

Sentenza: n. 169 del 21 marzo 2017 (deposito del 12 luglio 2017)

Materia: sanità pubblica, razionalizzazione delle spese del sistema sanitario nazionale

Parametri invocati: articoli 3, 5, 117, terzo e quarto comma, 118 e 119 della Costituzione e principio di leale collaborazione, dalla Regione Veneto;
articoli 3, 32, 77, 97, 117, secondo e terzo comma, 118 e 119 della Costituzione e principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost dalla Regione Liguria

Giudizio: legittimità costituzionale in via principale

Ricorrenti: Regione Veneto e Regione Liguria

Oggetto: Artt. 9 bis; 9 ter, c. 1, lett. a) e b), 2, 3, 4, 5, 8 e 9; 9 quater, c. 1, 2, 4, 5, 6 e 7; e 9 septies, c. 1 e 2, del decreto-legge 19/06/2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 06/08/2015, n. 125.

Esito: - inammissibilità delle questioni di legittimità costituzionale degli artt. 9-bis; 9-ter, commi 1, lettere a) e b), 2, 3, 4, 5, 8 e 9; 9-quater, commi 1, 2, 4, 5, 6 e 7; 9-septies, commi 1 e 2, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 (Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali), convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, per violazione degli articoli 5, 117, quarto comma, 118 e 119 della Costituzione;

- inammissibilità delle questioni di legittimità costituzionale dell'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015 in riferimento agli articoli 118 e 119 della Costituzione;
- non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015 in riferimento all'articolo 77 della Costituzione;
- non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 9-bis del d.l. n. 78 del 2015 in riferimento al principio di leale collaborazione di cui all'articolo 120 della Costituzione;
- non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 9-ter, commi 1, lettere a) e b), 2, 3, 4, 5, 8 e 9 del d.l. n. 78 del 2015, in riferimento agli articoli 3, 32, 97, 117, secondo e terzo comma, nonché al principio di leale collaborazione di cui all'articolo 120 della Costituzione;
- non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 9-quater, commi 1, 2, 4, 5 e 6, del d.l. n. 78 del 2015, in riferimento agli articoli 3, 32, 97, 117, secondo e terzo comma, della Costituzione, nonché al principio di leale collaborazione di cui all'articolo 120 della Costituzione.;
- non fondate, nei sensi di cui in motivazione, le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, in riferimento agli articoli 3, 32, 97, 117, secondo e terzo comma, e 119, nonché al principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 della Costituzione.

Estensore nota: Carla Paradiso

Sintesi:

La Regione Veneto ha impugnato, tra gli altri, l'art. 9-bis; l'art. 9-ter, commi 1, 2, 3, 4, 5, 8 e 9; l'art. 9-quater, commi 1, 2, 4, 5, 6 e 7; l'art. 9-septies, commi 1 e 2, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 (Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali), convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, per violazione degli articoli 3, 5, 32, 117, terzo e quarto comma, 118, 119 della Costituzione, nonché del principio di leale collaborazione di cui all'articolo 120 della Costituzione.

La Regione Veneto ha prospettato, in primo luogo, la violazione degli artt. 3, 5 e 32 Cost., specificando che gli articoli 9-bis, 9-ter, 9-quater e 9-septies, del d.l. n. 78 del 2015, introdurrebbero una serie di tagli lineari alla spesa sanitaria, senza alcuna considerazione né dei costi e dei fabbisogni standard, previsti all'articolo 8 della legge n. 42 del 2009 e agli articoli da 25 a 32 del d.lgs. n. 68 del 2011, né dei livelli di spesa delle Regioni virtuose e non terrebbero conto della forte disomogeneità del sistema della sanità regionale italiana, provocando, in tal modo, lo smantellamento del welfare sanitario. Inoltre, sempre secondo la ricorrente, le disposizioni impugnate manterrebbero a carico delle Regioni l'obbligo di garantire i LEA (Livelli essenziali di assistenza) con un finanziamento notevolmente e permanentemente ridotto.

