

potendo lo Stato far valere qualsiasi vizio di costituzionalità delle leggi regionali e, invece, le Regioni sono i vizi che ridondano in violazione di competenze proprie, cfr. la nota redaz. alla sent. n. 274 del 2003; poi sentt. nn. 4, 6, 162, 196, 228, 287 e 345 del 2004; 36 e 37, 50, 62 e 383 del 2005, poi cfr. sentt. nn. 116 del 2006, 98 del 2007. In particolare, si rammenta che, secondo la giurisprudenza della Corte, le Regioni e le Province autonome « possono far valere il contrasto con norme costituzionali diverse da quelle attributive di competenza legislativa soltanto se esso si risolve in una esclusione o limitazione dei poteri regionali » (e provinciali), « senza che possano aver rilievo denunce di illogicità o di violazione di principi costituzionali che non ridondano in lesione delle sfere di competenza regionale ».

In tema di leale collaborazione nei rapporti tra lo Stato e le Regioni si rimanda alla nota alla sent. n. 339; poi cfr. sentt. nn. 344 e 367 del 2007. Si rammenta che, secondo la giurisprudenza della Corte, il principio di leale collaborazione « non è invocabile, quale requisito di legittimità costituzionale, a proposito dell'esercizio della funzione legislativa, poiché non è individuabile un fondamento costituzionale dell'obbligo di adottare procedure collaborative atte a condizionare la funzione suddetta » (cfr., *ex plurimis*, sentt. nn. 196 del 2004, 31 del 2005, 133 del 2006, 98 del 2007).

A commento della decisione pubblichiamo le osservazioni del prof. Enzo Balboni e del dott. Silvio Boccalatte.

Gli standard strutturali delle istituzioni di assistenza tra livelli essenziali e principi fondamentali.

È noto e non ha bisogno di commenti il fatto che intorno alla nozione di « livelli essenziali » si agitano numerose questioni già più volte discusse e svolte dalla Corte e dai suoi annotatori (1). Sarebbe anche il caso, nella presente vicenda, di segnalare la genesi rocambolesca della legge in esame, in cui è stato versato alla fine della XIV legislatura un bel pezzo della riforma in tema di stupefacenti (c.d. Fini-Giovanardi) che languiva da parecchio tempo al Senato. Non solo qui non si possono trattare, e nemmeno accennare, tutte queste pur interessanti questioni, ma è anche opportuno lasciare in secondo piano una parte dei problemi toccati dalla Corte, per concentrarsi... sull'essenziale.

Conviene, dunque, dirigersi verso la parte centrale della sentenza, dove ci si chiede se la libertà di scelta dell'utente relativamente alla prevenzione, cura e riabilitazione dalla tossicodipendenza possa essere qualificata, come aveva fatto la legge impugnata, in termini di « livello essenziale delle prestazioni ».

(1) Chi scrive si è già occupato del tema in varie occasioni: *Livelli essenziali: il nuovo nome dell'eguaglianza? Dai diritti sociali alla coesione economica, sociale e territoriale*, in *Il sistema integrato dei servizi sociali*, a cura di E. BALBONI, B. BARONI, A. MATTIONI E G. PASTORI, Milano 2007; con P.G. RINALDI, *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in *Le Regioni* 2006, 1014 ss.; *Livelli essenziali dei diritti e principio di eguaglianza*, in *Associazione per gli studi e le ricerche parlamentari*, Quaderno n. 14, Seminario 2003, Torino 2004, 17 ss.; *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, in *Le Regioni* 2003, 1183 ss.; *Il concetto di « livelli essenziali uniformi » come garanzia in materia di diritti*, in *Ist. fed.* 2001, 1103 ss. Un resoconto del dibattito e delle principali opinioni si rinvia in G. GUGLIA, *I livelli essenziali delle prestazioni alla luce della recente giurisprudenza costituzionale e dell'evoluzione interpretativa*, Padova 2007, cui *adde* da ultimo C. BUZZACCHI, *Cittadinanza e LIVEAS*, e F. PIZZOLATO, *La procedura per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale*, entrambi in *Amministrazione in cammino* (<http://www.amministrazioneincammino.it>) e destinati, insieme ad altri contributi su questo tema e su altri analoghi, alla pubblicazione tra i risultati del PRIN 2005 su *La tutela multilivello dei diritti sociali* coordinato da chi scrive.

La Corte nega che questa qualificazione sia possibile, con argomenti pienamente condivisibili.

È vero, infatti, che la clausola di cui all'art. 117 comma 2 lett. *m*) Cost. contempla una competenza trasversale, dotata di virtualità espansive difficili da definire *a priori* ed in grado di intrecciarsi con un ampio novero di materie-oggetto. Come è stato osservato, «la valutazione degli interessi ispira la scrittura degli elenchi e, di conseguenza, non può che influenzarne l'interpretazione» (2); ciò vale in particolare modo per un titolo competenziale come quello in esame, che non a caso la Corte ha ritenuto idoneo a sostenere non solo la determinazione in senso stretto delle prestazioni contenute nei l.e., ma anche, ad es., norme strumentali a tale determinazione, come quelle tese a sorvegliare e garantire l'effettività delle prestazioni stesse (3).

Tuttavia è vero anche che una simile interpretazione estensiva non può essere portata avanti *ad libitum*. La Costituzione ancora chiaramente questa competenza al concetto di «prestazioni», imperniandola così sulle attività di servizio poste in essere, finanziate o comunque controllate dai pubblici poteri a vantaggio degli interessati. Diventa allora chiaro che la competenza in parola ha alcuni limiti, che la giurisprudenza costituzionale ha già iniziato a mettere in luce: essa non comprende, ad es., diritti che non hanno per oggetto prestazioni pubbliche in senso stretto (&) né attività che sono di interesse generale, ma non si traducono nell'erogazione di beni o servizi a favore di persone determinate (5).

Da questo punto di vista, la sentenza in commento compie un passo avanti sulla strada, già segnalata dalla dottrina, che porta al di là di una definizione puramente funzionale dei l.e.: individuati i confini della trasversalità, ossia dopo avere ritagliato i frammenti dei singoli campi — gli aspetti interni a ciascuna materia — su cui la competenza in questione può incidere, è possibile ancorare la competenza stessa ad elementi oggettivamente determinabili e quindi più agevolmente identificabili (6).

