

Chi garantisce i LEA nelle Regioni commissariate?

di Camilla Buzzacchi *
(1 aprile 2019)

(in corso di pubblicazione in "Le Regioni", 2019)

Il contesto: la politica sanitaria regionale tra disavanzi sanitari e commissariamento

La vicenda del commissariamento delle Regioni per la spesa sanitaria in disavanzo continua a porre un ampio insieme di questioni, che sono tra loro assai diverse ma che complessivamente incidono in maniera consistente sull'autonomia regionale. La decisione della Corte costituzionale che qui si annota riguarda vari di questi profili problematici, e fornisce pertanto lo spunto per una riflessione che mira ad andare oltre il caso della singola Regione, per evidenziare le distorsioni dell'autonomia che il commissariamento sta determinando.

Pare allora opportuno ripercorrere i passaggi di questo percorso particolare, che è stato avviato nei confronti di alcune Regioni ormai più di un decennio fa, e che continua a generare una contrapposizione tra Stato e Regioni, di cui la sent. n. 247/2018 è solo l'ultima delle manifestazioni: la comprensione di tale decisione non può che trarre beneficio da una ricostruzione della genesi del commissariamento.

Negli anni a cavallo dei due secoli si è determinata una preoccupante dinamica della spesa sanitaria, che ha generato massicci disavanzi a livello regionale, motivo per il quale il fenomeno più significativo che ha interessato il comparto sanitario nel nuovo millennio è stato quello dei c.d. piani di rientro¹, ovvero accordi pattizi – ai quali le Regioni non hanno avuto scelta nell'aderire – stipulati tra il Ministero della salute, il Ministero dell'economia e delle finanze e singole Regioni, che dovevano avere la finalità di ristabilire l'equilibrio economico-finanziario di questi territori in *deficit* sanitario: i piani erano finalizzati a raggiungere, entro tre anni dalla sottoscrizione, il pareggio di bilancio². Per conseguire tale obiettivo occorreva impostare una radicale razionalizzazione dei programmi di spesa, con ricadute sull'offerta complessiva dei servizi sanitari. Pertanto i piani dovevano contenere tanto misure appropriate per l'azzeramento del disavanzo, quanto misure capaci di riequilibrare i livelli essenziali di assistenza (Lea). La legislazione statale che aveva previsto i piani di rientro – la legge finanziaria 2005 n. 311/2004 – li aveva posti come passaggio necessario per l'attribuzione alle singole Regioni del finanziamento, anche in misura maggiore a quello ad esse spettante, una volta che si fosse verificata l'effettiva attuazione del programma operativo di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento

1 Si rinvia alle prime analisi di questo fenomeno, tutte pubblicate sulla rivista *Federalismi.it*: E. JORIO, *I piani di rientro dei debiti sanitari regionali. Le cause, le proposte e le eccezioni*, 4, 2009; ID., *L'extra deficit sanitario: tra un sistema di controllo conflittuale e piani di rientro non propriamente adeguati*, 20, 2008; ID., *Una più accurata certezza nel controllo del debito sanitario e nella individuazione delle soluzioni*, 7, 2009; ID., *Dopo il Lazio e l'Abruzzo, anche la Campania e il Molise (forse la Calabria). Una sanità commissariata come soluzione per i danni prodotti dai governi regionali*, 16, 2009.

2 Lo sviluppo qui descritto è già stato affrontato in *Vincoli europei di bilancio e politiche sociali delle Regioni*, in *Diritti regionali*, 2018, 484 ss., a cui sia consentito rinviare; v. anche R. DICKMANN, *Il commissario ad acta può esercitare il potere sostitutivo in via normativa?*, in *Federalismi.it*, 3, 2010, 3 ss.; E. JORIO, *I piani di rientro del debito sanitario ed i rischi della legislazione dell'emergenza*, in *Sanità pubblica e privata*, 5, 2009, 10 ss.; S. CALZOLAIO, *Il modello dei Piani di rientro dal disavanzo sanitario dal punto di vista dell'equilibrio di bilancio*, in *Federalismi.it*, 23, 2014, 1 ss.

del Servizio sanitario regionale; e aveva altresì previsto, in caso di inadempienza, un intervento di carattere sanzionatorio.

I primi piani sono stati avviati nel 2007: il 3 dicembre 2009 Stato e Regioni hanno raggiunto l'intesa in relazione al «Patto per la Salute», che ha costituito un nuovo accordo finanziario e programmatico, il quale ha permesso di proseguire l'esperienza dei piani nel triennio successivo, ed è stato rinnovato ancora per il triennio 2014-16. Ciò è stato accompagnato dalla sottoposizione a commissariamento delle Regioni interessate dalla prosecuzione dei piani, con nomina dei Presidenti della Giunta regionale nel ruolo di Commissari *ad acta* a fronte dell'inerzia delle assemblee legislative regionali di provvedere alla trasposizione degli accordi in forma legislativa.

Il piano si configura come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale, tramite il quale deve essere effettuata una significativa riorganizzazione del singolo Servizio Sanitario Regionale, e devono essere identificati settori che si dimostrano in ritardo o inefficienti, con la successiva individuazione delle misure di correzione più adeguate, che possono consistere anche in un inasprimento dei prelievi regionali.