La Regione rileva, poi, che: a) le norme in tema di rinegoziazione dei contratti sarebbero irragionevoli in quanto interesserebbero in modo indistinto contratti molto differenziati sui territori regionali; b) la logica del taglio lineare sulla spesa colliderebbe anche con l'art. 32 Cost., mettendo a rischio la garanzia e la qualità dei servizi sanitari di competenza della Regione; c) il contenuto delle norme, ascrivibile alla materia coordinamento della finanza pubblica, integrerebbe una disciplina di dettaglio incompatibile con la potestà legislativa concorrente intestata alla Regione; d) infine, la rigidità e la sproporzione dei tagli alla spesa colliderebbero anche con il principio di buon andamento di cui all'art. 97 Cost., il quale impone un adeguato rapporto tra mezzi e finalità perseguite, incompatibile con una logica di riduzioni indefettibili.

La Regione Liguria ha impugnato l'art 9-septies, commi 1 e 2, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 (Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali), come convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, in riferimento agli artt. 3, 32, 77, 97, 117, secondo e terzo comma, 118, 119 e 120 della Costituzione, nonché al principio di leale collaborazione.

Essa ritiene che: a) le norme impugnate sarebbero eterogenee rispetto al contenuto originario del d.l. n. 78 del 2015 ed il taglio alla spesa sanitaria sarebbe inserito in un maxi-emendamento introdotto dalla legge di conversione, violando in tal modo l'art. 77 Cost.; b) il taglio colpirebbe il finanziamento dei LEA, pregiudicando la garanzia dei LEP (Livelli essenziali delle prestazioni), di cui all'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost.; c) la disciplina dell'art. 9-septies del d.l. n. 78 del 2015 sarebbe in contrasto con l'art. 3 Cost., in considerazione del fatto che la riduzione delle risorse si estenderebbe anche alle annualità successive al 2016, per le quali il livello del finanziamento del servizio sanitario non sarebbe ancora stato fissato; d) l'art. 9-septies contrasterebbe anche con il principio di buon andamento, in quanto inciderebbe sugli impegni di spesa già assunti dalla Regione Liguria, costringendo l'ente territoriale ad introdurre correttivi per riallineare la programmazione della spesa sanitaria alla riduzione introdotta dalla norma impugnata, per di più con effetto retroattivo e arrecando, conseguentemente, grave pregiudizio alle competenze legislative e amministrative della Regione; e) l'autonomia legislativa, amministrativa e finanziaria regionale in materia di tutela della salute sarebbe pregiudicata dalla mancata sperimentazione della fase attuativa dei nuovi meccanismi di risparmio.

In primo luogo la Corte dichiara inammissibili le questioni di legittimità costituzionale relative agli artt. 9-bis; 9-ter, commi 1, lettere a) e b), 2, 3, 4, 5, 8 e 9; 9-quater, commi 1, 2, 4, 5, 6 e 7; 9-septies, commi 1 e 2, promosse dalla Regione Veneto in riferimento agli artt. 5, 117, quarto comma, 118 e 119 Cost., in quanto esse non sviluppano alcuna autonoma argomentazione a sostegno dell'evocazione di tali parametri, limitandosi a richiamarli e svolgendo in proposito riferimenti assolutamente generici (sentenza n. 141 del 2016).

Sono ugualmente inammissibili, secondo la Corte, le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, promosse dalla Regione Liguria in riferimento agli artt. 118 e 119 Cost. e in relazione all'art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014 in quanto la violazione non è motivata.

Ritenendo ammisibili le altre questioni sollevate, la Corte esamina preliminarmente la questione dell'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015 proposta dalla Regione Liguria in riferimento all'art. 77, secondo comma, Cost. Tale questione presenta infatti pregiudizialità logico-giuridica, giacché investe il corretto esercizio della funzione normativa primaria. Quindi, la sua eventuale fondatezza annullerebbe il contenuto precettivo delle norme impugnate, determinando l'assorbimento delle questioni sollevate in riferimento ad altri parametri costituzionali (sentenze n. 154 del 2015, n. 220 del 2013, n. 162 e n. 80 del 2012, n. 93 del 2011 e n. 293 del 2010).

