

**REGIONI IN PIANO DI RIENTRO E DIVIETO ASSOLUTO  
DI PRESTAZIONI ECCEDENTI I LEA: *QUO USQUE TANDEM?*  
NOTE CRITICHE A MARGINE DELLA SENT. CORTE COST., N. 161 DEL 2022**

**VALENTINA CIACCIO**  
(Dottoressa di Ricerca in Diritto Pubblico,  
Università degli Studi di Roma “La Sapienza”)

Data di pubblicazione: 16 dicembre 2022

Il presente articolo è stato sottoposto a procedura di doppio referaggio anonimo

VALENTINA CIACCIO\*

**Regioni in Piano di rientro e divieto assoluto  
di prestazioni eccedenti i LEA: *quo usque tandem?*  
Note critiche a margine della sent. Corte cost., n. 161 del 2022**

**Abstract (It.):** *il presente contributo si propone di esaminare in chiave critica, a partire dalla sentenza n. 161 del 2022 della Corte costituzionale, gli orientamenti della giurisprudenza costituzionale in materia di limiti, per le Regioni in Piano di rientro, alla possibilità di introdurre e finanziare prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA fissati nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017. Ci si interroga, in particolare, sulla perdurante adeguatezza dei modelli decisionali che la Corte costituzionale impiega nella materia in esame, individuandone le principali criticità e prospettando le possibili vie per superarle.*

**Abstract (En.):** *starting from the judgment no. 161, 2022 of the Italian Constitutional Court, the present contribution aims to deal with constitutional jurisprudence's positioning regarding limits to the opportunity of introducing and financing additional benefits for Regions under recovery plan, besides the benefits contained in the essential healthcare levels established by d.P.C.M. 12th of January 2017. Specifically, the present contribution examines the long-term adequacy of the Constitutional Court's decisional frameworks on the subject matter and identifies their main challenges as well as ways to overcome them.*

**Parole chiave:** *Corte costituzionale, livelli essenziali di assistenza, piano di rientro dal disavanzo sanitario, Test Prenatale Non Invasivo, legislazione regionale.*

**Key words:** *Constitutional Court, essential healthcare levels, recovery plan from healthcare deficits, Non Invasive Prenatal Test, regional legislation.*

---

\* Dottoressa di Ricerca in Diritto Pubblico, Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

SOMMARIO: 1. Considerazioni introduttive. – 2. Il contenuto della pronuncia. – 3. “Spese non obbligatorie” e spese per prestazioni extra-LEA: un’equazione che non convince (più) del tutto. – 4. La mancata inclusione nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017 da presunzione assoluta a presunzione relativa di “non obbligatorietà” della spesa. – 5. Il sindacato sulla ragionevole determinazione dei LEA come garanzia di tutela del diritto alla salute dei cittadini delle Regioni sottoposte a Piano di rientro.

### 1. *Considerazioni introduttive*

La Corte costituzionale, con orientamento ormai consolidato, riconosce la natura vincolante dei Piani di rientro sanitario sulla legislazione regionale<sup>1</sup> e folgora sistematicamente con la declaratoria d’incostituzionalità tutte le norme regionali che comportino spese in materia sanitaria non previste dal Piano medesimo.

---

<sup>1</sup> Senza pretesa d’esaustività si richiamano le seguenti pronunce della Corte costituzionale: sent. n. 100 del 2010; sent. n. 77 del 2011; sent. n. 32 del 2012; sent. n. 91 del 2012; sent. n. 104 del 2013; sent. n. 142 del 2021.

Sul rapporto tra Piano di rientro e legislazione regionale v. D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro: delegificazione dei principi fondamentali e asimmetria fra Stato e Regioni nel rispetto delle procedure di leale collaborazione*, in *Le Regioni*, 2014, 1-2, 203 ss. Per una compiuta ricostruzione degli sviluppi della giurisprudenza costituzionale in materia di Piani di rientro si rinvia a A. PATANÈ, *I piani di rientro sanitari. Studio sul modello solidale del regionalismo in Italia*, Pisa 2021, 105 ss.

La situazione potrebbe non destare eccessive preoccupazioni<sup>2</sup>, se il Piano di rientro instaurasse un regime eccezionale e transitorio di contenimento della spesa effettivamente limitato nel tempo. In tal caso, infatti, la momentanea compressione della potestà legislativa regionale in materia di tutela della salute potrebbe ritenersi strumento proporzionato rispetto ai fini perseguiti, ossia la riduzione del *deficit* sanitario e, al contempo, la garanzia dei livelli essenziali di assistenza<sup>3</sup>.

È agevole constatare, però, che il percorso di rientro dal disavanzo sanitario si è rivelato, nei fatti, ben più accidentato del previsto e che l'attuazione dei Piani di rientro è vicenda tutt'altro che transeunte nella vita delle Regioni che sottoscrivano gli Accordi. Prova ne è il fatto che le Regioni attualmente sottoposte a Piano di rientro lo sono tutte da oltre un decennio<sup>4</sup>, al punto che s'è affermato – e a buon diritto – che l'organizzazione regionale sia ora

---

<sup>2</sup> A ben vedere il vincolo che il Piano produce sulla legislazione regionale è questione che conserva tuttora, sul piano costituzionale, un certo grado di problematicità, come puntualmente segnala I. CIOLLI, *Poteri sostitutivi statali, piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria. Tra disuguaglianze e tentativi di emarginazione della decisione politica*, in questa *Rivista*, 1/2021, 54.

<sup>3</sup> Come ricordato dalla Corte costituzionale da ultimo nella sent. n. 142 del 2021, infatti, «attraverso i piani di rientro le Regioni e lo Stato raggiungono un accordo per il miglioramento nell'erogazione dei servizi sanitari e per il contenimento della spesa pubblica sanitaria; il piano di rientro deve comprendere, sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA, per renderli conformi alla programmazione nazionale e al vigente decreto del Presidente del Consiglio dei ministri che li fissa, sia le misure finalizzate a garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni contemplati nel piano stesso».

<sup>4</sup> I dati, forniti dal Ministero della Salute e aggiornati al 16 giugno 2022, sono consultabili al seguente *link*: <https://www.salute.gov.it/portale/pianiRientro/dettaglioContenutiPianiRientro.jsp?area=pianiRientro&id=5022&lingua=italiano&menu=vuoto>.

congegnata «à trois vitesses» e che il terzo tipo di “specialità” sia, ormai a regime, quello delle Regioni in *deficit*<sup>5</sup>.

