

Salvaguardia della salute e limitazione della discrezionalità politica regionale. Considerazioni a margine della recente giurisprudenza costituzionale.

di Sergio Spatola*

Abstract EN: The recent judgment of the Constitutional Court (No. 195 of 2024) introduces a significant innovation: a new mechanism by which the Regions contribute to public finances, determined centrally as a single aggregate figure and subsequently apportioned among the ordinary Regions within the framework of the Permanent State-Regions Conference. After examining the context of resource scarcity that underpins—and provides the logic for—the Court’s case law on this subject, the article will address the perimeter of the “expanded” public finances, the coordination of territorial entities to ensure compliance with the European principle of fiscal sustainability, the internal conditionalities that follow, and the residual discretion available to regional legislatures. The core of the article is the question of proportionality between the scarcity of resources and the corresponding reduction of territorial financial autonomy.

Abstract IT: La recente pronuncia della Corte costituzionale (n. 195 del 2024) contiene una novità rilevante: una nuova modalità di concorso alla finanza pubblica da parte delle Regioni, decisa dal centro con un'unica cifra, da ripartirsi tra le Regioni ordinarie in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni. Il saggio, affrontato il tema del *contesto* di *risorse scarse* che funge da presupposto e logica della giurisprudenza costituzionale in tema, si occuperà degli ambiti della finanza pubblica allargata, del coordinamento degli enti territoriali per garantire il rispetto del principio europeo di sostenibilità finanziaria, delle condizionalità interne e della residua discrezionalità del legislatore regionale. Il *core* del saggio è rappresentato dalla questione relativa alla proporzionalità tra scarsità delle risorse e diminuzione dell'autonomia finanziaria del territorio.

Sommario: 1. *Eppur, resta invisibile*: il tema della *scarsità* delle risorse non è né nuovo, né inaspettato. 2. L'indigenza come tema inesplorato e l'*inafferrabilità* del bisogno sanitario: l'*universalità* vale più della tutela del

* Dottore di ricerca in Diritto pubblico, comparato e internazionale, Sapienza-Università di Roma.

bisogno? 3. La condizionalità interna come strumento di governo e la discrezionalità del legislatore sulle spese non costituzionalmente necessarie; 4. La differenza *qualitativa* delle spese: *trasparenza* in cambio di *permanenza* nel bilancio regionale. 5. La centralizzazione finanziaria e la differenza tra 'disavanzo' e 'dissesto'. 6. Conclusioni: *ri-scoprire* il principio dell'adeguatezza delle risorse alle funzioni e la necessaria tutela finanziaria dei diritti. La *sfiducia* nelle capacità determinative degli enti regionali: ritrovare fiducia o *spogliare* di discrezionalità?

1. Eppur, resta invisibile: il tema della scarsità delle risorse non è né nuovo, né inaspettato

La *scarsità* delle risorse¹ «impone agli studiosi dei diritti di fare quel che raramente hanno voluto fare: indagare la realtà economico-finanziaria; interrogarsi sui rapporti sociali di forza; comprendere quei meccanismi dell'entrata e della spesa pubblica dai quali l'esperienza dei diritti è profondamente incisa», tant'è che, ancora oggi, si percepisce che «*pecunia*, anche se pubblica, *olet*»².

Si può immaginare, dalle parole di cui sopra, che il costituzionalismo, pur riconoscendo che i mezzi finanziari siano indispensabili al soddisfacimento dei diritti, soprattutto a prestazione, non si interroghi abbastanza sul *sistema socioeconomico* che, in assenza di approfondimento e, soprattutto, *limitazione*³, si è *auto-regolato*.

L'espressione è volutamente *forte*, ma significativa: in questo caso, il problema delle risorse, con cui progredire nello sviluppo dei diritti, è stato

¹ Verrà utilizzato il concetto di *scarsità* per adeguarsi al lessico utilizzato dalla Corte Costituzionale, che, infatti, si riferisce a un «contesto di risorse scarse» (da ult. sentenza n. 195 del 6 dicembre 2024). Oltre a questo, però, occorre avvertire che evidenziare una *scarsità* delle risorse indica, troppo da vicino, una metafora ambientale, quasi a paragonare la *scarsità* di mezzi finanziari a quella delle risorse naturali. Si avverte, pertanto, che l'idea di chi scrive si allontana molto da questa metafora perché sono due *scarsità* molto, ma molto diverse. Un esempio basterà ai fini del presente saggio: le risorse finanziarie diminuiscono all'accrescersi del costo sul debito. Il volume del debito pubblico o lo *spread* tra i titoli di stato italiani e quelli tedeschi non dicono nulla rispetto allo *spazio* di indirizzo politico di un Paese. Su questi temi, almeno, G.Di Gaspare, *Anamorfosi dello spread*, in *amministrazioneincammino.it*, 2018.

² M.Luciani, *Editoriale*, in *Diritto e Conti*, 2, 2019.

³ Si afferma questo non tanto in senso di totale assenza di *eteroregolazione*, quanto in mancanza di un discorso sulla *limitazione del potere del mercato*, che dovrebbe appartenere proprio allo statuto scientifico del costituzionalismo. Sul punto, almeno e da ult., M.Ruotolo-M.Cartabia, *Costituzione e potere*, in *Enc.Dir., I Tematici V*, 2023, all'interno del quale, in particolare, si sottolineano le voci, parimenti almeno, di C.Pinelli, *Decisione e dislocazione dei poteri*, 31 ss.; A.Spadaro, *Potere globale*, 724 ss.; L.Cassetti, *Poteri e mercato*, 909 ss.

accantonato dalla scienza costituzionalistica per rientrare soltanto quando la *realtà* ha presentato davvero il conto⁴.

In questo senso, il diritto alla salute non è mai stato soddisfatto come si sarebbe voluto, neanche negli anni immediatamente successivi all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, a testimonianza che quello che si *vorrebbe fare*, non è detto si *possa* farlo.

Gli eventi⁵ che portarono alla promulgazione della legge 833/1978, infatti, intrecciarono⁶ l'avvio della programmazione economica, l'avvio del

⁴ M.Laze, *La natura giuridica della legge di bilancio: una questione ancora attuale*, in *Rivista AIC*, n. 2/2019.

⁵ Per una sintesi dei lavori della VI e VII legislatura, si guardi a F. Terranova, *Progetto salute. Lineamenti per la costruzione del Servizio sanitario nazionale*, Roma, 1980, pp. 15 e ss. In particolare, durante la VI legislatura, venne presentato un D.D.L. di riforma sanitaria e di relative proposte di legge, nelle quali i punti dibattuti erano la natura giuridica delle Usl e l'assistenza farmaceutica e la produzione di farmaci da parte dello Stato. La legislatura si concluse con l'approvazione di 26 articoli, che costituirono la base su cui lavorò la VII legislatura. Durante quest'ultima, vengono presentati un D.D.L. e delle proposte di legge di riforma sanitaria. Le divergenze evincibili riguardano sinteticamente, oltre a quelle viste sopra che permangono, i servizi di II livello (tra gli altri, gli ospedali regionali e provinciali), la prevenzione nel lavoro, e il finanziamento. In particolare, quanto a quest'ultimo nodo, continua l'A., che «per il Governo, sino a completa fiscalizzazione dell'onere per la istituzione e il funzionamento del Ssn, non può superare il 6% del Prodotto nazionale lordo (Pnl) ai prezzi di mercato. Alla copertura dell'eventuale onere differenziale fra la spesa prevista su base percentuale rispetto al Pnl e i flussi finanziari d'entrata si provvederà, «congiuntamente o alternativamente, all'imposizione fiscale o alla revisione delle aliquote contributive nonché chiamando, ove occorra, le categorie assistite a concorrere, all'atto dell'erogazione individuale delle prestazioni sanitarie, alla relativa spesa sostenuta dal Ssn». Per le forze di sinistra la copertura dell'eventuale onere differenziale deve avvenire secondo l'art. 14 della legge n. 386 del 1974 inasprendo le voci di prelievo».

⁶ S. Delogu, *Sanità pubblica, sicurezza sociale e programmazione economica*, Torino, 1967, p. 73, evidenzia come, tra la fine degli anni Sessanta e gli inizi degli anni Settanta, si era ormai fatta strada la corretta considerazione che «la realizzazione di un servizio sanitario nazionale (...) è ritardata [da] alcune carenze nell'attuazione della Costituzione, quali ad esempio la mancata realizzazione dell'ordinamento regionale ordinario, ed il ritardo di alcune riforme di struttura, quali la legislazione urbanistica e la riforma tributaria [che] costituiscono ostacoli insormontabili anche per l'attuazione della riforma sanitaria e previdenziale nella misura in cui esse sono complementari fra loro e interdipendenti».

regionalismo⁷, il superamento del sistema mutualistico⁸ e, con esso, quello del sistema contributivo, e la relativa fiscalizzazione degli oneri sociali⁹.

⁷ L.Cuocolo-A.Candido, *L'incerta evoluzione del regionalismo sanitario in Italia*, in *forumcostituzionale.it*, 2013, evidenziano come «nel 1970 (...) furono istituite le Regioni a Statuto ordinario, dotate di competenza legislativa concorrente in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera. Particolare rilievo assunsero i decreti di trasferimento delle funzioni amministrative dallo Stato alle Regioni (d.P.R. n. 4/1972 e d.P.R. n. 616/1977)». In quest'ultimo è definita la materia «assistenza sanitaria ed ospedaliera» e, cioè, la materia che cerne «la promozione, il mantenimento ed il recupero dello stato di benessere fisico e psichico della popolazione». Sulla legge 22 luglio 1975, n. 382, F.Bassanini, *La legge sull'ordinamento regionale e sulla organizzazione della pubblica amministrazione*, in *Le Regioni*, 1975, 890, in particolare, ricorda che la norma «è stata approvata per la prevalenza dell'«esigenza di consentire, con lo stralcio delle disposizioni più controverse e meno mature, la rapida approvazione di una normativa che ormai raccoglieva ampi consensi», ma che condusse «più che [a] una battaglia vinta, [al]l'inizio di una partita che si preannuncia (...) complessa e difficile». Sul d.P.R. n. 616 del 1977, A.D'Atena, *Il completamento dell'ordinamento regionale (Profili di costituzionalità del decreto 616 del 1977)*, in *Dir. Soc.*, 1978, 421 e ss., ebbe modo di rilevare i «profili di dubbia costituzionalità della nuova disciplina delle competenze regionali», secondo, quantomeno, «due rilievi. Primo: che è assai dubbio che il Governo – in mancanza, per giunta, di qualsiasi abilitazione da parte della legge delega – possa fissare, in termini giuridicamente rilevanti, gli obiettivi, le scadenze (se non addirittura, i contenuti) del lavoro legislativo. Secondo: che il differimento del trasferimento – il discorso vale meno per la delega – e, soprattutto, la sua subordinazione a successivi interventi del legislatore appare difficilmente conciliabile con quella parte della legge 382 che eleva a canone del trasferimento medesimo il criterio della completezza».

⁸ Proprio negli anni '60, la dottrina (E.Miccoli, *L'assistenza sanitaria*, in R.Alessi (a cura di), *L'Amministrazione sanitaria*, in *Atti del Congresso celebrativo del Centenario delle leggi amministrative di unificazione*, Roma, 1967, 149), pur riconoscendo che andassero riconosciute situazioni di diritto soggettivo «di fronte all'azione di assistenza sanitaria delle persone pubbliche che per legge hanno il dovere di espletare una tale attività», rilevava che «assai ristretta è la schiera» di coloro che potevano vantare (malati poveri, feriti e donne in imminenza di parto), perché «in presenza di un sistema di previdenza sociale estesissimo (...) il diritto sorge verso l'Ente assicuratore, ma non nei confronti dei tradizionali organi pubblici di assistenza sanitaria». «Su questa situazione (...) l'attuazione dell'art. 32 della Costituzione dovrà spiegare un radicale cambiamento».

⁹ La fiscalizzazione degli oneri sociali fu preferita (e rimane preferibile) agli oneri contributivi perché permette di evitare il sovraccarico di intere categorie produttrici e, dunque, di onerare l'intera popolazione del carico di spesa. In particolare, la parola «fiscalizzazione», come ricorda A.Donati, *Fiscalizzazione degli oneri sociali e riforma della previdenza sociale - Atti del convegno ISLE 11-12 dicembre 1964*, Milano, 1965, 8, indica «una solidarietà che va a coincidere con l'intera collettività nazionale», essa «nel senso corretto della parola non può avere significato, se non si procede nello stesso momento alla sicurezza sociale, perché esse sono strettamente collegate, la estensione della sicurezza sociale a tutti, sia pure per un minimo e una fiscalizzazione sia pure parziale». La *fiscalizzazione* si ispira a due esigenze: l'equa ripartizione dei sacrifici finanziari derivanti dal sistema sanitario e l'utile estensione delle prestazioni a categorie che non abbiano - o abbiano, ma non sufficientemente - capacità contributiva, per cui M.A.Coppini, *intervento del 10 dicembre 1964*, in A.Donati, *Fiscalizzazione degli oneri sociali e riforma della previdenza sociale - Atti del convegno ISLE del 10-11 dicembre 1964*, Milano, 1965, 14 ss.

Successivamente a quello straordinario momento storico, come noto, la programmazione economica e la regionalizzazione del servizio costituirono le costanti dei riordini successivi.

Non sembra così peregrino, dunque, affermare che la *programmazione nazionale*, inattuata all'epoca, sia stata compiutamente realizzata – a partire dal 1997 - solo con l'emersione dei Livelli essenziali di assistenza, o almeno dei suoi antecedenti storici, che hanno *connesso* funzioni e prestazioni alle risorse.

In quegli anni, infatti, il problema non fu la scarsità delle risorse da reperire, ma il mancato adeguamento dell'imposizione fiscale alle nuove prospettive di spesa del *Welfare State*, che avrebbe dovuto connettere l'universalità del servizio agli stanziamenti necessari a sostenerla.

Da questi pochi accenni, risultano evidenti due connessioni: da un lato, quella tra riforma sanitaria e riforma fiscale¹⁰ che, non a caso, venne approvata, nel 1973, poco dopo quella regionale (1970). Non è questa la sede per approfondire il tema della realizzazione di quella progressività richiesta dall'art. 53 Cost.¹¹, bastando affermare che una riforma del *welfare state* implica una riforma istituzionale e finanziaria dello Stato. In quest'ultimo campo, infatti, è indubbio il rapporto anche con il sistema di contabilità dello Stato¹² (soggetto anch'esso a riforme durante gli anni Settanta).

Dall'altro, quella tra la già citata fiscalizzazione degli oneri sociali e la programmazione economica nazionale: l'inattuazione di quest'ultima fece

¹⁰ Quasi nessun cenno alla connessione tra la riforma sanitaria e riforma fiscale, nella dottrina analizzata, essendo questa più attenta alla riforma (fondamentale, per carità) istituzionale dello Stato. Sulla storia del sistema tributario, si veda, G. Marongiu, *Storia del fisco in Italia*, Voll. I e II, Torino, 1996; più recentemente,

¹¹ C. Buzzacchi, *La solidarietà tributaria. Funzione fiscale e principi costituzionali*, Milano, 2011.

¹² Difatti, B. Barberi, *Piano di studio di un Servizio sanitario nazionale - Documento di lavoro ad uso del Gruppo RO deliberato dal Comitato Direttivo dell'Associazione AIRO - Associazione italiana di ricerca operativa*, Venezia, 1963, 4 e ss., afferma testualmente che «il passaggio dall'ordinamento previdenziale all'ordinamento sanitario nazionale comporta la trasformazione delle modalità di finanziamento dell'organizzazione conseguente (...) alla radicale trasformazione degli esistenti enti previdenziali» e, dunque, «la messa in opera di una adeguata organizzazione pubblica» con la necessaria introduzione, nei conti economici nazionali, della «contabilità sociale».

mancare¹³, alla prima, l'unico strumento in grado di indirizzarne gli effetti redistributivi¹⁴.

I difetti originari, come l'assenza di strumenti di controllo della spesa¹⁵, e le inattuazioni¹⁶, come l'abbandono del metodo programmatico¹⁷, si

¹³ Anche la Corte costituzionale ha inteso che la fiscalizzazione dovesse effettuarsi *gradualmente*, in quanto «va riguardata solo quale aspirazione tendenziale di fondo» (sentenza n. 167 del 1986). In particolare, la Consulta ha evidenziato come «il legislatore non poteva non tenere conto, nell'esistente da rifondare, della quanto meno opportuna gradualità sinallagmatica, conclamata appunto nell'art. 53, lett. f, l. n. 833, tra prestazioni (da unificare) e contribuzioni (da adeguare)» e della «necessità di procedere negli adeguamenti [...] con sufficiente approccio di largo margine graduale», «senza brusche sollecitazioni devianti», e tenuto conto che «la gradualità medesima, assunta in apice come transitoria nel sistema», non deve «protrarsi indefinitamente». C.Cost. 1 luglio 1986, n. 167, cit. afferma che «la fiscalizzazione degli oneri sociali

¹⁴ Il collegamento tra programmazione economica nazionale e fiscalizzazione degli oneri è sinteticamente, ma efficacemente, spiegato da S.Steve, *intervento del 10 dicembre 1964, in Fiscalizzazione degli oneri sociali e riforma della previdenza sociale – Atti del convegno ISLE del 10-11 dicembre 1964*, Milano, 1965, p. 47, il quale, nell'elencare le ragioni a favore del passaggio dei contributi alle imposte, evidenzia l'opportunità di collegare le prestazioni della previdenza sociale alle condizioni economiche generali, piuttosto che alle condizioni finanziarie degli istituti mutualistici. Ciò in quanto il «limite delle possibilità di fornire le prestazioni della sicurezza sociale è dato, evidentemente, dal livello del reddito nazionale e dalle sue prospettive».

¹⁵ Se, in ordine al controllo della spesa, la legge, da un lato, prevedeva una serie di adempimenti contabili e informativi delle Usl nei confronti delle Regioni (art. 50), dall'altro, non prevedeva attività e strumenti di controllo della spesa. Ciò causò, come rilevato da Corte Cost. 245/1984, un'esponenziale «moltiplicazione dei centri di autonomia», tanto da far auspicare alla stessa Autorità «che il Parlamento riconsideri organicamente l'ordinamento del Servizio sanitario nazionale». È interessante rilevare, per l'attualità delle considerazioni, che la Corte, in detta pronuncia, esplicitò il perché della suggestione circa una riforma organica. In particolare, la prospettiva del contenimento della spesa pubblica non basta, dovendo, detta prospettiva, lasciare il posto a «discipline coerenti e destinate a durare nel tempo» (punto 11, *Considerato in diritto, in fine*).

¹⁶ Come nota, A.Rovagnati, *La pretesa di ricevere prestazioni sanitarie nell'ordinamento costituzionale repubblicano*, in *gruppodipisa.it*, 2012, 17-18, «numerosi sono stati i tentativi di spiegare le ragioni per le quali gli organi legislativi e quelli amministrativi, pochissimo tempo dopo la conclusione del lungo processo che aveva portato alla istituzione di un servizio sanitario nazionale pubblico, assunsero orientamenti fondati su logiche in parte diverse da quelle accolte nella L. n. 833/1978» e, in particolare, come declina l'A., «ripensamento sulla validità del modello teorico di servizio sanitario appena istituito; (...) incapacità della classe politica di resistere alle pressioni delle organizzazioni sindacali e dei gruppi di interesse; (...) assenza di apparati pubblici capaci di azione autonoma, efficiente ed efficace, ispirata ai principi di razionalità e adeguatamente riparati da indebite sollecitazioni provenienti dall'esterno; (...) necessità di fare fronte a una spesa sanitaria in continuo, incontrollato aumento in un momento storico caratterizzato da una situazione economico-finanziaria assai critica».

¹⁷ Come evidenzia E.Veronesi, *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale, in Regione e governo locale*, in *Regione e Governo locale*, nn. 2-3/1980, 115-116, l'attenzione spostatasi dalla programmazione, come «scelta di obiettivi e di priorità di un settore», al «quantum» del Fondo

intrecciarono e fecero emergere che era la gestione delle Usl la causa delle maggiori inefficienze del sistema¹⁸, tanto che, accanto ad alcuni correttivi, sul finire degli anni Ottanta, iniziarono ad essere proposte soluzioni – legislative¹⁹ e dottrinali²⁰ - di riorganizzazione del Ssn.

La crisi finanziaria della fine degli anni Ottanta portò, da un lato, alla gestione transitoria delle Usl con il decreto legge n. 35 del 1991 (convertito, con modificazioni, nella legge n. 111 del 1991), che intervenne sul loro assetto istituzionale²¹ e, dall'altro, all'approvazione della legge finanziaria per il 1992 (legge n. 412 del 1991), che prevede pesanti misure di contenimento dei costi della sanità e della legge n. 421 del 1992²², che delegò al governo il riordino del Servizio sanitario nazionale.

Se si guarda, con attenzione, alle vicende finanziarie immediatamente successive all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale, si comprenderà appieno – se non fosse già stato chiarito – che il problema della *scarsità* delle risorse finanziarie non è per niente *nuovo*, neanche per il tempo in cui la giuspubblicistica ha iniziato ad occuparsene più diffusamente.

sanitario nazionale, che «è momento successivo alla definizione delle risorse allocabili nel settore» - nonostante, nella volontà legislativa, fosse chiara (se non altro per la preminente posizione dell'art. 3 sulla programmazione sanitaria) l'importanza della «correlazione diretta tra programmazione sanitaria (...) e risorse disponibili a tal fine e risorse totali» - ha condotto, attraverso l'indipendenza della variabile tra livello e costo delle prestazioni rispetto alle risorse disponibili, al «mancato controllo delle risorse impiegate che si manifesta attraverso lo spettro della incontenibilità della spesa sanitaria».

¹⁸ Ciò, non tanto sotto il profilo organizzativo – la vicinanza dei presidi alla popolazione, si è visto con il Covid-19 era una *giusta* idea – ma sotto il profilo finanziario – la gestione delle Usl da parte della politica locale portò a una degenerazione clientelare del diritto alla salute.

¹⁹ Tra le quali, premonitrici delle soluzioni adottate negli anni Novanta, furono quelle Donat-Cattin (A.C., d.d.l. 1942/1987) e De Lorenzo (A.C., d.d.l. 4227/1989).

