

AperTO - Archivio Istituzionale Open Access dell'Università di Torino

Il sindacato del giudice costituzionale sull'organizzazione sanitaria tra autonomia regionale e diritto alla salute

This is the author's manuscript

Original Citation:

Availability:

This version is available <http://hdl.handle.net/2318/1765313> since 2020-12-29T00:00:43Z

Publisher:

Università degli Studi di Torino

Terms of use:

Open Access

Anyone can freely access the full text of works made available as "Open Access". Works made available under a Creative Commons license can be used according to the terms and conditions of said license. Use of all other works requires consent of the right holder (author or publisher) if not exempted from copyright protection by the applicable law.

(Article begins on next page)



Quaderni del Dipartimento di Giurisprudenza
dell'Università di Torino

Come decide la Corte dinanzi a questioni “tecniche”

Incontri sulla giurisprudenza costituzionale

Torino, marzo-giugno 2019

**A cura di Matteo Losana
e Valeria Marcenò**

Introduzione di Nicolò Zanon



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

QUADERNI DEL DIPARTIMENTO DI GIURISPRUDENZA
DELL'UNIVERSITÀ DI TORINO
19/2020

Comitato scientifico dei Quaderni del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino

Manuela Consito, Francesco Costamagna , Eugenio Dalmotto, Riccardo de Caria, Edoardo Ferrante, Domenico Francavilla (coordinatore), Valerio Gigliotti, Matteo Losana, Valeria Marcenò, Lorenza Mola, Luciano Olivero, Francesco Pallante, Margherita Salvadori, Giovanni Torrente

Come decide la Corte dinanzi a questioni “tecniche”

Incontri sulla giurisprudenza costituzionale

Torino, marzo-giugno 2019

a cura di

Matteo Losana e Valeria Marcenò

Introduzione di Nicolò Zanon



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI TORINO

Opera finanziata con il contributo del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino con fondi FFABR 2017

La presente opera è stata sottoposta a revisione da parte di una Commissione di Lettura di docenti del Dipartimento nominata dal Comitato Scientifico della Collana in conformità al Regolamento delle pubblicazioni del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino.

Quaderni del Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università di Torino

Come decide la Corte dinanzi a questioni "tecniche". Incontri sulla giurisprudenza costituzionale, a cura di Matteo Losana e Valeria Marcenò

© 2020 - Università degli Studi di Torino
Via Verdi, 8 – 10124 Torino
www.collane.unito.it/oa/
openaccess@unito.it

ISBN: 9788875901691

Prima edizione: Dicembre 2020

Grafica, composizione e stampa: Rubbettino Editore



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale

Indice

Presentazione <i>di Matteo Losana e Valeria Marcenò</i>	7
Introduzione <i>di Nicolò Zanon</i> Su alcune questioni e tendenze attuali intorno alla motivazione delle decisioni della Corte costituzionale, tra forma e sostanza	21
<i>Francesca Biondi</i> Come decide la Corte dinanzi a questioni “tecniche”: la materia elettorale	31
<i>Luca Imarisio</i> Declinazioni della ragionevolezza e paradigmi di coerenza nella giurisprudenza costituzionale in materia elettorale	49
<i>Guido Rivosecchi</i> Come decide la Corte costituzionale dinanzi a questioni “tecniche”: la materia della finanza pubblica	65
<i>Marcello Cecchetti</i> La Corte costituzionale davanti alle “questioni tecniche” in materia di tutela dell’ambiente	93
<i>Cristina Videtta</i> Le questioni tecniche nel diritto dell’ambiente secondo la Corte costituzionale. Profili problematici	115

<i>Serena Sileoni</i> Come decide la Corte costituzionale dinanzi a questioni “tecniche”: la materia tributaria	131
<i>Enrico Marello</i> Argomenti tradizionali e contemporanei nella giurisprudenza costituzionale in materia tributaria	147
<i>Antonio Iannuzzi</i> Come decide la Corte costituzionale dinanzi a questioni “tecniche”: materie con rilevanza tecnico-scientifica	163
<i>Silvio Troilo</i> Come decide la Corte costituzionale dinanzi a questioni “tecniche”: la materia sanitaria	183
<i>Barbara Gagliardi</i> Il sindacato del giudice costituzionale sull’organizzazione sanitaria tra autonomia regionale e diritto alla salute	203
<i>Elena Malfatti</i> Giurisprudenza costituzionale e “questioni tecniche”: i poteri istruttori della Corte costituzionale	225
<i>Jörg Luther</i> Per una “cultura dell’istruttoria”	257
Notizie sugli Autori	263

Il sindacato del giudice costituzionale sull'organizzazione sanitaria tra autonomia regionale e diritto alla salute

SOMMARIO: 1. Introduzione: l'organizzazione sanitaria tra legge statale e legge regionale. – 2. I principi in materia di tutela della salute. – 3. Spesa sanitaria e principi di coordinamento della finanza pubblica. – 4. L'ordinamento civile. – 5. Organizzazione sanitaria e principio del concorso pubblico. – 6. Conclusioni: il ruolo della Corte costituzionale a contenimento delle diseguglianze territoriali.

1. *Introduzione: l'organizzazione sanitaria tra legge statale e legge regionale*

L'analisi della giurisprudenza costituzionale in tema di organizzazione sanitaria si incentra di necessità sul contenzioso in materia di riparto delle competenze legislative e, pertanto, su un sindacato che è prevalentemente per violazione dell'art. 117 della Costituzione, ferma restando la legittimazione dello Stato a invocare nel controllo di legittimità sulle leggi regionali anche altri parametri, primi fra tutti i principi in materia di organizzazione pubblica (artt. 97 e 98, Cost.).

L'organizzazione sanitaria non afferisce soltanto alla “tutela della salute”, cioè all'ambito di potestà concorrente di cui all'art. 117, c. 3°, Cost., ma a un coacervo di materie elencate dalla Costituzione: alcune come oggetto di competenza legislativa esclusiva statale, come la profilassi internazionale¹, i livelli essenziali di assistenza², l'ordinamento civile; altre attribuite alla competenza concorrente, come le professioni³, il coordina-

1. Citata ad es. a fondamento di norme di polizia veterinaria da Corte cost., 13 giugno 2014, n. 173, oppure per l'obbligo vaccinale in Corte cost., 18 gennaio 2018, n. 5.

2. Ad es. si veda da ultimo Corte cost., 2 novembre 2017, n. 231, per l'attinenza ai livelli essenziali di assistenza di questioni relative al personale delle professioni sanitarie.

3. Viola i principi statali in materia di professioni una legge regionale che riserva lo svolgimento di prestazioni di «mantenimento di efficienza fisica, socializzazione e prevenzione» ai laureati ISEF omettendo i fisioterapisti: Corte cost., 23 aprile 2018, n. 172; *idem* per una legge regionale che istituisce il “clown di corsia”: Corte cost., 6

mento della finanza pubblica e l'alimentazione. Non può inoltre trascurarsi la competenza c.d. "residuale" regionale sulla propria organizzazione amministrativa, che si correla al carattere delle aziende sanitarie di enti strumentali delle regioni medesime. Tutto ciò senza far menzione della competenza esclusiva dello Stato in materia di tutela dell'ambiente, ove, come noto, la rilevanza costituzionale del bene "ambiente" ha trovato storicamente fondamento nel riconoscimento del diritto alla salute e a un ambiente "salubre" (art. 32, Cost.)⁴.

La stessa disciplina dell'organizzazione sanitaria si correla d'altra parte strettamente alla tutela dei diritti "umani"⁵, o "fondamentali" che siano – primo fra tutti quello alla salute⁶, ma anche alla dignità e all'autodeterminazione individuale – diritti tutti che l'ordinamento assicura in concreto attraverso le prestazioni di servizio pubblico⁷ erogate dalle organizzazioni pubbliche e private del servizio sanitario nazionale, secondo norme di organizzazione poste anzitutto dalla legge in virtù della riserva relativa di cui all'art. 97, c. 2°, Cost. È di tutta evidenza che tali norme determinano le modalità di erogazione delle prestazioni, e dunque incidono sulla loro qualità e capacità di assicurare l'effettività dei diritti la cui soddisfazione è compito delle istituzioni della Repubblica⁸.

dicembre 2018, n. 228; ancora Corte cost., 15 maggio 2014, n. 126 relativa ai medici specializzandi.

4. In tema si veda R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Giappichelli, Torino, 2007, 70 ss.

5. Da ultimo in tal senso A. PIOGGIA, *Diritti umani e organizzazione sanitaria*, in *Riv. dir. sic. soc.*, 2011, 22 ss.; ID., *Consenso informato ai trattamenti sanitari e amministrazione della salute*, in *Riv. trim. dir. pubbl.*, 2011, 127 ss.

6. Come si legge in Corte cost., 27 novembre 1998, n. 383, relativa al diritto all'istruzione e ai limiti derivanti dal c.d. numero chiuso: «Organizzazione e diritti sono aspetti speculari della stessa materia, l'una e gli altri implicandosi e condizionandosi reciprocamente. Non c'è organizzazione che, direttamente o almeno indirettamente, non sia finalizzata a diritti, così come non c'è diritto a prestazione che non condizioni l'organizzazione», sicché l'analisi dell'organizzazione deve sempre «considerarsi anche sul suo lato funzionale esterno, coinvolgente i diritti e incidente su di essi».

