GRUPPO di PISA
Dibattito aperto sul Diritto e la Giustizia Costituzionale

LA RECENTE GIURISPRUDENZA COSTITUZIONALE SUGLI EXTRA LEA: SEGNALI DI APERTURA CHE RAFFORZANO L'ESIGIBILITÀ DEL DIRITTO ALLA SALUTE NELLE REGIONI IN PIANO DI RIENTRO? [*]

ARIANNA PITINO[**]

SOMMARIO: 1. Sistemi sanitari regionali e tutela del diritto alla salute: i LEA sanitari e gli *extra* LEA. - 2. I Piani di rientro dal *deficit* sanitario: tra principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica, tutela della salute e leale collaborazione tra Stato e Regioni. - 3. La giurisprudenza costituzionale "consolidata" sui Piani di rientro e gli *extra* LEA. - 4. La Corte costituzionale (sent. n. 161/2022) dichiara l'incostituzionalità della legge pugliese che introduce il NIPT *test* in quanto *extra* LEA: osservazioni critiche. - 5. Segnali di apertura nella giurisprudenza costituzionale sui Piani di rientro e gli *extra* LEA. Verso una maggiore esigibilità del diritto alla salute nelle regioni in Piano di rientro? - 6. LEA ed *extra* LEA nelle regioni in Piano di rientro nella prospettiva del diritto alla salute e dell'autonomia regionale: considerazioni conclusive.

1. *Sistemi sanitari regionali e tutela del diritto alla salute: i LEA sanitari e gli* extra *LEA*

A partire dalle riforme sanitarie degli anni Novanta e poi da quella del Titolo V della Costituzione con legge costituzionale n. 3/2001, il governo condiviso della salute tra lo Stato e le regioni sembra essere diventato il metodo principale per assumere le decisioni più rilevanti per il Servizio sanitario nazionale (SSN), tra cui, in particolare, la definizione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), la programmazione, il finanziamento e la definizione dei principi fondamentali di contenimento della spesa

[*] Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo. Il presente contributo è destinato al volume PRIN2020 a cura di D. MORANA, *La salute tra i diritti e nei territori: questioni di diritto costituzionale*, Giappichelli, 2025 (in corso di pubblicazione).

[**] Professoressa associata di diritto costituzionale e pubblico presso l'Università degli studi di Genova.

pubblica sanitaria, relativamente alla quale ci si concentrerà in particolare sui Piani di rientro dai disavanzi sanitari[1].

Il d.lgs. n. 502/1992 (art. 1, cc. 2 e 7, come modificati dal d.lgs. n. 229/1999)[2] individua i LEA come strumento per declinare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie sotto il profilo clinico, organizzativo e temporale[3]. I LEA definiscono infatti l'effettivo «contenuto prestazionale del diritto alla salute»[4], cioè i servizi, le prestazioni sanitarie, gli *standard* qualitativi e organizzativi dei SSR ai quali ogni persona deve poter accedere in condizioni di eguaglianza e senza limitazioni, indipendentemente dal luogo di residenza sul territorio nazionale (v. Corte cost., sentt. nn. 282/2002, 387/2007 e 271/2008).

I LEA, pur formalmente attribuiti dalla Costituzione alla potestà legislativa esclusiva dello Stato (art. 117, c. 2, lett. m), in ossequio al principio di leale collaborazione sono definiti previa intesa tra lo Stato e le regioni, visto che, per loro natura, incidono in modo trasversale sulle competenze concorrenti e residuali delle regioni concernenti la tutela della salute e l'assistenza sociosanitaria (sull'imprescindibilità dell'intesa tra lo Stato e le Regioni si vedano in particolare le sentt. nn. 88/2003 e 134/2006)[5]. Nella notissima sent. n. 282/2002, la Corte costituzionale ha affermato che il legislatore, quando interviene a definire i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e i diritti sociali, pone «le norme necessarie per assicurare a tutti, sull'intero territorio nazionale, il godimento di

[1]Si vedano, in particolare, le sentenze nn. 88/2003 e 134/2006 (in materia di Lea), le sent. nn. 98/2007, 203/2008 e 40/2010 (sull'imposizione dei *ticket*) e, a livello normativo, il d.lgs. n. 68/2011, artt. 26-30, sull'individuazione del «fabbisogno nazionale *standard*».

[2] Si veda già prima l'art. 3, c. 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, nella quale si trova già un riferimento ai «livelli delle prestazioni sanitarie che devono essere, comunque, garantite a tutti i cittadini», la cui fissazione veniva demandata al Piano sanitario nazionale.

[3] Si veda a questo proposito R. BALDUZZI, *L'appropriatezza in sanità. Il quadro di riferimento legislativo*, in N. FALCITELLI, M. TRABUCCHI, F. VANARA (a cura di), *Rapporto Sanità 2004*, Fondazione Smith Kline, Bologna, 2004, 73 ss.

[4] Così R. BALDUZZI, D. SERVETTI, *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in R. BALDUZZI, G. CARPANI (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna 2013, 81.

[5] Le prestazioni riconducibili ai LEA, garantite dal SSN, sono state definite per la prima volta nell'Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001 (v., già prima, l'Accordo dell'8 agosto 2001), successivamente riprodotto nel d.P.C.M. 29 novembre 2001, secondo la procedura prevista dall'art. 6, c. 1 del d.-l. n. 347/2001, convertito in legge n. 405/2001. Dopo l'entrata in vigore del nuovo Titolo V della Costituzione, l'art. 54, c. 3 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 (legge finanziaria 2003) ha sostanzialmente confermato i LEA del d.P.C.M. 29 novembre 2001 e disposto la procedura per la loro modifica riprendendo quella già prevista dal d.-l. n. 347/2001 (decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano). L'art. 1, c. 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005) ha disposto che con regolamento del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze adottato ai sensi dell'art. 17, c. 3 della legge 23 agosto 1988, n. 400, sono fissati gli *standard* qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza. La Corte cost. nella sent. n. 134/2006 ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 1, c. 169 della legge n. 311/2004, nella parte in cui prevedeva che il regolamento del Ministro della salute, con cui sono fissati gli *standard* e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, è adottato «*sentita* la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano», anziché «*previa intesa* con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano».

prestazioni garantite» come contenuto essenziale dei corrispondenti diritti[6]. Il d.P.C.M. 12 gennaio 2017 nel definire i LEA individua, in concreto, oltre seimila prestazioni sanitarie, che rappresentano la misura della globalità delle prestazioni sanitarie garantite dal SSN a tutti e in modo omogeneo sul territorio nazionale[7]. Più di recente, la Corte costituzionale ha dichiarato che il finanziamento dei LEA rientra nella c.d. «spesa costituzionalmente necessaria» funzionale a garantire il «fondamentale» diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost. (sent. n. 195/2024 e, già prima, n. 169/2017).

Il d.lgs. n. 502/1992 (art. 1, c. 1, come modificato dal d.lgs. n. 229/1999) definisce il SSN come «il complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali», individuando così nelle regioni l'ente territoriale che deve rendere effettivo il diritto alla salute dei cittadini[8]. Alle regioni, titolari della competenza concorrente in materia di tutela della salute (art. 117, c. 3 Cost.), è dunque affidato il compito di provvedere all'organizzazione dei servizi sanitari nell'ambito dei rispettivi territori parametrandoli sugli effettivi bisogni di salute della popolazione residente, sulle specificità territoriali e sulle risorse delle collettività locali, in modo da garantire,

[6] Il finanziamento dei LEA in quanto «spesa costituzionalmente necessaria» risulta allo stesso tempo incomprimibile e impone allo Stato di garantirne il finanziamento. Già prima, con la sent. n. 275/2016 (sul diritto all'istruzione delle persone con disabilità) a proposito della definizione dei LEP di cui all'art. 117, c. 2, lett. *m* (alla cui categoria appartengono i LEA sanitari), la Corte costituzionale aveva specificato che il legislatore deve comunque tenere presente che è «la garanzia dei diritti incomprimibili ad incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione». In dottrina si vedano, tra gli altri, L. CARLASSARE, *Bilancio e diritti fondamentali: i limiti "invalicabili" alla discrezionalità del legislatore, in Giurisprudenza costituzionale*, 6/2016, 2339; A. LUCARELLI, *Il diritto all'istruzione del disabile: oltre i diritti finanziariamente condizionati*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 6/2016, 2343; D. MORANA, *La tutela della salute fra competenze statali e regionali: indirizzi della giurisprudenza costituzionale e nuovi sviluppi normativi*, in *Osservatorio AIC*, 1/2018, spec. 11 ss.; F. POLITI, *Il diritto alla salute fra esigenze di bilancio, tutela delle competenze regionali ed incomprimibilità dei livelli essenziali*, in *Corti Supreme e Salute*, 1/2018, 39 ss., C. DI COSTANZO, *Allocazione delle risorse e tutela della salute nella giurisprudenza costituzionale*, in *Diritti fondamentali*, 2/2021, spec. 34 ss.; C. EQUIZI, *Il limite delle risorse disponibili nella tutela dei diritti delle persone vulnerabili*, in *Diritti fondamentali*, 2/2023, spec. 697. Non sembrano invece condivisibili le conclusioni cui giungono C. FORTE, M. PIERONI, *La sentenza n. 195 del 2024 della Corte costituzionale: commento a prima lettura*, in *federalismi.it*, 8/2025, spec. 134 ss., a proposito del fatto che la sent. n. 195/2024 avrebbe reintrodotto, dopo la sent. n. 275/2016 (si vedano anche le sentt. nn. 169/2017 e 62/2020), la prospettiva del diritto alla salute come diritto finanziariamente condizionato, già espressa negli anni Novanta del secolo scorso (si veda, in particolare, la sent. n. 455/1990). Le espressioni letterali usate dalla Corte costituzionale sembrano infatti dipendere dall'oggetto specifico della sent. n. 275/2016 e non dalla volontà di rimettere in discussione la prioritaria tutela dei diritti fondamentali declinati nei LEP rispetto ai vincoli di bilancio, che si evince dalla lettura sistematica della giurisprudenza costituzionale (tra le altre, si veda anche la sent. n. 192/2024 sul c.d. regionalismo differenziato, punto 14 del considerato in diritto), soprattutto successiva al 2016, nonché della normativa in ambito sanitario (d.lgs. n. 502/1992 e d.lgs. n. 68/2011).