Il progresso in questa direzione si ravvisa nel passo della sentenza in cui si afferma che la libertà di scelta «non si pone (...) sul versante delle prestazioni» — più esattamente, come si dice poco oltre: della quantità, qualità e tipologia delle prestazioni cui tutti gli utenti hanno diritto nell'intero territorio nazionale — «ma su quello delle modalità con le quali l'utente può fruire delle stesse». Incidentalmente, si deve osservare che almeno alcuni aspetti delle modalità, o condizioni, di fruizione delle prestazioni, come ad es. la previsione o meno di una compartecipazione dell'utente

alle spese necessarie per l'erogazione, possono bensì influire sul contenuto e sull'accessibilità delle prestazioni stesse (7): ma non è a questo che si riferisce la Corte, nel passo teste citato, con cui essa vuole segnalare come la natura privata o pubblica del soggetto erogatore sia indifferente rispetto ai «livelli qualitativi e quantitativi delle prestazioni che, qualora lo Stato ritenga di doverli stabilire, devono invece essere fissati in modo eguale per entrambi i tipi di struttura» (8).

Dopo avere negato che la libertà di scelta si possa considerare alla stregua di un l.e. delle prestazioni sanitarie, la Corte procede a salvare detta libertà collocandola all'interno della categoria dei principi fondamentali di tutela della salute: per effetto di questa operazione, la libertà di scelta dell'assistenza ai tossicodipendenti rifluisce nella figura generale della libertà di scelta delle prestazioni sanitarie, soggetta ai penetranti poteri regionali di programmazione e controllo previsti dal d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e finalizzati a bilanciare detta libertà con le esigenze di razionalizzazione dell'offerta e della spesa sanitaria (9).

Questa operazione interpretativa trova certamente robusti addentellati nella legge in questione, come la Corte stessa sottolinea: i nuovi artt. 116 e 117, ma anche l'art. 113 comma 1 lett. *c*) del T.U. stupefacenti richiamano ripetutamente gli istituti dell'autorizzazione, dell'accreditamento e dell'accordo contrattuale di cui agli artt. 8-ter, 8-quater e 8-quinquies del d.lgs. n. 502 del 1992 (10). In particolare, e espressamente ribadito il potere delle Regioni di determinare autonomamente i requisiti, ulteriori rispetto a quelli previsti per l'autorizzazione, necessari per l'accreditamento e l'eventuale successiva stipulazione di un accordo contrattuale, anche sotto il profilo della funzionalità della struttura da accreditare rispetto al conseguimento degli obiettivi di politica sanitaria fissati nella programmazione regionale.

Del resto, già prima della legge qui in esame, l'applicazione del sistema delle autorizzazioni e degli accreditamenti anche al settore dell'assistenza ai tossicodipendenti era contemplato dai due accordi Stato-Regioni in tema di riorganizzazione di tale sistema di assistenza (11) e di requisiti minimi, appunto, per l'autorizzazione e l'accreditamento (12). Entrambi gli accordi sono stati richiamati, dopo la l. cost. n. 3

(7) Così A. ROVAGNATI, *op. cit.*, 1158.

(8) Un cenno alla «necessaria generalità» delle previsioni in tema di livelli essenziali, seppure sotto un diverso profilo, era presente già nella sent. n. 105 del 2007.

(9) È qui solo possibile accennare ad una questione di grande rilievo, che è sfiorata brevemente dal par. 4.1 del Considerato in diritto: per la determinazione dei principi fondamentali della tutela della salute non sembra necessaria alcuna intesa tra Stato e regioni, al contrario di quanto la Corte è parsa ritenere, seppur con argomenti di dubbia perspicuità, a proposito dei livelli essenziali nella sent. n. 134 del 2006 (v. E. BALBONI-P.G. RINALDI, *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, cit.). Ciò pone naturalmente il problema di come assicurare la leale collaborazione, allorché i livelli essenziali siano determinati direttamente dalla legge (cio che accadeva nel caso odierno, ad avviso di chi scrive: v. *infra*): si deve forse ritenere, in assenza di sedi di collaborazione interne al potere legislativo (cfr. F. BENELLI, *La «smaterializzazione» delle materie*, cit., 145 ss.), che la determinazione dei livelli essenziali debba necessariamente avvenire in sede amministrativa? Non è invece il caso nemmeno di accennare all'altra questione, di carattere processuale, se la necessità dell'intesa non dovrebbe essere vagliata dalla Corte solo *dopo* l'individuazione del titolo competenziale pertinente, al contrario di quanto è avvenuto nella sentenza che si commenta.

(10) A proposito dei quali cfr. N. AICARDI, *La sanità*, in *Trattato di diritto amministrativo. Diritto amministrativo speciale*, a cura di S. CASSESE, t. I, Milano 2003, 665 ss. e 708-709; E. JORIO, *Diritto sanitario*, Milano 2005, 288 ss.; G. CILIONE, *Diritto sanitario*, Rimini 2005, 379 ss.

(11) Accordo del 21 gennaio 1999, in G.U. n. 61 del 15 marzo 1999: cfr. sp. il par. «I rapporti con il privato».

(12) Accordo del 5 agosto 1999, in G.U. n. 231 del 1° ottobre 1999: ivi cfr. sp. l'art.

(2) F. BENELLI, *La «smaterializzazione» delle materie*, Milano 2006, 57: la tesi fondamentale di questo saggio è appunto che il criterio del riparto per materie sia recessivo rispetto a quello, pur aggiornato per effetto della riforma del 2001, del riparto per interessi (18, 48 ma *passim*).

(3) Cfr. sentt. nn. 80 e 162 del 2007: sebbene solo la prima delle due pronunce, assumendo un indirizzo che è parso di dubbia coerenza con quello della seconda, sembra voler riservare alle Province autonome il compito di vigilare sull'erogazione delle prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali (cfr. A. ROVAGNATI, *Dalla Consulta nuove indicazioni sul concorso di competenze dello Stato, delle Regioni a Statuto speciale e delle Province autonome di Trento e Bolzano?*, in *Forum di Quaderni costituzionali* (<http://www.forumcostituzionale.it>), ma destinato a *Le Regioni 2007*, fasc. 5: sp. n. 29).

(4) Sent. n. 271 del 2005, a proposito del diritto alla riservatezza dei dati personali.

(5) Sent. n. 16 del 2004, a proposito dell'estraneità ai livelli essenziali delle finalità del Fondo per la qualificazione urbana dei comuni: finalità che, ad avviso della Corte, «non hanno nulla a che fare con la garanzia, su tutto il territorio nazionale, di livelli essenziali di prestazioni concernenti diritti delle persone» (corsivo aggiunto).

(6) Così M. MANETTI, *Potestà esclusiva, potestà ripartita: un problema di difficile convivenza...*, in questa *Rivista* 2005, 5002-5003. Cfr. anche L. CUOCOLO, *Livelli essenziali: allegro, ma non troppo*, *ibidem* 2006, 1266; 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 comma, art. 117 Cost.*, in *Le Regioni* 2003, 1155.

del 2001, tra le fonti di disciplina delle prestazioni comprese nei l.e. di assistenza sanitaria, nonché delle relative modalità organizzative e standard (13).

