

Silvio Roberto Vinceti

La tutela della salute nelle democrazie stabilizzate

Uno studio di diritto comparato



Giappichelli

PREMESSA

Se si confrontano le più risalenti trattazioni di diritto costituzionale comparato, la tutela della salute non sembra emergere con nitidezza tra i «fini fondamentali della comunità sociale organizzata»¹ che segnano il trapasso dall'una all'altra forma di Stato. Questo, infatti, pare doversi affermare compulsando le opere di uno dei pionieri della disciplina – per certi versi, *il suo fondatore*² – che nelle celebri indagini sulle «nuove tendenze» della materia non registrava una cospicua emergenza della “forma sanitaria” della Stato³. E del resto, nemmeno presso quegli «autori tedeschi, a cui spetta il merito di essersi pei primi occupati con amore di questo nuovo ramo della scienza dello Stato» che è il diritto sanitario⁴

¹ Per questa definizione di «forma di Stato» v. F. PALERMO, *La forma di Stato dell'Unione europea: Per una teoria costituzionale dell'integrazione sovranazionale*, Cedam, Padova, 2005, 6. Che lo studio dei «criteri e modi con cui sono [...] esercitate le funzioni del diritto» sia via maestra per l'analisi della forma di Stato è da ultimo riaffermato in G. AMATO, F. CLEMENTI, *Forme di Stato e forme di governo*, il Mulino, Bologna, 2012, 9. Per più ampi riferimenti v. comunque *amplius infra* cap. II, § 1.

² Per questo giudizio v. M. ROSENFELD, A. SAJÓ, *Introduction*, in M. ROSENFELD, A. SAJÓ (a cura di), *The Oxford Handbook of Comparative Constitutional Law*, Oxford University Press, Oxford-New York, 2012, 5; F. PALERMO, K. KÖSSLER, *Comparative Federalism: Constitutional Arrangements and Case Law*, Hart Publishing, Oxford-Portland, 2017, 7; a detta invece di Mirkine-Guetzévitch – che segue in questo il giudizio di É. DURKHEIM, *Montesquieu, sa part dans la fondations des sciences politiques et de la sciences des sociétés*, in *Revue d'histoire politique et constitutionnelle*, 1937, 453 – la “palma” di «fondeur du droit comparé» dovrebbe invece andare a Montesquieu (B. MIRKINE-GUETZÉVITCH, *De «l'Esprit des lois» à la démocratie moderne*, in AA.VV., *La pensee politique et constitutionnelle de Montesquieu: Bicentenaire de l'Esprit des lois: 1748-1948*, Recueil Sirey, Parigi, 1952, 2).

³ Questo si ricava, *a contrario*, sia dall'assenza della materia sanitaria nella discussione sul «grande tentatives de rationalisation de la vie publique» operato con l'introduzione dei diritti sociali (cfr. B. MIRKINE-GUETZÉVITCH, *Les nouvelles tendances du droit constitutionnel*, LGDJ, Paris, 1936, 38-43, 81-115), sia dal mancato approfondimento in senso precipuamente sanitario del *droit au secours public* delle costituzioni giacobine (ad es. in B. MIRKINE-GUETZÉVITCH, *Les Constitutions européennes: 1 Essai synthétique, textes des Constitutions (Albanie à Finlande)*, vol. I, Presses universitaires de France, Paris, 1951, 128-130), che è spesso invece ritenuto un archetipo del moderno diritto alla salute (v. *infra* cap. I, § 3.3).

⁴ F. CAMMEO, *Sanità pubblica (Principii generali, fonti ed organi dell'amministrazione sanitaria)*, in V.E. ORLANDO (a cura di), *Primo trattato completo di diritto amministrativo italiano*, vol. 4/II, Società editrice libraria, Milano, 1905, 215.

la considerazione per la «funzione sanitaria dello Stato»⁵ giunse a farne un elemento caratterizzante il «regime» dello Stato⁶, la sua «costituzione materiale»⁷; in questo senso, dunque, quanto è stato notato nell'introduzione di un fondamentale trattato «sulle norme regolanti la pubblica salute [...] che, per la loro importanza e pel loro numero, sono diventate obbietto di studio intenso per parte dei cultori delle discipline giuridiche»⁸ non può essere valorizzato al punto da far pensare, retrospettivamente, che la funzione sanitaria fosse “al cuore” delle preoccupazioni della giuspubblicistica dell'area germanica⁹. Lo scenario non cambia poi di molto volgendo lo sguardo alla prima trattatistica di diritto interno¹⁰ ove la tutela della salute si esaurisce in una dimensione di «polizia sa-

⁵ R. ALESSI, *L'amministrazione sanitaria*, in R. ALESSI (a cura di), *L'amministrazione sanitaria*, Neri Pozza, Vicenza, 1967, 11.

