al vaglio dell'effettività*, in *Rivista Aic*, 2013
- MORANA D., *La salute come diritto costituzionale*, Torino, 2015
- MORANA D., *La salute nella Costituzione italiana*, Milano, 2002
- MORANA D., *La tutela della salute, fra libertà e prestazioni, dopo la riforma del Titolo V. A proposito della sentenza 282/2002 della Corte Costituzionale*, in *Giur. Cost.*, 2002
- MORRONE A., *Il bilanciamento nello Stato costituzionale. Teoria e prassi delle tecniche di giudizio nei conflitti tra diritti e interessi costituzionali*, Torino, 2014
- MORRONE A., *Il custode della ragionevolezza*, Milano, 2001
- MORRONE A., *Il regime dei trasferimenti finanziari statali. La Regione come ente di governo e di coordinamento finanziario*, in *Giur. cost.*, 2004
- MORRONE A., *La Corte costituzionale riscrive il Titolo V?*, in *Quad. cost.*, 4, 2003

- MORRONE A., *Pareggio di bilancio e costituzione*, in *Rivista Aic*, 2013
- MORRONE A., *Ragionevolezza a rovescio: l'ingiustizia della sent. n. 70/2015 della Corte costituzionale*, in *www.federalismi.it*, 2015
- MORTATI C., *Appunti per uno studio sui rimedi giurisdizionali contro i comportamenti omissivi del legislatore*, in *Id. Raccolta di scritti, III: problemi di diritto pubblico nell'esperienza costituzionale repubblicana*, Milano, 1972 (pubblicato anche su *Foro it.* 1970)
- MORTATI C., *Articolo 1*, in *Art. 1-12 Principi fondamentali. Commentario alla Costituzione*, (a cura di) G. BRANCA, Bologna-Roma, Zanichelli-II Foro Italiano, 1975
- MORTATI C., *Istituzioni di diritto pubblico*, Padova, 1952
- MORTATI C., *La tutela della salute nella costituzione italiana*, in *Riv. infort.*, I, 1961
- MORTATI C., (voce) *Costituzione della Repubblica italiana*, in *Enc. dir.*, XI, Milano, 1962
- MOSCATELLI A., *Le origini della carità cristiana*, in *Rivista della beneficenza pubblica*, 1891, p. 33 ss.
- MURARO G., *Alla ricerca del costo standard*, reperibile in *www.lavoce.info*
- NANIA R., *Introduzione*, in R. NANIA (a cura di), *Attuazione e sostenibilità del diritto alla salute*, Sapienza Università Editrice, 2013
- NAPOLITANO G., *Soggetti privati «enti pubblici»?* , in *Dir. amm.*, 2003
- NARDINI M., *La legge n. 243/2012 e l'adeguamento dell'ordinamento nazionale alle regole europee di bilancio*, in *www.osservatoriosullefonti.it*, 1, 2013
- NICOTRA V., PIZZETTI F. E SCOZZESE S. (a cura di), *Il federalismo fiscale*, Roma, 2009
- NIGRO M., *Le giurisdizioni sui pubblici poteri fra sistema normativo e spinte fattuali*, in *Dir. Proc. Amm.*, 1984
- ODDENINO A., *Profili internazionali ed europei del diritto alla salute*, in R. Ferrara e C. Sartoretti (a cura di), *Trattato di Biodiritto – Salute e Sanità*, Milano, 2010
- ONIDA V., *Giudizio di costituzionalità delle leggi e responsabilità finanziaria del Parlamento*, in AA. VV., *Le sentenze della Corte costituzionale e l'art. 81, u. c., della Costituzione*, Milano, 1993
- ONIDA V., *Portata e limiti dell'obbligo di indicazione della "copertura finanziaria" nelle leggi che impongono "nuove o maggiori" spese*, in *Giur. Cost.*, 1966
- PACE A., *La problematica delle libertà costituzionali*, Parte generale, Padova, 2003
- PACE A., *Pareggio di bilancio: qualcosa si può fare*, in *www.rivistaaic.it*, 2011
- PALADIN L., *Corte costituzionale e principio generale d'eguaglianza: aprile 1979-dicembre 1983*, in *Scritti su La giustizia costituzionale in onore di Vezio Crisafulli*, Padova, 1985

