

Le Regioni “figlie di un Dio minore”.
L'impossibilità per le Regioni sottoposte a Piano di rientro
di implementare i livelli essenziali delle prestazioni

di Michele Belletti *

(in corso di pubblicazione in “*le Regioni*”, 2013)

1. – Di sicuro grande impatto è la pronuncia n. 104 del 2013, ove la Corte costituzionale afferma l'impossibilità per le Regioni (*rectius*, per alcune Regioni) di implementare i “livelli essenziali delle prestazioni”, nel caso di specie i “livelli di assistenza sanitaria”, definiti dal legislatore statale.

Impatto che deriva non solo dal fatto che, in questo modo, la Corte deroga, o forse integra, una giurisprudenza costituzionale che aveva costantemente ammesso l'implementazione da parte regionale dei livelli essenziali delle prestazioni e dal fatto che, così facendo, si viene con ogni probabilità a far perdere alla clausola di cui alla lett. *m*), 2° comma, art. 117 Cost., la sua stessa ragione di fondo che ne giustificava l'esistenza, vale a dire, quella di garantire a livello di legislazione statale i soli livelli ritenuti essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, garantendo così un nucleo minimo e uguale di fruizione delle prestazioni relative ai diritti su tutto il territorio nazionale, assicurando, tuttavia, alle Regioni la possibilità di implementare i citati diritti. L'impatto pare in questo caso tuttavia ancora maggiore per la delicatezza dei temi trattati e per la misura con cui quei temi venivano trattati dalla legge regionale dichiarata incostituzionale, vale a dire, la prevista corresponsione in favore di cittadini affetti da patologie oncologiche di rimborsi (quelli previsti dalla legge della Regione Abruzzo 9 febbraio 2000, n. 6), lo stanziamento di risorse attinte dalle entrate derivanti dal 50% degli oneri di urbanizzazione per il recupero dei sottotetti e l'istituzione di un nuovo capitolo di spesa denominato “Interventi socio assistenziali per la maternità, l'infanzia, l'adolescenza e la famiglia”.

Ragionando in astratto parrebbe addirittura che la legge in questione, laddove contempla una misura assistenziale, si preoccupi di assicurarne la relativa copertura finanziaria, non foss'altro che, in concreto, la Regione in questione è una di quelle Regioni (“figlie di un Dio minore”) sottoposte a Piano di rientro del *deficit* sanitario, che, ad avviso del ricorrente, non le consentirebbe “l'erogazione di prestazioni economiche ulteriori rispetto a quelle elencate dallo stesso” Piano¹.

2. – Non è certamente possibile in questa sede ripercorrere la copiosa e a tratti altalenante giurisprudenza costituzionale in materia di coordinamento della finanza pubblica orientato al contenimento della spesa², tuttavia è fin

¹ Così, cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 104 del 2013, Punto n. 3 del *Considerato in diritto*.

² Sulla quale sia consentito rinviare a M. BELLETTI, *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*, Relazione presentata al Convegno “*Il regionalismo italiano tra giurisprudenza costituzionale e involuzioni legislative dopo la revisione del Titolo V*”, tenutosi a Roma il 13 giugno 2013, in sito web ISSiRFA -

troppo evidente che questa pronuncia, ancor prima di dover essere ricondotta al “filone” di quelle concernenti la salvaguardia dei livelli essenziali delle prestazioni è proprio al tema del coordinamento finanziario che deve essere ricondotta. Il che si evince laddove la Corte antepone al percorso argomentativo la oramai solita considerazione, tale per cui “l’autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute ed in particolare nell’ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa”, soprattutto qualora questi limiti siano conseguenza di una esplicita “condivisione da parte delle Regioni della assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario”. Cosicché, il legislatore statale potrà “legittimamente imporre alle Regioni vincoli alla spesa corrente per assicurare l’equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento di obiettivi nazionali, condizionati anche da obblighi comunitari”³.

Infatti, una questione sostanzialmente analoga, quella relativa alla declaratoria di incostituzionalità della legge della Regione Campania istitutiva del registro dei tumori della popolazione della Regione Campania⁴ viene risolta dalla Corte costituzionale ricorrendo ai soli (oramai soliti) parametri del 2° comma, art. 120 Cost. e del 3° comma dell’art. 117 Cost., in materia di coordinamento finanziario.

In particolare, la Corte evidenzia che l’incostituzionalità di tale legge discende dal fatto che istituendo nuove strutture e comportando nuove spese, contrasta con l’attuazione del Piano di rientro dal disavanzo sanitario e con le competenze del Commissario *ad acta*, che prevedono il riassetto della rete ospedaliera e la sospensione di nuove iniziative finalizzate a realizzare, aprire, autorizzare e accreditare nuove strutture sanitarie⁵. Infatti, e qui si intravede un primo collegamento con la pronuncia qui in commento, l’esercizio del potere sostitutivo sarebbe “imposto dalla necessità di assicurare la tutela dell’unità economica” e “dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti un diritto fondamentale (art. 32 Cost.), qual è quello alla salute”; cosicché, le funzioni amministrative del Commissario dovranno “essere poste al riparo da ogni interferenza degli organi regionali”⁶.

Non v’è dubbio che può sembrare singolare che il pervasivo coordinamento che segue all’attuazione di un Piano di rientro possa essere non solo funzionale ad assicurare l’unità economica, ma anche a garantire la salvaguardia dei “livelli essenziali delle prestazioni”. Quando è proprio il pervasivo coordinamento finanziario, che prescinda o meno dall’attuazione di Piani di rientro, che rischia di porre in serio pericolo la garanzia dei “livelli essenziali delle prestazioni” concernenti alcuni diritti fondamentali, per il venir meno dell’autonomia di spesa regionale sulle scelte (politiche) allocative in ordine al soddisfacimento dei diritti, in particolare di quelli sociali. Il che va aggiunto al fatto che la recente legge di attuazione del 6° comma dell’art. 81 Cost., legge n. 243 del 2012, contempla la garanzia di finanziamento integrale

<http://www.issirfa.cnr.it/7335,908.html>.

³ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 104 del 2013, Punto n. 4.1. del *Considerato in diritto*.

⁴ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 79 del 2013.

⁵ Così, cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 79 del 2013, Punto n. 4.1. del *Considerato in diritto*.

⁶ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 79 del 2013, Punto n. 4.1. del *Considerato in diritto*.

delle prestazioni concernenti i livelli essenziali delle prestazioni nei soli casi di cui all'art. 6, nelle fasi avverse del ciclo economico o al verificarsi di eventi eccezionali (art.11).

Il che già fornisce una prima chiave di lettura della pronuncia n. 104 del 2013 che produce un indubbio paradosso: il legislatore regionale non può implementare i livelli essenziali delle prestazioni, poiché c'è già il Commissariamento e il Piano di rientro che risultano funzionali alla salvaguardia, tra gli altri, dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti il diritto alla salute, cosicché, quel livello di garanzia assicurato dal Commissariamento ne impedisce evidentemente l'implementazione da parte regionale. In sostanza, la Regione non può implementare detti livelli perché già il Commissariamento è funzionale alla garanzia degli stessi; garanzia che però si sostanzia, tra l'altro, nel divieto regionale di implementazione dei medesimi livelli.