[7] R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale*?, in *Scritti in onore di Angelo Mattioni*, Milano, 2011, 57 ss. e ID., *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia. Le "lezioni" di alcuni Piani nazionali di ripresa e resilienza*, in *DPCE online*, 1/2023, 5, osserva come i LEA «svolgono l'impianto costituzionale e connotano in modo non riduttivo la sanità "sostenibile", sono un altro giusto vanto del nostro Paese, da completare con un analogo sforzo per quanto attiene al profilo socioassistenziale del bisogno».

[8] Si veda R. BALDUZZI, *Sul rapporto tra regionalizzazione e aziendalizzazione in campo sanitario*, in *Quaderni regionali*, 3/2008, 1035 ss.

uniformemente su tutto il territorio nazionale, i LEA definiti a livello statale[9] avvalendosi a tal fine di strutture pubbliche e private accreditate. [10].

Oltre a garantire i LEA, ogni regione può prevedere livelli aggiuntivi o ulteriori di assistenza sanitaria, i c.d. *extra* LEA, finanziando con risorse proprie le eventuali eccedenze di spesa (così l'art. 13, c. 1 d.lgs. n. 502/1992). Ciascun SSR può così garantire regimi di maggiore esenzione dalla compartecipazione al costo delle prestazioni di assistenza sanitaria per l'acquisto di farmaci e prodotti non classificati come farmaci (ad esempio farmaci in fascia C, stranieri e *off label*, integratori, cosmetici, prodotti dietetici, galenici e di medicazione, ecc...) e ulteriori prestazioni e servizi (ad es., la fornitura di ausili, protesi e alimenti speciali in aggiunta o sostituzione a quelli previsti nei LEA, prestazioni connesse a malattie rare, esami riconducibili alla medicina di laboratorio, ecc...) che non risultano inclusi nei LEA (e, dunque, non sono né obbligatori, né ricompresi nella quota di finanziamento pubblico statale)[11].

Come si avrà modo di approfondire, l'equilibrio dei bilanci sanitari regionali e l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza, efficacia ed efficienza sono i principali fattori che possono condizionare l'erogazione di prestazioni sanitarie ulteriori rispetto ai LEA da parte delle regioni. A livello regionale si possono dunque riscontrare differenze, anche significative, relativamente alla tutela della salute risultanti dall'erogazione dei LEA[12] e degli *extra* LEA[13]. Se, come già sopra osservato, la differenziazione regionale è parte del nostro modello di SSN, risulta però imprescindibile garantire condizioni uniformi di tutela della salute su tutto il territorio nazionale. Quando, al contrario, si verificano situazioni in cui la risposta a bisogni fondamentali di salute viene a dipendere dalla regione in cui si risiede, ciò determina

[9] Sul rapporto tra decentramento e principio di eguaglianza, si veda M. LUCIANI, *I diritti costituzionali tra Stato e regioni (a proposito dell'art. 117, c. 2, lett. m della costituzione)*, in *Politica del diritto*, 3/2002, spec. 349 ss. e R. BALDUZZI, *Livelli essenziali e risorse disponibili: un nodo costituzionale?*, cit., 57 ss.

[10] Si veda a questo proposito la sent. n. 74/2023 in cui la Corte costituzionale ha dichiarato incostituzionale una legge della Regione Campania che aveva ad oggetto la distribuzione delle RSA sul territorio, per non avere tenuto in adeguata considerazione le diverse esigenze assistenziali a livello territoriale.

[11] In tema di rimborsabilità da parte delle regioni di farmaci *extra* LEA si veda S. MABELLINI, *L'accesso ai farmaci: quale spazio per le Regioni?* e in merito alle malattie rare si veda C. PETRILLO, *Le malattie rare ed il ruolo delle Regioni*, entrambe in D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori: questioni di diritto costituzionale*, in corso di pubbl. La seconda sottolinea come le malattie rare potrebbero superare le 10.000 ma meno di 1.000 (circa) sono incluse nei LEA, circostanza che rende particolarmente significativo l'intervento delle regioni nel garantire come *extra* LEA servizi e prestazioni per la cura di malattie rare (comunque riconosciute tali da accreditati organi tecnico-scientifici).

[12] I LEA, infatti, sotto il profilo giuridico vincolano allo stesso modo tutte le Regioni, ma in concreto la tutela del diritto alla salute all'interno di esse può risultare anche molto differenziata a seconda del grado di appropriatezza, di qualità, di efficacia e di efficienza dei servizi e delle prestazioni sanitarie erogate da ciascun SSR, v. già V. ANTONELLI, E. GRIGLIO, *Tutela della salute*, in L. VANDELLI e F. BASSANINI (a cura di), *Il federalismo alla prova: regole, politiche, diritti nelle regioni*, Bologna, 2012, 46.

[13] Per quanto riguarda le prestazioni sanitarie aggiuntive fornite dai SSR l'art. 4, c. 1, lett. c) del *Patto della salute 2010-2012* (dopo aver ribadito che il finanziamento è a carico di ciascun SSR) ha imposto alle Regioni di presentare ogni anno una relazione tecnico-analitica sulla congruità del finanziamento destinato agli *extra* LEA (così da prevenire eventuali disavanzi sanitari).

una situazione incompatibile con l'art. 32 Cost. che tutela il diritto alla salute come *fondamentale* diritto dell'individuo e *fondamentale* interesse della collettività[14].

2. *I Piani di rientro dal deficit sanitario: tra principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica, tutela della salute e leale collaborazione tra Stato e Regioni*

L'art. 19-*ter* del d.lgs. n. 502/1992 (come modificato dal d.lgs. n. 229/1999) aveva già previsto la possibilità per lo Stato di intervenire nei confronti delle regioni in caso di problematiche relative all'erogazione delle prestazioni e dei servizi sanitari oppure inerenti alla spesa sanitaria[15], adottando una prospettiva secondo cui, senza trascurare le esigenze di tipo economico-finanziario, si valorizzava comunque la centralità del diritto alla salute. La legge 30 dicembre 2004, n. 311 (legge finanziaria 2005) e la successiva intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 (conseguita ai sensi dell'art. 8, c. 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in attuazione dell'art. 1, c. 173, della legge n. 311/2004) hanno proseguito in tale direzione, individuando nel Piano di rientro lo strumento più idoneo a conseguire, contemporaneamente, plurimi obiettivi riconducibili al diritto alla salute, tra cui il controllo della spesa sanitaria, la garanzia dei LEA in condizioni di efficienza e appropriatezza e, più in generale, una maggiore responsabilizzazione delle regioni rispetto ai profili finanziari, organizzativi e gestionali dei rispettivi SSR. Successivamente, la legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010) è intervenuta sulla disciplina dei Piani di rientro del 2004, prevedendo maggiori limiti all'autonomia regionale e rafforzando il potere di intervento dello Stato nei confronti delle regioni che non rispettano gli impegni così assunti (tramite atti statali unilaterali e la nomina di Commissari *ad acta*).

In generale, tale normativa prevede che lo Stato e le regioni che si trovano in situazione di *deficit* finanziario definiscono un Accordo, la cui parte sostanziale coincide con il Piano di rientro, che individua gli interventi di riorganizzazione, riqualificazione e potenziamento dei SSR con il duplice obiettivo di conseguire l'equilibrio di bilancio e di erogare i LEA in modo conforme allo *standard* di tutela del diritto alla salute definito a livello nazionale[16].

---

[14] Si veda ancora M. LUCIANI, *op. cit.*, 349, il quale, presupponendo il legame tra godimento dei diritti, eguaglianza e cittadinanza, sostiene che «la diminuzione della protezione di alcuni diritti oltre una certa soglia è interpretata come rottura del legame sociale che dà vita alla cittadinanza».

[15] M. BRANCA, *Dalla riforma alla razionalizzazione del servizio sanitario nazionale. La qualità delle prestazioni nel d.lgs. n. 229 del 1999*, in *Sanità pubblica e privata*, 12/1999, 1354 ss., sottolinea come alla fine degli anni Novanta sia stato avviato un processo di responsabilizzazione delle regioni rispetto alla qualità delle prestazioni e dei servizi erogati e della spesa sanitaria. La revisione del Titolo V della Costituzione ha in seguito sancito a livello costituzionale la responsabilizzazione delle regioni rispetto alla spesa sanitaria, come evidenziato da D. MORANA, *Il modello costituzionale sulla tutela della salute e la sua attuazione*, in D. MORANA, (a cura di), *La salute nella costituzione italiana*, Milano, 2002.