- PALERMO F. - PAROLARI S. (a cura di), *Riforma costituzionale e Regioni. Riflessioni a prima lettura sul nuovo Titolo V della Costituzione*, Bolzano, 2015
- PAPADIA V., *Il nuovo ordinamento del servizio sanitario nazionale*, in *San. pubbl.*, 1993
- PAPALDO N., *Il Codice delle leggi sanitarie*, Milano, 1971
- PAPALDO N., *Il Ministero della Sanità*, in *Scritti giuridici*, 1960
- PARRULLI A., *Lineamenti di legislazione sanitaria*, Rimini, 1987
- PASSALACQUA M., «Pareggio» di bilancio contro intervento pubblico nel nuovo art. 81 della Costituzione, in *Amministrazione in Cammino*, 2012
- PASTORI G., *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Dir. pubbl.*, 2002
- PATRONI GRIFFI A., *Il "Senato delle autonomie", un disegno in chiaroscuro*, in [www.confrontocostituzionali.eu](http://www.confrontocostituzionali.eu), 2014
- PEDERZOLI V., *I nuovi criteri di finanziamento del servizio sanitario nazionale*, in *San. Pubbl.*, 6, 2002
- PERGOLESI F., *Alcuni lineamenti dei "diritti sociali"*, Milano, 1953
- PERLINGIERI P., *Commento alla Costituzione italiana*, Napoli, 2002
- PERLINGIERI P., *La personalità umana nell'ordinamento giuridico*, Napoli, 1972
- PERSIANI M. - BELLINI V. – ROSSI F.P., *Il servizio sanitario nazionale. Commento alla l. 23 dicembre 1978 n. 833*, Bologna, 1979
- PETRAGNANI G., *La legislazione sanitaria e l'amministrazione sanitaria viste in ordine storico (Amministrazione della sanità pubblica)*, Firenze, 1957
- PEZZINI B., *Diritto alla salute e dimensioni della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Cittadinanza, corti e salute*, Padova, 2007
- PEZZINI B., *Il diritto alla salute: profili costituzionali*, in *Dir. Soc.*, I, 1983
- PEZZINI B., *Il principio costituzionale dell'autonomia locale e le sue regole*, in [www.gruppodipisa.it](http://www.gruppodipisa.it), 2014
- PEZZINI B., *Principi costituzionali e politica della sanità*, in C. E. GALLO – B. PEZZINI, *Profili attuali del diritto alla salute*, Milano, 1998.
- PIERONI M., *La finanza pubblica nella giurisprudenza costituzionale*, in [www.cortecostituzionale.it](http://www.cortecostituzionale.it), 2008
- PIN A. – LONGO E., *La sentenza n. 10/2015: un giudizio di proporzionalità "in concreto" o "realistico"?*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 2015