In realtà, la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni è intesa in maniera unitaria sull'intero territorio nazionale, proprio per evitare situazioni di disequilibrio a favore delle Regioni sottoposte a Piani di rientro.

Il che si evince dalla sentenza n. 32 del 2012, più volte richiamata dalla Consulta nella pronuncia qui in commento, laddove la Corte rileva che "l'agevolazione ai residenti nella Regione Abruzzo per i servizi di soccorso (sanitario e non), finanziata, oltre tutto, con risorse del fondo sanitario", configura "una misura di assistenza supplementare che si pone chiaramente in contrasto con l'obiettivo dichiarato del Piano di rientro di riequilibrare il profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza e la gestione corrente per il perseguimento del pareggio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza"⁷. Ciò che basta alla Corte per rilevare la lesione di un principio fondamentale della materia del coordinamento della finanza pubblica di cui all'art. 117, 3° comma, Cost., a fronte dell'incoerenza della legislazione regionale rispetto agli obiettivi fissati dal Piano di rientro del *deficit* sanitario, "segnatamente con l'introduzione di livelli essenziali di assistenza aggiuntivi"⁸.

In sostanza, ciò che si evince chiaramente da altra fondamentale pronuncia (sentenza n. 219/2013) è che la Regione che viola il Patto di stabilità interno – a maggior ragione quella che contravviene al Piano di rientro – avvantaggia indebitamente i propri residenti a scapito di quelli di altre Regioni, legittimando di conseguenza un pervasivo coordinamento finanziario, vale a dire, "un insieme di misure stringenti, divenute necessarie proprio a causa dell'inadempimento regionale"⁹. Ne deriva che essendo Regioni ed enti locali tenuti a concorrere alle manovre volte al risanamento dei conti pubblici, non v'è dubbio che i margini costituzionalmente tutelati dell'autonomia finanziaria e organizzativa regionale si riducano, quando sono trasgrediti gli obblighi legittimamente imposti dalla legislazione dello Stato, al fine di garantire la tenuta della finanza pubblica allargata¹⁰.

⁷ Così, cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 32 del 2012, Punto n. 10.1. del *Considerato in diritto*.

⁸ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 32 del 2012, Punto n. 10.1. del *Considerato in diritto*.

⁹ Così, cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 219 del 2013, Punto n. 17 del *Considerato in diritto*.

¹⁰ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 219 del 2013, Punto n. 17 del *Considerato in diritto*.

3. – In questo senso, la pronuncia in commento parrebbe trovare una giustificazione, come anticipato, nel fatto che la Regione interessata è sottoposta a Piano di rientro dal *deficit* in materia sanitaria. Giustificazione che tuttavia non tiene conto del dato che i residenti nelle Regioni sottoposte a Piani di rientro subiscono già conseguenze negative dal Commissariamento; solitamente, infatti, il Piano di rientro non si limita a contemplare importanti razionalizzazioni della rete ospedaliera e altri interventi di carattere strutturale/organizzativo, ma comporta talvolta l'aumento delle addizionali IRPEF e delle accise sui carburanti, misure alle quali ora si aggiunge il divieto di implementazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

Considerato inoltre che la citata sentenza n. 219 del 2013 ha sostanzialmente e quasi integralmente cassato l'impianto sanzionatorio originariamente contemplato dal d.lgs. 149 del 2011, di attuazione della legge n. 42 del 2009 sul c.d. "federalismo fiscale", nei confronti dei Presidenti di Regione responsabili di avere determinato una situazione di grave dissesto finanziario in materia sanitaria, cosicché le conseguenze negative del Commissariamento ricadono quasi esclusivamente sui residenti delle dette Regioni, solo questo sarebbe già di per sé sufficiente a mettere in serio pericolo la tenuta del patto solidaristico chiaramente desumibile dagli articoli 2 e 3, 2° comma della Costituzione.

Anche a non voler considerare questo aspetto, che in realtà sarebbe di rilievo primario, è da rilevare che l'esclusiva riconducibilità di questa soluzione alle Regioni sottoposte a Piano di rientro si evince laddove la Corte rileva che "la norma impugnata, disponendo l'assunzione a carico del bilancio regionale di oneri aggiuntivi per garantire un livello di assistenza supplementare in contrasto con gli obiettivi di risanamento del Piano di rientro, viola il principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria", quale principio di coordinamento della finanza pubblica, di cui al 3° comma dell'art. 117 Cost.¹¹.

In altro passaggio, la Corte sottolinea che il commissariamento sopraggiunge all'esito di una persistente inerzia degli organi regionali, che si sono sottratti ad attività imposte dalle esigenze della finanza pubblica. Richiamando le ragioni del potere sostitutivo, volto a garantire l'unità economica e la salvaguardia degli stessi livelli essenziali delle prestazioni in materia di tutela della salute, cosicché, le funzioni del Commissario "devono essere poste al riparo da ogni interferenza degli organi regionali", poiché, la mera interferenza "determina di per sé la violazione dell'art. 120, secondo comma, Cost."¹².

La conseguenza è la declaratoria di incostituzionalità di provvedimenti istitutivi di "misure di assistenza supplementare" in contrasto con gli obiettivi del Piano "di riequilibrare il profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza", che si pongano "in controtendenza rispetto all'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria regionale"¹³.

Tuttavia, i passaggi conclusivi della pronuncia non v'è dubbio che possano aprire all'ampliamento del raggio d'azione di questa soluzione anche nei riguardi delle Regioni non sottoposte a Piano di rientro, poiché la Corte rileva

¹¹ Così, cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 104 del 2013, Punto n. 4.2. del *Considerato in diritto*.

¹² Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 104 del 2013, Punto n. 5 del *Considerato in diritto*.

¹³ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 104 del 2013, Punto n. 4.1. del *Considerato in diritto*.

che l'interferenza sussiste comunque "anche in presenza di interventi non previsti nel Piano di rientro che possano aggravare il disavanzo sanitario regionale", poiché tale implementazione comporta in ogni caso una "incoerenza della legislazione regionale rispetto agli obiettivi fissati dal Piano"¹⁴, considerato inoltre che non si ha nel caso di specie la previsione di oneri aggiuntivi, stante il semplice spostamento di una voce di bilancio, che dovrebbe escludere ogni interferenza con le funzioni del Commissario *ad acta*.

4. – Non possono esservi dubbi dunque sul fatto che la conclusione alla quale perviene la Corte costituzionale in questa occasione non possa avere una portata rigorosamente circoscritta alle ipotesi di Regioni sottoposte a Piani di rientro, non foss'altro perché questa soluzione impatta, magari semplicemente integrandola, su di una giurisprudenza costituzionale oramai più che consolidata in ordine alla possibilità per le Regioni di implementare i livelli essenziali, quale contenuto naturale della lett. *m*), 2° comma, art. 117 Cost.