²⁰ Già nei primi anni Ottanta, come rileva A.Rovagnati, *La pretesa di ricevere prestazioni sanitarie nell'ordinamento costituzionale repubblicano*, in *gruppodipisa.it*, 2012, 18-19, apparvero scritti in difesa delle soluzioni adottate dalla legge n. 833 del 1978, finalizzati a tutelare, da un lato, il «minimo che lo Stato non avrebbe più potuto sottrarre» in termini di prestazioni sanitarie erogabili con oneri a carico degli apparati pubblici, e, dall'altro, «il realizzato intervento delle amministrazioni pubbliche in sede di erogazione delle prestazioni», considerato, appunto, «irretrattabile in ragione dell'esistenza di una legge di stretta attuazione del dettato costituzionale». Al contrario, vi erano coloro che, ragionando con la logica secondo cui la Costituzione non offriva indicazioni sulle concrete modalità di tutela del diritto alla salute, accettavano e legittimavano il processo di trasformazione che avrebbe caratterizzato il detto diritto da lì ad oggi.

²¹ La gestione delle Usl venne affidata a un amministratore straordinario, nominato dal presidente della giunta regionale. All'organo amministrativo sarebbe stato affiancato un Comitato di gestione, i cui componenti dovevano essere esterni ai consigli comunali, provinciali e regionali, con compiti di approvazione del bilancio, di indirizzo e di verifica generali sulla gestione dell'Usl.

²² Su cui, almeno, V.Di Porto, F.Pammolli, A.Piana (a cura di), *Una metodologia per le riforme: l'attualità della legge 421 del 1992*, Bologna, 2021.

Già gli anni Ottanta iniziano con l'applicazione della *spesa storica* del 1977 (somma del debito degli enti mutualistici) e, così continuando, anno dopo anno, con l'aggiornamento della stessa sulla base dell'anno immediatamente precedente. Ciò, in concomitanza di una legislazione tributaria che ignorava una vera *progressività* delle imposte sui redditi e garantiva aliquote decisamente disallineate ai bisogni finanziari dello Stato²³.

Le preoccupazioni per il contenimento della spesa e per il regime dell'entrata, dunque, nacquero con la prima applicazione della riforma del 1978, tanto da necessitare immediati correttivi²⁴, che caratterizzeranno la normativa sanitaria dei successivi due decenni²⁵.

²³ A.Guazzarotti, *Debito e democrazia. Per una critica del vincolo esterno*, Milano, 2024, 43 ss. secondo il quale, all'origine dell'innalzamento del debito italiano v'era, anche, «il divario con quei Paesi in termini di moderno ed equo sistema tributario, capace di aumentare le entrate tributarie in modo adeguato a coprire le nuove spese e nel rispetto del vincolo costituzionale della progressività delle imposte».

²⁴ Come osservava A.Barettoni Arleri, *Finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, M.S.Giannini-G.De Cesare (a cura di), *Dizionario di diritto sanitario*, Milano, 1984, 221 e ss., circa gli aspetti di determinazione e reperimento delle risorse, «a tutt'oggi non appaiono determinati né l'ambito della spesa né la stessa nozione concettuale e qualificatoria di spese sanitarie, né i criteri della sua determinazione». Ciò esitava un triplice senso della spesa sanitaria: «a) spese del Servizio Sanitario nazionale rappresentate dal fondo relativo con carattere di trasferimento regionale [ciò anche per l'indipendenza, voluta dalla riforma del 1978, rispetto alle entrate di cui all'art. 69]; b) di spese sanitarie in senso generale o complessivo, ricomprendenti sia la spesa del servizio propriamente detto che le spese legittimamente connesse ad interventi che permangono in materia sanitaria ad integrazione di quelli propri del servizio (...) c) spesa sanitaria globale che si aggiungono (...) o che (...) continuano a costellare i bilanci pubblici di una pluralità di enti anche al di fuori dello stesso settore pubblico allargato». In particolare, per quanto riguarda il versante dell'entrata, A.Galeazzi, *L'evoluzione del sistema di finanziamento della sanità e l'introduzione dell'Irap*, in *Sanità pubblica*, 21(2), 2001, p. 195, evidenzia come il regime contributivo, «operando con incidenza percentuali molto diverse – non solo tra lavoratori e datori di lavoro, ma anche tra i vari settori economici e produttivi – dispiegava i suoi effetti, in termini di “assorbimento” del sacrificio fiscale, generando evidenti sperequazioni e minando il carattere di universalità che la nuova impostazione di prefiggeva», tanto da sollecitare la Corte costituzionale a richiamare «l'attenzione del governo sull'opportunità di una revisione dell'intero sistema dei contributi di malattia».

²⁵ Come ricorda C.Hanau, *La ripartizione territoriale e la regolazione della spesa sanitaria in Italia dopo la riforma*, in G.Muraro (a cura di), *Problemi finanziari del Servizio sanitario nazionale*, Milano, 1987, 31-32, il costante sfondamento dei tetti di spesa imposti alle Unità sanitarie locali, spinse molti a sostenere «l'impossibilità di allocare le risorse mediante i tetti di spesa in un sistema sanitario come il nostro, ove le decisioni di spesa sono prese da Amministratori locali alla periferia, che non si assumono alcuna responsabilità, neppure marginale, per il reperimento delle risorse finanziarie». Il dibattito sul tema si incentrò, dunque, sulla necessità o meno del decentramento impositivo per cui si veda l'A., 32-33. Infatti, l'ammettere un'imposizione locale avrebbe comportato sia difficoltà di principio (non si sarebbero infatti perequati gli squilibri territoriali) sia difficoltà pratiche (per la mancata corrispondenza tra distribuzione delle dotazioni sanitarie e della spesa storica e quella del livello di reddito generale delle singole Regioni).

Un particolare riguardo deve essere concesso all'anno 1985, nel quale, finalmente, il legislatore riconobbe formalmente il valore della connessione tra la programmazione sanitaria e le prestazioni da erogarsi a carico del Servizio sanitario nazionale, a essa collegate, e la spesa sanitaria, soprattutto ospedaliera²⁶, così come riconobbe formalmente il valore²⁷, immediatamente dopo²⁸, della connessione tra maggiori poteri e competenze alle Regioni e province autonome e maggiore responsabilizzazione a loro carico²⁹. La *forma* non corrispose all'*efficacia* e, anche questa occasione non risultò risolutiva delle difficoltà finanziarie del sistema, così che, alla fine degli anni Ottanta, stante la necessità di continui stanziamenti aggiuntivi per la maggiore spesa

²⁶ Quanto all'organizzazione ospedaliera, la legge 23 ottobre 1985, n. 595, all'art. 10, dispose che le regioni e province autonome garantiscano l'«utilizzazione ottimale dei servizi e dei posti letto in conformità ai seguenti parametri tendenziali: a) dotazione media dei posti letto (...) del 6,5 per mille abitanti; b) tasso medio di spedalizzazione: 160 per mille; c) tasso minimo di utilizzazione dei posti letto compreso tra il 70 e il 75 per cento; d) durata media della degenza: undici giorni». La legge dispose, altresì, come i piani sanitari delle regioni e province autonome «devono» prevedere: a) la ristrutturazione (...) delle degenze ospedaliere in aree funzionali omogenee afferenti alle attività di medicina, di chirurgia e di specialità; b) la soppressione, l'accorpamento e la trasformazione in servizi speciali di diagnosi e cura, (...) delle divisioni o sezioni autonome con tasso di utilizzazione dei posti letto (...) mediamente inferiori al 50 per cento; c) le scelte volte a promuovere una migliore e più umana qualità della vita dei degenti negli ospedali». Infine, la norma prevede che «gli spazi ospedalieri risultanti liberi (...) sono destinati con priorità: a) alla strutturazione di specifiche sezioni di degenza per la riabilitazione di malati lungodegenti e ad alto rischio invalidante; b) ad attività di spedalizzazione a ciclo diurno [*day hospital*]; c) all'esercizio dell'attività libero-professionale in sede ospedaliera dei medici a tempo pieno [*intramoenia*]; d) a migliorare la ricettività alberghiera dell'ospedale (...)».

²⁷ In questo caso, l'incostituzionalità della legge 27 dicembre, n. 730 (cfr. nota 68), aveva reso evidente come una maggiore responsabilizzazione delle Regioni e province autonome dipendesse dal potere finanziario sul servizio relativo al proprio territorio.

²⁸ Legge 28 febbraio 1986, n. 41 (in 1° Suppl. ordinario alla Gazz. Uff. n. 49, del 28 febbraio), rubricata «disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato» (legge finanziaria 1986), conosciuta anche come la legge sulla «tassa sulla salute», per la previsione di poteri finanziari in capo alle regioni e province autonome a carico degli utenti del servizio sanitario nazionale. In particolare, come ricorda A.Galeazzi, *L'evoluzione del sistema di finanziamento della sanità e l'introduzione dell'Irap*, cit., 195 e ss., il processo di revisione dell'intero sistema contributivo riguarda, dal 1985, «l'estensione della base imponibile a tutto il reddito degli individui e la salvaguardia del rapporto tra contributi versati e prestazioni ricevute», con l'adozione di misure, anche contrastanti, caratterizzate dall'estensione del sistema di prelievo «all'intera base imponibile del reddito personale - da qui, «tassa per la salute» - in cui la contribuzione è commisurata alla capacità di contributiva, ma differenziata in base alla natura del reddito percepito, e strutturato in un sistema di scaglioni con aliquote regressive».

²⁹ Queste materie, per usare le parole di M.Rey, *La gestione ed il finanziamento del servizio sanitario nazionale nel quadro dei rapporti tra diversi livelli di governo*, in G. Muraro (a cura di), *Problemi finanziari del Servizio sanitario nazionale*, Milano, 1987, 96, sono «da tempo (...) in equilibrio instabile, in una continua oscillazione tra diversi possibili sbocchi».

sanitaria³⁰, si appalesò³¹ con forza³² la necessità³³ di un riordino organico, che affrontasse con più forza temi già sviluppati, quali la responsabilizzazione delle regioni sui disavanzi delle unità sanitarie locali³⁴, la revisione del

³⁰ Detti stanziamenti vennero stabiliti due volte nel giro di un anno: prima con il d.l. 25 novembre 1989, n. 382, convertito nella l. 25 gennaio 1990, n. 8 e, poi, d.l. 15 settembre 1990, n. 262, convertito nelle l. 19 novembre 1990, n. 334.

³¹ A quanto sopra, vanno aggiunti gli arrivi giurisprudenziali di questi anni che, come ha sinteticamente ma efficacemente rilevato A.Rovagnati, *La pretesa di ricevere prestazioni sanitarie nell'ordinamento costituzionale repubblicano*, cit., 21 e ss. aggiunsero, alla «tradizionale impostazione – tendente a considerare i precetti costituzionali in rapporto alla loro attuazione legislativa e amministrativa», un secondo arresto, «caratterizzato dall'utilizzo degli enunciati espressi nell'art. 32 della Costituzione ai fini della qualificazione della situazione giuridica soggettiva azionata in giudizio». La conseguenza fu, prosegue l'A., «quanto ai riflessi sul modello di tutela della salute considerato costituzionalmente imposto», il diffondersi «dell'idea che massimo dovesse essere l'impegno delle istituzioni repubblicane in questo ambito, (...) da soddisfare mediante l'organizzazione amministrativa appositamente istituita, ma anche, nei casi nei quali il servizio sanitario non fosse riuscito a provvedervi adeguatamente, mediante l'opera dei giudici». Tanto che è del 1988 (sentenza n. 992), la pronuncia della Consulta secondo la quale, come ricorda l'A., il diritto alla salute deve essere «configurato come diritto a ottenere prestazioni ritenute indispensabili dal singolo, non importando le differenti scelte compiute a questo riguardo dagli organi legislativi o le differenti determinazioni assunte dagli organi amministrativi in relazione alle prestazioni erogabili dal servizio sanitario nazionale», creando «la condizione per il futuro riconoscimento di una tutela sanitaria apparentemente illimitata».

³² M.Branca, *L'evoluzione legislativa per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*, in *Sanità pubblica*, n. 2/1999, p. 177, in proposito, afferma che «il legislatore sembra perdere la pazienza e nel 1991 agisce con maggior determinazione razionalizzatrice in due direzioni. Con la l. 4 aprile 1991, n. 111 abolisce i comitati di gestione delle Usl (gli organi assembleare erano stati già soppressi con l. 15 gennaio 1986, n. 4) ed avvia la gestione sostanzialmente monocratica attraverso gli amministratori straordinari, nel quadro di una disciplina transitoria già orientata a quelle che saranno le riforme connesse alla delega di cui alla l. n. 421 del 1992. Inoltre con la legge finanziaria per il 1992 (l. 30 dicembre 1991, n. 412) si vara un insieme di misure parzialmente anticipatrici del futuro d.lgs. 502 del 1992».

³³ Le misure adottate, infatti, avevano portato ad un risultato «sconvolgente», così come lo definì A.Barettoni Arleri, *Finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, cit., 230. L'A. ebbe ad affermare come «l'effetto sulla strategia della spesa (...) è traslato dagli organi territoriali locali e regionali a quelli statali, sia attraverso la determinazione diretta del fabbisogno complessivo e del reperimento, sia attraverso la instaurazione di un circuito diretto Tesoro – U.S.L. nel quale, alla responsabilità esclusiva del reperimento dei mezzi dal primo, si è accompagnata una accentuata tendenza alla riduzione della stessa autonoma capacità di spesa delle autonomie locali». Se, infatti, il livello comunale è escluso da ogni possibilità deliberativa, quello regionale è «oggetto di un inesorabile processo di deresponsabilizzazione: private dello strumento programmatico per carenza di quadro di riferimento, escluse dal circuito sia di determinazione che di erogazione del fabbisogno complessivo, sono allo stato ridotte al ruolo ripartitivo interno di quantità loro attribuite in funzione di presupposto di legittimità per a mobilità dei trasferimenti».

³⁴ Tra le tipologie dell'iniziativa pubblica in sanità, come affermò M. Rey, *La gestione ed il finanziamento del servizio sanitario nazionale nel quadro dei rapporti tra diversi livelli di governo*, cit., 96, ne «la scelta tra decentramento di poteri e delle responsabilità da un lato, per

prontuario terapeutico³⁵, la quantificazione dei contributi sanitari³⁶, la previsione di criteri più specifici per il finanziamento e la ripartizione del Fondo sanitario nazionale tra le Regioni³⁷.

Il piano del legislatore dei primi anni Novanta³⁸ fu, pertanto, inteso a modificare le responsabilità e i ruoli attribuiti ai diversi livelli di governo, affinché lo Stato non si trovasse nella condizione di ripianare i disavanzi creati da strutture che non aveva potuto controllare³⁹.

favorire la democraticità, l'autogoverno, la innovazione e la diversità delle soluzioni, e dall'altro lato la centralizzazione, volta a garantire – nelle situazioni di regolamentazione come nella fruizione dei servizi pubblici – interessi di orizzonte più ampio rispetto a quelli locali in senso lato (...) hanno trovato particolare attenzione i temi, volta volta, della uguaglianza, della equità, della perequazione delle condizioni del cittadino nei confronti delle regolamentazioni come pure nei confronti dei diretti interventi della mano pubblica».

³⁵ M. Branca, *L'evoluzione legislativa per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*, cit., 176-177: «in materia di farmaci la l. n. 833 del 1978 (artt. 29 e 30) aveva sostanzialmente recepito il sistema previgente, vale a dire l'assunzione a carico dello stato dei farmaci iscritti nel prontuario terapeutico, del quale peraltro si disponeva una profonda revisione. I prezzi sarebbero stati stabiliti dal Cip. È dunque intuibile come le idee per la razionalizzazione del sistema abbiano puntato per un verso sulla revisione del prontuario farmaceutico, per altro verso su una considerazione più oculata delle esenzioni dalla partecipazione alla relativa spesa.

³⁶ A. Galeazzi, *L'evoluzione del sistema di finanziamento della sanità e l'introduzione dell'Irap*, cit., 197, infatti, ricorda come l'introduzione della «tassa sulla salute» con la legge finanziaria 1987 (n. 41 del 1986) accese il dibattito «sulla natura giuridica e fiscale dei prelievi destinati al finanziamento delle prestazioni del servizio sanitario nazionale, vale a dire, se si configurassero come un'imposta a tutti gli effetti – evidenziando quindi una *natura tributaria* – oppure se fossero un corrispettivo dovuto a fronte di prestazioni sanitarie ricevute dai singoli individui, qualificabili quali entrate di *natura commutativa* (non rientranti nel principio generale sancito dall'art. 53 della costituzione)» (...) Le due posizioni vennero integrate da quella della Corte costituzionale che, con la sentenza n. 431 del 1987 affermò come la struttura regressiva della contribuzione dipendeva dal carattere assicurativo del contributi di malattia, naturalmente in attesa della completa fiscalizzazione degli oneri sociali, obiettivo da attuare con un sistema di imposte sul reddito.

³⁷ Per un approfondimento, soprattutto di statistica economica, sul dibattito relativo ai criteri di riparto tra le Regioni e su possibili soluzioni alternative, si guardi a C. Buratti, *ibidem*, Milano, 1987, pp. 65 e ss.

³⁸ Secondo G. Ricciarelli, *Le trasformazioni istituzionali del Ssn: dalla l. 4 aprile 1991, n. 111 alla l. 30 dicembre 1991, n. 412 al d.m. 29 gennaio 1992 ed al progetto di piano sanitario nazionale 1192/1994*, in *Sanità pubblica*, 1992, 869-870, cui si rimanda per una schematizzazione della riforma dei primi anni Novanta, «la filosofia di fondo del processo di riforma [dei primi anni Novanta] e di «cambiamento» del servizio sanitario nazionale può essere riassunta, in estrema sintesi, nei (...) principi della regionalizzazione, della aziendalizzazione, della tecnicizzazione, della razionalizzazione, della efficientizzazione, della responsabilizzazione, della emancipazione, della privatizzazione, della sperimentazione, della umanizzazione».

³⁹ Si ricordi, a tal proposito, l'effetto deflagrante della sentenza n. 245 del 1984 della Corte costituzionale, che aveva chiaramente posto il veto sulla responsabilizzazione finanziaria delle Regioni nel sistema antecedente. Come ricorda, infatti, V. Pederzoli, *I nuovi criteri di finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in *Sanità pubblica*, n. 22-6/2002, «le regioni (...) ricevevano le risorse che erano già state predisposte ad essere impiegate per la sola attività

Le caratteristiche peculiari del riordino furono l'*aziendalizzazione* e la *regionalizzazione* del sistema, finalizzate alla diminuzione dei costi e all'aumento qualitativo delle prestazioni da erogare, ma non - come può pensarsi - il sistema di finanziamento⁴⁰.

Si pensò esclusivamente di togliere alle Camere - preso atto della loro incapacità di approvare il Piano sanitario nazionale - il relativo potere e di concederlo al Governo, che lo avrebbe emanato, previo parere delle competenti commissioni parlamentari, con decreto del Presidente della Repubblica⁴¹.

La necessità di approvare l'atto programmatico era legata alle preoccupazioni, sempre maggiori, per la tenuta della finanza pubblica⁴² (soprattutto, in considerazione della crisi finanziaria della fine degli anni Ottanta), sì da condizionare il dibattito relativo alla nozione di *livelli minimi*.

Il detto dibattito, in particolare, si concentrò sulla scelta se considerare «le risorse finanziarie destinate alla tutela della salute una variabile indipendente predeterminata, una condizione *a priori* della scelta sui livelli di prestazioni da erogare oppure porre le due scelte sullo stesso piano in un rapporto di codeterminazione reciproca»⁴³.

sanitaria svolgendo, quindi, l'esclusiva funzione di intermediazione (...) tra l'autorità centrale e gli enti erogatori dei servizi sanitari», con la conseguenza che si *scollavano* «le responsabilità regionali nell'offerta dei servizi sanitari e la spesa effettiva che dipendeva, invece, dagli enti erogatori».

⁴⁰ Ancora, con le riforme degli anni Novanta, non si tocca il tema determinativo e ripartitivo che, dal 1995, verrà soltanto «ritoccato». Occorrerà, come vedremo, la riforma federalista per interessare i suddetti temi.

⁴¹ Un'altra connessione con le vicende del diritto alla salute è la *razionalizzazione* della forma di governo, che, invero, è legata *a doppio filo* con la riforma delle leggi di spesa e di bilancio, su cui, almeno, V. Onida, *Le leggi di spesa nella Costituzione*, Milano, 1969.

⁴² M. Branca, *L'evoluzione legislativa per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale*, cit., 179, infatti, afferma che «con la finanziaria 1992 la classe politica mostra, dunque, di aver capito che, ferma restando la validità e la correttezza della scelta, compiuta con la l. n. 833, di dare attuazione all'art. 32 della costituzione mediante l'istituzione di un servizio sanitario nazionale che presidiasse il diritto di tutti a livelli uniformi di assistenza, indipendentemente dalle condizioni economiche di ciascuno, l'impegno preso non poteva più essere onorato se non si fosse intervenuti per conferire al servizio stesso un assetto rispettoso di elementari principi di economicità nella gestione». Dello stesso avviso, A. Cappucci, *Il processo evolutivo della sanità italiana: dagli «spedali» alle aziende sanitarie*, in *Ragiusan*, Sez. I, nn. 215-216/2002, 9, che afferma come «il legislatore finalmente recepisce normativamente ciò che la dottrina già sosteneva, ossia che, fra i principi che devono essere ritenuti propri dei servizi pubblici, c'è quello del rispetto del criterio di economicità e che, se tale principio è da ritenersi incontrovertibile per i servizi che devono essere organizzati in forma di impresa, deve tuttavia ritenersi proprio anche dei servizi di carattere assistenziale-erogativo, perché l'amministrazione deve porsi come utente collettivo garantendo la copertura integrale dei costi e dei fattori di produzione. D'altronde, (...) attenta dottrina ha sottolineato che «l'equilibrio finanziario svolge per i servizi pubblici la stessa funzione tipicizzante che il principio di legalità svolge per gli atti amministrativi» [Merusi, *I servizi pubblici instabili*, Bologna, 1990, pag. 52].

⁴³ R. Balduzzi-G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, 2013, 69.

In altre parole, la questione era se venisse prima la finanza pubblica, che avrebbe destinato una somma determinata alla tutela della salute, con la quale, sulla base delle somme disponibili, determinare i «livelli minimi» da garantire alla popolazione⁴⁴, oppure se la scelta delle prestazioni da erogare sul territorio nazionale andasse determinata contestualmente alle disponibilità finanziarie dello Stato.

In questo caso, e per riallacciarci alla citazione iniziale, il problema era se venissero prima le risorse finanziarie o il diritto alla salute e, dunque, se *pecunia olet* o no.

Come noto, l'art. 1 d.lgs. 502/1992 (come modificato e integrato dal d.lgs. 517/1993) adottò una scelta *mediata*⁴⁵, disponendo che i livelli di assistenza sarebbero stati determinati *in coerenza* con l'entità del finanziamento per il Ssn.

