

# **Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione**

*di Annarita Silvia Di Girolamo*

## **Sommario**

**1. Premessa.** – **2. Livelli essenziali nella giurisprudenza costituzionale:** alla ricerca di una definizione della materia e di un equilibrio tra Stato e Regioni. – **3. L'evoluzione normativa in materia di finanziamento dei servizi sanitari:** un difficile compromesso tra Stato e Regioni. – **4. Un passo ulteriore verso l'effettività del principio di leale collaborazione:** la sentenza n. 98 del 2007 della Corte costituzionale. – **5. Riflessioni conclusive.**

## **1. Premessa**

La sentenza n. 98 del 2007 della Corte costituzionale offre l'occasione di svolgere un'analisi in merito allo sviluppo degli orientamenti espressi dal nostro giudice delle leggi sulla tanto discussa clausola dei livelli essenziali, di cui all'art. 117, comma 2, lett. *m*), Cost.

La Consulta, infatti, è stata più volte investita del tema della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, avvicinandosi con cautela all'impronta federalista conferita al nostro ordinamento dalla riforma del Titolo V, Parte seconda, della Costituzione.

La decisione in commento si colloca in una posizione del tutto peculiare in quanto, da un lato, contribuisce ad un ampliamento della tematica attraverso il legame degli interventi finanziari a standard di assistenza uniformi, dall'altro lato, sembra svuotare un principio forte, quello della leale collaborazione, affermato poco prima dalla Corte costituzionale, a garanzia del giusto equilibrio delle competenze tra Stato e Regioni.

In vista della delicatezza di tali aspetti ed al fine di valutare

la coerenza o meno della posizione della Corte costituzionale nella sentenza n. 98 del 2007, rispetto agli orientamenti espressi in precedenza, può essere utile ripercorrere l'*iter* evolutivo della giurisprudenza costituzionale sui livelli essenziali e la normativa sui finanziamenti dei servizi sanitari, per poi rapportare il tutto al caso di specie, con particolare riferimento al principio di leale collaborazione.

## 2. Livelli essenziali nella giurisprudenza costituzionale: alla ricerca di una definizione della materia e di un equilibrio tra Stato e Regioni

L'art. 117, comma 2, lett. m), Cost., che riserva alla competenza esclusiva dello Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, costituisce uno dei punti di maggiore interesse introdotti dalla riforma costituzionale del 2001.

L'ingresso di tale clausola a livello costituzionale ha destato, fin da subito, dubbi e perplessità<sup>(1)</sup>.

---

(1) La tematica dei livelli essenziali, soprattutto con specifico riferimento all'ambito della sanità, prima ancora che a livello costituzionale, ha trovato fondamento nella normativa precedente. Infatti, alla previsione puramente concettuale dei livelli delle prestazioni, ad opera della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono seguite: la riforma *bis* (d.lgs. n. 502/1992), che li ha definiti come livelli uniformi di assistenza da determinare "in coerenza" con le risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale e la riforma *ter* (d.lgs. n. 229/199), che ha previsto la loro determinazione "contestualmente" all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale. Attraverso quest'ultima riforma, si è assistito all'ingresso del concetto di essenzialità ed all'eliminazione dello stretto legame ai vincoli di bilancio. Già da questo breve *excursus* normativo, si comprende come la tematica investa o sia legata ad aspetti finanziari. Sull'*iter* legislativo che ha caratterizzato l'ingresso dei livelli essenziali cfr. F.A. ROVERSI MONACO, C. BOTTARI, *Commento all'art. 1*, in *Il servizio sanitario nazionale. Commento alla l. 23 dicembre 1978, n. 833*, coordinato da F. Roversi Monaco, Milano, Giuffrè, 1979, p. 2 ss.; G. MOR, *Il nuovo assetto organizzativo del servizio sanitario nazionale*, in *Sanità Pubblica*, 1997, p. 617 ss.; C. BOTTARI, L. VANDELLI, *Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza*, in F.A. Roversi Monaco (a cura di), *Il nuovo servizio sanitario nazionale*, Rimini, 2000, p. 23 ss.; N. DIRINDIN, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza*, in *Sanità Pubblica*, 2000, p. 1013

Le incertezze hanno riguardato, principalmente, tre aspetti: il primo attinente all'ambiguità di cui alla lett. *m*), basata su un concetto non meglio definito di essenzialità e su un generico riferimento a tipologie di diritti tra loro differenti <sup>(2)</sup>; il secondo, riguardante la conciliazione tra competenza esclusiva dello Stato in materia di livelli essenziali e competenza concorrente in materia di tutela della salute; il terzo, relativo alla legittimità della fonte dei livelli essenziali, cioè il d.P.C.m. 29 novembre del 2001.

Questi ed altri profili hanno richiamato l'attenzione della dottrina <sup>(3)</sup>, dei giudici amministrativi <sup>(4)</sup> e della Corte costitu-

---

ss.; R. GIORGETTI, *Legislazione e organizzazione del Servizio sanitario*, Rimini, 2001, p. 35 ss.; N. AICARDI, *La Sanità*, in *Trattato di Diritto Amministrativo*, a cura di S. Cassese, Milano, 2003, p. 629 ss.; A. D'ALOIA, *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, n. 6/2003, p. 1081 ss.; L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, Milano, 2005, p. 7 ss.

(2) E. FERIOLO, *Sui livelli essenziali delle prestazioni: le fragilità di una clausola destinata a temperare autonomia ed eguaglianza*, in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it).

(3) Sul punto cfr. E. BALBONI, *Il concetto di livelli essenziali ed uniformi come garanzia in materia di diritti sociali*, in questa *Rivista*, 2001, p. 1110 ss.; M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m), Cost.*, in *Pol. Dir.*, 2002, p. 345 ss.; L. TORCHIA, *Sistemi di welfare e federalismo*, in *Quad. Cost.*, 2002, p. 732 ss.; C. PINELLI, *Sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" (art. 117, co. 2, lett. m), Cost.*, in *Diritto Pubblico*, 2002, p. 881 ss.; G. ROSSI, A. BENEDETTI, *La competenza statale esclusiva in materia di livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali*, in *Lav. P.A.*, suppl. al n. 1/2002, p. 2 ss.; A. D'ALOIA, *Diritti e stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, op. cit., p. 1063 ss.; G.U. RESCIGNO, *I diritti civili e sociali tra legislazione esclusiva dello Stato e delle Regioni*, in S. Gambino (a cura di), *Il nuovo ordinamento regionale. Competenze e diritti*, Milano, 2003, p. 107 ss.; A. ROVAGNATI, *I livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto alla salute: un primo esempio di attuazione della previsione di cui alla lett. m), II c., art. 117 Cost.*, in *Le Regioni*, n. 6/2003, p. 1151 ss.

(4) La giurisprudenza amministrativa ha mostrato una propensione a considerare l'art. 117, comma 2, lett. *m*), come una competenza di carattere generale, in grado di fornire copertura alle misure adottate dallo Stato per tutelare il contenuto essenziale del diritto alla salute. Tale propensione ha condotto al rigetto di tutte le domande di annullamento del d.P.C.M. 29 novembre 2001, interpretando in senso restrittivo il margine di discrezionalità delle Regioni nell'applicazione di questo. Su tali aspetti si vedano: sentenza Tar Lazio, n. 10101/2002, reperibile su *Foro Amministrativo: Tar*, n. 3, 2003, pp. 991-996; sentenza Tar Lazio, sez. III, n. 6252/2002, reperibile su *Foro Amministrativo: Tar*, 2003, p. 178 ss.; V. MOLASCHI, "Livelli essenziali delle prestazioni" e LEA sanitari: prime indicazioni della giurisprudenza di merito, in *Foro Am-*

zionale.