Così, di fronte al tentativo di marcare una delimitazione tra la competenza *de qua* e quella di cui alla "tutela della salute", posto che, la più volte evidenziata restrizione dell'autonomia legislativa ed amministrativa regionali, allo scopo di assicurare un livello uniforme nel godimento dei diritti civili e sociali, sarebbe eccessivamente "punitivo" nei confronti delle Regioni, in quanto consentirebbe il superamento tra normativa di principio, di spettanza statale, e normativa di dettaglio, di competenza regionale, in un ambito di potestà legislativa concorrente, come quello della libertà di scelta della struttura ove curare le tossicodipendenze, in occasione della pronuncia n. 387 del 2007, la Corte costituzionale precisa infatti che "la deroga alla competenza legislativa delle Regioni, in favore di quella dello Stato, 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"; il che non esclude che "alle Regioni sarà 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"¹⁵. Il che si evidenzia poiché l'intento è quello di evitare un regime di assistenza sanitaria inferiore, non già uno superiore.

In senso sostanzialmente analogo si segnala la sentenza n. 248 del 2006, ove la Corte rileva che "quanto ai livelli essenziali delle prestazioni, se è evidente che le leggi regionali non possono pretendere di esercitare una funzione normativa riservata in via esclusiva al legislatore statale, nel contempo quest'ultimo non può invocare tale competenza di carattere trasversale (...) per richiamare a sé l'intera disciplina delle materie cui essa possa di fatto accedere". Qualora infatti la disciplina della materia sulla quale incide la determinazione statale sia di titolarità regionale "resta integra la potestà stessa

¹⁴ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 104 del 2013, Punti nn. 5 e 6 del *Considerato in diritto*, dove la Consulta conclude che "Alla luce di questi principi, risulta evidente che la norma impugnata, introducendo un livello di assistenza aggiuntivo non contemplato nel Piano di rientro, interferisce con le funzioni e le attività del commissario *ad acta*; essa, dunque, deve essere dichiarata costituzionalmente illegittima anche per violazione dell'art. 120, secondo comma, Cost."

¹⁵ Così, cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 387 del 2007, Punto n. 5.1. del *Considerato in diritto*.

della Regione di sviluppare ed arricchire il livello e la qualità delle prestazioni garantite dalla legislazione statale, in forme compatibili con quest'ultima"¹⁶.

Evidentemente, questa azione di "miglioramento" da parte della Regione dei livelli definiti dal legislatore statale non esclude affatto, secondo le parole della Corte, "che le scelte connesse alla individuazione delle categorie dei beneficiari – necessariamente da circoscrivere in ragione della limitatezza delle risorse finanziarie – debbano essere operate, sempre e comunque, in ossequio al principio di ragionevolezza". Al legislatore sia statale che regionale è infatti consentito "introdurre regimi differenziati, circa il trattamento da riservare ai singoli consociati, soltanto in presenza di una "causa" normativa non palesemente irrazionale o, peggio, arbitraria" (sentenza n. 432 del 2005). Ne deriva che in questa prima fase, l'unico limite, anche a fronte della limitatezza delle risorse finanziarie, all'implementazione dei livelli essenziali delle prestazioni stabiliti a livello statale pare essere la ragionevolezza.

4.1. – Che la preoccupazione della Consulta sia sempre stata in argomento quella di rendere egualmente fruibili sul territorio nazionale prestazioni relative a livelli essenziali di assistenza si evince dalla sentenza n. 203 del 2008, ove si realizza un bilanciamento tra esigenze di coordinamento della finanza pubblica, alla base delle politiche concernenti le prestazioni assistenziali, e la tutela dei diritti fondamentali. Premette la Consulta che non tutte le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sono comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, cosicché, "proprio per assicurare l'uniformità delle prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza (LEA), spetta allo Stato determinare la ripartizione dei costi relativi a tali prestazioni tra il Servizio sanitario nazionale e gli assistiti, sia prevedendo specifici casi di esenzione a favore di determinate categorie di soggetti, sia stabilendo soglie di compartecipazione ai costi, uguali in tutto il territorio nazionale"¹⁷, il che parrebbe deporre per una valutazione discrezionale rimessa al legislatore statale.

Le esigenze che in tal caso il legislatore deve affrontare consistono nell'evitare l'aumento incontrollato della spesa sanitaria, derivante dall'inesistenza di ogni forma di compartecipazione ai costi da parte degli assistiti, e nel non rendere diversamente onerose nelle singole Regioni prestazioni che si collocano nella fascia delle prestazioni minime indispensabili per assicurare a tutti i cittadini il godimento del diritto alla salute. La necessità dunque "di adottare misure efficaci di contenimento della spesa sanitaria e la necessità di garantire, nello stesso tempo, a tutti i cittadini, a parità di condizioni, una serie di prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza (entrambe fornite di basi costituzionali messe in rilievo dalla giurisprudenza di questa Corte), rendono compatibile con la Costituzione la previsione di un ticket fisso"¹⁸.

Pur essendo "la scelta di un sistema o di un altro (appartenente) all'indirizzo politico dello Stato, nel confronto con quello delle Regioni", la Corte opera comunque un bilanciamento, poiché rileva che misure quali quelle al suo

¹⁶ Così, cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 248 del 2006.

¹⁷ Così, cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 203 del 2008, Punto 6.3. del *Considerato in diritto*.

¹⁸ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 203 del 2008, Punto 7 del *Considerato in diritto*.

esame siano da ritenersi “compatibili con i principi costituzionali, nella considerazione bilanciata dell’equilibrio della finanza pubblica e dell’uguaglianza di tutti i cittadini nell’esercizio dei diritti fondamentali, tra cui indubbiamente va ascritto il diritto alla salute”; né, del resto, “potrebbe essere diversamente, giacché non sarebbe ammissibile che l’offerta concreta di una prestazione sanitaria rientrante nei LEA si presenti in modo diverso nelle varie Regioni”¹⁹.

5. – È proprio sotto il profilo dell’interpretazione finalisticamente orientata del “coordinamento della finanza pubblica”, nel senso del contenimento della spesa pubblica, che la pronuncia in commento non può non assumere una rilevanza di carattere più generale, poiché detta interpretazione non può non impattare sulla concreta garanzia dei “livelli essenziali delle prestazioni”. Talvolta impedendone l’implementazione da parte regionale, altre volte determinando una sostanziale compartecipazione degli utenti alla garanzia di un servizio sociale o del servizio sanitario che costituisce livello essenziale di una prestazione concernente un diritto sociale, in alcuni casi consentendo addirittura alle Regioni di ridurre i livelli di garanzia stabiliti dal legislatore statale, in assenza di un intervento attuativo statale.

La vicenda delle certificazioni ISEE presa ad esame dalla Consulta in occasione della sentenza n. 296 del 2012 pare evidenziare questa tendenza, così come la vicenda relativa ai c.d. *ticket* in materia sanitaria, di cui alla sentenza n. 187 del 2012.

Non v’è dubbio, rileva la Corte in occasione della sentenza n. 187 del 2012, che “la disciplina in materia di *ticket*, determinando il costo per gli assistiti dei relativi servizi sanitari, non costituisce solo un principio di coordinamento della finanza pubblica diretto al contenimento della spesa sanitaria, ma incide anche sulla quantità e sulla qualità delle prestazioni garantite, e, quindi, sui livelli essenziali di assistenza”²⁰, ma non v’è altrettanto dubbio che la reintroduzione dei *ticket* sanitari determini una compartecipazione degli utenti nella fruizione dei medesimi livelli essenziali di assistenza.