2. L'indigenza come tema inesplorato e l'inafferrabilità del bisogno sanitario: l'universalità vale più della tutela del bisogno?

La difficoltà, nella politica determinativa del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, consiste nella *quantificazione* del bisogno sanitario della popolazione, cui rapportare le risorse da destinare.

La chiave appare il concetto costituzionale di *indigenza*, che assume un carattere talmente pregno di significato, da costituire il *nodo centrale* di tutto il tema che si sta tentando di affrontare, non solo, come ha riferito la Corte costituzionale⁴⁶, perché l'art. 32 Cost. «chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino», ma anche perché la *perimetrazione* tecnico-finanziaria della relativa nozione conduce alla *giustizia redistributiva*, cui la nostra forma di Stato è diretta⁴⁷.

⁴⁴ Detti livelli minimi costituivano il contraltare dell'accentuazione del regionalismo. In particolare, come rilevato da V. Antonelli, *La garanzia dei livelli essenziali di assistenza nei primi 40 anni del Servizio sanitario nazionale: dall'uniformità all'appropriatezza*, in *federalismi.it*, n. 3/2018, «a fronte della svolta regionalistica impressa dal decreto del 1992, che mette in tensione i poli dell'unità del servizio e del decentramento amministrativo, emerge la necessità di perseguire l'uniformità delle prestazioni alla stregua di un vincolo unitario. La regionalizzazione del servizio sanitario nazionale e la conseguente differenziazione organizzativa spostano l'attenzione del legislatore sull'uniformità delle prestazioni, capovolgendo la prospettiva del 1978: la possibile differenziazione organizzativa richiede la fissazione di livelli uniformi di prestazioni sanitarie».

⁴⁵ Di contrario avviso, G. Mor, *Il riordino della sanità nella crisi dello Stato sociale e della Costituzione materiale*, in *Le Regioni*, 1994, 959, che intravede in questa scelta «un degrado in ordine alla garanzia delle prestazioni (...) che peraltro la Corte costituzionale tende a negare (cfr. punto 8 in diritto [della sentenza n. 355 del 1993])».

⁴⁶ O, almeno, come ha fatto l'Ufficio stampa, nel comunicato del 6 dicembre 2024.

⁴⁷ D. Morana, *I diritti a prestazione in tempo di crisi: istruzione e salute al vaglio dell'effettività*, in *rivistaaic.it*, n. 4/2013, 11, chiarisce come «la disposizione costituzionale, con un diverso grado di programmaticità, riconosce infatti il diritto di *tutti* alle prestazioni per la tutela della

Così, c'è chi ha distinto il passaggio alla pubblicizzazione (socializzazione) del bisogno sanitario, in Italia, in tre momenti, accomunati dalla modificazione della caratteristica della *gratuità del servizio*, per l'appunto da garantirsi ai soli *indigenti*⁴⁸: *i)* gratuità per il mantenimento dell'ordine sociale, nell'Italia liberale, ove «le esigenze del singolo non collimano con le esigenze della società organizzata» e ove «non esiste normalmente differenza tra ente finanziatore e produttore del servizio»; *ii)* gratuità «in conseguenza dell'appartenenza ad un determinato gruppo all'interno della collettività», in parte nell'Italia fascista e in quella repubblicana, ove «le esigenze del singolo sono soddisfatte in quanto sono le stesse di una categoria» (mutualità) e ove il finanziamento rimane specifico, ma si assiste alla graduale «pubblicizzazione» del servizio attraverso il diretto impiego di risorse da parte di alcuni enti⁴⁹ e *iii)* gratuità per riconoscimento della collettività del bisogno sanitario come «bisogno di merito»⁵⁰, ove «le esigenze del singolo collimano con quelle della società organizzata» e ove, dunque, «non cambia solo il soggetto finanziatore» (lo Stato che sostituisce i diversi precedenti soggetti mutualistici), ma anche «il principio per il quale al cittadino viene erogata, in regime di gratuità, assistenza: il bisogno in quanto tale»⁵¹.

salute ed il diritto dei *solii indigenti* alla loro gratuità: la discrezionalità del legislatore non è azzerata neanche in quest'ultimo caso, poiché ad esso spetta definire i confini della nozione di indigenza (e dunque della gratuità), ma è certamente più limitata. Quello che al legislatore sembrerebbe precluso, invece, è ogni intervento volto a “preferire” la posizione dei non indigenti rispetto a quella degli indigenti nell'allocatione delle risorse destinate al soddisfacimento del diritto a prestazioni per la tutela della salute: con la conseguenza che, in fasi di contrazione della spesa sanitaria, il legislatore dovrebbe tener conto di tale priorità, garantendo *comunque* l'accesso a cure gratuite per le fasce più deboli della popolazione.

⁴⁸ G.Mor, *Il nuovo assetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale*, in *Sanità pubblica*, 1997, cit., 629-631, infatti, evidenzia che, se la strategia di difendere i diritti sociali «contestando qualsiasi ridimensionamento del grado di attuazione garantito dalla normativa vigente (...) può essere vincente in sede politico-sindacale, (...) è piuttosto debole nel giudizio di costituzionalità», perché «il valore chiave va ricercato non tanto nel diritto alla salute (come tale suscettibile di attuazioni diverse in relazione alle ideologie prevalenti), quanto piuttosto nella garanzia di cure gratuite agli indigenti».

⁴⁹ Come si è visto nel capitolo precedente, il caso della normativa per la tutela della tubercolosi (1927) e delle malattie professionali (1929) costituiscono il campo di prova della fiscalizzazione generale.

⁵⁰ Come riporta E.Veronesi, *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in *Regione e governo locale*, in *Regione e Governo locale*, cit., 122, nota 3, «secondo la classificazione proposta dal Musgrave e ripresa in Italia dal Brenna, i bisogni privati possono trasformarsi in bisogni di merito», intendendosi per tali «quelli che pur avendo caratteristiche di soddisfacibilità attraverso l'acquisizione di beni offerti sul mercato ad un prezzo, sono ritenuti dalla collettività di importanza sociale tale da venir soddisfatti dalla collettività stessa. In tal modo assumono caratteristiche di soddisfazione pubblica, tra cui un prezzo zero od una tariffa sociale».

⁵¹ E.Veronesi, *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in *Regione e governo locale*, in *Regione e Governo locale*, cit., 117 ss.

Questo assunto porta alla distinzione finanziariamente rilevante tra l'erogazione dei trattamenti sanitari c.d. *onerosi* e quella dei trattamenti sanitari c.d. *gratuiti*. Detta distinzione, però, non è stata «tracciata con chiarezza né dalla dottrina né dalla giurisprudenza. Del resto il compito non era facile»⁵².

Si è visto, in particolare, che il legislatore del 1978 scelse la via dell'universalismo, anche perché il superamento del totale bisogno passava per il contestuale superamento della discriminazione tra chi poteva pagare e chi no. È indubitabile che, se è *idealmente* più eguale un sistema ove il ricco e il povero non hanno differenze, esso non è, *praticamente*, più eguale, perché la redistribuzione della ricchezza non sarebbe equa.

Non v'è dubbio, infatti, che distribuire ricchezza ugualmente, e nella stessa proporzione, a colui che non ne ha bisogno e a chi ne ha, non conduce alla giustizia redistributiva che tanto ha costituito il baluardo della società moderna.

Pertanto, se «il diritto ad essere curato (come pure il diritto ai trattamenti preventivi) si può intendere anzitutto come *diritto ad avere cure anche se a pagamento*»⁵³, il diritto «è condizionato al possesso della capacità economica di sopportare i costi relativi». Se, poi, si guarda alla circostanza che, oggi, si vive in una realtà in cui le strutture private possono «fornire – a pagamento – pressoché qualunque cura», ne deriva che «chi reclama l'assistenza pubblica reclama in realtà un'assistenza a costi limitati». Quando, però, i costi «non possono essere sopportati (anzi, *ragionevolmente* sopportati), in tutto o in parte, dall'interessato (...), il diritto a cure pagate in prevalenza con pubblico danaro e lo stesso *diritto ad avere cure gratuite* si risolvono dunque (...) nel diritto ad essere curato, senza ulteriori specificazioni»⁵⁴.

Insomma, il tutto dipende dal mutamento della caratteristica della gratuità che, oggi, a differenza di ieri, comporta una speciale considerazione.

⁵² M.Luciani, *Salute (diritto costituzionale)*, in *Enciclopedia giuridica Treccani*, Roma, 1991, 8. Tenta la strada G.Mor, *Il nuovo assetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale*, cit., 629-631, rilevando come, innanzitutto, le cure, non potendo essere individuate dalla Costituzione, saranno quelle «disponibili, [e, cioè] quelle indicate dalla scienza medica», da erogarsi a tutti gli indigenti. Questi, poi, andranno individuati «in senso relativo, in rapporto alla capacità di sostenere la spesa necessaria per acquistare la prestazione sanitaria indicata in quel caso, il che suggerisce un parallelo col principio della capacità contributiva, che dal settore tributario tende ad espandersi, divenendo la norma fondamentale rispetto a qualsiasi partecipazione alla spesa pubblica richiesta al cittadino».

⁵³ M.Luciani, *Salute (diritto costituzionale)*, cit., 8. G.Mor, *Il nuovo assetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale*, cit., 632, sul punto afferma, concludendo un interessante scritto, cui si rimanda integralmente, che «se non si vuole o non si può più continuare a fornire gratuitamente tutto a tutti, la soluzione non andrebbe cercata nella eliminazione di questa o di quella prestazione, ma nella riduzione selettiva del carattere gratuito delle prestazioni».

⁵⁴ M.Luciani, *Salute (diritto costituzionale)*, cit., 8.

Da quanto detto derivano, così, una precisazione sul *contesto di risorse scarse* – dato, a dire il vero, dato per scontato dalla giurisprudenza costituzionale -, e un avvertimento sul c.d. *bisogno sanitario della popolazione*.

Quanto alla precisazione sulla scarsità delle risorse, si ottiene «una concezione del diritto alla salute come diritto condizionato (...), come posizione soggettiva la cui effettiva realizzazione dipende dalla presenza e quantità delle risorse pubbliche»⁵⁵ determinate dal legislatore.

La quantità di risorse, per continuare sul filo logico tracciato nel precedente paragrafo, non è totalmente nella disponibilità della discrezionalità del legislatore.

In un ambito in cui si ragioni *endogenamente*, la quantità di risorse, come si è visto, non dipende dal decisore politico che, sempre nella premessa che abbia *attivato* un'amministrazione sanitaria, attende passivamente le risultanze consuntive di bilancio di detta amministrazione e dispone la quota di bilancio necessaria a soddisfare il pagamento (c.d. *spesa storica*).

In un ambito, invece, nel quale si ragioni *esogenamente*, la quantità di risorse dipendono dalla decisione politica, che dovrà fissare preventivamente la quota di bilancio da destinare alle politiche sanitarie.

Il primo caso, si è detto, si è verificato – non può dirsi infatti che sia stato propriamente deciso⁵⁶ – nell'immediatezza dell'applicazione della riforma istitutiva del Servizio sanitario nazionale; il secondo, si è verificato con il primo riordino degli anni Novanta, salvo poi scegliere una *terza via* con il riordino della fine degli anni Novanta, nel quale la quantità di risorse economiche, da destinarsi al Servizio sanitario nazionale, si è stabilito vengano determinate *contestualmente* ai livelli essenziali di assistenza, che dovrebbero rappresentare il bisogno sanitario *dovuto* alla popolazione.

La quantità di risorse, dunque, non è totalmente nella disponibilità della discrezionalità del legislatore.

⁵⁵ Per R.Ferrara, *Salute (diritto alla)*, in *Digesto delle discipline pubblicistiche* - vol. XIII, Torino, 1997, 531, il condizionamento finanziario corrisponderebbe ad una «relativizzazione» e «storicizzazione» dei diritti sociali, e, in particolare, del diritto alla tutela della salute, nel senso che «la maggiore «contribuzione dei cittadini al finanziamento del servizio sanitario nazionale (...) è infatti ben più che un mero accidente della sorte, che un semplice «espediente» di politica finanziaria, in quanto si tratta invece del segno plasticamente tangibile con il quale si delinea [l']evolvere, in modo irreversibile, [del sistema] da forme per così dire «universalistiche», nelle quali i diritti sociali sono implicati con quelli di cittadinanza, a modelli connotati da una più marcata atomizzazione delle posizioni dei singoli e da consapevoli (e forse non controllabili) suggestioni e pulsioni privatistiche».

⁵⁶ Si ricordi che la riforma istitutiva del Servizio sanitario nazionale prevedeva una programmazione collegata alla programmazione economica nazionale che avrebbe *coerentemente* stabilito il *quantum* del bisogno finanziario per il sistema sulla base di un'analisi del bisogno sanitario (quello *autentico*, si è visto che è il più grande dilemma di sempre per l'economia sanitaria).

In un ambito in cui si ragioni *endogenamente*, la quantità di risorse, infatti, non dipende dal decisore politico che, sempre nella premessa che abbia *attivato* un'amministrazione sanitaria, attende passivamente le risultanze consuntive di bilancio di detta amministrazione e dispone la quota di bilancio necessaria a soddisfare il pagamento (c.d. *spesa storica*).

In un ambito, invece, nel quale si ragioni *esogenamente*, la quantità di risorse dipendono dalla decisione politica, che dovrà fissare preventivamente la quota di bilancio da destinare alle politiche sanitarie.

Dunque, quanto alla *scarsità*, si può, in questa sede, ricordare come essa dipenda da *pressioni* che, dall'*alto* e dal basso, *costringono* in spazi, sempre più ristretti, la discrezionalità del legislatore.

Dall'*alto* abbiamo, infatti, le regole di *governance* economica europea e il vincolo del principio dell'equilibrio di bilancio, costituzionalizzato nell'art. 81 Cost. e, dal *basso*, abbiamo il concetto del *nucleo essenziale* del diritto alla tutela della salute (e, in generale, di tutti i diritti sociali)⁵⁷.

Anche ammesso, e non si può, che si possa considerare quest'ultimo concetto scevro dalla connaturata indeterminatezza che lo contraddistingue,

⁵⁷ Corte costituzionale, sentenze n. 88 del 1993, n. 184 del 1993, n. 243 del 1993 e n. 309 del 1999. Si veda anche la sentenza n. 304 del 1994, nella quale la Corte ha espressamente affermato come se le esigenze relative all'equilibrio della finanza pubblica «avessero un peso assolutamente preponderante, tale da comprimere il nucleo essenziale del diritto alla salute connesso all'inviolabile dignità della persona umana, ci si troverebbe di fronte a un esercizio macroscopicamente irragionevole della discrezionalità legislativa» (Considerando in diritto, punto 5). D.Morana, *I rapporti tra Parlamento e Corte costituzionale nella garanzia dei diritti sociali*, in *amministrazioneincammino.luiss.it*, 2015, 13, rileva come sia proprio per «mitigare le conseguenze più drastiche della ricostruzione del diritto sociale come diritto finanziariamente condizionato» che la Corte costituzionale ha individuato l'ipotesi del «nucleo essenziale o irriducibile del diritto sociale».

lo spazio *residuo* della discrezionalità del legislatore⁵⁸, coinciderebbe, pertanto, con quello che è stato definito il *costituzionalmente dovuto*⁵⁹.

Insomma, come per la distinzione tra il diritto ai trattamenti sanitari e quello ai trattamenti sanitari *gratuiti*, anche la distinzione tra *nucleo essenziale* e *costituzionalmente dovuto* non è stata sufficientemente tracciata, né dalla giurisprudenza costituzionale, né dalla dottrina, tanto da poter essere

⁵⁸ La Corte, non potendo contestare che il legislatore debba tener conto delle risorse finanziarie disponibili per la garanzia del diritto alla salute, nella «zona di frizione» tra le spinte «dall'alto» e quelle «dal basso», per individuare queste ultime, ha *creato* il limite essenziale del *nucleo essenziale* dei diritti costituzionalmente tutelati. Così, E.Furno, *Pareggio di bilancio e diritti sociali: la ridefinizione dei confini nella recente giurisprudenza costituzionale in tema di diritto all'istruzione dei disabili*, in *consultaonline.it*, 2017, 115; O.Chessa, *La misura minima essenziale dei diritti sociali: problemi e implicazioni di un difficile bilanciamento - nota alla sentenza 26 febbraio 1998, n. 27*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, n. 1/1998, 1172, tenta di individuare detta *zona di frizione*. In particolare, l'A. afferma che «si può dire che il problema del «contenuto essenziale» [sia] logicamente consustanziale alle democrazie costituzionali: le costituzioni rigide infatti da una parte rinviano di regola alla legge di determinazione della disciplina e dei limiti ai diritti costituzionali (...); dall'altra però affidano ad un giudice costituzionale la protezione dei diritti costituzionali nei confronti della legislazione. Da una parte si riconosce alla volontà politica di maggioranza, formalizzata nella legislazione, la facoltà di confermare/limitare i diritti degli individui in vista di esigenze sociali di volta in volta ritenute degne di protezione; dall'altra ci si preoccupa di individuare nella giustizia costituzionale un freno alle incursioni della legge nell'ambito dei diritti individuali. Di qui il problema, teorico e pratico insieme, di stabilire un «punto» oltre il quale non possano spingersi le penetrazioni legislative nel campo delle situazioni soggettive costituzionalmente tutelate: di circoscrivere e delimitare un «contenuto essenziale» e di dichiararlo intangibile dalla legge (e atti equiparati)».

⁵⁹ S.Barbareschi, *Tecniche argomentative della Corte costituzionale e tutela dei diritti sociali condizionati. Riflessioni a partire dal diritto alla salute*, in *federalismi.it*, n. 13/2018, 10. Il bilanciamento ragionevole fa la sua comparsa, come ricorda G.Corso, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, in *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, in *Rivista trimestrale di diritto pubblico*, 1981, 772, «in sede di disciplina delle libertà fondamentali, attraverso la individuazione di interessi-limite con le quali le libertà devono misurarsi», e viene applicato ai diritti sociali per evitare la radicalizzazione dello scontro sociale dovuto alla tendenza a «convertire interessi e beni in termini di situazioni soggettive» e «ad attribuire a tali situazioni carattere di assolutezza, non dissimile da quello della proprietà e delle libertà», in una società «borghese», ove *tipico* è il senso di *scarsità dei mezzi*, perché contraddistinta «permanente antagonismo degli uomini, legato al contrasto tra illimitatezza del desiderio e scarsità delle risorse». Sul punto, aggiunge G.Mor, *Il nuovo assetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale*, cit., 986 ss., «in una società che perde il senso della solidarietà ed in cui il valore preminente è il benessere (beninteso non di tutti, ma della maggioranza fortunata e al potere), in cui l'efficienza, non i doveri ed i diritti costituiscono il metro di giudizio (...), la crisi è prima di tutto nel Paese, che manca di senso dello Stato, carenza questa che ha radici remote nella storia italiana ed è stata aggravata prima dal fallimento del regime fascista e dalla sconfitta militare, poi da quarant'anni di governo spartitorio; su ciò si inserisce il vuoto etico di una società che da anni ha saputo trovare quale unico elemento unificante universalmente riconosciuto l'aspirazione al benessere e all'arricchimento individuale».

esclusivamente definito con *il più del meno rappresentato dal nucleo essenziale del diritto*.

Dipende tutto dalla preponderanza del *merito* sul diritto, nella decisione delle situazioni scrutinate dalla Corte; merito dal quale deriva l'importanza assunta dall'istruttoria, e dalla conseguente motivazione, nonché dalle norme tecnico-scientifiche nel descrivere il processo logico-giuridico seguito dal legislatore per decidere la quantità dell'allocazione finanziaria, che, di volta in volta, verrà giudicata lesiva, o meno, del diritto alla salute, a seconda del bilanciamento di questo con gli altri diritti, da un lato, e, con l'equilibrio di bilancio, dall'altro. Una situazione dinamica, mai risolta, che mette ogni diritto sociale (o quantomeno quelli a carico della fiscalità generale) nella condizione di essere *perimetrato* alle condizioni socioeconomiche della società in quel determinato momento storico.

E, allora, la *scarsità* delle risorse economiche diviene ragione della specificazione del processo decisionale del legislatore che, di contro, reclama, a gran voce, il proprio potere, che è l'unico che non può essere sindacato dalla Corte costituzionale, a meno di non diventare arbitrario. Da qui, i continui solleciti dell'organo di garanzia all'istruttoria, che dovrebbe arricchire la motivazione di provvedimenti che, proprio per il loro carattere *sacrificale*, hanno bisogno di motivazioni che giustifichino lo *stress* provocato sugli enti locali, attraverso la continua *spending review*.

Nella sentenza n. 195 del 2024, la Corte costituzionale, a tal proposito, ha peraltro affermato che il concorso delle Regioni alla finanza pubblica allargata è lasciato alla loro decisione discrezionale, essendo libere, tra le spese *indistinte*, di individuare cosa *tagliare*.

3. La condizionalità interna come strumento di governo e la discrezionalità del legislatore sulle spese non costituzionalmente necessarie

Nel caso, da ultimo esaminato dalla Consulta⁶⁰, infatti, il contesto è quello di cui si è diffusamente accennato. Lo spazio dedicato al contesto è fondamentale per comprendere appieno il ragionamento della Corte che, è il caso di dirlo immediatamente, conferma il *sacrificio* dell'*autonomia decisionale* della Regione, nei termini sopra esposti, e cioè, di *disponibilità finanziaria* per attuare politiche.

La pronuncia, da cui trae spunto il lavoro che si sta svolgendo, in effetti affronta in tema in modo particolarmente articolato, ancorché ancorato alle norme di legge attualmente vigenti. Il riferimento è certamente quello alla legge 243 del 2012. L'art. 9 della suddetta legge definisce il concorso degli enti sub-statali alla finanza pubblica e, al comma 5, prevede «ulteriori obblighi a

⁶⁰ C.Cost., sentenza n. 195/2024.

carico degli enti» al fine di rispettare i vincoli derivanti dall'ordinamento dell'Unione europea.

La norma in odore di illegittimità costituzionale, almeno per la Regione Campania, è il comma 1, commi da 527 a 557, della legge di bilancio 2024 (legge 30 dicembre 2023, n. 213), secondo i quali, sinteticamente, il legislatore nazionale avrebbe *ulteriormente* diminuito la discrezionalità (finanziaria e, dunque, politica) della Regione perché avrebbe richiesto, al fine di concorrere al miglioramento economico-finanziario dello Stato, il conferimento di somme allo Stato dal 2024 al 2028.

