



# CAMMINO DIRITTO

Rivista di informazione giuridica  
<https://rivista.camminodiritto.it>



## LA GIURISPRUDENZA COSTITUZIONALE IN MATERIA DI FEDERALISMO SANITARIO

*Il presente lavoro tenta di ricostruire l'evoluzione della giur. cost. in materia di federalismo sanitario, sia prima della riforma del Titolo V, sia successivamente all'emanazione delle riforme costituzionali. Emerge che le pronunce della Corte, pur consentendo di approdare a determinati punti fermi, hanno lasciato ampi margini interpretativi.*

di **Eugenio Benevento**

IUS/08 - DIRITTO COSTITUZIONALE

Estratto dal n. 2/2019 - ISSN 2532-9871

Direttore responsabile

**Raffaele Giaquinto**

Publicato, Sabato 2 Febbraio 2019

**Sommario:** 1. Il rapporto Stato-Regioni nel periodo precedente la riforma del Titolo V della Costituzione 2. Il rapporto tra Stato e Regioni alla luce della riforma del Titolo V della Costituzione. 3. Il principio di leale collaborazione. 4. Il principio dell'autonomia delle entrate.

## **1. Il rapporto Stato-Regioni nel periodo precedente la riforma del Titolo V della Costituzione.**

Per inquadrare l'evoluzione della giurisprudenza costituzionale in materia di federalismo sanitario, occorre in via preliminare evidenziare l'atteggiamento del legislatore nazionale nei confronti del rapporto Stato-Regioni nel periodo precedente la riforma del 2001.

In tale contesto la prassi consolidata ha riguardato l'emanazione da parte del legislatore nazionale di disposizioni sussidiarie e di sostituzione all'ente regionale, riconosciute e ammesse dalla giurisprudenza costituzionale, in attesa della successiva adozione di leggi regionali.

La necessità del contenimento della spesa sanitaria ha anche determinato la creazione di limiti e vincoli alle competenze regionali, anche in questo caso avvallati dalla giurisprudenza costituzionale.

Tale prassi è andata scemando con l'evoluzione di un ordinamento sempre più orientato verso il potenziamento delle competenze regionali ma soprattutto con la valorizzazione del modello di concertazione al posto "dell'uniformismo organizzativo" da parte del legislatore nazionale <sup>[1]</sup>

Con l'entrata in vigore della riforma del titolo V della Costituzione, e con l'emanazione del concetto di "livelli essenziali," ad un iniziale prudenza della Consulta si sussegue un tentativo di chiarificazione del tema da parte della giurisprudenza costituzionale.

L'iter evolutivo del rapporto tra Stato e Regioni in materia di servizi sanitari è stato alimentato da varie pronunce della Corte Costituzionale che, da un lato, hanno consentito di approdare a determinati punti fermi, dall'altro lato, hanno lasciato margini interpretativi, dovendo il giudice costituzionale limitarsi ad una risoluzione caso per caso. <sup>[2]</sup>

Va da premettere, ad onore di cronaca, che in materia di tutela della salute, a partire dall'entrata in vigore della riforma del Titolo V fino al decennio successivo, vengono

formulati oltre cinquanta ricorsi, dato sicuramente significativo in riferimento al numero complessivo dei ricorsi per illegittimità costituzionale promossi dallo Stato e dalle Regioni nel periodo oggetto di rilevazione.

In questa sede si possono rilevare quattro macro-aree:

tutela dell'ambiente, dove la tutela della salute ha un carattere trasversale e connesso; prestazioni sanitarie intese nel loro complesso e con riferimento a tutti i profili: prevenzione, cura e riabilitazione, rientranti nella materia; igiene pubblica ed in modo particolare gli accertamenti sanitari nel settore di competenza; professioni sanitarie dettate da leggi regionali non ritenute rispettose dei limiti costituzionalmente prefissati dalle regioni.<sup>[3]</sup> Per quanto riguarda, infine, il servizio sanitario e la sua organizzazione è opportuno rilevare come la maggior parte dei ricorsi abbia investito i vari provvedimenti statali adottati.

