amministrativ@mente
Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo
www.amministrativamente.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "FORO ITALICO"

Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo (Classe A)

Pubblicata in internet all'indirizzo www.amministrativamente.com

Rivista di Ateneo dell'Università degli Studi di Roma "Foro Italico"

Direzione scientifica
Gennaro Terracciano, Gabriella Mazzei, Julián Espartero Casado

Direttore Responsabile
Gaetano Caputi

Redazione
Carlo Rizzo

FASCICOLO N. 1/2025

Estratto

Iscritta nel registro della stampa del Tribunale di Roma al n. 16/2009

ISSN 2036-7821

Comitato scientifico

Annamaria Angiuli, Antonio Barone, Vincenzo Caputi Jambrenghi, Francesco Cardarelli, Enrico Carloni, Maria Cristina Cavallaro, Guido Clemente di San Luca, Andry Matilla Correa, Chiara Cudia, Gianfranco D'Alessio, Mariaconcetta D'Arienzo, Ambrogio De Siano, Ruggiero Dipace, Valentina Maria Donini, Luigi Ferrara, Pierpaolo Forte, Gianluca Gardini, Biagio Giliberti, Emanuele Isidori, Bruno Mercurio, Francesco Merloni, Giuseppe Palma, Alberto Palomar Olmeda, Attilio Parisi, Luca Raffaello Perfetti, Fabio Pigozzi, Alessandra Pioggia, Helene Puliat, Francesco Rota, Josè Manuel Ruano de la Fuente, Leonardo J. Sańchez-Mesa Martĭnez, Ramón Terol Gómez, Antonio Felice Uricchio.

Comitato editoriale

Jesús Avezuela Cárcel, Giuseppe Bettoni, Sveva Bocchini, Salvatore Bonfiglio, Vinicio Brigante, Sonia Caldarelli, Giovanni Cocozza, Andrea Marco Colarusso, Sergio Contessa, Beatrice Coppa, Giuseppe Doria, Manuel Delgado Iribarren, Fortunato Gambardella, Flavio Genghi, Jakub Handrlica, Margherita Interlandi, Laura Letizia, Giuseppina Lofaro, Federica Lombardi, Gaetano Natullo, Carmen Pérez González, Giovanni Pesce, Benedetta Piazza, Marcin Princ, Sara Pugliese, Bianca Nicla Romano, Antonio Saporito, Giuliano Taglianetti, Esper Tedeschi, Simona Terracciano, Stefania Terracciano, Salvatore Villani.

Coordinamento del Comitato editoriale

Valerio Sarcone.

ISSN 2036-7821

amministrativ@mente
Rivista scientifica trimestrale di diritto amministrativo
www.amministrativamente.com

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ROMA "FORO ITALICO"

Amministrazione pubblica e spesa costituzionalmente necessaria: lo stato dell'arte

di Guerino Fares

(Professore Ordinario di Istituzioni di diritto pubblico presso l'Università degli Studi Roma Tre)

Sommario

1. Equilibrio della finanza pubblica allargata, prestazioni essenziali e spese non obbligatorie: l'orientamento della Corte costituzionale; 2. I livelli essenziali di assistenza nell'evoluzione normativa e giurisprudenziale; 3. La funzione di controllo della Corte dei conti nel bilanciamento di priorità e risorse: l'art. 20 del decreto 118/2011 fra perimetro e parametro; 4. Le ultime frontiere nella determinazione dei LEP; 5. Dai LEA (ancora) da aggiornare alle prestazioni (non ancora) essenziali ma comunque finanziate dallo Stato: note critiche.

Abstract

The paper deals with the social benefits that must necessarily be provided, regardless of the availability of financial resources, since they correspond to the essential levels of protection of the citizen which allow his or her dignity to be protected, in a context in which, on the one hand, the accounting and budgetary rules and, on the other hand, the principle of fair collaboration between the competent public authorities at the various levels of territorial government, subject both to the jurisdiction of the Constitutional Court and control by the Court of Auditors, must be respected.

* *Il presente lavoro è stato sottoposto al preventivo referaggio secondo i parametri della double blinde peer review*

ISSN 2036-7821

1. Equilibrio della finanza pubblica allargata, prestazioni essenziali e spese non obbligatorie: l'orientamento della Corte costituzionale.

In sede di interpretazione del novellato art. 97 Cost. – il cui comma 1 dispone ora che "le pubbliche amministrazioni, in coerenza con l'ordinamento dell'Unione europea, assicurano l'equilibrio dei bilanci e la sostenibilità del debito pubblico" – è stato opportunamente chiarito che, mentre gli equilibri finanziari imposti ai singoli enti pubblici mirano ad assicurare il bilanciamento dinamico tra le componenti attive e passive dei rispettivi bilanci, allo Stato è affidata la salvaguardia dell'intera finanza pubblica allargata in una prospettiva di equilibrio macroeconomico cui ciascun ente è tenuto a contribuire *pro quota* sulla base di regole chiare e predefinite in relazione all'andamento dei cicli economici e alla situazione complessiva del debito pubblico[1].

La stessa Corte costituzionale, nell'esplorare i raccordi fra autonomia finanziaria e vincoli di bilancio, ha posto l'accento sulla doverosa osservanza dei principi di ragionevolezza e del buon andamento[2], del quale ultimo costituiscono intrinseche componenti la programmazione e la proporzionalità tra risorse assegnate e funzioni da esercitare: di modo che «organizzare e qualificare la gestione dei servizi a rilevanza sociale da rendere alle popolazioni interessate in modo funzionale e proporzionato alla realizzazione degli obiettivi previsti dalla legislazione vigente diventa fondamentale canone e presupposto del buon andamento dell'amministrazione, cui lo stesso legislatore si deve attenere puntualmente»[3].

È questo lo sfondo su cui viene ad innestarsi la problematica concernente la ricaduta finanziaria delle prestazioni sanitarie e sociali, nella perenne oscillazione tra le istanze di tutela e il limite delle disponibilità finanziarie: un tema che, come è stato osservato, «acquista ulteriore spessore in ordine alla garanzia dei diritti civili e sociali da assicurare con carattere di generalità, cui non a caso la legge rinforzata n. 243/2012

[1] In questi termini, Corte cost., 29 novembre 2017 n. 247, ove si legge che "la nuova formulazione del primo comma dell'art. 97 Cost. riguarda per la prima parte gli equilibri dei singoli enti, mentre la seconda afferisce alla doverosa contribuzione di questi ultimi al comune obiettivo macroeconomico di assicurare la sostenibilità del debito nazionale. Il primo precetto si sostanzia nel divieto - per ciascun ente - di previsioni di disavanzo economico e nella continua ricerca dell'equilibrio tendenziale nella gestione finanziaria, in relazione alle dinamiche interne ed esterne che caratterizzano l'attuazione concreta delle politiche di bilancio. Il secondo comporta la contribuzione di ciascuna amministrazione al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica nazionali ed europei, assicurando a tal fine risorse e specifici comportamenti finanziari". In dottrina, sul tema, G. Rivosecchi, *La Corte costituzionale garante dell'autonomia finanziaria degli enti territoriali nella problematica attuazione dell'equilibrio di bilancio*, in *Giur. cost.*, 2017, 2579 ss.

[2] Corte cost., 29 gennaio 2016 n. 10, su cui cfr. G. D'Auria, *Nuove province e città metropolitane: funzioni amministrative e (in)adeguatezza delle risorse finanziarie*, in *Foro it.*, 2016, I, 3723.

[3] Corte cost., 12 luglio 2017 n. 169, annotata da B. Savioli, *La costituzionalità dei tagli alla spesa sanitaria in relazione all'erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie*, in *Quad. cost.*, n. 4/2017, 999 ss.

ISSN 2036-7821

dedica espressa menzione, prevedendo un concorso dello Stato nelle fasi avverse del ciclo o al verificarsi di eventi eccezionali (art. 11)»[4].

Il quadro si complica ancor di più in presenza di normative peculiari, intessute di vincoli a carico dell'autonomia di spessa, quali quelli nascenti dai c.d. piani di rientro dal disavanzo finanziario.

Come noto, con la L. 30 dicembre 2004, n. 311 (c.d. legge finanziaria 2005) e la successiva intesa Stato-regioni[5], è stata introdotta una procedura per le regioni con bilancio sanitario in *deficit*, incentrata sulla definizione di un piano di rientro, quale parte integrante di un accordo da sottoscriversi tra la regione in disavanzo e lo Stato, volto a individuare «gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza» (art. 1, comma 180, L. n. 311/2004, cit.).

Tali interventi vincolano la regione in disavanzo[6] in quanto costituenti "espressione di un principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica"[7]; e, tra i vincoli cui soggiacciono le regioni in piano di rientro figura, in particolare, il divieto di cui all'art. 1, comma 174, L. n. 311/2004, cit., che funge da norma interposta nei giudizi di legittimità costituzionale, di effettuare "spese non obbligatorie", quali le spese relative a interventi diversi da quelli individuati dal medesimo piano e dai successivi programmi operativi[8].

Atteso che ogni piano di rientro è finalizzato, a un tempo, al contenimento della spesa sanitaria e alla garanzia dell'effettività dei LEA – la cui determinazione mira a evitare "che, in parti del territorio nazionale, gli utenti debbano assoggettarsi ad un regime di assistenza sanitaria inferiore, per quantità e qualità, a quello ritenuto intangibile dallo Stato"[9] – la Consulta ha avuto modo di precisare che, per assicurare la necessaria tutela del diritto fondamentale alla salute, devono ritenersi obbligatorie le spese inerenti alle prestazioni corrispondenti ai LEA, essendo viceversa precluso destinare risorse a prestazioni comunque afferenti al settore sanitario ma ulteriori e ampliative rispetto a quelle previste dallo Stato[10].

---

[4] C. Chiappinelli, *L'attività di referto della Corte dei conti dalle origini del Regno d'Italia: profili evolutivi del sistema istituzionale*, in *Riv. Corte conti*, n. 2/2022, 40.

[5] Intesa del 23 marzo 2005, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.