⁶ C. MORTATI, *Istituzioni di diritto pubblico*, vol. I, Cedam, Padova, 1975, 135. Già per Santi Romano, «regime» descriveva «il principio o indirizzo politico fondamentale (p. es., il principio liberale, il principio democratico, il principio socialista etc.) che informa tutte le istituzioni dello Stato e costituisce anche una suprema direttiva della loro attività» (S. ROMANO, *Principii di diritto costituzionale generale*, Giuffrè, Milano, 1947, 143). Per quest'uso di «regime» v. altresì B. MIRKINE-GUETZÉVITCH, *Les nouvelles tendances*, cit., 105.

⁷ Cfr. C. MORTATI, *La costituzione in senso materiale* (1940), Giuffrè, Milano, 1998, 196; C. MORTATI, *Le forme di governo: Lezioni*, Cedam, Padova, 1973, 7.

⁸ S. LESSONA, *Trattato di diritto sanitario*, vol. I, Fratelli Bocca, Milano-Torino-Roma, 1914, 2.

⁹ V. ad es. l'assenza di riferimenti non sporadici nel classico O. MAYER, *Deutsches Verwaltungsrecht*, vol. I, Duncker und Humblot, Leipzig, 1895, 258. Da questo punto di vista è allora la monografia di L. VON STEIN, *Das Gesundheitswesen: Erstes Hauptgebiet, zweiter Theil der Inneren Verwaltungslehre*, Cotta'sche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart, 1882, a costituire una vera e propria avanguardia, quasi un *primum movens* per gli studi sull'ordinamento sanitario (su Stein v. F. SCHULZ, *Die Lehre Vom Öffentlichen Gesundheitswesen Bei Lorenz Von Stein: Ein Beitrag Zur Ideengeschichte Der Sozialstaatlichen Gesundheitspolitik*, in *Der Staat*, fasc. 1, 1988, 110 ss.). Circostanza eloquente, del resto, è che un altro dei riferimenti dottrinali citati da Lessona ancora affermi che «[d]ie Gesundheitspflege des Individuums ist nicht Aufgabe des Staats» (E. LOENING, *Lehrbuch des deutschen Verwaltungsrechts*, Breitkopf und Härtel, Leipzig, 1884, 296). Corroborata infine l'idea di una incipienza degli studi tedeschi sull'ordinamento sanitario lo stesso Jellinek, che nel *locus classicus* della riflessione sulla forma di Stato ancora escludeva la possibilità di un'indagine puramente giuridica sulla funzione sanitaria dello Stato, vedendo anzi in questo settore un chiaro esempio della mancata autosufficienza del diritto e della necessaria complementazione interdisciplinare della *Staatslehre*: «Für die Staatslehre zeigt sich der Zusammenhang mit anderen Wissensgebieten sofort in voller Klarheit dadurch, daß sie eine Lehre von menschlichen Einrichtungen ist, die sich durch und an Menschen betätigen. [...] So ist z. B. eine der wichtigsten Aufgaben, die dem Staate der neueren Zeit zugewachsen ist, eine umfassende rationelle öffentliche Gesundheitspflege. Eine solche kann jedoch nur auf Grund einer wissenschaftlichen Hygiene betrieben werden, die aber keineswegs deshalb dem Gebiet der Staatswissenschaften zuzuweisen ist» (G. JELLINEK, *Allgemeine Staatslehre*, Springer, Berlin, 1929, 72-73; corsivo aggiunto).