7. In tema si consenta il rinvio a R. CAVALLO PERIN - B. GAGLIARDI, *Doveri, obblighi e obbligazioni sanitarie e di servizio sociale*, in *I diritti sociali come diritti della personalità*, a cura di R. Cavallo Perin, L. Lenti, G.M. Racca e A. Rossi, Edizioni Scientifiche Italiane, Napoli, 2009, 13 ss.; R. CAVALLO PERIN, *Comuni e province nella gestione dei servizi pubblici locali*, Jovene, Napoli, 1993, 55 ss.; A. ROMANO, *La concessione di un pubblico servizio*, in *La concessione di pubblico servizio*, a cura di G. Pericu, A. Romano e V. Spagnuolo Vigorita, Giuffrè, Milano, 1995, 25 ss.; da ultimo: A. CAUDURO, *Brevi note sul servizio universale*, in *Costituzionalismo.it*, n. 1/2019.

8. Sull'amministrazione «come effettività in concreto dei diritti soggettivi, affinché non ne resti soverchiata la giurisdizione», con un'affermazione la cui rilevanza non è limitata ai

L'analisi della giurisprudenza costituzionale sembra in certa misura confermare quella che taluno ha definito “deferenza” del giudice rispetto alle scelte del legislatore in tema di organizzazione⁹: le norme in materia sono infatti difficilmente dichiarate costituzionalmente illegittime, se non per violazione del riparto di competenza Stato/regioni¹⁰, tutelandosi per l'effetto la discrezionalità del legislatore, specie se statale, nel definire i principi sull'organizzazione pubblica. È cioè difficile rinvenire delle ipotesi di annullamento per violazione di parametri a carattere sostanziale, con la sola, rimarchevole eccezione del principio costituzionale del pubblico concorso (art. 97, c. 4°, Cost.), che la giurisprudenza degli ultimi vent'anni ha affermato con peculiare vigore a limite di un legislatore che si è dimostrato spesso “refrattario” alla sua applicazione, in particolare a livello regionale¹¹.

diritti sociali, ma può ben essere spesa anche per proprietà e libertà personale: R. CAVALLO PERIN, *L'organizzazione delle pubbliche amministrazioni e l'integrazione europea*, in *L'organizzazione delle pubbliche amministrazioni tra Stato nazionale e integrazione europea*, a cura di R. Cavallo Perin, A. Police e F. Saitta, in *A 150 anni dall'unificazione amministrativa italiana*, Firenze University Press, Firenze, 2016, 14 ss.

9. Da ultimo A. MORRONE, *Verso un'amministrazione democratica. Sui principi di imparzialità, buon andamento e pareggio di bilancio*, in *Dir. amm.*, 2019, 402 ss. Sull'ampio strumentario di cui la Corte si è dotata per risultare “rispettosa” della discrezionalità del legislatore in materia di disciplina dell'amministrazione pubblica: F.G. SCOCA, *Amministrazione pubblica e diritto amministrativo nella giurisprudenza della Corte costituzionale*, in *Dir. amm.*, 2012, 21 ss. Evidenzia la “passività” della Corte costituzionale rispetto alle scelte del legislatore in ambito sanitario: V. MOLASCHI, *I rapporti di prestazione nei servizi sociali. Livelli essenziali delle prestazioni e situazioni giuridiche soggettive*, Giappichelli, Torino, 2008, 64 ss.

10. Ferma restando la differenza di sindacato sulle leggi statali e su quelle regionali: come noto, le prime possono essere dichiarate costituzionalmente illegittime in via principale solo per violazione del riparto di competenza, che è l'unico vizio che la Regione è titolata a denunciare innanzi alla Corte [più precisamente le Regioni possono evocare parametri diversi dal riparto di competenza quando le violazioni siano potenzialmente idonee a ripercuotersi sulle loro attribuzioni], mentre lo Stato può lamentare la violazione di ulteriori parametri costituzionali, ergendosi dunque a custode della legittimità costituzionale rispetto alle leggi regionali in senso più ampio, con funzioni di «polizia costituzionale» (in tal senso: G. ZAGREBELSKY - V. MARCENÒ, *Giustizia costituzionale*, il Mulino, Bologna, 2012, 330). Così da ultimo: Corte cost., 16 luglio 2012, n. 187; Corte cost., 16 febbraio 2012, n. 22; Corte cost., 28 aprile 2011, n. 156; Corte cost., 18 febbraio 2011, n. 42; Corte cost., 2 febbraio 2011, n. 33.

11. Si veda per un esempio Corte dei conti, Sez. riun. in sede di controllo, *Relazione 2012 sul costo del lavoro pubblico*, Roma, 2012, 145, per una critica dell'estensione – con leggi regionali – delle procedure di stabilizzazione a beneficio di personale dirigenziale

La medesima cautela nei confronti della discrezionalità del legislatore si riflette nell'uso frequente di sentenze interpretative di rigetto: non sono rari i casi in cui la Corte interpreta la legislazione regionale in materia di organizzazione sanitaria comunque riconducendola nelle maglie dei principi posti dal legislatore statale¹². La stessa tecnica è talora usata per salvaguardare discipline statali di apparente eccessivo dettaglio, e dunque in violazione della competenza regionale sulla tutela della salute, ove il giudice costituzionale ne indica il carattere non vincolante, chiarendo come esprimano una mera "facoltà" aperta al legislatore regionale¹³.

Più numerose forse le ipotesi in cui si perviene all'annullamento di leggi regionali che violano i "principi" statali in materia di tutela della salute (par. 2), o di coordinamento della finanza pubblica (par. 3). Del pari incide in materia sanitaria la disciplina in tema di "ordinamento civile", che pesantemente condiziona la stessa nozione di "organizzazione amministrativa", determinandone una lettura riduttiva rispetto a quella tradizionale, poiché ad essa sottrae tutti i rapporti d'impiego (par. 4). A tal riguardo merita una speciale menzione il contenzioso in tema di concorsi in sanità, atteso che, come anticipato, il principio del concorso è sicuramente il parametro sostanziale più frequentemente utilizzato come limite del potere delle regioni di definire la propria organizzazione (par. 5).

2. *I principi in materia di tutela della salute*

Non sono rari i casi di annullamento di leggi regionali per violazione dei principi in materia di tutela della salute, attribuiti – come noto – alla potestà legislativa statale (art. 117, c. 3°, Cost.), imponendosi una rilettu-

sanitario assunto a tempo determinato, «malgrado il fenomeno sia stato specificamente stigmatizzato dalla Corte costituzionale».

12. Ad es. Corte cost., 29 novembre 2018, n. 219: su una legge della regione Calabria in ambito di igiene alimentare, di cui si afferma il carattere non derogatorio rispetto alle norme procedurali dello Stato che attribuiscono le relative competenze d'autorizzazione alle Asl; Corte cost., 27 dicembre 2018, n. 249: sulla disciplina lombarda in tema di scuole di specializzazione; Corte cost., 18 luglio 2014, n. 209: sulla legge della regione Campania in materia di accreditamento delle strutture sanitarie; Corte cost., 16 luglio 2014, n. 199: su una legge sarda sul riordino degli Istituti zooprofilattici sperimentali.

13. Così ad es. Corte cost. 19 febbraio 2019, n. 89, ove una disposizione in materia di riduzione delle spese di personale è interpretata come introduttiva di una "facoltà" per le Regioni (e non di un obbligo).

ra – almeno parziale – della “*vulgata*” secondo cui la riforma del Titolo V avrebbe significativamente esteso la competenza legislativa regionale in materia rispetto a quella definita dalla previgente “assistenza sanitaria e ospedaliera”¹⁴. Benché un ampliamento della competenza regionale ci sia stato, esso sembra da imputarsi precipuamente alla regionalizzazione – a “Costituzione invariata” – del servizio sanitario nazionale, che non a caso si definisce ormai sempre più spesso come la “somma” dei servizi sanitari regionali¹⁵.

È infatti con le riforme degli anni '90¹⁶ che si assiste da un lato all'attrazione delle competenze gestionali dal livello comunale a quello regionale, con l'istituzione delle Unità sanitarie locali “in forma d'azienda” che assumono la configurazione di enti strumentali delle regioni, in luogo delle preesistenti unità attribuite ai comitati di gestione di livello comunale¹⁷. D'altro canto nello stesso periodo si ridefinisce – in chiave riduttiva – il ruolo del finanziamento statale delle prestazioni, superandosi il modello elaborato dalla legge istitutiva del servizio sanitario che s'incentrava sulla devoluzione delle risorse del Fondo sanitario nazionale (Fsn) al sovvenzionamento di livelli “uniformi” di assistenza¹⁸. L'introduzione delle diverse

14. In tal senso ad es. Corte cost., 1° luglio 2015, n. 125; Corte cost., 5 maggio 2006, n. 181; Corte cost., 31 marzo 2006, n. 134; Corte cost., 7 luglio 2005, n. 270. Suggestisce un «forte ridimensionamento» della conclusione circa l'ampliamento della competenza legislativa regionale in ambito sanitario: D. MORANA, *Tutela della salute*, in *Il diritto amministrativo dopo le riforme costituzionali*, a cura di G. Corso e V. Lopilato, pt. spec., vol. I, Giuffrè, Milano, 2006, 280.

15. D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229, art. 1. In tema: R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, cit., 130-131; C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria: dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, in *Riv. dir. sic. soc.*, 2016, 71 ss. Da ultimo per una riflessione sulle principali differenze organizzative tra modelli regionali, con attenzione in particolare all'integrazione socio-sanitaria: C. BOTTARI, *Verso una revisione sociale, giuridica e istituzionale del Servizio sanitario regionale*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 2 (www.cortisupremeesalute.it).