## **2. Il rapporto tra Stato e Regioni alla luce della riforma del Titolo V della Costituzione.**

In linea generale per quanto riguarda il rapporto d'interazione tra Stato e Regioni in materia di federalismo sanitario nel periodo di rilevazione, successivamente all'emanazione della riforma costituzionale del Titolo V si segnala la sentenza n. 282 del 2002.

Nel caso di specie a seguito di giudizio di legittimità costituzionale promosso con ricorso dal Presidente del Consiglio dei Ministri avverso la legge Regione Marche del 13 novembre 2001 n. 26 avente ad oggetto "Sospensione della terapia elettroconvulsione, della lobotomia prefrontale e transorbitale e altri interventi di psicoturgia", con la sentenza n. 282 del 2002 la Corte Costituzionale affermava: "la determinazione dei livelli essenziali non rappresenta una materia in senso stretto, ma una competenza idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore deve 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>[4]</sup>

Nella specie la legge impugnata non riguarda tanto livelli di prestazioni, quanto piuttosto l'appropriatezza, sotto il profilo della loro efficacia e dei loro eventuali effetti dannosi, di pratiche terapeutiche, cioè di un'attività volta alla tutela della salute delle persone, e quindi pone il problema della competenza a stabilire e applicare i criteri di determinazione di tale appropriatezza, distinguendo fra ciò che è pratica terapeutica ammessa e ciò che possa ritenersi intervento lesivo della salute e della personalità dei pazienti, come tale

vietato.

Sono coinvolti bensì fondamentali diritti della persona, come il diritto ad essere curati e quello del rispetto della integrità psico-fisica e della personalità del malato nell'attività di cura, ma, più che in termini di determinazioni di livelli essenziali, sotto il profilo dei principi generali che regolano l'attività terapeutica.

Ed ancora: “omissis.....il punto di vista più adeguato, dunque per affrontare la questione è quello che muove dalla constatazione che la disciplina in esame concerne l'ambito materiale della tutela della salute, che ai sensi dell'art. 117 comma 3 Cost, costituisce oggetto della potestà legislativa concorrente delle Regioni, la quale si esplica nel rispetto della competenza riservata allo Stato per determinazione dei principi fondamentali.....E' proprio il contrasto della legge impugnata con i principi fondamentali della materia, a norma dell'art. 117, comma 3, Cost, ad essere denunciato, in via subordinata, dal ricorrente.....La questione è fondata.....La nuova formulazione dell'art. 117, comma 3, rispetto a quella precedente dell'art. 117, comma 1, esprime l'intento di una più netta distinzione fra la competenza regionale a legiferare in queste materie e la competenza statale, limitata alla determinazione dei principi fondamentali della disciplina. Ciò non significa però che i principi possono trarsi solo da leggi statali nuove, espressamente rivolte a tale scopo.

Specie nella fase della transizione dal vecchio al nuovo sistema di riparto delle competenze, la legislazione regionale concorrente dovrà svolgersi nel rispetto dei principi fondamentali comunque risultanti dalla legislazione statale già in vigore”<sup>[5]</sup>

Con tale pronuncia la Corte Costituzionale limitandosi ad indicarne la finalità generale del “concetto di livelli essenziali”, non provvedeva ad una specificazione in tal senso, mostrando un atteggiamento di cautela rispetto agli spazi di intervento riconosciuti alle Regioni.

Successivamente dopo una prudenza iniziale, la Corte Costituzionale ha avviato una linea basata tra il contemperamento dell'unitarietà dell'ordinamento e del rispetto delle competenze regionali.<sup>[6]</sup>

Vedasi in tal senso sentenza n. 88 del 2003 in merito alla legittimità costituzionale del DPCM 29 novembre 2001, e al coinvolgimento delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano.