¹⁰ Un'eccellente eccezione, in questo senso, è la «funzione sociale» dello Stato di O. RANELLETTI, *Diritto amministrativo: I. Introduzione e nozioni fondamentali*, Luigi Pierro, Napoli, 1912, 76 ss., cui è esplicitamente ricondotta la «cura della sanità pubblica» (ivi, 96). Egualmente pregnante, tuttavia, è il fatto che Ranelletti non si soffermi più di tanto sulla tutela della salute: per un cenno sull'amministrazione sanitaria cfr. ivi 351-352, 355-356.

nitaria» o «tutela repressiva»¹¹ – poi definita il «senso negativo»¹² o la «via negativa»¹³ della funzione di tutela delle salute – ovvero al più viene in rilievo al lume di quella concezione mercantilistica¹⁴ per cui la salute del cittadino è «pre-supposto necessario *della potenza dello Stato*»¹⁵.

A più di un secolo di distanza al giurpubblicista non resta che constatare come quella liminalità dello Stato c.d. sanitario¹⁶ non sia stata semplicemente superata¹⁷, quanto piuttosto ribaltata. Intesa come azione programmata e coordinata a

¹¹ S. LESSONA, *La tutela della salute pubblica*, in P. CALAMANDREI, A. LEVI (a cura di), in *Commentario sistematico alla Costituzione italiana*, Barbera, Firenze, 1950, 335.

¹² C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, in *Rivista degli infortuni e delle malattie professionali*, fasc. 1, 1961, 1.

¹³ «È, questa, la parte più propriamente negativa della funzione sanitaria, quella però che sino ad epoca recentissima ne costituiva la parte essenziale e largamente predominante. [...] La via negativa [...] è certamente quella che storicamente si trova adottata in epoche di gran lunga più antiche; sin dall'antichità infatti, si è presentata la necessità di adottare misure che oggi diremmo di polizia sanitaria, aventi ad oggetto cautele previste come necessarie o quanto meno utili per impedire il diffondersi delle malattie» (R. ALESSI, *L'amministrazione sanitaria*, cit., 12-13). Riprende la distinzione V. BARBATI, *L'igiene pubblica in tempi anormali*, in R. ALESSI (a cura di), *L'amministrazione sanitaria*, Neri Pozza, Vicenza, 1967, 153 («Nell'attività esplicata dallo Stato nel campo della sanità pubblica si suol infatti distinguere, volta a volta, un contenuto negativo ed uno positivo. Nel primo si ricomprendono, in genere, tutte le misure limitative dirette ad impedire che la libertà dei singoli, esplicandosi in modo disordinato senza alcun freno, possa riuscire di danno o nocimento alla salute pubblica. E perciò questa attività è stata inquadrata fra quelle di polizia, costituendone un particolare aspetto: la cosiddetta polizia sanitaria»).

¹⁴ Retrospectivamente giudicata «riduttiva e deformata» da F.D. BUSNELLI, U. BRECCIA, *Premessa*, in F.D. BUSNELLI, U. BRECCIA (a cura di), *Il diritto alla salute*, Zanichelli, Bologna, 1979, x.

¹⁵ F. CAMMEO, *Sanità pubblica*, cit., 214 (enfasi aggiunta), la cui «impostazione squisitamente liberale» (così C.E. GALLO, *Politica e amministrazione nella gestione della sanità*, in L. VIOLINI (a cura di), *Verso il decentramento delle politiche di welfare: Incontro di studio «Gianfranco Mor» sul diritto regionale*, Giuffrè, Milano, 2011, 195) quasi testualmente riprende E. LOENING, *Lehrbuch*, cit., 293 («Wie die Gesundheit für den Einzelnen die notwendige Voraussetzung seiner wirtschaftlichen und geistigen Fortbildung ist, so sind auch die Kulturentwicklung des Volkes und die Machtentfaltung des Staates von dem Gesundheitszustand des Volkes abhängig»). Nello Stato liberale, per le ragioni che si diranno *infra* (cap. I, § 3.3), non era contemplato – almeno a parole, ché la pratica fu in parte diversa – lo spazio per un grande interventismo sanitario: «Lo Stato non ha i mezzi necessari ad occuparsi della salute di ciascuno, e se anche li avesse, non sembra che potrebbe efficacemente usarli, poiché ciò riuscirebbe una gravissima limitazione, se non talora una vera soppressione della libertà individuale» (F. CAMMEO, *Sanità pubblica*, cit., 214). Anzi: «Viel-fach ist der Staat auch genötigt, sich in der Ausübung der öffentlichen Gesundheitspflege zu beschränken, weil die Durchführung der von ihr geforderten Maßregeln ihm die Erfüllung anderer ebenso wichtiger staatlicher Aufgaben unmöglich machen oder für den Staat schädliche Folgen nach sich ziehen würde» (E. LOENING, *Lehrbuch*, cit., 293).