Quest'ultima, a seguito del mutamento introdotto dalla riforma del Titolo V, per garantire continuità all'ordinamento e in attesa dell'attività di attuazione da parte del legislatore ordinario, si è ritrovata a compiere scelte coraggiose, cercando di agire con cautela rispetto alle novità introdotte dalla riforma.

In materia di livelli essenziali, l'iniziale prudenza della Consulta, accompagnata dalla necessità di spingersi oltre, al fine di chiarire alcuni elementi basilari del nuovo impianto costituzionale, ha condotto alla formazione di una giurisprudenza costituzionale costruttrice-chiarificatrice del tema.

L'*iter* evolutivo della clausola dei livelli essenziali, infatti, è stato alimentato e scandito da varie pronunce della Corte costituzionale che, da un lato, hanno consentito di approdare a determinati punti fermi, dall'altro lato, hanno lasciato permanere diversi dubbi, dovendo il giudice delle leggi limitarsi ad una risoluzione caso per caso.

Il punto di partenza per la ricostruzione della giurisprudenza costituzionale in materia non può che essere la sentenza n. 282 del 2002.

In essa, la Corte, affermando che “la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali di cui alla lett. *m*) non rappresenta una materia in senso stretto, ma una competenza statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore deve porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle”, ha conferito carattere trasversale alla lett. *m*),

---

*ministrativo: Tar*, 2003, p. 181 ss.; ord. n. 4485/2002 del Consiglio di Stato ed in merito a questa E. MENICETTI, *Consiglio di Stato e livelli essenziali di assistenza: verso una questione di legittimità costituzionale?*, su [www.amministrazioneincammino.luiss.it](http://www.amministrazioneincammino.luiss.it); sentenza n. 398/2004 del Consiglio di Stato, con commento di F. GIGLIONI, *Le procedure di determinazione dei livelli essenziali di assistenza*, in *Giornale di Diritto Amministrativo*, n. 10/2004, p. 1103 ss.; sentenza n. 7085/2005 del Consiglio di Stato, con commento di C. TUBERTINI, *I livelli essenziali di assistenza sanitaria e l'effettività del diritto alla salute*, in *Giornale di Diritto Amministrativo*, n. 5/2006, p. 505 ss.

limitandosi ad indicarne la finalità generale, cioè assicurare l'uniformità delle prestazioni garantite, intese come contenuto essenziale dei corrispondenti diritti civili e sociali <sup>(5)</sup>.

Tuttavia, soprattutto con riferimento alle materie di competenza concorrente (principalmente, la materia della "tutela della salute", di cui all'art. 117, comma 3, Cost.), il problema che si pone ai fini dell'applicazione della lett. *m*), riguarda la definizione dell'intensità e della portata dell'intervento esclusivo statale rispetto ai principi fondamentali ed alla legislazione regionale di dettaglio.

In tale pronuncia, la Consulta non ha provveduto ad una specificazione in tal senso, mostrando un atteggiamento di cautela rispetto agli spazi di intervento riconosciuti alle Regioni dalla riforma del Titolo V.

Nonostante la prudenza iniziale, giustificata dall'attesa di un impegno attuativo della riforma ad opera del legislatore ordinario,<sup>2</sup> nelle successive sentenze la Corte si è avviata verso la strada del giusto temperamento tra unitarietà dell'ordinamento e rispetto delle competenze regionali.

Tappa fondamentale di tale percorso è rappresentata dalla sentenza n. 88 del 2003 della Corte costituzionale, che ha sancito la legittimità costituzionale del d.P.C.M. 29 novembre del 2001, in quanto la sua adozione è stata subordinata al previo coinvolgimento delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, attraverso l'intesa preliminare con il Governo, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province autonome.

In tale occasione, la Consulta ha affermato che la forte inci-

---

(5) Sulla sentenza n. 282/2002 della Corte costituzionale si vedano: D. MORANA, *La tutela della salute, fra libertà e prestazioni, dopo la riforma del Titolo V. A proposito della sentenza 282/02 della Corte costituzionale*, in *Giur. Cost.*, 2002, p. 2034 ss.; R. BIN, *Il nuovo riparto di competenze legislative: un primo, importante chiarimento*, in *Le Regioni*, n. 6/2002, pp. 1448, 1449; S. MARINI, *La Corte costituzionale nel labirinto delle materie "trasversali": dalla sent. n. 282 alla n. 407 del 2002*, in *Giur. Cost.*, 2002, pp. 2951-2952; C. PINELLI, *op. cit.*, p. 881 ss.; E. MENICHETTI, *Le pratiche terapeutiche nel nuovo assetto costituzionale: la tutela della salute tra principi fondamentali e livelli essenziali (osservazioni a margine della sentenza Corte cost. 26 giugno 2002 n. 282)*, su [www.amministrazioneincammino.luiss.it](http://www.amministrazioneincammino.luiss.it); V. MOLASCHI, *Dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Ragiusan*, n. 237/238, 2003, pp. 39-40.

denza della potestà statale nella determinazione dei livelli essenziali sull'esercizio delle competenze assegnate alle Regioni impone che tale determinazione avvenga con legge. A quest'ultima, dunque, è stato attribuito il compito di disciplinare il procedimento di determinazione dei livelli essenziali nel rispetto del principio di leale collaborazione.

In particolare, con questa pronuncia si è esclusa la possibilità per lo Stato di fissare limiti organizzativi alle Regioni, con forme e modalità non riconducibili alla procedura di determinazione dei livelli di assistenza stabilita dalla legge <sup>(6)</sup>.

Il merito da riconoscere a tale sentenza risiede non solo nella risoluzione del dilemma sulla legittimità costituzionale della fonte dei livelli essenziali, ma, soprattutto, nell'aver gettato le basi per il raggiungimento dell'equilibrio tra competenze statali e regionali. La Corte, infatti, oltre a mostrare un approccio diverso rispetto alla precedente sentenza n. 282 del 2002, orientato verso una delimitazione delle ampie possibilità di intervento statale, ha messo in luce un elemento capace di contemperare la competenza statale di cui alla lett. m), con le competenze regionali.

In sostanza, la sentenza n. 88 del 2003 può ritenersi come propedeutica rispetto all'affermazione del principio di leale collaborazione, cui si è assistito nella successiva sentenza n. 134 del 2006.

In quest'ultima pronuncia la Corte, nonostante abbia consentito il sorgere di alcuni dubbi, avendo manifestato una significativa apertura verso una disciplina statale attuativa quando assuma la forma di standard (qualitativi, quantitativi, strutturali, tecnologici) da assicurare nell'erogazione delle prestazioni es-

---

(6) Sulla sentenza n. 88/2003 della Corte costituzionale, si vedano: E. BALBONI, *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, in *Le Regioni*, n. 6/2003, p. 1183 ss.; A. CORSINI, *Cautela della Corte sui "livelli essenziali delle prestazioni sanitarie"*, in *Foro Amministrativo C.d.S.*, n. 4/2003, pp. 1237-1239; A. SIMONCINI, *Non c'è alternativa alla leale collaborazione. Dalla Corte le prime indicazioni su regolamenti del Governo e "livelli essenziali" nelle materie regionali*, in *Le Regioni*, n. 6/2003, p. 1199 ss.; E. FERIOLI, *Sui livelli essenziali delle prestazioni: le fragilità di una clausola destinata a contemperare autonomia ed uguaglianza*, in [www.consultaonline.it](http://www.consultaonline.it).

senziali, ha proceduto al riconoscimento della necessità dell'intesa con le Regioni per l'esercizio della competenza statale in materia di livelli essenziali (7).

L'importanza da riconoscere a tale sentenza risulta evidente in quanto l'affermazione di un così forte principio, che pone Stato e Regioni in un rapporto paritario, consente di scorgere una nuova chiave di lettura sui livelli essenziali, che risiede nella leale collaborazione.

