

# Il divieto di extra-LEA nelle Regioni in piano di rientro. Fondamento, confini e prospettive\*

Aniello Formisano\*\*

**SOMMARIO:** 1. Il problema, le posizioni in campo e il percorso dell'indagine. – 2. LEP, LEA ed extra-LEA. Le categorie in gioco. – 3. Il vincolo del piano di rientro. Fonte, funzione e obiezioni. – 4. Il regime ordinario come termine di confronto. Il finanziamento della sanità regionale e la responsabilità sul lato delle entrate. – 5. L'estensione del divieto. Le risorse proprie e i limiti del formalismo contabile. – 6. I confini del divieto. Misure sociali, organizzazione dell'esistente e titolo statale. – 7. La «non-interferenza» e gli oneri del giudizio in via principale. – 8. Il tempo del piano. Proporzionalità della compressione ed eguaglianza dei residenti. – 9. Un banco di prova. Il servizio di psico-oncologia. – 10. Oltre il divieto. Una disciplina statale di transizione. – 11. Conclusioni.

## ABSTRACT:

Nelle Regioni sottoposte a piano di rientro la giurisprudenza costituzionale preclude il finanziamento regionale di prestazioni sanitarie ulteriori rispetto ai livelli essenziali di assistenza. Il contributo discute le principali letture di questa regola, che una parte della dottrina critica come «divieto assoluto» e un'altra difende come necessario percorso di rigore. Ne propone quindi una ricostruzione come regola di priorità nell'allocazione delle risorse. La regola si estende anche alle entrate regionali proprie e aggiuntive. Il modo in cui la sanità regionale è finanziata, che pone a carico della Regione tanto i livelli ulteriori quanto i disavanzi e che durante il piano porta per legge al massimo il prelievo regionale, ne conferma la ragione. La sua applicazione richiede però di identificare il contenuto della misura e le ragioni del contrasto con il vincolo. In dialogo con la letteratura, il saggio distingue gli autentici extra-LEA dalle false eccedenze ed esamina il ruolo della contabilità e della perimetrazione. Esamina poi le ricadute processuali della «non-interferenza», distinguendo la qualificazione sostanziale della misura dagli oneri argomentativi e istruttori. La ricostruzione è messa alla prova sul caso della psico-oncologia. Di fronte al ritardo nell'aggiornamento dei LEA,

---

\* Contributo sottoposto a revisione tra pari in doppio cieco.

\*\* Dottore di ricerca in Diritto pubblico nell'Università degli Studi di Napoli «Parthenope», [aniello.formisano@outlook.com](mailto:aniello.formisano@outlook.com)

propone infine una disciplina statale di transizione per le prestazioni innovative o scientificamente raccomandate.

*In Regions subject to a recovery plan, Italian constitutional case law bars regional financing of healthcare services beyond the essential levels of care. This paper discusses the main readings of that rule, criticised by some scholars as an “absolute prohibition” and defended by others as a necessary path of rigour. It then reconstructs the prohibition as a rule of allocative priority, extending even to the Region’s own additional revenues. The way regional healthcare is financed, which charges both higher levels of care and deficits to the Region and, during the plan, raises regional taxes to the statutory maximum, confirms that reading. Its application nonetheless requires the content of the measure and the grounds for its incompatibility with the constraint to be identified. Engaging with the literature, the paper distinguishes genuine extra-LEA services from merely apparent ones and examines the role of accounting and ring-fencing. It examines the procedural implications of “non-interference”, distinguishing the substantive classification of the measure from requirements concerning argument and evidence. The proposed reading is then tested against the case of psycho-oncology. Finally, in view of the delay in updating the essential levels, it proposes a national transitional scheme for innovative or scientifically recommended services.*

## 1. Il problema, le posizioni in campo e il percorso dell’indagine

Una gestante pugliese non ha potuto accedere gratuitamente al test prenatale non invasivo che la Regione intendeva offrire in via sperimentale. In Sicilia è stata dichiarata illegittima la legge che estendeva ai bambini oltre la soglia di peso nazionale la somministrazione gratuita di un farmaco molto costoso. Ancora in Puglia, è stata annullata, perché incompatibile con gli obiettivi di contenimento della spesa per il personale, la norma istitutiva del servizio di psicologia di base che imponeva alle aziende sanitarie di prevedere un dirigente psicologo nei piani del fabbisogno. In tutti e tre i casi si trattava di Regioni sottoposte a piano di rientro dal disavanzo sanitario, alle quali la giurisprudenza costituzionale vieta di erogare prestazioni ulteriori rispetto ai livelli essenziali di assistenza.

La questione pone in tensione valori che l’ordinamento deve conciliare: universalità del diritto alla salute, eguaglianza nell’accesso alle cure, autonomia territoriale e responsabilità finanziaria. Questo lavoro muove dall’idea che la sostenibilità non sia estranea né contrapposta al diritto, ma ne assicuri l’effettività nel tempo. Il risanamento è quindi costituzionalmente giustificato solo se ripristina la capacità del servizio regionale di garantire prestazioni adeguate, non se si limita a produrre un saldo positivo.

La dottrina propone ormai due letture riconoscibili di questa preclusione. Una parte, richiamando soprattutto le sentenze nn. 142 del 2021, 161 e 190 del 2022, vi ravvisa un «divieto assoluto», fondato automaticamente su una presunzione insuperabile di non obbligatorietà della spesa, e ne suggerisce il superamento. Tra le soluzioni prospettate vi sono la trasformazione della presunzione da assoluta a relativa, con un sindacato della Corte, mediante autorimessione, sulla ragionevolezza dei livelli; una mitigazione dell’orientamento che consideri i risultati dei piani e la durata del vincolo; e, sul piano legislativo, la pos-

sibilità per le Regioni vincolate di erogare temporaneamente, a saldi invariati, prestazioni scientificamente raccomandate.

Un diverso orientamento difende invece il rigore della Corte. Il divieto sarebbe necessario per ricostruire un servizio capace di garantire a tutti le prestazioni essenziali; la scelta di legislatori regionali gravemente inadempienti sui LEA di introdurre prestazioni ulteriori rivelerebbe, prima ancora che un problema contabile, un difetto di responsabilità politica. Questo lavoro assume come punto di partenza la priorità delle prestazioni essenziali. Durante il piano, la Regione non può finanziare prestazioni sanitarie ulteriori, neppure con entrate proprie, aggiuntive e originariamente non vincolate: la loro destinazione alla sanità le sottopone infatti alla disciplina del risanamento.

Le critiche a questa regola sollevano però questioni che la sua giustificazione finanziaria non esaurisce. Occorre anzitutto distinguere le prestazioni realmente ulteriori dalle modalità di erogazione e di organizzazione di livelli già definiti, esaminando separatamente gli interventi sorretti da un titolo statale e da risorse vincolate. Resta inoltre da governare l'intervallo tra la valutazione scientifica favorevole di una prestazione e il suo recepimento nel catalogo. Ne deriva una lettura del divieto come regola di priorità nell'allocazione delle risorse e non come sospensione dell'autonomia. Ne risulta anche una ricostruzione della «non-interferenza», formula ricorrente nella giurisprudenza più recente, come regime di allegazione e prova nel giudizio in via principale e non come deroga sostanziale al divieto<sup>1</sup>. Due precisazioni delimitano il campo. La prima riguarda il presupposto del vincolo. L'espressione corrente «Regioni in disavanzo» è imprecisa, perché il divieto non consegue automaticamente a un risultato negativo di esercizio ma opera durante il piano e nei programmi di prosecuzione cui la legge attribuisce equivalente forza vincolante. Dopo l'uscita possono permanere impegni specifici entro il loro oggetto, non la generale preclusione degli extra-LEA. Poiché il vincolo nasce dalla combinazione di norma statale, accordo e programma operativo, identificarlo con il solo dato contabile renderebbe incerti tanto il presupposto quanto la durata<sup>2</sup>. La seconda riguarda l'oggetto. L'indagine si muove nell'assetto ordinario dei LEA e non tocca né il trasferimento di ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia ai sensi dell'art. 116, terzo comma, Cost., né il dibattito sui LEP

<sup>1</sup> Nel percorso più recente rilevano Corte cost., sent. 17 dicembre 2024, n. 201; Corte cost., sent. 22 aprile 2025, n. 57; Corte cost., sent. 24 luglio 2025, n. 122; Corte cost., sent. 31 ottobre 2025, n. 161; Corte cost., sent. 29 dicembre 2025, n. 204; Corte cost., sent. 9 marzo 2026, n. 26; Corte cost., sent. 27 aprile 2026, n. 56. Per il quadro generale, A. AMATO, *Niente al di fuori dei LEA. Il diritto fondamentale alla salute nelle Regioni sottoposte a Piano di rientro alla luce della più recente giurisprudenza costituzionale*, in *Diritti regionali*, 2023, n. 2, pp. 538-566; A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA: segnali di apertura che rafforzano l'esigibilità del diritto alla salute nelle regioni in Piano di rientro?*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 2025, n. 1, pp. 137-156.