¹⁶ Per una definizione del concetto v. *infra* cap. I, § 1.

¹⁷ «Per quanto si riferisce alla direttiva programmatica circa la funzione di tutela sanitaria assunta dallo Stato, la Costituzione si limita a confermare una realtà giuridico-sociale già esistente nello Stato moderno. L'aforisma per cui «la cura dell'individuo è cosa che riguarda l'individuo e non la società» [...] è oggi assolutamente superato poiché la tutela della salute pubblica viene or-

servizio della salute della «persona»¹⁸ – a prescindere dalle attuali condizioni sanitarie (medicina preventiva) ed economiche (universalismo) – la «via positiva» della tutela della salute¹⁹ si è difatti imposta come «fine istituzionale dello Stato»²⁰ e «somma direttiva della propria azione»²¹: «one of the most important functions of the modern state»²². Elevata al rango di preclara declinazione dello Stato sociale – che pure si era originariamente sviluppato attorno a diverse priorità socio-previdenziali²³ – la tutela della salute è andata concorrendo, per spazio e importanza, con più risalenti e per certi versi coesenziali finalità dello Stato, come la sicurezza interna ed esterna²⁴. Traccia empirica e manifesta di que-

mai considerata come uno dei più importanti scopi sociali dello Stato moderno» (S. LESSONA, *La tutela della salute*, cit., 334).

¹⁸ Da declinare nella sua dimensione *comunitaria*, come sottolineavano i curatori di un noto volume: «I riferimenti alla persona e alla comunità, coordinandosi in maniera sistematica nel quadro costituzionale, prendono così a calarsi nel concreto e si sottraggono ormai a ogni residuo sospetto di enfasi. Le direttive per un passaggio dall'originaria funzione difensiva (e quasi "poliziesca"), che era caratteristica delle antiche misure pubbliche di tutela nei confronti del diffondersi delle malattie, a un sistema organizzativo, articolato e decentrato, che dovrebbe promuovere la partecipazione collettiva alla gestione dei servizi sanitari, penetrano finalmente nel complesso della normativa vigente, sino a costituire l'essenziale e unitario fondamento della recente riforma sanitaria» (F.D. BUSNELLI, U. BRECCIA, *Premessa*, cit., xiii). Sul superamento della visione «produttivistica» della tutela della salute v. ampiamente D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale: Lezioni*, Giappichelli, Torino, 2021, 4-9. Il concetto di "persona" è poi particolarmente felice non solo per il richiamo al personalismo – così importante nella tradizione costituzionale italiana – ma anche per l'evidente legame con il principio di eguaglianza – sul punto, in riferimento sia all'eguaglianza dei sessi sia all'intergenerazionalità, cfr. M.D. PANFORTI, *From Enrico to Charlie: The Parent-Child Relationship in Children's Literature*, in *International Journal of the Jurisprudence of the Family*, fasc. 1, 2010, 101 – che come valore ideale è alla radice dell'universalismo sanitario, di cui si dirà ampiamente *amplius infra* cap. I, § 3.5.

¹⁹ Che per R. ALESSI, *L'amministrazione*, cit., 12, lo Stato avrebbe iniziato a percorrere «predisponendo tutta una serie di misure idonee non tanto ad impedire la diffusione di malattie pandemiche, ma proprio ad un obiettivo miglioramento delle condizioni di vita e di ambiente (oltre che del fisico degli individui) allo scopo di rafforzare la salute di coloro che clinicamente ancora non sono ammalati, appunto per prevenire la malattia». Del pari cfr. V. BARBATI, *L'igiene pubblica*, cit., 154.

²⁰ L. CARLASSARE, *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in R. ALESSI (a cura di), *L'amministrazione sanitaria*, Neri Pozza, Vicenza, 1967, 117, nota 58.

²¹ C. MORTATI, *La tutela della salute nella Costituzione italiana*, cit., 1.

²² Cfr. G. ROSEN, *A History of Public Health* (1958), John Hopkins University Press, Baltimore, 2015, lxvii («[t]he protection and promotion of the health and welfare of its citizens is considered to be one of the most important functions of the modern state»).

