
	Osservatorio Legislativo Interregionale	Roma, 13 e 14 aprile 2023 Marina Salvetti - Consigliere parlamentare Assemblea regionale siciliana Coordinamento della finanza pubblica, perimetro sanitario e livelli essenziali di assistenza: l'uguaglianza dei cittadini passa dai bilanci regionali.
---	---	---

**COORDINAMENTO DELLA FINANZA PUBBLICA,
PERIMETRO SANITARIO E LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA:
L'UGUAGLIANZA DEI CITTADINI PASSA DAI BILANCI REGIONALI**

	<p>Osservatorio Legislativo Interregionale</p>	<p>Roma, 13 e 14 aprile 2023</p> <p>Marina Salvetti - Consigliere parlamentare Assemblea regionale siciliana</p> <p>Coordinamento della finanza pubblica, perimetro sanitario e livelli essenziali di assistenza: l'uguaglianza dei cittadini passa dai bilanci regionali.</p>
---	--	--

Il discorso intorno ai livelli essenziali di assistenza e al loro inestricabile intreccio con i principi contabili che presiedono alla sana gestione delle risorse finanziarie deve necessariamente partire da un breve, quanto illuminante, excursus storico circa il lungo processo di costituzionalizzazione del concetto stesso di LEA.

Antesignani dei livelli essenziali di assistenza sono stati i livelli uniformi di assistenza sanitaria introdotti nel 1978 dalla legge n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

In quella occasione, il legislatore si premurava di specificare che essi andavano "comunque" garantiti a tutti i cittadini: un inciso, questo, dal quale si scorge una concezione del diritto alla salute, se non slegata, quanto meno non condizionata dal fattore finanziario.

È con il d.lgs. n. 502 del 1992 che si rinviene per la prima volta il concetto di livelli "essenziali" di assistenza e, assieme ad essi, una relazione netta tra prestazioni sanitarie e vincoli finanziari.

Nel 1992, influenzato anche dalla "rivoluzione" di Maastricht e dagli impegni ivi contratti a livello europeo, il legislatore introduceva un concetto di programmazione sanitaria fondata sull'obiettivo di garantire, attraverso il Piano sanitario nazionale, i livelli essenziali di assistenza "rapportati al volume delle risorse a disposizione".

Si arriva, così, alla riforma sanitaria ter del 1999, la c.d. riforma Bindi, con cui si è aperta una nuova stagione per la determinazione del contenuto e delle risorse delle prestazioni sanitarie da garantire in tutto il territorio nazionale.

In quella occasione, infatti, veniva sancita la contestualità tra l'individuazione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e l'individuazione delle risorse finanziarie "nel rispetto delle compatibilità finanziarie definite per l'intero sistema di finanza pubblica nel Documento di programmazione economico-finanziaria".


E', poi, del 2000 il d.lgs. n. 56, introduttivo del c.d. "federalismo fiscale" a Costituzione invariata, il quale superava il sistema dei trasferimenti statali alle Regioni, tra cui quelli che finanziavano il Fondo sanitario nazionale, per passare al sistema compartecipativo su cui, oggi, si fondano i rapporti economici della Repubblica delle autonomie.

Il federalismo fiscale del d.lgs. 56 del 2000 contemplava chiaramente il coinvolgimento delle Regioni, mediante incontri e accordi, non solo per la determinazione dei LEA ma anche per l'individuazione delle adeguate risorse da trasferire alle Regioni stesse le quali, dal 2001, sarebbero state responsabili in prima linea dell'erogazione dei livelli essenziali.

Il riferimento è al d.l. 347 del 2001, convertito con legge n. 405 del 2001, con cui si dava attuazione agli effetti – differiti – del federalismo fiscale del 2000.

La successiva modifica del Titolo V della Costituzione, come è noto, ha recepito, con l'articolo 119, il sistema del federalismo fiscale inaugurato nel 2000 ma, ai fini che qui interessano, ha soprattutto introdotto nella Carta fondamentale il concetto di livelli essenziali delle prestazioni - e quindi di assistenza - dando, così, compiutezza a un cammino trentennale.