16. In particolare d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502; d.lgs. 7 dicembre 1993, n. 517; d.lgs. n. 229 del 1999, cit.

17. L. 23 dicembre 1978, n. 833, art. 13 e ss.

18. L. 23 n. 833 del 1978, cit., art. 3: «La legge dello Stato, in sede di approvazione del piano sanitario nazionale (...), fissa i livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini», art. 4: «Con legge dello Stato sono dettate norme dirette ad assicurare condizioni e garanzie di salute uniformi per tutto il territorio nazionale». Per l'evoluzione del modello di finanziamento delle prestazioni: N. VICECONTE, *Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale*, in *Manuale di diritto sanitario*, a cura di R. Balduzzi e G. Carpani, il Mulino, Bologna, 2013, 371 ss.; G. CILIONE, *Diritto sanitario*, Maggioli, Santarcangelo di Romagna, 2013, 159 ss.

nozioni di livelli “essenziali” e prestazioni “ulteriori” si accompagna a un tentativo di responsabilizzazione delle regioni anche sul piano finanziario, con introduzione di modelli di finanziamento basati sul gettito derivante da imposte regionali, che finiscono con l’attribuire al Fsn un carattere “aggiuntivo”¹⁹, seppur con una riforma che pare tuttora incompiuta.

Ad oggi non mancano, anche in assenza, o in attesa, di forme di c.d. “costituzionalismo differenziato” (art. 116, Cost.)²⁰, sistemi regionali che si discostano, e non poco, dal modello nazionale delineato dalle norme di “riordino della materia sanitaria” (d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.). Il riferimento è anzitutto alla sanità lombarda, che si segnala in particolare per il superamento del c.d. modello “integrato”²¹, in cui l’azienda sanitaria svolge simultaneamente il ruolo di soggetto finanziatore ed erogatore delle prestazioni attraverso i presidi ospedalieri. In Lombardia, viceversa, l’azienda sanitaria – ora Agenzia di Tutela della Salute (ATS) – è infatti esclusivamente soggetto “pagatore” di prestazioni erogate da diversi soggetti pubblici e, ancor più, privati, secondo un modello che intende offrire peculiare tutela al diritto di scelta dell’utente (oltretutto alla «parità di diritti e doveri tra soggetti pubblici e privati che operano all’interno del servizio sanitario lombardo»)²².

In generale, tuttavia, i “principi” in tema di tutela della salute condizionano in maniera assai significativa anche la disciplina d’organizzazione

19. Il finanziamento sarebbe ripartito per quote tendenzialmente corrispondenti tra Stato e Regioni secondo G. GIARELLI, *1978-2018: quarant’anni dopo. Il Ssn tra defianziamento, aziendalizzazione e regionalizzazione*, in *Autonomie locali e servizi sociali*, 2013, 456 ss.

20. In tema si vedano: F. PALLANTE, *Nel merito del regionalismo differenziato: quali «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» per Veneto, Lombardia ed Emilia Romagna?*, in *Federalismi.it*, 20 marzo 2019; AA.VV., *L’attuazione in concreto dell’art. 116, terzo comma, della Costituzione: a partire dalle istanze della Regione Piemonte*, in *Il Piemonte delle Autonomie*, n. 1/2019 (<http://piemonteautonomie.cr.piemonte.it>); E. DI CARPEGNA BRIVIO, *L’applicazione del regionalismo differenziato per la sperimentazione delle politiche pubbliche*, in *Dir. reg.*, n. 3/2019, 2 ottobre 2019; G. ROLLA, *L’evoluzione dello Stato regionale in Italia: tra crisi del regionalismo omogeneo e aspirazioni a un’autonomia asimmetrica dei territori*, in *Le Reg.*, 2019, 177 ss.

21. Si veda F. TOTH, *La sanità in Italia*, il Mulino, 2014, 63 ss.

22. Cfr. l.r. Lombardia 30 dicembre 2009, n. 33, *Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità*, art. 2, c. 1°, lett. b, come modificato, in particolare, dalle l.r. 11 agosto 2015, n. 23 e l.r. 22 dicembre 2015, n. 41. Non è un caso che inizialmente alla legge fosse attribuito carattere “sperimentale”, prescrivendosene la valutazione dei risultati, in collaborazione con il Ministero della Salute, dopo 5 anni (l.r. n. 33 del 2009, cit., art. 1 bis, introd. dalla l.r. n. 41 del 2015, cit., art. 2 e poi abrogato dalla l.r. 25 gennaio 2018, n. 5 art. 2, c. 1°, lett. b, num. 79).

degli enti pubblici e privati cui è affidata l'erogazione delle prestazioni, confermando come la disciplina dei modelli organizzativi sia indissociabile dalla tutela in concreto del diritto, attese le sicure ricadute delle condizioni di erogazione delle prestazioni sulla qualità delle stesse.

Come è stato evidenziato anche in altri ambiti – a partire dal “coordinamento della finanza pubblica” che del pari è attribuito alla potestà legislativa concorrente (art. 117, c. 3°, Cost.) – le norme di principio in materia di tutela della salute non sono affatto il prodotto di un'astrazione generalizzante formulata in termini che lascino ampio spazio all'indeterminatezza, ma piuttosto si tratta prevalentemente di disposizioni puntuali, enunciati particolari, norme di dettaglio, assunti come limiti rispetto agli ordinamenti autonomi al fine di ricomporre ad unità un sistema plurimo, policentrico e “disordinato”²³.

Ciò si coglie ad es. nella decisione della Corte sulla disciplina di riordino degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), in cui oggetto del sindacato sono molte disposizioni a carattere organizzativo, che giungono sino all'attribuzione di poteri d'amministrazione al Ministro nei confronti degli enti di nuovo conio, non a caso definiti “a rilevanza nazionale”. Ed è tal proposito che si evidenzia come «il potere del legislatore nazionale di determinare i principi fondamentali (...) risente naturalmente in modo significativo della complessità e delicatezza dell'oggetto da disciplinare», sicché lo Stato può «andare al di là di quanto possono disciplinare ordinariamente le leggi cornice»²⁴.

Più di recente, in tema di obbligo vaccinale, si ricorda come si siano ritenute «*coessenziali ai principi fondamentali disposizioni pur specifiche che prevedono sanzioni amministrative e regolano il procedimento volto a irrogarle, e ancor prima ad accertare le trasgressioni*»²⁵. Del pari, sono state assunte al rango di principi della materia norme relative all'ambito di applicabilità, i termini o le fasi dei procedimenti di autorizzazione o accreditamento delle strutture sanitarie, con annullamento di leggi regionali che consentivano, ad es., di stipulare accordi contrattuali con

23. Si veda R. CAVALLO PERIN, *I principi costituzionali e il potere di coordinamento della finanza pubblica come potere unilaterale della Repubblica*, in *Dir. amm.*, 2015, 644 ss. Per il riferimento ai “principi dettagliati”, M. CARRER, *Il legislatore competente. Statica e dinamica della potestà legislativa nel modello regionale italiano*, Giuffrè, Milano, 2012, 168 ss.; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso della tutela della salute*, Bononia University Press, Bologna, 2008, 226.

24. Corte cost., 27 gennaio 2005, n. 36.

25. Corte cost., 18 gennaio 2018, n. 5.

soggetti “in via di” accreditamento²⁶, di prorogare i termini previsti per gli adeguamenti strutturali imposti in sede di autorizzazione²⁷, di derogare parzialmente all’obbligo di previo accreditamento per talune organizzazioni con peculiari caratteristiche²⁸, o ancora, di accreditare in via definitiva un soggetto subentrante a un altro già accreditato in via provvisoria e poi fallito²⁹.

Il legame tra organizzazione e diritti risulta di peculiare evidenza nel contenzioso costituzionale in materia farmaceutica, ove sono ritenuti principi fondamentali le norme che pongono i criteri sulla distribuzione territoriale e il contingentamento delle farmacie, che individuano il livello di governo competente al rilascio dei titoli abilitativi, che fissano i requisiti di partecipazione ai concorsi, definiscono illeciti e sanzioni in materia di circolazione dei farmaci o indicano gli esercizi abilitati alla somministrazione di prestazioni analitiche o di medicinali soggetti a prescrizione (escludendo, ad es., parafarmacie, esercizi di vicinato e strutture medio-grandi di vendita)³⁰. Tutte infatti sono norme di organizzazione del servizio farmaceutico volte ad assicurarne anzitutto il sistema di contingentamento e dunque quella distribuzione capillare sul territorio che è elemento essenziale del servizio pubblico e garanzia dell’accesso al farmaco³¹.

Più di rado anche norme sul rapporto di lavoro di medici e altre professioni sanitarie sono considerate espressione di principi fondamentali in materia di tutela della salute: così si afferma l’illegittimità costituzionale di una legge regionale che estenda il c.d. regime “*intra moenia*” agli infermieri³². Viceversa è infondata la questione sollevata in via incidentale nei confronti di un’altra legge che vietava ai veterinari-dipendenti pubblici di esercitare l’attività professionale nell’ambito territoriale dell’Asl, ma l’infondatezza è argomentata precisamente evidenziando nella norma un carattere attuativo del principio d’incompatibilità dettato dalla legge statale³³.