Non è questa la sede per stabilire se ciò costituisca un tratto fisiologico o patologico dell’attuazione dei Piani. Dell’esistenza di tali condizioni ci si limita, qui, a prendere atto, al solo fine di inquadrare il concreto contesto sul quale si innesta la granitica giurisprudenza costituzionale che, da ultimo con la pronuncia in commento, presidia sistematicamente con la declaratoria d’incostituzionalità qualsiasi legge regionale che preveda spese in materia sanitaria non immediatamente riconducibili al Piano di rientro.

La sentenza n. 161 del 2022, nello specifico, è stata resa su una legge della Regione Puglia – anch’essa sottoposta a Piano di rientro da oltre un decennio<sup>6</sup> – che poneva a carico del sistema sanitario regionale una prestazione non ricompresa nei LEA fissati nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017<sup>7</sup>.

Tale pronuncia offre l’occasione di interrogarsi sulla perdurante adeguatezza dei modelli decisionali che la Corte costituzionale impiega nella materia *de qua*. La sentenza in commento, infatti, così come quelle che l’hanno

---

<sup>5</sup> I. CIOLLI, *La salute come diritto in movimento. Eguaglianza, universalismo ed equità nel sistema sanitario nazionale, oggi*, in *BioLaw Journal*, 2/2019, 19.

<sup>6</sup> La Regione Puglia ha sottoscritto il 29 novembre 2010 l’Accordo con il Ministero della Salute e con il Ministero dell’Economia, ai sensi dell’art. 1, co. 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311. L’Accordo è stato recepito con Deliberazione della Giunta Regionale - DGR 2624/10 del 30 novembre 2010. Informazioni sull’evoluzione del percorso di risanamento sono reperibili in apposita area del sito ufficiale del Ministero della Salute al seguente *link*: <https://www.salute.gov.it/portale/pianiRientro/dettaglioContenutiPianiRientro.jsp?lingua=italiano&id=5055&area=pianiRientro&menu=puglia>.

<sup>7</sup> Sul d.P.C.M. 12 gennaio 2017 v., tra gli altri, M. ATRIPALDI, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *Federalismi.it*, [www.federalismi.it](http://www.federalismi.it), 15 novembre 2017; M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. al crocevia fra la tutela della salute e l’equilibrio di bilancio*, in *Riv. AIC*, [www.rivistaiac.it](http://www.rivistaiac.it), 2017, 2.

preceduta e (già) seguita<sup>8</sup>, esibisce una struttura argomentativa assai snella, ove la declaratoria d'incostituzionalità è presentata come conseguenza necessitata, in termini di vero e proprio automatismo, della compresenza di due elementi: *i*) l'assoggettamento della Regione al Piano di rientro; *ii*) la mancata inclusione della prestazione oggetto della legge regionale nei LEA individuati nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017.

Dal primo elemento il Giudice delle leggi desume il divieto, per la Regione, di sostenere «*spese non obbligatorie*»<sup>9</sup> – divieto che assurge a

---

<sup>8</sup> Si veda, più di recente, la sent. n. 190 del 2022.

<sup>9</sup> Tale locuzione, come si vedrà più avanti, figura all'art. 1, co. 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, a tenor del quale «Al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, la regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari. Qualora dai dati del monitoraggio del quarto trimestre si evidenzi un disavanzo di gestione a fronte del quale non sono stati adottati i predetti provvedimenti, ovvero essi non siano sufficienti, con la procedura di cui all'articolo 8, comma 1, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il Presidente del Consiglio dei ministri diffida la regione a provvedervi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento. Qualora la regione non adempia, entro i successivi trenta giorni il presidente della regione, in qualità di commissario *ad acta*, approva il bilancio di esercizio consolidato del Servizio sanitario regionale al fine di determinare il disavanzo di gestione e adotta i necessari provvedimenti per il suo ripianamento, ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive entro le misure stabilite dalla normativa vigente. I predetti incrementi possono essere adottati anche in funzione della copertura dei disavanzi di gestione accertati o stimati nel settore sanitario relativi all'esercizio 2004 e seguenti. Qualora i provvedimenti necessari per il ripianamento del disavanzo di gestione non vengano adottati dal commissario *ad acta* entro il 31 maggio, nella regione interessata, con riferimento agli anni di imposta 2006 e successivi, si applicano comunque il divieto di effettuare spese non obbligatorie fino al 31

principio di coordinamento della finanza pubblica – e dal secondo fa discendere automaticamente la non obbligatorietà della spesa connessa alla prestazione *extra-LEA*, con conseguente violazione dell'art. 117, co. 3, Cost.

Non manca, anche qui, il tratto caratteristico dell'estrema concisione del ragionamento, che sembra tradire il convincimento che sarebbe ormai superfluo per il Giudice delle leggi sviluppare i singoli passaggi logico-argomentativi che conducono alla declaratoria di fondatezza della specifica questione di legittimità costituzionale che gli viene sottoposta.

Benché si tratti di modello decisorio consolidato – al punto da conferire alle pronunce in materia un carattere di vera e propria serialità –, su di esso si avvanzeranno qui due riserve.

La prima concerne l'assenza, nella pronuncia in commento, di qualsiasi considerazione sul contenuto della norma che si assume a principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica e dalla cui violazione dovrebbe discendere la dichiarata incostituzionalità per contrasto con l'art. 117, co. 3, Cost.<sup>10</sup>.

---

dicembre dell'anno successivo a quello di verifica, e nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive; scaduto il termine del 31 maggio), la regione non può assumere provvedimenti che abbiano ad oggetto l'addizionale e le maggiorazioni d'aliquota delle predette imposte ed i contribuenti liquidano e versano gli acconti d'imposta dovuti nel medesimo anno sulla base della misura massima dell'addizionale e delle maggiorazioni d'aliquota di tali imposte. Gli atti emanati e i contratti stipulati in violazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie sono nulli. In sede di verifica annuale degli adempimenti la regione interessata è tenuta ad inviare una certificazione, sottoscritta dal rappresentante legale dell'ente e dal responsabile del servizio finanziario, attestante il rispetto del predetto vincolo».

<sup>10</sup> Il riferimento è all'art.1, co. 174, della legge n. 311/2004.