Non si tratta della prima disposizione che onera gli enti regionali, essendo già stati previsti conferimenti alle casse dello Stato, alcuni dei quali si sovrappongono alla misura oggetto della sentenza. Proprio questo aspetto, unitamente alla misura restrittiva - ritenuta di dettaglio e, dunque, esorbitante le misure consentite in ordine alla competenza trasversale del *coordinamento della finanza pubblica* - avrebbe «realizzato una illegittima sottrazione e appropriazione di risorse regionali da parte dello Stato», contraddicendo l'«essenza stessa dell'autonomia tributaria regionale, qualora l'autonomo sforzo fiscale regionale venisse sottratto all'ente territoriale dallo Stato, perché tale manovra finirebbe per compromettere i principi cardine del federalismo fiscale»⁶¹.

La Corte ricorda, nel dichiarare non fondate le questioni relative all'illegittima compressione dell'autonomia (politico-finanziaria) delle Regioni, i principi cardine che, stante il contesto di cui sopra⁶², devono informare i rapporti tra Stato e Regioni, a partire dal principio di leale collaborazione, che, infatti, esita l'illegittimità del comma 557 dell'articolo 1 della legge di bilancio 2024⁶³.

⁶¹ C.Cost., sentenza n. 195/2024, *considerando* in diritto 7.

⁶² Conseguenza necessaria dell'introduzione della nozione di *spesa costituzionalmente necessaria*, di cui alla sentenza n. 169 del 2017, *considerando* in diritto 9.3.2., secondo la quale «la dialettica tra Stato e Regioni sul finanziamento dei LEA dovrebbe consistere in un leale confronto sui fabbisogni e sui costi che incidono sulla spesa costituzionalmente necessaria, tenendo conto della disciplina e della dimensione della fiscalità territoriale nonché dell'intreccio di competenze statali e regionali in questo delicato ambito materiale. Ciò al fine di garantire l'effettiva programmabilità e la reale copertura finanziaria dei servizi, la quale - data la natura delle situazioni da tutelare - deve riguardare non solo la quantità ma anche la qualità e la tempistica delle prestazioni costituzionalmente necessarie».

⁶³ La Corte costituzionale, sentenza n. 195/2024, *considerando* in diritto 11, afferma come la mancata previsione dell'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano in caso di mancata definizione del riparto da parte delle Regioni a statuto ordinario, viola il principio di *leale collaborazione*.

Per comprendere appieno quanto sopra, anche qui va effettuata una nota di contesto che si può riassumere nella *condizionalità* interna utilizzata dal legislatore nazionale per coordinare la finanza pubblica⁶⁴.

Nel caso che si sta utilizzando ad esempio di questo più ampio discorso, la *condizionalità* è individuabile nel profilo sanzionatorio previsto per il mancato *spontaneo* concorso alle esigenze della finanza pubblica, con particolare riferimento al mancato trasferimento di risorse al livello regionale, proporzionale al mancato versamento, che la Corte costituzionale ha reso pienamente legittimo.

Il meccanismo, lungi dal minare l'autonomia (anche finanziaria) regionale, agisce sui trasferimenti nazionali⁶⁵, piuttosto che sui tributi propri della Regione, così non contraddicendo l'*essenza* stessa dell'autonomia tributaria regionale. Anche questo punto è risalente, almeno al 2009, se non addirittura alla mancata, completa attuazione, del federalismo fiscale, rimandata con il PNRR, nuovamente, al 2026-2027.

In particolare, la tutela della salute, ai sensi dell'art. 117 Cost., è inserita tra le competenze concorrenti: lo Stato, come noto, ha 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), come confermato dall'art. 120 Cost., secondo il quale «il governo può sostituirsi ad organi delle Regioni (...) quando lo richiedono (...) in particolare la tutela dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali».

Il complesso normativo indubbiamente indica un interesse nazionale nella materia, per evitare che il riconoscimento dell'autonomia regionale possa

⁶⁴ Da ultimo, sia consentito il richiamo a S.Spatola, *Condizionalità finanziaria e indirizzo politico economico: i mezzi come fine coordinatore*, in *federalismi.it*, n. 1/2025, oltre che, quanto più propriamente alla condizionalità come strumento di governo, a A.Baraggia, *La condizionalità come strumento di governo negli Stati compositi. Una comparazione tra Stati Uniti, Canada e Unione Europea*, Torino, 2023. Per quanto più specificamente riguarda i diritti sociali e la tutela della salute in particolare, C.Golino, *I diritti sociali nell'Unione europea alla prova della condizionalità macroeconomica*, in F.Aperio Bella, N.Posteraro, M.A.Sandulli, *Il comitato di ricerca si confronta atti del III ciclo di seminari (2023-2024)*, Napoli, 2025.

⁶⁵ La sentenza n. 195/2014 contiene sul punto l'ennesimo monito al legislatore nazionale relativo alla mancata attuazione del *federalismo fiscale* previsto sin dal 2009. In particolare, nel *considerando* in diritto 7, la Corte costituzionale «rileva (...) la mancata attuazione della previsione di cui all'art. 7 del d.lgs. n. 68 del 2011, che in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 8, comma 1, lettera f), della legge n. 42 del 2009, ha disposto la soppressione e la contemporanea fiscalizzazione dei trasferimenti statali alle regioni a statuto ordinario: la operatività di tale processo, inizialmente fissata dal 2013, è stata, infatti, rinviata di anno in anno e da ultimo posticipata al 2027 o al 2026 secondo il cronoprogramma del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), che prevede il completamento del federalismo fiscale di cui alla legge n. 42 del 2009, come contenuto della Riforma 1.14 (Riforma del quadro fiscale subnazionale), Missione 1, Componente 1».

comportare forme di disuguaglianza⁶⁶, dovute esclusivamente alla residenza anagrafica, «il tutto in uno scenario in cui comunque deve prevalere la funzione di coordinamento finanziario»⁶⁷.

Sorge, dunque, la questione su come si dipani la *matassa* decisoria sul finanziamento della salute in un contesto pluralista come il nostro, nonché, conseguentemente, quale sia la sede di raggiungimento di detta decisione.

Il riparto delle competenze legislative e amministrative tra Stato e Regioni dipende da come si configuri, nell'ambito di questo scenario coordinativo, la clausola della determinazione dei livelli essenziali che, a conferma della loro importanza in materia, nell'ambito dei giudizi in via principale, manifestano «la propria vocazione ad operare quale vizio di competenza»⁶⁸.

⁶⁶ È, in particolare, noto – per il cui punto si veda L.Ronchetti, *Federalismo fiscale: il futuro della riforma e lo stato attuale della giurisprudenza costituzionale*, in *costituzionalismo.it*, n. 1/2009, 6 – come, in un sistema *federalista*, «accanto ai profili dell'autonomia regionale in tema di entrata e di spesa per soddisfare le esigenze delle singole comunità territoriali, si pone l'inderogabile questione della solidarietà nazionale e della uguaglianza tra i cittadini residenti in tutto il territorio nazionale», stante «non solo i [relativi] profili finanziari (...) propri della "perequazione" di competenza esclusiva dello Stato, ma molti principi supremi del nostro ordinamento costituzionale».

⁶⁷ M.Atripaldi, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *federalismi.it*, 2017, 13. L.Antonini, *Un requiem per il federalismo fiscale*, in *federalismi.it*, n. 16/2016, 2, è molto critico sulla situazione, definita «transitoria» dalla Corte costituzionale (sentenza n. 169 del 2017), tanto da affermare che la «perpetrata omissione di un serio esercizio centrale del ruolo di coordinamento della finanza pubblica in Italia» ha, infatti, causato «una larvata destituzione della democrazia locale e (...) un progressivo smantellamento dello stato sociale». Ciò, soprattutto in quanto, «nello sviluppo normativo della legislazione statale degli ultimi anni è evidente un fenomeno di abnorme deresponsabilizzazione dello Stato, che, chiamato ad assumersi la responsabilità di una riduzione dei Lea a seguito del venir meno delle risorse disponibili, ha scelto invece la strada di lasciare, da un lato, invariati i Livelli essenziali delle prestazioni dei diritti sociali (Lea e Lep), o peggio ancora di nemmeno definirli in molte materie come l'assistenza sociale, e dall'altro di perpetrare un sistema di tagli lineari, in ciò venendo meno ad un corretto esercizio di quella funzione di coordinamento della finanza pubblica che è invece richiesto dall'art. 117, III comma». Secondo l'A., dunque, dalla carenza della definizione delle relazioni finanziarie deriverebbe che «il governo centrale si assume il merito e la popolarità di aver ridotto le imposte, mentre sugli enti territoriali scarica la responsabilità (in tutti quei casi in cui non vi sono sprechi commisurati all'entità del taglio subito) di ridurre i servizi sociali o di aumentare la pressione fiscale locale». Sull'interpretazione giurisprudenziale del coordinamento della finanza pubblica, si guardi a L.Cavallini Cadeddu, *Indicazioni giurisprudenziali per il coordinamento dinamico della finanza pubblica*, in *federalismi.it*, n. 1/2011, che rileva come «la Corte non distingue i termini statici, da un lato, e dinamici, dall'altro, ma gran parte delle sue pronunce è dedicata ad aspetti da ricondurre al coordinamento dinamico, anche in virtù della doppia velocità nell'attuazione del titolo V rispettivamente per l'autonomia di entrata e per quella di spesa», tanto che la competenza statale «presenta una trasversalità più ampia, anzi generale nei confronti delle materie di competenza regionale». G.Di Cosimo, *C'erano una volta le materie residuali*, in *forumcostituzionale.it*, 2010.

⁶⁸ E.Pesaresi, *La "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni" e la materia "tutela della salute": la proiezione indivisibile di un concetto unitario di cittadinanza nell'era del*

Il coordinamento finanziario⁶⁹, nell'ambito del quale va inquadrata la questione del finanziamento delle funzioni sanitarie⁷⁰, si esplica sia nella determinazione delle risorse destinate a finalità sociali, sia nella determinazione dei criteri di spesa, esitando un ruolo centrale della legislazione statale circa la quantità e tempistica dei flussi finanziari destinati alle autonomie territoriali⁷¹.

decentramento istituzionale, in *Giurisprudenza Costituzionale*, n. 2/2006, 1733 ss. Anche riguardo ai Lep (Livelli essenziali delle prestazioni) si pone lo stesso problema, essendo un ambito, nel quale «dove massima è l'esigenza di certezza normativa, finanziaria ed economica in ordine alle effettive garanzie offerte dal disegno di regionalizzazione, massima è l'opposta condizione d'incertezza, come ha riferito V.Tondi delle Mura, *Non è Voltaire: le pagine bianche (e quelle grigie) del «Rapporto finale» del Comitato per l'individuazione dei Lep*, in *federalismi.it*, n. 15/2024, p. 206, il quale chiosa, in modo netto, come l'«opera di determinazione dei Lep provoca uno strappo lacerante nel percorso di trasformazione del modello di Stato sociale e regionale; inaugura un percorso nuovo, conflittuale sul piano politico e su quello territoriale, oltretutto elusivo del controllo parlamentare, elettorale e di costituzionalità; ottunde la piena coscienza sociale delle ragioni e delle scelte effettuate; riduce gli utenti delle prestazioni civili e sociali al rango di consumatori dei prodotti commerciali, costretti a confrontarsi con logiche di mercato decise altrove e *all'insaputa* (è proprio il caso di dire!) del circuito democratico».

⁶⁹ A.Brancasi, *La controversa, e soltanto parziale, continuità nella giurisprudenza costituzionale sul coordinamento finanziario»* ([Osservazione a] *Corte cost.*, 17 maggio n. 169), in *giurisprudenza costituzionale*, fasc. 3, 2007, 1652, afferma come «la circoscrizione si tratti di *coordinare* e non di *disciplinare*, seppure con norme di principio» rivela «il carattere finalistico del coordinamento, il fatto cioè che la disposizione di coordinamento non si limita a stabilire una regola ma la funzionalizza al perseguimento di un determinato risultato in modo che l'attività di più soggetti (del coordinato, di altri e dello stesso coordinatore) sia orientata e cospiri verso di esso».

⁷⁰ B.Vitiello, *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni (con riferimenti alla finanziaria 2007)*, in *Le istituzioni del Federalismo*, n. 6/2006, 958.

⁷¹ M.Foglia, *L'approccio standard nell'ambito dell'attuazione del c.d. federalismo*, in *gruppodipisa.it*, 2012, 4, precisa come il patto di convergenza, previsto dalla legge delega 42 del 2009, per «stabilire, per ciascun livello di governo territoriale, il livello programmato dei saldi da rispettare, le modalità di ricorso al debito nonché l'obiettivo programmato della pressione fiscale complessiva, nel rispetto dell'autonomia tributaria delle regioni e degli enti locali», sia adottato in sede di Conferenza unificata, su proposta dell'Esecutivo, in coerenza con gli obiettivi e gli interventi appositamente individuati da parte del Documento di programmazione economico-finanziaria». Si vedano anche A.Carosi, *Prestazioni sociali e vincoli di bilancio*, relazione presentata a *Incontro di studio trilaterale Italia-Spagna-Portogallo*, 7 ottobre 2016, 2016, 19; G.Cosmelli, *Vincoli alla spesa sanitaria regionale e garanzia dei LEA: il punto sull'autonomia legislativa e finanziaria delle regioni speciali alla luce degli ultimi sviluppi della giurisprudenza costituzionale (in margine a Corte cost., sentt. nn. 36 e 51 del 2013)*, in *issirfa.cnr.it*, 2013, 6 ss. focalizza l'attenzione sulla distinzione «tra l'intensità raggiungibile e la portata cingibile dal ruolo coordinativo svolto dallo Stato», pervenendo alle seguenti conclusioni. Quanto al primo profilo, sulla base che «l'attività di coordinamento "di per sé eccede inevitabilmente, in parte, le possibilità di intervento dei livelli territoriali sub-statali"», come confermato dalle sentenze della Corte costituzionale n. 376 del 2003, n. 370 del 2010 e dall'ordinanza della medesima Autorità n. 121 del 2007, sulla quale vedi E.Innocenti, *Il finanziamento della spesa sanitaria nella recente giurisprudenza costituzionale: tra tutela della salute, coordinamento della finanza pubblica e (in) attuazione dell'art. 119 Cost.*, in *Le Regioni*, 2008, 584 e ss., e con la quale «la Corte costituzionale è giunta presto a scorgere nella

Tant'è che la Corte costituzionale ha formulato un orientamento, «squisitamente tecnico»⁷², secondo il quale le «norme statali che fissano limiti alla spesa delle Regioni e degli enti locali possono qualificarsi principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica alla seguente duplice condizione: in primo luogo, che si limitino a porre obiettivi di riequilibrio della medesima, intesi nel senso di un transitorio contenimento complessivo, anche se non generale, della spesa corrente; in secondo luogo, che non prevedano in modo esaustivo strumenti o modalità per il perseguimento dei suddetti obiettivi»⁷³.

La *ratio* consiste nel fatto che «l'autonomia di entrata regionale comprende la determinazione autonoma sui modi di reperimento delle entrate, ma deve

competenza sul coordinamento finanziario una natura "finalistica" tale da consentire il collocamento a livello centrale, oltre che della "determinazione delle norme fondamentali che reggono la materia", altresì dei "poteri puntuali" (*sic*) utili al perseguimento dell'obiettivo atteso». Quanto al profilo dell'«estensione materiale e "orizzontale" della competenza», continua l'A., «la giurisprudenza è costante nell'ammettere in capo al legislatore statale, "per ragioni di coordinamento finanziario connesse ad obiettivi nazionali, condizionati anche dagli obblighi comunitari", il potere di imporre obblighi alle Regioni nelle politiche di bilancio, "anche se questi si traducono, inevitabilmente, in limitazioni indirette all'autonomia di spesa degli enti"». Sul punto, avvertiva E.Jorio, *L'art. 119 della Costituzione e il finanziamento della salute. Contraddizioni e limiti applicativi*, in *Ragiusan*, nn. 289-290/2008, «quello della ripartizione delle competenze legislative in materia tributaria rappresenta, dunque, il problema principale, atteso che coinvolge l'esercizio dell'attività ad ogni livello».

⁷² E.Innocenti, *Il finanziamento della spesa sanitaria nella recente giurisprudenza costituzionale: tra tutela della salute, coordinamento della finanza pubblica e (in) attuazione dell'art. 119 Cost.*, cit., 585.

⁷³ In questo senso, le sentenze n. 120 del 2008, n. 289 del 2008; nn. 139 e 237 del 2009, n. 205 del 2013. Come avverte, infatti, L.Ronchetti, *Federalismo fiscale: il futuro della riforma e lo stato attuale della giurisprudenza costituzionale*, cit., 7-8, «la libertà di spesa implica che i mezzi per esercitare le funzioni di cui si è titolari vengano assegnati in modo che il bilancio dell'ente possa consistere in un momento di scelta, di indirizzo politico delle Regioni», così che «non è consentito allo Stato, in particolare, prevedere in materie di competenza legislativa regionale residuale o concorrente, *nuovi* finanziamenti a destinazione vincolata» e una «esaustività degli obiettivi di contenimento», che causerebbero una privazione della libertà «di individuare le misure necessarie e di allocare le risorse fra i diversi ambiti e obiettivi di spesa». A.Brancasi, *La finanza regionale e locale nella giurisprudenza costituzionale sul nuovo Titolo V della Costituzione*, in *Diritto pubblico*, 2007, 1651, evidenzia come, per esempio nella sentenza n. 169 del 2007, la Consulta abbia considerato principio di coordinamento della finanza pubblica anche la predisposizione di mezzi per il raggiungimento dell'obiettivo prefissato dalla legge statale. Questo è stato possibile perché l'Autorità, riproponendo «il criterio del grado di dettaglio delle disposizioni, abitualmente utilizzato per distinguere quelle ascrivibili ai principi fondamentali e quelle che non possono esserlo», ha affermato, nel caso posto al suo esame, che non trattavasi di «una minuta voce di spesa, bensì un rilevante aggregato della spesa di parte corrente». Questo grado di dettaglio, secondo l'A., dimostra come, nella trasversalità della materia «coordinamento finanziario», «obiettivi e mezzi tendono inevitabilmente a confondersi, cosicché ciascuna misura finisce per atteggiarsi, al contempo, come obiettivo, delle misure più dettagliate che ne costituiscono i mezzi, e come mezzo, essa stessa, delle misure di minor dettaglio che ne costituiscono gli obiettivi».

coordinarsi con le esigenze di pubblico interesse e di redistribuzione a livello nazionale che possono essere perseguite attraverso la determinazione delle modalità di prelievo della ricchezza»⁷⁴.

Dunque, se è vero che «la funzione di coordinamento finanziario prevale su tutte le altre competenze regionali, anche esclusive»⁷⁵, da un lato; dall'altro, la sua incisività non può spingersi a «derogare al riparto di competenze fissate dal Titolo V della Parte II della Costituzione, neppure in situazioni eccezionali», dovendo, in tempi di crisi, «affrontare l'emergenza finanziaria predisponendo rimedi che siano consentiti dall'ordinamento costituzionale»⁷⁶.

Quindi, la legge statale lede le competenze regionali quando ne «comprime l'autonomia (...) imponendo limiti precisi e puntuali» alla spesa⁷⁷. Basterà, al legislatore statale, quando debba imporre vincoli che possano ledere oltremodo l'autonomia regionale, ricorrere all'Accordo in sede di Conferenza

⁷⁴ L.Ronchetti, *Federalismo fiscale: il futuro della riforma e lo stato attuale della giurisprudenza costituzionale*, cit., 10.

⁷⁵ G.Di Cosimo, *C'erano una volta le materie residuali*, in *Forum di Quaderni Costituzionali - forumcostituzionale.it*, 2009, 2, esplicita l'orientamento secondo il quale il «coordinamento sia «più che una materia, una funzione», inaugurato dalla sentenza n. 376 del 2003, che accennò alla «specificità della materia» del coordinamento finanziario, sottolineandone il «carattere finalistico». Continua l'A., poi, che se si connette l'orientamento sopra detto al «settore di operatività, si ottiene che i principi di coordinamento della finanza pubblica tendono a un obiettivo, il quale va realizzato anche nelle materie residuali»; cui appunto, si può, più o meno, dire addio. Infatti, «per effetto dell'assimilazione, il coordinamento finanziario impone l'interesse nazionale in ambito residuale, così come fanno le materie trasversali (e quindi l'interesse nazionale può transitare da entrambi i varchi)». A.Brancasi, *La finanza regionale e locale nella giurisprudenza costituzionale sul nuovo Titolo V della Costituzione*, cit., 1648 ss., mette in rilievo che il coordinamento finanziario non è irragionevole neanche quando impone limitazioni finanziarie alle Regioni «virtuose» e riguarda la spesa di due anni precedenti, anziché dell'anno precedente (sentenza n. 36 del 2004).

⁷⁶ In questo senso, la sentenza n. 151 del 2012. Tra questi strumenti, non vi era, come ricorda L.Ronchetti, *Federalismo fiscale: il futuro della riforma e lo stato attuale della giurisprudenza costituzionale*, cit., 9, quello di prevedere «misure compensative – ora previste comunque dalla legge delega n. 42 del 2009 - in favore delle Regioni che su quel gettito facevano affidamento per finanziare la realizzazione dei propri compiti». Ciò, in quanto «a giudizio della Corte (...) deve escludersi che possa «essere effettuata una atomistica considerazione di isolate disposizioni modificative del tributo, senza considerare nel suo complesso la manovra fiscale entro la quale esse trovano collocazione, ben potendosi verificare che (...) il gettito complessivo destinato alla finanza regionale non subisca riduzioni».

⁷⁷ Corte costituzionale, sentenza n. 88 del 2006, cui sono conformi la n. 390 del 2004, n. 417 e 449 del 2005 e n. 159 del 2008. L.Ronchetti, *Federalismo fiscale: il futuro della riforma e lo stato attuale della giurisprudenza costituzionale*, cit., 7, precisa che, in questo caso, anche qualora l'azione statale non «dovesse determinare una sottrazione delle risorse», «la Regione non avrebbe modo di esprimere un proprio indirizzo ma si limiterebbe a erogare somme la cui destinazione sarebbe già vincolata». Più recentemente, la sentenza n. 65 del 2016 ha chiarito che la Regione deve «dimostrare l'assoluta impossibilità, conseguente all'applicazione delle misure finanziarie (...), di svolgere le funzioni attribuitele dalla Costituzione», e cioè, l'«oggettiva impossibilità di offrire un adeguato livello di servizio rispetto ai bisogni della popolazione».

Stato-Regioni che «valorizza meccanismi di leale collaborazione tra Stato e Regioni», sottraendo, di conseguenza, il testo normativo alle censure di illegittimità costituzionale»⁷⁸. Tant'è che, per quanto specificamente riguarda la legge di bilancio 2024, è proprio su quest'ultimo principio che è stata dichiarata l'illegittimità costituzionale (art. 1, comma 557), nella parte in cui, in caso di mancata definizione del riparto da parte delle Regioni a statuto ordinario, non viene previsto il coinvolgimento della Conferenza permanente Stato-Regioni.