Tale individuazione dei “principi” anche in norme di organizzazione minute, di cui si assume l’inderogabilità assoluta, circoscrive la

26. Corte cost., 21 dicembre 2018, n. 238.

27. Corte cost., n. 238 del 2018, cit.

28. Corte cost., 1° luglio 2015, n. 124; Corte cost., 16 aprile 2015, n. 59.

29. Corte cost., 7 giugno 2013, n. 132.

30. Corte cost., 31 ottobre 2013, n. 255; Corte cost., 20 novembre n. 261.

31. Vedi da ultimo A. CAUDURO, *L'accesso al farmaco*, Ledizioni, Milano, 2017, 98 ss., ove in particolare si evidenzia come l’attività di programmazione della distribuzione dei farmaci sia «elemento costitutivo di servizio pubblico».

32. Corte cost., 31 marzo 2015, n. 54.

33. Corte cost., 12 aprile 2005, n. 147.

possibilità di ammettere una protezione del diritto fondamentale alla tutela della salute che sia a geometria variabile³⁴, evidenziando la già richiamata correlazione tra disciplina organizzativa e diritti fondamentali, che è *ratio* della stessa rilevanza giuridica esterna delle norme d'organizzazione ormai da tempo riconosciuta³⁵. Sembra, cioè, che le norme di dettaglio assurgano alla qualità di principi in quanto elementi coesenziali alla protezione di un diritto che il principio di unità della Repubblica impone di garantire secondo standard omogenei, coerentemente con l'affermazione di livelli essenziali di tutela che debbono essere assicurati in modo uniforme su tutto il territorio (art. 117, c. 2°, lett. m, Cost.)³⁶. Si assume, cioè, che un'eccessiva differenziazione nella configurazione dell'organizzazione sanitaria a livello regionale sia di ostacolo a una protezione omogenea del diritto alla salute, capace di salvaguardarne quel nucleo "incomprimibile" che non pare assoggettabile a condizionamenti di sorta³⁷, atteso che l'unitarietà dell'ordinamento giuridico della Repubblica è correlata

34. Si veda Corte cost., 19 dicembre 2003, n. 361, in materia di divieto di fumo, ove la salute è definita come un «bene che per sua natura non si presta a essere protetto diversamente alla stregua di valutazioni differenziate». Ritiene che la disciplina della salute come "diritto fondamentale" non ammetta di per sé diversificazioni regionali: V. MOLASCHI, *Verso il superamento degli obblighi vaccinali: considerazioni alla luce del piano piemontese di promozione delle vaccinazioni 2006*, in *La tutela della salute tra tecnica e potere amministrativo*, a cura di M. Andreis, Milano, Giuffrè, 2006, 85 ss.; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso della tutela della salute*, cit.

35. Per la configurazione delle norme di organizzazione come norme interne si vedano: G. ZANOBINI, *Regolamento*, in *N. Dig. It.*, XI, 1939, 316; F. CAMMEO, *Della manifestazione della volontà dello Stato nel campo del diritto amministrativo*, in *Primo Trattato completo di diritto amministrativo italiano*, a cura di V.E. Orlando, III, Società editrice libraria, Milano, 1897, 125 e ss.; più di recente per una sistematizzazione del dibattito: M. NIGRO, *Studi sulla funzione organizzatrice della pubblica amministrazione*, Giuffrè, Milano, 1966, 44, spec. nt. 59.

36. Sui lea come standard "minimi", volti ad evitare che gli utenti «debbano assoggettarsi ad un regime di assistenza sanitaria inferiore, per quantità e qualità, a quello ritenuto intangibile dallo Stato»: Corte cost., 10 giugno 2010, n. 207; Corte cost., 2 luglio 2009, n. 200.

37. Corte cost., 8-23 luglio 1992, n. 356, ove si evidenzia come la spesa sanitaria vada determinata «tenuto ovviamente conto delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute»; Corte cost., 7-16 luglio 1999, n. 309: «le esigenze della finanza pubblica non possono assumere, nel bilanciamento del legislatore, un peso talmente preponderante da comprimere il nucleo irriducibile del diritto alla salute protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana» (corsivi aggiunti).

alla «effettività di fruizione dei livelli essenziali dei diritti sociali» (art. 120, c. 2°, Cost.)³⁸.

Non mancano d'altra parte nella definizione dei livelli essenziali di assistenza elementi di organizzazione o di processo, che si tratti, ad es., dell'obbligo di garantire un accesso "unitario" ai servizi sociali e sanitari, secondo un approccio multidimensionale che assicuri una presa in carico individualizzata³⁹, o della definizione dei servizi o delle strutture incaricate di determinate prestazioni (es. fornitura di farmaci, di dispositivi medici, ecc.)⁴⁰, evidenziandosi dunque come le determinazioni circa il "come" di tutela dei diritti siano un corollario – oltreché una garanzia – del "quantum" definito in sede di individuazione dei livelli essenziali.

3. *Spesa sanitaria e principi di coordinamento della finanza pubblica*

Nell'ultimo decennio buona parte, se non la maggioranza, delle decisioni della Corte costituzionale in materia di organizzazione sanitaria ha riguardato il riparto di competenza legislativa sul coordinamento della finanza pubblica, ove a essere prevalenti sono le pronunce di annullamento delle leggi regionali per violazione dei principi posti dal legislatore statale. Per dare pieno conto della rilevanza delle politiche di contenimento della spesa sull'esercizio della

38. In tal senso R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, cit., 124-125; C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3 (www.cortisupremealite.it).

39. Cfr. d.P.C.M. 12 gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*, art. 21.

40. Cfr. d.P.C.M. 12 gennaio 2017, cit., art. 8, 9, 11, all. 11. Sul collegamento «molto stretto» tra le «norme sulle prestazioni in senso stretto» e quelle «sulle strutture destinate a erogarle», ove se le prime contribuiscono alla definizione del "quanto" dei diritti civili e sociali, le secondo concorrono a quella del "come": M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, a cura di E. Catelani, G. Cerrina Feroni e M.C. Grisolia, Giappichelli, Torino, 2011, 27 ss.; A. PIOGGIA, *La gestione della sanità tra pubblico e privato*, ivi, 67, secondo cui i vincoli organizzativi posti dalla legislazione statale si giustificano solo in quanto necessari a garantire il contenuto essenziale del diritto alla salute, in guida di competenza legislativa statale "indiretta"; F. CINTIOLI, *Diritto alla salute, interessi pubblici e ruolo delle Regioni*, ivi, 47 ss.; C. TUBERTINI, *La garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni nell'organizzazione del servizio sanitario*, in *Oltre l'aziendalizzazione del servizio sanitario. Un primo bilancio*, a cura di A. Pioggia, M. Dugato, G. Racca e S. Civitarese Matteucci, Franco Angeli, Milano, 2008, 447 ss., ove tra gli esempi di elementi «lato sensu organizzativi» nei la si citano le previsioni sulle liste d'attesa.

competenza legislativa regionale, è d'altra parte sufficiente ricordare come a essere dedicata alla sanità sia larghissima parte del bilancio delle regioni⁴¹.

Trattasi di un contenzioso articolato, cui in questa sede si può solo accennare, talora richiamato a supporto di quella definizione del diritto alla salute come “finanziariamente condizionato”⁴² di cui da tempo è discusso il valore descrittivo. Come è stato anche altrove evidenziato, qualunque diritto, a partire da quelli di proprietà e libertà personale – tradizionalmente individuati come archetipo delle libertà negative della tradizione liberale settecentesca e perciò contrapposti ai diritti a prestazione emersi nel XIX secolo – ha un costo in termini (anche) economici per la collettività, che lo sostiene precipuamente attraverso la fiscalità generale, con cui sono anzitutto finanziate le strutture e organizzazioni necessarie a garantirne protezione ed effettività, a partire dalle forze di polizia e dal sistema giurisdizionale⁴³.

41. Le regioni a statuto ordinario dedicano alla sanità oltre l'80% del proprio budget: F. TOTH, *La sanità in Italia*, cit., 7.

42. Corte cost., 26 settembre-16 ottobre 1990, n. 455: «(...) al pari di ogni diritto a prestazioni positive, il diritto a ottenere trattamenti sanitari (...) è garantito a ogni persona come un diritto costituzionale condizionato dall'attuazione che il legislatore ordinario ne dà attraverso il bilanciamento dell'interesse tutelato da quel diritto con gli altri interessi costituzionalmente protetti».

43. Da ultimo: E. CHEREMINSKY, *We the People. A Progressive Reading of the Constitution for the Twenty-First Century*, Picador, New York, 2018, 225 ss., ove l'osservazione è condotta anzitutto per il diritto al giusto processo e le ulteriori garanzie processuali di cui agli *Amend.* 5th, 6th e 7th; C. SUSTEIN - S. HOLMES, *The Cost of Rights: Why Liberty Depends on Taxes*, Norton, New York-London, 1999; C. SUSTEIN, *The Second Bill of Rights: FDR's Unfinished Revolution and Why We Need It More Than Ever*, Basic Books, New York, 2004, 20 ss. Sul diritto alla salute come “diritto finanziariamente condizionato” si veda inoltre F. MERUSI, *Servizi pubblici instabili*, il Mulino, Bologna, 1990, 30; più di recente una sistematizzazione è offerta da: R. FERRARA, *Il diritto alla salute: principi costituzionali*, in *Salute e sanità*, a cura di R. Ferrara, in *Trattato di biodiritto*, dir. da S. Rodotà e P. Zatti, Giuffrè, Milano, 2010, 34, ove si evidenzia precisamente come sia in occasione dell'endemico contenzioso su riparto di competenze e determinazione del volume complessivo della spesa sanitaria che si perviene a una riduzione del valore e della portata dell'art. 32 Cost.; M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., 14 ss.; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, III ed., Giappichelli, Torino, 2018, 52 ss.; B. PEZZINI, *Diritto alla salute e dimensioni della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale*, in *Cittadinanza, Corti e salute*, a cura di R. Balduzzi, Cedam, Padova, 2007, 217, secondo cui «enfaticamente la formula del diritto finanziariamente condizionato si rischia di dire che spetterebbe, in ultima analisi, al bilanciamento finanziario definire il contenuto delle prestazioni, quindi del diritto, mentre è vero esattamente il contrario: le prestazioni essenziali sono dovute in quanto tali e insiste sul legislatore il preciso dovere di garantire le risorse finanziarie necessarie». Sulle ambiguità della nozione di “diritto sociale”: A. GIORGIS, *La costituzionalizzazione dei diritti all'uguaglianza sostanziale*, Jovene, Napoli, 1999, 52 ss.