La seconda riserva attiene invece alla qualificazione della mancata inclusione di una certa prestazione nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017 in termini di presunzione assoluta (e quindi non superabile neppure in sede di giudizio di costituzionalità) di “non obbligatorietà” della relativa spesa.

L’una e l’altra circostanza – come appresso si dirà – suscitano una serie di interrogativi di indubbia rilevanza costituzionale che non trovano, però, alcun profilo d’emersione nella sentenza in commento e più in generale nella giurisprudenza costituzionale nella materia *de qua*, estremamente assertive sia nel metodo che nelle conclusioni.

Ciò non toglie, però, che tali interrogativi permangano e si agitino sotto l’apparente linearità delle pronunce della Corte. Sarebbe dunque auspicabile che il Giudice delle leggi li affrontasse, sganciandosi dai descritti automatismi e svolgendo, giacché ne ha i poteri e gli strumenti, un sindacato di costituzionalità approfondito e compiutamente argomentato sulle leggi regionali che di volta in volta sono sottoposte al suo vaglio.

## *2. Il contenuto della pronuncia*

Con la sentenza n. 161 del 2022, la Corte costituzionale, a seguito di ricorso *ex art.* 127 Cost., ha dichiarato l’illegittimità costituzionale dell’art. 3 della legge della Regione Puglia 6 agosto 2021, n. 31<sup>11</sup>, per contrasto con l’art. 117, co. 3, Cost.

---

<sup>11</sup> Pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia n. 102 del 6 agosto 2021, consultabile al seguente *link*: [https://burp.regione.puglia.it/documents/20135/1546495/LR\\_31\\_2021.pdf/68c87b93-07b9-8077-0220-230a9258b213?version=1.0&t=1631883122057](https://burp.regione.puglia.it/documents/20135/1546495/LR_31_2021.pdf/68c87b93-07b9-8077-0220-230a9258b213?version=1.0&t=1631883122057).

Con la norma impugnata<sup>12</sup> la Regione Puglia aveva previsto, in via sperimentale per la durata di due anni dall'entrata in vigore della medesima legge, l'erogazione del NIPT test (Test Prenatale Non Invasivo), quale *screening* prenatale per la diagnosi delle trisomie 13, 18 e 21, in regime di Servizio sanitario regionale, senza oneri economici a carico di determinate categorie di donne in gravidanza a più alto rischio e comunque fino alla concorrenza dello stanziamento di bilancio assegnato.

---

La Corte costituzionale ha peraltro osservato che il menzionato art. 3 «reca l'“oggetto” della legge regionale, mentre le altre disposizioni hanno mero carattere strumentale: l'art. 1 definisce le finalità dell'intervento normativo, l'art. 2 contempla le definizioni “ai sensi e per gli effetti della legge stessa”, e l'art.4 reca la norma finanziaria. Ne consegue che la riscontrata illegittimità costituzionale dell'art. 3 fa venir meno la stessa ragion d'essere dell'intera legge reg. Puglia n. 31 del 2021[...]».

<sup>12</sup> L'art. 3 prevede, al comma 1, che «La Regione Puglia, in via sperimentale, al fine di migliorare la qualità della gravidanza delle partorienti, in particolare di quelle con condizioni di rischio di salute per il nascituro, in termini sanitari e psicologici, per la durata di due anni a decorrere dalla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni, dispone l'erogazione del NIPT test, quale *screening* prenatale per la diagnosi delle trisomie 13, 18 e 21, in regime di Servizio sanitario regionale senza oneri economici a carico delle seguenti categorie, e comunque fino alla concorrenza dello stanziamento di bilancio assegnato:

- a) donne gravide di età inferiore ai quaranta anni al concepimento e con il risultato del test combinato che prevede un rischio compreso tra 1/301 e 1/1000;
- b) donne gravide di età maggiore o uguale a quaranta anni al concepimento».

Il comma 2 stabilisce che «La Giunta regionale, per l'attuazione di quanto previsto dal comma 1, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore delle presenti norme adotta i necessari atti finalizzati alla introduzione ed erogazione del NIPT test senza oneri economici per le categorie suddette».

Nel ricorso<sup>13</sup> la difesa erariale lamenta la «violazione del principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria, quale principio fondamentale della materia concorrente del coordinamento della finanza pubblica di cui all'art. 117, comma 3 Cost., in relazione all'art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004 n. 311».

La censura è succintamente motivata dal ricorrente che, muovendo dal presupposto che il NIPT test non rientra nei LEA fissati nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017, si limita ad affermare che «atteso che la Regione Puglia è tuttora impegnata nel Piano di rientro dal disavanzo sanitario, comportante il divieto di effettuare spese non obbligatorie ai sensi del comma 184 [*recte* 174] della legge 30 dicembre 2004 n. 3011 [*recte* 311], [...] essa non può individuare né garantire livelli ulteriori di assistenza, ponendo i relativi oneri in capo al Servizio sanitario regionale».

In seconda battuta, il ricorrente reputa violata la competenza esclusiva statale in materia di determinazione dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 117, co. 2, lett. *m*), Cost.<sup>14</sup>

Dalla ricostruzione svolta nella narrativa della pronuncia in commento, emerge che la Regione ha contestato la fondatezza delle censure articolate dalla difesa erariale facendo leva, anzitutto, sul carattere sperimentale della prestazione, limitata al biennio successivo all'entrata in vigore della legge e per ciò solo non qualificabile come ulteriore livello di assistenza in senso proprio<sup>15</sup>.

---

<sup>13</sup> Pubblicato in *Gazzetta Ufficiale*, 1<sup>a</sup> Serie Speciale, Corte costituzionale, n. 43 del 27 ottobre 2021.

<sup>14</sup> Tale censura sarà dichiarata assorbita dalla Corte costituzionale.

<sup>15</sup> Ciò sarebbe confermato, secondo la Regione, dall'appostazione in bilancio della dotazione finanziaria degli oneri derivanti dall'intervento alla Missione 13, Programma 7 ("Ulteriori spese in materia sanitaria") anziché al Programma 2 ("Servizio sanitario regionale-finanziamento aggiuntivo corrente per livelli di assistenza superiori ai LEA").

In aggiunta, la Regione ha osservato che: i) l'inclusione nei LEA del NIPT test sarebbe imminente, considerata la raccomandazione in tal senso del Consiglio superiore di sanità nel documento pubblicato il 9 marzo 2021, recante «*Screening del DNA fetale non invasivo (NIPT) in sanità pubblica*»<sup>16</sup>; ii) il NIPT test sarebbe già in uso nella pratica medica negli USA, nei Paesi del Nord Europa e in diverse Regioni italiane.