In questo quadro, dal punto di vista più prettamente finanziario, le Regioni e agli enti locali potranno «finanziare integralmente le funzioni pubbliche loro attribuite», ai sensi dell'art. 119, commi 2, 3 e 4), attraverso: tributi propri *derivati* (art. 117, comma 2, lett. e), Cost.); tributi propri (artt. 117, comma 4, e 119, comma 2, Cost.); compartecipazioni al gettito di tributi statali riscossi sul territorio regionale e perequazione senza vincolo di destinazione, cui si aggiungono risorse aggiuntive e interventi speciali e interventi speciali perequativi con vincoli di destinazione.

Sinteticamente, sul versante dell'entrata regionale, la Corte costituzionale ha escluso che un tributo possa definirsi «proprio della Regione»⁷⁹ quando è istituito con legge statale, ancorché il relativo gettito, un potere di variazione dell'aliquota originariamente stabilita⁸⁰, l'attività amministrativa concernente l'accertamento, la riscossione, i rimborsi, il recupero della tassa e l'applicazione delle sanzioni, vengano attribuiti ad essa (sentenza n. 451 del 2007)⁸¹.

L'autonomia impositiva delle Regioni, peraltro, può esplicitarsi nei limiti previsti dalla legge statale, avendo a riferimento il principio della progressività

⁷⁸ Corte costituzionale, sentenza n. 162 del 2007, punto 16.6 del considerando in diritto).

⁷⁹ L. Ronchetti, *Federalismo fiscale: il futuro della riforma e lo stato attuale della giurisprudenza costituzionale*, cit., 12, ricorda come si è in presenza di un tributo proprio quando lo istituiscano le Regioni con propria legge «nel rispetto del coordinamento con il sistema tributario statale» (sentenze nn. 241 e 37 del 2004), senza il quale, dunque, non sarebbe comunque ammissibile, perché, attenendo «agli elementi informativi delle regole che presiedono i rapporti e i collegamenti tra il sistema tributario dello Stato, quello delle Regioni a statuto ordinario e quello degli enti locali e [presupponendo] una legge statale che li fissi espressamente», devono avere «per oggetto la delimitazione delle sfere di competenza legislativa tributaria» (sentenza n. 102 del 2008).

⁸⁰ Determinando l'art. 119 Cost. - L. Ronchetti, *Federalismo fiscale: il futuro della riforma e lo stato attuale della giurisprudenza costituzionale*, cit., 12 - il passaggio dal sistema di finanziamento delle Regioni a statuto ordinario per trasferimenti a carico del bilancio dello Stato a quello che prevede «l'accesso diretto, mediante le c.d. compartecipazioni ad alcuni tributi statali», il modello di finanziamento della finanza regionale risulterebbe «incentrato sul sistema della compartecipazione a quote dei tributi statali e non più su trasferimenti» (sentenza n. 17 del 2004).

⁸¹ L. Ronchetti, *Federalismo fiscale: il futuro della riforma e lo stato attuale della giurisprudenza costituzionale*, cit., 11.

di cui all'art. 53 Cost.⁸² (sentenza n. 2 del 2006), non potendo, invece, modificare le misure sanzionatorie, fissare termini di decorrenza per l'applicazione del nuovo ammontare (sentenze nn. 412 e 413 del 2006), modificare la disciplina dei termini per l'accertamento (sentenze nn. 296, 297 e 311 del 2003) o individuare un soggetto passivo diverso (sentenza n. 442 del 2008)⁸³.

Come si è potuto vedere, dunque, le pronunce riconoscono una discrezionalità abbastanza ampia al legislatore statale⁸⁴, anche a scapito della competenza legislativa residuale delle Regioni, giustificata da «imperiose necessità sociali, indotte anche dalla attuale grave crisi economica nazionale e internazionale», unite alla «perdurante inattuazione dell'art. 119 Cost.»⁸⁵.

In questo contesto, la giurisprudenza costituzionale *salva* la normativa statale «emergenziale»⁸⁶ attraverso la *trasversalità*, sia del coordinamento

⁸² Si veda, sul punto, la sintesi offerta da G. Dal Sasso, *Etica, diritto, economia in sanità*, in *formazione.eu.com*, il quale, oltre agli spunti su cui incardinare il ragionamento sui diritti sociali in generale, sul dovere di solidarietà economica «e cioè sul dovere di *pagare le tasse*», enuncia «tre *semplici considerazioni*: la prima riguarda l'obbligo per tutti di pagare le tasse, che però diventa di fatto incentivo all'evasione fiscale, quando a livello legislativo si approvano periodici condoni fiscali, pessimi sotto il profilo civico e quasi nulli sotto quello finanziario; la seconda riguarda l'obbligo dell'equità e della progressività fiscale, che, in generale, sembra trovare attuazione con provvedimenti, da una parte iniqui, e, dall'altra, progressivi sì, ma in senso contrario, cioè nel far pagare di più chi ha meno, con ben protetti paradisi fiscali, nazionali e internazionali; la terza riguarda la scandalosa tendenza a sprecare le risorse finanziarie anche in sanità!».

⁸³ L. Ronchetti, *Federalismo fiscale: il futuro della riforma e lo stato attuale della giurisprudenza costituzionale*, cit., 11.

⁸⁴ G. Cosmelli, *Vincoli alla spesa sanitaria regionale e garanzia dei LEA: il punto sull'autonomia legislativa e finanziaria delle regioni speciali alla luce degli ultimi sviluppi della giurisprudenza costituzionale (in margine a Corte cost., sentt. nn. 36 e 51 del 2013)*, cit., 10, evidenzia come la Corte costituzionale ha avuto modo «di ribadire che il fine di prevenire fenomeni di disavanzo va perseguito bilanciando, allo stesso tempo, “l'equilibrio della finanza pubblica e l'uguaglianza di tutti i cittadini nel godimento dei diritti fondamentali” e, pertanto, poiché “il diritto alla salute spetta ugualmente a tutti i cittadini e va salvaguardato sull'intero territorio nazionale”, la parte di spesa pubblica che lo riguarda “si presta ad essere tendenzialmente manovrata, in qualche misura, dallo Stato”» (L.A. si riferisce espressamente alla sentenza della Corte costituzionale n. 94 del 2009).

⁸⁵ In questo senso, la sentenza n. 121 del 2010, che riprende quanto statuito nella sentenza n. 10 del 2010. Si vedano anche le sentenze n. 36 del 2005 e n. 381 del 2004, sulle quali vedi B. Vitiello, *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-Regioni (con riferimenti alla finanziaria 2007)*, cit., 971 ss., il quale, ricorda, in relazione a quest'ultima, come la Consulta abbia evidenziato che la misura limitativa dell'autonomia regionale «risulta giustificabile, sul piano della legittimità costituzionale, in base alla considerazione che essa si traduce in una 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 art. 119 Cost., nonché di una manovra che investe la struttura di un tributo indubabilmente statale, quale è l'Irpef».

⁸⁶ E. Innocenti, *Il finanziamento della spesa sanitaria nella recente giurisprudenza costituzionale: tra tutela della salute, coordinamento della finanza pubblica e (in) attuazione*

finanziario, che dei livelli essenziali delle prestazioni, consentendo allo Stato di incidere su tutte le materie inerenti la tutela della salute, ivi comprese quelle riservate alla legislazione regionale (così, a partire dalla sentenza n. 282 del 2002⁸⁷).

Si tratterebbe, infatti, di situazioni in cui sorge l'esigenza «di disciplinare in maniera unitaria, fenomeni sociali complessi, rispetto ai quali si delinea una "fitta trama di relazioni nella quale ben difficilmente sarà possibile isolare un singolo interesse", quanto piuttosto interessi distinti "che ben possono ripartirsi diversamente lungo l'asse delle competenze normative di Stato e Regione" (sentenza n. 278 del 2010), corrispondenti alle diverse materie coinvolte» (considerando in diritto, punto 3).

Ma, le Regioni non sono bandite dalla decisione politica. Se non è possibile determinare la titolarità della competenza per prevalenza di una materia su un'altra, la Corte impone al legislatore statale, in forza del principio di leale collaborazione, di «predisporre adeguati strumenti di coinvolgimento delle Regioni», a difesa delle loro competenze. L'obiettivo, come si può immaginare, è di contemperare le ragioni dell'esercizio unitario delle stesse con la garanzia delle funzioni costituzionalmente attribuite alle autonomie (sentenza n. 65 del 2016, n. 88 del 2014 e n. 139 del 2012).

La sede della leale collaborazione, come si sa, è quella dell'Intesa (sentenze n. 21 e n. 1 del 2016), da raggiungersi in sede di Conferenza Stato-Regioni,

dell'art. 119 Cost., cit., 591, che rileva «una sorta di paradosso: la ricostruzione della disciplina via via considerata in termini di *continuità* delle disposizioni impugnate con accordi e provvedimenti precedenti e il riferimento alla natura transitoria, o meglio *temporanea*, dei provvedimenti limitativi della autonomia regionale, finalizzata a obiettivi prioritari di contenimento della spesa, fondano la legittimità dell'azione statale, in una sorta di perpetuazione della transitorietà».

⁸⁷ In particolare, la Consulta specifica testualmente che «quanto (...) ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, 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 garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle» (punto 3, cpv. 4, del *considerando in diritto*) e che « 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, terzo comma, della Costituzione, costituisce oggetto della potestà legislativa concorrente delle Regioni, la quale si esplica nel rispetto della competenza riservata allo Stato per la "determinazione dei principi fondamentali" (punto 4 del *considerando in diritto*). Si veda, sulla detta sentenza, il commento di C.E.Gallo, *La potestà legislativa regionale concorrente, i diritti fondamentali ed i limiti alla discrezionalità del legislatore davanti alla Corte costituzionale*, in *Foro amministrativo del Consiglio di Stato*, n. 11/2002, 2791 ss.; quello di M. Luciani, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m della Costituzione)*, in *Politica del diritto*, n. 3/2002, 355 ss.; quello di D. Morana, *La tutela della salute, tra libertà e prestazioni, dopo la riforma del titolo V. A proposito della sentenza 282/2002 della Corte costituzionale*, in *Giurisprudenza costituzionale*, n. 3/2002, 2034 ss.

considerato, appunto, dalla Consulta «il principale strumento che consente alle Regioni di avere un ruolo nella determinazione del contenuto di taluni atti legislativi statali che incidono su materie di competenza regionale».

Da quanto sopra, si può trarre la seguente, parziale, conclusione: l'individuazione dei Livelli essenziali e la fissazione degli *standard* qualitativi e quantitativi delle prestazioni sanitarie⁸⁸ - non potendo essere, per il detto principio della leale collaborazione, determinate «unilateralmente dallo Stato, ma in maniera collaborativa con le Regioni»⁸⁹ - sono dotate «di una funzione di unificazione nell'ambito del sistema istituzionale *multilevel*»⁹⁰ e, si potrebbe dire di *potere sussuntivo* tra i bisogni della popolazione e la configurazione della finanza pubblica genericamente intesa.

Ciò, infatti, dipende dalla idoneità dei Livelli essenziali di assistenza di «innestarsi in un contesto che veda il prevalere dell'elemento "unitario" e, per l'appunto, "centralisticamente determinato" (specie con riguardo alle politiche di spesa), trattandosi di una delle "vie di finanziamento" (rimaste) attraverso cui "convogliare" trasferimenti a destinazione vincolata (nell'ambito, s'intende, della "cornice" "di legittimità" tracciata dalla Consulta)»⁹¹.

Ne è esempio chiaro la sentenza n. 169 del 2017, la quale, come è stato ricordato, proseguendo nella sensibilità di cui alla sentenza n. 154 del 2017⁹² - ha affermato⁹³ espressamente come «a) le spese per i LEA devono essere

⁸⁸ Si vedano, in particolare, le sentenze n. 407 del 2002, n. 88 del 2003, n. 134 del 2006.

⁸⁹ M. Atripaldi, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, cit., 14.

⁹⁰ E. Pesaresi, *La "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni" e la materia "tutela della salute": la proiezione indivisibile di un concetto unitario di cittadinanza nell'era del decentramento istituzionale*, cit., 1734, la quale aggiunge come la clausola dei livelli essenziali è «atta ad involgere la pluralità delle situazioni giuridiche soggettive che costituiscono il fascio dei diritti del moderno concetto di cittadinanza». In particolare, M. Cocconi, *La tutela del diritto alla salute nella crisi dello stato sociale. Problemi e prospettive*, in *Sanità pubblica*, 1995, 1173, ricorda come «l'appartenenza anche dei diritti sociali alla cittadinanza è stata fatta discendere in primo luogo dal fatto che la loro soddisfazione costituisce una condizione essenziale per l'esercizio dei diritti di libertà. Il loro esercizio rappresenta, in tale prospettiva, non solo uno strumento per assicurare ad ogni individuo le stesse opportunità di vita ma anche una condizione dell'adempimento dei suoi doveri verso la collettività».

⁹¹ L. Trucco, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, in *gruppodipisa.it*, 2012, 44.

⁹² Con la quale è stato rinnovato il monito di cui alla sentenza n. 273 del 2013 e secondo cui «è necessario rinnovare l'invito al legislatore ad evitare iniziative le quali, anziché «ridefinire e rinnovare complessivamente, secondo le ordinarie scansioni temporali dei cicli di bilancio, il quadro delle relazioni finanziarie tra lo Stato, le Regioni e gli enti locali, alla luce di mutamenti sopravvenuti nella situazione economica del Paese», si limitino ad estendere, di volta in volta, l'ambito temporale di precedenti manovre, sottraendo di fatto al confronto parlamentare la valutazione degli effetti complessivi di queste ultime».

⁹³ La Corte è stata «costretta» a specificare le modalità di dialogo tra Stato e Regioni a causa del fatto che «in ordine alla puntuale attuazione del regime dei costi e dei fabbisogni standard sanitari che avrebbe dovuto assicurare la precisa delimitazione finanziaria dei LEA rispetto alle altre spese sanitarie, si è verificata - dopo l'entrata in vigore del d.lgs. n. 68 del 2011 - una lunga fase di transizione, ancora oggi in atto, attraverso l'applicazione, d'intesa con le Regioni,

quantificate attraverso l'"associazione" tra i costi standard e gli stessi livelli stabiliti dal legislatore statale in modo da determinare, su scala nazionale e regionale, i fabbisogni standard costituzionalmente vincolati ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost.; b) tali fabbisogni devono essere individuati dallo Stato attraverso la "piena collaborazione" con gli enti territoriali; c) l'erogazione delle prestazioni deve essere caratterizzata da efficienza ed appropriatezza su tutto il territorio nazionale».

Naturalmente, tutto quanto sopra, «"a bocchie ferme" presuppone che alla "fissazione" di *an*, *quomodo* e *quantum* delle risorse faccia seguito il loro effettivo trasferimento dal livello statale ai livelli inferiori di governo, se non a pena di un rischio di *black out* dell'intero sistema ordinamentale»⁹⁴.

Da tutto quanto sopra, deve risponderci affermativamente circa l'esistenza, o meno, di un «neo-centralismo» finanziario dello Stato sulle Regioni, giustificato dalla Consulta con «l'esistenza di una situazione di difficoltà [seppur transitoria] che non consente tuttora l'integrale applicazione degli strumenti di finanziamento delle funzioni regionali previste dall'art. 119 Cost.»⁹⁵.

4. La differenza qualitativa delle spese: trasparenza in cambio di permanenza nel bilancio regionale

Posto quanto sopra, dunque, la limitazione della *discrezionalità* politico-finanziaria dell'ente regionale, agisce sui diritti costituzionalmente protetti, ed è lasciata esplicitarsi su quei capitoli del bilancio regionale che non garantiscano adeguata *trasparenza previsionale*. Questi capitoli, con particolare riferimento alla c.d. *spesa indistinta*, segnano esattamente il perimetro di *autonomia* regionale, in quanto, sempre in un contesto di scarsità delle risorse, rappresentano quegli ambiti che lasciano intatte le somme necessarie alla tutela dei *diritti sociali* e alla *tutela della salute*.

Il meccanismo, rilevato dalla Corte costituzionale, con la sentenza n. 195/2024, prevede che il riparto tra le Regioni a statuto ordinario del concorso totale alla finanza pubblica, necessitato dal contenimento del debito delle Pubbliche Amministrazioni, sia effettuato, ai sensi dell'art. 1, comma 527, della legge di bilancio 2024 (l. 213/2023), «al netto delle spese relative alla missione

di criteri convenzionali di riparto. Ciò in attesa di acquisire dati analitici idonei a determinare costi e fabbisogni in modo conforme al richiamato art. 8, comma 1, della legge n. 42 del 2009» (considerando in diritto, punto 9.3.1.).

⁹⁴ L.Trucchi, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, cit., 44.

⁹⁵ L.Ronchetti, *Federalismo fiscale: il futuro della riforma e lo stato attuale della giurisprudenza costituzionale*, cit., 9, spiega come «il "doveroso" intervento di attuazione del legislatore statale, più volte invocato dalla Corte costituzionale, avrebbe (...) dovuto riguardare in particolare l'autonomia di entrata: «determinare le grandi linee dell'intero sistema tributario» definendo «gli spazi e i limiti entro i quali potrà esplicitarsi la potestà impositiva, rispettivamente dello Stato, Regioni ed enti locali» (sent. n. 37 del 2004)».

12, Diritti sociali, politiche sociali e famiglia, e alla missione 13, Tutela della salute» previste dal PNRR, tanto da riconoscere a questi ultimi ambiti una *preferenza qualitativa*⁹⁶.

Questa stessa preferenza, sempre nell'ambito della sentenza 195/2024, posta ad esempio delle dinamiche attuali del coordinamento finanziario centro-periferia, ha reso illegittimo il comma 557 della legge di bilancio di cui sopra, nella parte in cui non esclude espressamente questi ambiti dal concorso delle Regioni.

La stessa Consulta definisce una *novità* detto meccanismo, evidentemente denotando una sensibilità del legislatore in materie ove, come è stato detto, vige il principio della *spesa costituzionalmente necessaria*⁹⁷.

Così, è facile immaginare che quello su cui lo Stato può ancora agire, per far concorrere gli enti regionali all'abbattimento dell'indebitamento netto delle Pubbliche Amministrazioni, siano le c.d. *spese indistinte*, cioè quelle voci di spesa che non sono direttamente legate a uno specifico servizio o a un'area prioritarie e, dunque, appunto, non *costituzionalmente necessarie*. Sono, di fatto, quelle spese che si riferiscono al funzionamento generale dell'ente ovvero quelle su cui esso abbia un certo margine di *discrezionalità* in corso d'esercizio.

Viene, pertanto, affermato che le Regioni a statuto ordinario *debbano* concorrere - senza se e senza ma - per i vincoli eurounitari cui è impegnata la Repubblica, al miglioramento della situazione economico-finanziaria nazionale, prodromica a garantire la sostenibilità agli occhi di coloro (mercato finanziario) che potranno ri-finanziare il debito pubblico, acquistando *bonds* sovrani.

È ovvio che, tra le spese indistinte, si celi, almeno in teoria, la spesa *improduttiva*, e cioè quella che spreca denaro pubblico per obiettivi che non riguardino l'interesse pubblico.

Così, la Corte costituzionale, posto il vincolo al miglioramento delle finanze pubbliche, consente al centro di richiedere, a carico dei capitoli di spesa *indistinta*, un contributo annuale (seppur con previsione di un termine) per migliorare la percezione della stabilità del Paese⁹⁸.

Il che vuol significare che la *trasparenza*, come principio in grado di rendere evidenti gli stanziamenti degli enti regionali viene elevata a principio cardine

⁹⁶ Considerando in diritto 4.1. della sentenza n. 195/2024 della Corte costituzionale.

⁹⁷ Nel *considerando* 4.1. di C.Cost. sentenza 195/2024, si legge, infatti che «tale norma si pone in linea con la giurisprudenza di questa Corte che, in reazione ad una prassi legislativa troppo incline a effettuare pesanti «tagli lineari» (...) anche sulla sanità (...), ha introdotto (...) la nozione di «spesa costituzionalmente necessaria» (...), funzionale a evidenziare che, in un contesto di risorse scarse, per fare fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli euro unitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte».

⁹⁸ Su cui, recentemente, G.Lo Schiavo, *La stabilità finanziaria quale nuovo obiettivo fondante e sovranazionale del diritto e delle politiche dell'Unione europea*, in *DPCE Online*, 2019/2, 189 ss.

per impedire spoliazioni da parte dello Stato. A questo principio si accompagnano i corollari delle istruttorie, sia per lo Stato che deve rendere conto del fatto (*motivare*) che i prelievi presso gli enti sub-statali siano giustificati, ovvero proporzionali alle esigenze di contenimento dell'indebitamento pubblico generale; sia per le Regioni e le Province autonome, che devono rendere conto del fatto che le risorse vadano impiegate per spese necessarie alla salvaguardia e alla tutela dei diritti dei cittadini.

In questo senso, la Regione, per fare dichiarare l'illegittimità costituzionale di una norma che preveda un prelievo del centro (ritenuto illegittimo, si intende) dovrà dimostrare, in senso processuale, che quei tagli minimo effettivamente la concreta erogazione delle prestazioni ai cittadini. Senza una specifica delimitazione delle somme destinate concretamente ai diritti, non vi potrà essere illegittimità costituzionale e tutte le spese ultronee potranno servire allo scopo di uscire dall'*empasse* dell'alto debito pubblico che, come ha rilevato il primo Documento Strutturale di Bilancio a medio termine del 2024, costituisce un problema, unitamente all'alto interesse sul debito che corrisponde, più o meno, all'intera spesa per il diritto all'istruzione⁹⁹.

Insomma, la novità della pronuncia è il ribadire che le spese indistinte, che corrispondono a discrezionalità politica, devono essere sacrificate nell'ottica della sostenibilità dei diritti sociali, a loro volta garantiti dalla stabilità dei conti pubblici, da cui deriva l'abbassamento dell'indebitamento e del suo costo, gli interessi. Dall'abbassamento di questi ultimi, poi, deriva un accrescimento della discrezionalità politica (meno interessi, più spazio per le manovre di bilancio), come la *migliore* teoria *mainstream* insegna.

Dunque, ancora, niente indirizzo politico fino alla ritrovata sostenibilità economico-finanziaria.

Il senso di tutto ciò è chiaro: nella storia evolutiva del finanziamento delle politiche pubbliche, gli enti locali si sono dimostrati la sede naturale dello *sperpero*.