A partire da tale pronuncia, dunque, il punto di equilibrio tra decentramento ed uguaglianza dei cittadini nei diritti e doveri fondamentali è stato rintracciato nel principio di leale collaborazione (8).

### 3. *L'evoluzione normativa in materia di finanziamento dei servizi sanitari: un difficile compromesso tra Stato e Regioni*

Se, dunque, la Corte costituzionale ha individuato nella leale collaborazione quel "compromesso" capace di equilibrare decentramento ed istanze unitarie, gli sviluppi normativi in tema di finanziamento dei servizi sanitari mostrano come essa costituisca il tratto caratteristico del settore.

Le forme di finanziamento dell'assistenza sanitaria hanno rappresentato un aspetto estremamente delicato nell'ottica di una concreta attuazione dell'art. 32 della Costituzione.

Con la legge di riforma sanitaria 23 dicembre 1978, n. 833,

---

(7) Sul punto cfr. E. BALBONI, P.G. RINALDI, *I livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, p. 1 ss.; C. DI SOMMA, *Livelli essenziali di assistenza e leale collaborazione attraverso l'intesa*, in *Forum di Quaderni Costituzionali*, p. 4; A. SIMONCINI, *op. cit.*, p. 1199 ss.

(8) Sull'interpretazione del principio di leale collaborazione da parte della Corte costituzionale dopo la riforma del 2001 cfr. L. TORCHIA, "Concorrenza" fra Stato e Regioni dopo la riforma del Titolo V: dalla collaborazione unilaterale alla collaborazione paritaria, in *Le Regioni*, 2002, p. 647; F. MERLONI, *La leale collaborazione nella Repubblica delle autonomie*, in *Diritto pubblico*, 2002, p. 845 ss.; L. VANDELLI, *la Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale* (a cura di A. Pioggia, L. Vandelli), Maggioli, 2006, p. 34 ss.; V. ANTONELLI, *Amministrazione pubblica e unità della Repubblica*, ivi, p. 69 ss.; A. GRATTERI, *La faticosa emersione del principio costituzionale di leale collaborazione*, in [www.costituzionale.unipv.it](http://www.costituzionale.unipv.it).

la disciplina del finanziamento veniva affidata all'art. 51, il quale istituiva il fondo sanitario nazionale. Quest'ultimo, alimentato dal meccanismo erariale, attraverso le imposte generali, e dai contributi regionali, ha rappresentato il vero elemento di svolta del sistema sanitario. Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale era, dunque, garantito dal trasferimento dei mezzi finanziari confluenti nel fondo sanitario nazionale alle Regioni e, nell'ambito di queste, alle singole unità sanitarie locali<sup>(9)</sup>. A queste ultime, la legge di riforma attribuiva la gestione dei servizi sanitari, devolvendo al Comune la competenza amministrativa in materia.

Nel corso degli anni, soprattutto attraverso gli interventi della Corte costituzionale, il diritto alla tutela della salute si veniva a configurare alla stregua di un *diritto finanziariamente condizionato*. Il giudice delle leggi, infatti, aveva più volte ribadito che, nel bilanciamento dei valori costituzionali che il legislatore deve compiere al fine di dare attuazione al diritto alla tutela della salute, deve entrare anche la considerazione delle esigenze relative all'equilibrio della finanza pubblica<sup>(10)</sup>.

La giurisprudenza costituzionale, dunque, sembrò legittimare l'impostazione di fondo del d.lgs. n. 502/1992 (riforma *bis*), che ha introdotto il principio secondo il quale l'individuazione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza, è effettuata "in coerenza" con l'entità del finanziamento assicurato al Servizio sanitario nazionale. Secondo tale decreto, volto al contenimento e riequilibrio della spesa sanitaria, i versamenti sanitari dei soggetti residenti confluivano direttamente nel bilancio delle Regioni, alle quali venivano attribuiti poteri gestionali. In tal modo l'amministrazione centrale si affrancava dall'obbligo di ripianare i disavanzi della salute, visto che si rinviava alla Regione la facoltà di garantire con proprie risorse la copertura di

---

(9) E. JORIO, *Il finanziamento della salute e il patto di stabilità interno*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 2/2005, pp. 8-15.

(10) C. BOTTARI, *Nuovi modelli organizzativi per la tutela della salute*, Torino, 1999, pp. 39-40; R. FERRARA, in R. FERRARA, P. M. VIPIANA, *Principi di diritto sanitario*, Torino, 1999, p. 58.

prestazioni superiori ai livelli assistenziali <sup>(11)</sup>. Tuttavia, il complesso dei contributi non era in grado di finanziare tutte le prestazioni sanitarie; da qui l'esigenza di mantenere in vigore il fondo sanitario nazionale, con un ruolo di tipo integrativo.

La cd. riforma *ter* (d.lgs. n. 229/1999), stabilendo che l'individuazione dei LEA venisse effettuata "contestualmente" all'individuazione delle risorse finanziarie destinate al Servizio sanitario nazionale, ha contribuito ad una diversa configurazione del diritto alla tutela della salute. Infatti, come ricordato dalla Corte costituzionale nella sentenza n. 309 del 1999, 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 <sup>(12)</sup>.

Il d.lgs. n. 229/1999, inoltre, ha introdotto la disciplina del patto di stabilità interno nel Servizio sanitario nazionale. Pertanto, al fine di pervenire all'accertamento del deficit complessivo prodotto, riferito soprattutto a quello sanitario, e di individuare precisi risultati economici da raggiungere, veniva prescritto ad ogni Regione l'onere di individuare i propri disavanzi e di notificarli al Ministero della sanità. Quanto ai livelli essenziali di assistenza, in vista della necessità di doverli comunque garantire, si prevedeva un ulteriore obbligo comportamentale a carico delle Regioni e delle Province autonome, consistente in una valutazione estimativa dei costi economici sopportati per l'erogazione dei Lea e dell'esatta identificazione delle cause responsabili dei disavanzi realizzati <sup>(13)</sup>.

In tale contesto, la continua crescita del fabbisogno sanitario e della spesa ad esso relativa, non si collocava in linea con gli obiettivi ed i vincoli annualmente fissati: le decisioni di spesa

---

(11) Cfr. E. JORIO, *Il finanziamento della salute e il patto di stabilità interno*, op. cit., p. 10.

(12) L. VANDELLI, C. BOTTARI, *Tutela del diritto alla salute, programmazione sanitaria e definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza*, op. cit., p. 34 ss.

(13) E. JORIO, *Il finanziamento della salute e il patto di stabilità interno*, op. cit., pp. 14-18; L. MERCATI, *Il bilancio degli enti locali tra patto di stabilità interno e riforme del t.u.e.l.*, in *Giornale di diritto amministrativo*, n. 12/2005, p. 1260 ss.

delle Regioni risultavano pertanto slegate dalle effettive disponibilità della propria finanza.

Tale situazione ha condotto al necessario ricorso agli strumenti di raccordo istituzionale per il tramite della leale collaborazione fra livelli di governo.

A riguardo, con l'accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2000, il Governo si impegnava, per l'anno 2000, ad incrementare il fondo sanitario nazionale da ripartire tra le Regioni, mentre agli eventuali disavanzi registrati in tale anno erano le Regioni a dover fare fronte con i propri bilanci<sup>(14)</sup>.