<sup>2</sup> A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari*, 2ª ed., Pisa, Pacini, 2024, p. 33 ss.; I. CIOLLI, *Poteri sostitutivi statali, piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria*, in *Diritti regionali*, 2021, pp. 39-76; T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari*, in *Rivista AIC*, 2013, n. 4, p. 1 ss.; E. GRIGLIO, *Il legislatore dimezzato*, in *Le Regioni*, 2012, pp. 455-502. Sugli impegni finanziari che possono permanere dopo l'uscita dal piano, Corte cost., sent. 14 maggio 2024, n. 87, §§ 4.1-4.1.2 del Considerato in diritto, relativa al programma concordato di restituzione delle risorse al servizio sanitario piemontese.

seguito alla sentenza n. 192 del 2024. Il raffronto con la facoltà delle Regioni non vincolate di elevare la tutela con risorse proprie (§ 4) resta interno al regionalismo ordinario<sup>3</sup>.

L'interesse della questione non è soltanto teorico, in quanto il piano ha inciso e continua a incidere su più sistemi regionali e su milioni di persone, e in più casi ha superato di molto l'originario orizzonte emergenziale, al punto che la durata del vincolo è divenuta essa stessa un problema costituzionale<sup>4</sup>. Il percorso è il seguente. I §§ 2-4 ricostruiscono le categorie e la fonte del vincolo e lo misurano sul regime ordinario, compreso il versante del finanziamento e delle entrate regionali. I §§ 5-6 ne saggiavano l'estensione e i confini attraverso la giurisprudenza. Il § 7 ne esamina le implicazioni processuali, mentre il § 8 affronta il problema del tempo e della proporzionalità. Il § 9 mette alla prova la ricostruzione su un caso concreto e il § 10 formula una proposta per governare la transizione verso l'aggiornamento dei livelli.

<sup>3</sup> Il rapporto fra regionalismo differenziato e tutela della salute è stato ampiamente discusso su questa rivista, alla quale si rinvia per i termini del dibattito: R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale. Dopo 40 anni, verso una destrutturazione del Ssn?*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 3, pp. 465-474; D. MORANA, *Una differenziazione davvero necessaria? Qualche osservazione (e molte perplessità) su Lea, organizzazione sanitaria e tutela della salute nell'ottica dell'art. 116, u.c., Cost.*, ivi, 2020, n. 1, pp. 243-252; M.A. SANDULLI, *Le tante facce (non tutte auspicabili) del regionalismo differenziato: i presidi non rinunciabili della solidarietà e i gravi rischi della competizione*, ivi, 2020, n. 1, pp. 253-263; M. COSULICH, *Sanità speciali e sanità «differenziate»*, ivi, 2020, n. 1, pp. 199-211; C. CHIAPPINELLI, *Profili finanziari e potenzialità dei controlli nell'attuazione dell'art. 116 terzo comma della Costituzione nel settore sanitario: il ruolo della Corte dei conti*, ivi, 2020, n. 1, pp. 163-177; G. TARLI BARBIERI, *L'attuazione dell'art. 116, terzo comma, Cost.: procedure e prospettive*, ivi, 2020, n. 1, pp. 125-161; C.B. CEFFA, *La mobilità interregionale in ambito sanitario e la prospettiva del regionalismo differenziato: ostacolo o presidio per la tutela del diritto fondamentale alla salute?*, ivi, 2022, n. 3, pp. 651-667; A. PITINO, *Il regionalismo differenziato e il conseguimento di «ulteriori forme e condizioni particolari di autonomia» nella materia «tutela della salute»*, ivi, 2024, n. 2, pp. 731-766; L. ABBRUZZO, *Regionalismo differenziato e diritto alla salute: verso una (ulteriore) differenziazione tra sistemi sanitari?*, in *Corti supreme e salute*, 2025, n. 2, pp. 339-375; M. COSULICH, *Regionalismo differenziato e «tutela della salute» quale materia concorrente*, ivi, 2026, n. 1-2, pp. 379-392; R. BALDUZZI, *I quotidiani allarmi sulla sanità italiana e il rischio di perdersi negli annunci e nei dettagli, rimuovendo l'essenziale*, ivi, 2026, n. 1-2, pp. 5-12; D. MORANA, *Il diritto alla salute e la prospettiva del regionalismo differenziato: il lascito della sent. n. 192/2024 della Corte costituzionale*, in *Corti supreme e salute*, 2026, n. 1-2, pp. 393-404, che muove dalla sentenza n. 192 del 2024 per tornare, nelle pagine conclusive, proprio sugli extra-LEA delle Regioni in piano. Pur nella varietà delle posizioni, quel dibattito converge su un punto che interessa direttamente questo lavoro. La differenziazione è ammissibile soltanto dentro il quadro del Servizio sanitario nazionale e «nella misura in cui tutti i SSR perseguono l'obiettivo primario di garantire i LEA» (così A. PITINO, *Il regionalismo differenziato*, cit., p. 745; nello stesso senso R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale*, cit., pp. 473-474, e C.B. CEFFA, *La mobilità interregionale in ambito sanitario*, cit., p. 666, per la quale un diverso godimento del diritto può essere sopportato «solo se frutto di una precisa situazione di fatto e non anche se conseguenza di una precisa scelta politica»).

<sup>4</sup> Ministero della salute, *Piani di rientro. Punto della situazione*, <https://www.salute.gov.it/new/it/tema/piani-di-rientro/il-punto-della-situazione> (consultato il 7 settembre 2026), per il quadro storico comprendente Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia. Dall'elenco va sottratta la Campania, uscita dal regime nel 2026, come documentato da Regione Campania, comunicato n. 159 del 27 marzo 2026, *Il Ministero della Salute ha accolto la richiesta di uscita dal piano di rientro della Regione Campania*, <https://www.regione.campania.it/comunicazione/area-stampa/comunicati/27032026-comunicato-n159-ministero-salute-ha-accolto-richiesta-uscita-piano-rientro-regione-campania> (consultato il 7 settembre 2026), che annuncia l'accoglimento ministeriale e il ritorno alla gestione ordinaria. Le Regioni tuttora vincolate sono dunque sei, ossia Abruzzo, Calabria, Lazio, Molise, Puglia e Sicilia. Sul carattere temporaneo del vincolo, G. RIVOSECCHI, *Poteri sostitutivi straordinari e piani di rientro dal disavanzo sanitario*, in *Italian Papers on Federalism*, 2023, n. 3, pp. 1-19; A. PATANÈ, D. SERVETTI, *Il potere sostitutivo dello Stato di fronte alla «crisi dell'autonomia»*, in *Corti supreme e salute*, 2021, pp. 257-276.

## 2. LEP, LEA ed extra-LEA. Le categorie in gioco

Conviene partire dalle parole, perché nel dibattito sugli extra-LEA anche il lessico è parte del problema. Le formule extra-LEP ed extra-LEA, anzitutto, non sono equivalenti. I livelli essenziali delle prestazioni previsti dall'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost. esprimono la competenza dello Stato a fissare standard uniformi connessi ai diritti civili e sociali sull'intero territorio nazionale, mentre i LEA ne costituiscono la specificazione sanitaria. È dunque extra-LEA il trattamento, il servizio, l'esenzione o la modalità assistenziale che eccede quanto il Servizio sanitario nazionale deve erogare secondo la disciplina statale<sup>5</sup>. La qualificazione dipende dal contenuto e dalla funzione della prestazione. Un sostegno alla vita di relazione può restare sociale anche se rivolto a un paziente, mentre un trattamento diagnostico, terapeutico o riabilitativo conserva natura sanitaria quale che sia il capitolo al quale la Regione imputa la spesa<sup>6</sup>.