Non sfuggirà, a questo punto della disamina, l'utilità di chiarire il concetto di "essenzialità" e se esso possa o meno considerarsi identico a quello di "contenuto minimo" dei diritti,

	<p>Osservatorio Legislativo Interregionale</p>	<p>Roma, 13 e 14 aprile 2023</p> <p>Marina Salvetti - Consigliere parlamentare Assemblea regionale siciliana</p> <p>Coordinamento della finanza pubblica, perimetro sanitario e livelli essenziali di assistenza: l'uguaglianza dei cittadini passa dai bilanci regionali.</p>
---	--	--

inteso quale nucleo duro degli stessi, indisponibile alle modifiche in pejus da parte del legislatore

Senza addentrarsi nelle pregevoli elaborazioni dottrinarie e pretorie che hanno approfondito la questione, basterà in questa sede sottolineare come le due espressioni rappresentino il momento statico e quello dinamico di una medesima finalità ovvero, quella di garantire, all'interno dell'ordinamento, la dignità e lo sviluppo della persona.

Da un lato, infatti, il concetto di contenuto minimo è statico in quanto si pone come vero e proprio limite al di là del quale l'effettività stessa del diritto sarebbe negata, svuotando, così, di senso la posizione giuridica soggettiva garantita dalla Costituzione e realizzando una vera e propria "frode delle etichette".

Dall'altro lato, invece, il concetto di livello "essenziale" è dinamico non solo perché afferisce alla fase attuativa del diritto alla salute - o, se vogliamo, alla sua natura di diritto positivo inteso come obbligazione di fare per il legislatore - ma anche perché la sua determinazione può e deve essere individuata nel tempo sulla base del principio di leale collaborazione tra Stato e Regioni.

In altri termini, i livelli essenziali ben possono superare il contenuto minimo di un diritto ma, in ogni caso, non possono scendere al di sotto della garanzia di quest'ultimo.

Tuttavia, una volta fissata la "essenzialità", sulla base di un bilanciamento che deve tener conto del costo delle prestazioni, quest'ultima si pone a sua volta come minimo indefettibile per le Regioni.

Il sistema indicato dalla Costituzione ha dunque una importante vis espansiva nella misura in cui non cristallizza i livelli di assistenza ma ne consente il miglioramento e lo sviluppo di pari passo con la crescita economica e finanziaria del Paese.

In questo senso, appare significativa la scelta semantica del legislatore costituzionale del 2001.


Definire "essenziali" e non "minimi" i livelli di assistenza che, come detto, hanno natura "attuativa" del diritto alla salute, rappresenta il rifiuto del dominio assoluto dell'indicatore economico nella scelta politica in ordine alla loro determinazione la quale invece deve svolgersi dialetticamente e nell'ottica del pieno sviluppo della persona, assecondandone la vocazione espansiva e progressista.

Una scelta politica che, si badi bene, deve essere operata in via esclusiva dal legislatore statale al quale solo compete, in un'ottica di unità e uniformità delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, attuare il bilanciamento tra livelli essenziali e vincoli finanziari, pur con il rispetto del principio di leale collaborazione.

Non a caso, la Corte pacificamente attribuisce natura trasversale tanto ai LEA quanto all'armonizzazione dei bilanci.

Armonizzazione che è diretta emanazione del nuovo concetto di equilibrio di cui al novellato articolo 81 della Costituzione.

Invero, quando si parla di diritti e del loro costo - finanziario ed economico - non è possibile prescindere dal principio, enucleato dalla Consulta, di bilancio come "bene pubblico".

	<p>Osservatorio Legislativo Interregionale</p>	<p>Roma, 13 e 14 aprile 2023</p> <p>Marina Salvetti - Consigliere parlamentare Assemblea regionale siciliana</p> <p>Coordinamento della finanza pubblica, perimetro sanitario e livelli essenziali di assistenza: l'uguaglianza dei cittadini passa dai bilanci regionali.</p>
---	--	--

La sana gestione finanziaria, la trasparenza dei conti pubblici e l'evidenza dell'impiego delle risorse sono elementi fondanti del concetto stesso di democrazia costituzionale, posto che il bilancio dello Stato è alimentato dal gettito erariale e dunque dalla imposizione fiscale.