²³ Cfr. P. FLORA, J. ALBER, *Modernization, Democratization, and the Development of Welfare States in Western Europe*, in P. FLORA, A.J. HEIDENHEIMER (a cura di), *The Development of Welfare States in Europe and America*, Routledge, London-New York, 1981, 50-52; J. ALBER, *Dalla carità allo stato sociale*, il Mulino, Bologna, 1987, 48-58.

²⁴ Come notava, in riferimento allo Stato sociale *tout court*, G. ESPING-ANDERSEN, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Princeton University Press, Princeton, 1990, 1 («What once were

sta espansione portano, del resto, i bilanci degli Stati contemporanei, ove a dispetto del taglio di molte voci di finanziamento – anche nella spesa sociale – cresce inesorabilmente il peso proporzionale dei capitoli sanitari²⁵ in quella che è stata icasticamente descritta come una «medicalizzazione del bilancio»²⁶ – prodotto ultimo di una più profonda «medicalizzazione della vita»²⁷. Giocando con i significati della parola “salute” – la cui polisemia non fa che riflettere la fondamentale del corrispettivo bene giuridico²⁸ – si potrebbe dire che mai come oggi gli ordinamenti giuridici statuali sembrano prendere sul serio il brocardo ciceroniano «salus populi suprema lex esto»²⁹.

Al tempo stesso, che questa luminosa pagina di progresso umano non vada scevera da insidie appare a molti sempre più evidente. Se di fronte alla vertiginosa espansione dello Stato c.d. sanitario i più avallutativi si limitano a constatare la preminenza della salute tra gli interessi cui si orienta l'azione del legislatore – il suo porsi, come si dirà, nei termini di un “superdiritto”³⁰ – i più preoccupati non esitano ad evocare lo spettro di un “diritto tiranno”³¹ capace di dimidiare

night-watchman states, law-and-order states, militarist states, or even repressive organs of totalitarian rule, are now institutions predominantly preoccupied with the production and distribution of social well-being»).

²⁵ Cfr. *ex plurimis* M. MORAN, *Governing the Health Care State: A Comparative Study of the United Kingdom, the United States, and Germany*, Manchester University Press, Manchester-New York, 1999, 2-3; H. ROTHGANG, *Health*, in D. BÉLAND, S. LEIBFRIED, K.J. MORGAN, H. OBINGER, C. PIERSON (a cura di), *The Oxford Handbook of the Welfare State*, Oxford University Press, Oxford, 2021, 511.

²⁶ Cfr. I. ILLICH, *Limits to Medicine: Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, Harmondsworth-New York, Penguin, 1977, 56-70.

²⁷ Oltre ai classici *ivi*, 130 («The medicalization of industrial society brings its imperialistic character to ultimate fruition») e T. SZASZ, *The Medicalization of Everyday Life: Selected Essays*, Syracuse University Press, Syracuse, 2007, xxvi («medicalization is not medicine or science; it is a semantic social-strategy that benefits some persons and harms others») v. sul punto anche G. PRODI, voce *Salute/malattia*, in *Enciclopedia Einaudi*, Einaudi, Torino, 1981, 421-422.

²⁸ Cfr. *infra* cap. I, §§ 4.1-4.2. Sul punto cfr. G. ZANOBINI, *Corso di diritto amministrativo*, vol. V, Giuffrè, Milano, 1957, 147 («nessun bene della vita presenta così chiaramente uniti l'interesse individuale e l'interesse sociale, come quello della salute, cioè del benessere fisico che proviene all'uomo dalla perfetta armonia di tutti gli elementi che costituiscono il suo organismo e dal perfetto loro funzionamento. Per l'individuo la salute è il presupposto e la condizione indispensabile di ogni attività economica e speculativa, di ogni godimento materiale o intellettuale. Lo stato di malattia non solo costituisce la negazione di tutti questi beni, ma rappresenta anche un pericolo, più o meno prossimo, per l'esistenza stessa dell'individuo e, nei casi più gravi, la causa determinante della morte. Per il corpo sociale, la salute dei propri componenti è la condizione indispensabile della sua conservazione, della sua difesa interna ed esterna, del benessere generale, di ogni progresso materiale, morale e politico. Le persone affette da malattia rappresentano un onere e un pericolo continuo per la società»).

²⁹ Su cui *infra* cap. I, § 4.2.