- PINELLI C., *Diritti condizionati, risorse disponibili, equilibrio finanziario*, in A. RUGGERI (a cura di) *La motivazione delle decisioni della Corte Costituzionale*, Torino
- PINELLI C., *Sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali" (art. 117, comma 2, lett. m) Cost.*, in *Dir. Pubbl.*, 2002
- PINELLI C., in DESIDERI C. - MELONI G., (a cura di), *Le autonomie regionali e locali alla prova delle riforme. Interpretazioni e attuazioni della legge 59/97*, Milano, 1998
- PIPERATA G., *Le esternalizzazioni nel settore pubblico*, in *Dir. amm.*, 2005
- PITRUZZELLA G., *Problemi e pericoli del «federalismo fiscale» in Italia*, in *Le Regioni*, 2002
- PITRUZZELLA G., *Crisi economica e decisioni di governo*, in *Rivistaaic.it*, 2013
- PIZZORUSSO A., *Comunicazioni*, in AA. VV., *Le sentenze della Corte costituzionale e l'art. 81, u. c., della Costituzione*, Milano, 1993
- POGGI A., *Costi standard e livelli essenziali delle prestazioni (Commento agli articoli 2, 7, 8, 9, 10 e 20)* in V. NICOTRA, F. PIZZETTI E S. SCOZZESE (a cura di), *Il federalismo fiscale*, Roma, 2009
- POGGI E., *La legge ospedaliera*, Firenze, V. Majorca, 1968
- POLESE M., *La decisione di bilancio nell'esperienza italiana*, in *www.eticaeconomia.it*, 2015
- POLITI F., *I diritti sociali*, in (a cura di) R. NANIA P. RIDOLA, *I diritti costituzionali*, Torino, 2011
- RABAGLIETTI G., *Il medico provinciale nell'ordinamento sanitario italiano*, in *Nuova Rassegna*, 1963
- RAZZANO G., *Lo "Statuto costituzionale" dei diritti sociali*, in *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia, Il ruolo della giurisprudenza*, in *Atti del Convegno di Trapani 8-9 giugno 2012, Collana del Gruppo di Pisa*, (a cura di) E. CAVASINO, G. SCALA, G. VERDE, Napoli, 2013
- RESCIGNO G.U., *Corso di diritto pubblico*, Bologna, 2008
- RESCIGNO G.U., *La distribuzione della ricchezza socialmente prodotta*, in M. RUOTOLO (a cura di), *La Costituzione ha 60 anni*, Napoli, 2008
- RIDOLA P., *Diritti fondamentali*, Torino, 2006
- RIGHI E., *Tributi regionali*, *Enc. Dir.*, Treccani, Roma, 1994,
- RIMOLI F., *Stato sociale*, in *Enc. giur.*, Treccani, Roma, 2004
- RIVOSECCHI G., *Finanza delle autonomie speciali e vincoli di sistema*, in *Rivista AIC*, 1, 2016
- RIVOSECCHI G., *La determinazione dei fabbisogni standard degli enti territoriali: un elemento di incertezza nella via italiana al federalismo fiscale*, in *www.federalismi.it*, 2011

RIVOSECCHI G., *La ridefinizione dei rapporti fra Stato, regioni ed enti locali attraverso il disegno di legge di delega per l'attuazione dell'art. 119 della Costituzione*, 2008, in [www.amministrazioneincammino.it](http://www.amministrazioneincammino.it)

RIVOSECCHI G., *L'indirizzo politico finanziario tra Costituzione italiana e vincoli europei*, Padova, 2007

RODOTÀ S., *Diritti e libertà nella storia d'Italia*, Donzelli editore, Roma, 2011

RODOTÀ S., *Solidarietà. Un'utopia necessaria*, Bari-Roma, 2014

RODOTÀ S., *Statuti e carte delle libertà*, in *Pol. dir.*, 1980

ROFFI G., *Rassegna di giurisprudenza sulle funzioni del medico provinciale*, in *Riv. bim. dir. san.*, 1963

ROMANO S., *Lo Stato moderno e la sua crisi*, Milano, 1969

ROMANO TASSONE A., *L'azienda sanitaria tra tecnocrazia e democrazia*, in *San. Pubbl.*, 1997

RONCHETTI L., *Gli anni della riscrittura del Titolo V: la giurisprudenza costituzionale 2002-2005*, in [Issirfa.cnr.it](http://Issirfa.cnr.it), 2012

ROSSI E., *La sostenibilità del welfare al tempo della crisi. Una proposta*, in *Dir. e soc.*, Napoli, 2014

ROSSI G. - BENEDETTI A., *La competenza legislativa statale esclusiva in materia di livelli essenziali nelle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, in *Lav. Pubbl. amm.*, suppl. al n. 1, 2002

ROVAGNATI A., *I livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto alla salute: un primo esempio di attuazione della previsione di cui alla lett. m), art.117 Cost.*, in *Le Regioni*, 6, 2003

ROVAGNATI A., *La pretesa di ricevere prestazioni sanitarie nell'ordinamento costituzionale repubblicano*, in [www.gruppodipisa.it](http://www.gruppodipisa.it), 2012