Questa *macchia* continua ad aleggiare nella politica nazionale, favorendo un *neocentralismo* della gestione delle risorse, in una situazione dove la riforma del Titolo V vige ormai dal 2001 e attende ancora di essere attuata.

Sarebbe da approfondire, a questo punto, il tema di come la norma positiva possa essere tranquillamente *gabbata* dalle circostanze socioeconomiche

⁹⁹ Il Piano italiano è stato deliberato dal Consiglio dei ministri il 27 settembre 2024, è disponibile *online* e prevede (pp. ix-x) che «la sfida più grande per il Paese è rappresentata dall'elevato stock di debito pubblico e del relativo onere per interessi. Essi hanno spiazzato ogni margine per disegnare politiche pubbliche di sostegno alla crescita negli ultimi decenni (...). Il Piano muove da un'idea di economia sociale di mercato dinamica e aperta. L'attore pubblico è chiamato a definire una cornice di regole e di linee di intervento capaci di promuovere e rafforzare le energie imprenditoriali e le forze di mercato, quali motivi chiave della crescita economica, a vantaggio del lavoro e dello sviluppo complessivo delle nostre società».

ovvero da fatti (*normativi?*) di *crisi* ed *emergenza*, che sembrano non abbandonare l'Italia da almeno 50 anni.

Polemicamente, potrebbe dirsi che, o esse persistono, o si fanno persistere per ovviare al tema nascosto dell'influenza del mercato e delle sue logiche nella sovranità *sociale* dello Stato.

5. La centralizzazione finanziaria e la differenza tra 'disavanzo' e 'dissesto'

La determinazione del finanziamento del sistema sanitario italiano, è, dunque, scelta politica discrezionale¹⁰⁰, seppur ristretta, da un lato, da ciò che costituisce *nucleo incompressibile* del diritto alla tutela della salute e, dall'altro, *da ciò che è giusto prevedere*, e cioè, i Livelli essenziali di assistenza¹⁰¹, che non dipendono dalla sola disponibilità finanziaria, bensì, anche, dal bisogno sanitario della popolazione, in relazione al progresso scientifico¹⁰².

In relazione a questi ultimi, peraltro, c'è da porre il problema del rapporto tra la loro erogazione (di competenza regionale) e le disponibilità finanziarie determinate *esogenamente*¹⁰³ dallo Stato, che prevarranno, inevitabilmente, su detta erogazione. E ciò non tanto perché i *mezzi* prevarranno sulla concreta delineazione delle prestazioni, quanto perché far prevalere le erogazioni significherebbe rientrare in un regime di *spesa storica*, che eroderebbe la *discrezionalità* politica (statale e/o regionale) in quota ancora maggiore.

Quindi, i Lea sono determinati dal Governo; il finanziamento è determinato dal Governo e le Regioni devono destreggiarsi tra questi due elementi, pena le

¹⁰⁰ G.Crisafi, *Fabbisogni e costi standard, un'occasione perduta*, in *rivistaaic.it*, n. 3/2016, 10, secondo la quale «la determinazione del *quantum* (...) si manifesta a monte, come presupposto della decisione di politica finanziaria, e a valle per ogni singolo settore, come ammontare complessivo predeterminato». G. Pisauro, *ibidem*, 2010, in *nens.it*, p. 2, ricorda, in particolare, come il livello del finanziamento complessivo costituisca «“il valore di risorse destinabile al finanziamento del Servizio sanitario nazionale che il Paese è nella condizione di assicurare (...) per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza” (Decreto, premesse)».

¹⁰¹ Corte costituzionale, sentenza n. 169 del 2017, afferma che una volta «correttamente individuati» («ferma restando la discrezionalità») i livelli essenziali di assistenza, «non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica. In tale ipotesi verrebbero in essere situazioni prive di tutela in tutti i casi di mancata erogazione di prestazioni indefettibili in quanto l'effettività del diritto ad ottenerle «non può che derivare dalla certezza delle disponibilità finanziarie per il soddisfacimento del medesimo diritto» (sentenza n. 275 del 2016)» (considerando in diritto, punto 9.3.2.).

¹⁰² E.Cavasino, *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”*, in *Gruppo di Pisa*, che definisce *monolitica* «la tesi che il diritto alla salute sia un diritto costituzionale condizionato dal limite economico-finanziario, dal limite tecnico-scientifico e dal limite organizzativo».

¹⁰³ G. Crisafi, *Fabbisogni e costi standard, un'occasione perduta*, cit., 11; da ult., sia consentito rimandare a S.Spatola, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in *Corti Supreme e salute*, n. 3/2023, pp. 716 ss.

sanzioni stabilite per la mancata erogazione dei Lea di cui sopra. Inoltre, come insegna la recente giurisprudenza costituzionale (sentenze nn. 195/2024 e 45/2025), le Regioni, che *debbano* erogare i trattamenti sanitari, sono tenute, a disegnare il concreto fabbisogno sanitario della popolazione, in modo tale da non necessitare di attingere ai capitoli di *spesa indistinta*, che, come è stato rilevato, è la prima ad essere sacrificata sull'altare dell'abbassamento dell'indebitamento netto delle pubbliche amministrazioni.

Il sistema appena descritto ha preoccupato la Corte costituzionale - apparendo «uno strumento indiretto ma pervasivo di ingerenza dello Stato nell'esercizio delle funzioni degli enti locali, e di sovrapposizione di politiche e di indirizzi governati centralmente a quelli legittimamente decisi dalle Regioni negli ambiti materiali di propria competenza»¹⁰⁴ - tanto da spingere l'Autorità ad auspicare la concretizzazione di «quanto previsto nel nuovo Titolo V della Costituzione, poiché altrimenti si verrebbe a contraddire il diverso riparto di competenze configurato dalle nuove disposizioni»¹⁰⁵.

Gli elementi che calmierano quanto sopra, introdotti per placare il *centralismo* (solo formalmente abbandonato con la riforma federalista), sono la trattativa in seno alla Conferenza Stato-regioni e gli spazi percentuali di manovra che ogni Regione può applicare per garantire nel proprio territorio le prestazioni sanitarie da assicurarsi ai cittadini.

Testimonianza del dinamismo delle trattative è stata la determinazione dei Nuovi Livelli Essenziali di Assistenza e l'immediata replica delle regioni circa la scarsità delle risorse per farvi fronte¹⁰⁶. Tanto che, come noto, essi sono stati resi operativi soltanto a partire da gennaio 2024.

¹⁰⁴ Corte costituzionale, sentenza n. 16 del 2004, cui aderisce la n. 423 del 2004

¹⁰⁵ Corte costituzionale, sentenza n. 16 del 2004 e, in senso analogo, le sentenze nn. 37 del 2004, n. 222 del 2005, n. 98 del 2007 e n. 10 del 2010. Monito che è stato ricordato e ribadito nelle ultime sentenze, la n. 195/2024 e la n. 45/2025.

¹⁰⁶ C. Fassari, *Nuovi Lea. Quanto costano veramente?*, in *Quotidiano sanità*, 8 luglio 2016, afferma che, a differenza della stima del Ministero della Salute che stima in 771 milioni di euro l'impatto complessivo dei Lea sulla finanza pubblica, esso sia ammontante a circa 3 miliardi di euro, così come, peraltro, paventato dalla nota di lettura del Servizio di bilancio del Senato sulla relazione tecnica a corredo del Dpcm sui Nuovi Lea [Servizio del bilancio (2016). Nota di lettura, «Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (Lea) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Atto di Governo n. 358)», Nota di lettura n. 156, dicembre 2016, Senato della Repubblica, XVII legislatura]. In particolare, con l'approvazione del decreto del Ministero della Salute da parte della Conferenza Stato-Regioni del 19 aprile scorso, sono state aggiornate le tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, che sono entrate in vigore il 1° gennaio 2024, e quelle relative all'assistenza protesica, che sono entrate in vigore l'1 aprile 2024. L'aggiornamento delle tariffe era, infatti, condizione, per l'entrata in vigore del Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502», che include i nuovi nomenclatori di quelle prestazioni. Il trascorrere di questi lunghi anni è dipeso, come ai tempi venne già

Il *contraddittorio* in sede di Conferenza Stato-Regioni è reso indispensabile dalle seguenti circostanze.

Dalle norme sopra riportate, si evince come debbano essere le Regioni a garantire l'erogazione delle prestazioni (quanto meno nei livelli essenziali stabiliti dallo Stato) con risorse proprie. Se non vi riuscissero (in ragione dell'essenzialità del servizio, nonché a garanzia del diritto degli utenti a fruirne), sarebbero previsti adeguati meccanismi perequativi statali tali da consentire il superamento di eventuali difficoltà finanziarie¹⁰⁷ della singola Regione. Dunque, «la fissazione di uno specifico livello deve essere necessariamente corredata della previsione di adeguate risorse finanziarie statali per il caso, comunque eccezionale, in cui le Regioni non fossero in grado di garantirlo con le proprie»¹⁰⁸.

Superare l'*empasse*, aggravata dal deficit strutturale di anni (per non dire decenni) - che non consente, tra l'altro, alle Regioni di garantire neanche i livelli essenziali di assistenza - richiede, in sede di Conferenza Stato-Regioni, il raggiungimento di accordi che prevedano finanziamenti stabiliti, in via unilaterale nella legge di bilancio, dallo Stato, che, così, riacquista un ruolo *centralista*.

rilevato, dalle esigenze finanziarie che questo aggiornamento avrebbe sollecitato. Infatti, nonostante la nuova determinazione dei Lea avrebbe consentito il mantenimento di un elevato grado di tutela della salute e accesso alle cure - con la contestuale eliminazione di tutte quelle prestazioni sanitarie che devono, per l'avanzare del progresso tecnologico, essere considerate obsolete -, le fonti finanziarie necessarie alla realizzazione dei nuovi Livelli Essenziali di Assistenza furono calcolate, dal Servizio di Bilancio in 800 milioni annui, a valere sulla quota indistinta del fabbisogno sanitario standard nazionale, per la prima revisione. Così, facendo affermare ad alcuni economisti come «con una mano si offrono 771,88 milioni per finanziare, sulla carta, più prestazioni, con l'altra mano si tolgono le risorse già programmate, ben più alte» [G.Rodriquez, *Nuovi Lea. Sulla loro sostenibilità avanza dubbi anche il Servizio Bilancio del Senato*, 23 dicembre 2016, in *quotidianosanità.it*].

¹⁰⁷ G. Bonerba, *Tutela dei diritti sociali e contenimento della spesa negli Stati regionali: le esperienze italiana e spagnola a confronto*, in *gruppodipisa.it*, 2018, 7,

¹⁰⁸ G. Bonerba, *Tutela dei diritti sociali e contenimento della spesa negli Stati regionali: le esperienze italiana e spagnola a confronto*, cit., 7, disponibile in *gruppodipisa.it*, secondo cui dette difficoltà derivano dall'obbligo per queste di finanziare le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza, reperendo le relative risorse, destinandole a tale finalità e, al contempo, adeguandosi agli stringenti vincoli di finanza pubblica, dipendenti anche dagli obiettivi finanziari stabiliti in sede europea.

In particolare, le Regioni godono di autonomia finanziaria, sia di entrata¹⁰⁹ (acquisizione delle risorse) che di spesa¹¹⁰ (destinazione delle risorse) ex art. 119, comma 1, Cost..

Il coordinamento della finanza pubblica, però, non fa coincidere il concetto di autonomia con quello di libertà (sentenza n. 37 del 2004 della Corte costituzionale), tanto da dare vita a numerosi contenziosi costituzionali, che hanno condotto a rilevanti pronunce della Corte in materia di impiego dell'avanzo di amministrazione e di gestione del fondo pluriennale vincolato (sentenze n. 247 del 2017 e n. 101 del 2018), nonché a proposito della costituzione del fondo per la garanzia dei livelli essenziali (sentenza n. 235 del 2017).

Le ultime due pronunce sul tema confermano quanto sopra. Infatti, il *coordinamento della finanza pubblica* diviene sempre più pervasivo stante la sempre maggiore *restrizione* del senso di norma di *dettaglio*, perché è il *finalismo* «insisto [nelle norme anche puntuali] che porta ad escludere che possa invocarsi il ricorrere di una norma di dettaglio, qualora queste risultino legate da un evidente rapporto di coesenzialità e di necessaria integrazione ai medesimi principi di coordinamento»¹¹¹.

Ciò, conferma la giurisprudenza secondo la quale è lo Stato il *custode della finanza pubblica allargata* per via degli obblighi eurounitari che impegnano, appunto, l'intera Repubblica.

La situazione sopra delineata, trovandosi le Regioni a dover coprire un disavanzo creatosi per anni, richiede, tramite Intese in sede di Conferenza Stato-regioni, accordi per prevedere finanziamenti stabiliti in via unilaterale dallo Stato nella legge di bilancio, circostanza che spiega il *neocentralismo della finanza sanitaria*. D'altro canto, la sede negoziale, se individua i finanziamenti da destinarsi alle prestazioni sanitarie erogate da ciascun Servizio Sanitario Regionale, ospita anche la mediazione circa la contribuzione delle Regioni all'abbattimento dell'indebitamento netto delle pubbliche

¹⁰⁹ Le Regioni, in questo momento, hanno a disposizione per reperire le risorse necessarie ad ottemperare: compartecipazioni dirette al gettito di alcuni tributi statali, tra cui l'Iva; addizionali all'Irpef e altri tributi propri derivati, primo fra i quali l'Irap, istituiti dalla legge statale e parzialmente manovrabili dalle Regioni nelle aliquote e nelle esenzioni, deduzioni e detrazioni; ulteriori tributi propri, che possono essere istituiti dalle Regioni su fatti imponibili diversi da quelli oggetto di tributi statali.

¹¹⁰ Le Regioni, nel tempo, anche ad opera della giurisprudenza costituzionale, hanno una serie di vincoli e limiti alla spesa per ragioni di coordinamento della finanza pubblica: l'adozione del patto di stabilità interno (Si vedano in particolare le sentenze n. 36 del 2004, n. 417 del 2005, n. 162 del 2007, nn. 237 e 284 del 2009, nn. 139 e 217 del 2012, n. 236 del 2013, nn. 22 e 44 del 2014); l'imposizione di vincoli alla spesa per il personale (ad esempio, le ulteriori pronunce nn. 179 e 333 del 2010, nn. 69 e 108 del 2011, n. 217 del 2012, nn. 287 e 289 del 2013, n. 181 del 2014, nn. 32 e 73 del 2017); i piani di rientro dai disavanzi eccessivi nel settore sanitario (tra tutte, la sentenza n. 104 del 2003).

¹¹¹ C.Cost, sentenza n. 195/2024, *considerando* in diritto 4.1.1.

amministrazioni, a valersi, appunto, non tanto sulle risorse proprie degli enti locali – il che equivarrebbe a *minare* i principi cardine del federalismo fiscale – quanto sulla finanza da trasferimento del centro, sicché «la compressione della spesa regionale conseguente all’adempimento spontaneo all’obbligo di versamento del contributo è alternativa ed equivalente a quella derivante dalla decurtazione dei trasferimenti statali al bilancio regionale per l’ipotesi del mancato versamento»¹¹².

La sentenza da cui trae spunto il presente contributo presenta, dunque, almeno due novità: da un lato, chiarisce che la nuova modalità inaugurata con la legge di bilancio 2024 (concorso cumulativo degli enti sub-statali alla finanza pubblica, da ripartirsi in sede di Conferenza Stato-Regioni) non costituisce violazione al *coordinamento della finanza pubblica* e, dall’altro, come di seguito specificato, fin quando la Regione non presenti un verso e proprio stato di *dissesto* dovrà sostenere tutte le misure finanziarie di concorso cui il centro la sottoporrà (e ciò, nonostante si cumulino con le precedenti).

La situazione di *dissesto* e quella di *disavanzo* rappresentano, infatti, due diversi gradi di patologia finanziaria perché la prima comporta una totale carenza di autonomia della Regione che «non può garantire l’assolvimento delle funzioni e dei servizi indispensabili, ovvero che non può far fronte ai crediti vantati dai terzi con le ordinarie modalità di risanamento del bilancio»¹¹³. Omogenea a questa situazione è quella del *riequilibrio finanziario pluriennale*, che evidenzia un complesso di problematiche *strutturali* del bilancio dell’ente, tali da poterlo fare scivolare in dissesto.

D’altronde, come si è avuto modo di accennare, il *disavanzo* è una situazione dalla quale la Regione o la Provincia autonoma, attraverso la lotta agli sprechi e alle *spese non costituzionalmente necessarie*, può uscire, senza essere sull’orlo di un dissesto. Insomma, trattasi di situazione nella quale mantiene un certo grado di autonomia politico-finanziaria in un momento storico (a dire il vero parecchio lungo) nel quale tutta la pubblica amministrazione, ai sensi dell’art. 97 Cost., deve concorrere a contenere l’indebitamento della Repubblica, in virtù degli obblighi eurounitari.

6. Conclusioni: ri-scoprire il principio dell’adeguatezza delle risorse alle funzioni e la necessaria tutela finanziaria dei diritti. La sfiducia nelle capacità determinative degli enti regionali: ritrovare fiducia o spogliare di discrezionalità?

Se, dunque, la determinazione del *budget* della sanità è frutto di scelta politica, che deve necessariamente conformarsi ai vincoli della *governance* economica europea¹¹⁴, essa «confligge» con il «basso», rappresentato da

¹¹² C.Cost., sentenza n. 195/2024, *considerando* in diritto 7.

¹¹³ C.Cost., sentenza n. 195/2024, *considerando* in diritto 8.

¹¹⁴ In linea di massima, naturalmente. Se l’ultimo Governo in carica, mentre si scrive, ha posto le basi per un ulteriore *sfondamento* dei vincoli europei, si tratta, pur sempre, di un

un'«area *costituzionalista* (...), in cui si articolano anche le decisioni assunte dal popolo italiano in più di un'occasione referendaria negli ultimi dieci anni»¹¹⁵.

Infatti, in assenza di diritti incompressibili, senz'altro la manovra contabile di bilancio avrebbe avuto il sopravvento su ciò che non sarebbe nemmeno in esistenza». Quanto detto aiuta «a comprendere meglio quali siano i reali termini dello scontro che viviamo in questi anni in Italia e in tutto il vecchio Continente»¹¹⁶.

Uno scontro, a buona ragione definito «epocale»¹¹⁷, dove vengono a trovarsi i Tribunali costituzionali¹¹⁸ quando «sono chiamati a confrontarsi con la

superamento dei limiti di deficit parametrati a quanto sia possibile (si spera) senza traghettare il Paese nel disastro economico.

¹¹⁵ C.Di Marco, *La difesa dei diritti fondamentali, beni comuni incompressibili dello Stato sociale. In margine alla Sent. N. 275/2016 della Corte costituzionale*, in *federalismi.it*, n. 6/2017, 16.

¹¹⁶ C. Di Marco, *La difesa dei diritti fondamentali, beni comuni incompressibili dello Stato sociale. In margine alla Sent. N. 275/2016 della Corte costituzionale*, cit., 16. Sullo scontro attuale, anche P.Masala, *Crisi della democrazia parlamentare e regresso dello stato sociale: note sul caso italiano nel contesto europeo*, in *rivistaaic.it*, n. 4/2016, 2, il quale evidenzia come «è alle dinamiche della globalizzazione, all'imponente processo di ridefinizione degli equilibri geopolitici e dei rapporti fra potere politico e potere economico-finanziario che essa comporta, che in ultima analisi deve farsi risalire la «rottura dell'equilibrio» tra democrazia, mercato e coesione sociale che ha garantito condizioni di pace, libertà e benessere ai popoli che hanno condiviso il progetto europeo».

¹¹⁷ M.Luciani, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della corte costituzionale*, in *rivistaaic.it*, n. 3/2016, 1. Una spiegazione di cosa in pratica sia questo scontro proviene da R.Ferrara, *Salute (diritto alla)*, cit., 520, secondo il quale «la crisi fiscale dello «Stato sociale di diritto», nel quale si verifica la paradossale coesistenza di illimitate aspettative di prestazione da parte dei cittadini-utenti nei confronti degli apparati amministrativi in uno con la maggiore rigidità dei vincoli di finanza pubblica, produce un perverso movimento del pendolo, con oscillazioni e passaggi da progetti e politiche socialmente avanzati e qualificati a moduli positivi nei quali, al contrario, si ipotizza una sempre più marcata «privatizzazione» e soprattutto la contrazione dei servizi pubblici, e viceversa».

¹¹⁸ In effetti, come suggerisce A.Rovagnati, *La pretesa di ricevere prestazioni sanitarie nell'ordinamento costituzionale repubblicano*, cit., 51, lo scontro «sul punto della definizione dei contenuti da dare al diritto a prestazioni sanitarie», avviene anche tra organi legislativi, amministrativi e giurisdizionali comuni. «Talvolta – continua l'A. – tali tensioni furono generate da una diversa valutazione dei fini e dei valori che gli operatori giuridici volevano realizzare con l'approvazione, l'applicazione e in generale l'utilizzazione delle norme giuridiche costituzionali e legislative concernenti la tutela della salute degli individui. Altre volte, invece, quelle tensioni sorsero perché le dinamiche della vita reale avevano mostrato, in singoli casi concreti, l'inadeguatezza del sistema normativo rispetto a fini e valori, pur condivisi, che erano stati posti a fondamento dello stesso».

grande questione dei diritti sociali»¹¹⁹, che può essere ormai individuata nell'«alternativa¹²⁰ fra mercato e Stato sociale»¹²¹.

¹¹⁹ M.Luciani, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della corte costituzionale*, cit., 1, riconosce come i tribunali costituzionali «si trovano, dunque, in una posizione molto scomoda, che li rende fatalmente oggetto di attenzione polemica, connessa non soltanto alle contingenti vicende del momento (tal sentenza “costa troppo”; tal'altra “protegge troppo poco” alcuni beni della vita), ma anche – e soprattutto – alle prospettive di lunga lena di un mondo in tumultuosa trasformazione». Così anche A.Carosi, *Prestazioni sociali e vincoli di bilancio*, cit., il quale, in proposito, rileva come, proprio perché la Corte costituzionale «si è spesso trovata arbitro della legittimità delle scelte pubbliche di distribuzione e di riallocazione delle risorse (...) ha cercato di esercitare il sindacato di costituzionalità per linee interne alla legislazione, evitando una funzione creativa o “sostitutiva” che avrebbe debordato dal proprio ruolo arbitrale».