È la Corte stessa del resto a non escludere che si tratti di compartecipazione, precisando che “la misura della compartecipazione deve essere omogenea su tutto il territorio nazionale”, poiché “non sarebbe ammissibile che l’offerta concreta di una prestazione sanitaria rientrante nei LEA si presenti in modo diverso nelle varie Regioni”²¹.

Il che comporta naturalmente l’impossibilità di dare luogo a discipline differenziate da Regione a Regione, come contemplato invece in occasione dell’abolizione dei *ticket* sanitari (sentenza n. 341 del 2009), e comporta addirittura un obbligo di conformazione anche da parte delle Regioni a Statuto speciale. Il che trova giustificazione nel fatto che “la natura stessa dei cosiddetti LEA, che riflettono tutele necessariamente uniformi del bene della salute, impone di riferirne la disciplina normativa anche ai soggetti ad autonomia speciale”²²; o forse più propriamente trova giustificazione nel fatto che la funzione primaria del contestato corpo normativo sia quella di assicurare il

¹⁹ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 203 del 2008, Punto 7 del *Considerato in diritto*.

²⁰ Cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 187 del 2012, Punto n. 3.3.2. del *Considerato in diritto*.

²¹ Cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 187 del 2012, cit.

contenimento della spesa pubblica sull'intero territorio nazionale, a prescindere dalla circostanza che in un dato territorio i livelli essenziali conoscano già adeguata tutela.

Cosicché non v'è dubbio che non ci si trova di fronte ad una disciplina di "coordinamento della finanza pubblica" tesa ad assicurare il finanziamento dei "livelli essenziali" di assistenza sanitaria, bensì ad una disciplina di "coordinamento", tesa primariamente a garantire il contenimento della spesa pubblica e volta incidentalmente ad assicurare la fruizione dei "livelli di assistenza sanitaria", peraltro nelle forme della necessaria compartecipazione degli utenti del servizio sull'intero territorio nazionale.

Ne deriva che ad un incisivo sacrificio dell'autonomia regionale in forza della pervasività del coordinamento non corrisponde una correlativa garanzia dei "livelli essenziali delle prestazioni" sull'intero territorio nazionale, se non in forza della più sopra evidenziata compartecipazione da parte degli utenti dei servizi socio-sanitari²³.

5.1. – In occasione della sentenza n. 296 del 2012 viene invece rigettata dalla Corte costituzionale la questione di legittimità costituzionale di una disciplina della Regione Toscana a tenore della quale nel caso di prestazioni di tipo residenziale a favore di persone disabili "la quota di compartecipazione dovuta dalla persona assistita ultrasessantacinquenne è calcolata tenendo conto altresì della situazione reddituale e patrimoniale del coniuge e dei parenti in linea retta entro il primo grado". La questione veniva sollevata dal giudice remittente, aderendo tra l'altro "all'orientamento espresso da alcune pronunce del Consiglio di Stato", nella convinzione che l'art. 3, comma 2 *ter*, d.lgs. n. 109 del 1992, laddove faceva riferimento alla evidenziazione della situazione economica del solo assistito, fosse di immediata applicazione, nonostante la mancata adozione del previsto d.P.C.M. di attuazione, sul presupposto che costituisse "un livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali nella materia relativa ai servizi sociali"²⁴.

Ciò che sorprende in questa pronuncia è che, quando si tratta di "erodere" la competenza regionale, giudice costituzionale e legislatore statale offrono un'interpretazione estensiva di ciò che è "livello essenziale delle prestazioni", prescindendo, il più delle volte, anche da una esplicita qualificazione al riguardo da parte del legislatore. È il caso delle pronunce sulla

²² Il che dicasi, "considerato che dell'offerta concreta fanno parte non solo la qualità e quantità delle prestazioni che devono essere assicurate sul territorio, ma anche le soglie di accesso, dal punto di vista economico, dei cittadini alla loro fruizione"; cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 187 del 2012, cit.

²³ Connessione resa palese dalla stessa Corte costituzionale, laddove rileva che "le misure di compartecipazione ai costi dell'assistenza farmaceutica attengono sia ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, la cui determinazione è riservata alla potestà legislativa esclusiva statale (art. 117, secondo comma, lettera *m*), Cost.), sia al coordinamento della finanza pubblica e alla tutela della salute, oggetto della potestà legislativa concorrente dello Stato e delle Regioni (art. 117, terzo comma, Cost.)". Tuttavia, non v'è dubbio che nel caso di specie paiano prevalere le ragioni di contenimento della spesa pubblica, nonostante una tenue flessibilizzazione del meccanismo comunque garantita laddove "la disposizione censurata non solo prevede che le Regioni abbiano la possibilità di adottare provvedimenti di riduzione delle predette misure di compartecipazione purché assicurino comunque [...] l'equilibrio economico finanziario", peraltro previa intesa tra lo Stato e le Regioni. Cfr. Corte costituzionale, sentenza n. 187 del 2012, Punto n. 4.1. del *Considerato in diritto*.

²⁴ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 296 del 2012, Punto n. 1.1. del *Considerato in diritto*.

“social card”, sul “piano casa” e della pronuncia sulla SCIA, dove la Corte perviene ad una qualificazione di quelle prestazioni come “livelli essenziali” a prescindere da una esplicita qualificazione legislativa²⁵.

Quando invece si tratta di estendere le tutele nei confronti degli individui, qualora tale estensione possa inoltre comportare incrementi di spesa per le amministrazioni, la Corte si mostra restia ad ampliare detta qualificazione, che potrebbe evidentemente comportare un onere di copertura integrale delle stesse prestazioni in capo ai soggetti erogatori di servizi. Con tutta evidenza, la linea comune che unisce queste apparenti divergenti interpretazioni è data dalla razionalizzazione e dal contenimento della spesa pubblica, che nel caso dell’interpretazione estensiva della competenza in questione porta ad una centralizzazione delle spese, mentre nel caso dell’interpretazione restrittiva della garanzia conduce evidentemente a risparmi in favore dei soggetti erogatori dei servizi.

Nel caso di specie, infatti, rileva la Corte che la qualifica di “livello essenziale” delle prestazioni dipenderà dalle scelte che verranno operate dal d.P.C.M. previsto per l’attuazione del disposto normativo²⁶.

Nello specifico, la Regione Toscana ha previsto che “in via transitoria, e in attesa della definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS) e del loro relativo finanziamento, sono previste forme di compartecipazione da parte della persona assistita ai costi delle prestazioni non coperti dai livelli essenziali di assistenza sanitaria, secondo livelli differenziati di reddito e patrimoniali”, precisando infine che “nelle more della definizione e del finanziamento dei LIVEAS”, uno specifico atto di indirizzo regionale si atterrà ai criteri generali enunciati nella disposizione oggetto di censura di legittimità costituzionale, fatta salva dalla Consulta. È da dire che un diverso orientamento avrebbe potuto assicurare una diretta applicabilità dei livelli essenziali in assenza dell’intervento attuativo nelle forme del d.P.C.M., che, a sua volta, sarebbe stata disciplinata “precaria”, in attesa della definizione dei LIVEAS da parte del legislatore statale²⁷.