Obbligo dello Stato è quello di rendicontare in primis al cittadino l'utilizzo delle somme che egli ha versato con la legittima aspettativa di un ritorno in termini - anche - di welfare.

Questo meccanismo appare tanto più evidente in ambito sanitario laddove, in ragione dell'importanza che riveste il diritto alla salute e la complessità dell'impegno che è richiesto alle Regioni nel garantirne la tutela sul territorio, il d. lgs. 118 del 2011 si premura di dettare una disciplina ad hoc per il cosiddetto perimetro sanitario, di cui si dirà più diffusamente innanzi.

Tanto premesso, pare opportuno procedere con la disamina di due casi che hanno interessato la Regione siciliana in occasione dei quali la Corte ha avuto modo di meglio dettagliare il sistema di garanzia e finanziamento dei LEA nella dialettica Stato - Regione.

Viene in rilievo, innanzitutto, la sentenza n. 62 del 2020 con cui la Corte ha accolto la questione relativa all'art. 31, commi 4 e 5, della legge regionale n. 8 del 2018 (legge di stabilità per l'anno 2018).

La questione in esame originava dalla annosa vicenda riguardante la compartecipazione della Regione Siciliana al finanziamento del Fondo sanitario nazionale.

La complessa disciplina si rinviene nella legge di bilancio statale per il 2007 ove venne previsto che la Regione Siciliana avrebbe raggiunto, entro il 2009, un livello di compartecipazione pari al 49,11% della propria spesa sanitaria a fronte, tuttavia, di un aumento simmetrico della retrocessione delle accise che lo Stato avrebbe dovuto riconoscere alla Regione Siciliana in misura non inferiore al 20% e non superiore al 50% del gettito sui prodotti petroliferi immessi in consumo nel territorio regionale.


Tale meccanismo di retrocessione era subordinato ad un Accordo Stato - Regione ma si specifica che, al momento dell'adozione della norma regionale impugnata, l'Accordo non era stato raggiunto.

In altre parole, la Regione siciliana aveva, sì, raggiunto la percentuale del 49,11% nel concorso alla propria spesa sanitaria senza, tuttavia, vedersi riconoscere la corrispondente retrocessione delle accise.

Ciononostante, aveva autorizzato il Ragioniere Generale della Regione ad accertare, anche se sotto forma di accantonamento, le somme statali attese destinandole, alternativamente, alla spesa sanitaria o al ripianamento del debito pubblico regionale.

Sintetizzando al massimo il ragionamento giuridico e contabile della Corte, sono stati quattro gli snodi fondamentali che hanno condotto alla declaratoria di incostituzionalità:

1. non corrisponde al principio di sana gestione finanziaria demandare al Ragioniere generale della Regione l'accertamento e l'iscrizione in bilancio di somme sul cui conseguimento non vi è ragionevole affidamento;
2. dall' esame della documentazione fornita dalla Regione, le transazioni afferenti ai LEA non risultano correttamente rapportate a poste di bilancio quantificate e perimetrare ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. n. 118 del 2011;

	<p>Osservatorio Legislativo Interregionale</p>	<p>Roma, 13 e 14 aprile 2023</p> <p>Marina Salvetti - Consigliere parlamentare Assemblea regionale siciliana</p> <p>Coordinamento della finanza pubblica, perimetro sanitario e livelli essenziali di assistenza: l'uguaglianza dei cittadini passa dai bilanci regionali.</p>
---	--	--

3. non è possibile legare la (eventuale) retrocessione delle accise anche al "ripianamento del debito" poiché essa è prevista dalla legge a fronte della completa assunzione dell'onere della spesa sanitaria da parte della Regione nella misura del 49,11%;
4. la legge regionale avrebbe dovuto individuare risorse statali e regionali complessivamente pari alla corretta quantificazione dei LEA e le correlate spese avrebbero dovuto essere vincolate integralmente all'erogazione degli stessi.