ROVAGNATI A., *Sulla natura dei diritti sociali*, Torino, 2009

ROVERSI MONACO G. (coordinato da), *Riordino della disciplina in materia sanitaria*, Rimini, 1993

ROVERSI MONACO F. – BOTTARI C., (coordinato da), *Il servizio sanitario nazionale. Commento alla l. 23 dicembre 1978, n. 833*, Milano, 1979

RUGGERI A., *Corti e diritti, in tempo di crisi*, in [www.gruppodipisa.it](http://www.gruppodipisa.it)

RUGGERI A., *Crisi economica e crisi della costituzione*, in [Consultaonline.it](http://Consultaonline.it), 2012

RUGGERI A., *Il parallelismo "redivivo" e la sussidiarietà legislativa (ma non regolamentare ...) in una storica (e, però, solo in parte soddisfacente) pronunzia*, in [Forumcostituzionale.it](http://Forumcostituzionale.it), 2003

RUGGERI A., *Integrazione europea e autonomia regionale: un ossimoro costituzionale?*, in *Atti del Convegno su Sovranità diffusa ed equilibrio economico-sociale*, Bari il 28.10.2016

RUGGERI A., *L'autonomia regionale (profili generali)*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 24, 2011

RUGGERI A., *Le fonti di diritto regionale ieri, oggi e domani*, Torino, 2001

RUGGERI A., «Livelli essenziali» delle prestazioni relative ai diritti e ridefinizione delle sfere di competenza di Stato e Regioni in situazioni di emergenza economica (a prima lettura di Corte cost. n. 10 del 2010), in *Forumcostituzionale.it*, 2010

RUGGERI A., *Note minime a prima lettura del "disegno Renzi" di riforma costituzionale*, in *www.federalismi.it*, 8, 2014, p. 16

RUGGERI A., *Per uno studio sui diritti sociali e sulla Costituzione come sistema (notazioni di metodo)*, in *Consultaonline*, 2, 2015

RUGGERI A., *Revisioni e interpretazioni della Costituzione, attraverso il prisma dei giudizi sulle leggi*, in CARAVALE P. - COLAPIETRO C. (a cura di), *La giustizia costituzionale fra memoria e prospettive. A cinquant'anni dalla prima sentenza della Corte costituzionale*, Torino, 2008

RUGGERI A., *Summum ius summa iniuria, ovvero sia quando l'autonomia regionale non riesce a convertirsi in servizio per i diritti fondamentali*, in *Consultaonline*, 2011

RUGGERI A. – SPADARO A., *Lineamenti di giustizia costituzionale*, Torino, 2014

RUOTOLO M., *I diritti fondamentali nella Costituzione italiana. Il riconoscimento dei diritti inviolabili. Con appendice giurisprudenziale*, in C. COLAPIETRO – M. RUOTOLO, *Diritti e libertà*, Torino, 2014

RUOTOLO M., *Le autonomie territoriali*, in F. MODUGNO (a cura di), *Diritto pubblico*, Torino, 2015

SAITTA F., *Sul riordino del s.s.n.*, in *Ragiusan*, 1999

SAITTO F., *La legge delega sul "federalismo fiscale": i livelli essenziali delle prestazioni come misura economica dell'eguaglianza*, in *Giur. cost.*, 3, 2010

SALAZAR C., *Crisi economica e diritti fondamentali*, Relazione al XXVIII Convegno Annuale dell'Aic, in *Rivista Aic*, IV, 2013

SALAZAR C., *Dal riconoscimento alla garanzia dei diritti sociali*, Torino, 2000

SALAZAR C., *Diritti sociali alla prova della giurisprudenza costituzionale*, in P. COSTANZO-SILVIA MORDEGLIA (a cura di), *Diritti sociali e servizio sociale*, Milano, 2005

SALAZAR C., *L'art. 119 Cost. tra inattuazione e "flessibilizzazione"*, in *Le Regioni*, Bologna, 2004