[6] Secondo quanto prescritto dall'art. 1, comma 796, lettera *b*), secondo periodo, L. 27 dicembre 2006, n. 296, nonché dall'art. 2, comma 80, L. 23 dicembre 2009, n. 191.

[7] Corte cost., 4 gennaio 2024 n. 1; Id., 12 marzo 2021 n. 36; Id., 10 aprile 2020 n. 62.

[8] La distinzione tra ciò che è facoltativo e ciò che è obbligatorio si rivela essenziale per consentire il controllo sull'allocazione delle risorse: L. Carlassare, *Bilancio e diritti fondamentali: i limiti "invalicabili" alla discrezionalità del legislatore*, in *Giur. cost.*, 2016, 2339.

[9] Così Corte cost. 24 aprile 2020 n. 72; Id., 23 novembre 2007 n. 387.

[10] Corte cost. 30 giugno 2022 n. 161; Id., 1º dicembre 2022 n. 242.

ISSN 2036-7821

Alle superiori conclusioni la Corte è pervenuta dopo aver evidenziato come, a fronte di risorse non illimitate, spenderle per prestazioni non obbligatorie comprometterebbe la copertura delle spese per le prestazioni essenziali[11], chiamando in causa la responsabilità dei soggetti pubblici cui è addossato l'obbligo di salvaguardia dei diritti sociali: vale a dire dello Stato e delle regioni, entrambi essendo, invero, «costituzionalmente obbligati ad anteporre la garanzia dei LEA a quella delle altre spese»[12].

Le regioni sottoposte a piano di rientro, dunque, non possono erogare livelli di assistenza ulteriori rispetto a quelli previsti dalla normativa statale, stante il vincolo che gli interventi contemplati nel piano rappresentano per l'amministrazione regionale, tenuta a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi, che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano medesimo (cfr. art. 2, commi 80 e 95, L. 23 dicembre 2009 n. 191 - legge finanziaria 2010).

Del resto, il contributo che il sistema esige, in generale, da ciascuna regione è il concorso al "raggiungimento di un ragionevole punto di equilibrio tra l'esigenza di assicurare (almeno) i livelli essenziali di assistenza sanitaria e quella di garantire una più efficiente ed efficace spesa pubblica, anch'essa funzionale al perseguimento dell'interesse pubblico del settore"[13].

Da tutto quanto esposto discende che le disposizioni in materia di piano di rientro, in quanto dirette al contenimento della spesa, si configurano come principi di coordinamento della finanza pubblica[14].

In altre parole, la vincolatività, per la regione che li abbia sottoscritti, dai piani di rientro dal *deficit* di bilancio in materia sanitaria, è funzionale al mantenimento della spesa pubblica entro confini certi e predeterminati consentendo comunque, al tempo

[11] Corte cost. 25 luglio 2022 n. 190. Come rilevato da G. Giuliano, *Finanziamento sanitario regionale ed erogazione dei Livelli essenziali di assistenza in relazione ai principi di armonizzazione dei bilanci pubblici e di coordinamento della finanza pubblica*, in *Riv. Corte conti*, n. 1/2024, 243, «in costanza del piano di rientro (che determina una condizione di risorse contingentate), la scelta di sostenere altre spese pone, tra le altre cose, l'incertezza sulla congruità della copertura della spesa "necessaria" (art. 81, c. 3, Cost.), considerato che, un impiego di risorse per prestazioni "non essenziali", verrebbe inevitabilmente a ridurre le risorse per quelle essenziali».

[12] F. Masci, *I LEA non sono assoggettabili ad alcun vaglio di sostenibilità economico-finanziaria: un* trend *giurisprudenziale in consolidamento*, in *Forum Quad. Cost.*, n. 4/2020, 121, il quale fa notare come, in caso di inadempimento, le istituzioni coinvolte rispondano, in sede costituzionale e contabile, oltre che elettorale, non solo della violazione degli artt. 117, comma 2, lett. *m*), e 81, comma 3, Cost., ma anche dei principi di dignità umana e di leale collaborazione.

[13] Corte cost., 20 aprile 2023 n. 76.

[14] Così Corte cost., 26 giugno 2020 n. 130; Id., 20 luglio 2023 n. 155; Id., 4 gennaio 2024 n. 1. In dottrina, C. Forte, M. Pieroni, *Armonizzazione contabile, coordinamento finanziario e principio dell'equilibrio finanziario: un trittico rovesciato*, in *Federalismi.it*, n. 16, 10 luglio 2024.

ISSN 2036-7821

stesso, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in favore degli utenti del servizio pubblico[15].

In definitiva, ove penda un piano di rientro, la regione non può prevedere nel suo bilancio spese sanitarie ulteriori rispetto a quelle inerenti ai livelli essenziali, gli unici finanziamenti ad essa consentiti essendo quelli obbligatori derivanti dal soddisfacimento dei LEA, entro la cornice economico-finanziaria delineata appositamente dal piano di rientro[16].

Distogliendo le risorse dal vincolo di naturale destinazione, quale il soddisfacimento dei LEA, si corre, dunque, il rischio di lasciare inattuati proprio questi ultimi, che costituiscono l'imperativo ineludibile e prioritario nella prospettiva della protezione sociale.

In ultima analisi, gli obiettivi di risanamento sottesi al piano – e ai programmi operativi che ne costituiscono attuazione e aggiornamento (cfr. art. 2, commi 88 e 88-*bis*, L. n. 191/2009, cit.) – inibiscono la possibilità di incrementare la spesa pubblica per motivi che esulano dalla garanzia delle prestazioni essenziali.

Detto in altre parole, al cospetto di una situazione di disavanzo, è sempre il legislatore statale che, oltre a fissare una volta per tutte la corrispondenza tra costi ammessi e tipologie di prestazioni ammesse al finanziamento (i Lea, per l'appunto), consente, con le sue scelte, di "bollare" come insostenibili per il bilancio regionale, e quindi inammissibili, le spese per erogare servizi che travalichino il recinto dei livelli essenziali.

Quando, invece, non trova applicazione la disciplina sui piani di rientro, la determinazione in sede normativa è limitata alla compatibilità fra risorse e LEA, che non è possibile rimettere in discussione, mentre ogni altra valutazione circa la copertura di spese per prestazioni extra-LEA è rimessa agli ordinari criteri di sostenibilità.

In condizioni di normalità, infatti, la garanzia delle prestazioni sociali a fronte della pur sempre limitata disponibilità delle risorse pubbliche richiede di dimensionare il livello delle prestazioni attraverso una ponderazione in termini di sostenibilità economica, fatta eccezione per la dimensione finanziaria e attuativa dei soli LEA: riguardo ai quali, il nucleo normativamente definito di garanzie minime mira a rendere effettivo il diritto alla prestazione sociale di natura fondamentale, o di

[15] Corte cost., 14 febbraio 2023 n. 20. La disciplina dei piani di rientro va, pertanto, ricondotta al duplice ambito di potestà legislativa concorrente di cui alla tutela della salute e al coordinamento della finanza pubblica (Corte cost., 12 dicembre 2014 n. 278; Id., 15 dicembre 2016 n. 266; Id., 19 gennaio 2017 n. 14).

[16] Corte cost., 23 luglio 2018 n. 172.

ISSN 2036-7821

primaria importanza, secondo la locuzione utilizzata dalla Corte costituzionale in una delle sue più rilevanti pronunce rese in tema di diritti e servizi sociali[17].

2. I livelli essenziali di assistenza nell'evoluzione normativa e giurisprudenziale.

La locuzione "livelli delle prestazioni che devono essere comunque garantite a tutti i cittadini" fa la sua prima comparsa nella legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (L. 23 dicembre 1978, n. 833, art. 3, comma 2), che ne affida la fissazione alla legge statale in sede di approvazione del Piano Sanitario Nazionale[18].

Pur senza precisare se i predetti livelli dovessero qualificarsi come "minimi" o "essenziali"[19], le disposizioni della L. 833 sancivano inequivocabilmente l'intangibilità *in pejus* di un certo ambito di interventi, sintetizzata con l'espressione "comunque", istituendo un vincolo di fornitura di prestazioni necessarie alla tutela del diritto fondamentale alla salute, preclusivo di ogni forma di squilibrio territoriale.

Sulla necessità di definire "livelli uniformi di assistenza", che fossero garantiti a tutti i cittadini, pone l'accento il successivo d.l. 19 settembre 1992, n. 384 (art. 6, comma 1, conv. in L. 14 novembre 1992, n. 438), affidandone la responsabilità al Governo d'intesa con la Conferenza Stato-regioni.

Un ulteriore livello di specificazione si ottiene grazie al d.p.r. 24 dicembre 1992, attuativo del d.l. n. 384, cit., che, nelle premesse all'art. 1, statuisce che "i livelli di assistenza si configurano come obiettivi che il SSN assume di conseguire, a soddisfacimento di specifiche quote di bisogno sanitario, mediante un insieme di attività e prestazioni da porre in essere nell'ambito della quota capitaria di finanziamento"[20].

La fissazione dei livelli di assistenza assicura, dunque, certezza di obiettivi nel rispetto delle compatibilità finanziarie, in un quadro pienamente rispettoso

[17] Nel senso che «è la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio, e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione», Corte cost., 16 dicembre 2016 n. 275. Come rammenta C. Buzzacchi, *Il ruolo del "servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale" alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *Forum Quad. Cost.*, n. 2/2020, 668, l'obbligo di copertura finanziaria, che è condizione di salvaguardia dell'equilibrio di bilancio, va letto in stretta connessione con l'obbligo di finanziamento e di garanzia dei LEA.

[18] Per prestazione si intende «una qualsiasi tipologia di intervento operativo, integrato o meno da una parallela attività socio assistenziale, erogato nell'ambito di una previsione normativa da professionisti sanitari e/o da strutture sanitarie pubbliche o private, diretti a perseguire la tutela sanitaria dei soggetti destinatari»: S. Marzot, *Le prestazioni sanitarie: analisi dei livelli essenziali assistenziali e dei modelli gestionali*, in *San. pubbl. priv.*, n. 4/2008, 8.