[16] Come osserva A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari. Studio sulle questioni costituzionali sottese all'applicazione dell'Accordo tra Stato e Regione per garantire la tutela della salute*, Pisa, ed. II, 2024, 13 s., i Piani di rientro non sono uno strumento sanzionatorio dell'autonomia, ma di responsabilizzazione delle regioni nei confronti dei propri cittadini e del SSN.

In plurime occasioni, la Corte costituzionale (sentt. nn. 98/2007, 193/2007, 94/2009, 100 e 141/2010, 91/2012 e 278/2014) ha giudicato non illegittime le limitazioni imposte dai Piani di rientro all'autonomia regionale facendo perno sui livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (art. 117, c. 2, lett. m), sulla potestà legislativa concorrente in materia di coordinamento della finanza pubblica e di tutela della salute (art. 117, c. 3 Cost.) e sugli artt. 81 e 119 Cost. relativamente all'equilibrio di bilancio come vincolo all'autonomia finanziaria delle regioni[17]. Considerato che i Piani di rientro sono improntati a un metodo consensuale e collaborativo tra lo Stato e le Regioni, ciò li ha sottratti alle eccezioni di incostituzionalità riferite all'eccessiva compressione dell'autonomia regionale da parte del livello statale determinata dagli interventi non solo di principio, ma anche di dettaglio, contenuti in essi. I Piani di rientro sono stati altresì riconosciuti idonei a svolgere la funzione di parametro interposto di costituzionalità nei giudizi aventi a oggetto la legislazione regionale contrastante con essi[18]. Se, infatti, è innegabile che i Piani di rientro comprimono l'autonomia regionale in materia di tutela della salute, il ricorso a tale strumento è stato però ritenuto ammissibile in base al principio di coordinamento della finanza pubblica nei confronti delle regioni che hanno violato «gravemente e sistematicamente gli obblighi derivanti dai principi della finanza pubblica» (Corte cost., sentt. n. 155/2011 e 219/2013); una circostanza che, di solito, si intreccia con l'inefficiente organizzazione e gestione dei SSR e la mancata erogazione dei LEA e, dunque, con l'insufficiente garanzia del diritto alla salute. Pertanto, la compressione, per un periodo di tempo determinato, dell'autonomia regionale in materia di tutela della salute è stata ritenuta funzionale a consentire alle regioni in Piano di rientro di intervenire sui rispettivi SSR per ripristinare, allo stesso tempo, l'equilibrio finanziario e la tutela della salute tramite la corretta erogazione dei LEA.

I principi fondamentali di coordinamento della finanza pubblica, assunti come prevalente base materiale dei Piani di rientro, limitano dunque trasversalmente l'autonomia delle regioni in ambito sanitario, sia per ciò che attiene alla potestà concorrente sulla tutela della salute (sent. n. 193/2007), sia rispetto ad alcuni profili che rientrano nella potestà regionale residuale (ad es. in materia di organizzazione amministrativa sanitaria, sent. n. 100/2010)[19]. Il Piano di rientro è quindi lo strumento

[17] Per un'esauriente analisi della giurisprudenza costituzionale sui Piani di rientro si rinvia a D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro: delegificazione dei principi fondamentali e asimmetria fra Stato e Regioni nel rispetto delle procedure di leale collaborazione*, in *Le Regioni*, 1-2/2014, 203 ss.

[18] Sul fondamento costituzionale dei Piani di rientro si veda, tra gli altri, E. INNOCENTI, *Il finanziamento della spesa sanitaria nella recente giurisprudenza costituzionale: tra tutela della salute, coordinamento della finanza pubblica e (in)attuazione dell'art. 119 Cost.*, in *Le Regioni*, 3/2008, 585 s., D. CABRAS, *Appunti sul tema del coordinamento della finanza pubblica tra Unione europea, Stato e autonomie territoriali*, in *Rivista AIC*, 2010, R. BALDUZZI, *Una proposta che coniuga l'autonomia con la coerenza di sistema*, in *Monitor*, 27/2011, 3 ss., consultabile al link www.agenas.it/agenas_pdf/Monitor%2027.pdf, G. CARPANI, *I Piani di rientro tra emergenze finanziarie e l'equa ed appropriata erogazione dei LEA*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, 2012, spec. 37 ss., T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari come limite alla competenza legislativa regionale*, in *Rivista AIC*, 4/2013, 3 ss.

[19] In generale cfr. G. RIVOSECCHI, *Il coordinamento della finanza pubblica: dall'attuazione del Titolo V alla deroga al riparto costituzionale delle competenze?*, in http://www.issirfa-spoglio.cnr.it/guido-

tramite cui lo Stato e le regioni provvedono *insieme* a garantire l'equilibrio finanziario e la tutela uniforme del diritto alla salute a livello nazionale. L'interesse statale all'equilibrio di bilancio e alla tutela della salute si fonde quindi con l'interesse regionale, assumendo la prospettiva per cui la garanzia delle condizioni uniformi di tutela dei diritti fondamentali non è un compito riservato esclusivamente allo Stato, ma richiede il necessario coinvolgimento e la responsabilizzazione delle regioni, configurando così un interesse nazionale della Repubblica italiana. Analogamente alla chiamata in sussidiarietà (Corte cost., sent. n. 303 del 2003) e al potere sostitutivo *ex* art. 120 Cost., anche il coordinamento della finanza pubblica che si sostanzia nella definizione del Piano di rientro non può prescindere dalla leale collaborazione tra lo Stato e le regioni[20].

L'equilibrio di bilancio e l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza, efficacia ed efficienza sono diventati, soprattutto per le regioni impegnate a ripianare i debiti sanitari, una condizione primaria e indefettibile per erogare anche livelli ulteriori di assistenza sanitaria o *extra* LEA, che possono riguardare sia il finanziamento di servizi e prestazioni ulteriori rispetto a quelle previste nei LEA e nei rispettivi Piani di rientro (Corte cost., sent. n. 51/2013), sia decisioni attinenti all'organizzazione sanitaria regionale (Corte cost., sent. n. 79/2013).

Come osservato ancora di recente dalla Corte costituzionale, «l'assoggettamento ai vincoli dei piani di rientro dal disavanzo sanitario impedisce di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali e per spese, dunque, non obbligatorie» secondo quanto previsto dall'art. 1, c. 174, della già sopra richiamata legge n. 311/2004 (sentt. nn. 161 e 242/2022 e, già prima, sentt. nn. 142 e 36/2021, nn. 62, 130 e 166/2020 e n. 197/2019). Alle regioni sottoposte a Piano di rientro, dunque, non è precluso l'esercizio della potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute, purché essa rimanga nei limiti previsti dal Piano stesso. In particolare, esse non possono introdurre prestazioni e servizi comunque riconducibili all'ambito sanitario ulteriori e ampliativi rispetto a quelli previsti come obbligatori dal d.P.C.M. 12 gennaio 2017 e, più in generale, dagli atti che concorrono a definire i LEA sanitari[21].

---

rivosecchi-il-coordinamento-della-finanza-pubblica-dall-attuazione-del-titolo-v-alla-deroga-al-riparto-costituzionale-delle-competenze-settembre-2013.html, 2013, spec. parr. 3 e 4.

[20] Sul principio di leale collaborazione e la tutela della salute si veda la recente sent. n. 114 del 2022 in cui la Corte costituzionale ha dichiarato incostituzionale una legge dello Stato che attribuiva fondi vincolati alle regioni senza avere attivato il procedimento di intesa con esse. Nella stessa sentenza la Corte costituzionale ha ricordato che il ricorso a strumenti di leale collaborazione (intesa o parere) sono richiesti quando vi sia un intreccio, una interferenza o un concorso di competenze legislative, che non permetta di individuare un «*ambito materiale che possa considerarsi nettamente prevalente sugli altri*»; oppure, nei casi di attrazione in sussidiarietà della competenza allo Stato, ai sensi dell'art. 118, c. 1, Cost. A proposito del principio di leale collaborazione e il potere sostitutivo, si veda V. TAMBURRINI, *La tutela della salute tra esigenze di omogeneità e rispetto della leale collaborazione: lo strumento dei poteri sostitutivi statali*, in D. MORANA (a cura di), *La salute tra i diritti e nei territori. Diritto alle cure, digitalizzazione e innovazione tra Stato e Regioni*, Torino, 2025, in corso di stampa.

[21] Va infatti considerato che in ambito sanitario vi sono numerosi atti normativi e non che specificano e integrano il contenuto del d.P.C.M. 12 gennaio 2017, adottati anch'essi dallo Stato d'intesa con le regioni. Ne è un esempio il decreto tariffe previsto dall'art. 64, c. 2 del d.P.C.M. 12 gennaio 2017 (v. nota 33), la cui mancata approvazione ha impedito per oltre sette anni l'entrata in vigore di una parte dei LEA

3. *La giurisprudenza costituzionale "consolidata" sui Piani di rientro e gli extra LEA*

La Corte costituzionale, ancora di recente, ha definito i LEA uno strumento per «contemperare la tutela della salute con il complessivo equilibrio finanziario del sistema sanitario» (sent. 161/2022). Se la garanzia dei LEA è finalizzata a rispondere ai bisogni essenziali di salute delle persone, le regioni dovrebbero riuscire, auspicabilmente, a garantire livelli di assistenza sanitaria superiori ai LEA, nella forma appunto degli *extra* LEA, utilizzando risorse proprie e senza produrre debito sanitario[22].

