

**Sentenza:** n. 72 del 24 aprile 2020

**Materia:** determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale - tutela della salute

**Giudizio:** legittimità costituzionale in via principale

**Ricorrente:** Presidente del Consiglio dei ministri

**Parametri invocati:** articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, in relazione all'articolo 1, commi 2 e 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421), all'articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016) e al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502).

**Oggetto:** articolo 1, commi 1 e 2 della legge della Regione Puglia 28 marzo 2019, n. 6, recante (Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) - LEA sociosanitari - Quote di compartecipazione),

**Esito:** fondatezza della questione sollevata

**Estensore nota:** Caterina Orione

### **Sintesi:**

Le disposizioni impugnate dispongono: articolo 1, al comma 1 viene stabilito un sistema di erogazione dei LEA su base regionale, diverso da quello generale previsto dal d.p.c.m del 12 gennaio 2017 con riguardo alle persone non autosufficienti, alle persone con disabilità e alle persone con disturbi mentali, in quanto nel prospetto relativo alle prestazioni sopradescritte, i trattamenti residenziali e semiresidenziali sono limitati a determinate categorie di soggetti non autosufficienti: anziani e soggetti affetti da demenza; articolo 1, al comma 2 viene stabilito che le nuove quote di compartecipazione regionale ai trattamenti, di cui al comma 1, ove diverse da quelle attuali, si applicano a decorrere dalla data di sottoscrizione degli accordi contrattuali con le strutture accreditate

Secondo parte ricorrente, la limitazione, di cui al comma 1 sopradescritto, non troverebbe riscontro nell'articolo 30 del citato d.p.c.m., che farebbe generale riferimento alla condizione di non autosufficienza dei soggetti assistiti, senza prevedere alcun vincolo di età o la ricorrenza di alcuna specifica patologia per l'erogazione dei previsti trattamenti.

Quanto al comma 2, essendo privo di un termine certo a partire dal quale le quote di compartecipazione, stabilite a livello regionale, dovrebbero essere attuate, impedirebbe l'applicazione, sia pure temporanea e in ogni caso determinerebbe il differimento dell'efficacia dell'articolo 30 del citato d.p.c.m., che invece, nello stabilire le quote di compartecipazione del Servizio sanitario per i trattamenti in questione, ne prevede l'entrata in vigore dal giorno successivo alla data di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del decreto stesso. Inoltre, sempre lo stesso comma 2, poiché subordina l'applicazione delle nuove quote a decorrere dalla data di sottoscrizione degli accordi contrattuali con le strutture accreditate e questo comporterebbe disparità e disomogeneità

nella loro applicazione a livello regionale, in quanto la decorrenza degli accordi contrattuali potrebbe differire da struttura a struttura, a seconda dei tempi della loro stipulazione.

La Corte preliminarmente riconosce l'ammissibilità delle censure formulate dal ricorrente in relazione al d.p.c.m. del 12 gennaio 2017, poiché è indubbio l'intrinseco collegamento del decreto con la competenza statale esclusiva in materia di «livelli essenziali delle prestazioni» (art. 117, secondo comma, lettera m, Cost.), come risulta dal petitum del ricorso ispirato alla chiara finalità di assicurare la continuità, la completezza e la tempestività nell'erogazione dei servizi sanitari essenziali. Il d.p.c.m. anche se non può considerarsi norma interposta nell'accezione formale desumibile dalla giurisprudenza costituzionale è *comunque indispensabile per conformare la disciplina "sostanziale" dei procedimenti legislativi di attuazione dell'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost. in tema di programmazione, finanziamento ed erogazione dei servizi in ambito regionale e di quelli riguardanti i conseguenti procedimenti amministrativi.*

La censura di illegittimità costituzionale delle disposizioni sopradescritte è giudicata fondata dalla Corte.

I LEA rappresentano "standard minimi" (sentenza n. 115 del 2012) da assicurare in modo uniforme su tutto il territorio nazionale affinché sia evitato che, in parti del territorio nazionale, gli utenti debbano assoggettarsi ad un regime di assistenza sanitaria inferiore, per quantità e qualità, a quello ritenuto fondamentale e *intangibile* dallo Stato. Le Regioni, nell'ambito della loro competenza concorrente in materia di diritto alla salute, possono solo migliorare i livelli essenziali di erogazione delle prestazioni (sentenza n. 125 del 2015), generali e indefettibili stabilite con una disciplina uniforme su tutto il territorio nazionale.

Questo aspetto, è intrinsecamente l'espressione di una competenza del legislatore statale "*idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle*" (sentenza n. 231 del 2017).

La previsione di cui all'articolo 1, comma 1, della legge regionale costituisce invece un'indebita restrizione e limitazione delle prestazioni essenziali, che si concretizza in una riduzione del novero dei beneficiari delle prestazioni socio-sanitarie, senza che di tale facoltà si trovi riscontro nel d.p.c.m. del 2017, che costituisce il provvedimento finale del procedimento di individuazione dei LEA e quindi attua e specifica l'articolo 117, secondo comma, lettera m), Costituzione.

La Corte altresì ricorda che la determinazione, il finanziamento e l'erogazione dei LEA compongono un sistema articolato il cui bilanciamento è assicurato "*dalla sinergica coerenza dei comportamenti di tutti i soggetti coinvolti nella sua attuazione*" (sentenza n. 62 del 2020), tanto che in sede di programmazione finanziaria, i costi unitari fissati dal d.p.c.m. del 12 gennaio 2017 sono funzionali alla determinazione quantitativa e qualitativa in sede previsionale "*sulla base del fabbisogno storico delle singole realtà regionali e sulle altre circostanze, normative e fattuali, che incidono sulla dinamica della spesa per le prestazioni sanitarie. Successivamente tale proiezione estimatoria [viene] aggiornata in corso di esercizio sulla base delle risultanze del monitoraggio del Tavolo tecnico di verifica*" (sentenza n. 62 del 2020).

La sostanziale elusione di tale meccanismo di garanzia delle prestazioni afferenti ai LEA, espresso con la disposizione de quo ha dunque una ripercussione rilevante, in termini di effettività, sull'attuazione dell'articolo 117, secondo comma, lettera m) Costituzione.

Così come ugualmente, l'articolo 1, comma 2, che prevede un sistema differito (solo a conclusione degli accordi contrattuali con strutture accreditate) per l'attuazione "regionale" delle quote di

compartecipazione, rende temporaneamente inapplicabile il d.p.c.m. del 12 gennaio 2017.

La Corte, nel giudicare fondata la questione di illegittimità costituzionale nei termini prospettati, ribadisce che *il legislatore regionale non ha il potere di interferire nella determinazione dei LEA, la cui articolata disciplina entra automaticamente nell'ordinamento regionale afferente alla cura della salute, né tantomeno di differirne in blocco l'efficacia. Infatti i costi, i tempi e le caratteristiche qualitative delle prestazioni indicate nel decreto e nelle altre disposizioni statali che si occupano di prescrizioni indefettibili in materia sanitaria comportano nei diversi ambiti regionali – attraverso una dialettica sinergia tra Stato e Regione (sentenza n. 169 del 2017) – un coerente sviluppo in termini finanziari e di programmazione degli interventi costituzionalmente necessari.*