Conclusivamente, la Corte rileva che la scelta della Regione Toscana non è isolata, posto che altre Regioni hanno condiviso la disciplina relativa alla compartecipazione dei privati alle spese per l’erogazione di prestazioni sociali e sociosanitarie. Tra queste, in particolare si evidenzia la Regione Emilia-Romagna, che all’art. 49 comma 2, della legge 12 marzo 2003, n. 2, recante *Norme per la promozione della cittadinanza sociale e per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*, dispone che “in via transitoria e in attesa della definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale (LIVEAS) e del loro finanziamento, sono previste forme di compartecipazione della persona assistita ai costi, non coperti dal Fondo regionale per la non autosufficienza, delle prestazioni relative ai servizi socio-sanitari a favore delle persone non autosufficienti anziane o disabili”²⁸.

²⁵ Considerazioni più organiche in argomento sono state svolte in M. BELLETTI, *La dimensione regionale e locale dei diritti*, in L. MEZZETTI (a cura di), *Diritti e doveri*, Torino, 2013, pp. 759 ss.

²⁶ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 296 del 2012, Punto n. 2 del *Considerato in diritto*.

²⁷ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 296 del 2012, Punto n. 2.3. del *Considerato in diritto*.

²⁸ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 296 del 2012, cit.

Non v'è dubbio che in evenienze del genere la salvaguardia dei diritti degli assistiti, o meglio la salvaguardia di questi in maniera uniforme sull'intero territorio nazionale, viene sostanzialmente a doversi contemperare con le esigenze di sostenibilità dell'intero impianto socio-sanitario in talune Regioni, determinando così una sorta di "congelamento" della garanzia dei "livelli essenziali".

È di tutta evidenza conseguentemente che, stante l'inerzia oramai più che decennale del legislatore statale nel definire i livelli di assistenza sociale, queste discipline regionali che contemplan le citate forme di compartecipazione come temporanee, rischiano seriamente di diventare definitive, stante inoltre la giustificazione offerta dalla Corte costituzionale, per ragioni evidenti di contenimento della spesa pubblica, con il serio rischio di compromettere le esigenze poste a base della previsione costituzionale di cui alla lett. *m*), 2° comma, art. 117 Cost., vale a dire, assicurare uniformità nel godimento dei diritti fondamentali sull'intero territorio nazionale, quanto meno con riguardo ai livelli essenziali di quei diritti, con la sostanziale prevalenza delle ragioni del "coordinamento della finanza pubblica".

Ciò che produce una riduzione di garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni a livello regionale, in maniera tra l'altro disomogenea, rispetto a quella fissata dal legislatore statale, poiché, una cosa è attendere l'intervento attuativo statale, tutt'altra cosa è disporre in radicale contrasto rispetto al disposto normativo statale, ancorché non direttamente applicabile, in maniera episodica in diversi territori regionali. Il che determinerebbe in condizioni normali l'incostituzionalità della disciplina regionale, il rischio di una garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni a macchia di leopardo sul territorio nazionale, non già nel senso dell'implementazione rispetto a quelli definiti a livello statale, ma nel senso della sostanziale riduzione e, infine, stante l'esistenza di una giurisprudenza amministrativa di segno contrario, il rischio che quelle leggi regionali, una volta applicate dai regolamenti locali vengano, in alcuni casi, sostanzialmente "disapplicate" dai T.A.R., che sanzionano con l'illegittimità i regolamenti comunali che contemplan la citata compartecipazione, sul presupposto dell'immediata applicabilità dei livelli stabiliti dal legislatore statale.

Pare dunque che queste preoccupazioni, ma soprattutto queste ragioni di fondo, trovino significative e non confortanti conferme nella sentenza n. 104 del 2013. Vero è che la pronuncia riguarda una Regione sottoposta a Piano di rientro dal disavanzo in materia sanitaria, tuttavia, se si considera che ragioni di contenimento della spesa pubblica possono giustificare forme di compartecipazione degli utenti dei servizi socio-sanitari, con conseguente diminuzione dei livelli stabiliti in ambito statale, pare di tutta evidenza come il passo possa essere davvero breve nel giustificare, sempre per ragioni di contenimento della spesa pubblica, in via generale, un divieto regionale di implementazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

5.2. – Di tutt'altro tenore pare invece la giurisprudenza amministrativa, tesa, in casi del genere, a riconoscere diretta applicabilità alla clausola dei "livelli essenziali", di cui alla lett. *m*), 2° comma, art. 117 Cost., desumendo il relativo contenuto dalla legislazione statale in materia di servizi socio-sanitari.

In particolare, con specifico riguardo alla questione della evidenziazione della situazione economica del solo assistito, anziché di quella del nucleo familiare, quanto alle modalità di contribuzione al costo delle prestazioni rivolte a persone con disabilità permanente grave e anziani non autosufficienti, di cui all'art. 3, comma 2-ter, d.lgs. n. 109 del 1998, praticamente nessun giudice amministrativo ne ha mai negato la diretta ed immediata applicabilità, a prescindere dall'adozione o meno del prescritto d.P.C.M. Più specificamente, tale principio costituisce per il Consiglio di Stato un livello essenziale di assistenza da garantire in modo uniforme sull'intero territorio nazionale, vincolando conseguentemente sia i legislatori regionali, che i Comuni, in occasione dell'adozione dei relativi regolamenti, contrariamente a quanto pare desumersi dalla giurisprudenza costituzionale.

Tuttavia, in maniera ancora più incisiva, il Consiglio di Stato è pervenuto addirittura a censurare quelle pronunce di TAR che, pur non negando l'immediata applicabilità del citato principio ne hanno offerto comunque un'interpretazione temperata, tale per cui il prescritto d.P.C.M. potrebbe definire i limiti di applicazione del principio, escludendone una portata assoluta e incondizionata, individuando di conseguenza i limiti entro i quali residua una forma di compartecipazione familiare²⁹.

In particolare, il Giudice amministrativo ritiene scontata la diretta applicabilità del sopracitato principio, precisando che la finalità per la quale i familiari sono esentati dalla contribuzione alle spese per i programmi di assistenza di disabili gravi sarebbe "quella di favorire la permanenza dell'assistito presso il nucleo familiare", cosicché, le famiglie "sarebbero chiamate ad una forma di contribuzione più appropriata e più consona alla loro funzione che è quella di fondamentale contesto sociale e affettivo" piuttosto che quella di sostegno meramente finanziario, prevedendo di conseguenza che le stesse famiglie "non si (debbono trovare) ad esser gravate da un doppio onere"³⁰.

È da rilevare conseguentemente che il più recente consolidamento dell'orientamento della giurisprudenza amministrativa – da ultimo anche dei TAR³¹ – contrastante con quello emerso dalla giurisprudenza costituzionale, relativamente alle dichiarazioni ISEE e alla compartecipazione al costo di servizi socio-assistenziali, può comportare il serio rischio che si affermino regimi differenziati da Regione a Regione in punto di effettività nella salvaguardia dei diritti sociali, in ragione delle scelte operate dai singoli legislatori regionali, non già nel senso dell'implementazione, ma nel senso della riduzione dei livelli delle prestazioni.

