

La rideterminazione unilaterale del contributo statale alla spesa sanitaria al vaglio del Giudice costituzionale: riflessioni in merito al rapporto tra leale collaborazione e normativa sui finanziamenti ai servizi sanitari.

(Nota a Corte costituzionale, sentenza 23 maggio 2018, n. 103)

di Elena Mariani

Dottoranda di ricerca

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna



La rideterminazione unilaterale del contributo statale alla spesa sanitaria al vaglio del Giudice costituzionale: riflessioni in merito al rapporto tra leale collaborazione e normativa sui finanziamenti ai servizi sanitari.*

(Nota a Corte costituzionale, sentenza 23 maggio 2018, n. 103)

di Elena Mariani

Dottoranda di ricerca

Alma Mater Studiorum – Università di Bologna

La sentenza n. 103 del 23 maggio 2018 della Corte costituzionale offre l'occasione per svolgere una riflessione sui più recenti orientamenti espressi dal Giudice delle leggi in merito alla discussa questione della legittimità costituzionale delle leggi di contenimento della spesa sanitaria, la quale si inserisce nel più ampio dibattito concernente l'evoluzione del rapporto tra gli interventi legislativi statali di carattere finanziario e i principi del legittimo affidamento e di leale collaborazione, invocati, questi ultimi, da parte dei destinatari delle suddette disposizioni al fine di contenere e limitare gli effetti essenzialmente negativi che tali manovre finanziarie sono in grado di produrre.

Peraltro, la complessa vicenda offre un'interessante ed ulteriore chiave di lettura del problema relativo al rapporto tra la discrezionalità legislativa ed il principio del legittimo affidamento: la circostanza per cui i destinatari della disposizione legislativa impugnata sono Pubbliche Amministrazioni (segnatamente, le Regioni), e non soggetti privati, determina la necessaria considerazione di un altro principio costituzionale nel panorama dei principi coinvolti nel meccanismo di bilanciamento tra interessi contrapposti, ossia il principio di leale collaborazione, che regola i rapporti, anche finanziari, tra lo Stato e le autonomie regionali.

La decisione in esame, se, da un lato, segna un'importante passaggio nel processo di valorizzazione del principio da ultimo menzionato, dall'altro lato, mostra di non essere ancora in grado di garantirne la piena effettività nell'ambito del procedimento parlamentare di formazione delle leggi, il quale pare ancora dominato dalla sola volontà, unilaterale e discrezionale, del legislatore statale, il cui operato risulta sottoposto a limiti di scarsa rilevanza, certamente non idonei ad escludere "unilateralismi" da parte del legislatore stesso. In tal modo la Corte, seppur discostandosi dal precedente orientamento giurisprudenziale, che escludeva del tutto la possibilità di imporre procedure concertative nell'ambito dei

* Nota a sentenza sottoposta a referaggio.

procedimenti legislativi, non pare ancora essere pronta a contrastare l'idea della supremazia dell'atto normativo rispetto agli strumenti pattizi, affermando, di conseguenza, la piena legittimità di scelte legislative unilaterali e retroattive di carattere finanziario, anche nell'ipotesi in cui le stesse siano destinate ad incidere, per tale ragione, sfavorevolmente sia sulle situazioni giuridiche dei destinatari, ossia sulle competenze finanziarie a spettanti alle Regioni, sia sulle concrete possibilità di garantire una tutela piena al diritto alla salute.

Ai fini della compiuta analisi dei sopracitati profili, nonché delle ragioni che hanno determinato siffatto orientamento del Giudice costituzionale, occorre innanzitutto partire dalla ricostruzione dei presupposti fattuali che compongono la vicenda in esame.

Essa trae origine dal ricorso presentato da parte delle Province autonome di Trento e di Bolzano, delle Regioni a Statuto speciale Valle d'Aosta, Sardegna e Friuli Venezia Giulia, nonché della Regione Veneto, al fine di promuovere avanti alla Corte costituzionale la questione di legittimità costituzionale dell'art. 1, commi 390, 393, 395, 397, 400, 408 e 409, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, legge di bilancio dell'anno 2017¹. In particolare, l'articolo 1, commi 392 e 394, da un lato, ridetermina, in diminuzione rispetto a quanto convenuto mediante intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome dell'11 febbraio 2016, il concorso dello Stato al finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard per gli anni 2017 e 2018, che viene portato a 113.000 milioni di euro per il 2017 e a 114.000 milioni di euro per il 2018; dall'altro lato, stabilisce il livello di finanziamento per l'anno 2019 in 115.000 milioni di euro². Il comma 392 precisa, inoltre, che le Regioni e le Province coinvolte garantiscono gli effetti del dettato normativo in questione mediante la stipulazione, entro il 31 gennaio 2017, di ulteriori accordi con lo Stato, attraverso i quali, come specifica il citato comma 394, le Autonomie territoriali devono comunque garantire il loro contributo al conseguimento dell'obiettivo programmatico di finanza pubblica per il settore sanitario, così come individuato, in sede di autoordinamento, con l'intesa dell'11 febbraio 2016. Peraltro, il comma 394 del medesimo art. 1 configura un'ipotesi di potere sostitutivo statale laddove prevede che, nell'ipotesi di mancata sottoscrizione del suddetto accordo entro la data di scadenza del 31 gennaio 2017, il Ministro

¹ Recante “*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019*”; per una sua completa analisi si veda M. CONTICELLI, *Analisi della normativa, La legge di bilancio per il 2017, La salute*, in *Giornale di diritto amministrativo*, 2017, fasc. 2, pp. 204 - 210.

² V. art. 1, comma 392, della legge n. 232 del 2016: “*per gli anni 2017 e 2018, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, indicato dall'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano dell'11 febbraio 2016, in attuazione dell'articolo 1, comma 680, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è rideterminato rispettivamente in 113.000 milioni di euro e in 114.000 milioni di euro. Per l'anno 2019 il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è stabilito in 115.000 milioni di euro*”.

dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute, provvederà, con proprio decreto, all'esecuzione dell'intesa dell'11 febbraio 2016, garantendo, quindi, il raggiungimento degli obiettivi finanziari ivi prefissati.

Affianco a tale primo gruppo di disposizioni impugnate si pongono, poi, le censure concernenti la legittimità costituzionale dell'art. 1, commi 527 e 528, della legge in questione. La prima disposizione protrae fino al 2020 il periodo temporale di vigenza dell'obbligo per le Regioni a Statuto ordinario di assicurare il contributo alla finanza pubblica, di cui all'art. 46, comma 6, del D.L. n. 66 del 2014³, stabilito inizialmente in 750 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2015 al 2017, cui si aggiunge un contributo aggiuntivo pari a 3.452 milioni di Euro annui.

Procedendo ad un'analisi suddivisa tra i due ordini di disposizioni impugnate, con riferimento al primo gruppo, si osserva che il legislatore statale, attraverso di esse, ha adottato un metodo di intervento opposto e speculare rispetto a quello previsto dalla legge di stabilità del 2015: mentre quest'ultima si limitava ad indicare l'importo del contributo di finanza pubblica dovuto dagli Enti territoriali interessati, i quali provvedevano a soddisfarlo mediante le risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la legge di stabilità del 2016, invece, interviene direttamente nel ridurre il finanziamento al Servizio sanitario nazionale, facendo ricadere sui suddetti Enti l'onere di stipulare intese volte a suddividere l'onere finanziario connesso a tale riduzione.

Tale sistema di riduzione *ex lege* del livello di finanziamento statale al Servizio sanitario nazionale ha, quindi, non solo comportato in capo alle Autonomie territoriali coinvolte un sacrificio finanziario piuttosto gravoso, ma ha anche determinato l'impossibilità per le Regioni stesse di modificare l'importo del relativo contributo, determinato anch'esso dal legislatore statale, con la sola possibilità di optare, mediante intesa, per una diversa ripartizione del *quantum* così individuato.