Tanto evidenziato, la Corte, nella prospettiva del principio di sana gestione finanziaria ha avuto modo di ribadire che non può "essere consentita l'iscrizione in bilancio di risorse la cui esistenza, dimensione e finalizzazione non siano avvalorate per legge" poiché il complesso iscrizione-accantonamento previsto delle impugnate disposizioni concorre "a determinare i saldi destinati alla spesa indifferenziata anziché a quella vincolata ai livelli essenziali di assistenza" finendo col "modificare in modo infedele le risultanze degli esercizi di riferimento".

Inoltre, sulla base della trasversalità e della primazia della tutela della salute, essa ha affermato che: "Le modalità di allocazione e di destinazione delle risorse previste dalle impugnate disposizioni contrastano con l'obbligo indefettibile di destinare la retrocessione delle accise al finanziamento dei livelli essenziali di assistenza, per cui le risorse indicate nelle disposizioni impugnate pregiudicano contemporaneamente, per effetto della destinazione ad altre finalità, la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e la tutela della salute."

Ne deriva la necessità, per il legislatore regionale, di porre in essere le dovute forme di leale collaborazione con lo Stato, cui la Corte rinvia, consistenti nella individuazione del fabbisogno regionale e nella garanzia della effettività della tutela del diritto alla salute che passa, in maniera indefettibile, dal corretto finanziamento delle prestazioni sanitarie rientrate nei LEA.


La Corte non ha tuttavia mancato di stigmatizzare l'inerzia dello Stato nell'avviare le dovute procedure per la retrocessione delle accise.

Essa ha infatti ricordato che «la dialettica tra Stato e Regioni sul finanziamento dei LEA dovrebbe consistere in un leale confronto sui fabbisogni e sui costi che incidono sulla spesa costituzionalmente necessaria, tenendo conto della disciplina e della dimensione della fiscalità territoriale nonché dell'intreccio di competenze statali e regionali in questo delicato ambito materiale».

A seguito del monito del Giudice delle leggi, è intervenuto il 16 dicembre 2022 l'Accordo Stato - Regione Siciliana con cui è stata data attuazione al meccanismo della retrocessione pro futuro e, contestualmente, si è provveduto al riconoscimento di una cifra forfettaria a titolo di ristoro per gli anni pregressi.

Proseguendo nella nostra indagine, viene in rilievo la sentenza n. 233 del 2022, con cui il giudice delle leggi rimarca e approfondisce il principio in base al quale l'effettività del diritto alla salute passa, necessariamente, dall'equilibrio di bilancio.

A differenza della prima, il cui impulso derivava da impugnative statali in via d'azione, questa pronuncia conclude il giudizio in via incidentale sollevato dalle SS.RR. della Corte dei conti in sede giurisdizionale, in speciale composizione.

	<p>Osservatorio Legislativo Interregionale</p>	<p>Roma, 13 e 14 aprile 2023</p> <p>Marina Salvetti - Consigliere parlamentare Assemblea regionale siciliana</p> <p>Coordinamento della finanza pubblica, perimetro sanitario e livelli essenziali di assistenza: l'uguaglianza dei cittadini passa dai bilanci regionali.</p>
---	--	--

Non è questa la sede per approfondire la complessa vicenda giudiziaria che ha avuto luogo a monte del giudizio di costituzionalità in esame, basterà ricordare che il giudice a quo era stato investito, da parte della Procura generale della Corte dei conti presso la sede giurisdizionale d'appello della Regione Siciliana, del ricorso avverso la decisione di parifica del rendiconto regionale per l'esercizio finanziario 2019 adottata dalle SS.RR. per la medesima Regione con la decisione del 2 luglio 20201.

In particolare, il supremo consesso contabile ha ritenuto di sollevare questione di legittimità costituzionale con riferimento a uno dei motivi di ricorso del pubblico ministero, ovvero quello con cui veniva contestato l'inserimento nel c.d. perimetro sanitario, di cui all'art. 20 del d.lgs. n. 118 del 2011, di una spesa ad esso del tutto estranea in quanto relativa all'ammortamento di un mutuo contratto con lo Stato.

