

L'ARTICOLO 32, PRIMO COMMA, DELLA COSTITUZIONE ITALIANA NELL'INTERPRETAZIONE DELLA CORTE COSTITUZIONALE¹

Massimo Siclari

¹Il presente scritto costituisce la sintesi della relazione tenuta dall'autore al Convegno sul tema "Sanità e salute nella giurisprudenza costituzionale" svoltosi ad Alessandria nei giorni 3-4 novembre 2011. I relativi atti sono in corso di pubblicazione.

1. Notazioni preliminari.

L'intento di questo scritto è di riferire sulle interpretazioni rese dalla giurisprudenza della Corte Costituzionale a proposito dell'art. 32, primo comma, della Costituzione ("La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti").

Tuttavia, va detto che non sempre è agevole, soprattutto nella più risalente giurisprudenza della Corte, trovare riferimenti specifici al primo o al secondo comma, e che, piuttosto, spesso l'art. 32 Cost. è stato richiamato genericamente. Ancora, talvolta è difficile sceverare se il giudice a quo (o l'ente ricorrente) o la Corte stessa si riferisca al primo o al secondo comma, e ciò anche perché quanto vi è rispettivamente disciplinato deve considerarsi strettamente collegato. Ad esempio, potrebbero disporsi per legge imposizioni di trattamenti sanitari (ex secondo comma) prive del supporto di un interesse della collettività o non funzionali alla tutela della salute individuale? Com'è noto, una parte autorevole della dottrina risponde di no (ad es. A.M. Sandulli, F. Modugno, L. Carlassare) ed io non penso che ci si possa ragionevolmente discostare da tale interpretazione. Come vedremo nel prosieguo, in buona sostanza questa è anche la posizione assunta dalla Corte costituzionale. Pertanto, per evitare sovrapposizioni con la relazione di Marta Cartabia, dedicata all'esame del secondo comma, ho cercato di ricostruire gli orientamenti della Corte, soffermandomi sulle quattro espressioni chiave contenute nel comma in questione e, cioè: a) il concetto di "Repubblica"; b) la salute come diritto fondamentale dell'individuo; c) la salute come interesse della collettività; d) la gratuità delle cure per gli indigenti.

Un'ultima notazione preliminare: va osservato che sotto il profilo temporale, la giurisprudenza costituzionale ha tardato ad occuparsi funditus dell'art. 32 Cost., dando luogo talvolta a giudizi anche esageratamente critici (ad es. L. Montuschi). Certo, non si può negare che nella prima fase della sua giurisprudenza la Corte sia stata frenata dalla considerazione dell'art. 32 Cost. come norma programmatica – della quale rimane traccia in diverse pronunce (così, ad es., Corte Cost., 21 maggio 1975, n. 112, in tema di rimborso delle spese di ospedalità) – e che solo sulla base della maturazione della coscienza costituzionale dei giudici comuni (a partire dalla pronuncia della Corte di Cassazione a sezioni unite n. 796 del 1973) ha cominciato a risolvere questioni cruciali in ordine al diritto alla salute, anche sottolineandone la sua immediata applicabilità.

2. Il concetto di Repubblica, nell'ambito dell'art. 32 Cost.

Nella disciplina dei diritti costituzionali, spesso la Carta fondamentale imputa la titolarità della relativa tutela alla "Repubblica". Ciò può riscontrarsi, innanzitutto, nelle clausole generali di cui all'art. 2 ed all'art. 3, secondo comma, e anche con riferimento al diritto al lavoro (artt. 4 e 35), al riconoscimento dei diritti della famiglia (artt. 29 e 31), al diritto allo studio (art. 34), alla tutela dei lavoratori minorenni (art. 37, ultimo comma), al diritto dei lavoratori a collaborare alla gestione delle aziende (art. 46). È pressoché concorde l'interpretazione che di siffatta imputazione è stata data in dottrina: in tutti questi casi ad apprestare la relativa tutela non deve essere solo lo Stato, ma anche le autonomie regionali e locali (o, meglio, "la totalità dell'assetto costituzionale", secondo l'insegnamento di C. Mortati). Ciò, d'altro lato, appare confermato anche dalla considerazione del termine Repubblica nel contesto delle disposizioni contenute nel titolo V, nella versione originaria come nella versione risultante dalla riforma del 2001. Mi riferisco, in particolare, sia (al di là delle diverse espressioni usate e dell'aggiunta, nel nuovo testo, delle Città metropolitane) all'art. 114 Cost., sia alla imputazione delle competenze normative alle Regioni di cui all'art. 117 Cost. In tal senso, possono considerarsi più di una pronuncia della Corte, nelle quali una siffatta interpretazione è implicita o data quasi per scontata (così, ad es., Corte Cost., 21 maggio 1975, n. 112; 18 dicembre 1987, n. 559). In questa sede mi limiterò a citare solo due casi, che, per diversi aspetti mi sembrano emblematici.