La Corte dichiara la *questione non fondata*, richiamando precedenti enunciazioni in cui ha già affermato che la violazione dell'art. 77, secondo comma, Cost. si ravvisa «*in caso di evidente o manifesta mancanza di ogni nesso di interrelazione tra le disposizioni incorporate nella legge di conversione e quelle dell'originario decreto-legge (sentenze n. 32 del 2014 e n. 22 del 2012). Pertanto, la violazione dell'art. 77, secondo comma, Cost. per difetto di omogeneità si manifesta solo quando le disposizioni aggiunte siano totalmente “estranee” o addirittura “intruse”, cioè tali da interrompere, in parte qua, ogni correlazione tra il decreto-legge e la legge di conversione*» (sentenza n. 251 del 2014; sentenza n. 145 del 2015). Nel caso in esame non sussiste l'ipotesi di disomogeneità evocata, vista la comune “natura finanziaria” delle disposizioni contenute nell'originario decreto-legge e nella legge di conversione.

Le questioni di legittimità costituzionale degli artt. 9-bis e 9-ter, commi 1, lettere a) e b), 2, 3, 4, 5, 8 e 9, del d.l. n. 78 del 2015, promosse dalla Regione Veneto in riferimento agli artt. 3, 32, 97, 117, secondo e terzo comma, Cost., nonché al principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost., *non sono fondate*.

La Corte non condivide i profili di censura dedotti dalla Regione Veneto, la quale lamenta: a) la violazione dell'art. 3 Cost. sotto il profilo della ragionevolezza, poiché le disposizioni impugnate con consentirebbero soluzioni alternative ove la rinegoziazione con i fornitori non fosse esperibile; b) l'irragionevolezza dei meccanismi di rinegoziazione, i quali sarebbero privi di riferimenti parametrici necessari per assicurare congruità e corrispettività ai nuovi contratti da proporre agli appaltatori; c) il contrasto di dette disposizioni con l'art. 117, terzo comma, Cost., giacché, pur essendo ascrivibili al coordinamento della finanza pubblica, presenterebbero natura di norme di dettaglio; d) il contrasto con l'art. 3 Cost., anche sotto il profilo della proporzionalità, per il carattere di “taglio lineare” che disciplinerebbe in modo indifferenziato realtà contrattuali molto diversificate; e) l'assenza di un'effettiva intesa tra Regione e Stato in ossequio al principio di leale collaborazione.

La combinazione delle norme impugnate che la ricorrente ritiene un irragionevole percorso di rinegoziazione obbligato è ritenuto dalla Corte né rigido, né tassativo. Il quadro normativo di cui si contesta la conformità a Costituzione affida al committente pubblico diverse alternative: la riduzione dei prezzi unitari o dei volumi d'acquisto originariamente previsti dal contratto, il recesso, la conferma (realizzando su altri tipi di spese il risparmio complessivamente programmato dalla manovra finanziaria), l'adesione transitoria a più vantaggiose ipotesi contrattuali stipulate da altri committenti, nelle more della procedura concorsuale eventualmente indetta. Chiaramente tali opzioni devono essere valutate non in modo arbitrario ma secondo i principi di buon andamento ed economicità, attraverso adeguata istruttoria svolta in contraddittorio con l'affidatario del contratto, la cui volontà rimane determinante per l'esito definitivo della procedura di rinegoziazione. Sottolinea la Corte «*La formulazione delle norme in esame finisce quindi per bilanciare, secondo modalità non implausibili, l'autonomia contrattuale della parte pubblica e della parte privata, l'esigenza di continuità dei servizi sanitari e la salvaguardia degli interessi finanziari del coordinamento della finanza pubblica sottesi alla manovra di riduzione della spesa. Sotto questo profilo, la disciplina impugnata supera il vaglio di costituzionalità poiché disegna un meccanismo idoneo a garantire che le posizioni contrattuali inizialmente concordate tra le parti non siano automaticamente modificate o comunque stravolte dalla sopravvenienza normativa, ma siano circoscritte nel perimetro della normale alea assunta ex contractu, nell'ambito della quale deve essere ricompreso, trattandosi di contratti di durata, anche l'intervento del legislatore*».