Da ultimo, la Regione Puglia segnala che l'accesso gratuito al NIPT test consentirebbe di limitare i rischi afferenti all'utilizzo di sistemi di diagnosi più invasivi e, in virtù della sua accuratezza, di indirizzare alla diagnosi invasiva solo le pazienti con alto rischio. Tanto, con conseguente riduzione del ricorso a pratiche di *screening* invasive e quindi, da un lato, con significativo risparmio della spesa sanitaria e, dall'altro, con notevole riduzione del rischio di perdita fetale<sup>17</sup>.

Neppure l'oggettiva peculiarità della vicenda – avente a oggetto una prestazione che persino il Consiglio superiore di sanità aveva raccomandato di inserire nei LEA – ha convinto la Corte a discostarsi dal consolidato modello decisionale cui s'è fatto cenno *supra*.

Il Giudice delle leggi ha infatti ricordato, richiamando la sua precedente giurisprudenza, che l'assoggettamento ai vincoli dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario «impedisce la possibilità di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali e per spese, dunque, non obbligatorie» e che «i predetti vincoli in materia di

---

<sup>16</sup> Consultabile al seguente *link*: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3097\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3097_allegato.pdf).

<sup>17</sup> Sul profilo del potenziale risparmio di spesa sanitaria focalizza specificamente l'attenzione A. PATANÈ, *Test prenatale non invasivo (NIPT) e Piano di rientro in materia sanitaria. Nota alla sentenza della Corte costituzionale n. 161 del 2022*, in *Osservatorio AIC*, [www.osservatorioaic.it](http://www.osservatorioaic.it), 2022. L'Autore osserva che sul punto «sarebbe forse stato utile considerare l'ipotesi di un'ordinanza istruttoria» (9).

contenimento della spesa pubblica sanitaria costituiscono espressione di un principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica»<sup>18</sup>.

Muovendo dall'assunto che alla Regione in Piano di rientro sia vietato introdurre prestazioni comunque afferenti al settore sanitario ulteriori e ampliative rispetto a quelle previste dallo Stato in sede di determinazione dei LEA, la Consulta è quindi giunta alla declaratoria d'incostituzionalità della legge regionale scrutinata per violazione dell'art. 117, co. 3, Cost. dopo aver constatato che «il NIPT test previsto dall'intervento regionale in esame costituisce una prestazione non contemplata dall'art. 59 (Assistenza specialistica ambulatoriale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità) del d.P.C.m. 12 gennaio 2017».

La conclusione della fondatezza è l'approdo di un ragionamento che potremmo definire sillogistico del Giudice delle leggi, che si snoda in pochissime battute.

V'è, infatti, una premessa maggiore: l'assoggettamento ai vincoli dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario, espressione di un principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica, impedisce alla Regione Puglia di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali.

V'è, poi, una premessa minore, per cui la l. n. 31/2021 della Regione Puglia ha introdotto una prestazione non contemplata nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017. Da qui la conclusione – necessitata – che la legge in parola viola l'art. 117, co. 3, Cost.

Estremamente concise e assertive sono, poi, le affermazioni della Corte sulle deduzioni della difesa regionale, tutte reputate irrilevanti a fronte della «oggettiva e sostanziale natura di prestazione extra LEA che riveste il NIPT

---

<sup>18</sup> Par. 4 del *Considerato in diritto*.

test, i cui oneri costituiscono in ogni caso ulteriori spese in materia sanitaria»<sup>19</sup>.

L'apparente limpidezza e linearità del ragionamento non impedisce di ravvisarne i punti deboli, sui quali in questa sede interessa focalizzare l'attenzione.

3. *“Spese non obbligatorie” e spese per prestazioni extra-LEA: un'equazione che non convince (più) del tutto.*

Il divieto, per le Regioni in Piano di rientro, di fornire prestazioni eccedenti i LEA è stato ripetutamente affermato dalla Corte costituzionale. Assai di rado, però, il Giudice delle leggi ha dipanato compiutamente l'itinerario logico-argomentativo percorso per addivenire ad affermare, peraltro in termini di assolutezza, tale divieto, il cui fondamento giuridico è – a ben vedere – meno saldo di quanto appaia.

Di certo non lo ha fatto nella sentenza in commento, ove ha ritenuto violato l'art. 117, co. 3, Cost. in riferimento all'art. 1, co. 174, della l. n. 311/2004 – evocato dal ricorrente quale principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica –, senza sviluppare alcuna considerazione sulla menzionata norma legislativa statale dalla quale il divieto di introdurre prestazioni *extra* LEA dovrebbe discendere.

La sentenza n. 161 del 2022 si limita infatti a stabilire – in termini quasi tautologici – che «l'assoggettamento ai vincoli dei piani di rientro dal disavanzo sanitario impedisce la possibilità di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali e per spese, dunque, non obbligatorie».

---

<sup>19</sup> *Ibidem.*

Ad avviso di chi scrive, tuttavia, la circostanza che la legislazione regionale sia vincolata al rispetto del Piano di rientro<sup>20</sup> non potrebbe tradursi *automaticamente* – e senza necessità di un ulteriore e autonomo passaggio logico-giuridico – in un divieto *assoluto* di prevedere, fintanto che il Piano perdura, prestazioni diverse da quelle fissate nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017.

È stato puntualmente osservato, infatti, che già il vincolo di soggezione della legge regionale al Piano di rientro passa attraverso un meccanismo di “interposizione doppia”, nel senso che «fra la legge regionale e la Costituzione si inseriscono non uno, ma due livelli normativi: violando il piano di rientro la legge regionale è incostituzionale perché la Costituzione le impone di rispettare i principi fondamentali stabiliti con legge dello Stato, la quale a sua volta le impone di rispettare il piano di rientro sottoscritto»<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Il vincolo della legislazione regionale al Piano di Rientro è, nella giurisprudenza costituzionale, pacifico. Come rileva D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro*, cit., 208, l’affermazione di tale natura vincolante è passata, nella giurisprudenza costituzionale, dall’attribuzione della qualifica di principio fondamentale del “coordinamento della finanza pubblica” dapprima all’art. 1, co. 796, lett. b), l. n. 269 del 2006 (sent. Corte cost., n. 100 del 2010) e poi ad altre previsioni come l’art. 2, commi 80 e 95, della l. n. 191 /2009 e all’art. 2, co. 88, l. n. 191/2009.