[19] Riteneva che «prescrivere livelli essenziali comporta l'obbligo di assicurare tutte le prestazioni necessarie e appropriate, mentre un riferimento ai livelli minimi avrebbe incentivato il passaggio a sistemi di finanziamento di tipo assicurativo», C. Pinelli, *Sui "livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali" (art. 117, co. 2, lett. m, Cost.)*, in *Dir. pubbl.*, 2002, 894.

[20] Lo stesso decreto (recante Definizione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria) verrà, poi, annullato dalla Corte costituzionale (sent. 31 marzo 1994 n. 116) poiché adottato senza la prevista intesa con la Conferenza Stato-regioni.

ISSN 2036-7821

dell'autonomia organizzativa e gestionale riservata alle regioni in cui, tuttavia, emerge subito la connessione tra livelli e finanziamento.

Si arriva, così, alla legge delega del 1992 (L. 23 ottobre 1992, n. 421) che, all'art. 1, comma 1, lett. g), dà mandato al Governo di definire principi relativi ai livelli di assistenza uniformi e obbligatori, espressi per le attività rivolte agli individui in termini di prestazioni, stabilendo comunque l'individuazione della soglia minima di riferimento e il parametro capitario di finanziamento in coerenza con le risorse stabilite dalla legge finanziaria.

L'introduzione di una soglia minima da garantire a tutti i cittadini in coerenza con gli obiettivi di contenimento della spesa ispirerà le consequenziali disposizioni del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, il cui art. 1, sotto la rubrica "Programmazione sanitaria nazionale e definizione dei livelli uniformi di assistenza", istituisce un vincolo di subordinazione dei servizi alle disponibilità finanziarie prescrivendo che i livelli di assistenza vadano individuati in coerenza con l'entità del finanziamento assicurato al SSN (comma 1) e rapportati al volume delle risorse a disposizione (comma 4, lett. *b*).

Il decreto 502 esibisce un approccio al tema della garanzia dei servizi di assistenza diverso da quello seguito dalla L. 833 per la quale il fabbisogno finanziario era in funzione dei livelli delle prestazioni da garantire a tutti senza deroghe[21]. Secondo la nuova impostazione, i livelli vanno, invece, individuati contestualmente all'individuazione delle risorse finanziarie, nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica (art. 1, comma 3, D.Lgs. n. 502)[22].

L'aggettivo "essenziali", riferito ai livelli da assicurare sul territorio nazionale, viene impiegato per la prima volta in sede legislativa dalla L. delega 30 novembre 1998, n. 419, e quindi ripreso dal D.Lgs. 12 giugno 1999, n. 229 che ne affida la definizione al Piano Sanitario Nazionale - PSN.

Il PSN 1998-2000, in particolare, specificherà che trattasi di livelli "essenziali" di assistenza, in quanto necessari per rispondere ai bisogni fondamentali di

[21] Sul punto, va segnalata Corte cost. 28 luglio 1993 n. 355 in quanto chiarisce che il contenimento della spesa pubblica non costituisce l'unico obiettivo per la determinazione dei livelli uniformi di assistenza, imponendo altresì di rapportare tali livelli agli obiettivi di tutela della salute individuati a livello internazionale, oltreché di prevedere livelli di assistenza comunque garantiti a tutti i cittadini, dovendo respingersi un'interpretazione che fa dipendere totalmente gli interventi pubblici in materia dalle esigenze finanziarie di bilancio o dal volume delle risorse disponibili. Sul nucleo irriducibile del diritto, coincidente con il suo contenuto essenziale, Corte cost. 31 ottobre 2008 n. 354; Id., 26 giugno 2002 n. 282; Id., 17 luglio 2001 n. 252; Id., 16 luglio 1999 n. 309.

[22] L'art. 1, comma 2, del medesimo decreto, nel testo coordinato con le modifiche apportate dal D.Lgs. 12 giugno 1999, n. 229, dispone che i livelli siano definiti sulla base dei seguenti principi: dignità della persona umana, bisogno di salute, equità nell'accesso all'assistenza, qualità e appropriatezza delle cure, efficacia, efficienza, economicità nell'impiego delle risorse; evidenze scientifiche che dimostrino un significativo beneficio a fronte delle risorse utilizzate.

ISSN 2036-7821

promozione, mantenimento e recupero delle condizioni di salute della popolazione, che devono essere "uniformemente" garantiti su tutto il territorio nazionale e all'intera collettività, tenendo conto delle differenze nella distribuzione delle necessità assistenziali e dei rischi per la salute.

Con il successivo Accordo dell'8 agosto 2001, sancito dalla Conferenza Stato-regioni, i LEA fuoriescono dal PSN per confluire in un procedimento parallelo che vedrà - non più coinvolta la Conferenza unificata ma la Conferenza Stato-regioni: nel nuovo schema procedurale, introdotto in sostanziale concomitanza con la riforma del Titolo V Cost., i livelli sono definiti d'intesa tra Governo e regioni "in relazione con le risorse" messe a disposizione dallo Stato (art. 1, D.Lgs. n. 229/1999, cit.) e rafforzano il carattere universalistico di un diritto di cittadinanza – e dell'obbligo speculare gravante sulle figure istituzionali deputate alla fornitura delle prestazioni – per la cui attuazione non è prevista una riserva assoluta di legge.

Posto, infatti, che lo Stato è l'unico soggetto competente a disciplinare la materia, la concreta individuazione dei livelli essenziali può ben essere rimessa alla fonte secondaria (regolamento o d.P.C.M.), trattandosi di un'attività tecnico-politica che, per sua stessa natura, va considerata in continuo divenire, oggetto di una procedura costantemente attiva capace di adattare i livelli stessi ai mutamenti storici e sociali[23].

Sebbene la determinazione degli *standard* trovi giustificazione nella lett. *m*) del comma 2 dell'art. 117 Cost., non può ipotizzarsi che per essi venga meno proprio la più incisiva forma di leale collaborazione fra Stato e regioni prevista dalla legislazione vigente mediante procedure non legislative, quale l'intesa in sede di Conferenza Stato-regioni.

Del resto, i livelli essenziali di cui all'art. 117, comma 2, lett. *m*), hanno un significato che non si esaurisce con quello del nucleo essenziale o irriducibile del diritto[24],

[23] Con sentenza 27 marzo 2003 n. 88, la Corte costituzionale ha riconosciuto, peraltro, la compatibilità costituzionale dell'impiego di una fonte differente da quella legislativa per definire i livelli essenziali delle prestazioni. Nella successiva sent. 31 marzo 2006 n. 134, la stessa Consulta ha giudicato legittima la determinazione dei LEA con d.P.C.M., risultando i principi direttivi sufficientemente delineati dal Parlamento senza che potesse ravvisarsi alcuna violazione del principio di legalità. In dottrina, E. Balboni, P.G. Rinaldi, *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in *Forum Quad. Cost.*, 2006, 1 ss.; M. Atripaldi, *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza (LEA)*, in *Federalismi.it*, 15 novembre 2017.

[24] In senso conforme, L. Giani, *Bilancio pubblico e diritti fondamentali tra buon andamento e appropriatezza*, in AA.VV., *Democrazia e bilancio pubblico*, I, Napoli, 2021, 640 ss., che mette in guardia, per un verso, dalle difficoltà di definizione e individuazione della indefettibilità del diritto fondamentale e, per l'altro, dall'ulteriore complicazione data dalla governance multilivello stratificatasi negli anni con riferimento tanto al bilancio pubblico quanto alla garanzia dei diritti fondamentali nel quadro di un decentramento territoriale di funzioni erogative e connessi flussi finanziari.

ISSN 2036-7821

potendo travalicarlo fino a comprendere più ampi bisogni di salute e obiettivi di benessere dei fruitori del servizio che vi accedono in condizioni di equità[25].

Una volta emanato, con il noto d.P.C.M. 29 novembre 2001, il primo atto determinativo dei LEA, la L. 27 dicembre 2002 n. 289 (legge finanziaria per il 2003, art. 54) preciserà le procedure da seguire per le future modifiche, ribadendo la necessità dell'intesa in Conferenza Stato-Regioni sullo strumento – il d.P.C.M. – destinato a racchiudere gli opportuni aggiornamenti[26].

L'esigenza di aggiornare i livelli viene avvertita, precisamente, a partire dal 2004, con l'istituzione presso il Ministero della Salute di una apposita Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (d.m. 25 febbraio 2004), cui farà eco il PSN 2006-2008 nel puntualizzare che "la prima linea di azione riguarda la prosecuzione del processo di attuazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), anche attraverso un perfezionamento della relativa disciplina, volto a precisare il rapporto dialettico tra la uniforme garanzia dei servizi e delle prestazioni assicurate a tutti i cittadini e la variabilità applicativa regionale", enucleando gli obiettivi che rendono ineludibile l'intervento di periodica riforma dei LEA[27].

---

[25] Come rileva C. Tubertini, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008, 5, «il cd. nucleo essenziale costituisce una soglia obbligatoria o indisponibile (da parte del legislatore) dei livelli essenziali, che possono però rivestire anche un contenuto più esteso». Sui rapporti tra funzioni fondamentali, finanziamento dei livelli essenziali delle prestazioni e limiti all'autonomia degli enti locali, cfr. W. Giulietti, *Il federalismo fiscale nella l. n. 42 del 2009. La complessa definizione di un modello*, in *Amministrazione in cammino*, 2010, spec. 11.