La competenza della lettera m) non identifica una materia separata. Secondo l'impostazione della sentenza n. 282 del 2002, essa costituisce una potestà trasversale, capace di attrarre le attribuzioni regionali senza assorbirle<sup>7</sup>. Proprio per questo il suo esercizio esige una base legislativa adeguata e atti formali riconoscibili, con il necessario coinvolgimento regionale nelle specificazioni tecniche che incidono sull'esercizio delle competenze. Una determinazione unilaterale e informale dei livelli comprimerebbe l'autonomia ben oltre quanto la trasversalità consente. La dottrina lo ha avvertito fin dai primi commenti e la Corte lo ha riconosciuto richiedendo procedure collaborative<sup>8</sup>.

<sup>5</sup> Nella vasta letteratura sui livelli essenziali, M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria tra Stato e Regioni*, in E. CATELANI, G. CERRINA FERONI, M.C. GRISOLIA (a cura di), *Diritto alla salute tra uniformità e differenziazione. Modelli di organizzazione sanitaria a confronto*, Torino, Giappichelli, 2011, pp. 9-33; L. TRUCCO, *Livelli essenziali delle prestazioni e sostenibilità finanziaria dei diritti sociali*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 2012, pp. 1-92; A. D'ALOIA, *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2003, p. 1063 ss.; E. BALBONI, *Il concetto di «livelli essenziali e uniformi» come garanzia in materia di diritti sociali*, in *Le istituzioni del federalismo*, 2001, n. 6, pp. 1103-1111.

<sup>6</sup> Sul criterio funzionale che distingue la prestazione sanitaria dal beneficio sociale, D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale. Lezioni*, 4ª ed., Torino, Giappichelli, 2021, p. 92 ss.; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, Bononia University Press, 2008, p. 153 ss. Si vedano inoltre Corte cost., sent. 12 marzo 2021, n. 36, § 5.3 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 28 luglio 2023, n. 176, §§ 3.1-3.3 del Considerato in diritto.

<sup>7</sup> Corte cost., sent. 26 giugno 2002, n. 282, § 3 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 27 marzo 2003, n. 88; Corte cost., sent. 31 marzo 2006, n. 134. Sulla prima decisione, R. BIN, *Il nuovo riparto di competenze legislative: un primo, importante chiarimento*, in *Le Regioni*, 2002, p. 1445 ss.; D. MORANA, *La tutela della salute, fra libertà e prestazioni, dopo la riforma del Titolo V*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2002, p. 2034 ss.

<sup>8</sup> Per l'inquadramento della clausola, C. PINELLI, *Sui «livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali» (art. 117, secondo comma, lett. m), Cost.)*, in *Diritto pubblico*, 2002, pp. 881-908; R. BIFULCO, *«Livelli essenziali», diritti fondamentali e statuti regionali*, in T. GROPPI, M. OLIVETTI (a cura di), *La Repubblica delle autonomie. Regioni ed enti locali nel nuovo Titolo V*, Torino, Giappichelli, 2003, p. 135 ss.; E. BALBONI, *I livelli essenziali e i procedimenti per la loro determinazione*, in *Le Regioni*, 2003, p. 1183 ss.; E.A. FERIOLO, *Sui livelli essenziali delle prestazioni: le fragilità di una clausola destinata a contemperare autonomia e uguaglianza*, ivi, 2006, p. 565 ss. Sulla sentenza n. 88 del 2003 e sulla necessità di basi legali e atti formali, A. ANDRONIO, *I livelli essenziali delle prestazioni sanitarie nella sentenza Corte cost. n. 88 del 2003*, in *federalismi.it*, 2003, n. 8, p. 2 ss.; sulla leale collaborazione, A. SIMONCINI, *Non c'è alternativa alla leale*

Che cosa sia l'«essenziale» è questione sulla quale la riflessione si è a lungo esercitata e che qui interessa per un profilo preciso. I LEA non coincidono con il nucleo costituzionale minimo del diritto alla salute. La dottrina ha distinto il contenuto essenziale del diritto, il livello essenziale determinato dal legislatore statale e l'eventuale livello ulteriore regionale. Ha chiarito che l'essenziale non è il minimo materialmente più basso, ma il punto di equilibrio che la mediazione politica traduce in prestazioni esigibili. Ha messo in guardia, inoltre, dal costruire il diritto alla salute come mero «diritto a prestazione», perché per questa via l'eguaglianza finirebbe per dipendere interamente dal limite economico-finanziario<sup>9</sup>. La sentenza n. 192 del 2024 ha reso esplicita la distinzione tra nucleo minimo costituzionale e livelli determinati dal legislatore. Ha confermato che i LEA traducono in una soglia uniforme scelte statali che considerano bisogni, evidenze, appropriatezza e risorse; le prestazioni così definite devono essere adeguatamente finanziate ed erogate<sup>10</sup>. A tali criteri si conformano l'art. 1, comma 7, del d.lgs. n. 502 del 1992 e il d.P.C.m. 12 gennaio 2017, che articola le aree assistenziali. L'esigibilità è peraltro rimasta a lungo condizionata alle tariffe, definite soltanto dal d.m. 25 novembre 2024, entrato in vigore il 30 dicembre 2024<sup>11</sup>.

collaborazione, in *Le Regioni*, 2003, p. 1209 ss.; E. BALBONI, P.G. RINALDI, *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, ivi, 2006, p. 1014 ss.; sulla sentenza n. 134 del 2006, L. CUOCOLO, *Livelli essenziali: allegro, ma non troppo*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2006, p. 1264 ss.; E. PESARESI, *Art. 117, comma 2, lett. m), Cost.: la determinazione anche delle prestazioni? Tra riserva di legge e leale collaborazione, possibili reviviscenze del potere di indirizzo e coordinamento*, ivi, 2006, p. 1273 ss.

<sup>9</sup> Per il rifiuto di identificare l'essenziale con il livello materialmente più basso, C. PINELLI, *Sui «livelli essenziali delle prestazioni»*, cit., spec. p. 894 ss.; per la distinzione fra contenuto essenziale del diritto, livello essenziale statale e livello aggiuntivo regionale, C. PANZERA, *Mediazione politica e immediatezza giuridica dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2013, spec. p. 1015 ss.; O. CHESSA, *La misura minima essenziale dei diritti sociali: problemi e implicazioni di un difficile bilanciamento*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 1998, n. 2, p. 1170 ss.; E. CAVASINO, *Perché costruire il diritto alla salute come «diritto a prestazione» rende le forme normative dell'uguaglianza dipendenti dal limite economico-finanziario e ridimensiona l'effetto garantistico del «contenuto minimo essenziale»*, in *Rivista del Gruppo di Pisa*, 2012, n. 3, spec. p. 17 ss.; E. BALBONI, *Essenziale: was ist wesentlich?*, in *Quaderni costituzionali*, 2015, p. 390 ss.; A. D'ALOIA, *Diritti e Stato autonomistico*, cit., p. 1123 ss. Sulla distinzione fra «essenziale» e «minimo», si v. M. COSULICH, *Equità va cercando ... Il Servizio sanitario nazionale, strumento di attuazione dell'art. 32 Cost.*, in *Corti supreme e salute*, 2022, n. 1, pp. 201-211, spec. pp. 206-207, che nel passaggio dai livelli «uniformi» del 1992 ai livelli «essenziali» del 1999 segnala il mutato rapporto fra risorse e prestazioni, sicché «le risorse finanziarie per la sanità non costituiscono un vincolo a priori nella determinazione dei livelli»; D. SERVETTI, *Livelli essenziali, standard ospedalieri e riduzione dei posti letto: note a margine della sentenza della Corte n. 231 del 2017, rileggendo la n. 125 del 2015*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 1, pp. 59-76, spec. p. 74, per il quale la dicotomia minimo/massimo non è adeguata a esprimere natura e funzioni dell'istituto; A. PITINO, *Il regionalismo differenziato*, cit., p. 740, sul rifiuto, nel d.lgs. n. 502 del 1992, dei livelli minimi condizionati e modulabili in base alle risorse; R. BALDUZZI, *Quasi un editoriale*, cit., p. 470, che vede nei livelli essenziali i «collanti di sistema».