Le disposizioni vanno quindi interpretate nel senso del conferimento di una facoltà al committente, la quale non comporta che le quantità ed i prezzi unitari degli acquisti dei beni e dei servizi futuri risultino necessariamente ridotti in modo automatico e lineare. La riduzione della spesa va inquadrata in un piano globale di risparmio che obbliga l'ente pubblico ad istruire e motivare la scelta più conveniente tra le diverse opzioni consentite dal legislatore. La facoltatività della rinegoziazione comporta la non fondatezza della censura di irragionevolezza dei meccanismi attuativi, i quali – secondo le ricorrenti – sarebbero privi di riferimenti parametrici per assicurare congruità e corrispettività ai successivi contratti da proporre agli appaltatori.

Anche in relazione alle censure relative all'art. 9-ter e alla lamentata violazione dell'art. 3 Cost. sotto il profilo della proporzionalità, la Corte ritiene le censure *non fondate* poiché le alternative consentite dalla disposizione impugnata permettono di escludere la rigidità e la sproporzione delle misure introdotte dal legislatore. Anzi sono proprio l'equilibrio e la proporzionalità i criteri direttivi delle scelte cui è chiamato dalla norma il committente pubblico della sanità.

Ugualmente *infondata* è la questione sollevata per violazione dell'art. 117 in quanto le ricorrenti ritengono la norma impugnata disciplina di dettaglio e per questo incompatibile con la potestà legislativa attribuita allo Stato dal citato art. 117, terzo comma, Cost.. Secondo la Corte, infatti, la disposizione in esame, correttamente interpretata, pone un obiettivo di carattere macroeconomico alla spesa regionale temporalmente limitato, lasciando sufficienti alternative alla Regione per realizzarlo.

Infine, per quel che concerne nello specifico l'art. 9-bis del d.l. n. 78 del 2015 e la pretesa violazione del principio di leale collaborazione che deriverebbe dall'assenza di un'effettiva intesa, è infondato l'assunto della Regione Veneto, secondo cui il "taglio" al Servizio sanitario nazionale per il 2015 sarebbe stato imposto alle Regioni, altrimenti esposte al rischio di subirlo secondo le determinazioni unilaterali dello Stato, come previsto dall'art. 46, comma 6, del d.l. n. 66 del 2014 così come modificato dall'art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014. La Corte ricorda che *«ha già respinto le impugnative regionali rivolte contro il predetto art. 46, comma 6, del d.l. n. 66 del 2014, come modificato, ed il relativo meccanismo (sentenza n. 65 del 2016), esse non possono più venire in considerazione come eventualità idonee a determinare una lesione dei parametri evocati dalla ricorrente, con la conseguenza che l'intesa non può ritenersi frutto di illegittima costrizione.»*

Le questioni di legittimità costituzionale relativa all'art. 9-quater, commi 1, 2, 4, 5 e 6, del d.l. n. 78 del 2015, promosse dalla Regione Veneto in riferimento agli artt. 3, 32, 97, 117, secondo e terzo comma, Cost., nonché al principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost., *non sono fondate* nei sensi e nei limiti di seguito precisati dalla Corte.

L'articolo 9-quater stabilisce: a) che il Ministro della salute con proprio decreto, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, individui le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale; b) che le prestazioni erogate al di fuori delle condizioni di erogabilità previste dal decreto ministeriale sono a totale carico dell'assistito; c) che gli enti preposti del Servizio sanitario nazionale curano l'informazione e l'aggiornamento dei medici prescrittori ed effettuano i controlli necessari ad assicurare che la prescrizione delle prestazioni sia conforme alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale; d) che nel caso di un comportamento prescrittivo non conforme alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale, l'ente richiede al medico prescrittore le ragioni della mancata osservanza delle predette condizioni ed indicazioni; e) che nel caso di mancata risposta o di giustificazioni insufficienti, l'ente adotta i provvedimenti di competenza, nei confronti del medico prescrittore, dipendente dal o convenzionato con il Servizio sanitario nazionale; f) ed infine, che la mancata adozione da parte dell'ente del Servizio sanitario nazionale dei provvedimenti di competenza nei confronti del medico prescrittore comporta la responsabilità del direttore generale.