[26] Pur trattandosi di una riserva di legge relativa, non esiste un limite al grado di dettaglio che la normazione statale può stabilire sia ai livelli in quanto tali che ai relativi caratteri qualitativi, strutturali, tecnologici di processo e possibilmente di esito, e quantitativi: per una conferma della visione forte dell'intervento statale fondato sull'art. 117, comma 2, lett. *m*), Cost., E. Menichetti, *Le pratiche terapeutiche nel nuovo assetto costituzionale: la tutela della salute tra principi fondamentali e livelli essenziali (osservazioni a margine della sentenza Corte cost. 26 giugno 2002, n. 282)*, in *www.amministrazioneincammino.luiss.it*; in senso analogo, M. Cammelli, *Amministrazione (e interpreti) davanti al nuovo titolo V della Costituzione*, in *Regioni*, 2001, 1273 ss., per il quale l'ampiezza, il contenuto, le modalità di attuazione e di realizzazione dei diritti degli utenti di pubblici servizi si risolvono quasi integralmente nel modo stesso di essere degli apparati preposti al loro svolgimento, vale a dire nella loro organizzazione; concorda che al legislatore non possa essere impedito di decidere discrezionalmente a quale punto di specificazione delle prescrizioni arrivare, secondo A. Pioggia, *Di cosa parliamo quando parliamo di diritto alla salute?*, in *Ist. fed.*, 2017, n. 2, 11.

[27] Si tratta, in particolare, di: "definire e specificare, per quanto possibile, le prestazioni erogabili, in particolare nelle aree dell'assistenza territoriale domiciliare, ambulatoriale, residenziale e semiresidenziale; un contributo fondamentale per il perseguimento di questo obiettivo potrebbe venire dalla contestuale definizione dei livelli essenziali di assistenza sociale"; "aggiornare le liste delle prestazioni già definite, inserendovi le prestazioni innovative sviluppate nel corso degli ultimi anni, delle quali sia stata dimostrata l'efficacia clinica e/o l'economicità"; "definire le condizioni di erogabilità delle prestazioni che, più frequentemente, sono oggetto di eccessiva variabilità e inappropriatezza prescrittiva".

ISSN 2036-7821

Dopo alcuni interventi puntiformi[28] o tentativi non riusciti[29] si arriva all'organico aggiornamento di cui al d.P.C.M. 12 gennaio 2017, adottato nel quadro della nuova disciplina dettata dall'art. 1, commi 554 ss., L. 28 dicembre 2015 n. 208 (legge di stabilità 2016)[30] imperniata sulla proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa acquisizione dell'intesa con la Conferenza Stato-regioni oltre che del parere delle competenti Commissioni parlamentari[31].

L'aggiornamento dei LEA non deve essere occasionale ma periodico e sistematico al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal Servizio Sanitario Nazionale e di tenere conto dell'evoluzione scientifica e tecnologica dell'attività svolta[32].

[28] Cfr. d.P.C.M. 16 aprile 2002 (linee guida per l'accesso alle prestazioni e i tempi di attesa); d.P.C.M. 28 novembre 2003 (certificazioni medico-sportive); d.P.C.M. 5 marzo 2007 (assistenza residenziale e semiresidenziale per gli anziani non autosufficienti); d.l. 13 settembre 2012, n. 158 (malattie croniche e malattie rare, prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da ludopatia).

[29] Ci riferiamo, segnatamente, al d.P.C.M. 23 aprile 2008 che, pur prefiggendosi di sostituire integralmente il decreto del 2001, non è mai entrato in vigore essendo stato ritirato dal Governo a seguito dei rilievi formulati dalla Corte dei conti all'indirizzo di un provvedimento che non appariva in grado di garantire i necessari equilibri economico-finanziari.

[30] d.P.C.M. 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". In dottrina, G. Guerra, *I nuovi livelli di assistenza sanitaria*, in *Pol. san.*, 2017, n. 18(1), 40 ss.

[31] La legge non qualifica la natura di tale parere che, pertanto, dovrebbe ritenersi non vincolante. Il successivo comma 559 introduce un'ulteriore ipotesi di procedura semplificata d'aggiornamento dei LEA al ricorrere delle due seguenti condizioni: a) la proposta deve avere ad oggetto esclusivamente la modifica degli elenchi di prestazioni erogabili dal SSN ovvero l'individuazione di misure volte ad incrementare l'appropriatezza della loro erogazione; b) l'approvazione di tale proposta non deve comportare ulteriori oneri a carico della finanza pubblica. In tal caso all'aggiornamento si procede con decreto del Ministro della salute adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze (quindi non più con d.P.C.M.) sentita (non più previa intesa con) la Conferenza Stato-regioni nonché udite le competenti commissioni parlamentari, il cui parere – al pari di quello della Conferenza – appare obbligatorio ma non vincolante.

[32] Per tale ragione è necessaria la presenza di un organo tecnico capace di assicurarne la manutenzione in modo costante, formulando una proposta di aggiornamento dei LEA a cadenza annuale (comma 558). Viene in gioco, allora, la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei Lea e la promozione dell'appropriatezza del SSN (comma 556), la quale opera presso il Ministero della salute ed è presieduta e nominata dal Ministro in forza del d.m. 16 giugno 2016. Detto organismo acquisisce e valuta, tra l'altro, le proposte di inserimento nei livelli essenziali di nuovi servizi, attività e prestazioni (comma 557, lett. *b*); la stessa, nell'intento di effettuare una ricognizione ampia e il più possibile completa dei bisogni di salute da soddisfare ha stabilito che le proposte da rivolgerle possono essere formulate, per il conseguente vaglio oltre che dagli enti del SSN, dalle aziende operanti nell'ambito sanitario e dalle associazioni di professionisti del SSN, anche da singoli cittadini e dalle associazioni dei pazienti e possono essere finalizzate a: includere nei LEA nuove prestazioni e/o servizi; integrare le prestazioni e/o i servizi già inclusi nei LEA; escludere o ridurre le prestazioni e/o i servizi inclusi nei LEA; introdurre ulteriori esenzioni in relazione a determinate patologie o modificare l'ambito delle esenzioni già operanti.

ISSN 2036-7821

Con l'aggiornamento dei LEA si è ritenuto, infine, necessario adeguare il sistema di garanzie per il raggiungimento in ciascuna regione degli obiettivi di tutela della salute perseguiti dal SSN per la verifica dell'assistenza effettivamente erogata[33].

3. La funzione di controllo della Corte dei conti nel bilanciamento di priorità e risorse: l'art. 20 del decreto 118/2011 fra perimetro e parametro.

A tutelare gli equilibri finanziari e di bilancio provvede, oltre alla Corte costituzionale, sollecitata in tal senso dagli organi statali nel costante esercizio della vigilanza sulla legislazione regionale[34], anche la Corte dei conti[35].

Si realizza, così, un concorso virtuoso di interventi grazie alla cooperazione di un organo capace di esibire, oltre alla sua indipendenza e a una preziosa articolazione territoriale, una cultura del controllo ispirata alla verifica del contemperamento, sempre più pressante, tra il piano delle tutele e quello delle disponibilità finanziarie.

In tale ottica, si è condivisibilmente osservato che «il ruolo del controllo indipendente sembra assumere nuovi e più pregnanti connotati, sulla scia delle *expertise* già maturate, in coerenza con l'evoluzione del quadro istituzionale e delle indicazioni rintracciabili nella giurisprudenza costituzionale, fornendo un ulteriore contributo, non fungibile, anche nel più complesso quadro delle "prestazioni costituzionalmente necessarie" e, dunque, della tenuta complessiva del sistema»[36].

Valorizzare le potenzialità dei controlli in un sistema istituzionale multilivello significa, nel caso di specie, saper regolare accuratamente le relazioni finanziarie tra Stato e regioni commisurando il fabbisogno alla erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni e calando il principio di leale collaborazione nel concreto contesto della garanzia dei LEA.

---

[33] Cfr. d.m. Salute 12 marzo 2019. In materia di monitoraggio dell'efficienza ed appropriatezza organizzativa, clinica e di sicurezza delle cure.

[34] Come fa notare G. Giuliano, *op. cit.*, 243, «il parametro costituzionale del coordinamento della finanza pubblica, di cui all'art. 117, c. 3, Cost., rappresenta, da un lato, un limite per la legislazione concorrente regionale, e, dall'altro, una funzione di vigilanza dello Stato teologicamente indirizzata alla custodia degli equilibri di bilancio».

[35] Nel senso che «la custodia degli equilibri viene ulteriormente garantita, con riferimento al parametro costituzionale del coordinamento della finanza pubblica, anche dalla Corte dei conti, in sede di sindacato diffuso delle leggi rilevanti ai fini dello scrutinio a cui essa è preposta», ancora G. Giuliano, *loc. ult. cit.*

[36] In questi termini, C. Chiappinelli, *op. cit.*, 40, per il quale «il controllo può ulteriormente sviluppare ulteriori potenzialità, dovendosi necessariamente bilanciare autonomia e responsabilità nelle differenti realtà territoriali e nelle crescenti interazioni anche tra livelli di governo diversi». Come precisato da Corte cost., 25 giugno 2021 n. 132, la determinazione, il finanziamento e l'erogazione dei livelli essenziali compongono un sistema complesso e articolato il cui equilibrio deve essere salvaguardato dalla sinergica coerenza dei comportamenti di tutti i soggetti coinvolti nella sua concreta attuazione.

ISSN 2036-7821

È, infatti, l'interesse dello Stato-ordinamento nel suo complesso a orientare, nella materia in esame, il ruolo attivo della contabilità pubblica e del sistema dei controlli nel supporto alla realizzazione degli obiettivi costituzionalmente prioritari e inderogabili in tema di diritti sociali[37].

In tale scenario si inscrive l'art. 20, D.Lgs. 23 giugno 2011, n. 118, in materia di armonizzazione contabile, che, definendo un parametro materiale, assurge a parametro nei giudizi di legittimità costituzionale.

Si tratta del c.d. perimetro sanitario delineato dalla suddetta norma che funge, al contempo, da parametro interposto di costituzionalità, nella misura in cui detta una disciplina indefettibile in materia di individuazione e allocazione delle risorse inerenti ai livelli essenziali delle prestazioni consentendo, in tal modo, una verifica funzionale in merito al rispetto dei criteri di determinazione e perimetrazione dei LEA.

Imponendo un obbligo di separazione contabile dei costi necessari rispetto alle altre spese, il citato art. 20 preclude la destinazione di risorse correnti, specificamente allocate in bilancio per il finanziamento dei LEA, ad altre prestazioni pur se di natura ugualmente sanitaria[38].