Nella pronuncia in commento, come si dirà, tale qualifica è attribuita all’art. 1, co. 174, della legge n. 311/2004.

<sup>21</sup> D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro*, cit., 208. L’Autore ricorda, a tal proposito, che «in precedenza, di “parametro doppiamente interposto” si è parlato in dottrina con riferimento ai casi [...] in cui la legge comunitaria delega il Governo ad adottare con decreto legislativo le norme occorrenti per dare attuazione a una direttiva, rinviando, per la determinazione dei principi e criteri direttivi *ex art. 76 Cost.*, a quelli contenuti nella direttiva stessa da attuare. [...] Il parametro della questione di costituzionalità è quindi costituito dalla “sequenza: art. 76 Cost. – legge di delega – norme comunitarie” (cfr. M.

Quando, però, si discorre di divieto di erogare prestazioni eccedenti i LEA l'interposizione diviene, addirittura, tripla, giacché tra legge regionale e Costituzione si interpone anche un'altra fonte, per giunta di rango sublegislativo, il d.P.C.M. 12 gennaio 2017. È onere del Giudice delle leggi, dunque, esplicitare il fondamento del vincolo che permette al citato d.P.C.M. di paralizzare la competenza legislativa della Regione.

Sul piano sostanziale – non lo si nega – lo scopo di una regola di tal sorta sarebbe agevole da intuire, atteso che il divieto di erogare prestazioni non ricomprese nei LEA risponde all'esigenza di evitare l'aumento della spesa sanitaria in quelle Regioni che sono sottoposte a un Piano finalizzato, da un lato, proprio alla garanzia dei LEA sul territorio regionale e, dall'altro, al contenimento della spesa pubblica sanitaria. Per l'effetto, la scelta del legislatore regionale di prevedere esborsi in ambito sanitario che esulino dalle spese connesse ai LEA potrebbe configurare una censurabile deviazione dal Piano medesimo.

Una cosa, però, è avvertire le ragioni sostanziali alla base del divieto e altra cosa è verificare se tali ragioni abbiano un esplicito fondamento giuridico nella disciplina positiva evocata dal ricorrente quale principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica e, poi, se ciò sia conforme, e fino a che punto, a tutti i principi costituzionali che vengano all'attenzione.

Nella pronuncia in commento il divieto dovrebbe discendere dall'art.1, co. 174, della l. n. 311/2004, la sola norma che la difesa erariale evoca nel ricorso per contestare la violazione dell'art. 117, co. 3, Cost. Nel silenzio della sentenza in esame sul punto, è utile segnalare che il tema è lambito dal Giudice delle leggi nella sent. n. 190 del 2022<sup>22</sup>, ove si afferma che il fondamento

---

Cartabia, *Principi della delega determinati con rinvio alle norme comunitarie e parametro doppiamente interposto*, in *Giur. cost.*, 1993, 2054)».

<sup>22</sup> Nella sent. n. 190 del 2022, la Corte costituzionale ha dichiarato l'illegittimità costituzionale di alcune disposizioni della legge della Regione Siciliana 15 aprile 2021, n. 9.

giuridico del divieto, per le Regioni in Piano di rientro, di erogare prestazioni non ricomprese nei LEA discenderebbe dal combinato disposto proprio dell'art. 1, co. 174, della legge n. 311/2004 – che, stando alla menzionata sent. n. 190 del 2022, vieterebbe a tali Regioni di «erogare prestazioni “non obbligatorie”»<sup>23</sup> – e dell'art. 2, co. 80, della l. n. 191/2009, che stabilirebbe, sempre ad avviso della Consulta, «che gli interventi individuati dal piano di rientro sono assolutamente obbligatori»<sup>24</sup>.

Già la ricostruzione del contenuto delle norme citate richiede alcune precisazioni di natura prettamente lessicale.

Il menzionato art. 1, co. 174, della legge n. 311/2004 – che qui precipuamente rileva, giacché è evocato dal ricorrente – discorre di «divieto di effettuare spese non obbligatorie» e non già di divieto di erogare prestazioni non obbligatorie, come invece si legge nella sent. n. 190 del 2022. Dato, questo, non trascurabile, se si considera che le nozioni di “spesa” e di “prestazione” non sono sovrapponibili e che solo un divieto normativamente imposto di erogare prestazioni non obbligatorie avrebbe potuto evocare alla mente il limite dei LEA.

Inoltre, l'art. 2, co. 80, della l. n. 191/2009 stabilisce semplicemente che «gli interventi individuati dal piano sono vincolanti per la regione», e non «assolutamente obbligatori», come afferma la sentenza della Corte costituzionale n. 190 del 2022, suggerendo un'assonanza tra le due norme che, in realtà, non sussiste.

Tanto precisato, l'attenzione va allora focalizzata sulla locuzione “spese non obbligatorie” contenuta al citato art. 1, co. 174, della legge n. 311/2004. È questa, dunque, che va riempita di contenuto onde stabilire, anzitutto, la misura della compressione della potestà legislativa regionale in materia di

---

<sup>23</sup> Sent. n. 190 del 2022, par. 7.1. del *Considerato in diritto*.

<sup>24</sup> *Ibidem*.

tutela della salute e verificare, poi, la compatibilità a Costituzione di tale compressione.

Proprio tale indispensabile snodo logico-argomentativo manca nella pronuncia in commento, ove si assume che le spese non obbligatorie e quindi vietate alla Regione Puglia sono *sic et simpliciter* tutte quelle che servono a finanziare prestazioni diverse da quelle essenziali<sup>25</sup>. Secondo la Corte, in estrema sintesi, la legge di una Regione in Piano di rientro in materia sanitaria viola l'art. 117, co. 3, Cost. se introduce una prestazione non ricompresa nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017.

I salti logici che la Corte qui compie, dunque, sono due. A monte, omette di effettuare una puntuale e coerente argomentazione giuridica a sostegno dell'equazione tra spese non obbligatorie – per ciò solo vietate – e spese per prestazioni non ricomprese nei LEA. Equazione che appare pertanto, nella pronuncia in commento e a fronte di un ricorso introduttivo parecchio laconico, più un dogma che un principio giuridico<sup>26</sup>. A valle, utilizza il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 a tutti gli effetti quale norma interposta nello scrutinio di legittimità costituzionale della legge regionale. Circostanza, questa, che non è meno censurabile per il sol fatto di essere ormai entrata nella prassi decisoria della Corte costituzionale.