Nel caso di specie a seguito di ricorso della Provincia di Trento e della Regione Emilia

Romagna avverso gli articoli 1 e 2 del decreto del Ministero della Salute di concerto con il Ministero del lavoro e delle politiche sociali del 14 giugno 2002 recante “Disposizioni di principio sull’organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle aziende unità sanitarie locali” il giudice costituzionale stabiliva: “omissis.....l’inserimento nel secondo comma dell’art. 117 del nuovo Titolo V della Costituzione, fra le materie di legislazione esclusiva dello Stato, della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale attribuisce 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. La conseguente 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 rendono necessarie nei vari settori”.

Ed ancora: “omissis.....dopo l’entrata in vigore del nuovo Titolo V della seconda parte della Costituzione, a questa disposizione si è riferito l’emendamento apportato all’art. 6 del D.L. 18 settembre 2001 n. 347, dalla Legge di conversione 16 novembre 2001 n. 405 per poter giungere alla definizione dei livelli essenziali di assistenza nel settore sanitario.....In realtà, dopo un apposito accordo conseguito in sede di conferenza permanente il 22 novembre 2001 fra Governo e Regioni e Province autonome è intervenuto il D.P.C.M 29 novembre 2001, che ne ha recepito i contenuti, definendo i nuovi livelli essenziali di assistenza entro i quali rientrano anche quelli relativi all’attività sanitaria e socio-sanitaria.....Successivamente l’art. 54 della L. 27 dicembre 2002 n. 289 ha affermato che le prestazioni riconducibili ai suddetti livelli di assistenza e garantite dal servizio sanitario nazionale sono quelle di cui al D.P.C.M. 29 novembre 2001, ha previsto esplicitamente che eventuali modificazioni agli allegati del citato D.P.C.M. debbono essere definite con decreto del Presidente del Consiglio di Ministri d’intesa con al Conferenza per i rapporto tra Stato, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano. Al di là di ogni valutazione di merito sul procedimento configurato e sulla stesa adeguatezza dei livelli essenziali in tal modo individuati, resta in dubbio che in tutto il settore sanitario esista attualmente una precisa procedura, individuata con fonte legislativa, per la determinazione di quanto previsto nell’art. 117, comma 2, lett. M, della Costituzione e che questa determinazione è intervenuta appunto con il D.P.C.M. 29 novembre 2001. <sup>171</sup>

Tale pronuncia ha carattere propedeutico al successivo intervento n.270 del 2005.(Bibl. n. 36)

In quest'ultima pronuncia costituzionale si ribadisce il principio di leale collaborazione in riferimento alla determinazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria al fine di fondare la legittimità delle disposizioni impugnate sulla previsione di momenti di concertazione con le regioni nelle fasi cruciali che coinvolgono l'attività degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

### 3. Il principio di leale collaborazione.

Va debitamente segnalato che il principio di leale collaborazione è stato inoltre invocato nella sentenza n. 62/2005, come elemento idoneo ad attenuare la compressione dell'autonomia legislativa ed amministrativa delle Regioni derivante dalla disciplina statale concernente la realizzazione di un deposito di scorie radioattive.<sup>[8]</sup> Anche in questo caso la Corte ha ritenuto necessaria la ricerca del consenso non solo delle Regioni nel loro complesso, ma anche della singola regione interessata. In tale contesto si colloca l'ulteriore arresto giurisprudenziale con sentenza n. 134/2006, nella quale si afferma: "omissis...la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, se attribuisce 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 esige 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 e articolazioni ulteriori che si rendono necessarie (sent. n. 88 del 2003). Ed ancora: "se la individuazione degli standard non può trovare legittimazione costituzionale nella già richiamata lettera m del 2° comma dell'art. 17 della Costituzione, la relativa disciplina deve essere omogenea a quella prevista espressamente per i LEA ove si ipotizzi, come nel caso del comma 169 della legge n. 311 del 2004, che la loro adozione avvenga tramite una procedura non legislativa. Ed ancora:"ciò che invece rileva è la ingiustificata riduzione delle modalità di coinvolgimento in questo procedimento delle Regioni.....Se anche la determinazione degli standard trova giustificazione costituzionale nella lettera m del 2° comma dell'art. 117 Cost., non può evidentemente ipotizzarsi che venga meno per essi la più incisiva forma di leale collaborazione fra Stato e Regioni prevista dalla legislazione vigente per la determinazione dei LEA mediante procedure non legislative".<sup>[9]</sup>