L'erogazione di *extra* LEA da parte delle Regioni sottoposte a Piano di rientro è stata ritenuta incostituzionale poiché contrastante con il principio di coordinamento della finanza pubblica, cui si accompagna il rischio di aggravare una situazione finanziaria già compromessa; inoltre, l'introduzione di prestazioni e servizi sanitari non previsti nei Piani è causa di un secondo motivo di illegittimità costituzionale delle leggi regionali derivante dalla violazione del principio di leale collaborazione tra lo Stato e le regioni su cui si basa la stessa definizione del Piano. A ciò va aggiunta l'ulteriore considerazione per cui la riorganizzazione dei SSR e l'erogazione dei LEA in condizioni di appropriatezza, efficacia ed efficienza, oltre a ripristinare l'equilibrio finanziario, può rendere disponibili all'interno delle regioni le risorse necessarie a finanziare gli *extra* LEA[23].

La Corte costituzionale ha riconosciuto al Piano di rientro la possibilità di limitare - anche a saldi invariati - le decisioni regionali concernenti il finanziamento di singole voci sanitarie *extra* LEA, con il risultato di comprimere in modo significativo non solo la potestà legislativa in materia di tutela della salute ma anche l'autonomia politica delle regioni (così la sent. n. 104/2013, una delle prime riguardante la Regione Abruzzo, in cui sono stati dichiarati incostituzionali i rimborsi riconosciuti dalla legislazione regionale a cittadini affetti da malattie oncologiche)[24].

---

definiti nel 2017 (relativi all'assistenza specialistica ambulatoriale e all'assistenza protesica). Inoltre, può essere utile ricordare come i LEA in ambito sanitario includono non solo i servizi e le prestazioni sanitarie ai quali ogni persona deve poter accedere in condizioni di eguaglianza su tutto il territorio nazionale, ai sensi del d.P.C.M. 12 gennaio 2017, ma anche gli atti che definiscono gli *standard* qualitativi e organizzativi, da cui dipende l'effettiva attuazione e la sostenibilità, anche finanziaria, dei LEA. Sono un esempio in tal senso il decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, *Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera* e il più recente decreto del Ministro della salute 23 maggio 2022, n. 77, *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*.

[22] Così Corte cost., sent. n. 76/2023 in cui si afferma che le regioni sono chiamate a garantire «(almeno) i livelli essenziali di assistenza sanitaria».

[23] Sulla possibilità per le regioni di aumentare «la portata e la garanzia sia dei diritti civili che di quelli sociali» si veda E. ROSSI, *Principi e diritti nei nuovi Statuti regionali*, in *Rivista di diritto costituzionale*, 2005, spec. 62 e 64.

[24] A. PATANÈ, *op. cit.*, 103, osserva come determinate decisioni da parte della Giunta e del Consiglio regionale «possono rappresentare un banco di prova ai fini della responsabilità politica nei confronti dell'elettorato della propria regione». Sul punto si vedano inoltre I. CIOLLI, *Poteri sostitutivi statali, piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria. Tra disuguaglianze e tentativi di emarginazione della*

La potestà normativa regionale riguardante gli *extra* LEA può essere limitata non solo dai Piani di rientro propriamente intesi, ma anche dai programmi operativi di prosecuzione del rientro dal disavanzo sanitario e dalle misure di monitoraggio equiparabili, assumendo come parametri di costituzionalità tutti gli atti e le norme che, a vario titolo, concorrono a determinare il contenuto dei LEA e la relativa disciplina, impedendo in ogni caso alle regioni di incrementare la spesa sanitaria e/o di introdurre servizi e prestazioni sanitarie aggiuntive (sentt. nn. 190/2022, 130/2020 e 242/2022). Soltanto le prestazioni incluse nei LEA (purché risultino in vigore, come si dirà meglio tra breve) possono essere erogate in regime di esenzione, senza possibilità di deroga alcuna da parte delle regioni in Piano di rientro (così nelle sentt. nn. 28/2021, 242/2022 e 134/2023). Come già ricordato, il risanamento dei conti pubblici regionali (e, di riflesso, di quelli nazionali) e l'obiettivo di migliorare la garanzia dei LEA giustificano la compressione dell'autonomia regionale. Un sacrificio temporaneamente richiesto e concordato con le regioni affinché queste, e l'intero SSN, possano godere di un beneficio maggiore in futuro.

In generale, la giurisprudenza della Corte costituzionale sui Piani di rientro e gli *extra* LEA si presenta piuttosto consolidata nel riconoscere il carattere vincolante dei Piani di rientro nei confronti delle regioni[25]. Lo Stato e le regioni non sembrano infatti dissentire sul fatto che i Piani di rientro dal disavanzo sanitario impediscono alle seconde di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia dei LEA e per spese non obbligatorie. I parametri di costituzionalità di cui si è avvalsa la Corte costituzionale nella sua giurisprudenza sui Piani di rientro per giustificare la compressione dell'autonomia regionale sono la potestà legislativa concorrente tra lo Stato e le Regioni sul coordinamento della finanza pubblica e la tutela della salute (art. 117, c. 3 Cost.), il limite dell'equilibrio di bilancio posto all'autonomia finanziaria regionale (art. 119 Cost.) e il principio di leale collaborazione (art. 120 Cost.). Non viene invece mai in rilievo la salute come diritto fondamentale della persona garantito dall'art. 32 Cost., la cui tutela viene sempre presupposta dalla Corte costituzionale tramite l'intermediazione dei LEA, ma non assurge mai a parametro autonomo di legittimità costituzionale.

In linea di principio, il ragionamento seguito dalla Corte costituzionale nelle sentenze sui Piani di rientro e gli *extra* LEA appare condivisibile. Tuttavia, come si proverà ad argomentare meglio nei prossimi paragrafi, in alcune sentenze il coordinamento della finanza pubblica sembra avere assunto un rilievo sproporzionato a discapito della tutela del diritto alla salute. Ciò porta ad accogliere con favore i tentativi compiuti più di recente dalla Corte costituzionale per attenuare la rigidità della sua giurisprudenza pregressa, di fronte al rischio di vedere compromesso il carattere

decisione politica, in *Diritti regionali*, 1/2021, 54, secondo la quale le regioni sarebbero del tutto esautorate dalle decisioni di politica sanitaria e C. BUZZACCHI, *Chi garantisce i LEA nelle regioni commissariate?* in *Le Regioni*, 1/2019, 315 che parla di «estromissione del Consiglio dalla sua funzione politica».

[25] V. CIACCIO, *Regioni in piano di rientro e divieto assoluto di prestazioni eccedenti i LEA: quo usque tandem? Note critiche a margine della sent. Corte cost., n. 161 del 2022*, in *Diritti regionali*, 3/2022, 757, definisce tale giurisprudenza «granitica».

fondamentale del diritto alla salute e del principio di eguaglianza nell'accesso alle prestazioni e ai servizi sanitari da parte dei cittadini residenti nelle regioni in Piano di rientro.

4. *La Corte costituzionale (sent. n. 161/2022) dichiara l'incostituzionalità della legge pugliese che introduce il NIPT test in quanto extra LEA: osservazioni critiche*

Tra le sentenze più recenti della Corte costituzionale, la n. 161/2022 sembra costituire un esempio significativo di come il mancato utilizzo dell'art. 32 Cost. quale parametro autonomo di legittimità costituzionale nelle sentenze sui Piani di rientro e gli *extra* LEA, a integrazione dei parametri "consolidati", possa condurre talvolta a esiti poco convincenti sia per quanto riguarda la tutela del diritto alla salute, sia rispetto al contenimento della spesa pubblica sanitaria. Nel caso in questione, il Governo aveva presentato un ricorso in via principale contro una legge della Regione Puglia (l.r. n. 31/2021) che aveva introdotto uno *screening* prenatale per la diagnosi delle trisomie 13, 18 e 21 (c.d. NIPT *test*) in regime di SSR, senza oneri economici, destinato a particolari categorie di donne in gravidanza a rischio, prevedendo una sperimentazione di due anni. L'introduzione del NIPT *test* nei LEA era stata raccomandata dal Consiglio superiore di sanità (CSS) in un documento del 9 marzo 2021 «*Screening del DNA fetale non invasivo (NIPT) in sanità pubblica*», a motivo dei suoi effetti positivi rispetto alle tecniche più invasive previste dai LEA (amniocentesi e villocentesi)[26].

Nella sent. n. 161/2022 la Corte costituzionale, attenendosi alla sua giurisprudenza pregressa, ha dichiarato incostituzionale la legge pugliese poiché tale prestazione sanitaria non risultava compresa nel d.P.C.M. 12 gennaio 2017, escludendo così qualsiasi valore integrativo dei LEA da parte della raccomandazione del Consiglio Superiore di Sanità[27]. La Corte costituzionale ha anzi ricordato che la legge statale prevede un procedimento *ad hoc* per l'aggiornamento dei LEA, omettendo così completamente di considerare la complessità di tale procedimento e il fatto che i LEA dal 2017 a oggi sono rimasti immutati (come evidenziato, invece, dalla stessa Corte cost. nella successiva sent. n. 201/2024)[28]. Inoltre, la Corte costituzionale ha dichiarato -

[26] Ministero salute, Screening del DNA fetale non invasivo (NIPT) in sanità pubblica, 2021, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3097_allegato.pdf.