È la stessa Costituzione a riconoscere come tutti i diritti, che si tratti di quelli “civili” tradizionalmente considerati nel novero delle libertà negative, o di quelli “sociali” detti di terza generazione, richiedano delle “prestazioni”, i cui livelli “essenziali”, che debbono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, sono affidati alla determinazione dello Stato⁴⁴.

È ben noto che la *ratio* di contenimento del debito pubblico e di razionalizzazione della spesa ha ispirato la maggior parte delle riforme del settore sanitario degli ultimi anni, con pochissime eccezioni (tra cui ad es. le norme sull’obbligo vaccinale, o quelle sulle disposizioni anticipate di trattamento e sul consenso informato, o ancora la riforma della responsabilità di strutture e operatori sanitari)⁴⁵. Si tratta di previsioni minuziose che intervengono su diversi aspetti dell’organizzazione: dalla centralizzazione degli acquisti con la costituzione di appositi soggetti aggregatori⁴⁶, ai limiti al *turn-over* del personale⁴⁷, alla riduzione dei posti letto⁴⁸, ai vincoli che investono direttamente le imprese farmaceutiche per limitare il finanziamento di convegni e altre iniziative promozionali (i cui costi si riflettono su quello dei farmaci)⁴⁹, a quelle ancora che hanno previsto la rinegoziazione dei contratti d’appalto per acquisto di beni e servizi⁵⁰, la riduzione dei compensi degli organi di direzione e vigilanza⁵¹, sino alle previsioni sul commissariamento e sui c.d. piani di rientro dal disavanzo⁵².

Gli obblighi imposti dalla legge statale con esercizio della competenza legislativa concorrente sul coordinamento della finanza pubblica hanno per lo più superato il vaglio di costituzionalità secondo tecniche argomentative molto simili a quelle già viste in precedenza. Come per la tutela della salute, anche in questo caso i “principi” sono molto spesso previsioni assai dettagliate che limitano l’autonomia finanziaria regionale in

44. C. PINELLI, *Livelli essenziali delle prestazioni*, in *Il diritto amministrativo dopo le riforme costituzionali*, cit., 195-196.

45. Rispettivamente: d.l. 7 giugno 2017, n. 73, *Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale*, conv. in l. 31 luglio 2017, n. 119; l. 22 dicembre 2017, n. 219, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*; l. 8 marzo 2017, n. 24, *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*.

46. L. 28 dicembre 2015 n. 208, art. 1, c. 548°.

47. Es. art. 2, c. 71°, l. 23 dicembre 2009, n. 191.

48. Art. 15, c. 13°, lett. c, d.l. 6 luglio 2012, n. 95, conv. in l. 7 agosto 2012, n. 135.

49. Art. 52, c. 19°, l. 27 dicembre 2002, n. 289.

50. Art. 15, c. 13°, lett. a, d.l. n. 95 del 2012, cit.; art. 17, c. 1°, lett. a, d.l. 6 luglio 2011, n. 98, conv. in l. 15 luglio 2011, n. 111.

51. Art. 61, c. 14°, d.l. 25 giugno 2008, n. 112, conv. in l. 6 agosto 2008, n. 133.

52. Art. 2, c. 77° ss., l. 23 dicembre 2009, n. 191.

nome di un'unitaria visione della finanza pubblica, correlata a un'unitaria considerazione della Repubblica⁵³ che fa da *pendant* all'affermazione di standard omogenei di tutela dei diritti⁵⁴.

Il contenzioso, si è detto, riecheggia la qualificazione del diritto alla salute come “finanziariamente condizionato”, e dunque tutelato nei limiti della capacità finanziaria e organizzativa della Repubblica. A ben vedere, tuttavia, a essere rigettate sono le censure incapaci di dimostrare l'inadeguatezza del finanziamento statale rispetto a specifiche prestazioni dedotte nei livelli essenziali di assistenza, sicché il nucleo del diritto rimane impregiudicato, a conferma del suo carattere fondamentale⁵⁵. Viceversa, ove la Regione riesca nella *probatio*, seppur apparentemente “diabolica”, dell'insufficienza delle risorse per il finanziamento di una peculiare prestazione coesistente alla tutela del diritto, la censura trova più facilmente accoglimento⁵⁶. Non vale cioè addurre la generica insufficienza delle risorse a finanziare le prestazioni dedotte nei livelli essenziali delle prestazioni, ma occorre dimostrare “dati alla mano” la precisa impossibilità di mantenimento degli standard di qualità del servizio e con essa la concreta lesione del diritto alla salute, escludendosi per l'effetto un controllo giurisdizionale di livello “macro” sull'adeguatezza del finanziamento destinato alla tutela della salute.

I principi “dettagliati” individuati dal legislatore statale in sede di coordinamento della finanza pubblica investono l'organizzazione sanitaria⁵⁷ come il

53. Si veda R. CAVALLO PERIN, *I principi costituzionali e il potere di coordinamento della finanza pubblica come potere unilaterale della Repubblica*, cit., 643-644, ove in particolare si sottolinea come tale unitaria considerazione debba *a fortiori* comprendere anche l'Unione europea, di cui la Repubblica è a propria volta costitutiva.

54. Il coordinamento della spesa finanziaria cede ove le risorse non siano state trasferite dallo Stato ma derivino dall'imposizione fiscale autonoma: Corte cost., 8 giugno 2015, n. 125; Corte cost., 7 maggio 2012, n. 115; Corte cost., 16 maggio 2012, n. 115; Corte cost., 12 aprile 2010, n. 133; Corte cost., 16 dicembre 2009.

55. Si veda Corte cost., n. 5 del 2018, ove la censura della Regione Veneto sull'inadeguatezza delle risorse a disposizione per l'erogazione dei vaccini è definita “apodittica” poiché priva di riferimenti a dati più analitici su entrate e uscite; Corte cost., 11 aprile 2019, n. 83; Corte cost., 21 marzo 2017, n. 169.

56. Si veda in particolare Corte cost., 16 dicembre 2016, n. 275, ove si dichiara illegittima una legge statale che condizionava a «generiche, insufficienti e indefinite previsioni di bilancio» il finanziamento delle spese sostenute dalle Province per il trasporto degli studenti con disabilità.

57. Per l'illegittimità di una legge regionale che istituisce presso tutte le aziende sanitarie e ospedaliere il “Servizio delle professioni sanitarie” e il “Servizio sociale professionale”: Corte cost., 14 luglio 2017, n. 190; su una legge regionale che individua le attività odontoiatriche non soggette ad autorizzazione sanitaria o a segnalazione certificata di inizio attività: Corte cost., 11 maggio 2017, n. 106; è illegittima la legge regionale che consente

tipo di prestazioni erogate dai servizi sanitari regionali, specie ove siano idonee a interferire con i “piani di rientro” dal disavanzo⁵⁸. Talora si afferma per l’effetto una declinazione “al ribasso” del principio di eguaglianza, vietandosi l’erogazione di prestazioni ulteriori rispetto ai livelli essenziali, o a condizioni economicamente più favorevoli⁵⁹. Nemmeno la titolarità esclusiva delle risorse riesce a porsi come argine alla potestà legislativa dello Stato, specie ove queste siano impiegate a integrazione del finanziamento statale dei lea⁶⁰.

I vincoli in tal modo posti trovano talora compensazione nell’affermazione del principio di “transitorietà” del limite opposto all’autonomia⁶¹, e nell’individuazione di modalità procedimentali fondate sul principio di leale cooperazione istituzionale (art. 120 Cost.)⁶². Così, sono la previa

la proroga del personale precario del Sistema sanitario regionale: Corte cost., 19 gennaio 2017, n. 14; quella che semplifica i procedimenti di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie: Corte cost., 7 ottobre 2015, n. 227.

58. Sui vincoli derivanti dai piani di rientro: Corte cost., 18 aprile 2019, n. 94; per l’illegittimità di leggi regionali che prevedevano misure di contenimento della spesa sanitaria «in modo del tutto disarmonico rispetto alle scelte commissariali»: Corte cost., 15 dicembre 2016, n. 266; Corte cost., 28 maggio 2014, n. 141. Sono state inoltre dichiarate illegittime per l’idoneità a interferire con i piani di rientro leggi regionali che: prevedevano forme di assistenza a persone affette da disturbi dello spettro autistico e disturbi pervasivi dello sviluppo (Corte cost., 27 dicembre 2018, n. 247); assicuravano assistenza a persone in età evolutiva con disturbi del neurosviluppo e patologie neuropsichiatriche e con disturbi dello spettro autistico (Corte cost., 15 novembre 2018, n. 199); incrementavano i livelli essenziali di assistenza (Corte cost., 1° giugno 2018, n. 117; Corte cost., 29 maggio 2013, n. 104). In tema si veda E. GRIGLIO, *Il legislatore dimezzato: i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari ed interventi sostitutivi governativi*, in *Le Reg.*, 2012, 455 ss.