³⁰ V. *infra* cap. I, § 4.2.

³¹ V. *ibidem*.

libertà costituzionalmente garantite, oltre che a postergare, quando non a falciare, la tutela di altri diritti sociali. Né sembra per forza accedersi ad ipotesi di «iatrogenesi sociale»³² se si rilevano i possibili “effetti collaterali” della magnificazione del bene giuridico “salute”, messi da ultimo in cristallina evidenza nella recente pandemia da SARS-CoV-2 – invitato di pietra di un’indagine che, pur tentando di rifuggire le enfasi dello Stato d’eccezione, non poteva, *bon gré mal gré*, non fare i conti con l’esperienza. Una critica – quella agli eccessi dello Stato sanitario – che appare inevitabilmente intrecciata ad altre grandi questioni del diritto costituzionale contemporaneo: il rapporto tra volontà politica ed *expertise* tecnica, tra autodeterminazione del singolo e interesse della collettività, tra organizzazione dello Stato e struttura economica della società.

Nel momento in cui a venire in primaria considerazione è l’«aspetto finalistico» del «modo d’essere del rapporto tra Stato-autorità e Stato-società»³³, la presente ricerca costituisce dunque un’indagine sulla forma dello Stato contemporaneo in relazione alla «funzione di tutela sanitaria»³⁴. La tematica non è stata tuttavia esaminata semplicemente *in apicibus iuris*, ma analizzata da un preciso angolo prospettico dell’organizzazione costituzionale dello Stato: il riparto di competenze tra livelli di governo territoriale, che altro non è se non la dimensione territoriale della forma di Stato per come tradizionalmente discussa, nel diritto costituzionale comparato, attraverso classiche ricostruzioni dicotomiche (Stato unitario-Stato composto) e più spesso tricotomiche (Stato decentrato, Stato regionale, Stato federale). Per usare la lessicologia più familiare del diritto pubblico comparato, si potrebbe anche dire che la ricerca ha assunto il riparto di competenze in materia di tutela della salute come *tertium comparationis* per lo studio delle diverse forme di Stato territoriale. Le ragioni di una simile “strategia d’attacco” afferiscono tanto il lato sanitario – nel momento in cui la territorializzazione è concepita come uno dei principali strumenti per la migliore attuazione del diritto alla salute³⁵ – quanto il lato costituzionale – sia per la essenzialità dell’elemento territoriale nell’ordinamento politico³⁶ sia per il modo affatto peculiare con cui la funzione sanitaria problematizza il funzionamento reale del federalismo³⁷.

³² «When medical damage to individual health is produced by a sociopolitical mode of transmission, I will speak of “social iatrogenesis”, a term designating all impairments to health that are due precisely to those socio-economic transformations which have been made attractive, possible, or necessary by the institutional shape health care has taken» (I. ILLICH, *Limits to Medicine*, cit., 49).

³³ C. MORTATI, *Le forme di governo*, cit., 3.

³⁴ S. LESSONA, *La tutela della salute*, cit., 334.

³⁵ Cfr. *infra* cap. I, § 5.

³⁶ Cfr. E. GIANFRANCESCO, *Il ruolo insostituibile dell’elemento territoriale negli ordinamenti politici*, in *Diritti regionali*, fasc. 3, 2018, 2 ss.

³⁷ Cfr. T.E. FROSINI, *Presentazione*, in G.G. CARBONI (a cura di), *La salute negli Stati composti. Tutela del diritto e livelli di governo*, Giappichelli, Torino, 2012, vii («quello della salute – insieme