Il d.lgs. n. 56/2000 ha dato l'avvio alla riforma della finanza regionale, modificando il modello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale ed introducendo il federalismo fiscale nel nostro ordinamento<sup>(15)</sup>. Si è proceduto alla soppressione del fondo sanitario nazionale, all'introduzione di una serie di compartecipazioni regionali a tributi statali ed all'istituzione del fondo perequativo nazionale. Lo spirito riformatore del d.lgs. n. 56/2000 risiedeva nella necessità, da parte dell'autorità di governo, da un lato di attribuire alle Regioni la gestione e la responsabilità dell'impiego delle risorse finanziarie ed evitare il ricorso a livello centrale per ripianare i *deficit* e, dall'altro, di mantenere fermo il principio dell'uniformità delle prestazioni sul territorio nazionale e della garanzia di assistenza per tutti i cittadini<sup>(16)</sup>. Tuttavia, il decreto è rimasto in una situazione di "letargo" giuridico, di fatto sostituito dalla contrattazione Stato-Regioni<sup>(17)</sup>.

---

(14) S. PARRILLA, *Le risorse del servizio sanitario: dall'accordo del 3 agosto 2000 alle intese del 23 marzo 2005*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 4/2005, pp. 7-10.

(15) E. JORIO, *Il finanziamento della salute e il patto di stabilità*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 2/2005, p. 5 ss.

(16) V. PEDERZOLI, *I nuovi criteri di finanziamento del servizio sanitario nazionale*, op. cit., p. 747.

(17) L'espressione è di F. PAMMOLLI, N.C. SALERNO, *I LEA sanitari, la riforma della Costituzione e la regolazione del "mercato" sanitario*, su [www.cerm.it](http://www.cerm.it), secondo i quali: "Il decreto non è riuscito a posizionare la demarcazione tra le risorse per il finanziamento dei LEA da un lato e, dall'altro, quelle per il finanziamento delle prestazioni ulteriori e quelle assorbite dai sovracosti della gestione regionale dei LEA. Le prime risorse avrebbero dovuto trovare finanziamento nel meccanismo del decreto, con una perequazione interregionale opportunamente calibrata per mettere ogni

Con l'accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni l'8 agosto 2001 si è cercato di perseguire una effettiva responsabilizzazione dei due livelli di governo sulla quota di deficit sanitari a ciascuno attribuibile. Pertanto, a fronte del finanziamento per il 2001, le Regioni si sono impegnate ad adottare specifiche misure per contenere i disavanzi, attraverso: l'adesione alle convenzioni in tema di acquisti di beni e servizi, con onere a loro carico per la spesa eccedente; l'adeguamento alle prescrizioni del patto di stabilità interno; l'erogazione di tutte le prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza; l'impegno a mantenere la stabilità delle gestioni. A tali prescrizioni veniva collegata una sanzione di natura finanziaria, cioè il mancato accesso al finanziamento integrativo in caso di inadempimento da parte delle Regioni <sup>(18)</sup>.

Con il decreto-legge n. 347/2001 è stato recepito il tetto della spesa per l'assistenza sanitaria per gli anni 2002, 2003 e 2004 nei termini stabiliti dall'accordo Stato-Regioni sancito l'8 agosto 2001 ed è stato ribadito che i deficit che avessero superato le entrate derivanti dal riparto del finanziamento statale previsto per quell'anno avrebbero dovuto essere coperti integralmente dalle Regioni.

La legge 27 dicembre 2002, n. 289 (legge finanziaria 2003), inoltre, ha previsto l'adozione di misure volte al contenimento delle liste di attesa, quale condizione per l'accesso delle Regioni al finanziamento statale.

Spirato nel 2004 il patto sancito l'8 agosto 2001, con la legge 31 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005), in deroga al decreto-legge n. 347/2001, sono stati previsti ulteriori fondi statali per ripianare il disavanzo degli anni 2001, 2002 e 2003, subordinandone l'accesso alla stipula di un'apposita intesa fra Stato e Regioni, relativa ad una serie di adempimenti organiz-

---

Regione nelle condizioni di ottemperare; le seconde avrebbero dovuto trovare finanziamento nelle singole Regioni e valere sul loro bilancio, senza interessare il bilancio dello Stato e senza sussidi interregionali. In mancanza di una identificazione di modalità e di quantità di consumo configuranti il livello essenziale, era prevedibile che il meccanismo del decreto non potesse camminare con le sue gambe".

(18) S. PARRILLA, *Le risorse del servizio sanitario: dall'accordo 3 agosto 2000 alle intese del 23 marzo 2005*, in *Sanità pubblica e privata*, n. 4/2005, p. 10 ss.

zativi e finanziari, volti al contenimento della dinamica dei costi<sup>(19)</sup>.

Con la legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006), l'accesso delle Regioni al finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003, 2004 è stato subordinato ad ulteriori condizioni, oggetto di contestazione nella sentenza n. 98/2007 della Corte costituzionale.

In definitiva, come emerge con chiarezza dalle travagliate vicende del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la valorizzazione dell'autonomia regionale ha dovuto fare i conti con le differenti realtà regionali, per lo più incapaci di far fronte alla costante crescita del fabbisogno sanitario. Da qui la necessità di ricorrere ad una serie di accordi tra Stato e Regioni, costituenti una sorta di "compromesso", per l'accesso delle Regioni ai finanziamenti integrativi statali<sup>(20)</sup>.

Si potrebbe ritenere che, a fronte di un aiuto da parte dello Stato, la Regione abbia "liberamente" rinunciato a qualcosa o si sia impegnata a fare qualcosa, per non cadere in uno stato di totale disagio economico-finanziario, incapace di far fronte alle esigenze essenziali della salute. Una simile scelta non farebbe sorgere perplessità se tale dinamica rimanesse confinata

---

(19) Cfr. F. TONIOLO, *Il riparto del fondo sanitario nazionale dalla riforma sanitaria del 1978 all' "Accordo di Fiuggi" del 2003*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 11-12/2003, p. 1205 ss.; F. JORIO, *Il fondo perequativo e i livelli essenziali di assistenza*, in *Sanità Pubblica e Privata*, n. 4/2004, p. 373 ss.

(20) Cfr. B. VITIELLO, *La sanità pubblica: specchio della realtà dei rapporti Stato-regioni (con riferimenti alla finanziaria 2007)*, in questa *Rivista*, n. 6/2006: "Le novità normative degli anni '90, che sembravano aprire una fase nuova per il finanziamento del sistema sanitario o, meglio, dei singoli sistemi sanitari regionali, vengono, di fatto, disattese dai successivi interventi del legislatore nazionale, spesso contraddittori. Infatti, a fronte della costante crescita della spesa sanitaria e della concreta incapacità di creare un sistema di finanziamento che garantisca, allo stesso tempo, autonomia regionale, contenimento delle uscite e riduzione dei disavanzi, nonché livelli essenziali di assistenza (cd. LEA), si è inaugurato un metodo nuovo, di tipo pattizio, per il governo della sanità. Il sistema di concertazione così creato, ed ancora oggi utilizzato, non è certamente esente da critiche, non fosse altro perché esso è espressione di un rapporto impari in cui lo Stato continua a riservarsi una posizione contrattuale predominante e ad utilizzare strumenti operativi introdotti con la riforma del '78 e almeno formalmente superati da successivi interventi normativi".

all'interno del quadro di leale collaborazione tra Stato e Regione e, quindi, quest'ultima mantenesse la sua libertà di autodeterminazione, così come lo Stato. La situazione si complica se, invece, i due protagonisti vengono a trovarsi su di un piano non di equiordinazione, ma di "subordinazione", nel senso che l'uno imponga obblighi all'altro, senza che quest'ultimo venga messo, preliminarmente, nella condizione di poter valutare la necessità di scendere ad un "compromesso", accettando gli obblighi o meno. In questo caso, viene infatti da chiedersi se il principio di leale collaborazione, che ha costituito per la giurisprudenza costituzionale l'elemento di equilibrio delle competenze tra Stato e Regioni e per i finanziamenti dei servizi sanitari quel "compromesso" finalizzato ad una concreta attuazione della tutela della salute, consenta effettivamente di porre i suoi protagonisti nell'ambito di un rapporto paritario o costituisca un elemento puramente teorico, incapace di tradursi nella pratica.