¹²⁰ G.Mor, *Il nuovo assetto organizzativo del Servizio sanitario nazionale*, cit., 627-628, propone una diversa alternativa costituzionale a quella degli Aa., di cui alla nota che segue. Egli, piuttosto che contrapporre mercato e Stato sociale, propone due diverse letture della Costituzione: *i)* «una lettura per così dire socialista della costituzione, intendendo le diverse disposizioni sui diritti sociali come norme che in modo più o meno precettivo impongono un intervento dei pubblici poteri diretto a fornire delle prestazioni»; *ii)* «una lettura per così dire liberista della costituzione, secondo cui questa vuole garantire il raggiungimento di un risultato, ma il più delle volte non impone la via da seguire». La scelta tra l'una o l'altra dipende dalla discrezionalità politica, che indicherà la strada da seguire che, pertanto, è «reversibile» e potrà consistere o nel «fornire direttamente le prestazioni necessarie» o nel «promuovere uno sviluppo economico tale per cui, almeno per la maggior parte dei cittadini, il risultato sarà raggiunto attraverso il mercato». Come rileva, poi, G.U.Rescigno, *Principio di sussidiarietà orizzontale e diritti sociali*, in *Diritto pubblico*, m. 1/2002, 47, la scelta tra pubblico e privato non è indicata neanche dal principio di sussidiarietà, perché esso fornisce esclusivamente un «criterio solo procedurale», nel senso che «dice quale cammino argomentativo bisogna percorrere per arrivare a tale decisione». «Poiché – continua l'A. – le valutazioni da compiere (...) sono ampiamente discrezionali, ne discendono almeno tre conseguenze» e, in particolare, la valutazione delle potenzialità dei soggetti privati, da parte dei soggetti politici rappresentativi; la motivazione degli atti legislativi che facessero la scelta e il sindacato costituzionale fondato sulla ragionevolezza.

¹²¹ M.Luciani, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della corte costituzionale*, cit., 4, il quale aderisce e cita G.Petrerossi, *Ciò che resta della democrazia*, Roma-Bari, 2015, 26, quando scrive come sia «del tutto corretto dire che, da oltre un secolo, “l'integrazione negli Stati pluriclasse” è “passata sempre di più attraverso i diritti sociali e il Welfare come produttore di cittadinanza” e che – invece – oggi tende ad affermarsi la linea che “l'unica forma possibile di integrazione sociale nella cittadinanza sia quella garantita dal mercato”». Infatti, come acutamente (e autorevolmente) affermato da G.Mor, *Il riordino della sanità nella crisi dello stato sociale e della costituzione materiale*, cit., 990-991, nonostante «fino a qualche anno fa eravamo abituati, più o meno inconsapevolmente, a pensare che la loro tutela passasse attraverso il potenziamento di pubblici servizi, che il diritto sociale si risolvesse nella pretesa giuridicamente tutelata ad una prestazione da parte di un apparato pubblico», è pur vero che in una fase di ridimensionamento dell'intervento pubblico emerge una diversa realtà (...), la Costituzione, [occupandosi dei diritti sociali], non [impone] una pubblicizzazione a tappeto, ma [garantisce] che tutti siano in grado di soddisfare le proprie esigenze vitali. L'intervento pubblico, quindi, è dovuto e necessario solo nella misura in cui di fatto una parte più o meno ampia della popolazione non sia in grado di fare da sola. Detto in altri termini: il vincolo costituzionale per i pubblici poteri è più al raggiungimento di un obiettivo sostanziale,

Ciò, non perché «il *welfare* [sia] concepibile solo in un ambiente di mercato avanzato, perché nelle forme di produzione precapitalistiche non è praticabile per ragioni materiali e in quelle socialiste è sostituito dalla diretta

che non alla predisposizione di specifici mezzi». D. Butturini, *Il diritto della crisi economico-finanziaria tra ragioni dell'emergenza e giudizio di costituzionalità*, cit., 12 ss. afferma come si assista al passaggio «dallo Stato sociale allo Stato debitore, forma di Stato quest'ultima che ha fra i vari presupposti di legittimazione quello di uno Stato proiettato ad accreditarsi nel contesto geopolitico e finanziario globale come debitore affidabile nei confronti dei mercati di capitali privati. I tagli allo Stato sociale divengono allora funzionali alla realizzazione dei fini dello Stato debitore». L. Carlassare, *Diritti di prestazione e vincoli di bilancio*, n. 3/2015, in *costituzionalismo.it*, p. 137, evidenzia come, nel nostro Paese, a livello dottrinale, lo scontro si svolga in senso ai principi cardine dell'art. 41 e, cioè, «l'affermazione della libertà d'iniziativa economica e la predisposizione di limiti nei suoi confronti». Continua l'A. affermando come «sarebbe questa la matrice profonda delle contrapposizioni dottrinali che, dando diverso peso a quella libertà o ai suoi limiti, finiscono per operare un'opzione politica privilegiando "da una parte, l'iniziativa economica privata e, dall'altra, viceversa, tutti i valori ad essa potenzialmente contrapposti dalla Costituzione"». La potenziale minaccia cui sono esposti i diritti fondamentali fanno da contraltare alla proiezione degli stessi nello «spazio giuridico europeo (...), in conseguenza del consolidarsi del processo di globalizzazione economico-finanziaria» come avverte C. Salazar, *ibidem*, n. 4/2013, in *rivistaaic.it*, p. 1, soprattutto considerato come «la complessa rete planetaria di rapporti economici e finanziari [manifesti] caratteri inediti, essendo fondata su regole in gran parte prodotte dagli stessi soggetti che le applicano: le società multinazionali», la cui azione «è orientata esclusivamente alla massimizzazione del profitto, impegnandosi esse reciprocamente solo al rispetto della *fairness* negli scambi, quali che ne siano i contenuti e quali che ne siano le ricadute all'esterno della cerchia dei pochi che vi prendono parte». Anche R. Ferrara, *ibidem*, vol. XIII, 1997, in *Digesto delle discipline pubblicistiche*, p. 535, è concorde nel ritenere che «l'erogazione di prestazioni in favore dei cittadini debba essere sempre e comunque disposta da apparati pubblici - in regime monopolistico o quasi-monopolistico», perché «un diverso ordine di ragionamenti e di conclusioni non solo sembrerebbe scarsamente conforme allo stesso precetto costituzionale - il quale non presuppone come indeclinabile e/o doverosa l'attivazione di un sistema di apparati pubblici per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, ma più semplicemente come fondamentale dovere della repubblica quello di assicurare la tutela del diritto alla salute - ma sarebbe, per di più, difficilmente sostenibile anche dal punto di vista pratico, in quanto l'assoluta gratuità di ogni prestazione e per tutti, al di fuori di una realistica valutazione dei vincoli e delle compatibilità finanziarie sarebbe solo possibile grazie a continue e severe operazioni di prelievo-trasferimento, ossia facendo ricorso allo strumento fiscale», a nulla valendo *a contrario* la riconduzione storica della norma costituzionale ad un periodo in cui il prelievo fiscale era di molto inferiore per concludere che oggi, visto il prelievo fiscale massiccio, «il cittadino-contribuente può pretendere una sostanziale (quanto apparente) gratuità delle prestazioni stesse giacché ne sopporta i costi». Un contributo alle nuove tendenze del *welfare* è offerto da L. Torchia, *ibidem*, n. 4/2002, in *Quaderni costituzionali*, pp. 713 e ss., la quale, sul presupposto che appaiono «sempre più insufficienti gli schemi interpretativi e le categorie tradizionali (...) che spesso finiscono per riferirsi a stereotipi non più attuali», afferma come non esista «in nessun ordinamento, un apparato giuridico tipico ed esclusivo del *welfare*, né quanto alla conformazione delle situazioni tutelate, né quanto ai mezzi e agli strumenti di tutela, né quanto alle tecniche di produzione ed erogazione delle prestazioni» e, pertanto, per trovare soluzioni, si debba fare riferimento alle criticità dei sistemi sinora conosciuti per esplorarne degli altri.

partecipazione alla produzione, spartizione e utilizzazione dei beni»¹²², ma perché si è rotto il «patto sociale che aveva retto il secondo dopoguerra»; si è insinuata «l'idea della crisi fiscale dello Stato», si è persa la fiducia nei «processi decisionali democratici»¹²³ [perché] generatori di eccessi di spesa»¹²⁴. D'altronde, «l'organizzazione di un sistema sanitario pubblico e

¹²² M. Luciani, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della corte costituzionale*, cit., 4, il quale aderisce e cita G. Petrerossi, *Ciò che resta della democrazia*, cit., 26, quando scrive come sia «del tutto corretto dire che, da oltre un secolo, "l'integrazione negli Stati pluriclasse" è "passata sempre di più attraverso i diritti sociali e il Welfare come produttore di cittadinanza" e che – invece – oggi tende ad affermarsi la linea che "l'unica forma possibile di integrazione sociale nella cittadinanza sia quella garantita dal mercato"». In particolare, prosegue l'A., p. 8, «la Costituzione non ha dubbi nel proclamare falsa l'alternativa fra mercato e welfare: l'art. 41, comma 1, e l'art. 43 chiariscono che il modo di produzione presupposto dai costituenti è capitalistico e di mercato, non socialista; il principio di eguaglianza sostanziale, la fondazione della Repubblica sul lavoro e il ricco catalogo di diritti sociali attestano che i processi integrativi passano attraverso le politiche redistributive e che sperequazioni sociali troppo forti non sono tollerabili».

¹²³ «La fuga dai luoghi primari della decisione democratica» può essere ravvisata, come autorevolmente rilevato da D.Morana, *I diritti a prestazione in tempo di crisi: istruzione e salute al vaglio dell'effettività*, in *rivistaaic.it*, n. 4/2013, 4, nella «crisi della legge», intendendosi per tale la perdita del ruolo centrale della legge tra le fonti del diritto, che ha creato «effetti "destrutturanti" non solo sul sistema delle fonti ma anche sulla forma di governo, nella quale gli esecutivi tendono ad assumere una posizione preminente, e sulla stessa forma di Stato». Come può essere ravvisata, nell'ottica storica evidenziata da G.Mor, *Il riordino della sanità nella crisi dello stato sociale e della costituzione materiale*, cit., 978-979, nell'assunzione del «ruolo primario nella Costituzione materiale» da parte dei partiti, perché, se «per un quarantennio la situazione cambiò poco (...), era (...) inevitabile che, una volta emersa, con le elezioni regionali del 1990 e quelle politiche del 1992, la crisi di questi partiti ed in particolare l'inizio del collasso di quelli di Governo, entrasse in crisi l'intero sistema dei pubblici poteri».

¹²⁴ Come rileva C.Salazar, *Crisi economica e diritti fondamentali — Relazione al XXVIII convegno annuale dell'AIC*, in *rivistaaic.it*, n. 4/2013, 3, «la diseguaglianza economica, se non viene contrastata, tende a perpetuarsi, sottraendo in modo sempre più evidente a quanti si trovino nel suo raggio di incidenza le possibilità concrete di esercizio dei *diritti di libertà* di cui, nelle democrazie contemporanee, ognuno è formalmente titolare», così che «la riduzione delle opportunità *reali* di "un'esistenza libera e dignitosa" – per riprendere la formula dell'art. 36 Cost. – fa sì che si affievolisca o si smarrisca del tutto la fiducia nelle istituzioni e la percezione dell'appartenenza ad una comunità di "liberi ed uguali" (...). Si produce così anche un'erosione dei *vincoli di solidarietà reciproca*, la cui manifestazione più triste si ritrova nelle "guerre tra poveri"». Rileva, a tal proposito, G.Mor, *Il riordino della sanità nella crisi dello stato sociale e della costituzione materiale*, cit., 982-983, come «la frase ad effetto secondo cui lo Stato sociale trasferisce denaro dai ricchi ai poveri usando un recipiente bucato, è particolarmente vera da noi: il recipiente, più che bucato, è proprio sfondato ed i costi dell'intermediazione pubblica sono del tutto spropositati rispetto alle prestazioni erogate. Al limite, nella nostra società corporativa, gli apparati pubblici sembrano esistere più per assicurare una rendita a quanti (politici e burocrati) a vario titolo vi si sono insediati, che non per fornire prestazioni alla collettività, che spesso è costretta a pagare più volte i servizi di cui fruisce. Un aspetto di queste deficienze strutturali dei pubblici poteri che ha effetti devastanti in relazione ai servizi sociali è l'incapacità del nostro Stato di darsi un sistema fiscale accettabile». Sul principio di solidarietà, si guardi F.Giuffrè, *La Corte costituzionale in cammino: da un modello casistico all'interpretazione della solidarietà*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, III/1998, 1979, il quale

[l']erogazione diretta di prestazioni, opera (*rectius*, dovrebbe operare) per la correzione degli squilibri strutturali che penalizzano le classi meno abbienti (anche secondo criteri di relatività storica, territoriale e socioeconomica) (...) all'evidente fine di correggere le distorsioni e le iniquità del mercato in un comparto nel quale i fondamentali interessi non sono – né possono essere - di ordine meramente economico»¹²⁵.

Dunque, «la differenza sostanziale non sta nella misura dell'intervento pubblico, ma nel grado di soddisfacimento del bisogno; la domanda fondamentale non riguarda il come, ma chi e in che misura riesce a soddisfare le esigenze vitali garantite dalla Costituzione (...). Su questa base, non sulla quota di pubblico o privato presente nell'ordinamento, si valuta il grado di socialità di questo»¹²⁶.

Se risulta, allora, risolta la questione se il *quomodo* sia nella discrezionalità del legislatore, che potrà scegliere¹²⁷ tra un'organizzazione pubblica, privata o mista, il *quantum* della tutela rimane sospeso tra esigenze di bilancio e bisogno sanitario e, cioè, dall'«alto» della finanza e dal «basso» delle esigenze territoriali. Le dette esigenze confliggono in sede di Conferenza Stato-Regioni e, se la concertazione non conduca al maggior rispetto delle necessità del territorio, in sede di sindacato di costituzionalità.

Ma, è anche vero che «non si può scaricare sulla giurisdizione costituzionale la pretesa di risolvere il conflitto determinato dalla incapacità della decisione

considera detto principio «come clausola di chiusura del sistema costituzionale, come «principio ordinatore di interessi» che consente di garantire in ogni caso, al di là della formale coerenza dell'impianto legislativo, la razionalità materiale di una convivenza fondata sull'inesauribile ricerca del punto d'incontro tra libertà e giustizia e la valorizzazione degli apporti spontanei dei cittadini verso i comuni obiettivi generali di benessere. Ciò appare come il presupposto indispensabile per transitare dal sistema del *Welfare State*, che si pone sovente come un circuito chiuso in una dimensione squisitamente verticale e pubblicistica, ad una *Welfare Community*, maggiormente coerente con l'articolazione sussidiaria che lo stesso principio costituzionale di solidarietà sembra implicare».

¹²⁵ R. Ferrara, *Salute (diritto alla)*, cit., 537-538, con quanto sopra non anela un modello «interamente privatizzato, grazie al completo disimpegno della pubblica amministrazione» né un «modello pubblicistico di gestione», bensì un modello «misto», che valga a redistribuire alle classi meno abbienti la ricchezza nazionale.

¹²⁶ D'altronde, come evidenzia M. Cocconi, *La tutela del diritto alla salute nella crisi dello stato sociale. Problemi e prospettive*, cit., 1172, «la legge di riforma sanitaria [che accolse la concezione secondo la quale «l'azione dei poteri pubblici sarebbe (...) stata indirizzata a tutti i cittadini, a prescindere dal reddito, al fine di eliminare ogni discriminazione fra abbienti e non abbienti nell'accesso delle prestazioni, mentre il finanziamento del servizio sarebbe stato a carico della fiscalità complessiva»] fu definita, non a caso, «ultracostituzionale» [M.S. Giannini, *Istituzioni sociali e costituzione*, in Artoni-Bettinelli (a cura di), *Povertà e stato*, Roma, 1987, spec. 15, «per il quale la categoria di stato sociale può essere utilizzata solo a fini descrittivi, non definitivi»] nel raffronto con l'art. 32 Cost. che assicura una garanzia di cure gratuite solo agli indigenti».

¹²⁷ Basti fare riferimento alla scelta della Regione Lombardia che eroga prestazioni quasi esclusivamente attraverso il mercato privato.

politica di cercare le risorse disponibili tese a consentire la soddisfazione del diritto sociale. Non si può chiedere al giudice costituzionale di sostituirsi al potere legislativo e alle politiche di governo cui spetta la funzione di mediazione sociale, raccogliendo le istanze provenienti dal basso», in un contesto ove «quanto più deperisce la rappresentanza politica, tanto più si investe il potere giudiziario della legittimazione a soddisfare le aspettative generali di giustizia»¹²⁸.

Tant'è che la Corte costituzionale si è accorta di questo e ha *ristretto la cinghia*, pur riconoscendo che, al di sotto di una soglia *minima*, il legislatore non possa andare.

Infatti, «in un contesto di risorse non solo limitate, ma ridotte rispetto al passato, appare ancora più indispensabile che il legislatore persegua la stabilità finanziaria non come fine in sé, a scapito delle esigenze di realizzazione delle “priorità costituzionali”, bensì in quanto funzionale a conseguire tale fine ultimo, e pertanto che la distribuzione delle risorse scarse e dei sacrifici non avvenga in contrasto con i fondamentali principi di solidarietà¹²⁹, di uguaglianza sostanziale e personalista»¹³⁰.

Se, però, negli ultimi anni, «quella di scaricare gran parte del costo della crisi sullo Stato sociale è stata appunto una «scelta politica» (e non un «obbligo» imposto dalla situazione di fatto)», non può che evidenziarsi «l'esigenza di un controllo che assicuri efficacemente il rispetto di quei principi».

¹²⁸ P.Masala, *Crisi della democrazia parlamentare e regresso dello stato sociale: note sul caso italiano nel contesto europeo*, 16. Peraltro, M. Luciani, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della corte costituzionale*, cit., 16, avverte della contraddittorietà tra questa richiesta ai tribunali costituzionali e quella della contrapposta tendenza a «tenerli lontani dal sindacato sulle decisioni di bilancio, il che – ferma restando la larga discrezionalità del legislatore in materia – non solo determinerebbe una sostanziale neutralizzazione del controllo di costituzionalità, visto il legame fra decisione di bilancio e diritti, ma, per stare al caso italiano, sarebbe anche in pieno contrasto con il novellato art. 81 Cost.». D'altronde, vi era, all'indomani della riforma del 1978 (G.Corso, *I diritti sociali nella Costituzione italiana*, cit., 771), chi avvertiva come fosse deleteria «la tendenza a convertire interessi e beni in termini di situazioni soggettive» e «ad attribuire a tali situazioni carattere di absolutezza, non dissimile da quello della proprietà e delle libertà», perché v'è «il rischio di radicalizzare i conflitti sino a renderli irresolubili». Una soluzione, prospettata dall'A., e fatta propria dalla Corte costituzionale, è stata quella del bilanciamento degli interessi contrapposti «quale viene prefigurato anche in sede di disciplina delle libertà fondamentali, attraverso la individuazione di interessi – limite con le quali le libertà devono misurarsi».

¹²⁹ Peraltro, come rilevato da F.Giuffrè, *La Corte costituzionale in cammino: da un modello casistico all'interpretazione della solidarietà*, in *Giurisprudenza Costituzionale*, n. III/1963, 1979, «dal sistema costituzionale sembra (...) potersi attribuire alla solidarietà un ruolo omogeneo a quello occupato dall'eguaglianza, nel senso che entrambi i principi pur non essendo sempre suscettibili di immediata traduzione in corrispondenti situazioni giuridiche soggettive attive e passive, costituiscono, in ogni caso, fonte di effetti mediati sull'intero ordinamento, rappresentandone la filigrana».

¹³⁰ P. Masala, *Crisi della democrazia parlamentare e regresso dello stato sociale: note sul caso italiano nel contesto europeo*, cit., 16

In definitiva, «la Corte italiana, sviluppando coerentemente indirizzi affermati nelle sue recenti decisioni, potrebbe assicurare una migliore difesa dello Stato sociale e della democrazia parlamentare: da un lato, esigendo che le scelte di destinazione delle risorse e le politiche di “razionalizzazione” della spesa siano coerenti con le priorità costituzionali e pertanto che le innovazioni legislative che comportano costi sociali siano proporzionate e adeguatamente motivate (potendo valorizzare a tal fine anche gli spunti desumibili dalla giurisprudenza delle Corti europee sovranazionali); dall’altro lato, facendo valere, in ipotesi ulteriori rispetto a quelle già censurate, l’esigenza di una discussione parlamentare congrua ed effettiva come requisito di validità costituzionale degli interventi che comportano innovazioni sistematiche o comunque incidono su aspetti qualificanti della forma di Stato, quali i diritti sociali di prestazione e il diritto al lavoro»¹³¹.

In altre parole, per concludere con un autorevole studioso¹³², non si può chiedere alla Corte costituzionale di arrestare, da sola, questo processo, che dovrebbe trovare impedimento soprattutto in lungimiranti strategie politiche e in un risveglio della coscienza sociale dei cittadini¹³³. Ma l’applicazione

¹³¹ P. Masala, *Crisi della democrazia parlamentare e regresso dello stato sociale: note sul caso italiano nel contesto europeo*, cit., 30. D. Butturini, *Il diritto della crisi economico-finanziaria tra ragioni dell'emergenza e giudizio di costituzionalità*, in *rivistaaic.it*, n. 6/2016, 13, scrive di «sottrazione alla dialettica politico-democratica» della politica economica analizzando il c.d. «diritto della crisi». In particolare, l'A. afferma come «dal punto di vista giuridico, la natura sistemica della crisi e, naturalmente, del diritto della crisi si ricava da una serie di manifestazioni: 1) dalla sua durata spesso non delimitata temporalmente; 2) dal fatto che il diritto che ne è scaturito va ad incidere anche formalmente sul livello apicale delle fonti dell'ordinamento (livello costituzionale); 3) dalla nuova conformazione che viene impressa agli ordinamenti dei Paesi interessati, conformazione che incide sulla forma di Stato che si allontana così dal modello democratico-sociale». Ciò, al fine di concludere come «la competenza politico-economica dello Stato è sostituita dall'obbligo giuridico di conseguire un risultato definito: il bilancio in pareggio»

¹³² M. Luciani, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della corte costituzionale*, cit., 17-18. Vedi anche, sul punto, D. Morana, *I diritti a prestazione in tempo di crisi: istruzione e salute al vaglio dell'effettività*, 8, la quale evidenzia «come le incertezze collegate alla crisi attuale, nel sollecitare interventi di tutela dei diritti sociali realistici e sostenibili (...) pongano sempre più l'improcastinabile necessità di “un «grande» legislatore».