[27] A tale proposito V. CIACCIO, *op. cit.*, 776, osserva come la Corte costituzionale avrebbe potuto attivare il procedimento previsto dell'art. 17 NI, tramite cui essa può disporre con ordinanza «che siano ascoltati esperti di chiara fama in apposita adunanza in camera di consiglio alla quale possono assistere le parti costituite». Critico rispetto agli esiti di questa sentenza anche A. PATANÈ, *Test prenatale non invasivo (NIPT) e Piano di rientro in materia sanitaria. Nota alla sentenza della Corte costituzionale n. 161 del 2022*, in *Osservatorio AIC*, 6/2022, spec. 395 ss.

[28] Il procedimento di aggiornamento dei LEA (in cui sono coinvolti i Ministeri della salute, dell'economia e delle finanze e il Parlamento tramite il parere delle Commissioni parlamentari competenti e la Conferenza Stato-Regioni, che deve raggiungere un'intesa con lo Stato, nel rispetto del principio di leale collaborazione) è definito dall'art. 3, c. 2, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, dall'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e, soprattutto, dall'art. 1, comma 553 e seguenti della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), in cui si dispone, tra l'altro, che la Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza del SSN (istituita con d.m. 5 maggio 2020) dovrebbe formulare «annualmente una proposta di modifica dei LEA», cosa che purtroppo

senza però approfondire la questione - che il NIPT *test* è una prestazione aggiuntiva che crea per la regione maggiori oneri in materia sanitaria poiché «comporta la sottrazione di risorse che devono essere, invece, destinate e utilizzate per consentire alla Regione di adempiere all'obbligo di garantire nel proprio ambito territoriale le prestazioni essenziali come attualmente definite». La Corte costituzionale, dunque, sembra avere respinto l'idea che il NIPT *test*, se utilizzato in luogo delle prestazioni già formalmente incluse nei LEA (amniocentesi e villocentesi), avrebbe anche potuto determinare un risparmio o, comunque, non necessariamente un aumento della spesa sanitaria. Nonostante lo stesso CSS avesse raccomandato l'inserimento del NIPT *test* nei LEA anche per il costo inferiore di questo rispetto alle tecniche di *screening* prenatale già ricomprese nei LEA.

Integrando il parametro relativo al coordinamento della finanza pubblica (art. 117, c. 3 Cost.) con l'art. 32 Cost., sarebbe stato possibile evidenziare come il NIPT *test* espone le donne a un rischio minore di esito nefasto della gravidanza rispetto agli *screening* prenatali più invasivi ricompresi nei LEA, evitando così i relativi costi sanitari e sociali. Il NIPT *test*, considerato il basso livello di rischio, può inoltre incrementare il numero di donne che vi si sottopongono, riducendo, anche in questo caso, i costi sanitari e sociali derivanti dalla nascita di bambini affetti da trisomie 13, 18 e 21. La questione avrebbe potuto essere affrontata anche assumendo una prospettiva di genere, trattandosi evidentemente di una prestazione sanitaria destinata soltanto alle donne in un momento particolarmente delicato della vita, qual è appunto la gravidanza, in cui la tutela della salute fisica e psicologica dovrebbe essere massimamente tutelata. Riconoscere la possibilità di accesso a *screening* prenatali meno invasivi e rischiosi per il buon esito della gravidanza, significa non soltanto assumere una prospettiva di tutela effettiva del diritto alla salute delle donne e dei nascituri, ma anche garantire il diritto alla vita e la salute come interesse della collettività vista la funzione sociale della maternità[29]. Inoltre, considerato che il NIPT *test* risulta attualmente erogato da alcune regioni non in Piano di rientro e da strutture sanitarie private, la dichiarazione di incostituzionalità della legge pugliese, nonostante la già richiamata raccomandazione del CSS, determina una situazione di doppia diseguaglianza, contrastante con l'art. 3 Cost., tra le donne in stato di gravidanza a seconda della regione di residenza e della capacità reddituale. In questa sentenza avrebbero inoltre potuto assumere rilievo anche altri articoli della Costituzione, tra cui il principio di solidarietà sociale ed economica (art. 2 Cost.) nei confronti delle donne che, come già ricordato, svolgono una funzione sociale di primaria importanza, nonché l'art. 30 Cost. che tutela la formazione della famiglia, la maternità, l'infanzia e la gioventù (condizioni tutte presenti, se si considera che la maternità riguarda essenzialmente donne di giovane età). Nessuno di questi aspetti è stato invece preso in considerazione né dalla difesa regionale, né dalla Corte costituzionale[30].

---

non avviene. L'art. 1, c. 559 della l. n. 208 del 2015 disciplina anche l'aggiornamento dei LEA (senza ulteriori oneri per la finanza pubblica) che intervenga esclusivamente sugli elenchi di prestazioni erogabili dal Ssn oppure individui misure per incrementare l'appropriatezza delle stesse. Ciò richiede l'adozione di un decreto del Ministro della salute (anziché di un d.P.C.M.) e il parere delle Commissioni parlamentari competenti e della Conferenza Stato-regioni (anziché l'intesa).

[29] Si esprime in questi termini l'art. 1 della l. n. 194/1978 sull'interruzione volontaria di gravidanza.

[30] Non pare d'ostacolo il principio del "chiesto e pronunciato" che vale per i giudizi promossi in via incidentale, rispetto ai quali è stato comunque osservato come esso finisca nella pratica per essere «più

Nella sent. n. 161/2022 la Corte costituzionale ha altresì dichiarato che «il complessivo equilibrio finanziario del sistema sanitario [...] costituisce condizione ineludibile» per l'«effettiva e compiuta attuazione» del diritto alla salute, assumendo dunque una prospettiva per cui gli aspetti finanziari sembrano avere la precedenza sulla tutela del diritto alla salute se questa non trova un riscontro formale nei LEA sanitari[31]. A più di vent'anni dall'approvazione di normative per responsabilizzare le regioni sotto il profilo finanziario e dell'erogazione dei LEA, si osserva come i Piani di rientro hanno mostrato in alcuni casi la propria efficacia (Liguria, Piemonte) e rivelato, in altri, maggiori criticità in presenza di Piani che durano da più di dieci anni (Lazio, Sicilia, Puglia, Calabria). Pur senza mettere in discussione l'utilità dello strumento in sé[32], si avverte l'esigenza di meglio integrare il principio del coordinamento della finanza pubblica con una più attenta considerazione del diritto fondamentale alla salute previsto dall'art. 32 Cost. la cui garanzia, d'altra parte, costituisce la premessa e il fine degli stessi Piani di rientro.

5. *Segnali di apertura nella giurisprudenza costituzionale sui Piani di rientro e gli extra LEA. Verso una maggiore esigibilità del diritto alla salute nelle regioni in Piano di rientro?*

In alcune sentenze della Corte costituzionale successive alla n. 161/2022 analizzata nel paragrafo precedente, sembra di poter cogliere qualche segnale di cambiamento nella giurisprudenza costituzionale sui Piani di rientro e gli *extra* LEA.

Nella sent. n. 242/2022 la Corte costituzionale ha dichiarato non incostituzionali rispetto al Piano di rientro le disposizioni della l.r. Puglia n. 36/2021 che intervenivano

---

teorico che reale» e abbia assunto nel tempo un «significato molto flessibile» di fronte al ruolo della Corte costituzionale di garante dei diritti fondamentali dei cittadini costituzionalmente tutelati. Sul punto si rinvia a E. MALFATTI, S. PANIZZA, R. ROMBOLI, *Giustizia costituzionale*, Torino, 2018, 144 s. Inoltre, secondo la costante giurisprudenza della Corte costituzionale, le Regioni possono impugnare disposizioni di legge statale riferendosi come parametro esclusivamente al riparto delle competenze, con «l'unica eccezione per le questioni che, pur riferite a diversi parametri costituzionali, tuttavia "ridondano" in lesione delle attribuzioni regionali, quando, nel prospettare l'influenza delle asserite violazioni su tale riparto, la ricorrente abbia indicato le specifiche competenze ritenute lese e le ragioni dell'asserito effetto pregiudizievole» (v. sentt. nn. 178/2012 e 169/2017, punto 5.1 del considerato in diritto). La violazione degli artt. 2, 3, 30 e 32 Cost. evidenziata nel testo ridonderebbe infatti in quella dell'art. 117, c. 2 (LEA) e c. 3 Cost. (coordinamento della finanza pubblica e tutela della salute).

[31] A questo proposito si veda quanto già affermato in nota 6.