La delineata determinazione, unilaterale e preventiva, del contributo dovuto dalle Autonomie speciali alla manovra finanziaria in questione sarebbe pertanto idonea, in base alla ricostruzione degli Enti ricorrenti, a violare, oltretutto la loro autonomia legislativa, amministrativa, economica e finanziaria in materia sanitaria, e, quindi, il principio consensualistico e quello di leale collaborazione tra pubbliche Amministrazioni, anche il principio, di rilievo costituzionale e sovranazionale, di tutela del legittimo affidamento, sorto in capo ai suddetti Enti rispetto alla stabilità della disciplina attinente ai rapporti economici con lo Stato in materia spesa sanitaria.

Senonché, al fine di poter comprendere il funzionamento di un siffatto sistema di finanziamento, nonché la portata lesiva dell'intervento legislativo in questione, occorre fornire alcune delucidazioni preliminari

³ Recante “*misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale*”, convertito, con modificazioni, nella l. n. 89 del 2014.

inerenti al meccanismo del fabbisogno sanitario nazionale standard e del costo standard, sui quali risulta impostato il vigente sistema di finanziamento della sanità pubblica.

L'introduzione di tali due concetti ad opera del d.lgs. n. 68 del 2011⁴, adottato sulla base della legge di delegazione n. 42 del 2009⁵, rappresenta un momento fondamentale nel processo di attuazione del federalismo fiscale⁶. In particolare, il cit. decreto dedica il Capo IV (artt. 25-32) ai costi ed ai fabbisogni standard nel settore sanitario, delineando un nuovo e diverso meccanismo di formazione e di ripartizione del finanziamento statale della spesa sanitaria delle Regioni, che tiene conto degli obiettivi di assistenza sanitaria e dei vincoli di finanza pubblica, al fine di assicurare un graduale e definitivo superamento del criterio della spesa storica.

Preliminarmente, occorre ricordare che il costo standard, quale criterio di riparto delle risorse finanziarie delle Regioni, rappresenta il costo di produzione di un determinato servizio, che avvenga nelle migliori condizioni di efficienza e di utilità, nella garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Contrariamente al precedente criterio del costo storico⁷, che si riferisce a quanto storicamente è stato speso per un

⁴ Recante “*disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario*”, dei quali vengono delineati i contenuti e le relative procedure di determinazione, in aderenza rispetto a quanto stabilito nel Patto per la salute 2010-2012, sottoscritto con l'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009.

⁵ C.d. delega sul federalismo fiscale, relativo alle Regioni a Statuto ordinario e, in particolari ambiti, alle Regioni a Statuto speciale e alle Province autonome di Trento e Bolzano. Essa, in attuazione dell'art. 119 Cost., commi 3 e 4, definisce un nuovo assetto della finanza degli Enti territoriali, volto ad una maggiore responsabilizzazione degli Enti medesimi. Per un approfondimento sulla legge vedi, *ex multis*, V. NICOTRA, F. PIZZETTI, S. SCOZZESE (a cura di), *Il federalismo fiscale*, Roma, Donzelli editore, 2009; R. BIFULCO, *Osservazioni sulla legge n. 42 del 2009 in materia di federalismo fiscale*, in *Astrid*, 2009; A. ZANARDI, *Federalismo fiscale: prove di attuazione*, in *La finanza pubblica italiana*, Rapporto 2011, a cura di M.C. GUERRA e A. ZANARDI, Bologna, Il Mulino, pp. 225-257; E. JORIO, *Verso il silenzio sanitario federale*, in (a cura di) F. ROVERSI MONACO, C. BOTTARI, *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli Editore, 2012.

⁶ Siffatta affermazione risulta, peraltro, smentita da E. JORIO, *D.lvo n. 68 del 2011 sulla finanza di Regioni e Province, sulla perequazione e sui costi-fabbisogni standard nella sanità*, in *Ragiusan*, fasc. n. 325/326, Sez. I, 2011, laddove afferma che “*l'impressione più immediata che si ha del provvedimento è quella di trovarsi di fronte ad un elaborato legislativo, comunque, dimostrativo della ormai consolidata debolezza del legislatore di attuazione latu sensu di trascurare la perequazione...Fino a quando non accadrà ciò, ovvero sino alla definizione del sistema di determinazione concreta dei trasferimenti perequativi, ci troveremo di fronte un <<federalismo fiscale>> ben concepito, sul piano dei principi e dei criteri applicativi, nei suoi perimetri normativi e attuativi, ma assolutamente tronco sotto il profilo della sua applicazione reale, quasi a rappresentare un prodotto politico, realizzato attraverso il più comune percorso da sempre in uso ai partiti?*”.

⁷ Ed infatti, da un lato, l'art. 2, comma 2, lett. m, della legge n. 42 del 2009 dispone per il finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni “*il superamento graduale...del criterio della spesa storica a favore del fabbisogno standard*”, dall'altro lato l'art. 8, comma 1, lett. b, sancisce il “*rispetto dei costi standard*” nella “*determinazione delle spese*”. Invero, la convinzione per cui la sopra citata legge del 2009 avrebbe segnato il passaggio dal criterio del costo storico a quello del costo standard non appare del tutto corretta, dal momento che la spesa storica non è più da tempo il criterio di assegnazione delle risorse finanziarie nei confronti delle Regioni. Sul punto si vedano E. CARUSO e N. DIRINDIN, *Costi e fabbisogni standard nel settore sanitario: le ambiguità del decreto legislativo n. 68 del 2011*, Paper for Espanet Conference “*Innovare il welfare. Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa*”, Milano, 29 settembre - 1 ottobre 2011; L. CUOCOLO, *I costi standard tra federalismo fiscale e centralismo*, in BALDUZZI R. (a cura di) *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, il Mulino, 2012.

determinato servizio e che comporta, quindi, nei confronti delle Regioni trasferimenti statali direttamente connessi alle spese sostenute dall'Ente nell'anno precedente, il criterio del costo standard si sostanzia in una particolare metodologia applicata di monetizzazione dei servizi in questione, strettamente connessa al concetto di fabbisogno sanitario standard⁸. Quest'ultimo viene definito dall'art. 25, comma 2, del cit. d.lgs. n. 68 del 2011 come *"l'ammontare di risorse necessarie ad assicurare i livelli essenziali di assistenza, in condizioni di efficienza ed appropriatezza"* e rappresenta, pertanto, il livello ottimale di un servizio valutato a costi standard, ossia un indicatore di bisogno finanziario strumentale a consentire l'erogazione di prestazioni sanitarie a costi ritenuti congrui, in condizioni di efficienza, appropriatezza ed efficacia.

Le legge definisce poi due ulteriori declinazioni del concetto in questione: in primo luogo, si parla di fabbisogno sanitario *nazionale* standard con riferimento al livello complessivo delle risorse del Servizio sanitario nazionale al cui finanziamento concorre lo Stato, sulla base di quanto stabilito annualmente con legge statale. Ai sensi del successivo art. 26, tale fabbisogno *"è determinato, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria, tramite intesa, coerentemente con il fabbisogno derivante dalla determinazione dei livelli essenziali di assistenza"*⁹. In secondo luogo, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, determina annualmente i costi e i fabbisogni standard *regionali*, i quali ultimi, complessivamente considerati, vanno a formare il fabbisogno sanitario nazionale standard. In particolare, ai sensi dell'art. 27, comma 4 del cit. decreto, l'entità del fabbisogno sanitario standard delle singole Regioni a Statuto ordinario¹⁰ e delle Province autonome di Trento e Bolzano è determinato *"applicando a tutte le Regioni i valori di costo rilevati nelle Regioni di riferimento"*¹¹.

In disparte alle polemiche sollevate dalle Regioni a Statuto speciale rispetto a tali sistemi di calcolo, i quali non terrebbero debitamente conto delle loro diversità strutturali¹², si osserva, conclusivamente, che il

⁸ Per una dettagliata analisi delle componenti del fabbisogno nazionale standard, si veda *Le fonti del finanziamento del servizio sanitario nazionale*, in *I temi dell'attività parlamentare nella XVII legislatura, Dossier Servizio studi*, aprile 2018, www.senato.it.