In particolare l'ultimo Patto per la Salute del 2014 – scaduto alla fine del 2016 e non ancora rinnovato – ha puntato su interventi capaci di migliorare la qualità dei servizi, promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e garantire l'unitarietà del sistema, anche attraverso la revisione dei Lea, che sono stati rivisti e adottati con d.P.C.M. 12 gennaio 2017. Proprio con riferimento ai Lea, occorre osservare che nei contesti regionali caratterizzati da situazioni di dissesto finanziario la capacità di garantirli ha incontrato evidentemente maggiori difficoltà: per cui al monitoraggio dei conti è stato affiancato anche quello del raggiungimento dei livelli previsti dal decreto del 2001. Tale secondo monitoraggio è stato affidato ad apposito organismo, il Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, e complessivamente da ciò si può trarre la considerazione che il settore sanitario si muova, da quasi un decennio, tra la necessità di salvaguardare la qualità dell'offerta pubblica e quella di assicurare il processo di risanamento finanziario. Ciò significa garantire i Lea in condizioni di autonomia legislativa ridimensionata e di disponibilità finanziarie limitate, dal momento che con i piani di rientro il tasso di crescita della spesa sanitaria è stato progressivamente contrastato: cosicché l'obiettivo del mantenimento dei livelli essenziali ha rappresentato una sfida piena di difficoltà, come la dottrina ha segnalato³. Se si considera che la ristrutturazione dell'offerta ha comportato il ridimensionamento, nelle Regioni sottoposte a piani di rientro e a commissariamento, dell'assistenza ospedaliera e delle spese di personale e di quella farmaceutica convenzionata, si comprendono le difficoltà che hanno incontrato i territori commissariati a garantire le prestazioni sanitarie che per mandato costituzionale devono assicurare. Il monitoraggio quali-quantitativo dei livelli di assistenza erogati nei Servizi sanitari regionali ha evidenziato, in molti casi, miglioramenti nella garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni⁴, ma complessivamente questo regime transitorio finalizzato all'obiettivo primario di ricondurre i conti sanitari entro parametri sani di finanza pubblica sta producendo ricadute sul piano dell'autonomia che sollevano numerosi interrogativi

3 M. BELLETTI, *Le Regioni "figlie di un Dio minore". L'impossibilità per le Regioni sottoposte a Piano di rientro di implementare i livelli essenziali delle prestazioni*, in questa Rivista, 2013, 1078 ss.; ID., *Forme di coordinamento della finanza pubblica e incidenza sulle competenze regionali. Il coordinamento per principi, di dettaglio e "virtuoso", ovvero nuove declinazioni dell'unità economica e dell'unità giuridica*, in ISSIRFA, *Rapporto sulle Regioni*, 2013.

4 Si rinvia agli studi di A. GRASSO, R. GARGANESE, *La spesa sanitaria delle Regioni e i livelli essenziali di assistenza: un'analisi settoriale*, e G. VIBERTI, *Fabbisogni e sostenibilità nei servizi sanitari regionali: dal monitoraggio alle azioni di sistema*, in *La finanza territoriale. Rapporto 2016*, Ires Piemonte, Milano, 2016.

rispetto al quadro costituzionale. Esse emergono da una giurisprudenza che si sta consolidando, e di cui la sent. 247 appare pienamente rappresentativa. Alla luce di questo scenario essa può essere esaminata.

I vizi contestati alla legge regionale: l'interferenza nel potere sostitutivo e la violazione del coordinamento della finanza pubblica

La decisione ha per oggetto numerose disposizioni e al tempo stesso l'intero testo della legge della Regione Molise 24 ottobre 2017, n. 16, recante *Disposizioni regionali in materia di disturbi dello spettro autistico e disturbi pervasivi dello sviluppo*. Si tratta di una disciplina che prevede percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali specifici, e servizi finalizzati a garantire la tutela della salute e delle condizioni di vita e di inclusione nella vita sociale delle persone con disturbi dello spettro autistico; nonché assistenza alle famiglie.

I profili di illegittimità prospettati nel ricorso vengono ricondotti a cinque questioni, Le prime due riguardano un insieme di disposizioni – gli artt. 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9 e 10 – che contrastano anzitutto con l'art. 120, co. 2, Cost. perché l'erogazione dei livelli essenziali di prestazioni in relazione ai disturbi dello spettro autistico e ai disturbi pervasivi dello sviluppo dovrebbero essere ricomprese nel piano di rientro; in particolare l'interferenza si pone – secondo il Governo – nei confronti delle funzioni del Commissario stesso, come stabilite dalla delibera del Consiglio dei ministri del 18 maggio 2015, che ha ridefinito il suo mandato.

Secondariamente le stesse disposizioni producono effetti in materia di organizzazione sanitaria, e anche sotto questo profilo negano i vincoli derivanti dal piano di rientro dal disavanzo sanitario, e determinano la violazione dell'art. 117, co. 3, Cost., perché si pongono in contrasto con i principi fondamentali della materia «coordinamento della finanza pubblica», disposti dall'art. 2, co. 80 e 95, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, legge finanziaria 2010.

Una terza questione si pone per due sole disposizioni – gli artt. 11 e 14 – e nuovamente riguarda la materia «coordinamento della finanza pubblica», però in relazione, da un lato, all'art. 1, co. 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, legge finanziaria 2005, che vieta alle Regioni sottoposte a piano di rientro di effettuare spese non obbligatorie, tra le quali rientra il finanziamento di prestazioni di natura sociale, che non corrispondono a Lea; dall'altro, all'art. 2, co. 80, della legge finanziaria 2010 già richiamata, che sancisce che gli interventi individuati dal piano di rientro sono assolutamente obbligatori, talché l'effettuazione di altre spese determina violazione anche del principio di copertura della spesa di cui all'art. 81, co. 3, Cost., posto che vengono a mancare le risorse per le prestazioni di carattere sociale introdotte dalla legge impugnata.

Ma la violazione del principio di copertura finanziaria viene altresì ricondotta tanto alla genericità del solo art. 14 – che si limita a stabilire che all'attuazione delle sue previsioni si provvederà con risorse del Fondo sanitario regionale di parte corrente – per la mancata individuazione di risorse certe e attuali; quanto al fatto che i nuovi e maggiori costi non quantificati a carico del Fondo sanitario regionale di parte corrente non sono coerenti con la cornice programmatica prevista dal piano di rientro, il cui rispetto è considerato manifestazione della potestà/funzione «coordinamento della finanza pubblica».