**4. *Un passo ulteriore verso l'effettività del principio di leale collaborazione: la sentenza n. 98 del 2007 della Corte costituzionale***

La sentenza n. 98 del 2007 aggiunge un nuovo tassello al tema dell'effettività del principio di leale collaborazione nel rapporto tra Stato e Regioni, sullo specifico versante dei meccanismi di finanziamento previsti dalle annuali leggi finanziarie.

Come già anticipato, la Corte costituzionale è stata chiamata a pronunciarsi, sulla legittimità di alcune disposizioni della legge 23 dicembre 2005, n. 266 (legge finanziaria 2006) impugnate da alcune Regioni (Toscana, Veneto, Piemonte, Campania, Liguria, Emilia-Romagna e Friuli-Venezia Giulia) per violazione degli artt. 117, comma 3, 118 e 119 della Costituzione.

In particolare, sono stati impugnati i commi 279, 280 e 281 dell'art. 1, che subordinavano l'accesso delle Regioni al finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del Ser-

vizio sanitario nazionale riferito agli anni 2002, 2003, 2004 a tre condizioni:

- il raggiungimento dell'intesa sul Piano sanitario nazionale 2006-2008;
- la stipula di una particolare intesa tra Stato e Regioni sull'adozione di misure organizzative relative al contenimento dei tempi di attesa per le prestazioni sanitarie;
- per le Regioni con un deficit particolarmente grave, la stipula di un apposito accordo per l'adeguamento alle indicazioni del Piano sanitario nazionale 2006-2008 e il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza.

Ad avviso delle ricorrenti, la subordinazione dell'accesso al finanziamento integrativo a tali condizioni violava l'autonomia legislativa in materia di tutela della salute e l'autonomia finanziaria delle Regioni in quanto lo Stato, autore della legislazione sanitaria e responsabile della mancata attuazione dell'art. 119 della Costituzione, per rimediare in parte all'insufficienza del finanziamento nel settore, avrebbe imposto alle Regioni l'accettazione di una serie di vincoli ulteriori in materie di loro competenza.

Secondo le Regioni, dunque, le intese e gli accordi solo apparentemente sarebbero stati liberamente sottoscrivibili o rifiutabili visto che, nella realtà, sarebbero stati loro "imposti" dall'urgente necessità di ottenere il contributo finanziario dello Stato.

Ragionando sulla posizione assunta dalle Regioni alla luce del principio di leale collaborazione (così come interpretato dalla giurisprudenza costituzionale sui livelli essenziali e concretamente applicato nei meccanismi di finanziamento del servizio sanitario), occorre partire dal presupposto che esiste una fortissima correlazione tra livelli essenziali e profili economico-finanziari. Tuttavia, non è ipotizzabile una sorta di subordinazione dei primi ai secondi, in quanto è la stessa garanzia di uniformità a negarlo. E' più appropriato parlare di legame tra livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari, al fine di sottolineare il concatenarsi ed il muoversi di entrambi verso la

necessità di una erogazione uniforme delle prestazioni a livello nazionale.

Risulta necessario individuare l'elemento capace di garantire tale legame e l'uniformità delle prestazioni essenziali su tutto il territorio nazionale in osservanza della ripartizione costituzionale delle competenze tra Stato e Regioni, soprattutto in materia di tutela della salute.

La Corte costituzionale è riuscita ad instaurare un bilanciamento tra esigenze di uniformità e decentramento attraverso la subordinazione della determinazione dei livelli essenziali al principio di leale collaborazione.

Questo traguardo acquisisce maggiore rilevanza se rapportato alla legislazione in materia di finanziamento dei servizi sanitari. Come si è avuto modo di mettere in luce, infatti, questa ha trovato origine in una serie di accordi e intese fra Stato e Regioni che hanno connesso i finanziamenti dei servizi sanitari alla garanzia di standard uniformi di assistenza. Anche su tale versante, pertanto, la leale collaborazione è stata posta come elemento basilare di disciplina, richiedente una posizione paritaria tra Stato e Regioni<sup>21</sup>.

Alla luce di tali considerazioni, si sarebbe portati a ritenere le disposizioni impugnate non in linea con questo principio.

Infatti, se viene sancita la centralità di un così forte principio, il legislatore non potrebbe determinare unilateralmente condizioni che le Regioni siano obbligate ad accettare, in vista dell'impossibilità di provvedere esse stesse alle esigenze della salute.

A conferma di ciò dev'essere rilevato che, nelle more del giudizio, sono state raggiunte le intese sull'approvazione del Piano sanitario 2006-2008 e sul Piano nazionale di contenimento dei tempi di attesa per il triennio 2006-2008.

---

(21) L. VANDELLI, *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, cit., p. 35: "Nel contesto attuale il principio di leale collaborazione assume un rilievo primario, nelle relazioni tra Stato e autonomie regionali, come parametro complessivo dei processi decisionali e, in particolare, come elemento di garanzia di un coinvolgimento delle autonomie stesse nell'elaborazione e formazione di atti che, pur spettando allo Stato, riguardano inevitabilmente competenze e interessi regionali".

Tale situazione spinge a chiedersi se le Regioni siano state poste in una posizione equiordinata allo Stato, mantenendo la libertà di scegliere se scendere ad un “compromesso” con quest’ultimo o se, invece, siano state costrette ad accettare condizioni senza libertà di scelta e, quindi, in posizione subordinata<sup>(22)</sup>.

Si comprende come la Corte costituzionale fosse chiamata ad assumere una decisione delicata e, soprattutto, determinante rispetto alla portata effettiva del principio di leale collaborazione.

Il ragionamento della Corte, in questa occasione, segue l’ottica di una precedente sentenza, cioè la n. 36/2005<sup>(23)</sup>, nella quale era stato affermato che il carattere “incentivante” del finanziamento statale giustifica gli adempimenti richiesti alle Regioni come condizione necessaria per l’accesso ad esso.

Ad avviso del giudice delle leggi, dunque, “lo speciale contributo dello Stato ben può essere subordinato a particolari condizioni finalizzate a conseguire un migliore o più efficiente funzionamento del complessivo servizio sanitario, tale da riservare in ogni caso alle Regioni un adeguato spazio di esercizio delle proprie competenze nella materia della tutela della salute”.

---

(22) Cfr. R. PEREZ, *Il patto di stabilità e gli interventi in materia sanitaria*, in *Giornale di Diritto Amministrativo*, n. 3/2006, p. 252, secondo la quale: “L’intesa da raggiungere sullo schema di Piano sanitario nazionale 2006-2008 e sulla riduzione dei tempi di attesa per usufruire delle prestazioni sanitarie, di cui alla legge finanziaria 2006, non è, nella sostanza, un incontro di volontà tra soggetti in posizione paritaria, ma sottintende una posizione subalterna delle regioni costrette a subire un’imposizione del governo, con conseguente violazione dell’autonomia regionale”.

(23) Cfr. C. TUBERTINI, *Stato, regioni e tutela della salute*, in *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, cit., pp. 235-237: “L’aspetto più rilevante di tale sentenza, oltre alla tendenza ad interpretare estensivamente la competenza statale in materia di coordinamento della finanza pubblica, sta nell’insistito riferimento alle statuizioni contenute negli accordi tra Stato e Regioni al fine di dimostrare l’assenso di queste ultime rispetto all’esigenza di contenimento dei costi di gestione, ed una parziale, volontaria rinuncia ad alcuni spazi di autonomia in ragione delle motivazioni di ordine finanziario. In tale sede, dunque, il principio di leale collaborazione risulta utilizzato in favore del livello centrale: esso, infatti, se osservato mediante l’inserimento di momenti di concertazione nel procedimento decisionale, impedisce alle regioni di sollevare obiezioni di legittimità contro la disciplina statale”.