La ricorrente, secondo la Corte, interpreta le disposizioni impugnate come il conferimento al decreto ministeriale di un potere impositivo nei confronti dei medici finalizzato all'adozione di modelli di cura standardizzati, i quali sarebbero lesivi dell'esercizio della professione medica e riverbererebbero tale effetto sulla cura dei pazienti e sull'autonomia regionale.

La Corte precisa al contrario che le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva, e la previsione che le prestazioni al di fuori delle condizioni di erogabilità siano messe in carico all'assistito, non vietano certamente al medico le prescrizioni ritenute necessarie nel caso concreto e non pregiudicano quindi la sua prerogativa di operare secondo "scienza e coscienza". Dette disposizioni rispondono invece ad una finalità di razionalizzazione del SSN, indirizzando il governo della spesa sanitaria e farmaceutica in un contesto di compatibilità economico-finanziaria.

Quanto alle altre disposizioni impugnate, relative all'informazione, al controllo, alle sanzioni e alle responsabilità connesse all'erogazione delle prestazioni, ad esse va attribuito un diverso significato.

Come già altre volte affermato dalla Corte, la previsione legislativa non può precludere al medico la possibilità di valutare, sulla base delle più aggiornate e accreditate conoscenze tecnico-scientifiche, il singolo caso sottoposto alle sue cure, individuando di volta in volta la terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente (tra le altre, sentenza n. 151 del 2009). Alla luce di tale indefettibile principio, l'"appropriatezza prescrittiva" prevista dall'art. 9-quater ed i parametri contenuti nel decreto ministeriale devono essere dunque intesi come un invito al medico prescrittore di rendere trasparente, ragionevole ed informata la consentita facoltà di discostarsi dalle indicazioni del decreto ministeriale. In tale accezione

devono essere intese anche le disposizioni in tema di controlli di conformità alle indicazioni del decreto ministeriale: esse non possono assolutamente conculcare il libero esercizio della professione medica, ma costituiscono un semplice invito a motivare scostamenti rilevanti dai protocolli.

Infatti, è costante orientamento della Corte che *«scelte legislative dirette a limitare o vietare il ricorso a determinate terapie – la cui adozione ricade in linea di principio nell’ambito dell’autonomia e della responsabilità dei medici, tenuti ad operare col consenso informato del paziente e basandosi sullo stato delle conoscenze tecnico-scientifiche a disposizione – non sono ammissibili ove nascano da pure valutazioni di discrezionalità politica, e non prevedano “l’elaborazione di indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi – di norma nazionali o sovranazionali – a ciò deputati”, né costituiscano “il risultato di una siffatta verifica”. Si può ora aggiungere che stabilire il confine fra terapie ammesse e terapie non ammesse, sulla base delle acquisizioni scientifiche e sperimentali, è determinazione che investe direttamente e necessariamente i principi fondamentali della materia, collocandosi “all’incrocio fra due diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curato efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell’arte medica; e quello ad essere rispettato come persona, e in particolare nella propria integrità fisica e psichica” (sentenza n. 282 del 2002)» (sentenza n. 338 del 2003).*

Alla luce di quanto precede, deve dunque essere esclusa qualsiasi lesione dell’autonomia regionale in relazione all’organizzazione del servizio sanitario ed al suo buon andamento, poiché le norme impugnate, nella predetta accezione, attengono proprio alla cura del buon andamento della sanità complessivamente inteso. In coerenza con la accezione descritta delle norme, costituzionalmente orientata, va interpretata la formulazione dei commi 5 e 6 dell’art. 9-quater. Perciò la richiesta di chiarimenti al medico prescrittore e l’eventuale riduzione del trattamento economico accessorio deve essere intesa come rigorosamente riferita, non a mere elaborazioni statistiche sull’andamento generale delle prescrizioni, ma a fattispecie di grave scostamento dalle evidenze scientifiche in materia. Si tratta, secondo la Corte, di una norma applicativa del principio di vigilanza sull’operato del personale sanitario che, più che innovativa, è sostanzialmente specificativa delle modalità di contrasto nei confronti di alcune prassi gravemente patologiche. Naturale conseguenza di quanto disposto nelle disposizioni precedenti, è la responsabilità del direttore generale per omessa vigilanza ai sensi dell’art. 9-quater, comma 6. Dunque l’intero contesto normativo dell’art. 9-quater impugnato dalla Regione Veneto trova nell’esposta interpretazione sistematica la ragione della propria conformità ai parametri costituzionali evocati.