Prima di affrontare le questioni così individuate, la Corte si esprime anzitutto su una circostanza singolare, ovvero l'impugnazione dell'intero testo della legge regionale: il ricorso viene dichiarato ammissibile perché si tratta di un'impugnativa caratterizzata da «normative omogenee e tutte coinvolte dalle censure», eventualità che si è già presentata più volte e nei casi più recenti – sentt. n. 199/2018 e 14/2017 – sempre con riferimento a discipline regionali che andavano ad aggiungere prestazioni sociali a quelle contenute nei

piani di rientro. Nel caso della legge molisana n. 16/2017 si dispone in relazione ad una pluralità di interventi tutti riconducibili, anche quelli sociali o professionali in ragione della loro finalizzazione, all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in materia di disturbi dello spettro autistico e disturbi pervasivi dello sviluppo: tale elemento di omogeneità rende ammissibile la contestazione dell'intero testo normativo.

Il nodo centrale che la Corte affronta è poi quello dell'interferenza della potestà normativa regionale nei confronti del Commissario ad acta, il cui mandato per la Regione Molise è iniziato il 24 luglio 2009, venendo poi rimodulato con la delibera del 18 maggio 2015. Il mandato del Commissario ha generato anche per altre Regioni questioni analoghe a quella qui oggetto di sindacato, ed essa viene infatti viene risolta in linea di continuità con le decisioni precedentemente adottate. Ma a fianco di tale nucleo principale, l'altro aspetto che appare meritevole di attenzione – ed anzi di portata anche più cruciale sul piano dei diritti fondamentali – concerne la tematica del livello di assistenza sociale e sanitaria che la Regione è chiamata ad assicurare, che nella vicenda del commissariamento legato ai disavanzi sembra assumere connotati assai differenti rispetto alle categorie che sono state ormai affermate in tema di livelli essenziali di assistenza.

L'interferenza della legislazione regionale con le attribuzioni commissariali: l'assenza di limiti al potere sostitutivo ex art. 120 Cost.

In merito al profilo dell'ampiezza delle funzioni su cui si fonda l'autonomia regionale in quella particolare condizione che è la situazione di commissariamento, il giudice costituzionale procede ad una ricostruzione della propria giurisprudenza dalla quale emerge il dato univoco della soggezione degli enti regionali al piano di rientro e di precisi limiti che scaturiscono dalla nomina del Commissario. Vengono richiamate molteplici decisioni che spaziano tra il 2014 e il 2018 – benché già con le sentt. n. 2 e 361/2010 ci fossero state prese di posizione assai significative in merito alla figura del Commissario – l'ultima delle quali è la sent. n. 199/2018 che riconduce il ruolo del Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro all'art. 120, co. 2, Cost., e dunque a finalità quali l'unità economica della Repubblica ed i livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto fondamentale alla salute, come già era stato sostenuto con le sentt. n. 117/2018, 190, 14 e 106/2017, 266/2016 e 227/2015. In realtà poi la medesima Regione Molise era già stata toccata dalla sent. n. 278/2014, emanata a seguito di un ricorso in via incidentale, in cui il Tribunale amministrativo regionale aveva dubitato della legittimità costituzionale dell'attribuzione al Commissario di un potere di natura legislativa o normativa con forza di legge.

Le medesime pronunce hanno sancito le funzioni del Commissario: esse sono «definite nel mandato conferitogli» e «specificate dai programmi operativi» previsti dalla legge finanziaria 2010; pur avendo carattere amministrativo e non legislativo, tali funzioni «devono restare, fino all'esaurimento dei compiti commissariali, al riparo da ogni interferenza degli organi regionali – anche qualora questi agissero per via legislativa – pena la violazione dell'art. 120, secondo comma, Cost.». Da ciò consegue che «l'illegittimità costituzionale della legge regionale (...) sussiste anche quando l'interferenza è meramente potenziale e, dunque, a prescindere dal verificarsi di un contrasto diretto con i poteri del Commissario incaricato di attuare il piano di rientro».

A fronte di attribuzioni così estese e pervasive, la Corte con la sent. n. 117/2018 ha ravvisato il ruolo della Regione solo in «compiti di impulso e vigilanza per la garanzia dei Lea e a una trasparente e corretta trasposizione delle entrate e degli oneri finanziari per la sanità nel bilancio regionale» e ha radicalmente escluso che da esso possa provenire «una sovrapposizione legislativa e amministrativa alle funzioni commissariali».

In coerenza con tali precedenti, con la sent. n. 247/2018 il giudice costituzionale conclude per la fondatezza dei vizi prospettati dal Governo, e riconosce pertanto l'interferenza della disciplina regionale con il mandato del Commissario.

Tale soluzione, che come si è visto non si discosta da una linea interpretativa ormai consolidata, ha sollevato obiezioni nel passato e continua a rappresentare un inquadramento della figura del Commissario che non lascia soddisfatti, nella misura in cui tale organo si vede attribuire funzioni che paiono eccentriche rispetto all'autonomia costituzionale della Regione; e che finiscono per scompaginare le attribuzioni delle istituzioni regionali. In tal senso si è espressa anche la Corte dei conti che nella *Relazione sulla gestione delle risorse statali destinate alla riduzione strutturale del disavanzo del servizio sanitario nazionale* del 2009 ha indicato il seguente profilo critico: «la coincidenza tra le figure di commissario e governatore crea una singolare continuità tra la presidenza dell'ente inadempiente e l'organo straordinario nominato per surrogarlo nel perseguimento degli obiettivi fissati dal Piano»⁵.