Peraltro, almeno sul piano letterale, si potevano *prima facie* ravvisare anche alcuni profili di disarmonia tra la legge in esame ed il d.lgs. n. 502. In particolare, dopo avere enunciato al comma 2 i requisiti per l'autorizzazione, il nuovo art. 116, al comma 4, assegna alle Regioni il compito di disciplinare « le modalità di accertamento e certificazione dei requisiti indicati dal comma 2 e le cause che danno luogo alla sospensione o alla revoca dell'autorizzazione ». Queste disposizioni potrebbero essere interpretate nel senso di escludere la regione dal potere di determinare il contenuto vero e proprio dei requisiti di autorizzazione, confinando il suo ruolo alla disciplina di aspetti estrinseci, connessi alla verifica del rispetto di requisiti altrove stabiliti. Il sospetto si rafforza se si considera l'assenza di riferimenti, nell'art. 116, alla verifica da parte della regione prevista, ai fini dell'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture, nel comma 3 dell'art. 8-ter del d.lgs. n. 502, la quale deve essere effettuata anche « in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture » (14). La circostanza che si contemplino solo i requisiti minimi di carattere strutturale, tecnologico etc. e non la rispondenza delle strutture alle linee di politica sanitaria regionale può essere intesa come segno della volontà di affrancare l'interesse delle istituzioni private dalla soggezione a simili valutazioni generali dell'autorità territoriale.

La Corte glissa sul punto: anzi, forse lo sottovaluta, allorché descrive il sistema di cui al d.lgs. n. 502 come se al suo interno le Regioni fossero competenti solo « a stabilire gli ulteriori requisiti necessari per l'accreditamento ed a stipulare gli accordi contrattuali » (Considerato in diritto, par. 5.4, ultimo cpv.), e non anche ad incidere, attraverso la programmazione del fabbisogno sanitario, sulle condizioni per l'autorizzazione alla realizzazione di nuove strutture.

Comunque, tutta questa parte della sentenza è orientata ad omogeneizzare la disciplina del rapporto tra pubblico e privato nel settore dell'assistenza ai tossicodipendenti con quella generale dell'intero settore sanitario, sicché si deve ritenere che i poteri regionali di cui all'art. 8-ter comma 3, cit. sussistano anche con riguardo alle strutture deputate all'assistenza ai tossicodipendenti. Salvo questo rilievo, l'impostazione della Corte appare condivisibile.

La stessa qualificazione di principi fondamentali vale per le norme contenute nel nuovo art. 113, che la Corte rappresenta come corollari del canone generale della libertà di scelta. Forse qui si può scorgere una più marcata sfumatura adeguatrice nell'intervento interpretativo del giudice delle leggi su di un testo che, almeno sul

2, che affida alle regioni il compito di definire i requisiti e le procedure per l'autorizzazione al funzionamento delle strutture di assistenza, sulla base degli standard previsti nell'accordo stesso e delle altre disposizioni relative alle attività in questione. Si veda anche il primo par. della relazione introduttiva, che nega il carattere esantivo della disciplina contenuta nell'accordo e riconosce espressamente la competenza delle autorità territoriali a completare il quadro normativo.

(13) D.P.C.M. 29 novembre 2001, all. 1: sez. 1B, p. 21 e 23; sez. 1C, p. 33, 37 e 40. In questa sede non ci si soffermerà sulla questione, che pure meriterebbe attenzione, del rapporto tra le disposizioni impugnate e la previgente disciplina degli accreditamenti ed autorizzazioni nel settore in esame, con particolare riguardo agli accordi cit. nelle due note che precedono.

(14) Sottolineano l'incisività di questo potere G. CILIONE, *op. cit.*, 382-383, e E. JORIO, *op. cit.*, 291-293, il quale dubita della costituzionalità di tale disciplina ex art. 41 Cost., giacché le restrizioni alle autorizzazioni non possono essere giustificate con l'esigenza di contenimento della spesa pubblica, ma se mai solo con l'esigenza di valorizzare la programmazione regionale o razionalizzare l'offerta sanitaria sul territorio.

piano letterale, insisteva con maggiore enfasi sulla pari dignità e sull'uniformità nelle condizioni di accesso alle strutture pubbliche e private, invece che sull'assoggettamento anche delle seconde ai poteri di politica sanitaria delle Regioni. Nondimeno, anche su questo punto tiene l'operazione ermeneutica di armonizzazione tra il regime generale dell'organizzazione sanitaria e quello (non più) speciale dell'assistenza ai tossicodipendenti.

Meno convincente è la parte della sentenza in cui la Corte qualifica come principi fondamentali, e non come l.e., i « requisiti minimi » (art. 116 comma 2) — di carattere strutturale, tecnologico, organizzativo e funzionale (art. 113 comma 1 lett. b) — necessari per l'autorizzazione.

Senza soluzione di continuità, la Corte, dopo avere interpretato nel modo che si è detto il nuovo art. 113 del T.U. stupefacenti, passa a considerare il comma 2 del nuovo art. 116 ed i requisiti autorizzatori ivi previsti. Di tali requisiti la Corte sottolinea due aspetti: da un lato, il loro carattere generale, a maglie larghe, suscettibile tanto di integrazione normativa (ancorché, come già accennato, di tale possibilità di integrazione la legge impugnata non faccia parola), quanto di un'esecuzione amministrativa ampiamente discrezionale; dall'altro lato, l'incontrovertibile funzionalità dei requisiti stessi all'obiettivo di « assicurare prestazioni adeguate ed uniformi su tutto il territorio nazionale anche da parte delle strutture private autorizzate ». Sembra quasi che la Corte voglia, così, evidenziare, sul primo versante, il carattere di principio, e non di dettaglio, delle norme in esame; sul secondo, la loro congruenza con la funzione di tutela della salute condivisa dallo Stato e dalle Regioni ai sensi dell'art. 117 comma 3 Cost. In tal modo, la Corte aggancia i requisiti in parola al sistema complessivo dei rapporti tra pubblico e privato in sanità, delineato dai principi cui si è fatto riferimento più sopra: e, attraverso questa connessione, salva anche il comma 2 dell'art. 116 sulla base delle stesse ragioni già enunciate con riguardo alle altre norme esaminate.

Il primo aspetto notevole è l'affermazione della Corte secondo cui si può qualificare come principio fondamentale una norma che reca prescrizioni « molto ampie », aperte all'integrazione normativa ed alla discrezionalità applicativa dell'amministrazione. Tale presa di posizione è rafforzata dalla contrapposizione che la Corte traccia, sul piano nomologico, tra i l.e. e i principi fondamentali: si dice che solo i primi, non i secondi possono avere carattere dettagliato (15).