59. Corte cost., n. 187 del 2012, cit., con nt. di S. de GOTZEN, *La disciplina in materia di ticket incidente sui livelli essenziali di assistenza sanitaria. Divieto di differenziazioni in melius*, in *Le Reg.*, 2012, 1227 ss.; la sentenza richiede l’uniformità sul territorio nazionale delle condizioni di erogazione, ivi compreso il pagamento del ticket, che non può essere preso in carico dalla Regione.

60. In tal senso Corte cost., n. 187 del 2012, cit.; Corte cost., 10 maggio 2012, n. 115, con nt. di N. LUPO e G. RIVOSECCHI, *Quando l’equilibrio di bilancio prevale sulle politiche sanitarie regionali*, in *Le Reg.*, 2012, 1062 ss., che dichiara inammissibile una questione sollevata con riferimento alla disciplina dell’organizzazione e coordinamento di programmi di cura da finanziarsi con risorse regionali, ove se ne evidenzino l’estraneità rispetto alle prestazioni individuate come lea nel medesimo settore (cure palliative e terapia del dolore); nel senso per cui i principi di coordinamento della finanza pubblica non possono essere opposti in sede di utilizzazione delle risorse proprie delle autonomie speciali: Corte cost., n. 125 del 2015, cit.; *idem* Corte cost., 30 dicembre 2009, n. 341.

61. Corte cost., 23 maggio 2018, n. 103.

62. Oltre alle sentenze citate nella nota successiva, si veda: Corte cost., 15 aprile 2010, n. 133. In tal senso da ultimo R. CAVALLO PERIN, *I principi costituzionali e il potere di*

intesa in sede di Conferenza unificata o gli specifici accordi stipulati in occasione della redazione dei piani di rientro a fondare un potere del commissario nominato dallo Stato che non tollera interferenze regionali, neanche con interventi di rango legislativo⁶³.

Nello stesso contenzioso è riconosciuta alla scienza la capacità di limitare la discrezionalità politica del legislatore, nel senso che le esigenze di contenimento della spesa non possono giungere sino a conculcare la piena espressione della professionalità medica, impedendo, ad es., per mere esigenze di risparmio la prescrizione di trattamenti sanitari autorizzati. La vicenda è ben diversa da quella che ha investito trattamenti “non convenzionali” (es. di Bella, Stamina) talora consentiti in sede giurisdizionale con allocazione della spesa a carico della finanza pubblica, a prescindere dal difetto del completamento dei relativi iter autorizzativi⁶⁴. Può dirsi che si siano in quelle ipotesi confrontate diverse espressioni di “scienza”, o presunta tale, mettendosi per l’effetto in discussione la riserva di discrezionalità tecnica in capo all’amministrazione pubblica e agli organi a legittimazione tecnico-professionale da questa individuati.

Viceversa nel caso in esame il confronto è tra scienza e mera discrezionalità politica, che determina la limitazione delle prestazioni prescrivibili in ragione della patologia secondo un elenco predefinito in sede ministeriale (c.d. decreto appropriatezza). Con sentenza interpretativa di rigetto il giudice costituzionale disinnesca il supposto conflitto, a beneficio dell’ «autonomia e responsabilità del medico» e – con essa della libertà di scienza, che mal tollera di essere coartata per mere esigenze finanziarie (c.d. principio di autonomia terapeutica⁶⁵). L’obbligo di prescrivere le sole prestazioni indicate dal decreto ministeriale è così letto come «mero invito al medico prescrittore di rendere trasparente, ragionevole e informata la

coordinamento della finanza pubblica come potere unilaterale della Repubblica, cit., 648 ss.; F. SAITTA, *Autonomie territoriali e governo della sanità*, in *Istit. Fed.*, 2018, 805 ss., ove si evidenzia come il principio di leale collaborazione segni il “giusto equilibrio” tra le esigenze di uniformità di tutela del diritto della salute avanzate da un legislatore statale responsabile di un’ “evidente” intrusione nella competenza regionale, e l’affermazione di modelli organizzativi differenziati.

63. Corte cost., 14 luglio 2017, n. 190; Corte cost., 12 dicembre 2014, n. 278; Corte cost., 28 maggio 2014, n. 141; Corte cost., 18 aprile 2012, n. 91; Corte cost., 12 maggio 2011, n. 163; Corte cost., 11 aprile 2011, n. 123; Corte cost., 14 giugno 2007, n. 193.

64. Corte cost., 26 maggio 1998, n. 185; Corte cost., 2 aprile 1999, n. 121; Corte cost., 5 dicembre 2014, n. 274.

65. Cfr. B. PEZZINI, *Diritto alla salute e dimensioni della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale*, cit., 223 ss.

facoltà di discostarsi dalle indicazioni», da intendersi dunque al più come un obbligo di motivazione rafforzato⁶⁶.

4. *L'ordinamento civile*

La materia dei rapporti di lavoro del personale degli enti pubblici del servizio sanitario nazionale è talora ricondotta ai principi in tema di tutela della salute, più spesso a rilevare è la competenza legislativa esclusiva dello Stato sull'ordinamento civile (art. 117, c. 2°, lett. l, Cost.).

Ciò si deve alla contrattualizzazione dell'impiego pubblico d'inizio anni '90 che, come noto, ha determinato l'applicazione del codice civile e delle altre leggi speciali sui rapporti di lavoro alla maggior parte dei dipendenti pubblici⁶⁷, sicuramente a tutti i rapporti instaurati dalle regioni e dai relativi enti strumentali, e a maggior ragione a quelli delle aziende sanitarie ove se ne accolga la qualificazione come "enti pubblici economici" che rileva anzitutto ai fini della disciplina del lavoro (art. 2093 c.c.). Per l'effetto, in applicazione di un criterio interpretativo di tipo "storico-normativo" – secondo cui il contenuto della norma costituzionale è ricavato dalla legislazione ordinaria vigente – la stessa nozione di "organizzazione amministrativa", in uno con la corrispondente competenza legislativa, è definita al ribasso. Si supera così la visione tradizionale che attribuiva alle fonti del diritto pubblico (leggi e regolamenti d'organizzazione) la disciplina degli elementi costitutivi dell'ufficio, unità organizzativa elementare di qualsiasi organizzazione, che si identificano di norma in beni, persone e attività organizzativa (o competenza)⁶⁸.

L'evoluzione non incide, ovviamente, sulla riserva relativa di legge in materia di uffici pubblici (art. 97, c. 2°, Cost.), ma si riflette viceversa sul perimetro della competenza legislativa c.d. residuale delle regioni sulla propria organizzazione, oltre che sulla capacità dei regolamenti adottati dai singoli enti di conformare i rapporti di lavoro. In altre parole, ad oggi la definizione dell'organizzazione attribuita alle fonti di diritto pubblico

66. Corte cost., 12 luglio 2017, n. 169, ove la norma è ritenuta di protezione del diritto alla salute del paziente, in quanto intende evitare che il medico sia ispirato da interessi altri (ad es. delle case farmaceutiche).

67. Cfr. l. 23 ottobre 1992, n. 421, art. 2 e poi il d.lgs. 3 febbraio 1993, n. 29, oggi sostituito dal d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

68. Fra molti: F.G. SCOCA, *I modelli organizzativi*, in *Diritto amministrativo*, a cura di L. Mazzaroli, G. Pericu, A. Romano, F.A. Roversi Monaco, F.G. Scoca, vol. I, pt. gen., Monduzzi, Bologna, 2005, 345; E. CASSETTA, *Manuale di diritto amministrativo*, XVIII ed., Giuffrè, Milano, 2016, 173.

non include più la disciplina del personale, se non entro i ristretti limiti del reclutamento, atteso che soltanto l'assunzione mediante pubblico concorso è ritenuta espressione di un potere pubblico e perciò attribuita alla disciplina unilaterale di fonte pubblicistica, che si tratti della legge regionale o dei regolamenti di organizzazione della regione e degli enti strumentali. Il potere esclusivo delle regioni di conformare la propria organizzazione amministrativa non include dunque i rapporti di lavoro, poiché la competenza statale in tema di ordinamento civile si pone a limite dell'autonomia regionale, ove la nozione costituzionale è interpretata alla luce della scelta di unificazione del mercato del lavoro – ottenuta anzitutto con l'applicazione generalizzata delle norme di diritto privato – effettuata dal legislatore ordinario⁶⁹. Allo stesso risultato si perviene nelle autonomie speciali, ove tuttavia la contrattualizzazione è inderogabile in quanto «norma fondamentale di riforma economico-sociale della Repubblica»⁷⁰.