La sentenza in oggetto si concludeva con la dichiarazione di illegittimità costituzionale dell'art. 1, comma 169, della legge n. 311/2004 nella parte in cui prevedeva che il regolamento del Ministero della Salute che determinava gli standard fosse adottato "sentita" la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano anziché "previa intesa" con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano. In entrambe le

sentenze si stabilisce che l'erogazione delle prestazioni essenziali deve essere preceduta dal riconoscimento della necessità dell'intesa con le Regioni per l'esercizio della competenza statale in materia di livelli essenziali. In sostanza la Corte Costituzionale ha individuato nel principio della "leale collaborazione" quel compromesso capace di equilibrare decentramento ed istanze unitarie.<sup>[10]</sup>

Con la sentenza n. 98 del 2007 si consolida il principio della leale collaborazione tra Stato e Regioni, anche sul versante dei meccanismi di finanziamento previsti dalle annuali leggi finanziarie, anche se si denotano punti di criticità in tal senso, rappresentate dall'ambiguità di definire proprio nel merito il principio di leale collaborazione.<sup>[11]</sup>

In tale contesto si afferma il principio che esiste una forte correlazione tra livelli essenziali e profili economici. Tuttavia non vi è subordinazione dei primi ai secondi, in quanto è la stessa garanzia di uniformità a negarlo. Ed ancora....il principio di leale collaborazione assume un rilievo primario, nelle relazioni tra Stato e autonomie regionali, come parametro complessivo dei processi decisionali e, in particolare, come elemento di garanzia di un coinvolgimento delle autonomie stesse nell'elaborazione e formazione di atti ....In sostanza anche la leale collaborazione viene posta come elemento basilare di disciplina, richiedendosi una posizione paritaria tra Stato e Regioni. <sup>[12]</sup>

Nel caso di specie si afferma in maniera esplicita: " omissis...pur in una situazione di perdurante inattuazione dell'art. 119 della Costituzione (come questa Corte ha più volte rilevato: si vedano, fra le altre le sentenze n. 222/2005, n. 37/2004 e n. 370/2003) la vigente legislazione di finanziamento del servizio sanitario nazionale trova origine in una serie di accordi fra Stato e Regioni, che spesso ne hanno anche successivamente sviluppato ed integrato la normativa, quantificando anche i corrispondenti livelli di spesa. La stessa offerta minimale di servizi sanitari non è unilateralmente imposta dallo Stato ma viene concordata per taluni aspetti con le regioni in sede di determinazione di livelli essenziali di assistenza (secondo quanto questa Corte con le sentenze n. 134/2006, n. 88/2003 ha ritenuto costituzionalmente necessari)". Ed ancora: "D'altra parte lo Stato nel corso delle trattative finalizzate al conseguimento delle intese e degli accordi con le Regioni è pur sempre vincolato anche dal principio di leale cooperazione che non consente ad esso di valersi delle norme impugnate quale meccanismo di indebita pressione sulle Regioni per imporre loro unilateralmente specifiche condizioni di attuazione delle finalità determinate dalla legislazione". Tale pronuncia costituzionale da un lato rafforza il potere di codecisione in capo agli enti regionali, dall'altro confermava la facoltà per gli stessi di sollevare questioni di legittimità costituzionale ogni qual volta vi fosse limitazione dei loro poteri: " omissis.....questa Corte ha infatti costantemente affermato che le Regioni possono far valere il contrasto con norme costituzionali diverse da quelle attributive di competenza legislativa soltanto se esso si risolve in una esclusione o limitazione dei poteri regionali senza che possano aver rilievo denunce di illogicità o di

violazione di principi costituzionali che non ridondino in lesione delle sfere di competenza regionale”.<sup>[13]</sup>