A questo riguardo, condizionare l'accesso al finanziamento integrativo al consenso delle Regioni sul Piano sanitario nazionale 2006-2008 e, soprattutto, all'adozione delle misure organizzative concernenti le liste di attesa, non sembra lasciare spazio all'autonomia regionale <sup>(24)</sup>.

Di certo non è discutibile il carattere incentivante del finanziamento statale ai fini di un miglioramento del servizio sanitario, ma non risulta condivisibile, in un'ottica di leale collaborazione, il modo attraverso cui esso si persegue <sup>(25)</sup>.

Va precisato che, nella sentenza in commento, la Corte ha comunque avuto modo di ribadire la necessità che lo Stato, nel corso delle trattative finalizzate al conseguimento delle intese e degli accordi con le Regioni, si comporti in modo conforme al principio di leale collaborazione, il quale non consente di imporre unilateralmente specifiche condizioni di attuazione delle finalità determinate dalla legislazione.

Tuttavia, ciò che suscita maggiore perplessità è la posizione assunta dalla Corte rispetto alla censura avanzata dalla Regione Piemonte, che contestava la possibilità dello Stato di disciplinare il finanziamento del servizio sanitario senza una preventiva verifica ed accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, dal momento che si opererebbe in un'area normativa caratterizzata

---

(24) Cfr. R. PEREZ, *Il patto di stabilità e gli interventi in materia sanitaria*, op. cit.

(25) A. BRANCASI, *Autonomia finanziaria degli enti territoriali: note esegetiche sul nuovo art. 119 della Costituzione*, in *Le Regioni*, n. 2-3/2004: "In materia di finanza pubblica e sistema tributario c'è un coordinamento e si tratta di un raccordo necessariamente paritario, nel senso che lo Stato non può procedere da solo, ma deve ricercare il consenso delle Regioni". Inoltre, G. DELLA CANANEA, *Il coordinamento della finanza pubblica alla luce dell'Unione economica e monetaria (Commento a sentenza Corte costituzionale, n. 4/2004)*, in *Giur. Cost.*, n. 1/2004, p. 77 ss.: "La funzione di coordinamento della finanza pubblica è inclusa dall'art. 117 Cost. fra le materie sottoposte alla legislazione concorrente; tuttavia, nella realtà, lo Stato non si limita alla determinazione dei principi fondamentali. Infatti, la disciplina del patto di stabilità interno è interamente posta dalla legge statale ed è modificata ed integrata, ogni anno, dalle leggi finanziarie. Queste dispongono anche norme aventi lo scopo o l'effetto di limitare la capacità di decisione e di azione delle regioni e degli enti locali in rapporto all'acquisto di beni e servizi. E' opinione delle Regioni che queste norme ledano le prerogative che la Costituzione attribuisce loro in materia di autodisciplina delle funzioni amministrative e di autonomia di spesa, ai sensi degli artt. 118 e 119 Cost."

da molteplici strumenti di leale collaborazione.

La Consulta, richiamando la sua precedente giurisprudenza, ed in particolare la sentenza n. 437/2001 <sup>(26)</sup>, ha affermato che le procedure di leale cooperazione possono applicarsi ai procedimenti legislativi solo in quanto l'osservanza delle stesse sia imposta, direttamente od indirettamente, dalla Costituzione <sup>(27)</sup>.

In alcuni casi, tuttavia, la Corte sembra discostarsi da tale orientamento.

La questione riguarda, anzitutto, i procedimenti legislativi rispetto ai quali la Consulta si è preoccupata di salvaguardare le istanze unitarie al di là di quanto espressamente previsto in Costituzione, valorizzando l'effettività del principio di leale collaborazione <sup>(28)</sup>. A partire – come è noto – dalla sentenza n. 303/2003, in materia di infrastrutture ed insediamenti produttivi strategici, la Corte ha individuato nel principio di sussidiarietà, fissato dall'art. 118, comma 1, Cost., un elemento di flessibilità

(26) In tale occasione la Corte ha affermato che il principio di leale collaborazione “non può essere dilatato fino al punto da trarne condizionamenti, non altrimenti riconducibili alla Costituzione, rispetto alla formazione e al contenuto delle leggi”. Sul punto si veda C. FRATICELLI, *Stato, Regioni e sdemanializzazione: la Corte “rafforza” il principio di leale collaborazione*, in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it).

(27) F. BENELLI, *La “smaterializzazione” delle materie*, Milano, 2006, p. 149: “Da tale posizione della Corte ne consegue che, in sede di approvazione di una legge, il Parlamento opera sempre in piena discrezionalità cosicché un qualsiasi atto prodromico riconducibile al principio di leale collaborazione (come il raggiungimento di una intesa con una Regione ovvero un parere positivo in sede di Conferenza) non potrebbe mai condizionare giuridicamente il procedimento legislativo, esauendo i suoi effetti in sede esclusivamente politica”.

(28) R. BIN, *Dopo le elezioni: una occasione da non perdere nelle relazioni tra Stato e regioni*, in questa *Rivista*, n. 1/2006: “A partire dalla sentenza n. 303/2003, la Corte costituzionale ha ben spiegato che è impossibile che un Paese possa funzionare senza un coordinamento centrale delle politiche di vasta scala; ma anche che non è più compatibile con il nuovo assetto costituzionale che il Governo agisca unilateralmente. La concertazione diviene perciò la strada obbligata”. Inoltre, L. VANDELLI, *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, op. cit.: “Nelle sentenze n. 303/2003, n. 6/2004, n. 383/2005, 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. Così, queste istanze costituzionali portano la giurisprudenza costituzionale ad una elaborazione “creativa” dagli sviluppi non determinabili, e su cui, solo il sindacato della Corte stessa può stabilire argini all'espansione dell'intervento dello Stato”.

non solo nella distribuzione delle funzioni amministrative, ma anche nel riparto delle stesse competenze legislative di Stato e Regioni <sup>(29)</sup>. Tuttavia, è stato precisato che la legittimazione statale a regolare in modo esaustivo lo svolgimento delle funzioni, dev'essere proporzionata all'interesse pubblico concreto e deve esplicitarsi in una disciplina che prefiguri un *iter* in cui assumano il dovuto risalto le attività concertative e di coordinamento orizzontale, ovverosia le intese che devono essere condotte in base al principio di lealtà <sup>(30)</sup>. Per le funzioni attratte in sussidiarietà, dunque, l'intesa deve tradursi in un vero e proprio "accordo" con la Regione interessata <sup>(31)</sup>, tanto da de-

---

(29) A. CONCARO, *Leale collaborazione e intese fra Stato e Regioni: alcune riflessioni alla luce della recente giurisprudenza costituzionale*, in *L'incerto federalismo*, Giuffrè, 2005, p. 88.