²⁹ In questo senso è Consiglio di Stato, Sez. III, sentenza n. 5782 del 6 luglio 2012. Precisa in particolare il Giudice amministrativo che "dal complesso della richiamata disciplina si ricava che sussiste una competenza regolamentare degli enti erogatori (nel caso di specie, il Comune) al fine di fissare i requisiti per accedere alle prestazioni o alle agevolazioni economiche e che tale competenza va esercitata, senza intaccare i livelli essenziali di assistenza". Analogamente, in altre pronunce, il Consiglio di Stato ha giudicato illegittimi quei regolamenti comunali che non contemplavano un'adeguata distinzione tra la posizione dei disabili gravi e degli anziani non autosufficienti e quella degli altri utenti (cfr., CdS n. 1607/2011, 5185/2011, 4071/2012, 4077/2012 e 4085/2012).

³⁰ Così, cfr., Consiglio di Stato, Sez. III, sentenza n. 5782 del 6 luglio 2012.

³¹ Cfr., TAR Lombardia, Milano, Sez. III, sentenze nn. 1570/1571 del 2013.

Dunque, la soluzione avallata dalla Consulta desta ancora maggiori perplessità se si pensa che si viene così a legittimare proprio quanto la stessa Corte aveva voluto escludere con la pronuncia sui *ticket* sanitari, vale a dire, una disomogeneità – che questa volta incide addirittura sull'*an* della compartecipazione – nella misura della compartecipazione sul territorio nazionale alla fruizione di una prestazione rientrante nei livelli essenziali delle prestazioni socio-sanitarie.

5.3. – Eppure, è la stessa Corte, in occasione della pronuncia sulla c.d. “carta acquisti”, di cui al d.l. 5/2012, (sentenza n. 62 del 2013), ove richiama i passaggi essenziali della pronuncia sulla “social card”, di cui al d.l. 112/2008 (sentenza n. 10 del 2010), ad evidenziare, pur nella consapevolezza delle problematiche di tenuta delle finanze pubbliche, costante attenzione verso le istanze sociali e, qualora ciò si rendesse necessario, ad enucleare livelli essenziali delle prestazioni in via giurisprudenziale. Paiono proprio le particolari condizioni del Paese a concorrere a giustificare il contestato intervento legislativo statale, che è “ritenuto ammissibile quando, oltre a rispondere ai principi di eguaglianza e solidarietà, presenti caratteri di straordinarietà, eccezionalità e urgenza come quelli conseguenti alla situazione di crisi internazionale economica e finanziaria che ha investito il nostro Paese”³².

Di fronte alle eccezioni di parte regionale, che lamentavano l’invasione della competenza residuale in materia di “servizi sociali”, la Corte richiama proprio le considerazioni della sentenza n. 10 del 2010, rilevando che una normativa come quella impugnata, “posta a protezione delle situazioni di estrema debolezza della persona umana”, nonostante incida sulla materia “servizi sociali” e “assistenza” di competenza residuale regionale, “deve essere ricostruita anche alla luce dei principi fondamentali degli artt. 2 e 3, secondo comma, Cost., dell’art. 38 Cost. e dell’art. 117, secondo comma, lettera m), Cost.”. Coticché, “il complesso di queste norme costituzionali permette, anzitutto, di ricondurre tra i “diritti sociali” di cui deve farsi carico il legislatore nazionale il diritto a conseguire le prestazioni imprescindibili per alleviare situazioni di estremo bisogno – in particolare, alimentare – e di affermare il dovere dello Stato di stabilirne le caratteristiche qualitative e quantitative, nel caso in cui la mancanza di una tale previsione possa pregiudicarlo”. In particolare, l’intervento normativo troverebbe in ultima istanza giustificazione nella “finalità di garantire il nucleo irriducibile di questo diritto fondamentale”, consistente nella possibilità per lo Stato di garantire la “appropriata e pronta erogazione di una determinata provvidenza in favore dei singoli”³³.

A tal fine è tuttavia la stessa Corte costituzionale a “definire” il relativo livello essenziale, poiché, proprio con l’intento di salvare la disciplina contestata, la riconduce “alla materia determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117, secondo comma, lettera m, Cost.)”³⁴.

³² Così, cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 62 del 2013, Punto n. 6.1. del *Considerato in diritto*.

³³ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 62 del 2013, Punto n. 6.1. del *Considerato in diritto*.

³⁴ In tale contesto deve riconoscersi il “potere per il legislatore statale ai sensi dell’art. 117, secondo comma, lettera m), Cost. di assicurare le prestazioni imprescindibili per alleviare situazioni di estremo bisogno, in particolare, alimentare”. La finalità di garantire il nucleo irriducibile di questi diritti

Ciò che pare di maggior interesse è che sarebbe proprio, ad avviso della Consulta, “la situazione eccezionale di crisi economico-sociale (ad aver) ampliato i confini entro i quali lo Stato deve esercitare la suddetta competenza legislativa esclusiva” della determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni³⁵. Il che non sempre accade, soprattutto quando i costi di un’interpretazione restrittiva della competenza esclusiva statale ricadano sugli utenti dei servizi socio-assistenziali e non già sulla riduzione delle competenze regionali, come nel caso della sentenza n. 296 del 2012, ove è legittimata la compartecipazione dei familiari all’assistenza dei disabili e ultrasessantacinquenni in strutture socio/sanitarie.

5.4. – Sicuramente strettamente collegata alla sentenza n. 296 del 2012 è la sentenza n. 297 del 2012, ove la Corte costituzionale si pronuncia sulle modalità di definizione delle nuove dichiarazioni ISEE e sui relativi contenuti, riconducendo la disciplina entro la competenza statale di cui alla lett. m), 2° comma, art. 117 Cost., tornando di conseguenza sulle modalità di definizione dei livelli essenziali delle prestazioni.

È da dire tuttavia che la sostanza di alcune affermazioni della Consulta avrebbe potuto condurre ad esiti ben diversi rispetto a quelli ai quali è pervenuta in occasione della sentenza n. 296 del 2012, con una forse necessaria limitazione dei margini di intervento regionale in merito al sostanziale depotenziamento o riduzione dei livelli essenziali delle prestazioni, invero, non ancora definiti a livello statale. Non essendovi dubbio infatti che la Regione non possa incidere in via legislativa in senso peggiorativo rispetto ai livelli definiti dal legislatore statale.

Quid iuris tuttavia per quelle ipotesi in cui il legislatore statale non abbia ancora proceduto alla definizione dei relativi livelli, ma abbia semplicemente delineato le modalità e la procedura di definizione, operando rinvio ad un atto regolamentare, non ancora intervenuto, in un contesto ove sono stati, da ultimo, con la sentenza n. 104 del 2013 previsti limiti all’implementazione regionale dei livelli essenziali? Possono le Regioni nel frattempo legiferare in senso sostanzialmente limitativo, prescindendo dal citato intervento attuativo statale, con il serio rischio che, qualora il citato regolamento statale dovesse tardare ad

fondamentali “legittima un intervento dello Stato che comprende anche la previsione della appropriata e pronta erogazione di una determinata provvidenza in favore dei singoli (sentenza n. 10 del 2010)”. Un tale intervento da parte dello Stato deve, in altri termini, ritenersi ammissibile “nel caso in cui esso risulti necessario allo scopo di assicurare effettivamente la tutela di soggetti i quali, versando in condizioni di estremo bisogno, vantano un diritto fondamentale che, in quanto strettamente inerente alla tutela del nucleo irrinunciabile della dignità della persona umana, soprattutto in presenza delle peculiari situazioni sopra accennate, deve potere essere garantito su tutto il territorio nazionale in modo uniforme, appropriato e tempestivo, mediante una regolamentazione coerente e congrua rispetto a tale scopo (sentenze n. 166 del 2008 e n. 94 del 2007, in riferimento al caso della determinazione dei livelli minimali di fabbisogno abitativo, a tutela di categorie particolarmente svantaggiate e sentenza n. 10 del 2010)”. Così, cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 62 del 2013, Punto n. 6.1. del *Considerato in diritto*.