L'affermazione non è certo sorprendente. Da un punto di vista di teoria generale, la dottrina che ha indagato la nozione di « principio », a partire dalla nota definizione di Ronald Dworkin, ha sovente fatto riferimento al carattere non precisamente determinato della norma enunciata, alla sua attitudine a non porsi come vero e proprio comando bensì come valore da bilanciare con altri, nonché all'idoneità del principio ad offrire un fondamento giustificativo a norme di carattere più specifico (16). E questa nozione si è rispecchiata in una parte della giurisprudenza costituzionale sull'art. 117 Cost., anche prima del 2001: sebbene sia noto come, prima della riforma del Titolo V, a questi indirizzi se ne affiancassero altri, che riconoscevano la legittimità di norme statali di dettaglio nelle materie di potestà concorrente in nome dell'interesse nazionale — e non sempre con carattere di cedevolezza (17) — oppure

(15) In senso analogo, anche se non identico, cfr. L. CUOCOLO, *La tutela della salute tra neoregionalismo e federalismo*, Milano 2005, 75 ss. V. anche *ibidem*, 161, una critica alla prospettiva di una determinazione dettagliata dei livelli essenziali: prospettiva però ormai definitivamente aperta dalla sent. in commento e dalla precedente n. 134 del 2006.

(16) Cfr. R. GUASTINI, *Teoria e dogmatica delle fonti*, in *Tr. dir. civ. comm.*, dir. da A. CICU e F. MESSINEO, cont. da L. MENGONI, vol. 1, t. 1, Milano 1998, 276 ss.; cfr. anche W. TWINING e D. MIERS, *Come far cose con regole*, trad. it. a cura di C. GARBARINO, Milano 1990, 181 ss.

(17) Mentre sulla legittimità di norme cedevoli nelle materie di potestà concorrente

attribuivano la patente di principio fondamentale a norme complete, compatte ed autoapplicative in forza della loro importanza sostanziale (18).

Il punto critico sta in ciò, che anche dopo la riforma del Titolo V le oscillazioni della giurisprudenza tra criterio nomologico e criterio sostanziale sono proseguite (19); e se, da un lato, affrontare di petto la questione non era indispensabile ai fini della soluzione della specifica controversia — le norme in questione non avevano certamente carattere dettagliato — desta nondimeno qualche sorpresa la risolutezza con cui la Corte usa la suddetta nozione di principio come se si trattasse di un dato scontato, sorvolando sugli aspetti problematici che la sua stessa giurisprudenza ha sollevato e va sollevando in merito, anche e proprio con riguardo alla tutela della salute (20).

Eloquente, a proposito del perdurare delle oscillazioni sul punto, e ad es. la sent. n. 116 del 2007, in cui il carattere di principio fondamentale è attribuito alla norma che impone alle Regioni di istituire apposite gestioni-stralcio per i debiti delle unità sanitarie locali, senza farli gravare sulle nuove aziende sanitarie. Non c'è dubbio che una simile previsione abbia un « contenuto specifico e dettagliato »; ma ciononostante — osservava la Corte nella precedente sent. n. 437 del 2005 — essa va qualificata come principio, in quanto coesistente e strettamente integrata con le norme-principio dell'organizzazione sanitaria locale. Un ragionamento molto simile, basato sull'evanescente nozione di « rapporto di coesistenzialità e di necessaria integrazione » (21), ha garantito, nella sent. n. 430 del 2007, la salvezza della norma che autorizza la vendita di farmaci da banco o non soggetti a prescrizione in certi esercizi commerciali, a certe condizioni, nonostante che da parte regionale ne fosse stato denunciato il carattere dettagliato ed autoapplicativo. In questa sentenza, la Corte da un lato conferma che il principio... in linea di principio dovrebbe limitarsi a prescrivere criteri ed obiettivi alla legge regionale, lasciandole uno spazio significativo di discrezionalità, ma aggiunge altresì che, nel caso, la « specificità delle disposizioni » è giustificata perché necessaria a garantire che la vendita dei medicinali avvenga con modalità rispettose dell'esigenza di tutela della salute (22).

il dibattito e ancora aperto (v. ad es. A. GUAZZAROTTI, *La competenza concorrente nel nuovo Titolo V al banco di prova della giurisprudenza costituzionale*, in *Le Regioni* 2004, 1099 ss.), sembra decisamente da escludere che l'art. 117 comma 3 Cost. ammetta norme statali prive del carattere di principio fondamentale in base a pure ragioni di interesse nazionale, non mediate attraverso i titoli competenziali o gli altri istituti tipici del nuovo Titolo V: cfr. la sent. n. 87 del 2006 ed il commento di F. BENELLI, *Interesse nazionale, istanza unitarie e potestà legislativa regionale: dalla supremazia alla leale collaborazione*, ibidem 2006, 933 ss.

(18) Un'efficace sintesi in A. ANZON, *I poteri delle regioni nella transizione dal modello originario al nuovo assetto costituzionale*, Torino 2003, 107-108. Per una rassegna delle leggi cornice, dei loro contenuti di dettaglio e della giurisprudenza in merito, prima della riforma costituzionale, cfr. A. PAOLETTI, *Leggi-cornice e regioni: crisi di un modello*, Milano 2001, 102 ss., 111 ss., 121 ss.

(19) Cfr. A. GUAZZAROTTI, *op. cit.*, 1112-1113; L. VANDELLI, *La Repubblica delle autonomie nella giurisprudenza costituzionale*, nell'omonimo volume a cura di A. PIOGGIA e L. VANDELLI, Bologna 2006, 27-30; Q. CAMERLENGO, *Autonomia regionale e uniformità sostenibile: principi fondamentali, sussidiarietà e intese forti*, in *Le Regioni* 2006, 428-431.

(20) Cfr. C. TUBERTINI, *Stato, regioni e tutela della salute*, in *La Repubblica delle autonomie della giurisprudenza costituzionale*, cit., 229 ss.

(21) Per una critica del quale cfr. A. PAOLETTI, *op. cit.*, 135-137.

(22) Incidentalmente, e il caso di osservare che un'applicazione poco sorvegliata del criterio sostanziale rischia di fare svanire ogni distinzione tra la nozione di principi fondamentali e quella di norme generali, che invece l'art. 117 mostra di voler valorizzare: cfr. sp. la sent. n. 279 del 2005 ed i commenti di C. MARZUOLI, *L'istruzione e il Titolo V: alcuni pericoli da evitare*, in *Le Regioni* 2006, 167-168, e S. NICODEMO, *L'istruzione tra « principi fondamentali » e « norme generali »*, in *Quad. cost.* 2006, 129.