(30) Sulla sentenza n. 303/2003, cfr. F. CINTIOLI, *Le forme dell'intesa e il controllo sulla leale collaborazione dopo la sentenza 303 del 2003*; Q. CAMERLENGO, *Dall'amministrazione alla legge, seguendo il principio di sussidiarietà. Riflessioni in merito alla sentenza n. 303/2003 della Corte costituzionale*; A. MORRONE, *La Corte costituzionale riscrive il Titolo V?*; A. RUGGERI, *Il parallelismo "redivivo" e la sussidiarietà legislativa (ma non regolamentare...) in una storica (e però solo in parte soddisfacente) pronunzia (Nota a Corte cost. n. 303/2003)*, tutti in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it); S. BARTOLE, *Collaborazione e sussidiarietà nel nuovo ordine regionale (nota a Corte Cost. n. 303/2003)*, in *Le Regioni*, n. 2-3/2004; A. D'ATENA, *L'allocazione delle funzioni amministrative in una sentenza ortopedica della Corte costituzionale*, in *Giur. Cost.*, 2003, p. 2776 ss.; A. ANZON, *Flessibilità dell'ordine delle competenze legislative e collaborazione tra Stato e Regioni (nota a Corte cost. n. 303/2003)*, *ivi*, p. 2782 ss.; A. MOSCARINI, *Sussidiarietà e Supremacy clause sono davvero perfettamente equivalenti?*, *ivi*, p. 2782 ss.; A. GENTILINI, *Dalla sussidiarietà amministrativa alla sussidiarietà legislativa, a cavallo del principio di legalità*, *ivi*, p. 2805; R. DICKMANN, *La Corte costituzionale attua (ed integra) il Titolo V (osservazioni a Corte cost., 1° ottobre 2003, n. 303)*, in [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it); L. TORCHIA, *In principio sono le funzioni (amministrative): la legislazione seguirà*, in [www.astridonline.it](http://www.astridonline.it).

(31) F. BENELLI, *La "smaterializzazione delle materie"*, *op. cit.*, p. 145 ss., si chiede quale sia il momento in cui la fase concertativa debba realizzarsi. L'autore, richiamando quanto affermato dalla Corte nella sentenza n. 6/2004, cioè l'esigenza che la legge statale sia "adottata a seguito di procedure che assicurino la partecipazione dei livelli di governo coinvolti attraverso strumenti di leale collaborazione o, comunque, debba prevedere adeguati meccanismi di cooperazione per l'esercizio concreto delle funzioni amministrative allocate in capo agli organi centrali", considera la fase di formazione dell'atto legislativo come la sede più appropriata e naturale ove far emergere i principi collaborativi. Infatti, è in questa fase dell'intero processo di decisione pubblica (che comprende sia l'approvazione della legge che l'adozione dei conseguenti atti amministrativi) che il contributo collaborativo della Regione è in grado di

terminare l'inefficacia delle discipline statali adottate in sua mancanza <sup>(32)</sup>. In tali casi, pertanto, l'effettività della leale collaborazione risulta garantita dalla "non operatività" della stessa legge statale, qualora essa non si fondi su una concreta procedura di leale collaborazione <sup>(33)</sup>. L'intesa diviene, così, condizione indispensabile ed elemento valutativo essenziale per giudicare se una legge statale sia invasiva delle attribuzioni regionali o costituisca applicazione dei principi di sussidiarietà ed adeguatezza <sup>(34)</sup>.

Nelle successive sentenze n. 6/2004 e n. 27/2004, la Corte contribuisce a precisare il ruolo attribuito ai meccanismi negoziali di codecisione, facendo propria la tesi dell'intesa forte quale "paritaria codeterminazione" del contenuto dell'atto da realizzare, e ricercare attraverso reiterate trattative volte a superare le divergenze che possano ostacolare il raggiungimento di un accordo <sup>(35)</sup>.

L'intensità della modalità collaborativa nei conflitti inter-

---

far emergere tempestivamente le eventuali ragioni ostative all'esercizio della funzione a livello statale.

(32) A. CONCARO, *Leale collaborazione e intese fra Stato e Regioni: alcune riflessioni alla luce della recente giurisprudenza costituzionale*, op. cit., p. 90.

(33) R. BIN, *L'interesse nazionale dopo la riforma: continuità dei problemi, discontinuità della giurisprudenza costituzionale*, in *Le Regioni*, 2001, p. 1219, 1220, osserva che "lo Stato partecipa alla Repubblica in posizione di parità, e non più di supremazia gerarchica, rispetto agli altri enti; la tutela degli interessi nazionali e delle esigenze unitarie della "Repubblica" non è parte delle caratteristiche di supremazia dello Stato, ma deve essere il frutto dell'unico modo in cui dei soggetti di pari grado possono decidere, attraverso l'accordo, la "leale collaborazione"". Di diverso avviso è A. ANZON, *Flessibilità dell'ordine della competenze legislative e collaborazione tra Stato e Regioni*, in *Giur. Cost.*, 2003, p. 2786, la quale ritiene che "meno o per nulla condivisibile è che lo stesso principio di sussidiarietà debba avere, di per sé, e in mancanza di una apposita espressa previsione costituzionale, anche una valenza consensuale, tanto più poi quando questa si traduce (come nella sentenza 303/2003), in una vera e propria codecisione a pena di inefficacia della disciplina statale sulle funzioni assunte in sussidiarietà".

(34) S. PARISI, *Relazione al seminario tenutosi a Modena il 13 ottobre 2006, Le zone d'ombra della giustizia costituzionale. I conflitti di attribuzione*, in [www.economia.unimo.it](http://www.economia.unimo.it).

(35) Su tali sentenze si veda S. AGOSTA, *La Corte costituzionale dà finalmente la ... "scossa" alla materia delle intese tra Stato e Regioni? e La Corte aggiunge altri tasselli al complicato mosaico delle intese tra Stato e Regioni*, in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it).

soggettivi è da correlare alle coordinate seguite dalla Corte costituzionale per decidere i ricorsi che invocano la leale cooperazione come parametro di legittimità<sup>(36)</sup>. Generalmente, la Corte demanda al legislatore la scelta sulla modalità della collaborazione. In alcuni casi, ritenendo adeguata la formula collaborativa prescritta dalla legge, la Consulta non ha provveduto ad integrazioni. A titolo esemplificativo, dall'analisi delle sentenze n. 285/2005 e n. 383/2005 è desumibile il principio secondo cui quando si verifica l'ipotesi dell'attrazione in sussidiarietà di funzioni amministrative e legislative appartenenti alla competenza concorrente delle Regioni, la modalità collaborativa deve essere l'*intesa forte*, la codecisione, cioè l'unica formula in grado di bilanciare adeguatamente l'avvenuta attrazione in sussidiarietà delle competenze regionali da parte dello Stato. Invece, qualora si verta in ambiti materiali esclusivo-trasversali, non potendosi estromettere totalmente la Regione, ma dovendo evitare che la sua posizione si traduca in un veto nell'esercizio di una potestà che la Costituzione affida allo Stato, la modalità collaborativa dovrebbe essere l'*intesa debole*<sup>(37)</sup>.

Tuttavia, non sono mancati casi in cui la Corte ha ritenuto la modalità collaborativa prescritta dalla legge come mancante o assente ed ha provveduto ad integrarla. Le sentenze n. 27/2004 e n. 31/2006 rappresentano due ipotesi, rispettivamente, di autointegrazione ed eterointegrazione del parametro da parte della Corte. Nella sentenza n. 27/2004, in materia di nomina dei presidenti degli enti parco nazionali, viene introdotto un vincolo comportamentale di metodo, consistente nell'avvio e sviluppo della procedura dell'intesa, che esige reiterate trattative volte a superare, nel rispetto del principio di leale cooperazione di Stato e Regioni, le divergenze che ostacolano il raggiungimento di un accordo<sup>(38)</sup>. Nella sentenza n. 31/2006, il principio di leale

(36) Sulla ricostruzione che segue cfr. S. PARISI, Relazione al seminario tenutosi a Modena il 13 ottobre 2006, *Le zone d'ombra della giustizia costituzionale*, op. cit., p. 22 ss.

(37) Cfr. M. SIAS, *Titoli di intervento statali e "sussidiarietà razionalizzata" (o da realizzare?)*, in *Le Regioni*, 2005, p. 1010 ss.