La dottrina si è interrogata su questa peculiare manifestazione del potere sostitutivo⁶, e con riferimento alla specifica vicenda del commissariamento, è arrivata a stabilire che «più che a un commissario *ad acta*, che la Costituzione legittima a sostituirsi a *organi* di enti locali, ci si trova di fronte a un "commissario *ad functionem*", i cui poteri sono stati individuati in rapporto all'*obiettivo* di sanare il disavanzo sanitario della regione interessata all'asserito scopo di garantire i livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria»⁷. Ma soprattutto è apparsa poco funzionale la scelta di individuare nel Presidente della Giunta regionale il soggetto chiamato a esercitare le funzioni sostitutive finalizzate – secondo gli intenti dell'art. 120 Cost. – a preservare l'unitarietà dell'ordinamento giuridico e l'univocità dei fini pubblici a cui concorrono tutti gli enti della Repubblica. Difficile non ravvisare elementi di ambiguità e di contraddittorietà nella decisione di affidare al Presidente regionale il compito di risanare delle situazioni finanziarie delle quali questo stesso organo – insieme alle altre istituzioni regionali – porta responsabilità⁸; e altrettanto difficile non trovare poco logica la creazione di una situazione in cui il Presidente dell'organo esecutivo espande i propri poteri⁹ fino quasi a poter subentrare nella potestà normativa del Consiglio, che si ritrova pertanto inibito nelle sue attribuzioni. La possibilità di una «conflittualità istituzionale»¹⁰ si è prospettata come una evenienza effettiva fin dai primi passaggi dell'esperienza dei piani di rientro, suscitando alcune pronunce della Corte – le decisioni già richiamate n. 2 e 361/2010 – che hanno dovuto occuparsi di atti commissariali

5 Sezione centrale di controllo sulla gestione delle Amministrazioni dello Stato, Delibera n. 22/2009/G, 28 dicembre 2009.

6 Si rinvia a E. GRIGLIO, *Il legislatore "dimezzato": i Consigli regionali tra vincoli interni di attuazione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari ed interventi sostitutivi governativi*, in questa *Rivista*, 2012, 455 ss., spec. il primo paragrafo, per la ricostruzione dell'istituto della sostituzione.

7 Si veda l'indagine sulla natura del potere sostitutivo di R. DICKMANN, *Poteri sostitutivi, avocazione in sussidiarietà e poteri di ordinanza. Una lettura di sistema*, in *Federalismi.it*, 19, 2012, 29 ss.

8 Osserva E. GRIGLIO, *Il legislatore "dimezzato"*, cit., 490 – che pure trova ragionevole tale soluzione – che essa è un «vero e proprio corto circuito istituzionale nel quale il Presidente della Regione, pur condividendo parte delle responsabilità politiche della situazione di persistente disavanzo sanitario, è incaricato in via straordinaria dal Governo ad ovviare a tali inadempienti».

9 Cfr. anche G. COSMELLI, *Sostituzione normativa e piani di rientro dal disavanzo sanitario: torna alla Corte la quaestio dei poteri "legislativi" del commissario governativo*, in *Osservatorio costituzionale*, 1, 2014, 1 ss.

sostanzialmente normativi¹¹. Nella prima delle due pronunce la Corte ha configurato il Commissario «organo straordinario dello Stato»¹², qualificazione che reca in sé il rischio di alterare la ripartizione delle funzioni tra gli organi: mentre una lettura rispettosa dell'autonomia costituzionale spinge a ricondurre il Commissario a quello che effettivamente è – organo della Regione oggetto di sostituzione – cosicché «anche se il presidente-commissario è direttamente responsabilizzato nel perseguimento degli obiettivi affidatigli dal Governo a titolo sostitutivo, la legislazione statale dovrebbe essere interpretata nel senso che tale figura non sia legittimata a eccedere dalle attribuzioni costituzionalmente assegnategli come presidente della giunta regionale, e quindi non possa esercitare poteri normativi, spettanti al consiglio»¹³.

Ma se già questa insolita configurazione dell'equilibrio all'interno degli organi e delle funzioni regionali appare problematica, ulteriormente anomala risulta la questione all'esame della sentenza n. 247, nonché delle decisioni che l'hanno preceduta: quella di una legge regionale che viene considerata invasiva delle competenze e del mandato del Commissario. La Corte riafferma in questa decisione quanto già più volte asserito, ovvero l'esigenza di tenere le funzioni del Commissario «al riparo da ogni interferenza degli organi regionali», anche quella che si manifesta in forma legislativa: il risultato di questa impostazione è quello di precludere al Consiglio l'introduzione di qualsiasi disciplina che possa incidere sulle prestazioni sanitarie, ma ormai anche sociosanitarie. A partire da tale conseguenza, sul piano del soddisfacimento dei diritti, si sviluppano alcune riflessioni nel paragrafo successivo: qui sembra opportuno segnalare la distorsione prodotta a livello di forma di governo regionale, per effetto di un mandato sostitutivo affidato ad un organo della stessa Regione, che opera in assenza di chiarezza, posto che non appare esplicito se le funzioni riconducibili a tale mandato – che sarebbero «amministrative», come del resto il potere sostitutivo è stato inizialmente interpretato, salvo poi diventare anche «normativo»¹⁴ per effetto dell' art. 8, co. 1, l. n. 131/2003 – gli competono quale organo regionale o piuttosto dello Stato; e se le medesime – che invece, secondo quello che è ormai lo schema logico ricorrente del giudice costituzionale, dall'amministrazione si espandono incomprensibilmente sul terreno della legislazione – arrivano ad inibire la potestà legislativa dell'organo costituzionalmente preposto a legiferare e con una propria legittimazione democratica.