³⁵ È la stessa Corte che ribadisce tuttavia che “una volta cessata la situazione congiunturale che ha imposto un intervento di politica sociale esteso alla diretta erogazione della provvidenza, dagli strumenti di coinvolgimento delle regioni e delle province autonome non si possa prescindere, avendo cura così di garantire anche la piena attuazione del principio di leale collaborazione, nell’osservanza del riparto delle competenze definito dalla Costituzione (sentenza n. 10 del 2010)”. Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 62 del 2013, Punto n. 6.2. del *Considerato in diritto*.

essere adottato o dovesse addirittura non essere adottato, si delineerebbero diversi e molteplici modelli regionali di salvaguardia di differenti livelli essenziali?

Il risultato prodotto dalla sopra citata sentenza n. 296 del 2012 rischia indubbiamente di essere questo, ancorché non paia compiutamente coerente con l'impianto delineato nella pronuncia n. 297 del 2012.

Ferma restando la competenza esclusiva statale in tema di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, nel caso di specie dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti all'assistenza sociale, i c.d. LIVEAS o LEPS, non v'è dubbio che spetti alle Regioni la competenza residuale in materia di "servizi sociali", "assistenza e beneficenza pubblica" e "politiche sociali"³⁶.

Più specificamente, quanto alla tipologia dell'intervento normativo statale, la Corte precisa che l'art. 117 pone, in tema di LIVEAS, "una riserva di legge che deve ritenersi rinforzata (in quanto vincola il legislatore ad apprestare una garanzia uniforme sul territorio nazionale) e relativa (in quanto, considerata la complessità tecnica della determinazione dei livelli delle prestazioni, essi possono essere stabiliti anche in via amministrativa, purché in base alla legge)", precisando inoltre che la determinazione dei LIVEAS "non esclude, come più volte sottolineato da questa Corte, che le Regioni e gli enti locali possano garantire, nell'ambito delle proprie competenze, livelli ulteriori di tutela (sentenze n. 207 e n. 10 del 2010; n. 322 e n. 200 del 2009; n. 387 del 2007; n. 248 del 2006)"³⁷.

Il che già evidenzia la possibilità per gli enti territoriali di implementare, eventualmente, i livelli definiti dal legislatore statale e non già, come invece accaduto da parte di molteplici legislatori regionali e di molteplici amministrazioni comunali, di circoscriverne e comprimerne sensibilmente la portata.

Tra l'altro il dettaglio richiesto per l'intervento attuativo rende ancora più incomprensibile la legittimazione degli impianti normativi regionali che prescindono dal citato intervento, soprattutto se di segno contrario rispetto all'impianto legislativo statale. Infatti, è affidato al Presidente del Consiglio dei ministri il compito di "determinare con proprio decreto quei peculiari LIVEAS afferenti a prestazioni o servizi sociali o assistenziali che sono effettuati a richiesta dell'interessato, non sono destinati alla generalità dei soggetti e sono, comunque, collegati nella misura o nel costo a determinate situazioni economiche". Tale decreto dovrà determinare il nuovo indicatore del reddito (ISEE) che gli enti erogatori devono prendere in considerazione per consentire l'accesso a servizi agevolati, introdurre indicatori diversi in ragione delle varie tipologie di prestazione sociale, fissare la soglia di reddito richiesta agli interessati per ottenere l'accesso alle varie tipologie di prestazioni sociali agevolate³⁸.

³⁶ Cfr., Corte costituzionale, sentenze n. 121 e n. 10 del 2010; n. 124 del 2009; n. 287 del 2004.

³⁷ Così, cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 297 del 2012, Punto n. 5.1.2. del *Considerato in diritto*.

³⁸ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 297 del 2012, Punti nn. 5.1.5. e 6.1. del *Considerato in diritto*. Quanto all'ammissibilità di una tale tipologia di intervento, la Corte chiarisce che il citato decreto del Presidente del Consiglio "ha natura evidentemente regolamentare; né la norma impugnata esclude che

Quanto al ricorso ad un modulo cooperativo per la concreta definizione dei livelli essenziali delle prestazioni, la Consulta resta fedele alla sua consolidata giurisprudenza, ribadendo che questa peculiare competenza “comporta una forte incidenza sull’esercizio delle competenze legislative ed amministrative delle regioni”, così da esigere che “il suo esercizio si svolga attraverso moduli di leale collaborazione tra Stato e Regione (...), salvo che ricorrano ipotesi eccezionali (nella specie non sussistenti) in cui la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) non permetta, da sola, di realizzare utilmente la finalità (...) di protezione delle situazioni di estrema debolezza della persona umana”³⁹, tale da legittimare lo Stato a disporre in via diretta le prestazioni assistenziali, senza adottare forme di leale collaborazione con le Regioni.

Nel caso di specie, non v’è dubbio che la determinazione dell’ISEE, delle tipologie di prestazioni agevolate, delle soglie reddituali di accesso alle prestazioni e quindi dei LIVEAS incida “in modo significativo sulla competenza residuale regionale in materia di servizi sociali e, almeno potenzialmente, sulle finanze della Regione, che sopporta l’onere economico di tali servizi”. Ne deriva, con tutta evidenza, che la detta determinazione dell’ISEE richiede “la ricognizione delle situazioni locali e la valutazione di sostenibilità finanziaria, tramite acquisizione di dati di cui gli enti erogatori delle prestazioni dispongono in via prioritaria”. Cosicché, “è necessaria la leale collaborazione della Regione nell’attuazione della norma impugnata”⁴⁰.

Simmetricamente e coerentemente rispetto a quanto sopra evidenziato, se non è configurabile un intervento unilaterale statale nella definizione dei detti LIVEAS, pare, quanto meno in astratto, difficilmente configurabile una disciplina regionale che prescindendo dall’intervento attuativo statale e che paia discostarsi dallo spirito della disciplina legislativa statale.

È da dire infatti che casomai pare orientamento consolidato nella giurisprudenza costituzionale il fatto che nell’ambito di una disciplina di competenza regionale, resti 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”, ma non già quella di ridurre i margini di operatività⁴¹.