¹³³ Non può sottacersi come, nel dibattito, sia carente, da un lato, il profilo di doverosità che grava sullo Stato nella ricerca delle *risorse necessarie* al pieno soddisfacimento del diritto (D. Morana, *I diritti a prestazione in tempo di crisi: istruzione e salute al vaglio dell'effettività*, 2) e, dall'altro, quello dei doveri (M. Luciani, *Costituzione, bilancio, diritti e doveri dei cittadini*, in *astrid-online.it*, 2013, 1673 ss.). In particolare, quanto al primo profilo si è detto nel capitolo 4, cui si rimanda, mentre quanto al secondo profilo, quest'ultimo A. evidenzia come «si può dire (...) che lo sforzo di motivare una limitazione dei diritti costosi trovi corrispondenza nella tensione a porre un freno ai doveri di solidarietà economica, con la ripetuta sottolineatura della necessità di contenere la pressione fiscale e con la sostanziale neutralizzazione del principio di progressività delle imposte [tornato in auge mentre si sta scrivendo nelle proposte di Governo], per vero favorita da una costante giurisprudenza costituzionale». D'altronde, come ha avvertito M. Luciani, *Sui diritti sociali*, in *Democrazia e diritto*, 4-94/1-95, 548, 1994,

rigorosa di una Costituzione come quella italiana, «che non contrappone il mercato al *welfare*, non è cosa irrilevante nel contesto di uno scontro tra finanza globale e persona situata che appare sempre più drammatico e pone problemi di tenuta democratica e di consenso sociale che nessuna classe dirigente, che non voglia suicidarsi, può trascurare impunemente»¹³⁴.

Alla luce di tutto quanto sopra, quanto alla determinazione del finanziamento per il Servizio sanitario nazionale, «appare realistico sostenere che la determinazione del livello essenziale delle prestazioni debba essere realizzata dal legislatore nazionale attraverso un procedimento trasparente e appropriato, definendo preliminarmente costi e fabbisogni. In tal modo, attraverso la comparazione delle diverse necessità e delle risorse complessivamente disponibili si può arrivare a definire, settore per settore, la cosiddetta “riserva del possibile”, ciò che può ragionevolmente essere preteso nel campo dei singoli servizi a rilevanza sociale. Ed è del tutto evidente che la determinazione qualitativa e quantitativa debba essere collegata alla situazione storica ed alle risorse economiche in tale contesto disponibili»¹³⁵.

Una posizione, quella di cui sopra, che salvaguarda l'esistente, in una specificazione continua delle metodologie di verifica (e di conseguente rispetto) del bisogno sanitario, nella convinzione che un equo rapporto con la finanza pubblica possa essere trovato nella tecnica.

571-573, è «prendendo le mosse dal principio di solidarietà (ovvero, come preferiva dire, di «interdipendenza») che Duguit [L. Duguit, *Il diritto sociale, il diritto individuale e la trasformazione dello stato*, trad. it. di B. Paradisi, Firenze, 1950, p. 44] giunge alla negazione stessa del diritto soggettivo, proclamando che «il suo regno è finito», per essere sostituito dal regno della regola oggettiva (sociale) di diritto, alla cui affermazione consegue la logica conclusione che «nessuno possiede altro diritto che quello di fare il proprio dovere. Nello stesso Gurvitch [G. Gurvitch, *La dichiarazione dei diritti sociali*, trad. it. di L. Foà, Milano, 1949, p. 100], pur ben più sensibile alla loro dimensione soggettiva, la fondazione dei diritti sociali sul principio di solidarietà fa perder loro il carattere di diritti individuali per causarne la trasformazione in diritti di gruppo o di appartenenti a un gruppo».

¹³⁴ L.Carlassare, *Priorità costituzionali e controllo sulla destinazione delle risorse*, in *costituzionalismo.it*, n. 1/2013, 5, evidenzia come la tenuta democratica dipenda dalla «perdita di rappresentatività dei partiti e il declino della loro funzione di trasmissione delle domande [che] altera il funzionamento dello Stato», tanto da sembrare essere tornati «indietro, al tempo in cui i partiti non erano ancora organizzazioni *della società*, ma partiti *parlamentari*, nati *nelle istituzioni* e *per* le istituzioni. Forme partitiche insufficienti al funzionamento corretto del sistema parlamentare» che facevano mancare «“opinioni collettive, programmi differenziati. Una mancanza che nel tempo si era colmata dopo l'allargamento del suffragio che aveva scosso il sistema modificando l'essenza stessa dei partiti», che è possibile rintracciare nel «farsi carico di interessi generali che consentiva di definire il partito *parte totale* perché “esprime una concezione parziale degli interessi della collettività caratterizzata dal perseguimento di certe finalità specifiche che differenziano ogni partito dall'altro”, ma *politico* perché la inquadra in una visione generale dei bisogni della vita associata”: proprio “il perseguimento di principi superindividuali” differenzia i partiti dalle *fazioni*, “rivolte a sostenere determinate persone” (Mortati)». E quindi, l'A. conclude come «per ricondurli al rispetto dei principi non resta che una via: la Corte costituzionale».

¹³⁵ A.Carosi, *Prestazioni sociali e vincoli di bilancio*, cit.

Ciò, però, è alternativo ad altre posizioni nettamente più riformiste.

V'è infatti chi, per esempio, ha proposto¹³⁶ di «resettare il quadro attuale e riconcepirlo in linea con i principi costituzionali, che non solo impongono soluzioni senz'altro di semplificazione, ma richiedono anche una inedita (fino ad oggi) valorizzazione dei principi di responsabilità e di sussidiarietà», magari prevedendo «una legge bicamerale sugli elementi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica, in modo da garantire al sistema quella stabilità che è condizione indispensabile per il suo corretto funzionamento e per la responsabilizzazione»¹³⁷.

Come chi, ancora in modo diverso, ha proposto - con la premessa che se i diritti sociali sono «diritti di redistribuzione» e, quindi, «diritti condizionati dal bilancio» - di «condizionare il bilancio», magari introducendo «delle riserve di bilancio in costituzione e, dunque, [introducendo] vincoli formali allo svolgimento del processo di bilancio»¹³⁸, pur consapevole del fatto che «il

¹³⁶ L.Antonini, *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria: la giurisprudenza costituzionale accende il faro della Corte*, in *federalismi.it*, n. 22/2017, 28.

¹³⁷ L.Antonini, *Il diritto alla salute e la spesa costituzionalmente necessaria: la giurisprudenza costituzionale accende il faro della Corte*, 29, evidenzia come la soluzione ricalcherebbe la LOFCA spagnola. «Nella legge bicamerale dovrebbero essere indicate le linee fondamentali del sistema di finanziamento (ad esempio quali compartecipazioni o quali basi imponibili vengono assegnate agli enti territoriali, la struttura fondamentale dei tributi e della perequazione, i principi generali e fondamentali di coordinamento del sistema). La legge ordinaria, rispetto alla quale il Senato avrebbe il normale, limitato, potere di intervento, potrebbe poi modulare le aliquote o l'entità delle compartecipazioni, sia per interventi ordinari o anche eventualmente per fare fronte a esigenze straordinarie di manovra pubblica, ma non potrebbe stravolgere il sistema definito dalla legge bicamerale». Dello stesso avviso, anche E.Jorio, *Federalismo fiscale e riforma quater della sanità: un binomio indissolubile*, in *astrid-online.it*, 2010, secondo il quale «vi è (...) la necessità di rivedere le regole fondamentali statali che disciplinano il Servizio sanitario nazionale e, con questo, gli impianti normativi di dettaglio», con «l'apporto di una politica intraprendente e "coraggiosa", pronta a sopportare i costi che ne deriveranno, soprattutto in termini di acquisizione e/o mantenimento del consenso», considerato i «i risultati di una tale opzione "ideologica" sarebbero, pertanto, apprezzati dal grande pubblico dopo qualche anno e non già in tempo utile alla politica che l'assume».

¹³⁸ Secondo A.Mangia, *I diritti sociali tra esigibilità e provvista finanziaria*, in *gruppodipisa.it*, 2012, 15, occorrerebbe lasciare «da parte quel dogma della libertà della politica nella formazione del bilancio cui siamo, più o meno consapevolmente, legati sulla base delle prassi di governo sviluppatesi in margine alla vecchia dizione dell'art. 81 Cost.». Infatti, prosegue l'A., «in fondo, se ci pensiamo, questo dogma è già caduto: ed è caduto prima a livello europeo». Secondo A.M.Bruno, *Diritto alla salute e riserva del possibile. Spunti dal contesto brasiliano per osservare il "federalismo fiscale"*, in *gruppodipisa.it*, 2012, 18, comparando la Costituzione brasiliana, che «prevede una serie di vincoli obbligatori in tema di tasse per il fabbisogno sociale, ossia un "budget sociale minimo" determinato in virtù di "garanzie costituzionali di finanziamento dei diritti sociali" che devono essere utilizzate per la implementazione di tali diritti», in Italia «non sono stati introdotti, in Costituzione, quei vincoli costituzionali alle c.d. riserve di giustizia che avrebbero consentito di preservare una percentuale, seppur minima, tale da costituire, appunto, il minimo esistenziale, da destinare alla gestione dei diritti sociali che, in questo modo, avrebbero continuato ad essere fondamentali». Anche se in una

legislatore dovrebbe apporre a se stesso vincoli ulteriori rispetto a quelli già esistenti»¹³⁹. Questa modalità, d'altronde, consentirebbe, «quale principio di “non-ritorno” della concretizzazione della Costituzione», una «tutela giuridica del contenuto minimo dei diritti fondamentali», che non può essere retrocessa «al di sotto del livello essenziale definito in Costituzione», così che «le prerogative dei cittadini sono fissate nella loro intensità e tale intensità è tutelata affinché l'efficacia non sia subordinata a variabili socio-politiche»¹⁴⁰.

Dal lato ripartitivo, poi, v'è chi, nella dottrina economica, ha proposto, più *scientificamente*, di riformulare le norme attuali che non riescono «a legare le questioni di equità con quelle di efficienza nell'erogazione delle prestazioni»¹⁴¹, attraverso l'introduzione di «tecniche statistiche-

situazione di totale disastro economico, non serve certo una riserva numerica costituzionale per salvaguardare i diritti sociali.

¹³⁹ A.Mangia, *I diritti sociali tra esigibilità e provvista finanziaria*, cit., 15, avverte che, al contrario, comunque, «l'alternativa sarà quella di consegnarci definitivamente al modello attuale di formazione del bilancio statale, confinando nelle mediazioni che la politica sarà in grado di offrire a fronte degli obblighi comunitari di bilancio. Confidando, cioè, nella discrezionalità del legislatore nella ripartizione di risorse che, realisticamente, saranno risorse decrescenti».

¹⁴⁰ A.M.Bruno, *Diritto alla salute e riserva del possibile. spunti dal contesto brasiliano per osservare il "federalismo fiscale"*, cit., 23, esplicita come sia posto a fondamento del «diritto al minimo esistenziale» il «rispetto della dignità della persona umana», cui, peraltro, è naturalmente collegato il «principio di divieto di retrocessione», «nel senso che [quest'ultimo] è uno strumento di tutela del [rispetto della dignità della persona umana] e questo si configura come qualità intrinseca di ogni cittadino, al quale sono garantite le condizioni minime di benessere sociale che possano consentirgli lo sviluppo delle qualità potenziali».

¹⁴¹ C.Cislaghi-E.Di Virgilio-I.Morandi-G.Tavini, *Bisogni, Consumi, Costi: determinazione e riparto delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale*, in *socialsalute.it*, 2008, 16 ss. rilevano, come, «pur riconoscendo che l'operazione di riparto è un atto eminentemente politico, si ritiene che porti a produrre due risultati considerati negativi: il primo è quello di definire il riparto sempre più sulla base della spesa storica corretta solo talvolta da un tentativo di “ripiano ex-ante” dei disavanzi attesi, ed il secondo è quello di trasformare il riparto in un esercizio di potere (nel senso deteriore del termine) che rischia di diventare il momento più disgregante per una politica unitaria delle Regioni». La soluzione proposta dal gruppo di lavoro è quella di applicare «criteri prevalentemente tecnici (...), concordati tra le regioni [in modo da] determinare l'assegnazione di gran parte delle risorse, lasciando una loro quota minoritaria (quantificabile in qualche punto percentuale: ad esempio, 2-4%) da suddividere sulla base di considerazioni politiche e/o finanziarie necessarie sia per garantire la compatibilità delle risorse assegnate alle diverse situazioni storiche di ciascuna Regione sia per ammorbidire gli eventuali effetti di transizione temporale conseguenti alla modifica dei criteri di riparto rispetto alla situazione attuale». Dello stesso avviso, anche F.Toniolo, *Il riparto del fondo sanitario nazionale dalla riforma sanitaria del 1978 all'accordo di Fiuggi del 2003*, in *Sanità Pubblica*, n.11-12/2003, 1212, secondo cui se «il criterio finale sarà sempre la conciliazione tra tendenze opposte (...) l'affinamento dei criteri tecnici può aver un ruolo davvero importante (...). L'elemento tecnico-scientifico deve infatti acquisire sempre maggior autorevolezza per ridurre il campo della discrezionalità politica, che inevitabilmente tende ad accentuare il peso degli interessi particolari, mentre invece si deve cercare di aiutare la politica a misurarsi, per quanto possibile, con l'oggettività dei criteri tecnici».

econometriche più sofisticate (appropriate funzioni di costo), per incorporare i fattori legittimi (di bisogno sanitario), controllando quelli illegittimi (e.g. di offerta di servizi)», sì da superare le forti disuguaglianze redistributive¹⁴², causate dall'attuale procedura che non sembra produrre alcun risultato sulle assegnazioni alle singole regioni¹⁴³.

Indubbio, dunque, che tutta la dottrina predichi un «intervento riformatore» degno di questo nome, se non altro perché «esercitare le funzioni legislative nell'emergenzialità economico-finanziaria [fa] incorrere nella cosiddetta presunzione dell'ultimo legislatore» e, cioè, «quel fenomeno che induce, chi è chiamato ad individuare la soluzione agli annosi problemi, a tentare di risolvere i problemi vecchi con un semplice colpo di penna normativo, il più delle volte emulando quanto legiferato da altri»¹⁴⁴.

Ma non si sta parlando di un «intervento riformatore» della sola salute, la quale, come insegna la Costituzione, può essere considerata una materia trasversale che impatta (*rectius*, è impattata da) le norme istituzionali dello

¹⁴² R.Levaggi, *Servizio Sanitario Nazionale e redistribuzione del reddito*, in *astridonline.it*, 2010, 4, secondo cui «affinché la spesa operi redistribuzione del reddito occorre infatti che le imposte siano veramente progressive e che dalla spesa tragga una maggiore utilità coloro che hanno un reddito più basso di quello medio».

¹⁴³ E.Caruso-N.Dirindin, *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*, in *oldsite.aniarti.it*, 2011, 20-21. C.Abbafati-F.Spandonaro, *Costi standard e finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in *Politiche Sanitarie*, Vol. 12, n. 2/2011, 45 ss., e soprattutto p. 53, dal canto loro, avvertono che le tecniche econometriche non possono scivolare verso una rigidità tale da «deresponsabilizzare il livello centrale rispetto ad una funzione primaria quale quella della definizione dei livelli di solidarietà che si vogliono perseguire».

¹⁴⁴ E.Jorio, *I piani di rientro del debito sanitario e i rischi per la legislazione dell'emergenza*, in *federalismi.it*, n. 13/2009, 17.

Stato¹⁴⁵, da quelle sulla contabilità pubblica, da quelle tributarie¹⁴⁶, nonché, da tutto il sistema di *welfare* che si intende attuare¹⁴⁷.

¹⁴⁵ È al tavolo dei Governi, la proposta di ridurre il numero delle regioni, perché quelle più piccole causano problemi di efficienza. Come rilevano, G.Brosio-G.Pola, *Finanza Stato-regioni: le soluzioni possibili*, in *Amministrare*, a. XXV, n. 2, 1995, 288 ss., «si potrebbe conseguire un potenziamento dell'efficienza regionale attraverso anche una più adeguata allocazione spaziale della spesa pubblica, resa possibile dalle economie di scala connesse con l'aumento delle dimensioni medie delle Regioni».

¹⁴⁶ Un sistema che consentisse la competizione *positiva* tra le regioni interessate da trasferimenti perequativi orizzontali porterebbe benefici in tema di emersione dell'evasione fiscale. Infatti, come evidenziato da G.Brosio-G.Pola, *Finanza Stato-regioni: le soluzioni possibili*, cit., 293, «di fronte a un'operazione di regionalizzazione spinta (...) che fa emergere la gigantesca dimensione dei trasferimenti perequativi tra territori «donatori» e territori «beneficiari» è giustificata la preoccupazione di sapere se le stime delle risorse a disposizione delle Regioni meno sviluppate non siano inficiate dall'evasione fiscale»; circostanza che rende non ammissibile «lassismi in tema di esazioni tributarie in nessun punto del territorio». Dello stesso avviso, M.Bordignon-N.Emiliani, *Un modello di perequazione per la nuova finanza regionale. Aspetti istituzionali e teoria. Stime e simulazioni*, in *Quaderni di economia e finanza*, anno VI, vol. 1/1997, 68, che conferma come sia concorde buona parte della teoria economica, perché «la perequazione a quel punto potrebbe solo avvenire *orizzontalmente* (cioè con trasferimenti dalle regioni ricche a quelle povere) è probabile che anche il problema dei «vincoli di bilancio soffici» si avvierebbe a soluzione, poiché è ragionevole assumere che le regioni datrici siano meno disposte a tollerare sfondamenti di bilancio da parte delle regioni prenditrici di quanto non faccia lo Stato centrale». In questo senso, anche E.Buglione, *Le deleghe sul federalismo fiscale. Verso regioni più autonome o più autoreferenti?*, in *Le istituzioni del federalismo*, nn. 3-4/1999, 584-587, che vede nella maggior trasparenza e oggettività del sistema perequativo, oltre che un presupposto affinché «le Regioni ricche siano disposte a continuare a sostenere i costi di trasferimenti finanziari consistenti a favore del Meridione», anche un modo per ridurre al minimo gli effetti sull'*accountability* - intesa come «la misura in cui gli amministratori di un ente territoriale sono tenuti a "rendere il conto" delle loro scelte nei confronti dei cittadini» - del *vertical fiscal imbalance* - cioè il fatto che le entrate proprie degli enti territoriali risultino complessivamente inferiori al totale delle spese proprie».

¹⁴⁷ C.Cislaghi-E.Di Virgilio-I.Morandi-G.Tavini, *Bisogni, Consumi, Costi: determinazione e riparto delle risorse del Servizio Sanitario Nazionale*, cit., 16 e ss., rilevano come l'individuazione delle risorse disponibili per ciascun settore riguarda «il valore del PIL e la sua quota messa a disposizione delle attività pubbliche tramite i diversi sistemi di prelievo fiscale. Definita questa somma la definizione della quota da assegnare ad ogni settore segue il criterio della eguaglianza dell'utilità marginale per ogni settore. Se il sistema è veramente in equilibrio ad un euro in più o in meno ad ogni settore dovrebbe corrispondere una uguale utilità o disutilità. Spetta ovviamente al politico individuare e leggere queste utilità e definire quale somma spetta alla sanità perché sia garantita una allocazione ottimale tra i settori. Il settore sanità potrà solo collaborare per evidenziare eventualmente situazioni di non eguaglianza dell'utilità marginale e chiedendo eventualmente maggiori finanziamenti. Ma il problema del riparto tra le Regioni si inizia a valle della definizione della somma totale disponibile e quindi si riduce a definire solo la quota proporzionale per ciascuna regione». Si vedano anche E.Caruso-N.Dirindin, *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*, cit., 9-11. Sul punto, concorde è anche G.Pisauro, *I fabbisogni standard nel settore sanitario - Commento allo schema di decreto legislativo*, in *nens.it*, 2010, 1-2, il quale deriva le conclusioni di cui sopra dal fatto che, «se si accetta il carattere *nazionale* del servizio sanitario (...), ne

Al momento attuale, pertanto, il finanziamento delle prestazioni connesse ai diritti sociali resta rimesso alle varie forme di collaborazione in sede di Conferenza Stato-regioni e agli stanziamenti disposti in via unilaterale dallo Stato nella legge di bilancio, anche attraverso specifici fondi per alcune politiche sociali»¹⁴⁸.

È inutile ribadire, dalle numerose posizioni dottrinali che si sono riportate, che il diritto alla salute è (e rimane), nonostante la concreta, attuale, progressiva, diminuzione della discrezionalità dei legislatori (nazionale e regionali), un diritto *politico*, cui la tecnica può concretamente dare risposte e presupposti metodologici da cui partire, ma che rimane da soddisfare attraverso l'opera *attiva* dello Stato, il cui *core* decisionale è effettivamente minato dalle logiche di mercato internazionali che, piaccia o no, delimitano un perimetro di mezzi da utilizzarsi.

Anche quest'anno, la manovra sarà risicata e, in un contesto di *scarsità* di risorse, occorre almeno tentare di preservare ciò che si ha, almeno fin quando la tempesta finanziaria non sarà passata, e si potranno investire risorse per il miglioramento del diritto alla salute, che, piuttosto che essere condizionato è da bilanciarsi con l'*alto* degli indici macroeconomici e con il *basso* del nucleo essenziale e degli altri diritti, sui quali on può essere tiranno.

D'altronde, come è stato ricordato dalla Fondazione Gimbe nel consueto rapporto, è vero che il finanziamento alla salute è in calo (in rialzo numerico ma non sufficiente a rincorrere il rincaro dei costi per inflazione), ma che gli *sprechi* evidenziati sono davvero ancora tanti e riguardano sia il sistema istituzionale, sia quello finanziario.

deriva che, come minimo, i livelli di finanziamento pro-capite debbano essere uniformi. In realtà, dovrebbe derivarne anche la tendenziale uniformità dei livelli dei servizi finanziati con quelle risorse (...) sappiamo che non è così, a causa dell'inefficienza e della non appropriatezza (...) che caratterizza alcuni sistemi regionali», contro le quali, però, lungi dal ridurre i flussi finanziari - misura che «difficilmente potrà funzionare come espediente disciplinare per indurre l'uso efficiente di risorse date» - occorreranno «sanzioni per gli amministratori e poteri sostitutivi e incisivi».

¹⁴⁸ G.Bonerba, *Tutela dei diritti sociali e contenimento della spesa negli Stati regionali: le esperienze italiana e spagnola a confronto*, cit., 11. Sull'idea di lasciare la materia del riparto del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, C.Abbafati-F.Spandonaro, *Costi standard e finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, cit., 52, pensano «appaia improvvida anche alla luce dell'esperienza storica (...), la quale dimostra che sinora tale negoziazione o mette in discussione l'attendibilità dei pesi (data la forte e ravvicinata variazione degli stessi) o dimostra una tendenza della negoziazione ad allinearsi al criterio della spesa storica».