L'osservanza del "perimetro" esige che sia individuata una precisa correlazione tra risorse e prestazioni essenziali, pena la violazione dell'art. 117, comma 2, lett. *e*), Cost., in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici dei vari enti coinvolti nel procedimento[39].

Ergendosi a presidio contabilistico della sintesi, raggiunta secondo il miglior equilibrio possibile, tra la determinazione e il finanziamento dei livelli essenziali, l'art. 20, in quanto proiezione del principio di priorità della spesa costituzionalmente necessaria[40], si atteggia a "snodo che connette, da un lato, regole contabili e diritti fondamentali (dimensione individuale) e, dall'altro, le stesse regole e l'autonomia (dimensione comunitaria)"[41].

---

[37] Per un inquadramento sistematico della questione, cfr. W. Giulietti, *La disciplina contabile nel settore sanitario tra specialità delle regole e doverosità delle prestazioni. Spunti di riflessione sulla funzionalizzazione dei sistemi contabili pubblici ai modelli organizzativi*, in G. Colombini (a cura di), *Scritti in onore di Aldo Carosi*, Napoli, 2021, 501 ss.

[38] Cfr. Corte cost., 24 luglio 2019 n. 197.

[39] L'ampliamento della capacità di spesa regionale, ove contrastante con le prescrizioni del piano di rientro, anziché recuperare il disavanzo precedente, comporta nuove spese prive di idonea copertura, provocando un peggioramento del già precario equilibrio finanziario, con conseguenze sui contribuenti presenti e futuri ai fini del ripristino del turbato equilibrio (cfr. Corte cost., 13 dicembre 2024 n. 197; Id., 4 luglio 2024 n. 120).

[40] Come osserva L. Giani, *Bilancio pubblico e diritti fondamentali*, cit., 641, «non è forse un caso che in particolare con riferimento al diritto alla salute, si è via via affermato il criterio della priorità della spesa pubblica costituzionalmente necessaria mirante a porre tale diritto al riparo dagli attacchi delle contingenze finanziarie».

[41] Così Corte conti, sez. riun. spec. comp., 17 gennaio 2022 n. 1, ord., che altresì chiarisce come la disposizione in parola "non presidia solo interessi singolari, ma è strumento di tutela delle autonomie, perché garantisce una

ISSN 2036-7821

Applicando correttamente la normativa sulla perimetrazione sanitaria si possono evidenziare distintamente le spese indefettibili e resistenti ad ogni condizionamento finanziario da quelle il cui livello è modulabile in funzione degli equilibri di bilancio e che sono, perciò, subordinate a ponderazione in termini di sostenibilità economica.

Il sistema normativo è preordinato ad assicurare, da una parte, un adeguato ed effettivo finanziamento dei LEA da parte delle regioni e, dall'altro, l'illustrazione in modo trasparente dei risultati della gestione contabili, evitando forme di opacità e indebite distrazioni di fondi e consentendo la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese iscritte nei bilanci regionali e le risorse indicate negli atti di programmazione finanziaria.

Come rimarcato dalla stessa giurisprudenza costituzionale[42], le disposizioni sul perimetro sanitario pongono un vincolo di destinazione delle risorse pubbliche al finanziamento delle prestazioni essenziali, bilanciando tutela dei diritti fondamentali e rispetto degli equilibri di finanza pubblica[43] in un contesto in cui le disposizioni medesime, operando come parametro interposto di costituzionalità, garantiscono altresì la trasparenza circa la quantità e le modalità di impiego delle risorse destinate ai LEA, conformemente al disposto e alla rubrica stessa dell'art. 20 [44].

---

adeguata connessione tra risorse e funzioni (art. 119, c. 4, Cost.), in particolare garantisce che le regioni siano concretamente poste in grado di assicurare i livelli essenziali delle prestazioni su tutto il territorio nazionale (art. 117, c. 2, lett. m, Cost.) e, allo stesso tempo, che esse rispondano in modo trasparente dei risultati della gestione sanitaria, senza confusione con quelle ordinaria, attraverso il saldo del perimetro sanitario (che sia affianca a quello generale reso attraverso il risultato di amministrazione)".

[42] Corte cost., 21 novembre 2022 n. 233.

[43] Come fa presente, a proposito della decisione di bilancio, F. Masci, *op. cit.*, 119, la diastasi che intercorre tra riconoscimento e garanzia di un diritto è funzione della dialettica che oppone discrezionalità politica nell'impiego di risorse pubbliche e condizionalità finanziarie di matrice eurounitaria.

[44] Sotto la rubrica "trasparenza dei conti sanitari e finalizzazione delle risorse al finanziamento dei singoli servizi sanitari regionali", l'art. 20, comma 1, prevede che: «Nell'ambito del bilancio regionale le regioni garantiscono un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale, al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo servizio sanitario regionale per l'esercizio in corso. A tal fine le regioni adottano un'articolazione in capitoli tale da garantire, sia nella sezione dell'entrata che nella sezione della spesa, ivi compresa l'eventuale movimentazione di partite di giro, separata evidenza delle seguenti grandezze: A) Entrate: a) finanziamento sanitario ordinario corrente quale derivante dalle fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e di individuazione delle relative fonti di finanziamento intercettate dall'ente regionale, ivi compresa la mobilità attiva programmata per l'esercizio; b) finanziamento sanitario aggiuntivo corrente, quale derivante dagli eventuali atti regionali di incremento di aliquote fiscali per il finanziamento della sanità regionale, dagli automatismi fiscali intervenuti ai sensi della vigente legislazione in materia di copertura dei disavanzi sanitari, da altri atti di finanziamento regionale aggiuntivo, ivi compresi quelli di erogazione dei livelli di assistenza superiori rispetto ai LEA, da *pay-back* e da iscrizione volontaria al Servizio sanitario nazionale; c) finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso; d) finanziamento per investimenti in ambito sanitario, con separata evidenza degli interventi per l'edilizia sanitaria finanziati ai sensi dell'articolo 20, della legge n. 67 del 1988; B) Spesa: a) spesa sanitaria corrente

ISSN 2036-7821

Del resto, la stessa Corte non ha mancato di ricordare a tutti gli attori coinvolti che la trasversalità e la primazia della protezione sociale rispetto agli interessi sottesi ai conflitti finanziari tra Stato e Regioni "impongono una visione trascendente della garanzia dei LEA che vede collocata al centro della tutela costituzionale la persona umana, non solo nella sua individualità, ma anche nell'organizzazione delle comunità di appartenenza che caratterizza la socialità del servizio sanitario"[45].

4. Le ultime frontiere nella determinazione dei LEP.

In ambito legislativo, la nozione di livelli essenziali delle prestazioni era rinvenibile già in alcuni interventi che hanno preceduto la riforma del titolo V Cost. del 2001, quanto nel settore della sanità, ove a partire dal D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 sono stati determinati i LEA, di cui si è trattato al § 2, quanto nel settore dell'assistenza (nidi, non autosufficienza, handicap, dipendenze, povertà, ecc.), in cui la nozione di LEP è, ad esempio, rintracciabile nella legge di riforma dell'assistenza (L. 8 novembre 2000 n. 328, art. 22).

Penetrata nel testo costituzionale con la revisione del 2001, detta nozione non ha ancora trovato un'univoca e completa definizione giuridica tanto da potersi considerare istituto privo di una sua precisa fisionomia[46].

La normazione primaria successiva alla revisione costituzionale ha interpretato la nozione di livello essenziale in modi differenti. Ciò ha contribuito alla formazione di molteplici declinazioni della formula costituzionale di cui all'art. 117, comma 2, lett. *m*). L'assenza di un ancoraggio concettuale solido e condiviso e la stessa pluralità linguistica fiorita attorno a questo sintagma rendono l'individuazione dei LEP lungo la traccia segnata dal novellato testo della Costituzione un'attività principalmente esplorativa, tenuta a considerare disposizioni collocate su vari livelli della gerarchia delle fonti che, anche indirettamente, disegnano livelli essenziali delle prestazioni.

---

per il finanziamento dei LEA, ivi compresa la mobilità passiva programmata per l'esercizio e il *pay-back*; b) spesa sanitaria aggiuntiva per il finanziamento di livelli di assistenza sanitaria superiori ai LEA; c) spesa sanitaria per il finanziamento di disavanzo sanitario pregresso; d) spesa per investimenti in ambito sanitario, con separata evidenza degli interventi per l'edilizia sanitaria finanziati ai sensi dell'articolo 20 della legge n. 67 del 1988.

[45] Corte cost., n. 62/2020, cit., laddove ribadisce ancora una volta come non dovrà mai esserci quella ponderazione tra dimensione finanziaria e attuazione dei LEA, che invece può avvenire genericamente per le prestazioni sociali, essendo la compatibilità di detti livelli con le risorse stata già fissata attraverso la loro determinazione in sede normativa.

[46] Come faceva notare da E. Balboni, *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, in *Regioni*, n. 6/2003, 1184, l'interpretazione della lett. *m*) dell'art. 117, comma 2, Cost., ha rappresentato «uno dei più consistenti problemi giuridici posti dall'intero Titolo V novellato». In materia v., altresì, S. Aru, *Il procedimento di determinazione dei "livelli essenziali delle prestazioni" nell'ambito del regionalismo differenziato*, in *Gruppo di Pisa*, 8 aprile 2024; G. Bartoli, *I livelli essenziali delle prestazioni sociali: profili interpretativi*, in *www.amministrazioneincammino.luiss.it*.

ISSN 2036-7821

La determinazione puntuale del concetto di livelli essenziali delle prestazioni esige un'attenta opera di bilanciamento fra la componente tecnica, giuridica ed economica. E, poiché dal modo di tratteggiare la nozione di LEP possono discendere effetti per la finanza pubblica in chiave redistributiva e allocativa delle risorse, la responsabilità definitoria non può che spettare al decisore politico.