<sup>10</sup> Corte cost., sent. 3 dicembre 2024, n. 192, § 14 del Considerato in diritto. C. PANZERA, *Mediazione politica e immediatezza giuridica dei livelli essenziali delle prestazioni*, cit., spec. p. 1015 ss.; E. CAVASINO, *Perché costruire il diritto alla salute come «diritto a prestazione»*, cit., p. 17 ss. Tra i contributi pubblicati in questa rivista, si v. D. MORANA, *Il diritto alla salute e la prospettiva del regionalismo differenziato*, cit., pp. 400-402, che dalla sentenza n. 192 del 2024 trae la distinzione fra il nucleo minimo del diritto, che deriva dalla Costituzione e va garantito a prescindere da considerazioni di ordine finanziario, e i livelli essenziali, «vincolo posto dal legislatore statale, tenendo conto delle risorse disponibili».

<sup>11</sup> Art. 1, commi 1-8, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502; d.P.C.m. 12 gennaio 2017, *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*; d.m. 25 novembre 2024, *Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica*. Sul nesso tra aggiornamento, tariffe e procedura nazionale, Corte cost., sent. 1° dicembre 2022, n. 242; Corte cost., sent. 24 luglio 2025, n. 122; E. FERRARI, *Ticket sanitari, prestazioni imposte e livelli essenziali delle prestazioni*.

Da qui derivano due corollari. In primo luogo, l'assenza di una prestazione dal d.P.C.m. è un indice forte, ma non sempre conclusivo, dell'ulteriorità. Rilevano anche le condizioni di erogabilità e le fonti statali o cooperative che specificano l'organizzazione dei livelli senza efficacia integrativa generale<sup>12</sup>. In secondo luogo, la distribuzione dei ruoli resta ferma. Allo Stato spetta qualificare il livello. Alla Regione compete organizzarne l'erogazione e, nel regime ordinario, finanziare tutele ulteriori nelle materie di propria competenza<sup>13</sup>. Il lessico corrente designa talora queste tutele ulteriori come «livelli aggiuntivi di assistenza», secondo l'uso ripreso di recente da chi ha ricostruito in chiave comparativa le discipline regionali del test prenatale non invasivo, oppure come «soglia ulteriore», con formula ripresa dalla stessa giurisprudenza costituzionale<sup>14</sup>. Le formule sono utili, purché non inducano a pensare a un «livello essenziale aggiuntivo». Ciò che è essenziale è tale per l'intero territorio nazionale, in forza della lettera m). La prestazione aggiunta dalla singola Regione resta esterna alla determinazione statale dei livelli, senza che ciò ne sminuisca necessariamente il rilievo clinico o il rapporto con i bisogni della persona. La preclusione che colpisce le Regioni in piano non deriva quindi dalla trasformazione dei LEA in un tetto generale, ma dal distinto regime finanziario e programmatico del risanamento<sup>15</sup>.

ni, in *Rivista AIC*, 2017, n. 4, pp. 1-27. Sulla vicenda contenziosa, TAR Lazio, sez. III-quater, sentt. 22 settembre 2025, nn. 16399, 16400 e 16402.

<sup>12</sup> Corte cost., sent. 31 ottobre 2025, n. 161, §§ 2.1 e 3-3.2 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 29 dicembre 2025, n. 204, §§ 7.2 e 8.2-8.3 del Considerato in diritto. Sulla partecipazione regionale alla determinazione dei livelli, M. DI FOI-CO, *La partecipazione delle autonomie territoriali alla determinazione dei livelli essenziali in sanità. Profili sostanziali e procedurali*, in R. BALDUZZI (a cura di), *La sanità italiana tra livelli essenziali di assistenza, tutela della salute e progetto di devolution*, Milano, Giuffrè, 2004, p. 81 ss.; F. PIZZOLATO, *La procedura per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sociale*, in *Amministrazione in cammino*, 4 dicembre 2007, pp. 16-17. Sull'appropriatezza quale «attributo necessario per l'inclusione di una prestazione» nei livelli e sulla Commissione nazionale per l'aggiornamento, D. MORANA, *L'appropriatezza quale oggetto di valutazioni tecnico-scientifiche nel sistema di riparto delle competenze fra Stato e regioni*, in *Corti supreme e salute*, 2024, n. 1, pp. 87-102, spec. pp. 90-92, che osserva come uniformità e appropriatezza non siano obiettivi necessariamente sovrapponibili; sugli standard ospedalieri del d.m. n. 70 del 2015 quali «specificazioni» dei livelli essenziali, D. SERVETTI, *Livelli essenziali, standard ospedalieri e riduzione dei posti letto*, cit., pp. 63 e 72.

<sup>13</sup> La facoltà regionale di elevare la tutela discende dalla competenza esercitabile oltre la soglia uniforme, non da una potestà di definire ciò che è essenziale per l'intero territorio nazionale: Corte cost., sent. 28 giugno 2006, n. 248, § 4.1 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 23 novembre 2007, n. 387, § 5.1 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 15 maggio 2020, n. 91, § 4 del Considerato in diritto. In dottrina, R. BIFULCO, «Livelli essenziali», *diritti fondamentali e statuti regionali*, cit., p. 135 ss.; D. BUTTURINI, *I livelli essenziali delle prestazioni: problemi di definizione e di finanziamento*, in F. PALERMO, M. NICOLINI (a cura di), *Federalismo fiscale in Europa. Esperienze straniere e spunti per il caso italiano*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2012, p. 237 ss.

<sup>14</sup> A. DIRIENZO, *Il NIPT quale livello aggiuntivo di assistenza: un confronto tra servizi sanitari regionali*, in *Corti supreme e salute*, 2026, n. 1-2, pp. 421-442; C. BUZZACCHI, *La «soglia ulteriore» dei livelli essenziali e la responsabilità degli amministratori regionali: note a margine della sentenza n. 190 del 2022 della Corte costituzionale*, in *Osservatorio costituzionale*, 2023, n. 1, pp. 276-291, spec. pp. 282-285, che riprende l'espressione impiegata da Corte cost., sent. 25 luglio 2022, n. 190.

<sup>15</sup> Sulla soglia nazionale come limite verso il basso, compatibile con una differenziazione regionale in melius, E. BALBONI, *Gli standard strutturali delle istituzioni di assistenza tra livelli essenziali e principi fondamentali*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2007, p. 4333 ss.; Id., *Livelli essenziali: il nuovo nome dell'eguaglianza? Dai diritti sociali alla coesione economica, sociale e territoriale*, in E. BALBONI, B. BARONI, A. MATTIONI, G. PASTORI (a cura di), *Il sistema integrato dei servizi sociali*, Milano, Giuffrè, 2007, p. 35 ss.

### 3. Il vincolo del piano di rientro. Fonte, funzione e obiezioni

La preclusione degli extra-LEA trova la propria fonte nel regime del risanamento. I piani di rientro sono accordi tra Stato e Regione che incorporano un programma di riorganizzazione e riequilibrio soggetto a verifiche periodiche. Il nucleo normativo è definito dalla legge n. 311 del 2004 e dall'art. 2, commi 80 e 95, della legge n. 191 del 2009, che collegano il disavanzo strutturale alle misure concordate e vietano i provvedimenti capaci di ostacolarle<sup>16</sup>. Il piano, privo di rango primario, specifica il principio statale che ne impone il rispetto. Nel giudizio in via principale la norma statale fonda perciò il vincolo, mentre il programma ne individua la concreta violazione<sup>17</sup>.

Questo assetto non è mai stato pacifico e le obiezioni della dottrina meritano di essere prese sul serio, perché toccano il fondamento stesso della regola che qui si discute. Si è parlato di un legislatore regionale «dimezzato», la cui potestà risulta conformata da un atto negoziato dall'esecutivo e sottratto, nella sostanza, al circuito rappresentativo. Vi si è vista una delegificazione dei principi fondamentali e un'asimmetria difficilmente componibile con il disegno del Titolo V. Si è segnalata inoltre la debolezza dei raccordi cooperativi entro cui l'accordo matura<sup>18</sup>.