[32] Nel complesso, a partire dal 28 febbraio 2007, le regioni in Piano di rientro sono state dieci: Liguria e Sardegna (uscite dal Piano di rientro nel 2010); Piemonte (uscito nel 2016); Lazio, Molise, Abruzzo, Puglia, Campania, Calabria e Sicilia (a oggi in Piano di rientro, di cui Lazio, Campania, Molise e Calabria commissariate). Per quanto attiene alla garanzia dei LEA l'area più critica è quella della prevenzione (soprattutto in Calabria e Sicilia), mentre risultano per lo più sufficienti l'area distrettuale (con l'eccezione di Calabria e Campania) e l'area ospedaliera (nel 2022 sufficiente per tutte le regioni). Per quanto attiene ai disavanzi sanitari i dati rivelano che dal 2007 al 2022 c'è stato un deciso miglioramento, essendo passati, complessivamente, da oltre 4 miliardi di euro di deficit nel 2007 a circa 458 milioni di euro nel 2022 (le situazioni finanziariamente più critiche si riscontrano nel Lazio, in Calabria e in Puglia, mentre soltanto la Campania risulta avere un saldo in attivo), si vedano i dati riportati sul sito del Ministero della salute all'indirizzo https://www.salute.gov.it/portale/pianiRientro/dettaglioContenutiPianiRientro.jsp?lingua=italiano&id=5023&area=pianiRientro&menu=vuoto.

sulle analisi genomiche con sequenziamento dell'esoma in regime di esenzione alla compartecipazione della spesa sanitaria in caso di malattie rare, riconoscendo che tale prestazione sanitaria era inclusa nei LEA. La Corte costituzionale non mette in discussione la sua giurisprudenza pregressa sui Piani di rientro, che viene qui integralmente richiamata e confermata, ma, con un significativo sforzo ricostruttivo ed ermeneutico, dopo avere esaminato tutti gli atti normativi statali riconducibili ai LEA e la loro compatibilità con la legge regionale[33], riconosce la non incostituzionalità della legge regionale pugliese.

Nelle righe finali della sentenza la Corte costituzionale rivolge altresì un monito al Governo esortandolo ad approvare - dopo più di sei anni di attesa - i decreti di fissazione delle tariffe massime a cui l'art. 64, c. 2, del d.P.C.M. 12 gennaio 2017 ha subordinato l'entrata in vigore delle nuove prestazioni di specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica. La Corte costituzionale osserva che il «tempo trascorso, da cui deriva la sicura obsolescenza delle prestazioni previste, non trova alcuna giustificazione in relazione a un tema essenziale per la garanzia del diritto alla salute in condizioni di eguaglianza su tutto il territorio nazionale, senza discriminazione alcuna tra regioni». Non come parametro, ma nella forma di un monito al livello di governo statale, il diritto alla salute e il principio di eguaglianza fanno il loro ingresso nella giurisprudenza costituzionale sui Piani di rientro e gli *extra* LEA.

Dalla sent. n. 242/2022 emerge, quindi, come l'esigibilità dei LEA può essere condizionata dalla mancata adozione da parte dello Stato (d'intesa con le regioni) di atti ulteriori preordinati all'effettiva entrata in vigore degli stessi, com'è accaduto con il d.P.C.M. 12 gennaio 2017[34]. Quest'ultimo aveva infatti previsto nuove prestazioni di specialistica ambulatoriale e assistenza protesica ma, non essendo stato emanato il decreto che avrebbe dovuto fissarne le tariffe massime (secondo quanto espressamente previsto dall'art. 64, c. 2 del d.P.C.M. 12 gennaio 2017), le nuove prestazioni sono risultate di fatto non erogabili. Soltanto le regioni non in Piano di rientro hanno potuto garantire l'accesso alle nuove prestazioni sanitarie come *extra* LEA (in alcune, come Lombardia, Toscana, Emilia-Romagna e Veneto, esse erano già state introdotte nei rispettivi SSR ancora prima del loro inserimento nei LEA del 2017), mentre le regioni in Piano di rientro non hanno potuto farlo, nonostante le stesse risultassero formalmente inserite nei LEA (ma, appunto, non in vigore a causa della mancata approvazione del decreto tariffe)[35]. Situazioni come questa rendono evidente come, da una parte, lo Stato

[33] Nello specifico il d.lgs. n. 124/1998 (spec. all. 4) e il d.m. n. 279/2001 entrambi precedenti all'entrata in vigore del d.P.C.M. 12 gennaio 2017 contenente i "nuovi LEA", ma comunque in vigore e applicabili al caso in questione.

[34] La legge di bilancio 2022 ha stanziato 200 milioni di euro/anno per l'aggiornamento dei LEA.

[35] La legge di bilancio 2018 (art. 1, comma 420, della legge 205/2017) aveva individuato come termine ultimo per l'emanazione del decreto di fissazione delle tariffe massime delle prestazioni il 28 febbraio 2018, ma il termine era decorso senza l'approvazione del decreto tariffe. Un ulteriore richiamo si trova nel Patto per la Salute 2019-2021 secondo cui «Governo e regioni convengono sulla necessità di completare al più presto il percorso di attuazione del d.P.C.M. 12 gennaio 2017 "nuovi LEA", attraverso l'approvazione del decreto che fissa le tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica che consente l'entrata in vigore dei relativi Nomenclatori sull'intero territorio nazionale». Il d.m. 23 giugno 2023 ha in seguito previsto le tariffe in questione, ma la loro entrata in vigore, prevista per il 1° gennaio 2024, è stata rinviata prima al 1° aprile 2024 e quindi al 1° gennaio

può legittimamente imputare alle regioni le rispettive responsabilità in merito alla spesa sanitaria e alla piena attuazione dei LEA; dall'altra, però, anche lo Stato non deve venire meno alle proprie responsabilità nei confronti delle regioni. Perché, quando ciò avviene, come nel caso della mancata approvazione, per sette anni, degli atti preordinati all'entrata in vigore dei "nuovi" LEA 2017, si dà luogo a vere e proprie discriminazioni tra le regioni e tra i pazienti che vi risiedono relativamente all'accesso a prestazioni essenziali per la tutela della salute, a discapito delle regioni in Piano di rientro cui è precluso erogare tali prestazioni come *extra* LEA.

Un'altra sentenza interessante è la n. 134/2023, in cui la Corte costituzionale è stata chiamata a verificare se gli *screening* oncologici previsti dal d.-l. n. 81/2004, conv. in l. 138/2004, art. 2-*bis*, e il regime di esenzioni previsto dalla regione Puglia (l.r. n. 81/2022)[36] potevano essere qualificati come *extra* LEA. La Corte costituzionale ha dichiarato incostituzionale la legislazione pugliese ma, anche in questo caso, dopo avere esaminato la questione rispetto a plurimi parametri interposti di costituzionalità, tra cui l'Accordo Stato-regioni del 23 marzo 2005, il Piano Nazionale di Prevenzione 2014-18 e le Raccomandazioni del Ministero della Salute sugli *screening* oncologici. Come già nella sent. n. 242/2022, anche nella sent. n. 134/2023 la Corte costituzionale ha valutato se la prestazione introdotta dalla legge regionale fosse o meno ricompresa nei LEA facendo riferimento non solo al d.P.C.M. 12 gennaio 2017, ma anche ad altri atti normativi e non che ne integrano e specificano il contenuto. Un altro aspetto da sottolineare in questa sentenza è l'attenzione posta dalla Corte costituzionale alla tutela della salute quale obiettivo da conseguire con l'attuazione del Piano di rientro, rispetto al quale il coordinamento della finanza pubblica non implica sempre e in ogni caso una riduzione della spesa, ma può anche comportare un aumento della stessa, nei limiti comunque previsti dal Piano e, più in generale, dalla disciplina statale (nel caso in questione si trattava di spese per istituire nuove strutture sanitarie e assumere personale).

Sempre nella prospettiva di un'apertura della giurisprudenza costituzionale sugli *extra* LEA, si può ancora richiamare la sent. n. 155/2023, che ha ad oggetto una legge siciliana che stabilizzava il personale precario della regione (e di altri enti pubblici) e introduceva un contributo *una tantum* (di 300 euro) per l'acquisto di parrucche in favore di donne residenti in Sicilia colpite dallo stato patologico di perdita dei capelli. Per prima cosa, la Corte costituzionale pare assumere un atteggiamento più rigoroso nei confronti dello Stato, chiedendo ad esso di fornire una motivazione non meramente assertiva circa il contrasto tra gli interventi regionali (supposti) *extra* LEA e il Piano di rientro. La Corte costituzionale ha quindi dichiarato inammissibili entrambe le questioni di costituzionalità sollevate dallo Stato: relativamente al personale precario essa ha evidenziato la necessità di valutare meglio il rapporto tra il Piano sanitario e

2025). Il d.m. 25 novembre 2024 che ha, da ultimo, sostituito il d.m. 23 giugno 2023, è infine in vigore dal 30 dicembre 2024. Sul travagliato processo di approvazione del decreto tariffe si veda M.L. QUATTROCCHI, *La vicenda del cd. decreto tariffe come caso paradigmatico della crisi del sistema sanitario*, in *Diritti regionali*, 3, 2024, spec. 896 ss.

[36] Le esenzioni riguardavano la gratuità per la consulenza oncogenetica, i *test* molecolari e i programmi di sorveglianza clinica e strumentale per i pazienti ad alto rischio di tumore al colon-retto.

l'emergenza covid-19; in merito al contributo per l'acquisto delle parrucche ha richiesto un'analisi più approfondita dell'effettivo onere sulla spesa sanitaria regionale.

Da ultimo, si rileva come in un'altra sentenza, la n. 176/2023, avente a oggetto una legge della Regione Abruzzo che introduceva nuove disposizioni destinate ai pazienti oncologici sottoposti a chemioterapia per supportare il «miglioramento della qualità della vita, il ritorno al lavoro e alla socialità e sostenendo i disagi psicologici derivanti dalla malattia e dalle cure» (art. 1, comma 2 l.r. Abruzzo n. 24/2022), la Corte costituzionale rivolge un nuovo monito allo Stato[37]. Anche in questo caso la Corte costituzionale chiede di argomentare in modo specifico e «non apodittico» che le prestazioni previste a livello regionale si configurano come *extra* LEA e che provocano un incremento della spesa sanitaria regionale. Senza far dire alla Corte costituzionale ciò che non è stato affermato in modo esplicito, sembra però di poter cogliere tra le righe di questa sentenza un'apertura nei confronti dell'introduzione di *extra* LEA da parte delle regioni in Piano di rientro qualora, a saldo, la spesa sanitaria resti invariata, qualora vi siano comprovate esigenze di tutela della salute[38].