Gli esempi potrebbero continuare: si vedano tra l'altro — e rimanendo sempre alla giurisprudenza più recente — la sent. n. 422 del 2006, che qualifica come principio fondamentale la norma che fissa in 70 anni il limite di età per ricoprire la carica di direttore amministrativo o sanitario di un IRCCS (23); oppure la nota giurisprudenza, arricchita da ultimo dalla sent. n. 59 del 2006, in tema di norme sanzionatorie contro il fumo, anch'esse promosse al rango di principio in forza della loro inerente ad un bene insuscettibile di una tutela differenziata sul territorio nazionale; oppure ancora la sent. n. 50 del 2007, almeno nei passaggi che riconoscono la qualità di principio fondamentale a determinate norme sullo stato giuridico dei dirigenti sanitari in quanto inerenti ad « un elemento fra i più caratterizzanti nella disciplina del rapporto fra personale sanitario ed utenti del servizio sanitario, nonché della stessa organizzazione sanitaria ».

Questa giurisprudenza si contrappone ad altre pronunce, in cui invece la Corte ha confermato che può avere natura di principio solo la norma che lasci spazio ad un'integrazione normativa da parte regionale: così, la sentenza che si commenta, appunto, ma anche la sent. n. 339 del 2007 o la nota sent. n. 162 del 2004, in cui addirittura il principio fondamentale viene distillato da un complesso insieme di testi normativi, per evitare che la legislazione regionale sia bloccata da quello che appare come un vero e proprio anacronismo legislativo (24).

Il quadro è talmente complesso e condizionato dalle singole situazioni normative esaminate, che viene quasi il sospetto che anche dopo il 2001 resti plausibile l'ipotesi formulata da un attento osservatore poco prima della riforma del Titolo V (25): al fondo del giudizio di identificazione di una certa norma come principio fondamentale sembrerebbe muoversi, almeno in alcuni casi, un canone di ragionevolezza sostanziale, nel senso che il giudizio si concluderebbe con esito positivo o negativo secondo che sussista o che manchi una giustificazione sostanziale del regime giuridico unitario, con esclusione di ogni variante territoriale, proposto dalla norma *sub iudice* per la materia considerata. Non sarebbe, del resto, questo l'unico campo in cui le questioni formali di rapporti tra le fonti del diritto si intreccerebbero con quelle sostanziali (26).

La sent. n. 387 ripropone però con forza il criterio nomologico come regola aurea dell'identificazione dei principi fondamentali: riservando ad altra sede ogni valu-

(23) Del resto già prima la giurisprudenza aveva ammesso in questo ambito una legislazione di cornice « particolare a ed « alquanto analitica »: cfr. U. DE SIERVO, *Corte costituzionale e materia sanitaria*, in *Cittadinanza, Corti e salute*, a cura di R. BALDUZZI, Padova 2007, 101-102.

(24) Insiste su questo punto F. CORVAJA, *Osservazioni sul vincolo promanante dai principi fondamentali della materia derogati, incostituzionali, « anacronistici »*, in *Le Regioni* 2004, 1198 ss., 1205 ss.

(25) M. CARLI, *La « gabbia » dei principi fondamentali*, in *Le Regioni* 2001, 580-581. Da ultimo, v. sul punto D. MESSINEO, *Competenze finalistiche e giudizio costituzionale: sindacato teleologico vs limite dei principi*, ibidem 2007, 543 ss., ad avviso del quale la distinzione principio-dettaglio non tiene da un punto di vista puramente formale e mascherata, in realtà, una sorta di *good idea clause*, in cui ciò che rileva è la maggiore o minore idoneità di una norma ad attuare un principio costituzionale (549-550, 564-565, 569). Risuona, qui, l'eco della teoria di R. TOSI, « *Principi fondamentali » e leggi statali nelle materie di competenza regionale*, Padova 1987, 172 ss. ma *passim*, e delle ricostruzioni sviluppate in numerosi saggi da A. RUGGERI, di cui v. in particolare, tra i più recenti, *Quale « sistema » delle fonti dopo la riforma del Titolo V?*, in *Rass. parl.* 2006, 457 e 460 ss. In senso diverso, A. D'ATENA, *Materie legislative e tipologia delle competenze*, in *Quad. cost.* 2003, 22-23, sp. n. 29, ricorda che il carattere concorrente della potestà legislativa su alcune materie trasversali, come ad es. la tutela della salute, dovrebbe però opporre qualche limite alla naturale duttilità di tali competenze ed alla loro capacità di incidere a fondo nelle attribuzioni regionali.

(26) Cfr. ad es., con riguardo al sindacato per eccesso di delega, già G. BRANCA, *Quis adnotabit adnotatores?*, in *Foro it.* 1970, V, 28-29.

tazione circa la preferibilità di questo criterio o di quello sostanziale, bastera qui rilevare come, con la sentenza in commento, la Corte non scioglia, anzi in qualche modo alimenti la dicotomia interna alla propria giurisprudenza.

Ancor meno soddisfacente è la posizione assunta dalla Corte a proposito della ritenuta estraneità dei requisiti di cui all'art. 116 comma 2, rispetto alla figura dei l.e. In realtà, sul punto la sentenza è più assertiva che argomentativa: l'iscrizione delle norme sul rapporto tra poteri pubblici ed operatori privati al *genus* dei principi fondamentali trascina con sé anche la qualificazione dei requisiti per l'autorizzazione, i quali vengono considerati quasi un aspetto accessorio del potere regionale di regolare l'accesso dei privati alla sfera dell'assistenza sanitaria ai tossicodipendenti. Si veda in tal senso soprattutto il par. 5.3 del Considerato in diritto, in cui la fissazione dei requisiti minimi è rappresentata come un punto di equilibrio tra la libertà di scelta e gli altri interessi costituzionalmente rilevanti.

Ad avviso di chi scrive, invece, almeno una parte delle prescrizioni di cui al cit. comma 2 dovevano, o quantomeno potevano, essere qualificate come l.e. dell'assistenza sanitaria nello specifico settore qui considerato.