L'art. 20, comma 2, L. 5 maggio 2009, n. 42 (recante "Delega al Governo in materia di federalismo fiscale"), coerentemente con le previsioni costituzionali, ha stabilito che è affidato alla disciplina statale il compito di definire tali livelli e che, fino a tale nuova determinazione, si considerano i LEP già fissati in base alla legislazione statale vigente.

Particolare rilievo assume, nel processo di enucleazione e finanziamento dei LEP, la definizione dei fabbisogni e dei costi standard – vale a dire, la quantificazione delle prestazioni da erogare e l'ammontare delle risorse necessarie alla relativa erogazione.

L'art. 13, D.lgs. 6 maggio 2011, n. 68 (recante "Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario") ha, inoltre, delineato un procedimento per la definizione, il finanziamento e l'attuazione degli stessi LEP, articolandolo nelle seguenti fasi: (*i*) indicazione, da parte della legge statale, delle modalità di determinazione dei LEP che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale con contestuale definizione delle macroaree di intervento, ciascuna delle quali omogenea per tipologia di servizi offerti, indifferentemente dal livello di governo cui spetta l'erogazione; (*ii*) determinazione, per ciascuna macroarea, dei costi e dei fabbisogni standard, oltre che delle metodologie di monitoraggio e valutazione dell'efficienza e appropriatezza dei servizi offerti; (*iii*) proposizione, da parte del Governo, nell'ambito del disegno di legge di bilancio o con apposito disegno di legge collegato alla legge di bilancio, previo parere della Conferenza unificata, di disposizioni normative finalizzate ad allineare ai LEP i costi e fabbisogni standard dei diversi livelli di governo e gli obiettivi di servizio[47]; (*iv*) ricognizione, con d.P.C.M. adottato d'intesa con la Conferenza unificata e previo parere delle Commissioni parlamentari competenti per i profili di carattere finanziario, dei LEP nelle materie dell'istruzione, dell'assistenza e del trasporto pubblico locale, con riguardo agli investimenti in conto capitale, nonché ricognizione dei livelli adeguati del servizio di trasporto pubblico locale.

[47] Come fa notare L. Casini, *Un argine contro l'esondazione legislativa del Governo? La Corte costituzionale e la legge di bilancio*, in *Quad. cost.*, 2019, 2, 432, la legge di bilancio e il suo iter di approvazione, ormai, «rappresentano l'esempio più evidente della c.d. esondazione legislativa che contraddistingue il rapporto tra politica e amministrazione».

ISSN 2036-7821

Attualmente, nel nostro ordinamento sono rinvenibili molteplici normative di matrice statale che hanno individuato livelli essenziali nelle materie di competenza concorrente e in quelle di competenza esclusiva, alcune delle quali sono state adottate, nel corso del tempo, anche al di fuori dell'*iter* di cui all'art. 13 sopra citato[48].

Più di recente, l'art. 1 della legge di bilancio 2022 (L. 30 dicembre 2021 n. 234, commi 167 e 169) ha stabilito che, con d.P.C.M. e con decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, siano rispettivamente determinate le modalità attuative dei LEPS per le persone anziane non autosufficienti e definiti i LEPS negli altri ambiti socialmente sensibili individuati dall'art. 22, L. n. 328/2000, cit.

La norma fornisce una definizione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) – *species* del più ampio *genus* dei LEP, analogamente ai menzionati LEA – come gli interventi, i servizi, le attività e le prestazioni integrate che la Repubblica assicura con carattere di universalità su tutto il territorio nazionale per garantire qualità della vita, pari opportunità, non discriminazione, prevenzione, eliminazione o riduzione delle condizioni di svantaggio e di vulnerabilità (comma 159)[49].

I livelli essenziali sono assicurati dalla Repubblica "in coerenza con i principi e i criteri indicati agli articoli 1 e 2 della legge 8 novembre 2000, n. 328"[50]: tale richiamo è

[48] A tal proposito, è possibile distinguere tra: a) norme che hanno determinato direttamente i LEP, senza considerare necessari ulteriori interventi attuativi da parte di altre fonti normative. Si tratta, per lo più, di norme di carattere procedimentale, quali, ad esempio, quelle individuate dall'art. 29, commi 2-bis e 2-ter, L. 7 agosto 1990, n. 241 – introdotti dall'art. 10, L. 18 giugno 2009, n. 69 – in materia di obblighi della pubblica amministrazione con riguardo ad alcuni istituti o diritti dei soggetti interessati nell'ambito del procedimento amministrativo; b) norme che fanno espresso rinvio ad altre fonti, in particolare a decreti legislativi o a fonti secondarie quali d.P.C.M. o a decreti ministeriali. In linea generale, il legislatore rimanda ai decreti legislativi quando intende conferire valore di norma di rango primario a LEP la cui definizione non necessita di disposizioni che si connotino per un carattere eccessivamente tecnico: si pensi al caso dei LEP in materia di istruzione e/o formazione professionale (individuati con i D.Lgs. 19 febbraio 2004 n. 59, 15 aprile 2005 nn. 76 e 77, 17 ottobre 2005 n. 226) o del c.d. reddito di inclusione (Rei, introdotto come LEP da garantire uniformemente su tutto il territorio nazionale dal D.Lgs. 15 settembre 2017 n. 147, in attuazione della delega di cui alla L. 15 marzo 2017 n. 33). Viceversa, il ricorso alla fonte secondaria (decreti) prevale quando risulta necessario procedere a un'individuazione dettagliata e puntuale delle prestazioni da erogare (è il caso, per l'appunto, dei LEA in materia sanitaria, individuati dal d.P.C.M. 29 novembre 2001, aggiornato e modificato con d.P.C.M. 12 gennaio 2017); c) norme che hanno previsto prestazioni non espressamente configurate dal legislatore come LEP, ma individuate *ex post* come tali in sede ermeneutica, sulla base di conformi spinte operate dalla giurisprudenza costituzionale: basti qui menzionare, a mero titolo esemplificativo, il caso dei criteri di assegnazione delle case popolari, definiti dalla Corte costituzionale come LEP nella sentenza 26 marzo 2010 n. 121.

[49] Per completezza va segnalato, altresì, che il comma 172 dell'articolo 1 della stessa legge di bilancio per il 2022 ha fissato i LEP per il servizio di asili nido presso i comuni delle regioni a statuto ordinario e delle regioni Sicilia e Sardegna. La norma prevede il raggiungimento del LEP a partire dal 2027 con un apposito stanziamento di 1.100 milioni a decorrere dal medesimo anno. La stessa disposizione normativa prevede che dal 2022 al 2027 siano previsti gli obiettivi di servizio che gradatamente accompagnano il percorso fino al raggiungimento dei LEP nel 2027.

[50] Sui profili attuativi della L. n. 328/2000 e la disciplina delle prestazioni sociali, cfr. P. Torretta, *La legge n. 328/2000 e i livelli essenziali di assistenza sociale: dall'avvento del sistema integrato dei servizi sociali alla sua difficile attuazione*, in *Federalismi.it*, n. 23/2021, 191 ss.; G.M. Napolitano, *Le politiche socio-assistenziali tra Stato e Regioni a*

ISSN 2036-7821

senza dubbio da salutarsi favorevolmente, posto che la legge quadro in materia di assistenza sociale, anche dopo la riforma del Titolo V, è rimasta, grazie alla sua chiarezza, un costante riferimento per la successiva legislazione regionale che presidia la determinazione degli *standard* incomprimibili di prestazioni ai sensi della lett. *m*) del comma 2 in un contesto in cui l'assistenza sociale è transitata tra le materie di competenza residuale delle regioni di cui al comma 4 dello stesso art. 117.

In sede di prima applicazione delle disposizioni introdotte dalla L. n. 234/2021, cit., si sono individuati i LEPS, rimettendone la specifica determinazione contenutistica alla normazione secondaria statale[51].

Va, inoltre, menzionato l'art. 1, commi 791-798, L. 29 dicembre 2022 n. 197 (legge di bilancio 2023)[52], in quanto reca disposizioni in materia di accelerazione del processo di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP) definendo questi ultimi come "condizione per l'attribuzione di ulteriori funzioni" alle Regioni nelle materie di legislazione concorrente e in ulteriori materie o ambiti di materie riferibili ai LEP individuati dalla Cabina di regia secondo le ipotesi formulate dalla Commissione tecnica per i fabbisogni standard di cui all'art. 1, comma 29, L. n. 208/2015, cit.[53]. Merita di essere evidenziato, in particolare, il comma 791 in quanto,

---

venti anni dalla riforma della Costituzione, *ivi*, n. 20/2022, 101; nel senso che il principio universalistico costituisce il "biglietto da visita" della legge 328/2000, M.A. Cabiddu, *I servizi sociali nel dedalo delle riforme: il filo dei principi costituzionali*, in *Jus*, 2001, 303.

[51] Vanno, innanzitutto, menzionati i livelli individuati come prioritari nell'ambito del Piano Nazionale degli interventi e dei servizi sociali 2021-2023, approvato dalla Rete della protezione dell'inclusione sociale, ai sensi dell'art. 21, D.Lgs. 15 settembre 2017, n. 147 ("Disposizioni per l'introduzione di una struttura nazionale di contrasto alla povertà"): a) pronto intervento sociale; b) supervisione del personale dei servizi sociali; c) servizi sociali per le dimissioni protette; d) prevenzione dell'allontanamento familiare; e) servizi per la residenza fittizia; f) progetti per il "dopo di noi" e per la vita indipendente. Tutti i suddetti interventi si inscrivono nell'ambito delle attività di programmazione e coordinamento dei servizi, disciplinate dall'art. 23 D.Lgs. 15 settembre 2017, n. 147, il quale stabilisce al comma 4 che "l'offerta integrata di interventi e servizi secondo le modalità coordinate definite dalle regioni e province Autonome […] costituisce livello essenziale delle prestazioni nei limiti delle risorse disponibili". Rileva, poi, l'art. 1, comma 167, della stessa L. n. 234/2021, che ha demandato a uno o più d.P.C.M., su proposta del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro della Salute e con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa Intesa in sede di Conferenza Unificata, di definire "le modalità attuative, le azioni di monitoraggio e le modalità di verifica del raggiungimento dei LEPS medesimi per le persone anziane. Negli altri ambiti sociali diversi dalla non autosufficienza, si provvede con uno o più decreti del Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, in maniera da integrare i LEPS già definiti ai sensi degli artt. 5 e 23 d.lgs. 147/2017 e degli artt. 1 e 4 d.l. 28 gennaio 2019, n. 4, conv. con modif. dalla l. 28 marzo 2019, n. 27 e dell'art. 1, comma 797, l. 30 dicembre 2020, n. 178, raccordandosi altresì con gli obiettivi di servizio indicati dal d.P.C.M. 1° luglio 2021". Sulla portata della L. n. 234 si soffermano, fra gli altri, G. Ferraiuolo, *PNRR e correzione delle asimmetrie territoriali*, in *Rivista AIC*, n. 3/2022, 323 ss.; P. Torretta, *La legge di bilancio 2022 e l'assistenza sociale: qualche LEPS e tante "buone intenzioni"*, in *Federalismi.it*, n. 11/2022, 187 ss.