In tal senso, è sufficiente osservare che pure la difesa erariale, nel ricorso introduttivo, lamenta sì la «violazione del principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria, quale principio fondamentale della materia

---

<sup>25</sup> Come già segnalato, la sentenza in commento si limita infatti ad affermare che «l'assoggettamento ai vincoli dei piani di rientro dal disavanzo sanitario impedisce la possibilità di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali e per spese, dunque, non obbligatorie».

<sup>26</sup> La sentenza in commento, a sostegno delle affermazioni riportate alla nota precedente, si limita a menzionare altri precedenti in materia (sentt. n. 142 del 2021, n. 36 del 2021 e n. 166 del 2020).

concorrente del coordinamento della finanza pubblica di cui all'art. 117, comma 3 Cost., in relazione all'art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004 n. 311», ma a sostegno di tale motivo di ricorso si limita a osservare che il NIPT test non è incluso «all'attualità nei livelli essenziali di assistenza, di cui all'allegato 10C del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017».

Norma interposta, quindi, sia per il ricorrente che per la Corte non è soltanto l'art. 1, co. 174, della l. n. 311/2004, ma altresì il d.P.C.M. e anzi è da quest'ultimo, e non già dalla legge, che finisce per dipendere la concreta estensione della potestà legislativa della Regione Puglia in materia sanitaria. Una fonte secondaria, dunque, determina (benché indirettamente) il perimetro di una competenza legislativa costituzionalmente garantita.

Sul punto, sarebbe stato auspicabile un maggiore sforzo, al contempo argomentativo e di sistematizzazione, da parte della Corte, teso a ricostruire i rapporti tra tutte le fonti che si frappongono tra legge regionale e Costituzione ogniquale volta la prima introduca una prestazione *extra*-LEA. Nella sentenza in esame, invece, non figura neppure il richiamo all'art. 1, co. 7, del d.lgs. n. 502/1992, che costituisce la base giuridica del d.P.C.M. 12 gennaio 2017, il che rende ancor più oscura la concatenazione tra fonti che sarebbe alla base dell'impiego del meccanismo dell'interposizione.

Nella sent. n. 72 del 2020 – resa sempre in un giudizio in via principale introdotto dallo Stato contro la Regione Puglia – la Corte costituzionale ha sfiorato la questione del peculiare rango che il d.P.C.M. del 12 gennaio 2017 assume nel giudizio di legittimità costituzionale di leggi regionali. Epperò, nella citata pronuncia lo ha fatto nella prospettiva del rapporto con la competenza statale esclusiva in materia di “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni” (art. 117, co. 2, lett. *m*), Cost.) e non anche con la competenza concorrente in materia di “coordinamento della finanza pubblica” (art. 117, co. 3, Cost.), che in questa sede interessa.

A ogni buon conto, nella sent. n. 72 del 2020 il Giudice delle leggi ha ritenuto ammissibili le censure formulate dal ricorrente avverso la legge regionale in relazione al d.P.C.M. del 12 gennaio 2017 sulla base dell'«intrinseco collegamento del decreto con la competenza statale esclusiva in materia di “livelli essenziali delle prestazioni” (art. 117, secondo comma, lettera m, Cost.)», che lì lo Stato assumeva violato<sup>27</sup>.

A tal proposito il Giudice delle leggi ha osservato che «pur dovendosi riconoscere che il d.P.C.m. non costituisce norma interposta nella accezione formale desumibile dalla giurisprudenza di questa Corte, esso è comunque indispensabile per conformare la disciplina «sostanziale» dei procedimenti legislativi di attuazione dell'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost. in tema di programmazione, finanziamento ed erogazione dei servizi in ambito regionale e di quelli riguardanti i conseguenti procedimenti amministrativi».

Tali statuizioni non sembrano, però, attagliarsi al caso in esame.

Appare in tal senso dirimente osservare, infatti, che nella sentenza n. 161 del 2022 il d.P.C.M. è utilizzato quale norma (di fatto) interposta rispetto alla competenza – concorrente – in materia di coordinamento della finanza pubblica (art. 117, co. 3, Cost.), mentre nella sent. n. 72 del 2020 funge da parametro interposto in riferimento alla competenza statale esclusiva di cui all'art. 117, co. 2, lett. m), Cost.

E mentre il rapporto tra d.P.C.M. 12 gennaio 2017 e competenza in materia di “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni” (art. 117, co. 2, lett. m), Cost.) è giuridicamente immediato, quello tra il medesimo d.P.C.M. e la materia del coordinamento della finanza pubblica è tutto da dimostrare e tale dimostrazione passa necessariamente per la cruna della

---

<sup>27</sup> In tema di art. 117, co. 2, lett. m), Cost. v., tra gli altri, M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione*, Torino 2011, 9 ss.

nozione di “spese non obbligatorie” di cui al più volte citato art. 1, co. 174, della legge n. 311/2004.

Il *punctum crucis*, quindi, rimane immutato.

*4. La mancata inclusione nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017 da presunzione assoluta a presunzione relativa di “non obbligatorietà” della spesa*

La sentenza in commento non convince appieno neppure nella parte in cui configura, di fatto, la mancata inclusione di una certa prestazione nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017 in termini di presunzione assoluta (e quindi non superabile neppure in sede di giudizio di costituzionalità) di “non obbligatorietà” della conseguente spesa.

A sommo avviso di chi scrive, tuttavia, risalendo la catena normativa a partire dal d.P.C.M. 12 gennaio 2017 si giunge all’opposta conclusione per cui le spese per prestazioni non inserite nel medesimo d.P.C.M. si presumono “spese non obbligatorie” per la Regione in Piano di rientro, ma tale presunzione deve ritenersi superabile, come di seguito si vedrà, proprio (e solo) da parte della Corte costituzionale.

Procedendo con ordine, s’è detto che il Giudice delle leggi utilizza come norma (di fatto) interposta il d.P.C.M. 12 gennaio 2017. Com’è ovvio, però, quest’ultimo trova la sua “base giuridica” in norme di rango primario che qui conviene prendere in esame.