In primo luogo, tali prescrizioni contemplano, come la Corte stessa ritiene necessario, caratteristiche che devono essere possedute da tutte le strutture, pubbliche e private: lo stabilisce espressamente l'art. 113 comma 1 lett. b), e lo chiarisce anche il fatto che, tra i requisiti di cui all'art. 116 comma 2 lett. a), vi sia la personalità giuridica « di diritto pubblico o privato ». Il fatto che poi, come accade anche per il modello di cui all'art. 8-ter del d.lgs. n. 502 del 1992, il rispetto dei requisiti da parte delle strutture pubbliche sia assicurato essenzialmente attraverso gli atti di organizzazione (27), non incide sulla natura giuridica dei requisiti stessi. Il punto è passato forse inosservato per l'impostazione dei ricorsi regionali, che lamentavano in ultima analisi la perdita del potere di controllare l'accesso di soggetti privati alle attività di assistenza ai tossicodipendenti. Nondimeno, esso emerge con chiarezza dalla lettera della legge e dal riferimento al d.lgs. n. 502 del 1992: per chiamarli con il loro nome, i requisiti autorizzatori sono veri e propri standard generali, che rispondono alla necessità di assicurare al sistema sanitario « il possesso, da parte delle strutture pubbliche e private, di caratteristiche tecnico-scientifiche e strutturali di significativo pregio funzionale, indispensabili a garantire l'efficienza e l'efficacia dell'intervento salutare » (28).

In secondo luogo, mentre per il requisito di cui alla lett. a) possono sorgere perplessità — dato che, come detto, la forma giuridica dell'ente assistenziale non è di per sé determinante per la qualità delle prestazioni dallo stesso erogate — le prescrizioni di cui alle lett. b), c), d) ed e) sembrano riferirsi ad aspetti che caratterizzano le attività assistenziali delle strutture e ne garantiscono la qualità.

In terzo luogo, ed a conferma di quanto osservato appena sopra, si deve ricordare che la citata disciplina in tema di l.e. di assistenza ai tossicodipendenti contempla già ora requisiti autorizzatori ancor più puntuali e stringenti: ci si riferisce, in particolare, agli artt. 3-7 dell'accordo 5 agosto 1999, richiamato nel d.P.C.M. 29 novembre 2001. Solo per fare un esempio, l'art. 4 dell'accordo non si limita a richiedere locali adeguati, ma impone, tra l'altro, per le strutture residenziali una capacità ricettiva di almeno nove ed al massimo ventinove posti, con camere da letto con non più di otto letti; l'art. 6 non si accontenta di un generico riferimento alla presenza di personale professionalmente preparato, ma esige la presenza di un responsabile per almeno 36 ore alla settimana, che non può essere sostituito, salvo che per gravi mo-

(27) Vale a fortiori, in questo caso, il ragionamento che N. AICARDI, *La sanità*, cit., 674 svolge in relazione all'accreditamento delle strutture pubbliche.

(28) Così E. JORIO, *Diritto sanitario*, cit., 290, in relazione alla disciplina dell'autorizzazione nella seconda riforma sanitaria di cui all'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992, nella versione originaria.

tivi, nel primo anno dalla nomina, nonché di un operatore qualificato a tempo pieno ogni dieci utenti, limitando al 50% del personale minimo il numero di operatori volentieri.

Posto che, come afferma la Corte, solo i l.e., ma non i principi fondamentali, possono attingere un simile livello di dettaglio, ma che i requisiti di autorizzazione sono appunto principi fondamentali e non l.e., si deve forse concludere che il d.P.C.M. 29 novembre 2001 sia, per questa parte, contrastante con il modello costituzionale di riparto delle competenze? Sono intuibili gli scenari di incertezza in cui la pronuncia che si commenta scaglia, almeno per la materia qui considerata, quello che sinora è stato generalmente considerato l'esempio più importante di attuazione della clausola di cui all'art. 117 comma 2 lett. m): evidentemente non è tutto oro quello che luccica, e non tutto quello che sta nel citato d.P.C.M. e *pleno iure* riconducibile alla competenza costituzionale di cui si tratta.

Questi interrogativi si ricollegano alla più generale questione, se gli standard in cui i l.e. si esprimono (o si possono esprimere) debbano necessariamente attenersi alle prestazioni in senso stretto, intese come attività di erogazione di beni e servizi a favore degli interessati, oppure possano estendersi anche ad alcuni aspetti delle strutture che erogano le prestazioni stesse.

Nella dottrina, che ha affrontato tale questione già nelle prime riflessioni sul nuovo Titolo V, si registrano numerose prese di posizione nel senso di una lettura estensiva della clausola dei l.e. (29): è la stessa natura di talune attività, necessarie per il soddisfacimento di determinati diritti di prestazione, ad esigere la predisposizione (anche) di regole strumentali a carattere obiettivo, che non costituiscono posizioni soggettive giuridicamente azionabili in capo ai destinatari del servizio, ma contribuiscono comunque a qualificare l'attività di servizio (30).

Prima della Corte costituzionale, è stato il Consiglio di Stato ad aderire a questa tesi. Lasciando da parte alcuni noti pareri del 2002, in cui il profilo era appena accennato (31), merita attenzione una pronuncia della Sezione Atti normativi del 2003 (32), in seguito confermata (33), con cui si riconducono alla nozione di l.e. alcune regole sulla sicurezza degli impianti di trasporto, in quanto funzionali a garantire il « diritto del privato a fruire di un servizio pubblico in condizioni di incolumità ».

Ancora nel 2003, una decisione della IV sez. (34) ascrive alla nozione di l.e. l'op-

(29) Cfr. tra gli altri M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione*, in *Pol. dir.* 2002, 352-353; A. ANZON, *op. cit.*, 207-208; L. CUOCOLO, *La tutela della salute*, cit., 212; S. MABELLINI, *La legislazione regionale. Tra obblighi esterni e vincoli nazionali*, Milano 2004, 188; L. CUOCOLO, *Livelli essenziali*, cit., 1268-1269, con riguardo alla sent. n. 134 del 2006. Analoga conclusione sembra potersi leggere in A. MATTIONI, *Salute, Corti e pubblica amministrazione*, in *Cittadinanza, Corti e salute*, cit., 27, il quale ricollega ai livelli essenziali anche ad attività che non si rivolgono necessariamente a destinatari determinati, come le attività di prevenzione o quelle volte ad assicurare la salubrità degli ambienti in cui si svolge la vita umana.

(30) E lo schema logico delineato da G.U. RESCIGNO, *I diritti civili e sociali fra legislazione esclusiva dello Stato e delle Regioni*, in *Il « nuovo » ordinamento regionale*, a cura di S. GAMBINO, Milano 2003, 119-121. V. altresì A. D'ALOIA, *Diritti e stato autonomistico: il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni* 2003, 1105-1107 (anche con specifico riferimento al complesso modello definitorio adottato dai livelli essenziali dell'assistenza sanitaria).

(31) Ad. gen., 11 aprile 2002, e sez. Atti normativi, 22 aprile 2002, n. 1195/02: tutte le pronunce del Consiglio di Stato sono cit. nel testo reperibile in *La giustizia amministrativa* (<http://www.giustizia-amministrativa.it>).