Tale orientamento si riflette inesorabilmente sulla disciplina dei rapporti di lavoro del personale sanitario, che è per l'effetto riservata alla legge statale. L'esito d'altra parte tutela l'effettività del principio costituzionale di libera circolazione delle persone e del lavoro tra le regioni (art. 120, c. 1°, Cost.), poiché una disciplina fortemente differenziata delle condizioni di impiego sarebbe sicuramente d'ostacolo alla mobilità interregionale, viceversa favorita dall'omogeneità della legislazione applicabile e dall'unitarietà del relativo comparto contrattuale. Si conferma, per l'effetto, una certa idea di unitarietà dell'amministrazione pubblica, che supera l'articolazione in singoli enti, benché dotati di autonoma soggettività⁷¹.

Così sono state di recente annullate le norme regionali di deroga ai limiti massimi di orario definiti dalla legge statale in attuazione dell'ordinamento dell'Unione europea⁷², o ancora la definizione del perimetro

69. Interveneva in materia il disegno di legge di riforma costituzionale del 2016, ove si prevedeva una competenza esclusiva del legislatore statale in materia di «norme sulla disciplina giuridica del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche tese ad assicurarne l'uniformità sul territorio nazionale» (Camera dei Deputati, d.d.l., 12 aprile 2016, art. 31).

70. Si veda ad es. Corte cost., 21 ottobre 2003, n. 314.

71. Si veda R. CAVALLO PERIN, *L'organizzazione delle pubbliche amministrazioni e l'integrazione europea*, cit., 16 ss.; si consenta inoltre il rinvio a B. GAGLIARDI, "Al servizio dell'integrazione": il funzionario pubblico europeo, *ivi*, 570-571.

72. È di interesse rilevare come la legge statale non escluda del tutto la deroga, ma la autorizzi ove a prevederla sia la contrattazione collettiva: Corte cost., 12 aprile 2017, n. 72; sull'orario di lavoro vedi anche Corte cost. 2 novembre 2017, n. 231; Corte cost., 12 aprile 2017, n. 73. Secondo Corte cost., 15 maggio 2014, n. 126, non ogni norma sul personale va considerata pertinente all'ordinamento civile, potendo talora essere ritenuta prevalente la materia delle professioni o della tutela della salute (fattispecie relativa al rapporto di lavoro

dei beneficiari delle c.d. stabilizzazioni, che l'ordinamento statale riserva al personale del comparto sanità e alla dirigenza medica e del ruolo sanitario, sicché la regione non può ricomprenservi la dirigenza del ruolo professionale, tecnico e amministrativo⁷³.

In materia sanitaria l'ordinamento civile rileva, infine, anche rispetto al diritto di autodeterminazione e disposizione del proprio corpo e alle relative modalità di espressione, rispetto a cui del pari ben si comprende la necessità di una disciplina uniforme sul piano nazionale a garanzia dell'unità della Repubblica, ove anche solo si tratti di norme di organizzazione delle modalità di espressione e documentazione delle dichiarazioni di volontà (art. 5 Cost.)⁷⁴.

5. *Organizzazione sanitaria e principio del concorso pubblico*

Escluso dal perimetro dell'ordinamento civile rimane il reclutamento del personale sanitario, che continua a considerarsi materia di organizzazione amministrativa coerentemente con l'impianto della stessa contrattualizzazione, ove si è confermata l'attribuzione della disciplina sulle assunzioni alle fonti di diritto pubblico in attuazione del principio costituzionale del concorso (art. 97, c. 4°, Cost.), derivandone la riserva del relativo contenzioso alla giurisdizione generale di legittimità del giudice amministrativo (d.lgs. n. 165 del 2001, cit., art. 63, c. 4°).

Il reclutamento dunque è organizzazione, e perciò attribuito alla competenza legislativa residuale regionale.

Purtuttavia è probabilmente questa l'area in generale caratterizzata da una minor deferenza del giudice costituzionale rispetto alle scelte legislative d'organizzazione, ove il sindacato non si basa sul riparto di competenza, ma direttamente sulla violazione dei principi costituzionali sostanziali del concorso e dell'eguale accesso dei cittadini agli impieghi pubblici (art. 51, Cost.).

dei medici specializzandi). In tema si consenta il rinvio a B. GAGLIARDI, *Amministrazione regionale e pubblico impiego*, in *Lineamenti di Diritto Costituzionale della Regione Piemonte*, a cura di M. Dogliani, J. Luther e A. Poggi, Giappichelli Editore, Torino, 2018, 277 ss.; F. GHERA, *Pubblico impiego regionale e ordinamento civile*, in *Giur. cost.*, 2010, 4111 ss.

73. Corte cost., 10 novembre 2017, n. 234.

74. Cfr. Corte cost., 14 dicembre 2016, n. 262, relativa a una legge del Friuli Venezia Giulia che istituiva un registro per le donazioni di organi e tessuti e le "disposizioni anticipate di trattamento". È noto che di lì a poco la materia è stata disciplinata con legge statale (l. n. 219 del 2017, cit.).

Numerose sono le pronunce di annullamento di leggi regionali che recano irragionevoli deroghe al principio del concorso, ponendosi in violazione della Costituzione perché non trovano giustificazione in un diverso e preminente interesse pubblico, specie ove si tratti di previsioni che istituiscono canali privilegiati di accesso a beneficio di peculiari categorie di personale c.d. “precario”⁷⁵.

Fanno da pendant alle pronunce in materia di concorsi quelle sul c.d. *spoils system* degli organi del “*top management*” sanitario (direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo), con cui è disposto l’annullamento delle disposizioni regionali per violazione dei principi costituzionali in materia di organizzazione pubblica⁷⁶. Più precisamente, a rilevare in questa sede sono diverse leggi regionali che prevedono la decadenza automatica degli organi di direzione delle aziende sanitarie, ove si evidenzia il contrasto con il principio di buon andamento dell’amministrazione inteso come continuità del servizio e giusto procedimento, oltre che la violazione del principio d’imparzialità che deriva dalla designazione fiduciaria di organi a legittimazione necessariamente tecnica.

Benché tali decisioni investano la disciplina del momento di cessazione dell’incarico, ne è evidente la correlazione con quelle sull’accesso, poiché in entrambe le ipotesi il giudice costituzionale tutela una selezione ispirata esclusivamente alla valutazione delle “virtù e dei talenti” dei candidati, secondo la tradizione costituzionale europea espressa sin dalla *Déclaration des droits de l’homme et du citoyen* del 1789 (art. VI). Valutazione delle capacità e conoscenze che – ove si tratti di impieghi a legittimazione tecnica e non in diretto rapporto con gli organi d’indirizzo – osta a sistemi di *spoils system* ispirati precipuamente alla considerazione della consonanza politica o ad altri elementi che diano fondamento a un rapporto di tipo “fiduciario”, così come impedisce di derogare al principio di pubblicità del concorso riservando l’accesso soltanto a taluni, per ragioni diverse dalla tutela dell’interesse pubblico, che si tratti del consolidamento di aspettative di carriera, o di motivazioni ispirate al principio di solidarietà (nei confronti, ad es., di quanti siano impiegati in posizioni “precarie”).

75. Si veda ad es. la vicenda pugliese, ove le norme regionali sulle stabilizzazioni sono state investite da plurime dichiarazioni di illegittimità (e ciononostante riproposte): Corte cost., 23 aprile 2013, n. 73; Corte cost., 3 marzo 2011, n. 68 e Corte cost., 11 febbraio 2011, n. 42, ma anche Corte cost., 10 maggio 2005, n. 190; Corte cost., 14 luglio 2009, n. 215; Corte cost., 29 aprile 2010, n. 150; Corte cost., 3 marzo 2011, n. 67.

76. Corte cost., 25 febbraio 2014, n. 27; Corte cost., 21 giugno 2013, n. 152; Corte cost., 19 luglio 2011, n. 228; Corte cost., 28 ottobre 2010, n. 304; Corte cost., 24 giugno 2010, n. 224; Corte cost., 5 febbraio 2010, n. 34; Corte cost., 23 marzo 2007, n. 104.

6. *Conclusioni: il ruolo della Corte costituzionale a contenimento delle diseguaglianze territoriali*

L'analisi sin qui condotta sembra confermare l'arretramento del giudice costituzionale a fronte delle scelte di organizzazione, specie se espresse dal legislatore statale, secondo un approccio cui taluno allude usando il termine "deferenza": il sindacato infatti investe pressoché esclusivamente il riparto di competenza (art. 117 Cost.) e difficilmente si traduce nell'accoglimento di rilievi a carattere sostanziale, con la sola – seppur significativa – eccezione del contenzioso in tema di reclutamento.

Se lo sbilanciamento a favore del sindacato in via principale non va sopravvalutato in quanto correlato alla concretezza del giudizio costituzionale, di maggior interesse è la tendenza a ridurre e contenere l'autonomia regionale, con interpretazioni che in molti casi privilegiano la competenza del legislatore statale non solo in sede di identificazione delle prestazioni, ma anche sul versante dell'organizzazione, che pure sembrerebbe quello più congeniale alla potestà legislativa regionale. L'uso delle sentenze interpretative di rigetto, l'individuazione dei principi a tutela della salute o di coordinamento della finanza pubblica in norme organizzative minute, la lettura dei livelli essenziali di assistenza come involgenti aspetti organizzativi, così come l'interpretazione storico-normativa dell'organizzazione amministrativa e dell'ordinamento civile, sono tutti elementi che depongono nella medesima direzione di riduzione delle disomogeneità organizzative, specie ove le stesse paiano idonee a compromettere il nucleo "essenziale" di un diritto fondamentale quale quello alla salute.