⁹ Tale previsione si traduce in un preciso calcolo aritmetico che consente di tenere conto del prescritto quadro economico complessivo, consistendo nella moltiplicazione del fattore popolazione prima con la quantità di prestazioni pro capite standard e, successivamente, con il costo standard delle diverse prestazioni.

¹⁰ Per un approfondimento si veda A. PETRETTO, *La finanza delle Regioni a Statuto ordinario a seguito del d.lgs. recante "disposizioni in materia di autonomia di entrata delle Regioni a Statuto ordinario e delle Province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario"*, in *Irpet, Osservatorio Regionale sul Federalismo Fiscale*, fasc. n. 2, 8 aprile 2011.

¹¹ In tal caso il decreto prevede un processo di calcolo piuttosto complesso, che prende a riferimento tre Regioni virtuose, in equilibrio economico, (c.d. benchmark), selezionate in sede di Conferenza Stato-Regioni, computando poi i costi standard per ciascuno dei tre macro livelli di assistenza (assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera). Le cifre così individuate vanno poi applicate alla popolazione regionale, suddivisa per classi di età.

¹² A tale riguardo, cfr. Corte cost., sent. n. 201 del 7 giugno 2010, in www.giurcost.org, che riconosce la legittimità costituzionale della c.d. clausola di esclusione, di cui all'art. 1, comma 2, della cit. l. n. 42 del 2009, la quale stabilisce

delineato nuovo sistema di ripartizione delle risorse finanziarie nei confronti degli Enti territoriali si basa, sul piano dei principi e dei criteri applicativi, sull'individuazione dei fabbisogni standard necessari a garantire sull'intero territorio nazionale il finanziamento integrale dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali e delle funzioni fondamentali degli Enti medesimi.

Nella prassi pare, tuttavia, che tale sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, introdotto dal cit. d. lgs. n. 68 del 2011 appositamente in un'ottica di realizzazione del federalismo fiscale e, quindi, di attuazione delle prescrizioni costituzionali (art. 119) e legislative (art. 2 della legge delega n. 42 del 2009), abbia, al contrario, assunto i connotati di un sistema frutto di scelte politiche fortemente centralizzate¹³, che mirano, peraltro, ad assicurare principalmente il rispetto dei vincoli di finanza pubblica e l'equilibrio del quadro macroeconomico complessivo, piuttosto che garantire compiutamente quell'insieme di diritti fondamentali che costituiscono il nucleo essenziale della tutela alla salute.

Sicché varie sono le criticità emerse e le perplessità suscitate dall'entrata in vigore di siffatto sistema, le quali hanno finito per riversarsi anche sugli interventi legislativi successivi in materia, tra cui, in particolare, la legge di bilancio impugnata avanti alla Corte costituzionale, nel caso qui esaminato.

Innanzitutto, l'espressa previsione, da parte del d.lgs. n. 68 del 2011, di una finalità federalista si scontra con il neo introdotto metodo basato sul costo standard, il quale, lungi dal definire il *quantum* complessivo della spesa sanitaria, cui rapportare il finanziamento dovuto dallo Stato, finisce per concretizzarsi in un mero criterio di ripartizione percentuale, tra le Regioni, del livello di finanziamento nazionale, determinato in base all'intesa di cui all'art. 26 del sopracitato decreto. Invero, in base a tale sistema, la quantificazione della spesa sanitaria rappresenta un dato esogeno, stabilito a monte "secondo logiche politiche ed in base alle disponibilità finanziarie, con successiva distribuzione alle Regioni"¹⁴, le quali finiscono inevitabilmente per subire le scelte di Governo. Senonché, la consapevolezza che il finanziamento alla sanità pubblica non possa che essere determinato da una decisione macroeconomica adottata a livello centrale¹⁵, nonché

che gli unici principi della delega sul federalismo fiscale applicabili alle Regioni a statuto speciale ed alle Province autonome sono quelli contenuti negli artt. 15, 22 e 27, riconoscendo, di fatto, la sussistenza di un regime *ad hoc* per le Autonomie speciali.

¹³ In tal senso, cfr. L. CUOCOLO, *I costi standard tra federalismo fiscale e centralismo*, cit.

Per una completa analisi delle perplessità suscitate dalla nuova normativa cfr. G. CRISAFI, *Fabbisogni e costi standard, un'occasione perduta*, in *AIC - Osservatorio costituzionale*, fasc. n. 3 del 2016, 26 settembre 2016. Tale contributo ricalca problematiche già precedentemente emerse, per la cui analisi si veda, *ex multis*, E. CARUSO e N. DIRINDIN, *La sanità tra conservazione, innovazione e incertezze normative*, in M.C. GUERRA e A. ZANARDI (a cura di), *La finanza pubblica italiana*, Rapporto 2011, il Mulino, pp. 161 - 195.

¹⁴ Cfr. N. VICECONTE, *L'introduzione dei costi standard e il finanziamento dei livelli essenziali della salute*, in R. NANIA (a cura di), *Attuazione e sostenibilità del diritto alla salute*, Atti della giornata di studio, 27 febbraio 2013, Sapienza Università di Roma, p. 87.

¹⁵ La maggior parte della dottrina pare, infatti, essere concorde su tale considerazione. Sul punto si vedano, *ex multis*, C. CISLANGHI, F. GIULIANI, *Costi standard: ma di che cosa stiamo parlando?*, in R. BALDUZZI (a cura di),

i problemi connessi all'impraticabilità di ulteriori sistemi¹⁶, mostrano tutt'oggi l'incapacità, o, forse, la mancanza di volontà da parte del legislatore statale, di reperire procedure in linea con le previsioni costituzionali inerenti la ripartizione delle competenze regionali e coerenti con il principio di leale collaborazione tra pubbliche Amministrazioni, ossia procedure di reale coinvolgimento degli Enti regionali nel sistema di determinazione del finanziamento statale al Servizio sanitario nazionale.

In secondo luogo, ulteriore vizio risiederebbe nel sistema adottato per la determinazione del fabbisogno sanitario nazionale standard, il quale, dovendo avvenire compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica e con gli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria (così come prescritto dall'art. 26 del cit. decreto), finisce per subordinare i livelli essenziali di assistenza alla disponibilità di apposite risorse finanziarie nel bilancio statale. Invero, tale operazione di comparazione, così come formulata, non ha carattere biunivoco, ma presuppone inevitabilmente che siano le risorse destinate a finanziare i livelli essenziali di assistenza il dato "comparando" da raffrontare ad un dato "comparato", ossia i vincoli di finanza pubblica, che rappresentano la variabile indipendente logicamente presupposta¹⁷. L'attenzione pare, ancora una volta, riposta maggiormente nei confronti delle, seppur imprescindibili, esigenze di pareggio

La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale, il Mulino, Bologna, 2012, laddove si afferma che "non esiste una giusta quota del PIL da dedicare alla sanità indipendentemente dall'entità del PIL stesso e di altre condizioni politiche ed economiche del Paese; in ogni realtà il sistema sanitario assume un suo peso economico conseguentemente alle scelte dei Governi, per quanto attiene alla spesa sanitaria pubblica, e direttamente dei cittadini, per quanto attiene alla spesa privata", p. 66. Invero, dalla constatazione per cui il *quantum* da destinare ad ogni singolo settore è il frutto di una scelta politica presa a monte, in considerazione di un livello di risorse in realtà limitato e non indefinito, deriva che "la distribuzione delle risorse disponibili non è un dato, bensì una variabile indipendente", cfr. M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M. C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, Giappichelli, 2011. Peraltro, come sopra ricordato, la dottrina ha correttamente osservato che tali considerazioni si pongono in aperto contrasto con le previsioni della legge delega n. 42 del 2009, la quale, in base a quanto previsto dall'art. 2, comma 2, lett. f), "sembra portare alla conclusione che i livelli essenziali siano svincolati, e addirittura logicamente presupposti, rispetto alla individuazione delle risorse economiche e alle modalità di finanziamento e di gestione delle medesime", cfr. L. CUOCOLO, *I costi standard tra federalismo fiscale e centralismo*, cit., p. 104.