È pur vero che se l'intervento sostitutivo è finalizzato a rimediare un disordine organizzativo e gestionale, con ricadute soprattutto sul piano finanziario, che è stato determinato dall'incapacità dell'amministrazione regionale nel suo complesso – Giunta e Consiglio associati nelle responsabilità – dovrebbe per logica essere precluso al legislatore regionale l'adozione di norme che si pongano in contraddizione o che siano

10 E. JORIO, *La Corte dei conti boccia i piani di rientro regionali del debito pregresso della sanità*, in *Federalismi.it*, 2, 2010, 2. L'A. osserva che «la funzione sostitutiva andrebbe ad essere esercitata dai commissari dei commissariati, ovvero sia dagli stessi che hanno originato il commissariamento, attraverso "trascuratezze" gestionali non di poco conto. Insomma, un'inconcepibile continuità tra la presidenza dell'ente inadempiente e l'organo straordinario nominato per surrogarlo».

11 Della pronuncia n. 361/2010 si sono occupati M. BELLETTI, *Poteri statali di garanzia e decisione ultima, commissariamenti e centralizzazione delle decisioni*, in questa *Rivista*, 2-2, 2011, 499 ss.; R. DICKMANN, *La Corte (si) chiarisce: i commissari ad acta non possono esercitare poteri sostitutivi in via normativa*, in *Federalismi.it*, 2, 2011, 1 ss.

12 Cfr. Corte cost. n. 2/2010, p.to 5 del *Considerato in diritto*.

13 Cfr. ancora R. DICKMANN, *Poteri sostitutivi*, cit., 32.

14 Cfr. ancora E. GRIGLIO, *Il legislatore "dimezzato"*, cit., 464 ss.

poco coerenti con l'esercizio di tale funzione sostitutiva¹⁵. E tuttavia l'estromissione del Consiglio dalla sua funzione politica – di scelta dei bisogni da assumere e delle risposte da approntare per soddisfarli – non pare poter essere liquidata in maniera così frettolosa come le molteplici decisioni della Corte ormai ripetutamente dimostrano di fare: proprio sul terreno dei livelli essenziali, che è l'altro argomento impiegato dal giudice per sanzionare la legge del Molise, si prospetta quasi incoerente la preclusione al Consiglio – ma in generale alle istituzioni della Regione, posto che il Presidente ha il potere di promulgare le leggi regionali – ad adottare in via legislativa misure volte a promuovere diritti costituzionalmente tutelati.

La garanzia dei livelli essenziali e del fabbisogno sanitario come nucleo centrale del mandato del Commissario

Il secondo nucleo di considerazioni di interesse è dunque quello relativo alla sorte dei Lea nei contesti regionali in sofferenza sul versante dei conti sanitari. Anche da questa prospettiva la Corte ravvisa un'interferenza tra la legge molisana e il mandato del Commissario, soprattutto per come esso è stato ridefinito nel 2015 nel caso del Molise.

In tale rimodulazione due interventi del programma operativo vengono individuati come prioritari: anzitutto «la definizione del fabbisogno sanitario e dei conseguenti interventi sull'offerta necessari a garantire in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità»; in secondo luogo «la declinazione ed attuazione di quanto verrà previsto in sede di Accordo Stato-Regioni su un "Piano straordinario di risanamento del Servizio sanitario della Regione Molise"». Entrambi gli interventi subiscono un'ingerenza da parte della legge impugnata, che si spinge all'interno di un ambito – quello delle prestazioni di assistenza socio-sanitaria – che chiaramente finisce per incidere sui livelli essenziali di assistenza, che lo Stato ha di recente rinnovato. In particolare il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza* ha provveduto ad aggiornare i livelli essenziali di assistenza includendovi anche prestazioni destinate alle persone con disturbi mentali e disabilità: infatti gli artt. 25, 26, 27 e 32 del decreto collocano tra i Lea l'assistenza socio-sanitaria ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo, l'assistenza socio-sanitaria alle persone con disturbi mentali, l'assistenza socio-sanitaria alle persone con disabilità, l'assistenza socio-sanitaria semiresidenziale e residenziale ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo. A questi servizi assistenziali si aggiungono quelli garantiti alle persone con disturbi dello spettro autistico, quali le prestazioni della diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato. Ecco allora che la normativa regionale, nel momento in cui prevede prestazioni di tale natura, va a sovrapporsi – nel giudizio della Corte – con il mandato del Commissario, l'unico soggetto istituzionale a cui compete assicurare l'erogazione di tali prestazioni. Ma a cui compete altresì vigilare sul contenimento della spesa sanitaria, obiettivo che discende dall'applicazione del piano di rientro, i cui vincoli assumono la natura di principi di coordinamento della finanza pubblica.

I due profili – dei livelli essenziali e del rientro dal disavanzo sanitario come manifestazione del coordinamento della finanza pubblica – diventano elementi inscindibili, dai quali deriva il vizio di incostituzionalità, che però pone il paradigma dei Lea in una prospettiva decisamente diversa da quella correntemente inquadrata dalla dottrina e dalla

15 P. VERONESI, *I principi in materia di raccordo Stato-Regioni dopo la riforma del Titolo V*, in questa *Rivista*, 2003, 1055; E. GRIGLIO, *Il legislatore "dimezzato"*, cit., 477; C. MAINARDIS, *I poteri sostitutivi statali: una riforma costituzionale con (poche) luci e (molte) ombre*, in questa *Rivista*, 2001, 1385.

giurisprudenza costituzionale stessa, laddove quest'ultima se ne è occupata per contesti estranei alla problematica qui coinvolta, quella di bilanci sanitari dissestati.