La vicenda origina dalla previsione di cui al comma 46 dell'art. 2 della legge n. 244 del 2007 (legge finanziaria dello Stato per l'anno 2008), mediante la quale lo Stato autorizzava l'anticipazione della "liquidità necessaria per l'estinzione dei debiti contratti sui mercati finanziari e dei debiti commerciali contratti fino al 31 dicembre del 2005" alle Regioni Lazio, Campania, Molise e alla Regione Siciliana.

Tale forma di soccorso finanziario si era reso necessario poiché i servizi sanitari delle Regioni interessate dalla norma presentavano, in quel momento, una situazione che la Corte definisce "gravemente patologica" sia con riferimento al debito pregresso che con riguardo ai disavanzi accumulati.


Ai sensi dei successivi commi 47 e 48, inoltre, il legislatore nazionale imponeva, quale vincolo di scopo del trasferimento delle risorse finanziarie, l'immediata estinzione dei debiti pregressi per l'importo corrispondente, nonché la restituzione delle somme ricevute in un periodo di tempo non superiore a trent'anni.

La Regione Siciliana, con la legge n. 17 del 2007, ha pertanto disposto l'impegno trentennale di 185 milioni di euro da versare in entrata al bilancio dello Stato, in rate annuali.

In quella stessa occasione, il legislatore regionale aveva individuato nel gettito derivante dalle tasse automobilistiche di spettanza regionale le coperture necessarie all'adempimento dell'obbligo di restituzione rateale delle quote di mutuo (art. 7, comma 5, l.r. n. 17 del 2007).

Successivamente e per il periodo compreso tra il 2010 e il 2015, in virtù della norma speciale di cui all'art. 2, comma 90 della legge n. 191 del 2009 (legge finanziaria per l'anno 2010), le Regioni in piano di rientro sanitario, ivi compresa quella Siciliana, hanno potuto erogare la rata annua utilizzando quote del Fondo per le aree sottoutilizzate (FAS).

Si arriva, così, al 2016, anno in cui la Regione adotta la norma censurata nel giudizio di legittimità in commento, l'art. 6, della legge regionale n. 3 del 2016, che, nella formulazione originaria e applicabile nel corso del giudizio a quo, disponeva che "a decorrere dall'esercizio finanziario 2016, per il finanziamento delle quote residue di capitale e interessi del prestito sottoscritto ai sensi dell'articolo 2, comma 46, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 tra il Ministero dell'Economia e la Regione Siciliana dell'importo annuo di 127.850 migliaia di euro, è autorizzato l'utilizzo di una quota del Fondo sanitario".

	<p>Osservatorio Legislativo Interregionale</p>	<p>Roma, 13 e 14 aprile 2023</p> <p>Marina Salvetti - Consigliere parlamentare Assemblea regionale siciliana</p> <p>Coordinamento della finanza pubblica, perimetro sanitario e livelli essenziali di assistenza: l'uguaglianza dei cittadini passa dai bilanci regionali.</p>
---	--	--

La questione di legittimità, sollevata in relazione a tale norma, è stata ritenuta fondata dalla Corte costituzionale sia con riferimento all'art. 117, secondo comma lettera e), Cost. che con riferimento all'art. 117, secondo comma lettera m), Cost.

Viene in rilievo, innanzitutto, la potestà legislativa esclusiva dello Stato in materia di armonizzazione dei bilanci pubblici.

In particolare, secondo i giudici di Palazzo della Consulta, la disposizione regionale viola il parametro interposto costituito dall'art. 20 del d.lgs. n. 118 del 2011.

La norma in parola, com'è noto rubricata "Trasparenza dei conti sanitari e finalizzazione delle risorse al finanziamento dei singoli servizi sanitari regionali", persegue il fine di scongiurare le "gravissime situazioni" che avevano determinato le anticipazioni di liquidità del 2007 nei confronti di Regioni con i conti sanitari in dissesto.

Come già accennato, lo scopo così descritto viene raggiunto, dall'art. 20, d.lgs. n. 118 del 2011, attraverso la determinazione del c.d. perimetro sanitario: la norma de qua, infatti, impone alle Regioni di individuare, nell'ambito dei propri bilanci, "un'esatta perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale" per "consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate degli atti" di programmazione finanziaria.