[52] Per un primo commento, G.M. Salerno, *Con il procedimento di determinazione dei LEP (e relativi costi e fabbisogni standard) la legge di bilancio riapre il cantiere dell'autonomia differenziata*, in *Federalismi.it*, 11 gennaio 2023.

[53] La Cabina di regia per la determinazione dei LEP è istituita presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, presieduta dal Presidente del Consiglio dei ministri e costituita da Ministri competenti nelle materie implicate

ISSN 2036-7821

sulla scorta della giurisprudenza costituzionale in materia, definisce i livelli essenziali come soglia di spesa costituzionalmente necessaria sebbene non tutte le prestazioni in essi incluse siano immediatamente quantificabili in termini economici[54].

Infine, un'ulteriore specificazione dei LEPS si è avuta con la l. 23 marzo 2023, n. 33 ("Deleghe al Governo in materia di politiche in favore delle persone anziane"), il cui art. 1 ha delimitato l'oggetto della delega al Governo facendola coincidere con "la tutela della dignità e la promozione delle condizioni di vita, di cura e di assistenza sociale delle persone anziane, attraverso la ricognizione, il riordino, la semplificazione, l'integrazione e il coordinamento, sotto il profilo formale e sostanziale, delle disposizioni legislative vigenti in materia di assistenza sociale, sanitaria e socio-sanitaria alla popolazione anziana"[55].

---

nei compiti e funzioni della Cabina stessa, oltre che dai Presidenti della Conferenza delle regioni e delle province autonome, dell'UPI e dell'ANCI. Sono stabiliti, al contempo, gli obiettivi che la Cabina è chiamata a conseguire, nonché le tempistiche di svolgimento delle attività ad essa affidate, le procedure di realizzazione di tali attività e le forme e modalità di interazione con le amministrazioni competenti nelle materie coinvolte e con la Commissione tecnica per i fabbisogni standard. La stessa normativa prevede, altresì, il Comitato per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni - CLEP, il cui Rapporto è consultabile al seguente link: *https://www.affariregionali.it/comunicazione/notizie/2024/gennaio/rapporto-finale-clep/*. Per una puntuale ricostruzione, v. pure il Dossier n. 18/0/1 dei Servizi Studi di Camera e Senato riferito all'atto AC N.643-bis/XIX e rinvenibile in documenti.camera.it/leg19/dossier/testi/AC0087.htm. In dottrina, V. Tondi della Mura, *Non è Voltaire: le pagine bianche (e quelle grigie) del «Rapporto finale» del Comitato per l'individuazione dei livelli essenziali delle prestazioni (Lep)*, in *Federalismi.it*, n. 15/2024, 201 ss.

[54] L'esempio della *performance* amministrativa in materia edilizia è riportato da G. Comazzetto, *La determinazione dei LEP e le prospettive della differenziazione regionale alcuni spunti ricostruttivi*, in *Forum di Amministrazione in cammino*, 9 maggio 2024, 54, per il quale la misurabilità dei LEP non può intendersi in senso strettamente economico.

[55] A tal fine è istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana (CIPA), presieduto dal Presidente del Consiglio o su sua delega dal Ministro del Lavoro e delle Politiche sociali. Detto organo, fra i suoi vari compiti, ha quello di adottare il "Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana" e il "Piano nazionale per l'assistenza e la cura delle fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana": entrambi tali piani, che hanno cadenza triennale e aggiornamento annuale, sono adottati previa Intesa in sede di Conferenza Unificata e sentite le parti sociali, le organizzazioni di settore e le associazioni rappresentative delle persone in condizioni di disabilità, in quadro di coinvolgimento nelle attività amministrative di tutti i livelli di governo e portatori di interessi. Nello specifico, le deleghe al Governo comprendono tre ambiti, essendo esse stabilite: in materia di invecchiamento attivo, promozione dell'inclusione sociale e prevenzione delle fragilità; in materia di assistenza sociale, sanitaria e sociosanitaria per le persone anziane non autosufficienti; in materia di politiche per la sostenibilità economica e la flessibilità dei servizi di cura e assistenza a lungo termine per le persone anziane e per le persone anziane non autosufficienti. Nell'esercizio della delega il Governo è abilitato a disciplinare peculiari aspetti organizzativi del sistema di erogazione delle prestazioni sociali in argomento (quali, ad es., la definizione degli standard di formazione del personale; la definizione di sistemi di monitoraggio dell'erogazione di tali LEPS e del correlato sistema sanzionatorio e di interventi sostitutivi; la promozione dell'integrazione tra Distretto sanitario e Ambiti territoriali sociali (ATS). Il dispiegamento di un intervento legislativo così puntuale, spiega la disposizione contenuta nell'art. 6 della legge delega, in forza della quale i procedimenti legislativi delegati al Governo richiedono un coinvolgimento di Regioni ed Enti locali territoriali, prevedendosi che gli schemi dei decreti legislativi relativi alle materie

ISSN 2036-7821

Le procedure di determinazione dei livelli essenziali secondo le disposizioni di cui all'art. 1, L. n. 197/2022, cit., sono state fatte salve, da ultimo, dall'art. 37, comma 4, D.Lgs. 3 maggio 2024 n. 62.

5. Dai Lea (ancora) da aggiornare alle prestazioni (non ancora) essenziali ma comunque finanziate dallo Stato: note critiche.

La recentissima sentenza 201/2024 della Corte costituzionale, depositata il 17 dicembre scorso, offre il destro per approfondire ulteriormente in chiave sistematica, con un rinnovato approccio critico, i rapporti tra spesa pubblica e prestazioni non essenziali.

L'ambito di riferimento è, per l'appunto, quello dell'erogazione dei servizi assistenziali.

Nella fattispecie, si trattava di verificare se alcune prestazioni finanziate da una regione in piano di rientro fossero riconducibili al *genus* delle prestazioni extra-LEA e, soprattutto, se la loro erogazione determinasse un incremento della spesa sanitaria regionale.

Ad avviso della Corte, un simile accertamento "non può risolversi nella mera constatazione della mancata menzione delle prestazioni indicate nelle disposizioni regionali impugnate – *screening* e trattamento di fibromialgia ed elettrosensibilità presso ambulatori dedicati, anche multidisciplinari – nell'elenco di quelle garantite dal SSN ai sensi del d.P.C.M. 12 gennaio 2017. Elenco, peraltro, rimasto da allora immutato, nonostante le previsioni dell'art. 1, commi da 556 a 558, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilita` 2016)», affidino a un'apposita «Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale» (comma 556) il compito di formula[re] annualmente una proposta di aggiornamento dei [medesimi] LEA» (comma 558), «al fine di garantire l'efficacia e l'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate dal Servizio sanitario nazionale nell'ambito dei LEA, anche in relazione all'evoluzione scientifica e tecnologica» (comma 556)".

Come aggiunge la stessa Consulta, "per svolgere l'accertamento in modo compiuto, occorre, infatti, valutare l'effettiva portata normativa delle disposizioni regionali impugnate, anche alla luce dei lavori preparatori, tenendo conto sia della loro formulazione testuale, sia della loro collocazione sistematica nel quadro dell'intera

suindicate, previa Intesa in sede di Conferenza Unificata, "sono trasmessi alle Camere per l'espressione dei pareri delle Commissioni parlamentari competenti per materia e per i profili finanziari, che si pronunciano nel termine di trenta giorni dalla data di trasmissione, decorso il quale i decreti legislativi possono essere adottati".

ISSN 2036-7821

legge reg. Calabria n. 8 del 2024, nonché, in via ulteriore, della loro connessione con la normativa statale in materia".

Ebbene, da tali premesse conseguono le statuizioni di merito: "Nel quadro normativo così ricostruito, risulta, pertanto, innegabile la stretta connessione fra le disposizioni statali inerenti al predetto fondo per la fibromialgia e le disposizioni regionali impugnate, là dove le medesime promuovono l'istituzione, sul territorio calabrese, di ambulatori anche multidisciplinari dedicati alla diagnosi e alla cura della fibromialgia. Queste ultime, in quanto attuative delle prime, devono, però, operare nei limiti delle risorse statali assegnate alla Regione Calabria (che, nei lavori preparatori della legge regionale impugnata, risultano ancora intatte e quindi utilizzabili «per progetti coerenti con il decreto ministeriale di assegnazione»), nonché delle finalità indicate dal legislatore statale. Pertanto, le disposizioni impugnate, nelle parti concernenti la fibromialgia, non incorrono nel divieto di spese non obbligatorie, di cui all'art. 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004, in quanto – in attesa dell'inserimento di tale sindrome fra le patologie la cui diagnosi e cura è a carico del Servizio sanitario nazionale, – provvedono alla realizzazione di prestazioni comunque previste e finanziate dallo Stato, grazie allo specifico fondo istituito nel 2021. In questa particolare prospettiva, le prestazioni in discorso, pur riconducibili al *genus* delle prestazioni extra-LEA, ne costituiscono una *species* particolare: in quanto finanziate direttamente dallo Stato, infatti, esse non generano alcun incremento di spesa a carico del bilancio regionale, idoneo a pregiudicare la copertura delle spese per i LEA".