In realtà la sentenza in epigrafe si colloca su un piano peculiare per due motivi di idee: da un lato ribadisce la necessità del Governo di rispettare il principio di leale collaborazione e quindi il divieto di imporre unilateralmente condizioni determinate dalla legislazione, dall'altra non procede però ad specificare tale condizione, né richiama e focalizza le condizioni strutturali dell'intesa ed i suoi contenuti.<sup>[14]</sup>

Non a caso parte della dottrina vede nella sentenza n. 98/2007 il limite del mancato chiarimento del principio di leale collaborazione.<sup>[15]</sup>

Nel caso di specie l'intesa è la forma più stringente ed incisiva di cooperazione che consente alla Regione di porsi in rapporto paritario con lo Stato ed unitamente diventa lo strumento più consono per la realizzazione del principio di leale collaborazione per le attribuzioni costituzionali spettanti a soggetti istituzionali diversi. Nel caso di specie la sentenza succitata ha rappresentato proprio il limite di non aver avviato un'indagine effettiva sull'attuazione del principio di leale collaborazione. Anche con le sentenze n. 6/2004 e n. 27/2004, la Corte in precedenza aveva ribadito il ruolo fondamentale dei “meccanismi negoziali di codecisione,” facendo propria la tesi della paritaria codeterminazione del contenuto dell'atto da realizzare, e ricercare attraverso reiterate trattative volte a superare le divergenze che possono ostacolare il raggiungimento di un accordo. Anche con la sentenza n. 383/2005 veniva rafforzato il “principio della codecisione” come unica formula di bilanciamento. Va però evidenziato che tale “principio di codecisione” rimane allo stato attuale un equilibrio precario o puramente teorico. Se infatti l'intesa è la forma che consente alle Regioni di porsi in rapporto paritario con lo Stato, rappresentando lo strumento più consono alla realizzazione del quel principio di leale collaborazione, è anche vero che allo stato attuale lo stesso rimane confinato ad un mero piano teorico, richiedendosi invece al legislatore di definire strumenti e procedure certe che consentano una reale posizione paritaria tra Stato e Regioni in vista di obiettivi unitari.<sup>[16]</sup>

#### **4. Il principio dell'autonomia delle entrate.**

Si vedano, in tal senso, sentenze n. 40 e 100 del 2010 della Corte Costituzionale. In tale contesto si colloca la sentenza n. 22/2012 in materia di federalismo fiscale con la quale, per la prima volta, la Corte dichiara l'incostituzionalità di una disposizione di legge invocando direttamente la violazione del principio dell'autonomia di entrata. Nel passato la Corte aveva riconosciuto a più riprese il divieto dello Stato di prevedere vincoli di destinazione per le risorse relative a spese delle Regioni e degli enti locali in materie

ricadenti nella competenza legislativa regionale (v. sentenze nn. 370/2003, 16/2004, 49/2004, 320/2004, 423/2004, 51/2005, 77/2005, 107/2005, 160/2005, 118/2006, 105/2007, 45/2008, 50/2008). In tali occasioni la Corte aveva riconosciuto la legittimità costituzionale di disposizioni di legge statali incidenti sul reperimento di risorse da destinare alla gestione del settore sanitario, quale la previsione di un ticket fisso. L'orientamento era stato probabilmente fondato sulla necessità di garantire i livelli essenziali delle prestazioni su tutto il territorio nazionale. Invece, con la sentenza n. 22 succitata, la Corte pone un argine alla possibilità di sconfinamento statale nei confronti dell'autonomia regionale di entrata.<sup>[17]</sup>