Mi riferisco, in primo luogo, alla sentenza che ha dichiarato inammissibile il referendum con il quale si intendeva abrogare la disciplina legislativa all'epoca vigente sul Ministero della Sanità (legge 13 marzo 1958, n. 296, d.lgs. 30 giugno 1993, n. 266) e dunque mirante ad estromettere del tutto l'Amministrazione statale dalla materia sanitaria. In tale occasione osservò la Corte che "la materia sanitaria è dominata, dal punto di vista costituzionale, dai principi di cui all'art. 32, primo comma, della Costituzione, secondo cui 'la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti'. Onde le funzioni, anche amministrative in senso stretto – come tali non suscettibili di essere svolte dagli organi di governo senza il supporto di apparati amministrativi veri e propri – attribuite allo Stato in materia sanitaria sono, almeno in parte, sicuramente da considerarsi come costituzionalmente necessarie (si pensi ad esempio alla regolamentazione e al controllo dei farmaci, o agli interventi di prevenzione e di contrasto della diffusione di malattie infettive o diffuse)" (Corte Cost., 10 febbraio 1997, n. 17).

Dunque, pur essendo coinvolti nella tutela della salute gli enti regionali e locali, non è possibile – stante la dizione dell'art. 32, primo comma, Cost. – una distribuzione di funzioni che – pur rafforzando i poteri decentrati – tenda ad escludere del tutto il livello statale. Ciò non impedisce che possa rinunciarsi ad una dimensione ministeriale dedicata esclusivamente a svolgere funzioni in materia – com'è avvenuto sulla base dell'accorpamento disposto dal decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300 (e disatteso nel 2001, in base al decreto legge 12 giugno 2001, n. 217, convertito, con modificazioni, in legge 3 agosto 2001, n. 317, per essere poi ripristinato dalla legge 24 dicembre 2007, n. 247 e, successivamente di nuovo abolito con la legge 13 novembre 2009 n. 172) – purché, in qualche modo, a livello nazionale tali funzioni siano esercitate, pur essendo indubitabile che, data la peculiarità delle funzioni stesse, l'accorpamento risulta assai discutibile.

Appare interessante, poi, l'uso dell'espressione Repubblica di cui all'art. 32, per dimostrare l'impossibilità di differenziazione del trattamento sanzionatorio connesso con il divieto di fumo previsto dalla vigente legislazione. La Corte, invero, osserva che: "con la legge n. 584 del 1975 (e poi con la legge n. 3 del 2003), sono state previste varie fattispecie di illecito amministrativo al fine della tutela della salute, che l'art. 32 della Costituzione assegna alle cure della Repubblica. Tali previsioni [...] devono essere assunte come principi fondamentali, necessariamente uniformi, a norma dell'ultima proposizione del terzo comma dell'art. 117 della Costituzione, stante la loro finalità di protezione di un bene, quale la salute della persona, ugualmente pregiudicato dall'esposizione al fumo passivo su tutto il territorio della Repubblica: bene che per sua natura non si presterebbe a essere protetto diversamente alla stregua di valutazioni differenziate, rimesse alla discrezionalità dei legislatori regionali. La natura di principi fondamentali delle norme in questione si comprende non appena si consideri l'impossibilità di concepire ragioni per le quali, una volta assunta la nocività per la salute dell'esposizione al fumo passivo, la rilevanza come illecito dell'attività del fumatore attivo possa variare da un luogo a un altro del territorio nazionale" (Corte cost., 19 dicembre 2003, n. 361). Si passa, indubbiamente, dal concetto di Repubblica come complesso di soggetti istituzionali che la compongono, a quello territoriale, ove non possono darsi differenze sanzionatorie (amministrative, si badi) in presenza di un bene fondamentale quale la salute della persona: sotto questo profilo può dirsi che la pronuncia rappresenti un punto di emersione di quello che Cesare Pinelli ha definito come il "culto dell'uniformità" nell'approccio alle tematiche regionali, dato che non sarebbe del tutto irragionevole un intervento sanzionatorio differenziato di regione in regione e proporzionato al più o meno alto livello di osservanza del divieto in sede locale.