SALAZAR C., *Regioni, diritti fondamentali, crisi economica: qualche considerazione alla luce del disegno "Renzi-Boschi"*, in *www.issirfa.cnr.it*, 2015

SALERNO G.M., *Equilibrio di bilancio, coordinamento finanziario e autonomie territoriali*, in *Il Filangieri, Quaderno 2011*, Napoli, 2012

SALERNO M., *Autonomia finanziaria regionale e vincoli di bilancio*, Napoli, 2013

SANDULLI A.M., *Stato di diritto e Stato sociale*, in *Nord e Sud*, 1963

- SCACCIA G., *L'equilibrio di bilancio fra Costituzione e vincoli europei*, in *Osservatoriosullefonti.it*, 2, 2013
- SCACCIA G., *Ragionevolezza*, in (a cura di) S. CASSESE, *Dizionario di diritto pubblico*, Milano, 2007
- SCACCIA G., *Il bilanciamento degli interessi come tecnica di controllo costituzionale*, in *Giur. Cost.*, 1998
- SCAGLIARINI S., *Diritti sociali nuovi e diritti sociali in fieri nella giurisprudenza costituzionale*, in *www.gruppodipisa.it*, 2012
- SCAGLIARINI S., *La Corte tra Robin Hood Tax e legislatore "Senzaterra"*, in *Consultaonline*, 2015
- SCOTTO I., *Le funzioni amministrative attribuite ai medici provinciali dalla legge istitutiva del Ministero della sanità*, in *Corriere amministrativo*, 1961
- SERGES G., *La potestà legislativa delle regioni nel progetto di riforma della Costituzione*, in *www.rivistaaic.it*, 3, 2015
- SERENO G., *Diritto alla salute e sperimentazione clinica: il "caso Stamina"*, in *Riv. Neldiritto*, 2014
- SERENO G., *Il "caso Stamina" all'esame della Corte costituzionale: un esito condivisibile sorretto da una motivazione lacunosa*, in *Osservatorio costituzionale*, 2015
- SESSA L., *La spesa pubblica per l'assistenza medico-generica*, in *Ragiusan*, 1999
- SEVERI F.S., *Contributo all'individuazione del ruolo delle regioni in materia di sanità*, Milano, 1974
- SICLARI M., *La giurisprudenza costituzionale sull'art 32, primo comma, cost.*, in *Scritti in onore di Antonio D'Antena*, Milano, 2015
- SICLARI M., *Le norme interposte dopo la riforma del Titolo V della Costituzione*, in M. RUOTOLO (a cura di), *La funzione legislativa, oggi*, Napoli, 2007
- SICLARI M., *Il "federalismo sanitario" (Appunti preliminari)*, Relazione all'Assemblea generale dell'Associazione religiosa Istituti Socio-sanitari, Roma, 7 giugno 2011, in *Astrid-online*, 19, 2011
- SIMONCINI A., *La "rivoluzione promessa": le Regioni tra nuovi diritti e pluralismo sociale*, in AA.VV., *Che fare delle Regioni?*, N. ANTONETTI, U. DE SIERVO (a cura di), Istituto Luigi Sturzo, Roma, 2014
- SIMONCINI A. – LONGO E., *Art. 32*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Vol. I, Torino, 2006
- SMURAGLIA C., *Dell'intangibilità dei diritti sociali nel contesto costituzionale*, in *Riv. giur. lav.*, 3, 1994
- SPADARO A., *I diritti sociali di fronte alla crisi (necessità di un nuovo "modello sociale europeo": più sobrio, solidale e sostenibile)* in *Rivistaaic.it*, 2011
- SPAGNA MUSSO E., *Note per un approccio giuridico alla crisi dello Stato sociale*, in AA. VV., *Scritti in onore di Paolo Barile*, Padova, 1985
- STEVANATO D., *La "Robin Hood Tax" e i limiti alla discrezionalità del legislatore*, in *Riv. Giur. Trib.*, 2008