(32) Sez. Atti normativi, 10 febbraio 2003, n. 335/2003.

(33) Sez. Atti normativi, 10 gennaio 2005, n. 29/2005.

(34) Decisione n. 1422 del 2003 del 12 novembre 2002 (pubblicata in *La giustizia amministrativa*, cit., senza data di deposito).

zione fondamentale espressa dal legislatore statale per un'assistenza ai malati psichiatrici basata sul modello di una rete di strutture ospedaliere, territoriali, residenziali e semiresidenziali alternativa rispetto alla figura tradizionale dell'ospedale psichiatrico: una scelta, dunque, di carattere schiettamente organizzativo, ma la cui interferenza con il tipo di attività effettivamente prestata a beneficio degli interessati non necessita di particolari commenti.

Nel 2005, analoga qualificazione era attribuita al sistema dei centri interregionali di riferimento per le malattie rare, previsto da un decreto ministeriale del maggio 2001 ma non realizzato dal Ministero della Salute asseritamente proprio a causa della sua non riconducibilità alla categoria dei l.e. Richiamando l'amministrazione statale ai suoi doveri, la V sez. (35) osserva che la disciplina legislativa del sistema in questione « tiene evidentemente conto della importanza degli aspetti organizzativi per affrontare i problemi di diagnosi e terapia delle malattie rare » e consente, pertanto, « di ritenere tali aspetti della disciplina, compresa la istituzione dei centri interregionali, parte integrante dei livelli essenziali di assistenza ». E, come alcuno ha osservato, anche in questo caso l'interpretazione del Consiglio di Stato collimava con le previsioni, sul punto, nel d.P.C.M. 29 novembre 2001 (36).

Del resto, la stessa giurisprudenza costituzionale aveva manifestato qualche apertura in questo senso: così, ad es., quando ha ammesso che gli standard attuativi dei l.e. — sostanzialmente consustanziali ai l.e. stessi — potessero avere anche natura di « standard strutturali » (37), oppure quando ha ascrivito alla materia di cui alla lett. **m**) i regolamenti relativi all'assetto anche organizzativo delle prestazioni statali in materia di istruzione (38). Ciò benché in altre pronunce — e specialmente nella sent. n. 120 del 2005, non per caso insistentemente richiamata dalle difese regionali nel processo concluso con la sent. n. 387 — la Corte abbia escluso che norme incidenti sull'organizzazione e la gestione delle strutture (standard strutturali e qualitativi dei nidi di infanzia) possano essere ricondotte alla determinazione dei l.e. delle prestazioni erogate dalle medesime strutture (39).

Rispetto a questo dibattito, la Corte prende posizione con la sentenza in commento dichiarando incostituzionale la qualificazione in termini di l.e. di tutti i requisiti di cui all'art. 116 comma 2. Se il senso della decisione della Corte dovesse essere generalizzato, ne deriverebbero rilevanti conseguenze sia per ciò che attiene alle materie di potestà legislativa concorrente, sia — e soprattutto — per ciò che attiene alle materie di cui all'art. 117 comma 4 Cost.

Sul primo versante, si dovrebbe ritenere che norme statali aventi un oggetto analogo a quelle qui esaminate sarebbero legittime solo se conformi alla nozione di principio fondamentale. Si tratta, come si è detto, di una nozione dai confini ancora incerti, che si presta anche ad interpretazioni estensive basate sull'apprezzamento dell'importanza sostanziale dell'uniformità di questo o quell'aspetto del regime giuridico della materia considerata. A scongiurare le preoccupazioni circa un'ipotizzabile

(35) Decisione 13 dicembre 2005, n. 7085. Si veda anche il commento di C. TUBERTINI, in *Giorn. dir. amm.* 2006, 508 ss., sp. 510.

(36) Che pure risultava singolarmente ignorato nella motivazione della decisione: C. TUBERTINI, *op. ult. cit.*, 512-513.

(37) Sent. n. 134 del 2006.

(38) Sent. n. 279 del 2005.

(39) In senso analogo potrebbe essere letta la sent. n. 370 del 2003, che riconduce ai principi fondamentali della materia dell'istruzione gli standard minimi organizzativi degli asili nido. Meno perspicua la sent. n. 105 del 2007, in cui la Corte dichiara estranea alla sfera dei livelli essenziali una previsione che si riferisce ai « requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi » delle opere di edilizia sanitaria, per il motivo che tali requisiti prescindono dal numero di posti letto da attivare nelle strutture: ma sembra che tale statuizione sia strettamente legata alle argomentazioni spese dalle parti in quel giudizio, fortemente condizionato, peraltro, dalle peculiari norme che ne formavano oggetto.

disgregazione dell'uniformità del sistema sanitario sta poi l'effetto congiunto che può derivare dall'accostamento tra la nozione di principi fondamentali e quella di competenza per la « tutela della salute », che funziona per alcuni aspetti proprio come una materia finalistica (40). Posto che la cifra identificativa del S.S.N. è appunto la sua finalità di tutela della salute individuale e collettiva (41), la competenza per la tutela della salute è sicuramente in grado di proiettarsi su gran parte della disciplina organizzativa del sistema predetto, come del resto la giurisprudenza costituzionale ha già dimostrato (42). Non è inconcepibile, al limite, che, dinanzi ad una norma che disciplina o comunque concorre a garantire la qualità delle prestazioni del S.S.N., risultino in certa misura fungibili le etichette di principio fondamentale della tutela della salute o di l.e., magari non dettagliato, dell'assistenza sanitaria.

Ma è sul versante delle materie di cui all'art. 117 comma 4 Cost. che le conseguenze della sent. n. 387 possono apparire particolarmente preoccupanti. Qui lo Stato non dispone della competenza di stabilire i principi fondamentali della materia, né con riguardo agli standard organizzativi e strutturali, né con riguardo ad altri aspetti: se ne deve forse dedurre che è interamente affidata alle Regioni la disciplina del regime di presenza e dei profili professionali degli operatori delle strutture di assistenza, nonché dell'adeguatezza dei locali e delle attrezzature delle strutture medesime? Una risposta affermativa, tra l'altro, metterebbe in crisi il modello di cui all'art. 11 della l. 8 novembre 2000, n. 328 (43), e forse anche quello delineato dal recente d.d.l. Ferrero-Bindi-Tureo, che si basava appunto su standard qualitativi e quantitativi delle