3. La salute come diritto fondamentale dell'individuo

Si diceva che sulla prima giurisprudenza in tema di diritto alla salute ha pesato molto la sua considerazione come diritto sociale, che ne ha nascosto le implicazioni come libertà negativa immediatamente fruibile, senza ulteriori intermediazioni legislative ed anche grazie alla esistenza delle norme sulla responsabilità civile o delle previsioni repressive di un'ampia gamma di reati (dai reati contro la persona all'esercizio abusivo della professione medica), i quali, al di là della considerazione sistematica nel codice penale, trovano un saldo aggancio nell'esigenza di tutelare la salute imposta dall'art. 32.

D'altro canto, ha tardato ad essere superata anche da parte della dottrina la nota opposizione tra diritti individuali come situazioni giuridiche che per essere realizzate postulano un atteggiamento di astensione da parte dei poteri pubblici e diritti sociali che, per definizione, "costano". Come è stato felicemente sintetizzato da due studiosi statunitensi "tutti i diritti impongono alle finanze pubbliche oneri economicamente quantificabili, sia i diritti sociali sia il diritto di proprietà; la tutela della libertà negoziale comporta costi pubblici non meno della tutela del diritto all'assistenza sanitaria; il diritto alla libera manifestazione del pensiero non meno del diritto ad un'abitazione decente" (S. Holmes e C. Sunstein).

Ma è da osservare che nell'ordinamento costituzionale italiano la nota opposizione cui si è fatto riferimento appare rinnegata, ora, anche da un espresso disposto di diritto positivo qual è l'art. 117, secondo comma, lett. m), Cost., là dove contempla, tra le materie legislative di esclusiva competenza statale, la "determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale", dal quale può desumersi la piena consapevolezza che la garanzia di tutti i diritti dipenda anche dalle prestazioni dei pubblici poteri, e non solo, per i tradizionali diritti di libertà, da un semplice atteggiamento di astensione.

Insomma, il ritardo con cui è stato istituito il Servizio sanitario nazionale è stato equivalente a quello patito dalla piena considerazione del carattere di "autentico diritto soggettivo" del diritto alla salute sotto il profilo dell'integrità psico-fisica.

Ed invero, anche se qualche segnale di cambiamento di mentalità in ordine alla tutelabilità del diritto alla salute a prescindere da innovazioni legislative può dedursi già dalla dichiarazione d'incostituzionalità delle norme repressive della propaganda anticoncezionale (Corte cost., 16 marzo 1971, n. 49) – in precedenza mantenute in vita da una pronuncia interpretativa di rigetto (Corte cost., 19 febbraio 1965, n. 9) – o dalla sentenza che dichiarò la parziale illegittimità costituzionale del reato di procurato aborto di donna consenziente (Corte cost., 18 febbraio 1975, n. 27) – fondata sull'esigenza di tutelare la salute fisica e psichica della donna, ritenuta prevalente sulla tutela, anch'essa radicata in Costituzione, del concepito: un bilanciamento destinato ad influenzare il legislatore nel 1978 – è solo nel 1979 che si trova l'inequivocabile riconoscimento del diritto alla salute "come un diritto primario ed assoluto (...) da ricomprendere tra le posizioni soggettive direttamente tutelate dalla Costituzione" (Corte cost., 26 luglio 1979, n. 88). Un riconoscimento parzialmente contraddetto di lì a poco (Corte cost., 29 dicembre 1981, n. 202), ma destinato ad essere ribadito e precisato, a cominciare dalla storica sentenza del 1986 in tema di danno biologico (Corte cost., 30 giugno 1986, n. 184) – ovvero del danno fisico subito

dalla persona, indipendentemente dai risvolti che la lesione ha avuto sulla sua capacità di produzione di reddito – con la quale si sancì il riconoscimento del diritto alla salute come diritto pienamente operante anche nei rapporti di diritto privato; tale orientamento fu successivamente ribadito con il riconoscimento del cosiddetto “danno esistenziale” (Corte cost., 30 giugno 2003, n. 233, che rigettava una questione di legittimità costituzionale dell’art. 2059 del codice civile, in considerazione dell’interpretazione adeguatrice svolta da un consistente orientamento giurisprudenziale della Corte di cassazione).