Va infatti chiarito che il vizio della violazione della materia del coordinamento della finanza pubblica è stata, in questo filone giurisprudenziale riguardante i piani di rientro, utilizzata per annullare talvolta discipline regionali relative ad aspetti organizzativi del sistema sanitario regionale; e talaltra discipline volte a tutelare diritti sanitari o sociosanitari, e dunque rientranti nella materia dei livelli essenziali delle prestazioni sociali¹⁶. Dal momento che i piani di rientro sono ormai riconosciuti dalla Corte come principi fondamentali nella materia del coordinamento della finanza pubblica¹⁷, il riferimento a tale parametro viene usato indifferentemente per l'uno e per l'altro versante, considerati entrambi incidenti su una spesa sanitaria che va ricondotta a parametri di virtù. Pare però evidente che le situazioni sono equivalenti solo nella misura in cui misure di carattere organizzativo rappresentano condizioni indispensabili per erogare le prestazioni che garantiscono al livello essenziale i diritti sociali: quindi è sicuramente vero che norme, che agiscono sul personale sanitario o sulle strutture residenziali del sistema di cura, indirettamente producono effetti sul livello del servizio erogato, e tuttavia non dispongono in maniera diretta in tema di diritti e dunque di Lea. In altri termini, di per sé tali discipline sono molto debolmente riconducibili al nesso livelli essenziali/coordinamento della finanza pubblica, che invece riguarda a pieno titolo quelle norme regionali che dispongono in materia di diritti, come nel caso della legge molisana oggetto del giudizio in esame.

Il ragionamento sviluppato dal giudice costituzionale per questa seconda tipologia di leggi appare poco convincente laddove poggia sul nesso appena richiamato. Il vizio che viene contestato alla legge del Molise è, nella sostanza, quello di occuparsi di prestazioni che rientrano pienamente nei livelli essenziali: esse infatti figurano proprio tra quelle recentemente ridefinite dal decreto ministeriale come Lea. In virtù unicamente di questa loro inclusione – e senza che neanche si contesti una variazione da parte della Regione in direzione di un ampliamento, circostanza che determinerebbe un aggravio a carico delle risorse finanziarie – tali prestazioni determinano l'illegittimità della legge, giustificata dalla circostanza che non debba essere la Regione a dover garantire i livelli essenziali, bensì il Commissario. Rientrando nel mandato di questo organo «la definizione del fabbisogno sanitario e dei conseguenti interventi sull'offerta necessari a garantire in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità», il fatto che le prestazioni – che sono oggettivamente livelli essenziali, e infatti l'art. 2 della legge del Molise si richiama al d.P.C.M. del 2017 – siano contemplate da una norma regionale determina l'incostituzionalità. Le prestazioni sono dunque quelle che comunque andrebbero garantite sul territorio regionale, in condizioni di uniformità con il resto del contesto nazionale e quindi nel rispetto delle esigenze di eguaglianza di trattamento sottese alla previsione dell'art. 117, co. 2, lett. m, Cost.; e non sono di livello superiore, non comportando così per il sistema sanitario regionale un esborso sprovvisto di copertura finanziaria. Malgrado ciò, il solo fatto che spetti al Commissario garantire i Lea determina la censura della legge

16 Si rinvia a T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Rivista AIC*, 4, 2013, 1 ss., per una panoramica di queste normative regionali.

17 Chiamata a pronunciarsi sulla legittimità di questi accordi, la Corte costituzionale ha ritenuto che «le disposizioni che prevedono accordi fra Stato e regioni per il ripiano dei disavanzi sono finalizzate al contenimento della spesa pubblica sanitaria e, dunque, sono espressive di un correlato principio di coordinamento della finanza pubblica»: cfr. Corte cost. n. 123/2011, poi confermata dalle successive 32/2012 e 104/2013; ma già le precedenti 141/2009 e 100/2010 sanzionavano normative regionali non allineate ai piani di rientro.

regionale: e forse ciò si spiega per quanto già affermato nella sent. n. 117/2018, secondo la quale la funzione della Regione commissariata è di limitarsi a «compiti di impulso e vigilanza per la garanzia dei Lea». «Impulso e vigilanza» non consentono alla Regione di adoperarsi direttamente per l'erogazione delle prestazioni in linea con tali Lea: che, benché rientranti a pieno diritto nel ventaglio di prestazioni stabilite dallo Stato, e dunque da assicurare agli assistiti del territorio regionale, non sembrano poter essere frutto della cura delle istituzioni regionali, bensì di quella del Commissario.

Se si ripercorre la giurisprudenza costituzionale in tema di Lea, ben altra è la declinazione di tale titolo di competenza statale. Infatti, considerati da soli, senza leggerli attraverso la lente della materia del coordinamento della finanza, i Lea sono stati qualificati come soglie di prestazioni che lo Stato deve determinare per garantire l'uniformità di trattamento e dunque il rispetto del principio di eguaglianza; ma senza che ciò possa escludere «che le Regioni e gli enti locali possano garantire, nell'ambito delle proprie competenze, livelli ulteriori di tutela»: in tal senso si sono espresse le sentt. nn. 207 e 10/2010; 322 e 200/2009; 387/2007; 248/2006 e 297/2012. Se la deroga, in favore dello Stato, alla competenza legislativa delle Regioni in ambito di tutela della salute «è ammessa nei limiti necessari ad evitare che, in parti del territorio nazionale, gli utenti debbano, in ipotesi, assoggettarsi ad un regime di assistenza sanitaria inferiore, per quantità e qualità, a quello ritenuto intangibile dallo Stato», alle Regioni sarà comunque sempre possibile fornire «con proprie risorse, prestazioni aggiuntive tese a migliorare ulteriormente il livello delle prestazioni, oltre la soglia minima uniforme prescritta dalla legge statale»¹⁸; dunque «resta integra la potestà stessa della Regione di sviluppare ed arricchire il livello e la qualità delle prestazioni garantite dalla legislazione statale, in forme compatibili con quest'ultima»¹⁹. È evidente che l'intento è quello di evitare un regime di assistenza sanitaria inferiore, non già uno superiore²⁰. E in alcun passaggio della decisione in esame si denuncia l'obiettivo della Regione – che pure sarebbe legittimo nel quadro delle competenze così come interpretate dalla Corte – di offrire livelli di prestazione superiori al Lea: si riconosce al contrario che le prestazioni ai minori con disturbi in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo sono – né più né meno – ciò che il decreto ministeriale del 2017 qualifica come «essenziali»; e che dunque vanno assicurati alle persone, a prescindere dal fatto che esse derivino da una legge della Regione o da atti con valore normativo del Commissario/Presidente della Giunta.