Infatti sembra delinearci una prima forma di bilanciamento tra i diversi principi, tra loro contrapposti, dell'art. 119, rispetto ai quali il testo costituzionale non ha effettuato scelte nette e definitive ma ha rimesso al legislatore ordinario una certa flessibilità nell'attuazione costituzionale: autonomia degli enti territoriali e coordinamento statale (che tale autonomia può comprimere e ridurre). La sentenza sancisce pertanto un ordine di graduatoria minimo tra i principi che non potrà essere pretermesso: l'autonomia di entrata e di spesa non può essere compressa indeterminatamente in nome delle specifiche finalità enucleate dal 5° comma dell'art 119.<sup>[18]</sup>

Nel caso di specie lo Stato non può disporre risorse aggiuntive gravando sulla Regione degli interventi urgenti di protezione civile drenando risorse o imponendo un aggravio della pressione tributaria. Un capitolo a parte riguarda il finanziamento delle "funzioni sanitarie." In questa sede si segnalano le sentenze n. 381/2004 e n. 36/2005. Con la sentenza n. 381/2004 la Corte Costituzionale interveniva, esaminando la questione di legittimità costituzionale sollevate da alcune Regioni nei confronti dell'art. 3, comma 1, lettera a della legge n. 289/2002, nonché dell'art. 2, comma 21 della legge n. 350/2003. (Bibl. n. 45)

Nel caso di specie tali disposizioni normative avevano sospeso l'efficacia delle addizionali regionali e comunali all'Irpef, nonché delle maggiorazioni, da parte delle Regioni, dell'aliquota dell'IRAP fino al raggiungimento di un accordo istituzionale sui meccanismi strutturali del federalismo fiscale e, comunque, fino al 31 dicembre 2004.

Le Regioni ricorrenti, nei ricorsi proposti avevano eccepito la propria competenza esclusiva in materia, richiamando l'art. 119 cost., e rivendicando che le imposte in oggetto rientravano nella categoria di tributi propri, garantita dal nuovo testo dell'art. 119 cost.

Si contestava altresì che lo Stato con le impugnate disposizioni di legge, aveva soppresso, senza sostituirli quegli spazi di autonomia tributaria sanciti dall'art. 119 Cost..

Nel merito, la Corte si pronunciava per l'infondatezza di tutte le questioni, richiamando i precedenti giurisprudenziali in tal senso e stabilendo che la sospensione del potere delle Regioni di utilizzare un proprio spazio di autonomia nel prelievo tributario era giustificabile nel principio che la temporanea e provvisoria sospensione dell'esercizio del potere regionale, in attesa di un complessivo ridisegno dell'autonomia tributaria delle Regioni nel quadro dell'attuazione del nuovo articolo 119 della Costituzione.

Con la sentenza n. 36 del 2005 la Corte, anche in questo caso, si pronunciava per l'infondatezza delle questioni sollevate dagli Enti regionali.

Nel caso di specie le ricorrenti avevano, infatti, impugnato gli artt. 52, comma 4, della Legge finanziaria statale per il 2003 ( L. n. 282 del 2002) e 3, comma 32, della Legge finanziaria statale per il 2004 ( L. n. 350 del 2003) in quanto tali norme, subordinando a specifici adempimenti e condizioni l'accesso, da parte delle Regioni, al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario Nazionale previsto dall'accordo del 8 agosto 2001 per gli anni 2003, 2004, 2005, avrebbero leso l'autonomia regionale determinando, in violazione dell'art. 119, comma 4, Cost., uno "squilibrio strutturale" tra risorse finanziarie ed obbligazioni di spesa incompatibile con il principio dell'integrale finanziamento delle funzioni pubbliche attribuite alle Regioni medesime.

In tale sede la Corte stabiliva che i predetti adempimenti erano da considerarsi nel quadro della competenza legislativa regionale concorrente ed in modo particolare in quegli obiettivi di finanza pubblica e di contenimento della spesa, al cui rispetto erano tenute le Regioni e Province autonome.