<sup>16</sup> Si vedano l'art. 1, commi 174 e 180, legge 30 dicembre 2004, n. 311, l'art. 1, comma 796, lett. b), legge 27 dicembre 2006, n. 296, e l'art. 2, commi 80, 88, 88-bis e 95, legge 23 dicembre 2009, n. 191. Per la ricostruzione sistematica, A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari*, cit., p. 57 ss.; T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari*, cit., p. 1 ss. Per la ricostruzione della disciplina si vedano i molteplici lavori pubblicati in questa rivista, ex multis A. PATANÈ, *La difficile «metabolizzazione» regionale del ruolo del Commissario ad acta nell'attuazione dei piani di rientro e la ferma posizione della Corte costituzionale*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 1, pp. 17-38, spec. p. 19, nota 1, dove si ricorda che il piano «non può prevedere una contrazione nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza»; L. MASPERO, *La Corte ritorna sulle Regioni in Piano di rientro e sul coinvolgimento degli Enti del Terzo settore, tra (parziali) novità e conferme. Note a margine della sentenza della Corte costituzionale n. 201 del 2024*, in *Corti supreme e salute*, 2025, n. 2, pp. 301-322, spec. pp. 305-306, sul piano come parametro interposto.

<sup>17</sup> E. GRIGLIO, *La legislazione regionale alla prova dei Piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, in *Rivista AIC*, 2012, n. 3, p. 1 ss.; L. IMARISIO, *Il governo della sanità piemontese tra rientro dall'emergenza finanziaria e indirizzi nazionali (e tra Consiglio e Giunta)*, in *Le Regioni*, 2018, pp. 782-792; N. LUPO, G. RIVOCCHI, *Quando l'equilibrio di bilancio prevale sulle politiche sanitarie regionali*, ivi, 2012, pp. 1062-1075.

<sup>18</sup> E. GRIGLIO, *Il legislatore «dimezzato»*, cit., pp. 455-502; 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*, 2014, nn. 1-2, pp. 203-226; I. CIOLLI, *Poteri sostitutivi statali, piani di rientro e vincoli di bilancio in materia sanitaria*, cit., pp. 39-76. Sul problema dei raccordi cooperativi e della rappresentanza territoriale, R. BIFULCO, *Il modello italiano delle conferenze Stato-autonomie territoriali (anche) alla luce delle esperienze federali*, in *Le Regioni*, 2006, p. 233 ss. Per la lettura della giurisprudenza sui piani attraverso il parametro della leale collaborazione, A. PATANÈ, *Il principio di leale collaborazione come parametro di costituzionalità nella più recente giurisprudenza costituzionale sui Piani di rientro sanitari*, in *Corti supreme e salute*, 2020, n. 3, pp. 513-524, spec. p. 524, che nella sentenza n. 217 del 2020 scorge un possibile, ancorché cauto, «segnale di cambiamento» nell'uso del parametro; sul ruolo del commissario ad acta, ID., *La difficile «metabolizzazione» regionale del ruolo del Commissario ad acta*, cit., spec. p. 37, per il quale quel ruolo va «strenuamente «blindato» da ogni intervento regionale fino alla completa attuazione del piano; G. DEMURO, *Poteri del commissario ad acta e diritto alla salute nella sent. 200 del 2019*, ivi, 2019, n. 2, pp. 187-192, che segnala il rischio di una «emergenza permanente» insito nella reiterabilità del commissariamento.

Le critiche colgono un punto reale. Proprio perché la forza conformativa promana da un atto a legittimazione debole, lo Stato che invoca il piano deve identificare lo specifico punto di contrasto tra la legge regionale e il programma, senza limitarsi a evocare genericamente l'uno o l'altro. Per la stessa ragione la compressione dell'autonomia deve restare funzionale, temporanea e proporzionata, secondo i canoni elaborati per i poteri sostitutivi dell'art. 120, secondo comma, Cost., dei quali il commissariamento costituisce la proiezione più intensa<sup>19</sup>.

La dottrina ha denunciato inoltre, con formula efficace, il rischio che l'equilibrio di bilancio finisca per prevalere sulle politiche sanitarie regionali, rovesciando l'ordine dei fini<sup>20</sup>. La giurisprudenza ha risposto tenendo fermi, come fini congiunti, il riequilibrio finanziario e l'effettività dei LEA. Sarebbe infatti apparente l'equilibrio ottenuto riducendo le prestazioni essenziali, come sarebbe insostenibile un'offerta alimentata da disavanzi permanenti<sup>21</sup>.

<sup>19</sup> Sull'onere di individuare lo specifico contrasto, Corte cost., sent. 17 marzo 2010, n. 100; Corte cost., sent. 18 aprile 2012, n. 91; Corte cost., sent. 29 maggio 2013, n. 104; Corte cost., sent. 12 dicembre 2014, n. 278. Sulla progressiva formazione del divieto e sulla sua incidenza differenziata, M. BELLETTI, *Le Regioni «figlie di un Dio minore». L'impossibilità per le Regioni sottoposte a Piano di rientro di implementare i livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le Regioni*, 2013, pp. 1078-1098. Sui poteri sostitutivi, Corte cost., sent. 15 dicembre 2016, n. 266; Corte cost., sent. 19 gennaio 2017, n. 14; Corte cost., sent. 14 febbraio 2023, n. 20; V. TAMBURRINI, *Sui poteri del commissario ad acta nella gestione dei piani di rientro dai disavanzi sanitari*, in *La Rivista NelDiritto*, 2015, pp. 640-643; G. RIVOSECCHI, *Poteri sostitutivi straordinari*, cit., pp. 1-19; sulla necessità di commisurare l'intensità del potere sostitutivo all'inadempimento concretamente accertato, A. CAROSI, *Risanamento finanziario, garanzia dei livelli essenziali, poteri sostitutivi: riflessioni a margine della sentenza della Corte costituzionale n. 168 del 2021*, in *Bilancio Comunità Persona*, 2021, n. 2, pp. 50-81; E. GRIGLIO, *Il legislatore «dimezzato»*, cit., p. 455 ss. Sull'incompatibilità fra Presidente della Regione e commissario, reintrodotta nel 2018, v. A. PATANÈ, *Le (infondate) inquietudini dei Presidenti «dimezzati». A margine di tre recenti ricorsi di legittimità costituzionale in via principale aventi ad oggetto il regime di incompatibilità del Presidente della Regione ad assumere l'incarico di Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro*, in *Corti supreme e salute*, 2019, n. 1, pp. 31-40, spec. pp. 38-40, che legge la nomina del commissario come atto «funzionale alla realizzazione dell'unità economica della Repubblica» e alla garanzia dei LEA; in senso critico verso l'unione personale fra le due cariche, C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, ivi, 2018, n. 3, pp. 659-665, spec. pp. 663-664. Sul commissariamento calabrese e sul d.l. n. 35 del 2019, da versanti opposti, E. JORIO, *Il decreto Grillo «salva-Calabria»: uno strumento che ha peggiorato la tutela della salute dei calabresi*, ivi, 2019, n. 3, pp. 477-486, spec. pp. 481-482, per il quale il decreto ha «promosso ed esaltato indiscriminatamente il commissariamento in quanto tale», senza avvedersi della responsabilità di quest'ultimo nei «disastri erogativi ed economici» della Regione, e A. IACHINO, *Il D.L. 30 aprile 2019, n. 35 (c.d. decreto Calabria): stato dell'arte circa l'attuazione di un provvedimento controverso*, ivi, 2019, n. 3, pp. 471-476, che vi vede un «prototipo straordinario», difficilmente ripetibile, e nella procedura di nomina dei commissari straordinari una «sintesi costituzionalmente orientata» di esigenze contrapposte.

<sup>20</sup> N. LUPO, G. RIVOSECCHI, *Quando l'equilibrio di bilancio prevale sulle politiche sanitarie regionali*, cit., pp. 1062-1075.