Ma non è questo l'approccio del giudice delle leggi e, per comprenderlo più a fondo, un'altra decisione, più di quella qui annotata, risulta eloquente. Si tratta della già richiamata pronuncia dello stesso anno n. 117, che pone in correlazione piani di rientro e Lea: essa ha riguardato una legge della Regione Campania del 2017 che prevedeva sostanzialmente l'incremento di prestazioni aggiuntive, e per tale ragione si dimostra particolarmente utile a focalizzare che rapporti intercorrono tra potestà dello Stato a fissare i Lea, potestà della Regione ad alzare i medesimi e piani di rientro volti a garantire i Lea.

Benché nella sent. n. 117/2018 vi sia un'affermazione iniziale assolutamente contraddittoria rispetto alla giurisprudenza richiamata – si sostiene che in generale l'intento della Regione di incrementare i Lea è costituzionalmente illegittimo in ragione della competenza esclusiva del legislatore statale, aggiungendo il divieto, che vale solo per le Regioni commissariate, di estendere la spesa sanitaria oltre i Lea contenuti nel piano di

18 Corte cost. n. 387/2007, p.to 5.1 del *Considerato in diritto*.

19 Corte cost. n. 348/2006, p.to 4.1 del *Considerato in diritto*.

20 M. BELLETTI, *Le Regioni "figlie di un Dio minore"*, cit., 1084.

rientro e nelle determinazioni attuative del Commissario – i successivi passaggi illustrano con chiarezza le attribuzioni coinvolte. Si sostiene anzitutto che «il piano di rientro è ispirato all'esigenza di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e al superamento della grave crisi strutturale della finanza regionale, nella prospettiva di un sicuro ritorno alla fisiologia gestionale dell'ente territoriale e delle sue aziende»; e si precisa altresì che le prestazioni dei Lea comportano una spesa «costituzionalmente necessaria», come già si era argomentato nella sent. n. 169/2017, su cui a breve si ritorna. In regime di piani di rientro «la proiezione di tali livelli in termini di fabbisogno regionale è temporaneamente demandata al Commissario anziché alla Regione», e tuttavia quest'ultima può a pieno titolo interagire per il rispetto dei canoni costituzionalmente necessari «ma non può sostituirsi al Commissario stesso, addirittura attraverso una normativa primaria integrativa». Alla Regione si chiede di «cooperare per il superamento della situazione di emergenza», fermi restando «l'espresso divieto di integrare i livelli essenziali delle prestazioni fino all'effettivo rientro dal deficit strutturale e il potere di impulso e vigilanza affinché il risanamento finanziario non superi – nell'ambito della pianificazione finanziaria – il limite negativo della “essenzialità” dell'assistenza»²¹.

Ritornando alla sent. n. 247, ciò giustifica anche l'ultima censura di questo giudizio, quella che riguarda l'art. 11 della legge regionale, norma che prevede percorsi formativi propedeutici all'inserimento lavorativo dei soggetti affetti da disturbi mentali e misure finalizzate all'integrazione sociale, scolastica e lavorativa delle persone affette da tali disturbi: poiché tali interventi attengono a profili sociali e professionali, essi sono estranei alle prestazioni erogabili attraverso il fondo destinato al finanziamento della spesa sanitaria – da qui anche il vizio relativo all'obbligo della copertura finanziaria – e dunque non rappresentano livelli essenziali riconducibili al decreto del 2017, benché sicuramente prestazioni che soddisfano diritti civili e sociali. Ma a parte l'illegittimità riguardante questo ultimo profilo, che è ragionevole poiché rilevano interventi di natura non sanitaria, l'annullamento di una legge che introduce prestazioni che comunque rientrano legittimamente tra i Lea che lo Stato vuole che siano assicurati nel Molise e in ogni altra Regione non convince sul piano sostanziale, e si ammette solo nella prospettiva della forma di governo ormai alterata.

Le politiche per la salute tra Regioni e Stato: un equilibrio che cambia

Difficile comprendere allora che cosa la Corte intenda con espressioni, riferite al ruolo della Regione, quali «impulso e vigilanza», «interazione per il rispetto dei canoni costituzionalmente necessari», «cooperazione per la situazione di emergenza»: soprattutto nella situazione della Regione Molise che, al contrario della Regione Campania, con la sua disciplina legislativa non aveva incrementato i Lea stabiliti a livello nazionale ma voleva provvedere per assicurare a minori con disturbi mentali – in gran parte soggetti autistici a cui lo stesso capo dello Stato, nel messaggio del 31 dicembre 2018, ha rivolto un'attenzione del tutto particolare – le prestazioni che i Lea del 2017 prescrivono.