- TARLI BARBIERI G., *La sentenza n. 322/2009: cosa rimane dell'autonomia regionale?*, in *Le Regioni*, 2010
- TEGA D., *I diritti sociali nella dimensione multilivello tra tutele giuridiche e crisi economica*, Atti del Convegno di Trapani, 8/9 giugno 2012, in [www.gruppodipisa.it](http://www.gruppodipisa.it), 2012
- TINELLI G., *Istituzioni di diritto tributario*, Padova, 2013
- TOGLIATTI P., *Relazione sui principi relativi ai rapporti civili*, in *Atti della Commissione per la Costituzionali*, in [www.legislature.camera.it](http://www.legislature.camera.it), Roma, 1946
- TONIOLO F., *Il riparto del Fondo Sanitario Nazionale dalla riforma sanitaria del 1978 all'Accordo di Fiuggi del 2003*, in *Sanità Pubblica e privata*, n. 11/12, 2003
- TOSATO G.L., *I vincoli europei sulle politiche di bilancio*, in [www.apertacontrada.it](http://www.apertacontrada.it)
- TRIMARCHI BANFI F., *Pubblico e privato nella sanità*, Milano, 1990
- TRUCCO L., *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità dei diritti sociali*, in E.CAVASINO, G.SCALA, G.VERDE (a cura di), *I diritti sociali dal riconoscimento alla garanzia. Il ruolo della giurisprudenza* (Atti del Convegno annuale del Gruppo di Pisa svoltosi a Trapani l'8 e il 9 giugno 2012), Napoli, 2013
- TUBERTINI C., *Il "sistema delle garanzie" dei livelli essenziali delle prestazioni: situazione attuale e prospettive, alla luce della legge delega sul federalismo fiscale*, in *Fed. fisc.*, 1, 2009
- TUBERTINI C., *La giurisprudenza costituzionale in materia di tutela della salute di fronte alla nuova delimitazione delle competenze statali e regionali*, in [astrid-online.it](http://astrid-online.it), 2005
- TUBERTINI C., *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008
- TUBERTINI C., *Stato, regioni e tutela della salute*, in PIOGGIA A. – VANDELLI L.(a cura di), *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, Bologna, 2006
- TURTURRO A., *Una proposta di seguito legislativo straordinario (e sistematico) alla sentenza n. 70/2015 della Corte costituzionale: "nuovi" poteri istruttori, introduzione del dissent e potere di modulazione degli effetti temporali delle decisioni di accoglimento. Prime osservazioni*, in *ForumdiQuadernicostituzionali*, 2015
- URBANO G., *Diritto alla salute e cure transfrontaliere*, Torino, 2009
- VACCARI G., *Diritto, scienza e Costituzione. Tutela della salute e rilievo del dato scientifico nelle giurisprudenze costituzionali*, in C. CASONATO – C. PICIOCCHI- P. VERONESI (a cura di), *Forum di Biodiritto* 2008, in [www.jus.unitn.it](http://www.jus.unitn.it)
- VACCARO V., *Sulla devolution in materia sanitaria*, in *Ragiusan*, 239/240, 2004
- VANDELLI L., *Amministrazione centrale e servizio sanitario*, Rimini, 1984
- VANDELLI L. – BOTTARI C., *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, (a cura di) G. ROVERSI MONACO, Rimini, 2000