Il diritto all’integrità fisica ha trovato terreno per affermarsi anche sotto altri risvolti, innanzi tutto quello dell’equilibrio tra soma e psiche, al quale si richiama espressamente la pronuncia del 1985 (Corte cost., 23 maggio 1985, n. 161) relativa a varie previsioni della legge in materia di rettificazione di sesso (riprendendo, tra l’altro, un ordine di idee tracciato dal Bundesverfassungsgericht nella sentenza 11 aprile 1978 sull’analoga previsione normativa recata dalla disciplina all’epoca vigente nella Repubblica federale di Germania).

Ha trovato, peraltro, significative applicazioni anche il diritto a vivere in un ambiente salubre (Corte cost., 28 maggio 1987, n. 210; 30 dicembre 1987, n. 641; 16 marzo 1990, n. 127; 20 dicembre 1996, n. 399); anche se, comunque, in proposito la Corte è arrivata ad affermare di essere in presenza di un diritto primario assoluto (Corte cost., 30 dicembre 1987, n. 641), si è sottolineato in dottrina come “sembra piuttosto che gli aspetti ‘collettivistici’ del diritto prevalgano su quelli ‘individualistici’, per cui l’esigenza di tutela della salubrità dell’ambiente può riguardarsi come interesse diffuso della collettività” (F. Modugno).

A fianco a tutte queste estrinsecazioni del diritto alla salute si pongono quelle del diritto alle cure, del diritto alla scelta del medico e del luogo di cura e, d’altra parte, al diritto a rifiutare le cure. Sotto il primo aspetto (il diritto di essere curato), va detto, che, già dal 1977, la Corte si espresse nel senso di un’accezione molto ampia di tale profilo da parte della Costituzione: “In attuazione del principio del supremo interesse della collettività alla tutela della salute, consacrata come fondamentale diritto dell’individuo dall’art. 32 della Costituzione (...), l’infermo assurge, nella novella concezione dell’assistenza ospedaliera, alla dignità di legittimo utente di un pubblico servizio, cui ha pieno e incondizionato diritto, e che gli vien reso, in adempimento di un inderogabile dovere di solidarietà umana e sociale, da apparati di personale e di attrezzature a ciò strumentalmente preordinati, e che in ciò trovano la loro stessa ragion d’essere” (Corte cost., 2 giugno 1977, n. 103).

La Corte, peraltro, ha riconosciuto il diritto a ricevere cure gratuite nelle strutture pubbliche ed anche in quelle private convenzionate con diritto a rimborso da parte del Servizio sanitario nazionale (Corte cost., 15 maggio 1987, n. 173) oltre che in quelle private non convenzionate quando siano le sole a disporre della necessaria attrezzatura tecnologica di diagnostica specialistica (Corte cost., 27 dicembre 1988, n. 992).

Per quanto riguarda la titolarità del diritto, non può farsi differenza tra cittadino e straniero, anche lo straniero presente irregolarmente nello Stato “ha diritto di fruire di tutte le prestazioni che risultino indifferibili ed urgenti (...), trattandosi di un diritto fondamentale della persona che deve essere garantito” (Corte cost., 17 luglio 2001, n. 252), in linea col più ge-

nerale indirizzo per cui, lo straniero è “titolare di tutti i diritti fondamentali che la Costituzione riconosce spettanti alla persona” più volte ribadito anche in decisioni più recenti (ad es., Corte cost., 2 dicembre 2005, n. 432).