Sempre nella sent. n. 176/2023 la Corte costituzionale sembra inoltre segnare in modo più netto il confine tra le prestazioni sanitarie a contenuto terapeutico previste per il trattamento delle malattie e le prestazioni di natura sociale. Mentre il divieto concernente gli *extra* LEA riguarda senza dubbio le prime, esso, secondo la Corte costituzionale, non trova invece applicazione nei confronti delle seconde. Le Regioni in Piano di rientro possono quindi finanziare prestazioni di tipo "socio-sanitario" in cui la dimensione sociale risulti prevalente su quella sanitaria, rispetto alle quali proprio la separazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria tramite l'uso del "trattino"[39] – pur in presenza di una sostanziale integrazione tra le stesse – ne rende possibile l'erogazione, essendo state formalmente riconosciute non soggette al limite rappresentato dai LEA sanitari. Pare quindi che le regioni in Piano di rientro possano recuperare una parte dell'autonomia persa relativamente alla potestà legislativa

[37] Pazienti oncologici, contributo, sotto forma di rimborso parziale e una tantum, rispettivamente, «per l'acquisto di protesi tricologiche» e «per l'esecuzione di dermopigmentazione o trucco permanente per la risoluzione di problematiche di natura estetica»; agli artt. 4 e 6, prevede contributi, rispettivamente, alle aziende sanitarie locali per l'acquisto di caschetti refrigerati e alle organizzazioni del terzo settore «per lo svolgimento di attività di ascolto e sostegno ai pazienti» oncologici.

[38] Si veda a questo proposito, in senso favorevole a quanto ipotizzato nel testo, la sent. n. 201/2024, nella quale la Corte cost., pronunciandosi su una legge della regione Calabria (l.r. n. 8/2024) relativa a interventi sanitari per il trattamento e alla gestione della fibromialgia ed elettrosensibilità, ha sottolineato l'esigenza di verificare che «le prestazioni previste dalle disposizioni regionali impugnate siano riconducibili al *genus* delle prestazioni extra-LEA e, *soprattutto*, se l'erogazione di tali prestazioni determini un incremento della spesa sanitaria regionale».

[39] Ci si riferisce alla circostanza per cui, com'è stato già osservato da R. BALDUZZI, *La medicina oltre la cura*, in *BioLaw Journal*, 2/2019, 385 (nota 24), vi siano due modi per riferirsi all'integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, utilizzando le espressioni *socio-sanitario* oppure *sociosanitario*, entrambe sorrette da valide argomentazioni di tipo costituzionale. A favore della prima, appunto, il fatto che la Costituzione disciplina l'assistenza sanitaria (art. 32 Cost.) e quella sociale (art. 38 Cost.) in articoli distinti e ascrive le materie tutela della salute e assistenza sociale ad ambiti competenziali diversi. A favore della seconda formulazione il fatto che la salute rileva in tutte le politiche e, per prima, in quella sociale, e che gli artt. 32 e 38 sono entrambi esplicitazione del principio di eguaglianza sostanziale (art. 3, c. 2 Cost.). Così E. ROSSI, *Il "sociosanitario": una scommessa incompiuta?*, in *Corti Supreme e Salute*, 2/2018, 249 ss., il quale ricorda che l'Accademia della Crusca ha riconosciuto l'utilizzo dell'espressione socio-sanitario.

concorrente in materia di tutela della salute grazie alla potestà legislativa esclusiva in materia di assistenza sociale o, meglio, di assistenza socio-sanitaria.

6. *LEA ed extra LEA nelle regioni in Piano di rientro nella prospettiva del diritto alla salute e dell'autonomia regionale: considerazioni conclusive*

Dopo l'esperienza della pandemia, che ha senza dubbio aperto una nuova fase di tutela del diritto alla salute, potrebbe essere arrivato il momento per rivedere la disciplina sui Piani di rientro che, pur apprezzabile nel suo complesso, non è esente da profili di criticità. Essa, infatti, introdotta nel 2004 per responsabilizzare le regioni sotto il profilo finanziario e garantire la tutela della salute, è stata modificata nel 2009, durante la crisi economico-finanziaria, per rafforzare il contenimento e il coordinamento della spesa pubblica tra lo Stato e le regioni. Negli anni che vanno dal 2009 a oggi, sembra essersi affermata una tendenza per cui le esigenze di contenimento della spesa pubblica sembrano prevalere sulla tutela della salute come diritto fondamentale della persona[40], contraddicendo così in parte la duplice finalità dei Piani di rientro preposti a ripianare i *deficit* regionali e a garantire il diritto alla salute.

Dall'esame delle sentenze della Corte costituzionale sugli *extra* LEA si rinviene come la loro introduzione da parte delle regioni può riguardare prestazioni e servizi sanitari non ricompresi nei LEA che, però, risultano più appropriati dal punto di vista clinico e terapeutico, meno rischiosi e/o invasivi, più efficaci, ecc...; gli *extra* LEA possono inoltre dare effettività ai servizi e alle prestazioni sanitarie che risultano già incluse nei LEA ma non sono vigenti, come nel caso della mancata approvazione del decreto di fissazione delle tariffe massime a cui l'art. 64, c. 2, del d.P.C.M. 12 gennaio 2017 aveva subordinato l'entrata in vigore di una parte dei LEA. In entrambi i casi sembra emergere un problema di tutela della salute, che risulta particolarmente problematico nelle regioni in Piano di rientro nel momento in cui viene loro impedito di erogare prestazioni e servizi sanitari *extra* LEA.

Almeno in questi casi, sembra dunque necessario trovare soluzioni normative meno rigide e più adeguate a rispondere ai bisogni di salute qualora i LEA statali risultino in concreto inesigibili (perché obsoleti o non effettivi), al fine di prevenire situazioni di discriminazione nell'accesso a cure essenziali tra persone residenti in regioni diverse. Un approccio che, come osservato nei paragrafi precedenti, la Corte costituzionale sembra avere iniziato a esplorare soprattutto nelle sentenze più recenti in tema di Piani di rientro ed *extra* LEA.

Secondo la consolidata giurisprudenza della Corte costituzionale sui Piani di rientro, le esigenze di coordinamento della finanza pubblica e il rispetto dei LEA sanitari (art. 117, c. 2, lett. *m*) giustificano la compressione della potestà legislativa concorrente delle regioni in materia di tutela della salute, che si sostanzia nella definizione dei Piani di rientro dal *deficit* sanitario tramite un procedimento ispirato alla

[40] I. CIOLLI, *op. cit.*, 57, sottolinea come ciò sia in parte la conseguenza della centralità assunta dall'equilibrio di bilancio in seguito all'entrata in vigore della legge cost. n. 1 del 2012.

leale collaborazione tra lo Stato e le regioni. È evidente come le limitazioni poste dai Piani di rientro, con specifico riguardo al divieto di erogazione di *extra* LEA, producono una tensione inevitabile tra i Piani stessi, il diritto alla salute e il principio di eguaglianza relativamente all'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie rispetto alle regioni (non in Piano di rientro) in cui è invece consentito erogare *extra* LEA. Tale tensione, tuttavia, sembra mantenersi entro livelli costituzionalmente accettabili quando gli *extra* LEA, eventualmente erogati dalle regioni non in *deficit* sanitario, riconoscono, ad esempio, esenzioni maggiori di quelle previste dai LEA oppure attengono all'erogazione di prestazioni sanitarie aggiuntive ai LEA che trovano però una corrispondenza clinica e terapeutica (in termini di efficacia, esposizione al rischio ed effetti avversi) in altre prestazioni comunque incluse nei LEA, andando così a incidere prevalentemente sulla libertà di scelta degli utenti dei SSR. In questi casi, infatti, le limitazioni imposte alle regioni in Piano di rientro non sembrano incidere sul nucleo essenziale del diritto alla salute e del principio di eguaglianza, per almeno due motivi: innanzitutto, esse hanno lo scopo di garantire altri interessi costituzionalmente rilevanti dello Stato, tra cui il coordinamento della finanza pubblica e l'equilibrio di bilancio, cui le regioni devono doverosamente (e responsabilmente) contribuire; in secondo luogo, il sacrificio temporaneamente richiesto alle regioni e ai cittadini che vi risiedono, dovrebbe servire a migliorare l'efficienza dei SSR e, quindi, a garantire in futuro una più ampia tutela del diritto alla salute insieme a una più corretta allocazione delle risorse finanziarie regionali.