Un ultimo cenno, in sede di introduzione, riguarda il titolo dell'opera e segnatamente il riferimento alla «democrazie stabilizzate»³⁸. L'impiego della dizione risponde essenzialmente ad una volontà perimetrativa, mettendo in risalto l'*identikit* della forma statale che si voleva prendere in considerazione: quella di un insieme di Stati che fossero simili nei presupposti valoriali e avessero condiviso un comune percorso di stabilizzazione nell'evoluzione della forma di Stato, al netto delle particolarità storico-ideologiche delle singole esperienze. Questa omogeneità nei presupposti costituzionali "a monte" intende anzitutto permettere di enfatizzare le diversificazioni "a valle", sul versante delle concezioni di welfare e, di riflesso, sulla loro declinazione nel campo sanitario. Al tempo stesso, la funzione delimitativa non ha un valore solo in ciò che qui ha unito, ma anche in ciò che ha escluso. Mentre infatti per un verso il raffronto con la funzione sanitaria delle democrazie in consolidamento rischia di essere un poco infruttifero – stante la frequente annessa arretratezza dei Paesi in transizione – per l'altro, pur risultando percorribile il confronto con gli Stati non democratici sul versante della tutela della salute, ad essere pregiudicata sarebbe stata, in questo caso, la significatività di una comparazione con Paesi che non partecipano, più o meno totalmente, dell'altro elemento identificativo fondamentale dello Stato costituzionale, a fianco dei diritti sociali: i diritti di libertà³⁹. Il che implicitamente significa continuare a considerare le libertà democratiche un presupposto non rinunciabile – nemmeno al prezzo di un pur efficiente Stato sociale, nei fatti non di rado presente nelle autocrazie di ieri e in quelle di oggi⁴⁰.

a quello fiscale – è il tema che mette meglio alla prova la reale consistenza e il concreto funzionamento del federalismo. Perché è sul diritto sociale alla salute che si misura il grado di autonomia ed efficienza delle autonomie territoriali, e che si verifica la capacità di garantire i livelli essenziali delle prestazioni sanitarie»).

³⁸La denominazione è ovviamente di P. BISCARETTI DI RUFFIA, *Costituzioni straniere contemporanee: 1 Le costituzioni di dieci stati di democrazia stabilizzata*, Giuffrè, Milano, 1994. Per un suo approfondimento v. altresì sempre P. BISCARETTI DI RUFFIA, *Costituzioni straniere contemporanee: 2 Le costituzioni di sette stati di recente ristrutturazione*, Giuffrè, Milano, 1996, vii-viii («denominazione, quest'ultima, che sembrò appropriata in quanto i loro ordinamenti – pur venendo anch'essi saltuariamente ritoccati, per meglio affrontare le sempre cangianti esigenze poste dal progresso sociale ed economico – avevano purtuttavia sempre mantenuto ben saldi quei principi di struttura e di funzionamento che avevano loro assicurato una piena affermazione di fronte agli avversi sistemi statali durante il 2° conflitto mondiale e la lunga "guerra fredda" che ne era seguita»). L'impiego della nozione, nella sua utilità euristica, è qui ripreso da T.E. FROSINI (a cura di), *Diritto pubblico comparato: Le democrazie stabilizzate*, il Mulino, Bologna, 2022.

³⁹Su cui, per un inquadramento, v. ovviamente G.F. FERRARI, *Le libertà: Profili comparatistici*, Giappichelli, Torino, 2011.

⁴⁰Cfr. *infra* cap. I, § 3.4.

È stato autorevolmente sostenuto che «[a]ffrontare una comparazione dei diversi sistemi sanitari è operazione particolarmente complessa, dovendosi prendere in considerazione e incrociare numerose categorie assai ampie»⁴¹. Nelle more della ricerca chi scrive ha potuto toccare con mano la presenza di plurimi fattori di rischio, che nella migliore delle ipotesi adombravano uno sviamento dell'indagine su terreni metodologicamente più ambigui e nella peggiore ne presagivano un definitivo incagliamento. Nella misura in cui il “pericolo” non si è concretizzato, gran parte del merito lo si deve all'accompagnamento scientifico ricevuto. Un sentito ringraziamento va dunque ai Proff. Francesco Clementi, Eduardo Gianfrancesco, Maria Donata Panforti, che hanno seguito e accompagnato l'evoluzione di questa ricerca di diritto pubblico comparato. I limiti di quanto scritto, le infelicità e le inesattezze, rimangono ovviamente nella esclusiva responsabilità di chi scrive.

⁴¹ C. CASONATO, *I sistemi sanitari. Note di comparazione*, in G.G. CARBONI (a cura di), *La salute negli Stati composti: Tutela del diritto e livelli di governo*, Giappichelli, Torino, 2012, 5 (corsivo omissis). Nello stesso senso J. LUTHER, *Appunti per lo studio giuridico dei sistemi sanitari comparati*, in R. BALDUZZI (a cura di), *Sistemi costituzionali, diritto alla salute e organizzazione sanitaria: Spunti e materiali per l'analisi comparata*, il Mulino, Bologna, 2009, 299.