<sup>21</sup> Corte cost., sent. 13 novembre 2019, n. 233, §§ 5.2-5.3 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 10 aprile 2020, n. 62, § 4.4 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 17 dicembre 2024, n. 201, §§ 2.1.1-2.5 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 22 aprile 2025, n. 57, § 8 del Considerato in diritto. F. MASCI, *I LEA non sono assoggettabili ad alcun vaglio di sostenibilità economico-finanziaria: un trend giurisprudenziale in consolidamento*, in *Forum di Quaderni Costituzionali Rassegna*, 2020, n. 4, pp. 99-122; F. POLITI, *Il diritto alla salute fra esigenze di bilancio, tutela delle competenze regionali ed incompressibilità dei livelli essenziali*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 1, pp. 39-58, spec. pp. 53-56, che ricava dalla sentenza n. 169 del 2017 la «primazia della tutela sanitaria» e l'esigenza di separare il fabbisogno destinato alle spese incompressibili da quello degli altri servizi sanitari. Nella stessa prospettiva, su questa rivista, A. PATANÈ, *Regioni in piano di rientro ed emergenza Covid-19*, in *Corti supreme e salute*, 2020, n. 1, pp. 97-102, spec. p. 99, assume l'art. 32 Cost. come parametro di congruità dei piani «rispetto allo scopo precipuo della tutela della salute e non invece come mero strumento per il contenimento della spesa»; M. TROISI, *La contrastata applicazione della nuova sanità territoriale nella Regione Campania*, in *Corti supreme e salute*, 2023, n. 2, spec. pp. 409-410, la quale pone sullo sfondo del piano

In questa prospettiva il divieto di extra-LEA si lascia leggere come una regola di priorità nell'allocazione delle risorse, ed è la lettura che qui si propone. Durante il risanamento le risorse regionali servono anzitutto a garantire la soglia comune e la spesa per prestazioni ulteriori assume carattere non obbligatorio ai sensi dell'art. 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004<sup>22</sup>.

Nei casi di confine, tuttavia, il nesso tra mezzo e fine non può essere presunto. Quando la misura non impieghi risorse sanitarie, non produca costi regionali e non interferisca con gli interventi concordati, il contrasto con il piano deve essere dimostrato e non semplicemente evocato<sup>23</sup>.

La priorità, per operare, deve essere verificabile. A ciò provvedono gli artt. 19 e 20 del d.lgs. n. 118 del 2011, che impongono la separata evidenza del finanziamento dei LEA, del finanziamento sanitario aggiuntivo corrente, del disavanzo e degli investimenti<sup>24</sup>. La perimetrazione rende riconoscibili le risorse destinate ai LEA e può rivelarne la distrazione verso altri impieghi, ma non costituisce un titolo di spesa. Nelle Regioni soggette a piano la preclusione sostanziale opera a monte e impedisce di destinare nuove risorse regionali a un autentico extra-LEA, quale che sia la voce prescelta<sup>25</sup>.

---

«la dirimente questione del giusto punto di equilibrio tra esigenza di rispettare i limiti delle risorse disponibili e garanzia del contenuto essenziale del diritto alla salute».

<sup>22</sup> Per le premesse finanziarie di questa lettura, N. LUPO, G. RIVISECCHI, *Quando l'equilibrio di bilancio prevale sulle politiche sanitarie regionali*, cit., pp. 1062-1075; A. CAROSI, *La Corte costituzionale tra autonomie territoriali, coordinamento finanziario e garanzia dei diritti*, in *Rivista AIC*, 2017, n. 4, spec. pp. 13-14; L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la «spesa costituzionalmente necessaria»*, in *Recenti Progressi in Medicina*, 2023, vol. 114, n. 10, pp. 590-596.

<sup>23</sup> M. LUCIANI, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche nei sessant'anni della Corte costituzionale*, in *Rivista AIC*, 2016, n. 3, pp. 1-18; A. BRANCASI, *Uguaglianze e disuguaglianze nell'assetto finanziario di una Repubblica federale*, in *Diritto pubblico*, 2002, p. 924 ss.

<sup>24</sup> Artt. 19 e 20 d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118; Corte cost., sent. 24 luglio 2019, n. 197; Corte cost., sent. 4 gennaio 2024, n. 1; Corte cost., sent. 28 novembre 2025, n. 174. F.A. CANCELLA, *L'equilibrio di bilancio e i livelli essenziali dei diritti sociali*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2020, pp. 1781-1791; C. BUZZACCHI, *Il ruolo del «servizio sanitario e ospedaliero in ambito locale» alla luce dei parametri costituzionali dell'equilibrio di bilancio e dei LEA*, in *Forum di Quaderni Costituzionali Rassegna*, 2020, n. 2, pp. 662-676; F. SUCAMELI, *La disciplina e i rimedi a tutela dell'equilibrio nel settore sanitario: i controlli amministrativi e la giurisdizione sul bilancio della Corte dei conti*, in V. TENORE, A. NAPOLI (a cura di), *Studio sui controlli affidati dalla Costituzione alla Corte dei conti*, Napoli, Edizioni Scientifiche Italiane, 2020, p. 435 ss. Sulla perimetrazione come oggetto del controllo nei giudizi di parificazione e sull'indefettibilità della spesa destinata ai LEA, A. FONZI, *La mobilità sanitaria interregionale nei giudizi di parifica della Corte dei conti. Per la costruzione di un modello virtuoso del servizio sanitario regionale fra tenuta unitaria e regionalizzazione del sistema*, in *Corti supreme e salute*, 2022, n. 3, spec. pp. 677-680, che collega l'inibizione delle prestazioni ulteriori in costanza di piano al presupposto dell'adequazione delle risorse «per rispondere innanzitutto alle esigenze dei Lea» e ricorda la verifica della perimetrazione nel giudizio di parificazione; F. POLITI, *Il diritto alla salute fra esigenze di bilancio*, cit., p. 53, sulla «precisa delimitazione finanziaria dei Lea rispetto alle altre spese sanitarie» richiesta dalla Corte.

<sup>25</sup> Sul rapporto tra corretta perimetrazione, tutela dei LEA e vincoli di bilancio, A. FRICANO, *Il controllo degli enti del Servizio sanitario nella recente giurisprudenza contabile tra tutela della salute ed equilibrio di bilancio*, in *federalismi.it*, 2023, n. 19, spec. pp. 61-69; A. CAROSI, *La Corte costituzionale tra autonomie territoriali, coordinamento finanziario e garanzia dei diritti*, cit., pp. 19-21.

#### 4. Il regime ordinario come termine di confronto. Il finanziamento della sanità regionale e la responsabilità sul lato delle entrate

Per misurare che cosa il piano tolga, occorre sapere che cosa la Regione avrebbe potuto fare senza. Nel regime ordinario i LEA costituiscono un pavimento e non un tetto. Le Regioni possono elevare la tutela nelle materie di propria competenza mediante risorse proprie, contabilmente separate dal finanziamento dei livelli essenziali<sup>26</sup>. Questa differenziazione in *melius*, o «ascendente», è coerente con il pluralismo autonomistico dell'art. 5 Cost. Consente di sperimentare soluzioni suscettibili di estensione nazionale e trova nella soglia uniforme soltanto un limite verso il basso, non un divieto di fare meglio. La dottrina vi ha visto, con accenti diversi, il punto in cui i livelli essenziali si rivelano una «misura economica dell'eguaglianza» più che uno strumento di uniformità. L'eguaglianza garantita è quella della soglia, non quella dei risultati<sup>27</sup>.