L’ultima censura riguarda l’art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015 in riferimento agli artt. 3, 32, 97, 117, secondo e terzo comma, Cost., nonché al principio di leale collaborazione di cui all’art. 120 Cost. ed all’art. 5, lettera g), della legge cost. n. 1 del 2012, in relazione all’art. 11 della legge n. 243 del 2012. Le censure delle Regioni Liguria e Veneto sono rivolte avverso la pretesa *definitività* del “taglio lineare” delle risorse.

La Corte ritiene tali censure *non fondate*. In particolare, la Corte non condivide l’affermazione secondo cui l’assenza di un termine alla vigenza delle misure di contenimento rende le disposizioni impugnate contrarie al principio di autonomia regionale, in quanto indefinitamente protratte nel tempo.

Le ricorrenti deducono tale carattere dalla mancanza di una esplicita previsione di un termine finale, ma – come sostenuto dalla difesa erariale – la manovra di riduzione e razionalizzazione della spesa sanitaria si è svolta su un arco temporale triennale.

È altresì *infondata* la questione di legittimità costituzionale dell’art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, promossa dalla Regione Liguria in relazione al preteso effetto *«sugli impegni di spesa già assunti»* dalla medesima. Le disposizioni strumentali alla riduzione di cui all’art. 9-septies non comportano alcuna lesione degli impegni già assunti poiché, ritiene la Corte, consentono una pluralità di soluzioni per l’amministrazione interessata alla loro attuazione.

Peraltro, fa notare la Corte, il taglio complessivo delle risorse destinate alle Regioni – di cui, come detto, quello della sanità costituisce una parte – era già disposto dall’art. 46, comma 6, del d.l. n. 66 del 2014, così come modificato dall’art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014, entrato in vigore all’inizio dell’esercizio 2015, il quale stabiliva che le Regioni a statuto ordinario avrebbero dovuto comunque contribuire al risanamento della finanza pubblica.

L'ultima censura rivolta da entrambe le Regioni all'art. 9-septies, commi 1 e 2, in riferimento agli artt. 32 e 117, secondo comma, lettera m), Cost., è relativa alla pretesa compressione dei LEA quali prestazioni sanitarie indefettibili, ed è, anch'essa, ritenuta dalla Corte non fondata.

In primo luogo, le ricorrenti non presentano elementi probatori in grado di confermare quanto sollevato e, dice la Corte, «*la prova della lesione delle prerogative regionali, dipendente dalla riduzione di risorse destinate ai livelli essenziali delle prestazioni, non può consistere in un'apodittica doglianza, ma deve essere sorretta da elementi obiettivi che, nel caso di specie – per quanto si dirà in prosieguo – non sono stati dedotti in misura idonea (sulla prova della violazione delle attribuzioni regionali, ex multis, sentenze n. 205, n. 151, n. 127 e n. 65 del 2016, n. 89 del 2015, n. 26 del 2014).*»

Premette la Corte, che i livelli essenziali di assistenza (LEA), in quanto appartenenti alla più ampia categoria dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), devono essere determinati dal legislatore statale e garantiti su tutto il territorio nazionale ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost.

Dalle disposizioni presenti nella legge 42 del 2009, legge di delega al Governo in materia di federalismo fiscale, si evince tra l'altro, che: a) le spese per i LEA devono essere quantificate attraverso l'"associazione" tra i costi standard e gli stessi livelli stabiliti dal legislatore statale in modo da determinare, su scala nazionale e regionale, i fabbisogni standard costituzionalmente vincolati ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost.; b) tali fabbisogni devono essere individuati dallo Stato attraverso la "piena collaborazione" con gli enti territoriali; c) l'erogazione delle prestazioni deve essere caratterizzata da efficienza ed appropriatezza su tutto il territorio nazionale.