Si stabiliva altresì che una serie di disposizioni di carattere legislativo e pattizio tra Stato e Regioni imponessero alle Regioni la realizzazione di determinati impegni di razionalizzazione nel settore in oggetto, prevedendo per la Regione inadempiente il ripristino del precedente livello di finanziamento.

Si prevedeva, inoltre, che le disposizioni impuginate andassero inserite in quell'articolato quadro normativo dal quale emergeva il carattere incentivante del finanziamento statale ai fini del conseguimento degli obiettivi di programmazione sanitaria in conformità del consolidato schema di regolazione finanziaria tra Stato e Regioni perdurando l'attuale regime transitorio di applicazione dell'art. 119 Cost..<sup>[19]</sup>

Dall'esame delle citate sentenze si potevano trarre alcune conclusioni:

1) la Corte non esaminava la costituzionalità delle norme impuginate rispetto al nuovo

articolo 119 della Costituzione, il quale veniva sostanzialmente disapplicato in attesa della sua futura attuazione;

2) la Corte non forniva indicazione alcuna in merito alla possibile struttura che il finanziamento della sanità pubblica doveva avere nella fase transitoria di applicazione dell'art. 119 Cost.;

3) la Corte si limitava semplicemente nella fase di transizione a ribadire l'esistenza di un consolidato schema di regolazione finanziaria fra Stato e Regioni, basata su disposizioni di carattere patrizio fra i predetti Enti.

In sostanza emergeva che le disposizioni di carattere legislativo e pattizio, in attesa del vero federalismo fiscale, dovevano continuare a regolare transitoriamente il finanziamento del settore sanitario elevate, per certi aspetti, a parametro di costituzionalità.<sup>[20]</sup>

Nella fase oggetto di rilevazione la giurisprudenza costituzionale risulta non priva di elementi di genericità non apportando alcun elemento di cambiamento sui meccanismi di finanziamento, sul riparto delle competenze, anzi rafforzando una devolution mitigata in vista di prospettive future all'attuazione del Titolo V della Costituzione.<sup>[21]</sup>

In realtà l'applicazione del principio di leale collaborazione è stato più volte richiamato dalla Corte non solo, e non tanto, come requisito necessario per la riserva in capo allo Stato di poteri normativi ed amministrativi in materia di competenza regionale, ma anche come principio di impedimento alle Regioni di sollevare obiezioni di legittimità contro la disciplina statale.

In questo modo la Corte ha ritenuto legittimo che dalla regolazione statale dei flussi di finanziamento delle Regioni derivasse l'applicazione di misure incentivanti o penalizzanti rispetto a scelte organizzative che si differenzino dalla linea tracciata dal legislatore nazionale.

In tale contesto appare chiaro che le esigenze di equilibrio della finanza pubblica hanno rappresentato il vero limite a una differenziazione dei modelli regionali di amministrazione nel campo della tutela della salute.<sup>[22]</sup>