In primo luogo, il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 è adottato ai sensi dell’art. 1, co. 7, del d.lgs. n. 502/1992, che prevede che siano posti a carico del Servizio sanitario, e quindi inseriti nei LEA, «le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate». La medesima previsione stabilisce che sono invece esclusi dai livelli di assistenza

erogati a carico del Servizio sanitario nazionale le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che: «a) non rispondono a necessità assistenziali tutelate in base ai principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale di cui al comma 2; b) non soddisfano il principio dell'efficacia e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate; c) in presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze, non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione ed erogazione dell'assistenza».

È poi l'art. 1, co. 554, della l. n. 208/2015 a stabilire che la definizione e l'aggiornamento dei LEA di cui al menzionato art. 1, co. 7, del d.lgs. n. 502/1992, «sono effettuati con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari nonché con la procedura di cui al comma 559»<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> Il menzionato art. 1, co. 559, della l. n. 208/2015, stabilisce che «Se la proposta attiene esclusivamente alla modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal Servizio sanitario nazionale ovvero alla individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione e la sua approvazione non comporta ulteriori oneri a carico della finanza pubblica, l'aggiornamento dei LEA è effettuato con decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, da pubblicare nella Gazzetta Ufficiale previa registrazione della Corte dei conti».

Il successivo comma 558 dell'art. 1 della l. n. 208/2015, dispone infine che la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza del Servizio sanitario nazionale<sup>29</sup> «formula annualmente una proposta di aggiornamento dei LEA».

Di fatto, però, l'aggiornamento non avviene con cadenza annuale, tant'è che i LEA che la Corte costituzionale ha utilizzato nella sentenza in commento per definire il perimetro della potestà legislativa della Regione Puglia risalgono al 2017<sup>30</sup>.

Senza qui poter indugiare sulle generali criticità connesse al rischio di cristallizzazione dei LEA, quel che interessa osservare è che tale cristallizzazione diventa assai problematica se dai LEA si fa dipendere anche la misura della potestà legislativa delle Regioni in Piano di rientro in materia di tutela della salute. Tale potestà, pertanto, non solo è delimitata da una fonte di rango

---

<sup>29</sup> Tale Commissione è prevista dall'art. 1, co. 556, della l. n. 208/2015, che così dispone: «Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale nell'ambito dei LEA, anche in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica, è istituita, presso il Ministero della salute, la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, nominata e presieduta dal Ministro della salute e composta dal direttore della Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e da quindici esperti qualificati e da altrettanti supplenti, di cui quattro designati dal Ministro della salute, uno dall'Istituto superiore di sanità (ISS), uno dall'AGENAS, uno dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), uno dal Ministero dell'economia e delle finanze e sette dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome. La Commissione dura in carica tre anni. Su richiesta del presidente, alle riunioni della Commissione possono partecipare, per fornire il proprio contributo tecnico-scientifico, rappresentanti del Consiglio superiore di sanità, delle società scientifiche, delle Federazioni dei medici ed esperti esterni competenti nelle specifiche materie trattate».

<sup>30</sup> La Commissione è stata istituita con D.M. 5 maggio 2020.

sublegislativo, ma – per di più –, da una fonte che dovrebbe essere aggiornata annualmente e che invece ben potrebbe rimanere per decenni uguale a sé stessa. Con buona pace dei progressi tecnico-scientifici, che continuerebbero a correre senza poter avere alcun impatto sui LEA e, quindi, sulle prestazioni garantite ai cittadini delle Regioni in Piano di rientro.

In questo quadro e a fronte di tale rischio, pare senza dubbio più appropriato – oltre che più prudente – configurare la mancata inclusione nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017 come presunzione non già assoluta, ma relativa, di “non obbligatorietà” della spesa. Presunzione superabile, in presenza di determinate condizioni, dalla medesima Corte costituzionale, che è dotata dei poteri e degli strumenti per procedervi.

Per comprendere quanto si va dicendo, occorre osservare che non tutte le prestazioni *extra*-LEA introdotte da previsioni regionali sono tra loro identiche quanto al possesso dei requisiti fissati dal citato art. 1, co. 7, del d.lgs. n. 502/1992, che prevede che siano posti a carico del Servizio sanitario solo quelle prestazioni sanitarie «che presentano, per specifiche condizioni cliniche o di rischio, evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, a fronte delle risorse impiegate».

In presenza di una legge regionale che introduce una prestazione che appaia, sulla base delle evidenze scientifiche a corredo delle difese regionali o acquisite d’ufficio dalla Corte, dotata di tali requisiti, non sembra potersi negare al Giudice delle leggi la possibilità di sollevare innanzi a se stesso questione di legittimità costituzionale dell’art. 1, co. 7, del d.lgs. n. 502/1992, ove interpretato nel senso di escludere dalle prestazioni a carico del Servizio sanitario quella oggetto della specifica disciplina regionale scrutinata.

Attraverso l’autorimessione, infatti, il Giudice delle leggi può valutare, ove sorgano dubbi sul punto, se una tale interpretazione – e quindi il fatto che una certa prestazione sia esclusa dai LEA – sia irragionevole e in contrasto con l’art. 32 Cost. oppure no.

Del resto, già nella sent. n. 169 del 2017, la Corte costituzionale, pur riconoscendo la discrezionalità politica del legislatore nella determinazione dei LEA, ha affermato che essa dev'essere esercitata “secondo canoni di ragionevolezza”.

Non sarebbe di certo la prima volta, peraltro, che il fattore scientifico è utilizzato nell'itinerario logico-argomentativo della Corte costituzionale come parametro di ragionevolezza<sup>31</sup>. In aggiunta, rispetto al passato la Corte potrebbe ora utilizzare, nello svolgere tale sindacato, il prezioso strumento previsto dall'art. 17 delle Norme Integrative. Tale norma, come è noto, consente al Giudice delle leggi, ogniqualvolta «ritenga necessario acquisire informazioni attinenti a specifiche discipline», di disporre con ordinanza «che siano ascoltati esperti di chiara fama in apposita adunanza in camera di consiglio alla quale possono assistere le parti costituite».

Pare a chi scrive che nel caso oggetto della sentenza in commento l'itinerario testé prospettato avrebbe consentito l'emersione di elementi senz'altro utili ai fini della decisione.