Il confronto non sarebbe completo se guardasse soltanto alla spesa. Occorre chiedersi anche con quali risorse la sanità regionale sia finanziata, perché è da lì che la facoltà di aggiungere trae la propria misura. I livelli essenziali non sono finanziati da un fondo statale in senso proprio. Lo Stato determina ogni anno, d'intesa con le Regioni, il fabbisogno sanitario nazionale standard, cioè il livello di finanziamento cui concorre, e lo ripartisce fra i sistemi regionali in base ai fabbisogni standard. Dal lato delle entrate quel fabbisog-

<sup>26</sup> Sul principio generale della facoltà regionale di innalzamento, Corte cost., sent. 28 luglio 1993, n. 355; Corte cost., sent. 28 giugno 2006, n. 248, § 4.1 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 15 maggio 2020, n. 91, § 4 del Considerato in diritto; in materia sanitaria, Corte cost., sent. 23 novembre 2007, n. 387, § 5.1 del Considerato in diritto. M. LUCIANI, *I livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria*, cit., p. 27 ss.; E. BALBONI, *Gli standard strutturali delle istituzioni di assistenza*, cit., p. 4333 ss. Sulla separazione contabile delle risorse aggiuntive, Corte cost., sent. 10 aprile 2020, n. 62, §§ 4.3-4.5 del Considerato in diritto; F. SUCAMELI, *Il giudice del bilancio nella Costituzione italiana. Analisi del sistema giurisdizionale a presidio delle Autonomie e dei diritti attraverso l'unico grado*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2022, pp. 173-184; per i profili tecnico-contabili, L. PUDDU, C. RAINERO, A. MIGLIAVACCA, G. MODARELLI, *Resistenza al cambiamento e strategie di applicazione della riforma di armonizzazione: la perimetrazione della spesa sanitaria nel bilancio delle regioni*, in E. ANESSI PESSINA (a cura di), *L'armonizzazione contabile nel settore pubblico italiano*, Milano, FrancoAngeli, 2018, pp. 71-96. Tra i vari contributi pubblicati su questa rivista emerge che la facoltà di innalzamento viene letta come spazio di flessibilità del sistema, in grado di «trainarlo» verso l'alto, elevandone la quantità e la qualità delle prestazioni» (D. SERVETTI, *Livelli essenziali, standard ospedalieri e riduzione dei posti letto*, cit., pp. 74-75); come facoltà riconosciuta alle sole Regioni non vincolate, con l'elenco di quelle che l'hanno esercitata (A. PITINO, *Il regionalismo differenziato*, cit., p. 742; L. ABBRUZZO, *Regionalismo differenziato e diritto alla salute*, cit., p. 356); nella prospettiva delle prestazioni eticamente sensibili, P.F. BRESCIANI, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita. Uno studio su autonomia regionale e prestazioni sanitarie eticamente sensibili*, in *Corti supreme e salute*, 2024, n. 1, spec. pp. 250-255; sulla capacità delle Regioni di «erogare, nell'ambito delle proprie competenze, livelli più elevati di tutela», C. EQUIZI, *Mobilità interregionale: tra equità nell'accesso ai servizi sanitari e problemi di «sistema»*, ivi, 2023, n. 2, pp. 439-454, spec. p. 452.

<sup>27</sup> Sul rapporto fra autonomia, eguaglianza sostanziale, coesione territoriale e perequazione, A. D'ALOIA, *Diritti e Stato autonomistico*, cit., p. 1063 ss.; R. BIFULCO, *Art. 5 Cost.*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, I, Torino, UTET, 2006, spec. p. 137; F. COVINO, *La perequazione finanziaria nella Costituzione*, Napoli, Jovene, 2008, p. 209 ss. Sulla differenziazione in *melius*, C. PINELLI, *Sui «livelli essenziali delle prestazioni»*, cit., p. 881 ss.; F. SAITTO, *La legge delega sul federalismo fiscale: i livelli essenziali delle prestazioni come misura economica dell'eguaglianza*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2010, p. 2817 ss.; E.A. FERIOI, *Sui livelli essenziali delle prestazioni*, cit., p. 568 ss.

gno è coperto, nelle Regioni a statuto ordinario, dal gettito ad aliquota di base dell'IRAP e dell'addizionale regionale all'IRPEF, dalla compartecipazione all'IVA, che svolge una funzione perequativa, e dalle entrate proprie delle aziende sanitarie, secondo un assetto che dal 2000 ha sostituito i trasferimenti con la fiscalizzazione. Le Regioni a statuto speciale, con l'eccezione della Sicilia, finanziano per intero la propria sanità con il bilancio regionale, mentre la Sicilia vi concorre con una quota fissa della spesa. Come è stato osservato da attenta dottrina, la vera specialità in materia sanitaria risiede appunto nel finanziamento, al punto da rendere incerta l'estensione a quelle Regioni degli strumenti statali di coordinamento finanziario<sup>28</sup>.

Su questo impianto si innesta la regola che più direttamente interessa il tema. L'art. 13 del d.lgs. n. 502 del 1992, rubricato «autofinanziamento regionale», stabilisce che le Regioni fanno fronte con risorse proprie agli effetti finanziari dell'erogazione di livelli di assistenza superiori a quelli uniformi, dell'adozione di modelli organizzativi diversi da quelli assunti a base del finanziamento e degli eventuali disavanzi di gestione, «con conseguente esonero di interventi finanziari da parte dello Stato». La disposizione sancisce due regole: il finanziamento nazionale copre soltanto i livelli essenziali al costo standard; le prestazioni ulteriori e i disavanzi gravano sulla fiscalità regionale e, quindi, sui contribuenti della Regione. Nel regime ordinario, la scelta di elevare la tutela comporta quindi una precisa responsabilità politica. La Regione deve finanziare i livelli aggiuntivi attraverso la propria leva fiscale,

<sup>28</sup> Artt. 15, 26 e 27 d.lgs. 6 maggio 2011, n. 68, in attuazione della legge 5 maggio 2009, n. 42; in precedenza, d.lgs. 18 febbraio 2000, n. 56. Per le autonomie speciali, art. 34, comma 3, legge 23 dicembre 1994, n. 724; art. 1, comma 144, legge 23 dicembre 1996, n. 662; art. 1, commi 830 e 836, legge 27 dicembre 2006, n. 296, che fissa al 49,11 per cento, a decorrere dal 2009, il concorso della Regione Siciliana alla spesa sanitaria. Sulle somme attese dallo Stato a fronte di quell'aumento, Corte cost., sent. 10 aprile 2020, n. 62, §§ 4.2-4.4.2 del Considerato in diritto, che vi ravvisa «un vincolo di destinazione indefettibile al prioritario soddisfacimento dei LEA». La tesi richiamata nel testo è di R. BALDUZZI, D. PARIS, *La specialità che c'è, ma non si vede. La sanità nelle Regioni a Statuto speciale*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 1, pp. 155-180, spec. pp. 161-169, dove si osserva che «lo Stato, quando non concorre al finanziamento della spesa sanitaria, neppure ha titolo per dettare norme di coordinamento finanziario» (p. 169); sulla Sicilia come sola Regione speciale nella quale lo Stato concorre alla spesa sanitaria, in deroga all'art. 119, quarto comma, Cost., A. MORRONE, *La «visione trascendente» dei LEA e la realtà del SSN. Critica su processo e merito nelle sentt. nn. 197/2019 e 62/2020 della Corte costituzionale*, ivi, 2020, n. 1, pp. 9-29, spec. p. 23, nota 37; sul coordinamento finanziario in una Regione che autofinanzia la propria sanità, M. BELLETTI, *Il coordinamento finanziario nella Regione Sardegna. Uno spunto per l'attuazione del regionalismo differenziato?*, in *Corti supreme e salute*, 2025, n. 2, pp. 323-338, spec. pp. 327-328 e 337-338; sul vincolo dei LEA anche per le autonomie speciali, M. COSULICH, *Regionalismo differenziato e «tutela della salute» quale materia concorrente*, cit., p. 384. Sul peso della sanità, pari a circa l'80 per cento della spesa delle Regioni ordinarie, C. CHIAPPINELLI, *Profili finanziari e potenzialità dei controlli*, cit., p. 166, e già C. PINELLI, *La revisione costituzionale del 2001 e le sue ricadute in campo sanitario*, cit., p. 660, che vi collega la persistenza della spesa storica (pp. 660-661). Sull'alternativa, dopo il fiscal compact, fra ticket, addizionale IRPEF e riduzione dei servizi, L. ABBRUZZO, *Regionalismo differenziato e diritto alla salute*, cit., p. 348; sul criterio dell'età media del d.lgs. n. 68 del 2011, che sfavorisce le Regioni con minore aspettativa di vita, v. C.B. CEFFA, *La mobilità interregionale in ambito sanitario*, cit., p. 657; sul «probabile corrispondente definanziamento dei territori con minore capacità fiscale per abitante» insito in un autofinanziamento affidato ai tributi regionali, si v. M. COSULICH, *Equità va cercando*, cit., p. 205. Per una ricostruzione storica del finanziamento della salute, che contesta la narrazione della mera carenza di risorse e sposta l'attenzione sull'allocatione, S. SPATOLA, *Il solito dilemma: il finanziamento della salute tra effettività della tutela ed esigenze di bilancio. Evoluzione, critiche e prospettive alla luce del recente dibattito sociale*, in *Corti supreme e salute*, 2023, n. 3, pp. 703-749, spec. pp. 714 e 717-718, dove si osserva che oggi «le risorse finanziarie vengono determinate contestualmente ai bisogni sanitari del Paese» e che la discrezionalità del legislatore è limitata dall'alto dall'equilibrio di bilancio e dal basso dal nucleo essenziale del diritto.