La Corte ha più volte ribadito, con riguardo a fattispecie differenti, che il principio di libera scelta non è assoluto e va temperato con gli altri interessi costituzionalmente protetti, in considerazione dei limiti oggettivi che lo stesso legislatore ordinario incontra in relazione alle risorse finanziarie disponibili (Corte cost., 17 luglio 1998, n. 267; 2 aprile 2009, n. 94). Ciò, più in generale è espressione della concezione del diritto alla salute come diritto condizionato, enunciato da più risalenti pronunce sulla base del presupposto per il quale “i (...) principi degli artt. 32 e 38 Cost., nella parte in cui hanno contenuto innovativo rispetto alla preesistente disciplina della materia cui si riferiscono, sono – in primo luogo – norme di legislazione, che prefissano alla legge futura l'obiettivo di soddisfare certi bisogni di fatto emergenti nella vita associativa, mediante la prestazione di determinati servizi. Postulano, cioè, per questa loro natura, l'introduzione delle necessarie riforme con la relativa provvista dei mezzi finanziari, senza precisarne le modalità (tranne, forse, che in ordine al carattere pubblicistico degli interventi assistenziali, come può ricavarsi dall'ultimo comma dell'art. 38)” (Corte Cost., 21 maggio 1975, n. 112). Anche se è stato chiarito, in vari interventi del giudice delle leggi, che non si può fare assumere valore preponderante tale da compromettere il nucleo essenziale del diritto alla salute (ad es., Corte cost., 15 luglio 1994, n. 304).

Sul tema del diritto a rifiutare le cure non si è ancora prodotta una significativa giurisprudenza: c'è da osservare che se la questione continuerà ad essere trattata col furore ideologico che contrassegna l'attuale dibattito e senza il necessario bilanciamento dei valori costituzionali coinvolti, un più penetrante intervento della Corte costituzionale sarà inevitabile.

4. La salute come interesse della collettività

La parte del primo comma dell'art. 32, che è stata quella che maggiormente ha trovato applicazione nei primi interventi della Corte Costituzionale in materia, ha riguardato la salute come interesse della collettività.

Così, già nel 1957, la Corte dichiarava non fondata la questione di costituzionalità dell'art. 125 del Testo unico delle leggi sanitarie, contenente l'ipotesi di reato di vendita al pubblico di specialità medicinali e determinati prodotti a prezzo diverso da quello segnato sull'etichetta, osservando che "oggetto della tutela penale è la salute della collettività, che potrebbe essere insidiata, come si è detto, dalla vendita di medicinali a prezzo più basso di quello fissato" e facendo rientrare l'interesse della collettività alla salute fra i casi di utilità sociale richiamati dall'art. 41 della Costituzione a legittimare limitazioni dell'iniziativa economica privata (Corte cost., 26 gennaio 1957, n. 29). Tale ordine di idee è rintracciabile in diverse, successive pronunce in ordine al prezzo dei farmaci (in particolare, v. Corte cost., 24 luglio 1972, n. 144, ma v. anche Id., 27 giugno 1973, n. 102; 10 luglio 1975, n. 201) oltre che in quella riguardante il lavoro notturno dei fornai, vietato anche ai lavoratori autonomi, e non solo ai dipendenti e giustificato dal "supremo interesse che lo Stato ha nei riguardi della tutela della pubblica salute" (Corte cost., 14 marzo 1964, n. 21).

Assai di frequente, il richiamo dell'interesse alla salute collettiva è rinvenibile altresì nella giurisprudenza in tema di vaccinazioni obbligatorie. Qui, tuttavia, è stato opportunamente sottolineato che eventuali danni alla salute individuale debbono trovare risarcimento, in considerazione del principio per cui "non è lecito, ex artt. 2 e 32 della Costituzione, richiedere che il singolo metta a rischio la propria salute per un trattamento nell'interesse della collettività senza che questa sia disposta a condividere il peso delle conseguenze negative che ne possono derivare" (così Corte cost., 26 febbraio 1998, n. 27, ma già Id., 22 giugno 1990, n. 307).

L'interesse della collettività evocato dal primo comma dell'art. 32 non sempre coincide con l'interesse della comunità nazionale, ma può limitarsi alla più ristretta comunità di cui qualcuno trovi a farsi parte e non sempre per la sua tutela è necessario un sacrificio alla libertà individuale.