Il che già basterebbe per sanzionare con l’incostituzionalità quelle discipline regionali che ampliano la cerchia dei soggetti chiamati a contribuire

abbia tale natura”. Deve pertanto ritenersi “strumento adatto per determinare i LIVEAS, per le sue caratteristiche, tipiche di tutti i regolamenti, di flessibilità e snellezza nell’acquisizione di informazioni e di collaborazioni con gli enti territoriali ed eventualmente con le associazioni degli utenti”. È noto infatti che il potere regolamentare in argomento spetta allo Stato ai sensi dell’art. 117, sesto comma, primo periodo, Cost., “in quanto i LIVEAS sono materia di legislazione esclusiva dello Stato, nell’ambito (...) di una riserva relativa di legge”. Peraltro, la legittimità di una procedura in cui i LEP siano determinati dallo Stato mediante un regolamento è stata acclarata espressamente in importanti pronunce dalla Corte costituzionale (in particolare, dalle sentenze n. 88 del 2003; n. 134 del 2006; n. 8 del 2011).

³⁹ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 297 del 2012, Punti n. 5.2. e 6.1. del *Considerato in diritto*.

⁴⁰ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 297 del 2012, Punti n. 5.2. e 6.1. del *Considerato in diritto*.

⁴¹ Cfr., tra le tante, Corte costituzionale, sentenza n. 248 del 2006, Punto n. 4.1. del *Considerato in diritto*.

finanziariamente alle spese per il ricovero di pazienti in strutture socio-assistenziali.

Ciò che escluderebbe, coerentemente, che sia la Regione a definire, praticamente unilateralmente, i livelli essenziali delle prestazioni. Infatti, continua la Corte, lo Stato “non può invocare tale competenza di carattere trasversale (sentenza n. 282 del 2002) per richiamare a sé l'intera disciplina delle materie cui essa possa di fatto accedere”, ma, è altrettanto evidente che le leggi regionali non possono pretendere di esercitare una funzione normativa riservata in via esclusiva al legislatore statale⁴².

La delicatezza e complessità dell'intervento regionale con riguardo ai livelli essenziali delle prestazioni definiti dal legislatore statale è del resto ben evidenziata laddove la Consulta, a proposito del fondo sanitario, stabilisce che non vi è un rapporto automatico tra ammontare del detto fondo sanitario regionale e rispetto dei livelli essenziali di assistenza, poiché, “il soddisfacimento di tali livelli non dipende solo dallo stanziamento di risorse, ma anche dalla loro allocazione e utilizzazione”⁴³.

6. – È dunque forse in questo più generale contesto, e non già in quello ristretto delle Regioni sottoposte a Piani di rientro, che deve inserirsi la preoccupante tendenza emersa in occasione della pronuncia n. 104 del 2013, ove la Corte vieta alle Regioni sottoposte a Piani di rientro dal disavanzo sanitario la implementazione dei livelli essenziali delle prestazioni, qualora non sia in conformità al detto Piano, nonostante tale implementazione possa coinvolgere questioni di particolare impatto sociale, come quella della cura di patologie oncologiche.

Tuttavia, per quanto assolutamente criticabile, questa soluzione pare il coerente svolgimento dell'orientamento per cui vadano sanzionati con l'incostituzionalità tutti quegli “interventi in materia sanitaria non contemplati nel piano di rientro dal disavanzo sanitario”, laddove in particolare non vengano individuate “risorse aggiuntive utilizzabili per tale finalità”; ciò che produrrebbe un contrasto finanche “con il principio di copertura della spesa di cui all'art. 81, quarto comma, Cost.”⁴⁴.

Al di là degli andamenti altalenanti della giurisprudenza costituzionale nella definizione dell'estensione della clausola sui “livelli essenziali”, è da evidenziare che la Consulta pare comunque privilegiare le esigenze di “coordinamento della finanza pubblica”, nelle forme del sostanziale “contenimento” della spesa pubblica rispetto alle stesse esigenze di salvaguardia dei diritti fondamentali, nell'ipotesi in cui determinino degli oneri finanziari.

⁴² Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 248 del 2006, Punto n. 4.1. del *Considerato in diritto*.

⁴³ Nel caso al giudizio della Corte, in particolare, “la disposizione impugnata, prevedendo che parte dei finanziamenti provenienti dal fondo sanitario siano destinati al fondo per la non autosufficienza, non determina una lesione dei livelli essenziali delle prestazioni, ma, al contrario, è funzionale alla loro attuazione”. Ne deriva che, “il fondo regionale per la non autosufficienza, quindi, così come quello nazionale (...), concorre ad assicurare l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza con riguardo agli anziani non autosufficienti”. Così, cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 36 del 2013, Punto n. 4.1. del *Considerato in diritto*.

⁴⁴ Cfr., Corte costituzionale, sentenza n. 51 del 2013, Punto n. 7 del *Considerato in diritto*.

Non si può che evidenziare conclusivamente che pare emergere, alla luce di quanto seppur sommariamente analizzato, una diffusa sfiducia nei confronti del legislatore regionale in termini di conformazione dei diritti, soprattutto sociali, e di definizione di prestazioni che comportano erogazioni, soprattutto quando ciò vada ad impattare su esigenze di tenuta e controllo della finanza pubblica.

A questo aggiungasi che con riferimento alla complessa problematica della valutazione delle dichiarazioni ISEE ai fini della contribuzione a favore di disabili o ultrasessantacinquenni ospitati in strutture socio assistenziali, in attesa della concreta definizione dei livelli essenziali delle relative prestazioni da parte dello Stato con d.P.C.m., la Corte costituzionale, con la sopra citata sentenza n. 296 del 2012, ha legittimato un intervento regionale che potrebbe anche essere peggiorativo dei livelli desumibili dalla legislazione statale, con il rischio di una probabile differenziazione sul territorio nazionale dei detti livelli e con il rischio che quelle leggi giudicate conformi a Costituzione dalla Corte costituzionale vengano poi sostanzialmente “svuotate” dai giudici amministrativi.

Non v'è dubbio che in questo contesto il “solo” divieto di implementazione dei livelli essenziali delle prestazioni potrebbe quasi – e paradossalmente – apparire rassicurante sia per l'autonomia regionale, che per la tenuta dei diritti sociali.

È di tutta evidenza dunque che, ancora una volta, questo apparente strabismo del giudice costituzionale trovi coerente e conseguente spiegazione nelle esigenze di rigoroso controllo e contenimento della spesa pubblica, nelle istanze di coordinamento finanziario volte a limitare le competenze regionali che comportano un aggravio di spesa pubblica.

È dunque con ogni probabilità che proprio in quest'ottica possono trovare spiegazione le scelte normative statali, legittimate dalla Corte costituzionale, tese alla diretta erogazione di servizi socio-assistenziali o all'erogazione di provvidenze (il caso della social card e della carta acquisti, di cui alle sentenze nn. 10 del 2010 e 62 del 2013); erogazioni che avvengono a livello statale proprio al fine di garantire un controllo dei costi e delle spese, operando un coordinamento finanziario per così dire direttamente alla fonte, una centralizzazione della spesa, frutto di evidente sfiducia nei confronti del legislatore regionale, con il rischio che si configuri come semplice presupposto nei confronti di sicure ulteriori limitazioni di autonomia regionale in nome del coordinamento finanziario orientato al contenimento della spesa pubblica, con conseguente centralizzazione di buona parte delle erogazioni socio-assistenziali, compartecipazione degli utenti ai costi dei servizi e, da ultimo, divieto di implementazione dei livelli essenziali delle prestazioni da parte regionale.

* Ricercatore di Diritto Costituzionale, Università di Bologna - Docente incaricato di Diritto Costituzionale e Diritto Regionale