La linea interpretativa del giudice costituzionale è indubbiamente coerente con sé stessa e costante: rimane più di un dubbio sulla sua funzionalità a garantire la fruizione di prestazioni che – secondo la logica dei Lea – devono essere uniformemente offerte in

²¹ Corte cost. n. 117/2018, p.to 4.2 del *Considerato in diritto*. Si conclude perciò che «se nel corso della situazione di emergenza della Regione Campania devono essere salvaguardati i livelli essenziali delle prestazioni, non può essere unilateralmente innalzato il fabbisogno standard, quando detta emergenza non risulti definitivamente superata».

nome del principio di eguaglianza, a prescindere dal fatto che esse siano erogate per effetto della legge regionale o delle decisioni amministrative (ma con valenza legislativa?) del Commissario/Presidente della Giunta.

Si è evidentemente in presenza di un significativo processo di centralizzazione delle scelte relative alla spesa sanitaria, operato sia attraverso la figura commissariale e la conseguente limitazione dell'autonomia legislativa della Regione²²; che attraverso l'individuazione di un rapporto di implicazione reciproca tra Lea e principi di coordinamento della finanza pubblica. Pare così del tutto condivisibile quanto da altri è stato criticamente segnalato, sulla scorta di una giurisprudenza costituzionale che ha costantemente ribadito che le leggi statali di coordinamento della finanza pubblica devono limitarsi a fissare un tetto massimo alla spesa e non possono vincolare le scelte regionali sul modo in cui conseguirlo: l'applicazione dei piani di rientro non può che risultare grandemente «problematica anche in riferimento al fine principale per cui tali strumenti sono stati predisposti, cioè la tutela dei Lea»²³, che nelle Regioni assoggettate a piani di rientro è sottratta alle decisioni del Consiglio.

Giova richiamare ancora la sent. n. 169/2017, che delinea quale dovrebbe essere la corretta dialettica tra Stato e Regioni sul finanziamento dei Lea: essa «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. In tale ipotesi verrebbero in essere situazioni prive di tutela in tutti i casi di mancata erogazione di prestazioni indefettibili in quanto l'effettività del diritto ad ottenerle “non può che derivare dalla certezza delle disponibilità finanziarie per il soddisfacimento del medesimo diritto” (sentenza n. 275 del 2016)».

Se tale è l'obbligo che discende dalla Costituzione, è auspicabile che la «mancata erogazione di prestazioni indefettibili» non derivi neppure dalla «“polverizzazione” dell'ordinario riparto di competenza tra Stato e Regioni in materia di tutela della salute»²⁴, ovvero dallo strano modello istituzionale che si sta realizzando in quelle realtà regionali sottoposte a commissariamento.

Pare interessante concludere queste riflessioni con la valutazione effettuata dalla Corte dei conti. Malgrado il giudizio fortemente negativo del 2009, contenuto nella *Relazione sulla gestione delle risorse statali destinate alla riduzione strutturale del disavanzo del*

22 V. ancora E. GRIGLIO, *Il legislatore "dimezzato"*, cit., 455 ss., e G. D'AURIA, *Gli accordi Stato-regioni sui "piani di rientro" dai disavanzi sanitari quali vincoli per il legislatore regionale?*, in *Il Foro italiano*, 2010, 2644 ss.

23 T. CERRUTI, *I piani di rientro*, cit., 6. L. A. riporta poi – cfr. note 23 e 24 – le discordanti posizioni della dottrina: coloro che ritengono che, in nome delle previsioni contenute nei piani, si siano sacrificate le competenze regionali e, soprattutto, ridotti i livelli delle prestazioni; e coloro che invece considerano i piani funzionali alla necessità di tutelare i diritti fondamentali.

24 L'espressione è di N. VICECONTE, *Gli atti dei commissari "ad acta" in sanità tra "forma" amministrativa e "sostanza" legislativa: la Corte asserisce, ma non chiarisce*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2014, p. 4739.

servizio sanitario nazionale di cui si è detto, le più recenti analisi dell'organo di controllo contabile appaiono meno negative. Nel *Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica* del 2017 si osserva che nelle realtà sottoposte a piani di rientro «non solo il riassorbimento delle forti perdite, ma anche un graduale miglioramento dell'offerta sanitaria. Nello spirito del Patto della Salute, infatti, il rispetto dei vincoli economico-finanziario non deve avvenire a scapito della qualità dei servizi offerti dal pubblico, ma piuttosto agendo su quelle situazioni di inefficienza e inappropriata che, in alcune realtà territoriali, determinano costi più elevati rispetto a quelli sperimentati nelle Regioni *benchmark*. Guardando agli indicatori relativi all'erogazione dei Lea, è evidente la tendenza al miglioramento nelle Regioni in Piano, anche se il divario rispetto alle altre appare ancora elevato, soprattutto in alcune aree di assistenza che restano significativamente al di sopra della soglia critica. E per contro, anche nelle Regioni non in Piano, dove il rispetto degli indicatori è elevato, la loro lettura insieme a quella dei dati relativi, ad esempio alla significativa crescita della spesa privata, apre a ulteriori riflessioni circa l'adeguatezza dell'offerta sanitaria nei confronti di alcune fasce più deboli della popolazione, e delle risorse necessarie a garantire cure innovative o un livello tecnologico adeguato delle strutture e dei macchinari, propri di un Servizio sanitario che finora si è caratterizzato per uno standard elevato nel confronto internazionale»²⁵. Tale giudizio attesta una capacità ancora sorprendentemente buona del nostro servizio pubblico di tutela della salute di dare soddisfazione ai diritti della comunità: a quanto pare, però, a costo di una pesante riduzione dell'autonomia costituzionalmente riconosciuta di quelle realtà che ancora non riescono uscire dal tunnel del commissariamento.

* Professoressa ordinaria di Istituzioni di diritto pubblico, Università di Milano Bicocca

25 Corte dei conti, *Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica*, 348.999