¹⁶ Gli economisti, infatti, sono soliti distinguere due possibili tecniche di determinazione del finanziamento complessivo della sanità pubblica, chiamate *bottom up* e *top down*. La prima partirebbe dalla determinazione dei bisogni della popolazione, per poi giungere alla definizione delle prestazioni e dei relativi, da cui deriverebbe, come risultante, l'entità complessiva del fabbisogno sanitario nazionale. La seconda, al contrario, detterebbe una procedura che parte dalla necessaria e preliminare considerazione del rispetto dei vincoli di bilancio, da qui deriverebbe, conseguentemente, la quantificazione del finanziamento al Servizio Sanitario nazionale. Com'è stato unanimemente osservato, sebbene la prima metodologia sia più idonea ad individuare le necessità sanitarie connesse alla popolazione locale, si tratta di una tecnica "eccessivamente utopica, in quanto impostata come se la spesa non fosse vincolata dalle disponibilità economiche", cfr. C. CISLANGHI, F. GIULIANI, *Costi standard: ma di che cosa stiamo parlando?*, cit., p. 63.

¹⁷ Cfr. L. CUOCOLO, *I costi standard tra federalismo fiscale e centralismo*, cit., p. 103.

del bilancio statale, piuttosto che sulla necessità di garantire un'egualitaria erogazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria¹⁸.

In conclusione, l'appurata circostanza per cui, contrariamente alle intenzioni federaliste del legislatore del 2009, l'attuale impostazione del sistema di finanziamento della sanità pubblica rappresenta il frutto di scelte politiche centralizzate¹⁹, non solo sminuisce fortemente il ruolo degli Enti direttamente interessati, nei termini di una violazione delle loro competenze economiche e finanziarie, nonché del principio di leale collaborazione, ma finisce spesso anche per squilibrare il processo di bilanciamento tra interessi contrapposti, a favore delle esigenze di bilancio, determinando uno "scollamento" tra un livello di finanziamento del fondo sanitario, che viene pesantemente ridotto, e la necessità di garantire i LEA.

Tale impostazione di finanziamento del sistema sanitario e dei meccanismi ad esso connessi è stata al centro di un lungo dibattito giurisprudenziale, nell'ambito del quale ne è stata spesso messa in discussione la legittimità per asserita violazione dei principi costituzionali inerenti la ripartizione delle competenze tra Stato e Regioni in materia sanitaria. Le censure sollevate, tuttavia, non hanno, per lungo tempo, trovato l'avvallo della Corte costituzionale, fino a quando, a partire dalle sentenze nn. 303 del 2003, 6 del 2004 e 383 del 2005 della stessa Corte²⁰, ha preso avvio una lenta e graduale acquisizione di significato da parte del principio di leale collaborazione tra le pubbliche Amministrazioni nell'ambito dell'ordinamento costituzionale, sempre nell'ottica federalista di un maggiore decentramento legislativo²¹.

All'interno di siffatta evoluzione giurisprudenziale, la sentenza n. 103 del 2018 della Corte costituzionale segna un'importante tappa nel processo di attuazione del suddetto principio, il quale assume il ruolo di canone per vagliare la legittimità costituzionale di alcune disposizioni della l. n. 232 del 2016, idoneo, in astratto, a fungere da argine alla rideterminazione unilaterale da parte dello Stato del proprio contributo alla spesa sanitaria.

¹⁸ Sul rapporto tra diritto alla salute e finanza pubblica si vedano R. BALDUZZI, Livelli essenziali e risorse disponibili: la sanità come paradigma, in (a cura di) F. ROVERSI MONACO, C. BOTTARI, *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, cit.; L. DURST, *Orientamenti giurisprudenziali e dottrinali sul concetto di essenzialità delle prestazioni e sul diritto alla salute come diritto finanziariamente condizionato*, in R. NANIA (a cura di), *Attuazione e sostenibilità del diritto alla salute*, Roma, Sapienza Università Editrice, 2013.

¹⁹ In merito al processo di riaccentramento della *governance* dei sistemi sanitari si veda R. B. SALTMAN, *Decentralization, recentralization and future European health policy*, in *European journal of Public Health*, Vol. 18, n. 2, 2007, pp. 104-106.

²⁰ Come sottolineato da L. VANDELLI, *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, in (a cura di) A. PIOGGIA, L. VANDELLI, Bologna, Il Mulino, 2006, a partire dalle sentenze in esame "la Corte mostra la preoccupazione di salvaguardare le istanze unitarie al di là di quanto previsto in Costituzione, consentendo una (non prevista) deroga sostanziale al riparto stabilito all'art. 117, temperando questa deroga con limiti alla pervasività dell'intervento legislativo e condizioni partecipative a tutela dell'autonomia".

²¹ In tal senso, cfr. L. ANTONINI, M. BERGO, *Il principio di leale collaborazione e la remuntada delle Regioni nei rapporti finanziari con lo Stato: brevi riflessioni a margine di alcune recenti sentenze della Corte costituzionale*, 6 giugno 2018, in *www.federalismi.it – Rivista di diritto pubblico italiano, comparato, europeo*.

Nel merito, la decisione si concentra essenzialmente su due differenti profili della legge di stabilità del 2017: il primo concerne l'art. 1, comma 527, mentre il secondo riguarda i commi 392, 394 e 528 della medesima disposizione, in connessione con l'art. 1, comma 680, della l. n. 208 del 2015.

Passando all'analisi delle censure mosse avverso la prima disposizione, l'art. 1, comma 527, della legge impugnata, come ricordato in premessa, proroga per la terza volta (ossia fino al 2020) il contributo imposto alle Regioni a Statuto ordinario dall'art. 46, comma 6, primo periodo, del d.l. n. 66 del 2014 (pari a 750 milioni di euro), raddoppiando, conseguentemente, la valenza temporale della manovra finanziaria, in origine limitata ad un triennio (dal 2015 al 2017).

La disposizione rappresenterebbe, quindi, l'ennesima proroga della manovra di taglio alla spesa regionale del 2014, idonea a determinare la violazione del canone della transitorietà, richiesto dalla stessa giurisprudenza costituzionale con riferimento a siffatte misure, e degli [artt. 117, comma 3, e 119 Cost.](#), in quanto, trattandosi di materia affidata alla competenza legislativa concorrente, la misura in questione esorbiterebbe dall'ambito di competenza assegnato al legislatore statale, ledendo, in tal modo, l'autonomia legislativa e finanziaria delle Regioni.

Invero, sia la dottrina²² che la giurisprudenza²³ hanno in più occasioni precisato che la legittimità costituzionale di tali misure unilaterali di contenimento della spesa pubblica non possa essere esclusa a priori, ma che occorra verificare la sussistenza di alcune condizioni, tra cui quella consistente nel carattere di temporaneità, inteso come *“un transitorio contenimento complessivo, anche se non generale, della spesa corrente”*. Certamente la Corte, non potendo accollarsi un potere sostitutivo dello Stato, nel caso di inerzia di quest'ultimo, non può definire l'arco temporale di operatività delle disposizioni in questione, ma può, quanto meno, porre in essere una complessa attività ermeneutica, volta a *“dedurre dalla trama normativa censurata un termine finale, che consenta di assicurare la natura transitoria delle misure previste e, allo stesso tempo, di non stravolgere gli equilibri della finanza pubblica, specie in relazione all'anno finanziario in corso”*²⁴.