Se, quindi, in generale non si può negare l'utilità dei Piani di rientro e la loro compatibilità con la Costituzione, è allo stesso tempo necessario evidenziare come, in alcuni casi, questo strumento per il ripiano del *deficit* sanitario regionale rischia di generare una tensione più difficile da giustificare rispetto al diritto alla salute inteso come diritto fondamentale della persona, al principio di eguaglianza e all'autonomia regionale relativamente alla potestà legislativa concorrente in materia di tutela della salute *ex* art. 117, c. 3 Cost. e al principio di rappresentanza politica regionale. Ciò sembra verificarsi quando si impedisce alle regioni in Piano di rientro di introdurre *extra* LEA relativi a prestazioni sanitarie che risultano clinicamente più efficaci o comportano rischi minori per i pazienti che vi si sottopongono (come nel caso del NIPT *test* oggetto della sent. n. 161/2022) oppure attengono a prestazioni sanitarie destinate alla cura di malattie che altrimenti resterebbero prive di qualsiasi intervento da parte del SSN a causa del mancato aggiornamento o della non vigenza dei LEA che, invece, sarebbe responsabilità dello Stato garantire (come rilevato dalla stessa Corte costituzionale nella sent. n. 242/2022 nel monito diretto al Governo).

Nella consolidata giurisprudenza sui Piani di rientro la Corte costituzionale utilizza i LEA, intesi quale contenuto essenziale del diritto alla salute, come parametro interposto nei giudizi di legittimità costituzionale delle leggi regionali che introducono *extra* LEA, che vengono nella maggior parte dei casi esaminate applicando un criterio rigidamente formale e prevalentemente incentrato sul coordinamento della finanza pubblica, senza riconoscere un rilievo più ampio alla salute in quanto diritto fondamentale garantito dall'art. 32 Cost., prescindendo cioè dall'intermediazione dei

LEA. La Corte costituzionale sembra inoltre ritenere *a priori* che l'introduzione, anche a saldi invariati, di determinate prestazioni (ad es. esenzioni, assunzione di personale, servizi e prestazioni *extra* LEA), se non espressamente previsti nei Piani di rientro, ostacolino sempre e comunque la loro attuazione, anche quando ciò sembra rispondere a bisogni essenziali di salute, senza aggravare la spesa sanitaria oppure determinandone in concreto una riduzione (si veda ancora, per entrambi i profili, la sent. n. 161/2022)[41]. Come osservato nei paragrafi precedenti, nella giurisprudenza più recente sui Piani di rientro e gli *extra* LEA la Corte costituzionale sembra avere dedicato qualche attenzione in più al diritto alla salute, al principio di eguaglianza e all'autonomia regionale, circostanza che potrebbe far pensare a un'attenuazione dei limiti relativi all'introduzione di *extra* LEA da parte delle regioni in Piano di rientro.

Da parte sua, la legislazione statale potrebbe prevedere anche per le Regioni in Piano di rientro la possibilità di erogare come *extra* LEA, in via temporanea fino all'aggiornamento e/o all'effettiva entrata in vigore dei LEA statali, le prestazioni e i servizi sanitari comunque ricompresi nei LEA e/o raccomandati dal Consiglio superiore di sanità o da altri organi tecnico-scientifici riconducibili al Ministero della salute (ad es. AGENAS e AIFA) o ad accreditate organizzazioni internazionali (OMS). Ciò avrebbe l'effetto di prevenire l'acuirsi delle diseguaglianze tra pazienti residenti in regioni diverse rispetto a prestazioni riconosciute essenziali per la cura di determinate malattie già presenti nei LEA (ma non in vigore) o per cui è stato comunque raccomandato l'inserimento nei LEA da accreditati organismi tecnico-scientifici, tutte circostanze che non dipendono dalle regioni ma appunto dall'intervento dello Stato. In questo modo risulterebbe meglio garantita anche l'autonomia regionale in materia di tutela della salute, visto che la scelta in concreto di erogare una prestazione sanitaria "raccomandata" o non ancora in vigore, spetterebbe comunque alle regioni, cui, in via ordinaria, sono affidate la programmazione e l'organizzazione dei servizi sanitari sul territorio e l'erogazione delle relative prestazioni, che verrebbero così in parte recuperate anche dalle regioni in Piano di rientro[42]. Si potrebbe comunque prevedere che ciò possa avvenire soltanto a saldi invariati, oppure producendo scostamenti minimi della spesa sanitaria regionale, contemperando così in modo ragionevole e proporzionato la tutela della salute con il principio di coordinamento della finanza pubblica.

Il Ministero della salute, con una nota del 1° febbraio 2019[43], ha previsto la possibilità, per i pazienti che risiedono in Regioni in Piano di rientro, di inoltrare alle rispettive ASL specifiche istanze finalizzate a ottenere l'emanazione di provvedimenti

[41] L'art. 2, c. 80 della legge n. 191/2009 dispone che «gli interventi individuati dal Piano sono vincolanti per la regione, che è obbligata a rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, e a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del piano di rientro».

[42] Sarebbe perciò necessario inserire una deroga rispetto a quanto previsto in generale dall'art. 1, comma 174, della legge n. 311/2004, in cui si prevede che le regioni in Piano di rientro non possono erogare prestazioni "non obbligatorie".

[43] Assistenza farmaceutica per Malattie rare/fibrosi cistica https://www.sanita.puglia.it/documents/20182/28519992/Nota+prot.+AOO+081+0540+del+1+Febbraio+2019/8309d75a-9366-4dd8-8d66-58602d4a57e4

ad hoc per l'erogazione di prodotti e di prestazioni di assistenza sanitaria *extra* LEA, a seguito di valutazione clinica che ne attesti la indispensabilità e insostituibilità.

Un'altra strada percorsa dallo Stato[44] è stata quella di finanziare tramite appositi fondi vincolati specifiche prestazioni sanitarie, come nel caso dei trattamenti per la fibromialgia oggetto della sent. n. 201/2024 della Corte costituzionale. In questo caso il giudice delle leggi ha riconosciuto a una regione in Piano di Rientro (la Calabria) la possibilità di erogare tali prestazioni sanitarie in quanto *species* particolare riconducibile al *genus* degli *extra* Lea compatibile con i Piani di rientro poiché, avendo ricevuto un finanziamento *ad hoc*, non incrementano la spesa a carico del bilancio regionale.

Entrambe le soluzioni sopra riportate rappresentano un'attenuazione del divieto di erogazione di *extra* LEA nelle regioni in Piano di rientro le quali, tuttavia, sotto il profilo del bilanciamento tra norme e principi costituzionali, continuano ad anteporre le esigenze di contenimento della spesa sanitaria alla tutela del diritto alla salute e alla stessa autonomia regionale[45].

La migliore garanzia dei LEA e degli *extra* LEA in tutte le regioni, nei termini qui specificati, sembra essere una questione di primaria importanza per la tenuta complessiva del SSN, nella misura in cui esprime in termini concreti l'effettività del diritto alla salute e del principio di eguaglianza e non discriminazione nel nostro ordinamento costituzionale. A prescindere dalla regione di residenza, infatti, in caso di inefficienze da parte dei SSR soltanto le persone con i redditi più alti sono in grado di accedere privatamente alle prestazioni sanitarie non erogate dai rispettivi SSR (per il tramite di assicurazioni private o con pagamenti diretti). Questo fatto, oltre a impedire, evidentemente, alle persone meno abbienti di accedere alle stesse prestazioni, determina anche altre conseguenze per il SSN. L'acquisto sul mercato sanitario privato di prestazioni clinicamente più efficaci o che comportino meno rischi ed effetti collaterali per chi le riceve rispetto a quelle previste, per la cura della medesima patologia o per finalità di prevenzione, all'interno dei LEA, va ad incidere sul rapporto tra pubblico e privato come concepito nell'ambito del modello italiano di SSN (con particolare riguardo ai principi di universalità, globalità delle cure ed equità)[46]. Le prestazioni sanitarie private, infatti, dovrebbero risultare integrative rispetto a quelle che non sono

[44] Si veda la legge 30 dicembre 2021, n. 234, art. 1, c. 972 (*Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022* e *bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024*).

[45] Nella stessa sentenza n. 201/2024 richiamata nel testo, la Corte costituzionale ha infatti ammesso i trattamenti per la fibromialgia ma non quelli per l'elettrosensibilità, poiché estranei al fondo vincolato finanziato dallo Stato e dunque qualificabili come *extra* LEA in senso proprio e dunque incompatibili con il programma di ripiano del debito sanitario calabrese.

[46] Come evidenziato da R. BALDUZZI, *Diritto alla salute e sistemi sanitari alla prova della pandemia*, cit., 1/2023, 403, si possono rinvenire nella legge n. 833/1978 i cinque principi su cui si fonda il SSN: universalità di accesso; globalità delle cure; equità, intesa come risposta ai bisogni di salute senza ostacoli di tipo economico e/o derivanti dal territorio di residenza; appropriatezza qualitativa e organizzativa; finanziamento pubblico secondo un criterio di progressività. Per riflessioni più ampie sul modello italiano di SSN sia consentito rinviare ad A. PITINO, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di "ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia" nella materia "tutela della salute"* in *Corti Supreme e Salute*, 2/2024, 731 ss.

erogate dal sistema pubblico[47]. Tuttavia, nel momento in cui le prestazioni comprese nei LEA diventano obsolete o comunque non vengono erogate, gli operatori sanitari privati diventano di fatto sostitutivi del SSN, rafforzando negli utenti l'impressione che un sistema sanitario a doppio pilastro pubblico/privato sarebbe da preferire a un sistema sanitario prevalentemente pubblico percepito come inadeguato e/o inefficiente.

[47] Si veda a questo proposito l'art. 9 del d.lgs. n. 502/1992 che individua i fondi sanitari integrativi, in forma pubblica e privata, quali fondi finalizzati a potenziare l'erogazione di trattamenti e prestazioni non comprese nei livelli uniformi ed essenziali di assistenza, vale a dire fondi "integrativi" del SSN.