Giova ricordare, infatti, che il NIPT test – che la legge regionale impugnata aveva introdotto – è una prestazione che persino il Consiglio superiore di sanità<sup>32</sup> aveva raccomandato di inserire nei LEA «in considerazione non solo della sua appropriatezza e sicurezza, ma anche dell'incisivo e positivo impatto economico sulla spesa sanitaria».

Il Consiglio Superiore di sanità, peraltro, nel medesimo documento aveva registrato la disomogeneità, nell'ambito delle varie Regioni, «tra le donne che

---

<sup>31</sup> Sul punto v., tra gli altri, S. PENASA, *Nuove dimensioni della ragionevolezza? La ragionevolezza scientifica come parametro della discrezionalità legislativa in ambito medico-scientifico. Spunti dalla sentenza n. 162 del 2014 della Corte costituzionale*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it), 16 giugno 2014.

<sup>32</sup> Nel già citato documento pubblicato il 9 marzo 2021, recante “*Screening del DNA fetale non invasivo (NIPT) in sanità pubblica*”.

in gravidanza possono accedere a questi percorsi e quelle che possono accedere solo privatamente, con la conseguenza che non sempre vengono seguite le regole della buona pratica clinica»<sup>33</sup>. Rilevi, questi, che lasciano intravedere anche il profilo delle diseguaglianze – territoriali ed economico-sociali – che il divieto assoluto di erogare prestazioni *extra* LEA per le Regioni in Piano di rientro finisce talora per consolidare, anziché rimuovere.

A ogni buon conto, l'autorevole fonte dalla quale le richiamate osservazioni promanano avrebbe imposto un più approfondito accertamento a opera del Giudice delle leggi, teso a verificare se l'art. 1, co. 7, del d.lgs. n. 502/1992, ove interpretato nel senso di escludere dalle prestazioni a carico del Servizio sanitario il NIPT test, potesse porsi in contrasto con gli artt. 3 e 32 Cost.

Non è dato prevedere, ovviamente, se un tale accertamento avrebbe condotto la Corte costituzionale a conclusioni diverse dalla declaratoria d'incostituzionalità della l. reg. Puglia n. 31/2021. Quel che è certo, però, è che il percorso per giungervi sarebbe stato più articolato e la struttura della decisione senz'altro più solida.

##### *5. Il sindacato sulla ragionevole determinazione dei LEA come garanzia di tutela del diritto alla salute dei cittadini delle Regioni sottoposte a Piano di rientro*

Chi scrive non ignora che la tesi della verifica da parte della Corte costituzionale, in sede di autorimessione, della ragionevolezza dell'esclusione di una determinata prestazione dai LEA, presti il fianco a plurime e prevedibili critiche.

In primo luogo, quella dei “costi” di una decisione che affermi l'irragionevolezza dell'esclusione di una certa prestazione dai LEA. In aggiunta, il

---

<sup>33</sup> *Ivi*, 3.

rischio d'impingere nella discrezionalità del legislatore nell'allocazione delle risorse (limitate) a disposizione.

Tali rilievi, per quanto meritevoli di considerazione, non inducono a mutare l'avviso espresso poco sopra.

Quanto all'argomento dei costi, è la stessa Corte costituzionale ad aver in più occasioni ricordato, proprio in tema di diritto alla salute, che «è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione»<sup>34</sup>. In ogni caso, l'auspicato sindacato sopra descritto ben può culminare anche solo in un monito al legislatore ad aggiornare sollecitamente i LEA con l'inclusione di una certa prestazione, se del caso fissando un termine per l'adempimento<sup>35</sup>.

Quanto alla discrezionalità del legislatore, poi, si è già segnalato che la Corte ha esplicitamente chiarito – ove mai vi fossero dubbi sul punto – che la discrezionalità del legislatore nella determinazione dei LEA deve essere esercitata secondo canoni di ragionevolezza. E non si vede chi altro potrebbe verificare il rispetto di tali canoni, se non appunto la Corte medesima, se del caso con l'ausilio di esperti o esercitando i poteri istruttori di cui è titolare.

È solo procedendo in questa direzione, peraltro, che la Corte può considerare come parametro del suo scrutinio anche l'art. 32 Cost., vero convitato di pietra in tutte le pronunce rese su norme di Regioni in *deficit* che introducono prestazioni *extra-LEA*.

È agevole constatare, infatti, che disposizioni come quella scrutinata nella sentenza in esame giungono puntualmente alla Corte pel tramite di ricorsi in via principale. In questi casi, pertanto, la Corte è investita della verifica di compatibilità solo con riferimento ai parametri competenziali evocati dallo Stato.

---

<sup>34</sup> Corte cost., sent. n. 275 del 2016. Ma, nello stesso senso, v. anche Corte cost., sentt. n. 169 del 2017 e n. 62 del 2020.

<sup>35</sup> Un modello analogo è già stato sperimentato, ad esempio, con l'ord. n. 207 del 2018.

Se in tale già angusto perimetro al Giudice delle leggi fosse consentito solo procedere per postulati e automatismi, rimanendogli preclusa qualsiasi verifica sulla ragionevolezza nell'individuazione dei LEA, il rischio è la creazione di una vera e propria “zona franca” dal controllo di costituzionalità proprio in un ambito nevralgico per la tutela del diritto fondamentale alla salute<sup>36</sup>.

Al Giudice delle leggi sarebbe infatti sistematicamente inibita la verifica di legittimità costituzionale, in riferimento all'art. 32 Cost., dell'esclusione di una certa prestazione dai LEA. E se le Regioni non soggette a Piano di rientro potrebbero, nell'esercizio della loro potestà legislativa, introdurre tale prestazione fra quelle a carico del servizio sanitario regionale, così neutralizzando il rischio di violazione del diritto alla salute dei loro cittadini, ciò sarebbe precluso alle Regioni in Piano di rientro.

Per quest'ultime, infatti, il divieto assoluto di fornire prestazioni eccedenti i LEA condurrebbe – come di fatto conduce – alla declaratoria d'incostituzionalità di qualsiasi previsione orientata in tal senso. Con buona pace del diritto alla salute dei cittadini che quelle Regioni abitano.

---

<sup>36</sup> Sulla nozione di “zona franca” v., tra gli altri, A. PIZZORUSSO, “Zone d'ombra” e “zone franche” della giustizia costituzionale italiana, in A. D'ATENA (a cura di), *Studi in onore di Pierfrancesco Grossi*, Milano 2012, 1021 ss.