Analoghe considerazioni sono state effettuate dal Giudice delle leggi con riferimento al caso in esame, laddove ha osservato che, sebbene non si possa astrattamente impedire al legislatore statale *“di programmare risparmi anche di lungo periodo relativi al complesso della spesa pubblica aggregata...tuttavia, le singole misure di contenimento della spesa pubblica devono presentare il carattere della temporaneità, al fine di definire in modo appropriato, anche tenendo conto delle scansioni temporali dei cicli di bilancio e più in generale della situazione economica*

²² Ad esempio, si veda M. BELLETTI, *Forme di coordinamento della finanza pubblica e incidenza sulle competenze regionali. Il Coordinamento per principi, di dettaglio e “virtuoso”, ovvero nuove declinazioni dell'unità economica e dell'unità giuridica*, Relazione presentata al Convegno *“Il regionalismo italiano tra giurisprudenza costituzionale e involuzioni legislative dopo la revisione del Titolo V”*, tenutosi a Roma il 13 giugno 2013.

²³ Cfr., *ex multis*, Corte cost., sentenze nn. 154 del 2017, 44 del 2014, 236 del 2013, 193 del 2012 e 182 del 2011, in www.giurcost.org.

²⁴ Corte cost., sentenza n. 193 del 2012, cit.

*del Paese, il quadro delle relazioni finanziarie tra lo Stato, le Regioni e gli Enti locali, evitando la sostanziale estensione dell'ambito temporale di precedenti manovre, che potrebbe sottrarre al confronto parlamentare la valutazione degli effetti complessivi e sistemici di queste ultime in un periodo più lungo*²⁵. Quel che emerge sono, quindi, anche esigenze di efficienza e di trasparenza del confronto parlamentare, che verrebbero logicamente violate nel caso in cui si procedesse ad un ampliamento della durata temporale delle misure in questione, senza che sia data al Parlamento la possibilità di valutarne le conseguenze nel lungo periodo. Invero, a detta della Consulta, nulla impediva, nel caso in esame, di procedere ad una revisione dei contributi statali alla spesa sanitaria nell'ambito della nuova manovra finanziaria, anziché ad un'estensione temporale di misure già esistenti, che ne ha, di fatto, determinato il carattere sostanzialmente permanente. Riaffermando quanto già espresso in precedenti pronunce, la Corte osserva, infatti, che *“il costante ricorso a tale tecnica normativa potrebbe, infatti, prestare al canone della transitorietà un ossequio solo formale, in assenza di plausibili e riconoscibili ragioni che impediscano in concreto al legislatore di 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, ribadendo - quindi - l'invito al legislatore ad evitare il ricorso a tale tecnica”*²⁶.

Tali considerazioni hanno, quindi, determinato la declaratoria di illegittimità costituzionale della prima delle disposizioni impugnate.

Peraltro, dall'affermazione secondo cui le norme che impongono obiettivi di riequilibrio della finanza pubblica debbano necessariamente presentare il carattere della transitorietà e della ragionevolezza, parrebbe plausibile desumere il riconoscimento, da parte della Corte, di posizioni di legittimo affidamento in capo alle Regioni, rispetto alla stabilità e, più specificamente, alla durata del quadro di regolamentazione dei rapporti finanziari tra lo Stato e le Regioni, così come disegnato nelle diverse manovre finanziarie, il cui periodo di riferimento è, solitamente, pari a tre anni.

Il profilo appare interessante, soprattutto nella misura in cui il principio di tutela del legittimo affidamento²⁷, che normalmente concerne i rapporti e le controversie fra pubbliche Amministrazioni e privati, riguarda nel caso in esame più pubbliche Amministrazioni, il cui riparto delle competenze è, per entrambe, sancito costituzionalmente.

Tuttavia, se, da un lato, la Corte ha riconosciuto, seppure implicitamente, in capo agli Enti coinvolti una posizione di legittimo affidamento, che deve essere tutelata in presenza di manovre finanziarie dal

²⁵ Corte cost., sentenza n. 103 del 2018, *Considerato in diritto*, 6.4.2, in www.giurcost.org.

²⁶ Corte cost., sentenza n. 103 del 2018, *Considerato in diritto*, 6.4.2, cit.

²⁷ Brevemente si ricorda che il principio di tutela del legittimo affidamento, quale “principio connaturato allo Stato di diritto”, trova fondamento, a livello costituzionale, negli artt. 3, 5 e 117, comma 3, Cost., e, a livello sovranazionale, negli artt. 6 e 13 della CEDU.

carattere sostanzialmente “permanente”, dall’altro lato, non ha, tuttavia, ravvisato un’analogia posizione in capo agli Enti stessi in ordine alla stabilità del quadro di regolamentazione delle relazioni finanziarie tra Stato e Regioni, che ben possono, quindi, subire mutamenti in grado di violarne l’autonomia finanziaria²⁸, fermo restando l’utilizzo del metodo pattizio da parte delle Autonomie speciali, per le quali si procederà ad un’analisi separata. Secondo la Corte tale considerazione si giustifica sulla base del fatto che né l’art. 26 del sopra cit. d.lgs. n. 68 del 2011 (ai sensi del quale il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato deve essere determinato tramite intesa), né l’intesa che ne è conseguita (siglata in sede di Conferenza permanente tra Stato e Regioni in data 11 febbraio 2018), vietano esplicitamente l’imposizione alle Regioni di ulteriori contributi per fini di equilibrio finanziario, senza, quindi, vincolare in maniera assoluta le misure successivamente adottate dal legislatore statale.

Le censure rivolte avverso l’articolo 1, commi 392 e 394, della legge di bilancio del 2017, che appunto rideterminano, in riduzione, il suddetto finanziamento statale, sarebbero, pertanto, prive di fondamento e non vi sarebbe, quindi, violazione alcuna né delle competenze regionali né del principio di leale collaborazione.

La completa analisi delle statuizioni della Corte in merito alla violazione del principio di leale collaborazione da parte di tali ultime disposizioni, presuppone, peraltro, che si proceda ad una scissione tra le censure avanzate dalla Regione Veneto, che, seppur rigettate, non sono state ritenute totalmente prive di fondamento e di ragionevolezza, e quelle delle Regioni a Statuto speciale, nei cui confronti la posizione del Giudice appare nettamente più critica.

In particolare, la Regione Veneto fonda l’illegittimità costituzionale della rideterminazione unilaterale del finanziamento statale al fabbisogno sanitario nazionale standard sulla circostanza per cui l’intervento non risulta preceduto da un nuovo Patto per la salute (relativo al triennio 2017 – 2019), ossia da quell’importante strumento di concertazione tra Stato e Regione, il cui contenuto, secondo una prassi ormai consolidata a partire dal 2000, avrebbe dovuto essere recepito, come avveniva annualmente, all’interno di disposizioni legislative, assicurando, in tal modo, il pieno rispetto del principio di leale collaborazione, dal momento che, come noto, nel nostro ordinamento l’erogazione concreta dei servizi sanitari è compito spettante alle Regioni.

²⁸Invero, la Corte, ribadendo quanto già precedentemente affermato con la sentenza n. 154 del 2017, *"ha ascritto l'accordo concluso tra lo Stato e la Regione autonoma Sardegna al cosiddetto coordinamento dinamico della finanza pubblica, concernente le singole misure finanziarie adottate per il governo di quest'ultima, come tali soggette a periodico adeguamento. Ciò esclude la possibilità di riconoscere, in generale, un affidamento tutelabile in ordine all'immutabilità delle relazioni finanziarie tra Stato e Regioni, fermo il metodo pattizio per le autonomie speciali"*, cfr. Corte cost., sentenza n. 103 del 2018, *Considerato in diritto*, 6.2.3, cit.