È forse superfluo evidenziare come i limiti opposti al legislatore regionale non possano tradursi in una totale uniformità d'organizzazione, capace di negare la stessa autonomia, pena la violazione del corrispondente principio costituzionale (art. 5 Cost.), oltreché di quelli di differenziazione e adeguatezza (art. 118, c. 1°, Cost.). Anzi, tali ultimi principi di per sé richiedono una differenziazione funzionale idonea a garantire la specializzazione delle strutture e l'aumento di professionalità che ne consegue⁷⁷.

L'individuazione di un equilibrio tra tali contrapposte esigenze sconta ovviamente quella che è stata definita come una tensione "irriducibile" tra diritti sociali e federalismo⁷⁸, ove da tempo si è rilevato come il più facile

77. In tema C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso della tutela della salute*, cit., 311 ss.

78. In tal senso ad es. B. PEZZINI, *Diritto alla salute e diritto all'assistenza tra tensione all'uniformità e logiche della differenziazione*, in *Sanità e assistenza dopo la riforma del Titolo*

prevalere di particolarismi in sede locale renda il livello superiore meglio posizionato per una tutela attenta ai bisogni di tutte le fasce di popolazione ed effettivamente ispirata al principio universalista, viceversa messo in discussione dalla differenziazione regionale⁷⁹.

L'opera del giudice sembra rivendicare la funzione unificante e di costruzione dell'identità nazionale che i sistemi di *welfare* favoriscono con l'affermazione di vincoli di solidarietà tra persone e territori, ove la garanzia di condizioni omogenee di tutela dei diritti è elemento di coesione e di appartenenza nazionale correlato all'unità della Repubblica (art. 5 Cost.). E ciò benché non si tratti di "diritti di cittadinanza" in senso tradizionale, ma viceversa di posizioni ricollegate allo *status* di residenza, confermandosi così la pregnanza della nozione di "cittadinanza amministrativa"⁸⁰, che individua un legame con un determinato gruppo fondato sull'appartenenza alla medesima comunità, seppur locale, in ragione di vincoli diversi da quelli di sangue. Tale vincolo di appartenenza alla comunità locale segnato dallo *status* di cittadinanza amministrativa giustifica alcune differenze minori nelle condizioni di erogazione delle prestazioni, o comunque l'adozione di modelli organizzativi che, seppur diversi, non si traducano in un abbassamento degli standard di qualità, ma piuttosto riflettano una diversa combinazione di fattori economici e sociali idonea al conseguimento di risultati corrispondenti in termini qualitativi⁸¹.

V, a cura di R. Balduzzi e G. Di Gaspare, Giuffrè, Milano, 2002, 87 ss.; F. TARONI, *Salute, sanità e Regioni in un Servizio sanitario nazionale*, in *L'Italia e le sue Regioni*, vol. 1, a cura di M. Salvati e L. Sciolla, Treccani, Roma, 2015, 425; M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, cit., 27 ss., secondo cui eguaglianza e nazionalità si pongono in un rapporto "non lineare" che tuttavia non esclude possibilità di conciliazione.

79. Si veda L. TORCHIA, *Sistemi di welfare e federalismo*, in *Quad. cost.*, 2002, 727. Per analoghe osservazioni nell'ordinamento USA, nel confronto tra *federal government* e stati: R. B. STEWART, *Federalism and Rights*, 19 Ga. L. Rev. 917 (1985); S. D. CASHIN, *Federalism, Welfare Reform, and the Minority Poor: Accounting for the Tyranny of State Majorities*, 99 Colum. L. Rev. 552 (1999).

80. In tema R. CAVALLO PERIN, *La configurazione della cittadinanza amministrativa*, in *Dir. amm.*, 2004, 202, ss.; ID., *L'ossimoro della locuzione "cittadinanza globale"*, in *Dir. amm.*, 2005, 216 ss.; C.E. GALLO, *La pluralità delle cittadinanze e la cittadinanza amministrativa*, in *Dir. amm.*, 2002, 485 ss.; F. DINELLI, *Le appartenenze territoriali, Contributo allo studio della cittadinanza, della residenza e della cittadinanza europea*, Jovene, Napoli, 2011, 3 ss.

81. Così, si è in passato evidenziato come i più elevati standard qualitativi siano raggiunti da regioni che si distinguono proprio per il modello di erogazione, nel senso che gli standard di prestazione più elevati a livello nazionale sarebbero raggiunti da Lombardia, Emilia Romagna e Toscana, ove la prima è individuata quale idealtipo del modello sani-

In caso contrario si determina la violazione del carattere “fondamentale” del diritto alla salute e con essa quella dei principi di universalità ed eguaglianza che hanno ispirato l’istituzione del servizio sanitario nazionale – con superamento del particolarismo delle mutue – e del corrispondente principio del “servizio universale” consacrato dal diritto dell’Unione europea, che impone una “fruizione diffusa” dei servizi essenziali, capace di raggiungere tutti gli utenti in condizioni omogenee a prescindere dalla collocazione geografica e dalle condizioni personali⁸². Coerentemente la lettura del livello “essenziale” delle prestazioni in termini di standard “minimo” continua a suscitare perplessità, parendo legittimare anche differenze sproporzionate nel *quantum* di protezione del diritto che mal si conciliano con quella funzione unificante propria dei sistemi di *welfare*, che dà attuazione al principio di eguaglianza (art. 3, Cost.).

Il confine tra la differenziazione “utile”, in quanto espressione di specificità locali che sono portatrici di migliori livelli di efficienza, efficacia ed economicità, e quella invece dannosa, perché si traduce in standard di tutela disomogenei, capaci di minare la stessa appartenenza nazionale, non è meno rilevante in ragione delle possibilità offerte dalla mobilità interregionale dei pazienti. Questa, infatti, seppur compensata in sede di distribuzione delle risorse⁸³, non sempre è un’opzione percorribile, perché può non essere autorizzata dalle amministrazioni regionali di provenienza dei pazienti o perché comporta costi accessori non sostenibili da tutti⁸⁴, sicché solo in parte concorre all’affermazione della libertà di scelta del luogo di cura.

tario c.d. separato, mentre le altre due assolvono a corrispondente ruolo per il modello c.d. integrato.

82. In tema: R. CAVALLO PERIN, *Art. 112*, in *Commentario breve al testo unico sulle autonomie locali*, dir. da R. Cavallo Perin e A. Romano, Padova, Cedam, 2006, 612; A. CAUDURO, *Brevi note sul servizio universale*, cit., 142 ss.

83. D.lgs. n. 502 del 1992, cit., art. 12, c. 3°, lett. b; Conferenza permanente Stato Regioni Province Autonome, *Patto per la salute 2014-2016*, art. 9 (delib. 10 luglio 2014, n. 82/CSR).

84. Cfr. ad es. Cons. St., sez. III, 22 gennaio 2014, n. 296, è legittima una delibera regionale (del commissario *ad acta* per l’attuazione del piano di rientro in Campania) che subordina ad autorizzazione il rimborso di prestazioni erogate in regioni limitrofe; Cons. St., sez. III, 1° febbraio 2012, n. 498, ove si riconosce l’esigenza regionale di «governare quei processi di mobilità sanitaria fra le regioni che non sempre sono determinati dalla diversa qualità delle prestazioni rese (o dai tempi necessari per poter ottenere le prestazioni)», «tenuto conto dell’interesse, proprio di ogni regione, di soddisfare innanzitutto le esigenze sanitarie dei propri residenti».

STAMPATO IN ITALIA
nel mese di dicembre 2020
da Rubbettino print
88049 Soveria Mannelli (Catanzaro)

Il volume raccoglie gli atti relativi a un ciclo di incontri seminariali che si sono svolti, presso il Dipartimento di Giurisprudenza dell'Università degli Studi di Torino, nella primavera del 2019. Il tema che attraversa i diversi contributi è quello della motivazione nelle decisioni costituzionali.

Nel tempo la struttura delle decisioni della Corte è diventata sempre più articolata. La complessità delle questioni che la Corte è chiamata a decidere e l'elevato tasso di "tecnicismo" che ormai caratterizza la gran parte delle questioni di legittimità costituzionale spinge (o costringe) i giudici costituzionali ad adottare motivazioni analitiche, trasformando la natura delle sue stesse pronunce, che diventano anch'esse sempre più tecniche e tendenzialmente rivolte a un uditorio specializzato. Il risultato – soprattutto nelle materie maggiormente permeabili ai "vincoli tecnici" – è un tendenziale appannamento del "tono costituzionale" delle questioni e, per riflesso, delle stesse sentenze costituzionali. Tutto ciò con il rischio di assistere a una trasformazione del ruolo del giudice delle leggi.

Valeria Marcenò (Torino 1972) è professoressa associata di Diritto costituzionale nell'Università degli studi di Torino. Tra le sue pubblicazioni: con Gustavo Zagrebelsky, *Giustizia costituzionale* (il Mulino, 2018); *La legge abrogata. Esistenza, validità, efficacia* (Giappichelli, 2013); *La neutralizzazione del potere giudiziario. Regole sulla interpretazione e sulla produzione del diritto nella cultura giuridica italiana tra Ottocento e Novecento* (Jovene, 2009).

Matteo Losana (Torino 1975) è professore associato di Diritto costituzionale nell'Università degli studi di Torino. Tra le sue pubblicazioni: *Leggi provvedimento? La giurisprudenza costituzionale* (Giappichelli, 2015); *Il riconoscimento del principio di uguaglianza sostanziale nell'ordinamento dell'Unione europea* (Jovene, 2010).

ISBN 978-88-7590-154-7



9 788875 901547

€ 20,00