Più nel dettaglio, la norma statale prevede che le Regioni adottino un'articolazione di capitoli che garantisca "separata evidenza" delle grandezze finanziarie che concorrono a garantire il funzionamento dei servizi sanitari regionali e, in ultima istanza, la corretta tutela del diritto alla salute sul territorio nazionale.

In particolare, il citato art. 20 prevede una corrispondenza diretta tra la sezione A) "Entrate" (lettera a) in cui è indicato il finanziamento sanitario ordinario corrente e la sezione B) "Spesa" (lettera a) in cui è indicata la spesa sanitaria per il finanziamento dei LEA.


È pur vero che l'art. 20 citato, nel delineare la rappresentazione contabile dell'utilizzo del Fondo sanitario regionale, prevede ulteriori capitoli di entrata e di spesa, tra loro saldamente collegati.

Tali capitoli, per i fini che qui interessano, hanno ad oggetto, da un lato, le altre spese di carattere sanitario (non ricadenti, cioè, nei LEA) e, dall'altro, la spesa sanitaria per il finanziamento di disavanzo sanitario pregresso.

Senonché, la Corte evidenzia come la causa della restituzione delle rate di mutuo non abbia certamente natura sanitaria né, tantomeno, possa configurare un'ipotesi di finanziamento del disavanzo sanitario.

Se la natura non sanitaria della spesa derivante dalla restituzione delle rate di mutuo appare, per vero, *ictu oculi*, l'affermazione per cui non possa qualificarsi come ripianamento del disavanzo pregresso merita un approfondimento.

Aderendo all'incedere argomentativo del giudice a quo, infatti, la Corte sottolinea come la natura giuridica del disavanzo sanitario – nell'accezione fatta propria dal legislatore delegato del 2011 – sia quella di debito (*rectius*: corrispettivo) diretto nei confronti dei fornitori del servizio sanitario regionale.

	<p>Osservatorio Legislativo Interregionale</p>	<p>Roma, 13 e 14 aprile 2023</p> <p>Marina Salvetti - Consigliere parlamentare Assemblée regionale siciliana</p> <p>Coordinamento della finanza pubblica, perimetro sanitario e livelli essenziali di assistenza: l'uguaglianza dei cittadini passa dai bilanci regionali.</p>
---	--	--

Laddove, a ben guardare, la vicenda giuridica del c.d. “mutuo della sanità” si articola in due distinte operazioni con altrettante cause negoziali.

La prima ha natura sanitaria ed è quella per cui il legislatore del 2007 ha accordato le anticipazioni di liquidità per l'estinzione le posizioni debitorie delle Regioni in dissesto.

La seconda è quella che regge le restituzioni trentennali delle somme anticipate e ha natura meramente finanziaria e neutrale, quindi “del tutto estrane (a) al vincolo di destinazione riferito alle spese sanitarie”.

Sulla base delle suesposte considerazioni, la Corte ha dunque ravvisato una indebita “forzatura” del perimetro sanitario di cui all’art. 20 del d.lgs. n. 118 del 2011 e, quindi, la violazione dell’art. 117, comma secondo, lettera e), Cost. sub specie di armonizzazione dei bilanci pubblici.

Ma v'è di più.

Il giudice costituzionale, infatti, nel solco di una ormai consolidata giurisprudenza in materia, non ha mancato di porre in rilievo la stretta connessione tra la sana gestione del bilancio sanitario e il diritto alla salute.

Viene, infatti, sottolineato che l'imputazione delle rate del mutuo al Fondo sanitario regionale produce la distrazione di somme la cui finalità è la garanzia dei LEA con conseguente violazione dell’art. 117, comma secondo, lettera m), Cost.

Il legislatore regionale, dunque, alterando la qualità della spesa gravante sul Fondo sanitario regionale, avrebbe determinato un abbassamento indiretto della erogazione delle prestazioni sanitarie ipotesi, questa, non tollerabile dall’ordinamento costituzionale.

Ancora una volta, come si vede, la Corte costituzionale ci ricorda che i diritti hanno un costo e che tale costo deve essere affrontato dal decisore pubblico attraverso la più scrupolosa osservanza dei principi contabili che regolano la corretta tenuta dei bilanci.