Viceversa, la previsione delle prestazioni di diagnosi e cura inerenti alla elettrosensibilità, in quanto non comprese fra quelle la cui erogazione è stata prevista e finanziata dal legislatore statale attraverso il fondo di cui al citato art. 1, comma 972, della legge n. 234 del 2021, né inserite fra le prestazioni essenziali di cui al d.P.C.M. 12 gennaio 2017, genera un incremento della spesa sanitaria regionale inerente a prestazioni non essenziali, incompatibile con il divieto di spese non obbligatorie[56].

La pronuncia si chiude con un doppio monito rivolto dalla stessa Corte ai suoi due interlocutori istituzionali: da un lato, il sollecito alla regione affinché provveda a dare

[56] Le ragioni sono specificate nel 2.3 del *Considerato in diritto*: "I richiamati argomenti, mentre inducono a respingere le censure di illegittimità costituzionale promosse dal ricorrente in riferimento agli artt. 117, terzo comma, e 81, terzo comma, Cost., nei confronti dei commi 1 e 2 dell'art. 1 della legge reg. Calabria n. 8 del 2024, là dove dispongono che la Regione Calabria promuove l'istituzione di ambulatori anche multidisciplinari per la diagnosi e la terapia della fibromialgia, non consentono, viceversa, l'estensione della previsione di tali prestazioni per l'elettrosensibilità. Tale estensione – frutto di un emendamento presentato in commissione e poi approvato in consiglio – fuoriesce, infatti, dal raggio di operatività della normativa statale inerente al fondo per la fibromialgia, attenendo a una sindrome, l'elettrosensibilità, diversa dalla prima, peraltro finora neppure riconosciuta quale patologia in senso tecnico dagli organismi internazionali (OMS) e interni di ricerca medica".

ISSN 2036-7821

al più presto attuazione alle misure previste dal legislatore statale (art. 1, comma 792, L. n. 234/2021 e d.m. 8 luglio 2022), impiegando le risorse a ciò appositamente destinate e ad oggi non ancora utilizzate; dall'altro, l'invito al Governo a ché si pervenga in tempi rapidi, secondo le procedure e le modalità stabilite e in linea con le indicazioni del progresso scientifico e medico, all'aggiornamento dei LEA [57], la cui individuazione è ferma al 2017.

Se apprezzabile è senz'altro la sottolineatura del legame fra l'attuazione del piano di rientro e la garanzia di servizi essenziali al passo con le nuove evidenze scientifiche e gli sviluppi tecnologici, qualche perplessità potrebbe suscitare un'eventuale assimilazione *quoad effectum* dei livelli essenziali a prestazioni diverse purché finanziate dallo Stato.

Per quanto, infatti, si possa convenire circa il divieto per le regioni in *deficit* di introdurre nuove spese incidenti sulle voci del proprio bilancio relative alla spesa sanitaria[58], l'approccio sostanzialista per il quale la Corte costituzionale sembra propendere finisce con il mettere in ombra proprio il procedimento per l'aggiornamento dei LEA quale è stato fissato dalla legge di stabilità per il 2016 (art. 1, commi 554 e 559, L n. 208/2015, cit.)[59].

Non si tratta, tanto, di assicurare un ossequio puramente formale alle procedure indicate dal legislatore quanto di evitare che il finanziamento di una prestazione extra-LEA da parte dello Stato, nella misura in cui produce effetti equivalenti a quelli di una prestazione inclusa nei livelli essenziali, possa affievolire la motivazione ad aggiornare gli stessi LEA come pure la normativa prevede.

La ricostruzione teorica della spesa costituzionalmente necessaria si rinviene, non a caso, nella stessa giurisprudenza costituzionale: nelle decisioni più recenti si afferma, testualmente, che la Corte "in reazione ad una prassi legislativa troppo incline a effettuare pesanti «tagli lineari» (sentenze n. 63 del 2024 e n. 220 del 2021) anche sulla sanità (sentenza n. 154 del 2017), ha introdotto a partire dalla sentenza n. 169 del 2017, la nozione di «spesa costituzionalmente necessaria» (ripresa poi nelle sentenze

[57] Nel formulare il suo auspicio, la Corte evidenzia che tale aggiornamento è ormai divenuto indifferibile, in considerazione della più volte riconosciuta «primazia della tutela sanitaria» (sentenze n. 142 del 2021 e n. 62 del 2020), nonché della necessità di evitare che i cittadini residenti in regioni sottoposte a piano di rientro siano posti nella condizione di non poter usufruire di prestazioni – che, peraltro, ove finalizzate all'attività di prevenzione, sono, per loro natura, in grado di produrre, nel medio-lungo periodo, risparmi di spesa addirittura superiori all'immediato contenimento dei costi – rivelatesi essenziali alla luce di sopravvenute evidenze scientifiche, a garanzia delle quali il medesimo piano di rientro è sottoscritto (cfr. *Considerando in diritto*, 2.5).

[58] Per una recente applicazione giurisprudenziale confermativa, Corte cost., n. 197/2024, cit.

[59] Si ricorda, alla luce di quanto riportato *supra*, al § 2, che la procedura seguita per l'emanazione del D.p.c.m. 12 gennaio 2017 e per il suo successivo aggiornamento si basa sul d.P.C.M. adottato su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni e previo parere delle competenti Commissioni parlamentari.

ISSN 2036-7821

n. 220 del 2021, n. 197 del 2019 e n. 87 del 2018), funzionale a evidenziare che, in un contesto di risorse scarse, per fare fronte a esigenze di contenimento della spesa pubblica dettate anche da vincoli euro unitari, devono essere prioritariamente ridotte le altre spese indistinte, rispetto a quella che si connota come funzionale a garantire il «fondamentale» diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost., che chiama in causa imprescindibili esigenze di tutela anche delle fasce più deboli della popolazione, non in grado di accedere alla spesa sostenuta direttamente dal cittadino, cosiddetta out of pocket"[60].

Ne risulta una cornice in cui la realizzazione del nocciolo duro dei diritti passa per la responsabilità di tutti gli attori del sistema, tenuti a rispettare non solo i vincoli finanziari ma anche le regole e le procedure specificatamente dettate per il corretto dispiegarsi di poteri pubblici e vicende amministrative[61].

Se questo è lo sfondo, vale la pena di correre il rischio di una sostanziale irrilevanza delle forme e di depotenziamento del peso delle procedure? Sono da considerarsi sempre e comunque ricomprese nel perimetro della spesa costituzionalmente necessaria le prestazioni che, benché finanziate dallo Stato, si pongono al di fuori dell'area LEA?

Se c'è un procedimento formale per approvare i Lea [62] è lecito ritenere che basta lo stanziamento di un fondo da parte dello Stato per allentare l'obbligo di osservanza di

[60] Corte cost., 6 dicembre 2024 n. 195. Nel senso che «il compito e la responsabilità della politica è ben amministrare risorse scarse», W. Giulietti, *Funzione politica del bilancio e tutela dell'interesse finanziario tra tecnica e diritto*, in *Dir. econ.*, 2019, 2, 301, richiamando la concezione del bilancio costituzionalmente orientata ché assegna priorità al nucleo inviolabile dei diritti fondamentali.

[61] Come è stato attentamente messo in luce, il filo conduttore sotteso all'evoluzione ordinamentale che ha investito, fra gli altri, gli artt. 81, 97 e 117 della Costituzione, è rintracciabile nella volontà di valorizzare «figure istituzionali che per la loro terzietà ed indipendenza rispetto agli Esecutivi – nazionali e territoriali – come la Corte dei conti possano al meglio garantire la tenuta del sistema» (C. Chiappinelli, *op. cit.*, 39 s.). Ancora. Nella specifica prospettiva del raccordo fra risorse disponibili e tutele inderogabili, con particolare riguardo alla garanzia costituzionale dei diritti civili e sociali, si è rilevato che «il controllo apre a nuove e più articolate esperienze attuative, atteso l'impatto di molteplici normative – nelle loro declinazioni sempre più caratterizzate da fasi di confronto, se non di concertazione e tendenziale condivisione in sede di Conferenze – che ricade su livelli di governo e di amministrazione diversi. In questa direzione il controllo può ulteriormente sviluppare ulteriori potenzialità, dovendosi necessariamente bilanciare autonomia e responsabilità nelle differenti realtà territoriali e nelle crescenti interazioni anche tra livelli di governo diversi» (C. Chiappinelli, *op. cit.*, 40). Del resto, come la stessa Corte dei conti ha avuto modo di precisare, "la finanza pubblica, anche se costituisce la risultanza dell'azione di più livelli di governo, non può che essere considerata unitariamente; a ciò è connaturato un compiuto sistema dei controlli esterni, affidati ad un organo la cui indipendenza è garantita in Costituzione e che è dotato di una struttura a rete che ne avvicina l'attività alle comunità ed alle istituzioni locali" (Corte conti, sez. riun. contr., 29 settembre 2012 n. 24 - parere reso in ordine al d.l. 10 ottobre 2012 n. 174).

[62] Come si è visto nei paragrafi precedenti, il contesto in esame è costellato di prescrizioni formali e procedurali: si pensi all'attuazione della "perimetrazione sanitaria", assimilabile alla fase endoprocedimentale di un più ampio, strutturato e complesso procedimento, attraverso il quale viene esercitata la funzione pubblica di tutela della salute, in cui tutti gli attori coinvolti, nel pieno rispetto delle proprie specifiche competenze, sono tenuti a comportamenti idonei alla concreta attuazione della funzione pubblica stessa" (G. Giuliano, *op. cit.*, 241).

ISSN 2036-7821

quella procedura e assoggettare le prestazioni meramente finanziate allo stesso regime giuridico previsto per le prestazioni individuate con le forme e modalità previste dalla L. 208/2015 e finora declinate nei d.P.C.M del 2001 e del 2017?

ISSN 2036-7821