Ciò trova esplicitazione nella pronuncia con la quale è stata dichiarata l'infondatezza della questione di legittimità cost. della previsione del rinvio obbligatorio dell'esecuzione della pena detentiva nei confronti dei soggetti che, ai sensi dell'art. 286 bis, comma 1, del codice di procedura penale, si trovino in condizioni di incompatibilità con lo stato di detenzione, in quanto affetti da Aids conclamata o da grave deficienza immunitaria. In proposito, ha osservato la Corte che "non è tanto il bene della salute del singolo condannato a venire qui in discorso, ma la salvaguardia della sanità pubblica in sede carceraria, così come, e di riverbero, l'incompatibilità normativa con la condizione di detenuto non si fonda, per quel che si è detto, sulla presunzione ex lege che l'esecuzione della pena realizzi un trattamento contrario al senso di umanità, ma si proietta sul diverso versante della tutela di quanti potrebbero patire pregiudizio ove la pena venisse immediatamente eseguita" (Corte cost., 3 marzo 1994, n. 70).

Successivamente la Corte sarebbe tornata sulla questione, dichiarando l'incostituzionalità dell'art. 146, primo comma, numero 3, del codice penale, aggiunto dall'art. 2 del decreto-legge 14 maggio 1993, n. 139, convertito dalla legge 14 luglio 1993, n. 222, “nella parte in cui prevede che il differimento ha luogo anche quando l'espiazione della pena possa avvenire senza pregiudizio della salute del soggetto e di quella degli altri detenuti” (Corte cost., 18 ottobre 1995, n. 438), così alludendo ad un concreto pericolo dell'interesse alla salute della comunità carceraria, da un lato, ed alla possibilità effettiva della tutela individuale della salute del condannato affetto dalla patologia in questione.

5. La gratuità delle cure agli indigenti

In tema di gratuità di cure agli indigenti, mi limito a ricordare la pronuncia con la quale si è affermata la relatività dell'espressione: “La stessa nozione di indigenza utilizzata nell'articolo 32, e che in una recente sentenza è stata fatta coincidere con quella di insufficienti disponibilità economiche (sentenza n. 185 del 1998), non possiede un significato puntuale e sempre identico a se stesso, sì che possano essere determinati con una sentenza di questa Corte i limiti di reddito o i tetti patrimoniali al di sotto dei quali le condizioni economiche di una persona siano da ritenere insufficienti a fronteggiare le esigenze terapeutiche, anche perché i criteri di cui il legislatore può far uso per determinare il contenuto di tale nozione possono variare a seconda della maggiore o minore onerosità di una cura” (Corte Cost., 16 luglio 1999, n. 309). Ciò appare consono ad un sistema sanitario che assume tra i suoi elementi fondanti l'“universalità” delle prestazioni, ma che, probabilmente, subirà qualche ridimensionamento, quanto alla sua fruizione indiscriminata, in considerazione della diversità di reddito percepito da chi debba essere sottoposto a determinate cure.

REFRIMENTI BIBLIOGRAFICI

Tutte le pronunce della Corte costituzionale possono rinvenirsi al seguente link: <http://www.giurcost.org/decisioni/index.html>.

Nell'articolo sono citate le seguenti opere:

L. Carlassarre, *L'art. 32 della Costituzione e il suo significato*, in *Atti del convegno celebrativo del centenario delle leggi amministrative di unificazione. L'ordinamento sanitario, 1. L'amministrazione sanitaria* a cura di R. Alessi, Venezia, 1967.

M. Cartabia, *L'art.32, secondo comma, della Costituzione italiana*, in *Monitor*, n. 29, 2012 (consultabile on line all'indirizzo: http://www.agenas.it/agenas_pdf/Monitor%2029.pdf).

S. Holmes – C.R. Sunstein, *The Cost of Rights* (1999) (trad. it. *Il costo dei diritti*, Bologna, 2000).

F. Modugno, *Trattamenti sanitari «non obbligatori» e Costituzione*, in *Diritto e società*, 1982.
Id., *I «nuovi diritti» nella giurisprudenza costituzionale*, Torino, 1995.

L. Montuschi, *Art. 32, primo comma*, in *Commentario della Costituzione* a cura di G. Branca. *Rapporti etico-sociali*, Bologna-Roma, 1976.

C. Mortati, *Art. 1*, in *Commentario della Costituzione* a cura di G. Branca. *Principi fondamentali*, Bologna-Roma, 1975.

C. Pinelli, *Del culto per l'uniformità in Italia. Il caso della finanza regionale* (1995), ora in Id., *Mercati, amministrazioni e autonomie territoriali*, Torino, 1999.

A.M. Sandulli, *La sperimentazione clinica sull'uomo*, in *Diritto e società*, 1979