(38) Cfr. M. CECCHETTI, *Le intese tra Stato e Regioni su atti necessari. Come preservare il valore della "codecisione paritaria" evitandone gli effetti perversi*, in *Le Re-*

collaborazione viene concepito sì come parametro di legittimità costituzionale, ma anche come principio elastico e generico che, al fine di informare i rapporti fra gli enti territoriali, necessita di continue precisazioni e concretizzazioni da realizzarsi attraverso il sistema delle Conferenze Stato-Regioni e autonomie locali<sup>(39)</sup>, al cui interno si sviluppa il confronto tra i due grandi sistemi ordinamentali della Repubblica e si individuano soluzioni concordate di questioni controverse<sup>(40)</sup>.

Alla luce di queste premesse, nonostante la legge impugnata nel caso in esame sia stata emanata in base ad un titolo competenziale diverso dalla sussidiarietà ed, essendo direttamente operante nei confronti delle Regioni, non lasci ipotizzare atti successivi nei cui confronti far scattare il conflitto, ci si chiede il motivo per cui la Corte non abbia proseguito verso la strada della valorizzazione del principio di leale collaborazione, imponendo una fase di concertazione anche preventiva alla definizione in via legislativa dei meccanismi di finanziamento, o, comunque, procedure di accesso ai finanziamenti integrativi effettivamente paritari, e, quindi, fondati sul principio della cd. “intesa forte”. Infatti, ai finanziamenti integrativi statali volti al ripiano dei disavanzi degli anni precedenti risultano sottese istanze unitarie ed esigenze di garanzia della tutela della salute che necessitano dell’effettività del principio di leale collaborazione nella sua forma più intensa, o, quanto meno, di un’indagine concreta e reale da parte della Corte sulla posizione assunta da Stato e Regioni in un ambito la cui disciplina risulta scandita da accordi ed intese tra tali soggetti.

La Consulta, invece, ha preferito rimanere ancorata al “ca-

---

gioni, 2004.

39 Si veda C. FRATICELLI, *Stato, Regioni e sdemanializzazione: la Corte “rafforza” il principio di leale collaborazione*, in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it), secondo il quale: “La sede ideale nella quale ciò può avvenire è la Conferenza Stato-Regioni che, nelle parole della Corte, è anche “la più coerente con la sistematica delle autonomie costituzionali, giacché obbedisce ad una concezione orizzontale – collegiale dei reciproci rapporti più che ad una visione verticale – gerarchica degli stessi”.

(40) Cfr. S. PARISI, Relazione al seminario tenutosi a Modena il 13 ottobre 2006, *Le zone d’ombra della giustizia costituzionale. I conflitti di attribuzione*, op. cit., p. 27, 28.

rattere incentivante” del finanziamento statale al fine di rendere il servizio sanitario più efficiente, ma forse un’efficienza del sistema risulta difficile da raggiungere in settori delicati (come quello sanitario) se non si privilegiano le sedi di dialogo tra Stato e Regioni, ponendo tali protagonisti in un rapporto effettivamente paritario.

Alla giurisprudenza costituzionale, d’altro canto, va riconosciuto il merito di essersi fatta carico, a seguito dell’inerzia del legislatore, della ricerca di un equilibrio tra il nuovo impianto costituzionale ed istanze unitarie.

Tuttavia, il limite che al momento sembra avvertirsi nelle pronunce della Corte risiede nella reale attuazione pratica del principio di leale collaborazione che, nella sentenza n. 98/2007, sembrerebbe rimanere confinato ad una mera enunciazione teorica.

##### 5. *Riflessioni conclusive*

L’esame della sentenza n. 98/2007 ha permesso di svolgere qualche riflessione in merito agli sviluppi dell’atteggiamento della Corte costituzionale rispetto alla centralità del principio di leale collaborazione, quale punto di equilibrio costituzionale tra decentramento ed istanze unitarie.

Dopo tale sentenza si sarebbe indotti a parlare di equilibrio “precario” o “puramente teorico”.

La Consulta, infatti, riprendendo la posizione già assunta nella sentenza n. 36/2005, legittima la possibilità dello Stato di dettare vincoli in settori di competenza regionale, in vista del carattere incentivante dei finanziamenti dei servizi sanitari al fine di un miglioramento del sistema. Essa ribadisce la necessità da parte del Governo di rispettare il principio di leale collaborazione e quindi il divieto di imporre unilateralmente, nel corso delle trattative finalizzate al conseguimento di accordi con le Regioni, condizioni di attuazione delle finalità determinate dalla legislazione; ma non procede alla verifica del rispetto di tale condizione, né richiama espressamente l’esigenza di una

“intesa forte”.

Nel caso in cui l'intreccio di competenze si faccia inestricabile e le esigenze di autonomia ed unitarietà si cumulino rispetto ad uno stesso interesse, il ricorso ad uno strumento di leale cooperazione “forte” risulterebbe essere il modo migliore per tutelare lo spirito federalista e le esigenze di uniformità del nostro ordinamento<sup>(41)</sup>.

L'intesa, infatti, è la forma più stringente ed incisiva di cooperazione, che consente alla Regione di porsi in rapporto paritario con lo Stato, in corrispondenza con il nuovo quadro di rapporti tra Stato e Regioni<sup>(42)</sup>. Essa, quale accordo paritario nella determinazione del contenuto dell'atto, rappresenta lo strumento più consono alla realizzazione del principio di leale collaborazione che, per giurisprudenza ormai consolidata, si impone in tutti i casi in cui vi sia connessione, intersezione o reciproca incisione tra attribuzioni costituzionali spettanti a soggetti od organi diversi<sup>(43)</sup>.

La sentenza n. 98/2007 presenta dunque il limite consistente nella mancata apertura verso un'indagine effettiva sull'attuazione del principio di leale collaborazione.

Ciò induce ad interpretare tale pronuncia come un segnale di allarme e a richiedere alla Corte costituzionale un ulteriore pas-

---

(41) In questo senso sembrano orientate le sentenze della Corte costituzionale n. 6/2004 e 27/2004. Cfr. S. AGOSTA, *La Corte costituzionale dà finalmente la ... "scossa" alla materia delle intese tra Stato e Regioni?* e *La Corte aggiunge altri tasselli al complicato mosaico delle intese tra Stato e Regioni*, in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it). Anche la sentenza n. 383/2005, fornisce un'ulteriore conferma, essendo stata maggiormente rafforzata la dimensione collaborativa. Sul punto si veda Q. CAMERLENGO, *Autonomia regionale e uniformità sostenibile: principi fondamentali, sussidiarietà e intese forti*, in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it): “L'attrazione, presso il livello statale, di funzioni amministrative presumibilmente spettanti alle regioni non può che essere accompagnata da specifiche garanzie, cioè dall'intesa forte, espressione massima della leale cooperazione. L'accezione forte dell'intesa impone la predisposizione e la conseguente attivazione di meccanismi procedurali idonei a favorire l'incontro tra le volontà espresse dalle parti in posizione paritaria”.

(42) Sul punto si veda C. DI SOMMA, *Livelli essenziali di assistenza e leale collaborazione attraverso l'intesa*, in [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it).

(43) Cfr. M. CECCHETTI, *Le intese tra Stato e Regioni su atti necessari. Come preservare il valore della "codecisione paritaria" evitandone gli effetti perversi*, in *Giur. Cost.*, 2005, p. 1045 ss.

so in avanti, affinché il principio di leale collaborazione non rimanga confinato ad un mero piano teorico e riceva effettiva attuazione pratica, consentendo un recupero dell'equilibrio tra decentramento ed esigenze di unitarietà.

Lo sforzo maggiore, in realtà, viene richiesto al legislatore affinché definisca strumenti e procedure certe al fine di consentire una reale posizione paritaria tra Stato e Regioni in vista del conseguimento di obiettivi unitari.