La Corte dichiara sì infondate tali censure, ma lo fa sulla base di un ragionamento che riesce, in ogni caso, a valorizzare il principio in questione. Invero, nell’affermare che *“l’ulteriore riduzione del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario - per il caso di mancato accordo con le autonomie speciali - era stata già prevista nell’intesa dell’11 febbraio 2016, fino al 2018, per effetto dell’accollo alle Regioni ordinarie della quota di contributo gravante sulle autonomie differenziate”*²⁹, pare suggerire che qualunque tipo di statuizione legislativa in merito alla quantificazione del finanziamento del fabbisogno sanitario debba comunque essere preceduta da una qualche forma di negoziazione tra lo Stato e gli Enti coinvolti, che, nel caso di specie, è stata ravvisata nella ricordata intesa del febbraio 2016.

Sicché, a detta del Giudice, *“il problema si porrebbe, al più, soltanto per la determinazione anticipata, in assenza di procedura concertativa, del fabbisogno sanitario anche per il 2019”*, la quale, peraltro, *“trova giustificazione in due ordini di considerazioni. In primo luogo, essa è imposta dalla necessità di redigere il bilancio pluriennale statale per l’arco temporale dal 2017 al 2019. In secondo luogo, essa appare proprio funzionale alla salvaguardia della possibilità, per le Regioni, di programmare per tempo l’erogazione dei servizi in condizioni di efficienza e di appropriatezza. A tale ultimo proposito, ancora la sentenza n. 192 del 2017 ha chiarito che la garanzia di servizi effettivi, che corrispondono a diritti costituzionali, richiede certezza delle disponibilità finanziarie, nel quadro dei compositi rapporti tra gli Enti coinvolti”*. A ciò si aggiunga che *“se è vero che anche la tutela del diritto alla salute non può non subire i condizionamenti che lo stesso legislatore incontra nel distribuire le risorse finanziarie disponibili, tuttavia non deve mai essere compromessa la garanzia del suo nucleo essenziale, sicché le determinazioni sul fabbisogno sanitario complessivo «non dovrebbero discostarsi in modo rilevante e repentino dai punti di equilibrio trovati in esito al ponderato confronto tra Stato e Regioni in ordine ai rispettivi rapporti finanziari». Nella specie, questa condizione appare rispettata, in quanto la fissazione del livello di finanziamento per l’anno 2019 non si discosta in modo rilevante dal livello concertato per gli anni precedenti”*³⁰.

La statuizione appare piuttosto significativa sotto il profilo della valorizzazione del principio di leale collaborazione, nonostante abbia di fatto rigettato le ragioni della ricorrente, le quali, tuttavia, come precisato dal Giudice costituzionale, non sarebbero in astratto totalmente inidonee ad arginare gli effetti delle rideterminazioni unilaterali da parte dello Stato dei contributi alla finanza pubblica. Ed infatti, nell’ambito dell’operazione di bilanciamento tra interessi contrapposti, siffatto *modus operandi* del legislatore, consistente nell’omissione di preliminari momenti concertativi nell’ambito dello stanziamento di risorse finanziarie volte a garantire l’effettività del diritto alla salute, oltre ad apparire legittimo, prevale anche rispetto alle esigenze pattizie regionali, nella misura in cui tale rimodulazione non si discosti eccessivamente da quanto pattuito per gli anni precedenti. Si tratterebbe, quindi, com’è stato correttamente osservato, soltanto di una *“assoluzione con riserva”* del legislatore statale, che non tiene conto

²⁹ Corte cost., sentenza n. 103 del 2018, *Considerato in diritto*, 6.4.1, cit.

³⁰ *Ibidem*.

del corretto riparto delle competenze concorrenti tra Stato e Regioni e del valore che occorre riconoscere al principio di leale collaborazione tra Amministrazioni pubbliche, e non certamente di una “legittimazione *tout court*”³¹.

Sulla scorta di una prima valutazione, pare, pertanto, che il Giudice delle leggi, attraverso tale decisione, giunga a valorizzare l’effettività di tale principio, e delle procedure ad esso connesse, nell’ambito dei procedimenti legislativi, e ciò plausibilmente anche in ragione del riconoscimento di una posizione di legittimo affidamento in capo agli Enti ivi interessati rispetto al mantenimento, nel lungo periodo, di prassi concertative ormai consolidate nel tempo. In tal modo la Corte mostrerebbe, quindi, di discostarsi da alcuni precedenti orientamenti giurisprudenziali, secondo cui non esisterebbe, invece, alcun obbligo di leale collaborazione nei confronti del legislatore ordinario, salvo che lo stesso non sia riconducibile ad un vincolo costituzionale. In assenza di siffatto limite, la Corte esprime, seppur indirettamente, il proprio *favor*³² rispetto all’adozione di procedure concertative nell’ambito dell’esercizio della funzione legislativa, e, quindi, rispetto ad un sistema basato sull’osservanza dei principi di ragionevolezza, di autonomia finanziaria delle Regioni e di corrispondenza fra funzioni trasferite e risorse messe a disposizione.

Diverso discorso vale, invece, per le Regioni a Statuto speciale ivi ricorrenti, nei confronti delle quali, come anticipato, la Corte mostra un atteggiamento molto più intransigente, condannando duramente il perdurante rifiuto delle stesse alla sottoscrizione degli accordi sanciti dal cit. art. 1, commi 392 e 394 della legge n. 232 del 2016. Tale comportamento omissivo e dilatorio e la conseguente assenza di fasi dialogiche tra le Autonomie speciali e lo Stato ha, infatti, avuto un duplice effetto: da un lato, ha legittimato il legislatore statale all’adozione di misure finanziarie provvisorie di ulteriore riduzione del livello del fabbisogno sanitario nazionale, volte ad “assicurare alla manovra di stabilità la sua naturale scadenza”³³; dall’altro lato, ha determinato un conseguente maggiore aggravio nei confronti delle Regioni a Statuto ordinario, utile a garantire “l’effetto finanziario complessivo perseguito dal legislatore statale”³⁴, circostanza, quest’ultima, che potrebbe essere scongiurata in futuro, come suggerisce la Corte, “se lo Stato, per il solo caso di stallo nelle trattative, determinasse in modo unilaterale, sia pur con il carattere della provvisorietà, il riparto pro quota tra le

³¹ Cfr. L. ANTONINI, M. BERGO, *Il principio di leale collaborazione e la remuntada delle Regioni nei rapporti finanziari con lo Stato: brevi riflessioni a margine di alcune recenti sentenze della Corte costituzionale*, cit., p. 25.

³² Cfr., *ex multis*, Corte cost., sentenze nn. 79 del 2011, 437 del 2001, 98 del 2007. Per una visione di insieme dell’evoluzione della giurisprudenza costituzionale in materia, si vedano, *ex multis*, R. BIN, *La leale cooperazione nella giurisprudenza costituzionale più recente*, relazione al seminario “Il principio di leale collaborazione tra Stato e Regioni”, Roma, Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, 6 aprile 2017; A. POGGIA, *Corte Costituzionale e principio di “lealtà” nella collaborazione tra Stato e Regioni per l’esercizio delle funzioni*, 11 ottobre 2017, in www.federalismi.it. In un’ottica comparatistica, si veda altresì G. RIVOSÉCCHI, *La leale collaborazione nelle procedure legislative. Note a margine dei recenti orientamenti della giurisprudenza costituzionale*, relazione dell’11 dicembre 2017 al Convegno di Studi “Autonomie territoriali, riforma del bicameralismo e raccordi intergovernativi: Italia e Spagna a confronto”, Palermo, 30 settembre 2016.

³³ Corte cost., sentenza n. 103 del 2018, *Considerato in diritto*, 6.2.4, cit.

³⁴ *Ibidem*.