## Note e riferimenti bibliografici

[1] L.FERRARO F.MAURANO Politiche e Amministrazione in Sanità: l'evoluzione delle istituzioni sanitarie in Italia, Roma 2002 p. 56 ss Si veda anche C.DE VINCENTI C. FINOCCHI La sanità in Italia. Organizzazione, Governo, regolazione mercato. Torino 2006 p. 32 ss In merito all'effetto della governante regionale sulla concreta tutela del diritto alla salute delle persone e sul complesso delle attività svolte dalle Regioni in materia di federalismo fiscale e dei suoi elementi caratterizzanti vedesi anche R. FINOCCHI GHERSI E C. DE VINCENTI. [2] R.FERRARA Rapporti Stato-Regioni in materia di sanità. Napoli 2006 p. 34 ss [2] R.FERRARA ult.op.cit p.35 ss Vedesi L.CHIEFFI Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico, Torino 2003 p. 35 ss. Si veda anche L.CHIEFFI I diritti sociali tra regionalismo e prospettive federali, Padova 1999, L.CHIEFFI Bioetica e diritti dell'uomo Torino 2000. [3] L.FERRARO, F.MAURANO Politica e amministrazione in Sanità: l'evoluzione delle istituzioni sanitarie in Italia, Roma 2002 p. 3 ss. In merito ai rapporti tra politica e amministrazione e alle funzioni del sistema regionale vedesi F. MAURANO Il piano sanitario regionale: atto strategico della regionalizzazione della politica sanitaria, Napoli 2005 [4] C.DE VINCENTI C. FINOCCHI La sanità in Italia. Organizzazione, Governo, regolazione mercato. Torino 2006 p. 32 ss In merito all'effetto della governante regionale sulla concreta tutela del diritto alla salute delle persone e sul complesso delle attività svolte dalle Regioni in materia di federalismo fiscale e dei suoi elementi caratterizzanti vedesi anche R. FINOCCHI GHERSI E C. DE VINCENTI. [5] C.DE VINCENTI C. FINOCCHI ult.op.cit p.32 ss [6] R.FERRARA ult.op.cit p.35 ss. Si veda anche L.CHIEFFI I diritti sociali tra regionalismo e prospettive federali, Padova 1999, L.CHIEFFI Bioteica e diritti dell'uomo Torino 2000. [7] A.PATRONI GRIFFI Governo delle Regioni tra politica e Amministrazioni Torino 2007 p. 24 ss In merito al riconoscimento della competenza regionale ad incidere nel rapporto tra politica ed amministrazione, i limiti derivanti dall'ordinamento costituzionale, i principi e modelli nei settori della sanità e dell'ambiente vedesi Regioni ed enti locali dopo la riforma del titolo V della Costituzione fra attuazione ed ipotesi di ulteriore revisione a cura di L. CHIEFFI G. CLEMENTE DI DAN LUCA Torino 2004 [8] A. PATRONI GRIFFI Governo delle Regioni tra politica e Amministrazioni ult,op.cit p.32 ss [9] C.TUBERTINI Stato regioni e tutela della salute, Roma 2005 p. 52 ss. Per una corretta articolazione legislativa in materia di sanità si veda anche C.TUBERTINI Pubblica Amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. [10] C.TUBERTINI ult.op.cit, p. 58ss [11] .C.TUBERTINI ult.op.cit, p. 58ss [12] .C. TUBERTINI ult.op.cit, p. 58ss [13] C.TUBERTINI ult op cit p.52 ss In merito ai rapporti tra politica e amministrazione e alle funzioni del sistema regionale vedesi F. MAURANO Il piano sanitario regionale: atto strategico della regionalizzazione della politica sanitaria, Napoli 2005 [14] R.FERRARA Rapporti Stato- Regioni in materia di sanità, Roma 2008 p.43 ss [15] R.FERRARA ult.op.cit. p.43 ss [16] R.FERRARA ult.op.cit p.43 ss [17] R.FERRARA ult.op.cit p. 48 ss L.CHIEFFI Il diritto alla salute alle soglie del terzo millennio. Profili di ordine etico, giuridico ed economico, cit p.45 ss . Si veda anche L.CHIEFFI I diritti sociali tra regionalismo e prospettive federali, cit. [18] C.DE

VINCENTI C. FINOCCHI La sanità in Italia. Organizzazione, Governo, regolazione mercato. Torino 2006 p. 32 <sup>[19]</sup> C.DE VINCENTI C. FINOCCHI ult.op.cit p. 32 <sup>[20]</sup> C.TUBERTINI Stato regioni e tutela della salute, Roma 2005 p. 80 ss n merito ai rapporti tra politica e amministrazione e alle funzioni del sistema regionale vedesi F. MAURANO Il piano sanitario regionale: atto strategico della regionalizzazione della politica sanitaria, Napoli 2005 <sup>[21]</sup> C.TUBERTINI ult op cit p.52 ss In merito ai rapporti tra politica e amministrazione e alle funzioni del sistema regionale vedesi F. MAURANO Il piano sanitario regionale: atto strategico della regionalizzazione della politica sanitaria, Napoli 2005

---