Sulla puntuale attuazione del regime dei costi e dei fabbisogni standard sanitari che avrebbe dovuto assicurare la precisa delimitazione finanziaria dei LEA rispetto alle altre spese sanitarie, si è verificata (dopo l'entrata in vigore del d.lgs. n. 68 del 2011) una lunga fase di transizione, ancora oggi in atto, attraverso l'applicazione di criteri convenzionali di riparto. Ciò in attesa di acquisire dati analitici idonei a determinare costi e fabbisogni in modo conforme al richiamato art. 8, comma 1, della legge n. 42 del 2009. In definitiva, esiste una reale situazione di difficoltà che non consente tuttora l'integrale applicazione degli strumenti di finanziamento delle funzioni regionali previste dall'art. 119 Cost.. A tale situazione è collegata l'assenza, nella disposizione in esame, di una previsione circa la doverosa separazione del fabbisogno LEA dagli oneri degli altri servizi sanitari.

La persistenza di tale situazione può causare la violazione degli artt. 32 e 117, secondo comma, lettera m), Cost., nei casi in cui eventuali disposizioni di legge trasferiscano "a cascata", attraverso i diversi livelli di governo territoriale, gli effetti delle riduzioni finanziarie sulle prestazioni sanitarie costituzionalmente necessarie (in tal senso sentenza n. 275 del 2016).

Nel caso in esame, tuttavia, le ricorrenti non hanno dedotto elementi in grado di provare l'effettiva lesione dei suddetti precetti costituzionali.

Nella sentenza, la Corte però non si limita a dichiarare la non fondatezza della questione sollevata, ma in ragione dell'importanza della tutela sanitaria rispetto agli interessi sottesi ai conflitti Stato-Regioni in tema di competenza legislativa, sviluppa ulteriori riflessioni sulla mancata attuazione della normativa legata ai LEA: «*se, al fine di assicurare la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), alla cui categoria, come detto, appartengono i LEA, "spetta al legislatore predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di esso, affinché la sua affermazione non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale [di talché] è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione" (sentenza n. 275 del 2016), non vi è dubbio che le Regioni stesse debbano collaborare all'individuazione di metodologie parametriche in grado di separare il fabbisogno finanziario destinato a spese incompressibili da quello afferente ad altri servizi sanitari suscettibili di un giudizio in termini di sostenibilità finanziaria. Sotto tale profilo, è bene quindi ricordare che la determinazione dei LEA è un obbligo del legislatore statale, ma che la sua proiezione in termini di fabbisogno regionale coinvolge necessariamente le Regioni, per cui la fisiologica dialettica tra questi soggetti deve essere improntata alla leale collaborazione che, nel caso di specie, si colora della doverosa cooperazione per assicurare il migliore servizio alla collettività.*»

E quindi la dialettica tra Stato e Regioni sul finanziamento dei LEA dovrebbe consistere in un leale confronto sui fabbisogni e sui costi che incidono sulla spesa costituzionalmente necessaria, tenendo conto della disciplina e della dimensione della fiscalità territoriale nonché dell'intreccio di competenze statali e

regionali in questo delicato ambito materiale. Ciò al fine di garantire l'effettiva programmabilità e la reale copertura finanziaria dei servizi, la quale – data la natura delle situazioni da tutelare – deve riguardare non solo la quantità ma anche la qualità e la tempistica delle prestazioni costituzionalmente necessarie. Ne consegue ulteriormente che, ferma restando la discrezionalità politica del legislatore nella determinazione – secondo canoni di ragionevolezza – dei livelli essenziali, una volta che questi siano stati correttamente individuati, non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica.

Infine, e per gli stessi motivi che hanno comportato il rigetto delle precedenti censure, deve ritenersi *non fondata* anche la questione di legittimità costituzionale dell'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, promossa dalla Regione Liguria in riferimento al principio di leale collaborazione, per non aver il legislatore statale atteso l'avvio della fase attuativa dei nuovi meccanismi di risparmio e contenimento della spesa sanitaria. In particolare, va rilevato come la riduzione complessiva delle risorse destinate alla Regione fosse già entrata in vigore con il d.l. n. 66 del 2014, modificato dalla legge n. 190 del 2014, e quindi il principio di leale collaborazione non risulta violato dall'attuativa prescrizione statale.