- VESPASIANI A., *Interpretazioni del bilanciamento dei diritti fondamentali*, Padova, 2002
- VICECONTE N., *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in BALDUZZI R. – CARPANI G. (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013
- VICECONTE N., *L'introduzione dei costi standard e il finanziamento dei livelli essenziali della salute*, in R. NANIA (a cura di), *Attuazione e sostenibilità del diritto alla salute (Atti della Giornata di studio 27 febbraio 2013 – Sapienza Università di Roma)*, Roma, 2013
- VIGATO E., *Il federalismo fiscale ed i lavori preparatori. La corsa ad ostacoli di un progetto condiviso*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it)
- VIGNUDELLI A., *Il rapporto di consumo*, Rimini, 1984
- VIOLINI L., *Il bicameralismo italiano: quale futuro?*, in [www.rivistaaic.it](http://www.rivistaaic.it), 3, 2013
- VIRGA P., *Libertà giuridica e diritti fondamentali*, Milano, 1947
- VIVALDI E., *I diritti sociali tra Stato e Regioni: il difficile contemperamento tra il principio unitario e la promozione delle autonomie*, in [www.gruppodipisa.it](http://www.gruppodipisa.it), 2012
- ZAGREBELSKY G., *Giustizia costituzionale*, Bologna, 1988
- ZAGREBELSKY G. – MARCENÒ V., *Giustizia costituzionale*, Bologna, 2012
- ZAGREBELSKY G., *Diritto per: valori, principi o regole? (a proposito della dottrina dei principi di Ronald Dworkin)*, in *Quaderni fiorentini*, Milano, tomo II, 2002
- ZAGREBELSKY G., *I diritti fondamentali oggi*, in *Materiali per una storia della cultura giuridica*, 1992
- ZAGREBELSKY G., *Il diritto mite*, Torino, 1992
- ZAGREBELSKY G., *Intorno alla legge. Il diritto come dimensione del vivere comune*, Torino, 2009
- ZAGREBELSKY G., *Manuale di Diritto Costituzionale*, Torino, 1990
- ZAGREBELSKY G., *Problemi in ordine ai costi delle sentenze costituzionali*, in AA. VV., *Le sentenze della Corte costituzionale e l'art. 81, u. c., della Costituzione*, Milano, 1993
- ZANOBINI G., *Corso di diritto amministrativo*, III ed., vol. V, Milano, 1959

## ABSTRACT

### **La tutela della salute nel contesto della crisi economica: il problema della sostenibilità finanziaria.**

Il lavoro affronta il tema del diritto alla salute, quale diritto costituzionalmente protetto, valutando l'incidenza che su di esso ha avuto e continua ad avere l'attuale crisi economica - che stenta a chiudersi - e la conseguente riduzione delle risorse finanziarie a disposizione dello Stato e degli enti territoriali. La struttura costituzionale, la genesi del diritto alla salute nel nostro ordinamento e la sua problematica collocazione all'interno delle tradizionali classificazioni costituiscono il presupposto per l'indagine sui due aspetti in cui si concretizza la tutela della salute: la gestione multilivello e la struttura di tale diritto. Su entrambi tali aspetti, il legislatore ordinario, ma anche costituzionale, ha posto crescente attenzione con interventi spesso rivolti in direzioni contrapposte, dapprima tesi ad una decentralizzazione delle competenze, poi caratterizzati da un rinvigorito neocentralismo. Su tali aspetti molte sono state le sollecitazioni giunte innanzi al giudice delle leggi che ha assunto, senza timore, un compito assai gravoso modulando i propri interventi in considerazione delle diverse stagioni attraversate ma anche preservando con coerenza il nucleo del diritto ed i principi fondamentali della nostra Carta costituzionale. Gli stimoli tesi ad individuare le misure per garantire la sostenibilità e l'efficienza del sistema di tutela della salute sono stati molteplici e si è soffermata l'attenzione su due recenti indagini svolte dalle Commissioni parlamentari in tema di sostenibilità del Servizio sanitario nazionale: quella svolta dalle Commissioni riunite V (bilancio, tesoro e programmazione) e XII (affari sociali) della Camera nel corso del 2014 e quella svolta dalla Commissione XII (igiene e sanità) del Senato nel corso del 2015. Altrettanta attenzione è stata poi dedicata ad uno studio pubblicato dalla Fondazione Gimbe nel corso del 2016 che ha analizzato la sostenibilità del Servizio sanitario nazionale ed individuato, in una prospettiva decennale (2016 – 2025), gli interventi necessari al fine di "salvare il SSN".

All'esito, dopo aver vagliato gli elementi di interesse - ai fini del presente lavoro - contenuti nella recente proposta di revisione costituzionale poi bocciata dal voto referendario del 4 dicembre 2016, si è proceduto alla verifica dello stato del diritto alla salute, nei suoi due

aspetti, per poi tracciare alcune considerazioni conclusive riguardo alle prospettive di un nuovo equilibrio del sistema.