Quanto più rilevante è il diritto che la Repubblica garantisce, tanto più stringenti devono essere le regole con cui si dispone l'impiego di risorse pubbliche.


Volendo trarre delle conclusioni da quanto sin qui detto e in coerenza con quanto chiarito in premessa, si osserva come la Corte abbia contribuito a delineare le sfere di competenza dei livelli di governo Statale e Regionale rispetto alla garanzia del diritto alla salute.

L'ormai cospicua e consolidata giurisprudenza della Corte costituzionale in materia di LEA si erge infatti a guida per il legislatore regionale nello sforzo costante di partecipare alla tutela del diritto alla salute dei cittadini il quale è il pre-requisito per la fruizione di tutti gli altri diritti, pure fondamentali, che uno Stato democratico deve garantire, in maniera uniforme, su tutto il territorio nazionale.

Da un lato, come visto, lo Stato definisce i livelli essenziali di assistenza e determina l'ammontare complessivo delle risorse economiche necessarie al loro finanziamento.

Dall'altro, le Regioni hanno il compito di organizzare sul territorio il rispettivo servizio e garantire l'erogazione delle prestazioni nel rispetto degli standard costituzionalmente conformi.

E seppure è consentito alle Regioni, in ipotesi, erogare prestazioni extra LEA, ovvero in melius rispetto ai livelli quantificati dal legislatore statale, ciò non è mai possibile in

	<p>Osservatorio Legislativo Interregionale</p>	<p>Roma, 13 e 14 aprile 2023</p> <p>Marina Salvetti - Consigliere parlamentare Assemblea regionale siciliana</p> <p>Coordinamento della finanza pubblica, perimetro sanitario e livelli essenziali di assistenza: l'uguaglianza dei cittadini passa dai bilanci regionali.</p>
---	--	--

presenza di un sacrificio o anche solo di una mera messa in pericolo della piena fruizione dei LEA da parte dei cittadini.

È questo, ormai, un orientamento granitico della Corte che ha avuto modo in più occasioni - per la Sicilia, ad esempio, ricordiamo la sentenza n. 130 del 2020 - di enunciare.

Più precisamente, laddove ci si trovi in ipotesi in cui difetti la sana gestione finanziaria dei bilanci regionali - con ciò intendendo non solo i casi di Regioni in piano di rientro dal disavanzo sanitario ma anche i casi di Regioni, come la Sicilia, rientrate dal disavanzo e sottoposte a "monitoraggio"- la Corte esclude in ogni caso la legittimità di erogazioni sanitarie extra LEA, sia pure nel caso in cui la copertura provenisse da capitoli del bilancio regionale diversi da quelli destinati al finanziamento di questi ultimi.

E tanto in virtù della assoluta priorità che rivestono le prestazioni sanitarie ritenute essenziali per l'uniforme garanzia del diritto alla salute su tutto il territorio.

Secondo la Corte, infatti, le prestazioni extra LEA costituiscono spese non obbligatorie ammissibili sono in presenza di bilanci regionali sani: in caso contrario, scatta l'obbligo di destinare ogni surplus di risorse alla erogazione dei LEA.

In definitiva, possiamo dire che i livelli essenziali delle prestazioni hanno una natura per sé stessa mobile: a ben guardare, essi costituiscono una di quelle valvole di adattamento dell'ordinamento giuridico alle concrete e mutabili esigenze sociali [si pensi al COVID].

Valvola di adattamento che però, si badi bene, non può spingersi al di sotto del contenuto minimo del diritto fondamentale alla salute, per il legislatore nazionale, e non può arrivare oltre i limiti della sostenibilità finanziaria, per i legislatori regionali.

Contenuto minimo del diritto e sana gestione finanziaria sono, dunque, le due colonne d'Ercole del sistema dei livelli essenziali di assistenza.

Limiti invalicabili apparentemente distanti tra loro ma, in realtà, espressione di quella medesima istanza di democraticità che permea i sistemi di welfare state nei quali, per dirla con le parole della Corte, "l'uguaglianza sostanziale dei cittadini (si riflette) nella percezione e godimento di prestazioni costituzionalmente necessarie".