(40) Cfr. D. MORANA, *La « tutela della salute »: punti fermi e perduranti incertezze nella giurisprudenza costituzionale*, in *Cittadinanza, Corti e salute*, cit., 197 ss., sp. 204; M. MANNETTI, *op. cit.*, 4998, che vede in questa competenza la congiunzione di un oggetto (la salute) ed una « azione di tipo funzionale (o finalistica) » (la tutela); V. CERULLI IRELLI e C. PINELLI, *Normazione e amministrazione nel nuovo assetto costituzionale dei pubblici poteri*, in *Verso il federalismo*, a cura di ID. e ID., Bologna 2004, 28, che vedono nella tutela della salute o nella materia dell'istruzione essenzialmente « profili di tutela dei diritti fondamentali dei cittadini »; E. MENCHETTI, *L'organizzazione sanitaria tra legislazione ordinaria, nuovo Titolo V della Costituzione e progetto di devoluzione (osservazioni a margine della sentenza Corte costituzionale n. 510 del 2002)*, in *Amministrazione in cammino*, § 3, ove si parla di « materia-compito »; L. VIOLINI, *La tutela della salute e i limiti al potere di legiferare: sull'incostituzionalità di una legge regionale che vieta specifici interventi terapeutici senza adeguata istruzione tecnico-scientifica*, in *Le Regioni 2002*, 1454, dove si traccia un parallelismo tra tutela dell'ambiente e tutela della salute (senza rinunciare peraltro — 1453-1454 — ad alcune ipotesi di distinzione tra tale competenza, quella in tema di livelli essenziali e gli ambiti spettanti alla legislazione regionale).

(41) G. PASTORI, *Sussidiarietà e diritto alla salute*, in *Dir. pubbl.* 2002, 86, contrappone appunto questa costante teleologica all'estrema complessità organizzativa del sistema, soggetta oltretutto a rilevanti modifiche nel corso del tempo.

(42) Già prima della sent. che qui si commenta: cfr. C. TUBERTINI, *Stato, regioni e tutela della salute*, cit., 227. Non sono mancati peraltro casi in cui la Corte ha distinto la tutela della salute dall'organizzazione degli enti amministrativi non statali, come le a.s.l.: cfr. la sent. n. 181 del 2006 ed il commento di M. BELLETTI, *Il difficile rapporto tra « tutela della salute » e « assistenza e organizzazione sanitaria »*, *Percorsi di una « prevalenza » che diviene « cedevole »*, in *Le Regioni 2006*, 1176 ss., sp. 1181 e 1184 (ove si osserva come, in questo caso, la tutela della salute sia stata considerata alla stregua di un titolo trasversale per l'intervento in un settore di competenza regionale residuale).

(43) Su cui cfr. M. RENNA, *Sub art. 11*, in *Il sistema integrato dei servizi sociali*, cit., 304-305 in ordine al rapporto tra livelli essenziali e requisiti di autorizzazione (e 309-310, a proposito di alcuni requisiti previsti dal d.m. n. 308 del 2001 che, ad avviso dell'A., non sono compatibili con la nozione di livelli essenziali). *Contra* si veda il commento del d.m. in parola di L. DE CENSI, *ibidem*, 722-723, il quale ritiene che l'efficacia vincolante del d.m. sia cessata per effetto della riforma costituzionale del Titolo V. Ma la prima opinione pare preferibile, per le ragioni indicate nel testo.

prestazioni di assistenza alle persone non autosufficienti da integrare nei criteri di autorizzazione ed accreditamento dei servizi e delle strutture interessate (44).

C'è da sperare che la Corte trovi modo di circoscrivere e possibilmente di isolare questo precedente, perché garantire determinati standard strutturali è indispensabile per assicurare condizioni uniformi nella fruizione di diritti sociali fondamentali (in primo luogo quelli inerenti la tutela della salute e assistenziali).

Una via percorribile in questo senso potrebbe essere quella di ritenere che, nel caso di *quo*, la Corte abbia interpretato i requisiti autorizzatori non come standard generali, ma come strumenti per governare e delimitare in tal modo la presenza di soggetti privati nel sistema pubblico di servizio. Tale impostazione comporterebbe sì, come detto, una forzatura delle disposizioni esaminate in questa sentenza, ma consentirebbe di enunciare una ratio distinguendoli rispetto ad altre leggi o ad altri atti normativi che fissino parametri organizzativi e strutturali indirizzati a tutti gli operatori dei diversi settori assistenziali.

ENZO BALBONI

(44) A.C. n. 3284 (XV Legislatura), presentato il 3 dicembre 2007. Cfr. in particolare art. 1 comma 2 lett. b) n. 5: ma non è chiaro quali aspetti del servizio (o delle strutture) di assistenza sarebbero investiti dalle previsioni di livelli essenziali. Il progetto presenta anche altri profili di interesse: ad es., l'approccio graduale al raggiungimento dell'uniformità, che rappresenta il frutto della riflessione richiamata da F. PIZZOLATO, *op. cit.*, § 8.

Annulare il nulla? Osservazioni minime in tema di autoqualificazione della « base giuridica » della legge.

1. La sent. 23 novembre 2007, n. 387, scaturisce a seguito dei ricorsi di alcune regioni (1) contro più articoli del d.l. 30 dicembre 2005, n. 272, come convertito dalla l. 21 febbraio 2006, n. 49.

Le norme impugnate e i contestati profili di illegittimità costituzionale sono molteplici (2): ai fini di queste riflessioni si prenderà in considerazione solamente l'art. 4-*quinqüesdecies*, l. n. 49 del 2006, nella parte in cui modifica i commi 1 e 2 dell'art. 116, d.P.R. n. 309 del 1990 (nonché la rubrica di tale articolo, divenuta: «livelli essenziali relativi alla libertà di scelta dell'utente e ai requisiti per l'autorizzazione delle strutture private»), in quanto ritenuta non rispettosa del riparto di competenze legislative tra lo Stato e le Regioni ordinarie.

2. Il provvedimento in cui sono contenute le disposizioni in esame è piuttosto noto, anche presso l'opinione pubblica: si tratta della legge di conversione di un decreto-legge in cui sono state fatte coesistere — con una certa forzatura, *invero* — interventi in materia penale, finanziamenti relativi alle Olimpiadi invernali e modifiche

(1) Specificamente si tratta delle regioni: Toscana, Lazio, Emilia-Romagna, Liguria, Piemonte e Umbria.

(2) Più precisamente si tratta degli artt. 4, 4-bis, 4-ter, 4-sexies, 4-*septies*, 4-*octies*, 4-*undecies*, 4-*quaterdecies*, 4-*quinqüesdecies*, 4-*sexiesdecies*, 4-*vicies* bis e 4-*vicies* ter, commi 27, 28, 29 e 30 della l. 21 febbraio 2006, n. 49, variamente impugnati per violazione degli artt. 5, 97, 117, 118, 119 Cost.