*Autonomie speciali del contributo loro imposto*³⁵. Pertanto, analogamente alle riflessioni svolte in merito alle censure avanzate dalla Regione Veneto, la legittimità dell'intervento unilaterale dello Stato è subordinata al requisito della provvisorietà, *“finalizzato ad assicurare il rispetto dei vincoli europei connessi alla manovra di bilancio - e - che lascerebbe, tuttavia, impregiudicato il naturale sbocco della leale (e reale) collaborazione con la stipula degli accordi bilaterali, in tempi utili alle decisioni di finanza pubblica, secondo canoni di ragionevolezza e di imparzialità nei confronti dei soggetti chiamati a concorrere alla dimensione complessiva della manovra”*³⁶. La Corte trova, quindi, un'ulteriore occasione per rimarcare il ruolo fondamentale del principio di leale collaborazione nell'ambito del procedimento di adozione delle leggi, il che, in un'ottica evolutiva del principio stesso, rappresenta senz'altro un elemento positivo per l'ordinamento, in considerazione dell'impronta federalista conferitagli a partire dalla riforma del titolo V della Costituzione.

Senonché, diverse sono le perplessità suscitate dalla pronuncia in esame.

Innanzitutto, pare che il principio di leale collaborazione sia tutelato ancora in maniera parziale, laddove, mettendo a confronto le considerazioni svolte dal Giudice in merito alle censure avanzate da parte della Regione Veneto e da parte delle Regioni a Statuto speciale, è possibile notare che, mentre nel primo caso l'assenza di un preliminare momento concertativo, divenuto per prassi necessario³⁷, a cui avrebbero dovuto prendere parte sia lo Stato che le Regioni, è considerata come una violazione del principio in questione “ammissibile” a determinate condizioni, nel secondo caso, invece, la mancata sottoscrizione da parte delle Autonomie speciali di un'intesa, di fatto rimessa unicamente alla loro iniziativa, è considerata del tutto inaccettabile da parte del Giudice delle leggi, quasi a far intendere che vi sia ancora un *favor* nei confronti dello Stato.

Altro elemento che desta perplessità attiene, invece, alla scarsa considerazione da parte del Giudice costituzionale delle difficoltà manifestate dalla Regione Veneto nell'espletare la propria funzione di garanzia, su tutto il territorio regionale, dei livelli essenziali di assistenza delle prestazioni, e, quindi, del diritto alla salute di cui all'art 32 Cost., in ragione delle minori risorse disponibili previste dalla normativa, nella quale, appunto, mancherebbe un'adeguata istruttoria sulla sostenibilità di tale definanziamento. La Corte, infatti, non solo fa salva la legittimità costituzionale della legge ribaltando, di fatto, il problema e rimettendo in capo alla Regione il compito di dimostrare in concreto l'impossibilità di garantire i LEA, ma, pur riconoscendo che *“la continua imposizione di contributi alla finanza pubblica alle Regioni a statuto ordinario, inevitabilmente incidenti sul livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, potrebbe comportare in futuro il*

³⁵ *Ibidem.*

³⁶ *Ibidem.*

³⁷ Il riferimento è alla mancata adozione di un nuovo Patto per la salute per il triennio 2017 - 2019, o alla mancata proroga del Patto relativo al triennio precedente.

rischio dell'impossibilità di assicurare il rispetto dei LEA fissati dallo Stato”, si limita ad esprimere un semplice monito nei confronti di quest'ultimo, laddove afferma che incombe sullo Stato *“l'onere di evitare tale rischio, eventualmente mediante il reperimento di risorse in ambiti diversi da quelli afferenti la spesa regionale, per rispettare gli obblighi, contratti anche a livello europeo, di garantire l'equilibrio finanziario dell'intero settore pubblico allargato”*³⁸. Circostanza quest'ultima che, allo stato attuale, non risulta ancora essere stata messa in atto da parte del legislatore statale.

Ed infatti, neppure all'interno delle successive leggi di bilancio per il 2018 e per il 2019 è dato rinvenire alcun significativo mutamento di tale prospettiva. Se, da un lato, ciò risulta con tutta evidenza dall'art. 1, comma 435, della legge 27 dicembre 2017, n. 205³⁹, che prevede un aumento pressoché irrilevante del livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per gli anni successivi al 2018, peraltro destinato alla sola valorizzazione del personale dirigenziale, dall'altro lato, nella disposizione di cui all'art. 1, comma 514, della legge 30 dicembre 2018, n. 145⁴⁰, si potrebbe, invece, rinvenire una maggiore presa di coscienza del problema da parte del legislatore ed un qualche segno di apertura verso politiche maggiormente in grado di valorizzare gli interessi ed i principi coinvolti nella questione. Anche in questo caso, tuttavia, la scarsa entità degli stanziati contributi statali, unita alla circostanza dell'assoluto mancato riferimento al ruolo rivestito dalle Regioni in siffatti meccanismi, nonché dell'assenza di una qualunque riconsiderazione dei meccanismi concertativi e collaborativi vigenti, non consentono di poter considerare sostanzialmente superata la precedente disciplina legislativa e la *ratio* ad essa sottesa, posta al vaglio del Giudice costituzionale.

Il complessivo quadro legislativo appena delineato merita, quindi, alcune considerazioni critiche.

Invero, è ormai noto come il diritto alla salute rappresenta un *“diritto finanziariamente condizionato”*, che non può, quindi, prescindere da considerazioni inerenti alla sua concreta sostenibilità finanziaria⁴¹.

³⁸ Corte cost., sentenza n. 103 del 2018, *Considerato in diritto*, 6.4.1, cit.

³⁹ Il quale stabilisce che *“al fine di valorizzare il servizio e la presenza presso le strutture del Servizio sanitario nazionale del personale della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria e di attenuare gli effetti finanziari correlati alla disposizione di cui all'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, con riferimento alla retribuzione individuale di anzianità, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è incrementato di 30 milioni di euro per l'anno 2019, di 35 milioni di euro per l'anno 2020, di 40 milioni di euro per l'anno 2021, di 43 milioni di euro per l'anno 2022, di 55 milioni di euro per l'anno 2023, di 68 milioni di euro per l'anno 2024, di 80 milioni di euro per l'anno 2025 e di 86 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2026. Le risorse di cui al primo periodo sono destinate a incrementare i Fondi contrattuali per il trattamento economico accessorio della dirigenza medica, sanitaria e veterinaria”*.

⁴⁰ Secondo la quale *“per l'anno 2019, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato è determinato in 114.439 milioni di euro. Tale livello è incrementato di 2.000 milioni di euro per l'anno 2020 e di ulteriori 1.500 milioni di euro per l'anno 2021”*.

⁴¹ È dato ormai consolidato quello secondo cui *“nell'ambito della tutela costituzionale accordata al <<diritto alla salute>> dall'art. 32 della Costituzione, il diritto a 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, tenuto conto dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore incontra nella sua opera di attuazione in relazione*

Senonché è più volte stato ribadito, anche dalla stessa Corte, che, nell'operazione di bilanciamento tra garanzia dei livelli essenziali e contenimento della spesa sanitaria, le esigenze attinenti alle risorse finanziarie disponibili non possono comunque assumere un ruolo preponderante e tale da comprimere il nucleo essenziale del diritto alla salute, costituzionalmente tutelato come inviolabile ambito della persona. Peraltro, la circostanza per cui negli ultimi anni si è assistito ad un accrescimento del fabbisogno sanitario e, conseguentemente, della spesa regionale ad esso connessa, ha reso sempre più necessario lo svolgimento di procedure concertative tra lo Stato e le Regioni, portando ad una valorizzazione del principio di leale collaborazione nello specifico ambito dei meccanismi di finanziamento sanciti all'interno delle leggi di bilancio⁴².

Tale progressiva evoluzione del principio in questione non è ancora, tuttavia, approdata ad un suo pieno riconoscimento nell'ambito dei procedimenti di formazione delle leggi statali, all'interno dei quali il Parlamento continua di fatto a godere di una piena discrezionalità, salvi i limiti ad esso imposti, direttamente o indirettamente, da parte della Corte costituzionale⁴³.

Ciò suscita inevitabilmente dubbi in merito alla corretta esecuzione da parte del legislatore statale del bilanciamento fra interessi contrapposti, all'interno del quale occorrerebbe dare maggiore rilievo all'interesse pubblico connesso allo svolgimento di attività concertative e di coordinamento orizzontale, in un'ottica di maggiore lealtà tra Amministrazioni pubbliche. La disposizione impugnata nel caso in esame pare, infatti, non essere idonea a porre in una posizione paritaria lo Stato e le Regioni coinvolte, finendo per porre queste ultime in una posizione subalterna, essendo, di fatto, costrette a subire quanto unilateralmente stabilito a livello statale.

alle risorse organizzative e finanziarie di cui dispone al momento", così Corte cost., sent., 21 luglio 2016, n. 203; si veda anche, *ex multis*, sentenze nn. 455 del 1990, 355 del 1993, 267 del 1998, 509 del 2000, 248 del 2011, tutte in www.giurcost.org; da ultimo, Cons. Stato, Sez. III, sent., 14 settembre 2017, n. 4347, in www.giustizia-amministrativa.it. In dottrina si vedano: R. BALDUZZI, *Salute (diritto alla)*, in S. CASSESE (diretto da), *Dizionario di diritto pubblico*, Milano, Giuffrè, p. 5397; C. SALAZAR, *Dal riconoscimento alla garanzia dei diritti sociali*, Torino, Giappichelli, 2000, pp. 97 e ss.; R. FERRARA, *Salute (diritto alla)*, in *Dig. disc. pubbl.*, XIII, Torino, Utet, 1997, p. 532; L. BUSATTA, *La salute sostenibile. La complessa determinazione del diritto di accedere alle prestazioni sanitarie*, Torino, Giappichelli, 2018; E. FURNO, *Pareggio di bilancio e diritti sociali: la ridefinizione dei confini nella recente giurisprudenza in tema di diritto all'istruzione dei disabili*, in www.giurcost.org, n. 1/2017, pp. 120 e ss.; F.G. CUTTAIA, *Il condizionamento finanziario del diritto sociale alla salute: fondamento e prospettive evolutive*, in *Astrid Rassegna*, n. 9/2017; in senso contrario vedi L. MADAU, nota a Corte cost. n. 275/2016, in *Osservatorio costituzionale*, n. 1/2017, pp. 12 ss, laddove afferma che "è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione".

⁴² Ai fini di una completa analisi dell'evoluzione normativa e giurisprudenziale in materia di finanziamento dei servizi sanitari, cfr. A. S. DI GIROLAMO, *Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione*, in *Istituzioni del federalismo*, 2017, fasc. n. 3/4; L. VANDELLI, *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, cit.

⁴³ A riguardo si veda F. BENELLI, *La "smaterializzazione" delle materie*, Milano, 2006, p. 149 ss.; C. FRATICELLI, *Stato, Regioni e sdematerializzazione: la Corte "rafforza" il principio di leale collaborazione*, in www.forumcostituzionale.it.

Aspetto, quest'ultimo, che pone, peraltro, anche problemi di tutela del legittimo affidamento sorto in capo alle Regioni in ordine alla stabilità di quanto precedentemente stabilito, destinato a soccombere di fronte a sopravvenuti interessi pubblici di contenimento della spesa sanitaria⁴⁴, che impongono di incidere sfavorevolmente su posizioni consolidate, seppur nei limiti della temporaneità, della proporzionalità e della ragionevolezza, anche laddove ciò determini conseguenze negative in termini di garanzia di tutela del diritto alla salute.

Tale meccanismo di prevalenza delle esigenze statali di riduzione della spesa pubblica rispetto alle esigenze di tutela delle legittime aspettative sorte in capo ai destinatari delle suddette misure legislative, pare, inoltre, operare indistintamente tanto nei confronti di soggetti privati, quanto nei confronti di Amministrazioni pubbliche, come avviene nel caso di specie. Invero, la circostanza per cui i soggetti ricorrenti, titolari di posizioni di legittimo affidamento sulla stabilità della disciplina dei rapporti economici intercorrenti con lo Stato, sono Regioni e Province autonome, le cui competenze risultano ripartite a livello costituzionale, avrebbe dovuto quanto meno comportare una maggiore considerazione delle conseguenze negative sulle stesse ricadenti, riassumibili in termini di squilibri di bilancio, direttamente connessi alla mancata fruibilità di risorse finanziarie, il cui ammontare è stato individuato sulla base delle pattuizioni previamente intercorse con lo Stato. Il solo e fugace riferimento operato dalla Corte costituzionale al principio del legittimo affidamento, utile a giustificare il mancato riconoscimento di legittime aspettative⁴⁵ in ordine alla non modificabilità dei rapporti economici intercorrenti tra i soggetti coinvolti, pare suggerire l'idea che il principio stesso, lungi dal rafforzare l'efficacia cogente del principio di leale collaborazione, che presidia in linea generale i rapporti giuridici di durata, finisce, ancora una volta, per svuotarsi di significato, non essendo in grado di esplicitare pienamente la propria funzione di argine rispetto a rimodulazioni unilaterali del rapporto giuridico in essere da parte del legislatore statale.

⁴⁴ Con riferimento al bilanciamento tra tutela della salute ed equilibrio di bilancio si vedano: M. LUCIANI, *Sui diritti sociali*, in (a cura di) A. PACE, *Studi in onore di Manlio Mazziotti di Celso*, Vol. II, Padova, Cedam, 1995; A. MOSCARINI, *Ratio legis e valutazioni di ragionevolezza della legge*, Torino, Giappichelli, 1996; D. BIFULCO, *L'inviolabilità dei diritti sociali*, Napoli, Jovene, 2003; C. SALAZAR, *Crisi economica e diritti fondamentali*, in *AIC osservatorio costituzionale*, fasc. n. 4/2013; I. CIOLLI, *L'equilibrio di bilancio è il convitato di pietra nelle sentenze nn. 10 e 70 del 2015*, in *Quaderni costituzionali*, n. 3/2015; R. BIN, *Quando i precedenti degradano a citazioni e le regole evaporano in principi*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, 27 aprile 2015; D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi?*, in *AIC osservatorio costituzionale*, fasc. n. 1/2018, 29 gennaio 2018; C. DI MARTINO, *Leggi retroattive di contenimento della spesa pubblica e giusto processo*, commento alla sentenza della Corte costituzionale, n. 12 del 2018, in *www.giurcost.org*, fasc. n. 1/2018, 27 aprile 2018. In ordine alle perplessità suscitate in merito alla tecnica del bilanciamento, si vedano: A. RUGGERI, *La Corte aziona l'arma dei "controlimiti" e, facendo un uso alquanto singolare delle categorie processuali, sbarra le porte all'ingresso in ambito in-terno di norma internazionale consuetudinaria (a margine di Corte cost. n. 238 del 2014)*, in *www.giurcost.org*, 17 novembre 2014; A. MORRONE, *Il bilanciamento nello Stato costituzionale*, Torino, Giappichelli, 2014.

⁴⁵ Peraltro, facenti capo alla sola Regione Sardegna, e non anche alle altre Regioni, le quali, in numerosi punti della sentenza commentata, invocano il principio del legittimo affidamento a presidio della propria autonomia.



Il riconoscimento e la tutela di legittime aspettative in capo ai destinatari di siffatte misure legislative dovrebbe, al contrario, costituire presupposto indefettibile ai fini della piena realizzazione dei principi di leale collaborazione e di correttezza, i quali, nell'ambito delle relazioni di durata tra Amministrazioni pubbliche, dovrebbero, in linea teorica, determinare in capo al legislatore statale l'onere di esercitare i propri poteri in base al principio di buona fede, senza tradire l'affidamento ingenerato da proprie precedenti determinazioni in capo ai destinatari delle stesse in ordine alla loro stabilità. Senonché, la sopravvenienza di misure legislative, giustificate sulla base di esigenze di risanamento della finanza pubblica, assunte a ragioni imperative di interesse generale, finisce per prevalere nuovamente sulla tutela delle aspettative dei soggetti destinatari e per sminuire la portata e l'efficacia del principio del legittimo affidamento.