modulando l'addizionale e l'IRAP entro i limiti della legge statale, e risponde ai propri elettori sia delle prestazioni ulteriori sia del disavanzo. È la «tendenziale correlazione tra prelievo fiscale e beneficio connesso alle funzioni esercitate sul territorio» che la legge delega sul federalismo fiscale assume a criterio direttivo per favorire la corrispondenza tra responsabilità finanziaria e amministrativa, e che l'art. 119 Cost. presuppone quando affianca all'autonomia di spesa quella di entrata. La letteratura economica ha mostrato del resto che le Regioni dotate di maggiore autonomia fiscale si sono rivelate più responsabili nel governo della spesa sanitaria, mentre l'aspettativa di un ripiano statale dei disavanzi ha alimentato la spesa eccedente le migliori pratiche. La responsabilità sul lato delle entrate è dunque, già nel regime ordinario, la condizione della differenziazione in *melius* e non un suo limite esterno<sup>29</sup>.

Anche fuori dal piano, peraltro, la facoltà di innalzamento non è illimitata. Essa incontra un limite competenziale, relativo alle materie riservate allo Stato e ai criteri nazionali di rimborsabilità, e un limite finanziario, relativo alla separazione contabile delle risorse aggiuntive. Il piano trasforma il secondo limite in una preclusione, sicché durante il risanamento nessuna risorsa regionale può finanziare autentici extra-LEA, quale che sia l'origine contabile delle somme. La competenza concorrente permane e il programma non assorbe l'intero bilancio, perché le risorse autonome restano utilizzabili per rendere effettivi livelli già definiti e per le politiche non sanitarie<sup>30</sup>.

Qui si annida l'obiezione più seria all'intero impianto, destinata ad accompagnare tutto il percorso. La dottrina l'ha formulata con un'immagine difficile da dimenticare, quella delle Regioni in piano come «figlie di un Dio minore», i cui residenti ricevono meno degli altri

<sup>29</sup> Art. 13, comma 1, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502; art. 2, comma 2, lettera p), legge 5 maggio 2009, n. 42; per i margini di manovra, art. 16, comma 3, d.lgs. 15 dicembre 1997, n. 446, e art. 6 d.lgs. n. 68 del 2011. Sull'art. 13 come norma che trasla sulle Regioni l'onere dell'equilibrio del sistema, S. SPATOLA, *Il solito dilemma*, cit., p. 721, nota 66, il quale osserva anche che le Regioni «non possono dirsi de-responsabilizzate perché è loro il potere allocativo delle risorse» (p. 716, nota 47). Nella letteratura economica, M. BORDIGNON, G. TURATI, *Bailing out expectations and public health expenditure*, in *Journal of Health Economics*, 28, 2009, pp. 305-321; M. PIACENZA, G. TURATI, *Does fiscal discipline towards subnational governments affect citizens' well-being? Evidence on health*, in *Health Economics*, 23, 2014, pp. 199-224, secondo cui le aspettative di salvataggio incidono sulla spesa eccedente le migliori pratiche e non sui risultati di salute. Che il nodo sia distributivo prima che quantitativo è sostenuto, su questa rivista, anche da G. TURATI, *Che cosa blocca l'attuazione della riforma della sanità territoriale (e non solo)? Qualche spunto di riflessione*, in *Corti supreme e salute*, 2023, n. 2, spec. pp. 327-329, per il quale la spesa sanitaria pubblica non si è mai ridotta in termini nominali e il conflitto distributivo «va risolto dalla politica». Sul versante opposto della responsabilità, C. BUZZACCHI, *Payback e Costituzione. La politica sanitaria tra tetti di spesa e contributi di utilità sociale*, ivi, 2024, n. 3, pp. 869-885, spec. pp. 870-871, la quale osserva che il fondo statale per il ripiano degli sforamenti sui dispositivi medici opera in senso opposto ai piani di rientro imposti alle Regioni in dissesto e rischia di premiare gli amministratori meno rigorosi; G. FARES, *Poteri sostitutivi, spesa pubblica, congiunture emergenziali: il payback dei dispositivi medici tra funzionamento e criticità*, ivi, 2025, n. 2, pp. 429-452, che nota come quel meccanismo muti la natura delle entrate regionali in caso di sforamento dei tetti. Sul nesso fra soglia ulteriore e responsabilità degli amministratori regionali, C. BUZZACCHI, *La «soglia ulteriore» dei livelli essenziali e la responsabilità degli amministratori regionali*, cit., pp. 289-291.

<sup>30</sup> Sul più recente approdo relativo all'impiego di risorse autonome per rendere effettive prestazioni già essenziali, Corte cost., sent. 9 marzo 2026, n. 26, §§ 9.2-9.5 del Considerato in diritto; A. PATANÈ, *Regioni in piano di rientro ed emergenza Covid-19*, cit., pp. 97-102; A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA*, cit., pp. 137-156.

proprio mentre ricevono meno di quanto sarebbe loro dovuto<sup>31</sup>. L'asimmetria tra Regioni libere di innalzare la tutela e Regioni vincolate resta giustificabile soltanto finché risulti funzionale al ripristino dell'effettività, proporzionata e temporalmente controllabile. Sul tempo, sulla proporzione e sull'eguaglianza si tornerà nel § 8. Prima occorre definire con precisione che cosa il divieto colpisca.

## 5. L'estensione del divieto. Le risorse proprie e i limiti del formalismo contabile

Occorre dunque domandarsi se la Regione in piano possa finanziare una prestazione ulteriore con risorse proprie e aggiuntive, magari collocate in un capitolo separato del bilancio. La tensione che ne deriva non è soltanto istituzionale. Gli effetti assistenziali del disavanzo ricadono su cittadini che alla sua formazione sono rimasti estranei, e la giurisprudenza ha dovuto così annullare misure che rispondevano a bisogni reali, come i rimborsi aggiuntivi per i pazienti oncologici della legge abruzzese decisa nel 2013, in nome di un risanamento le cui responsabilità appartenevano ad altri<sup>32</sup>.

Il fondamento tecnico della regola sta in una qualificazione. Nei piani e nei programmi ai quali la legge attribuisce equivalente forza conformativa, la spesa per prestazioni ulteriori è spesa non obbligatoria, e su questa qualificazione si regge l'intera giurisprudenza<sup>33</sup>. Il

<sup>31</sup> M. BELLETTI, *Le Regioni «figlie di un Dio minore»*, cit., pp. 1078-1098. Sui divari territoriali nell'accesso alle cure, C. EQUIZI, *Mobilità interregionale*, cit., spec. p. 443 ss.; L. ABBRUZZO, *Regionalismo differenziato e diritto alla salute*, cit., spec. p. 351 ss.; C.B. CEFFA, *La mobilità interregionale in ambito sanitario*, cit., pp. 658-659, nota 29, e 662, nota 45, che riporta le stime dell'incremento della mobilità in uscita indotto dai piani e dal commissariamento e richiama, con Rivosecchi, il «vero e proprio statuto giuridico differenziato» delle Regioni in piano, limitativo della capacità di erogare prestazioni aggiuntive; A. FONZI, *La mobilità sanitaria interregionale nei giudizi di parifica*, cit., pp. 687-688, per la quale dietro la mobilità si celano le diseguaglianze del sistema; D.A. PISANI, *Il finanziamento della mobilità sanitaria interregionale: iniquità e inefficienze*, in *Corti supreme e salute*, 2022, n. 3, pp. 691-702, spec. p. 694, sul «sostanziale trasferimento di risorse dalle Regioni meridionali a quelle settentrionali» prodotto dalla compensazione; P. RUBECHINI, *La salute negata: le inefficienze del sistema sanitario italiano alla prova delle nuove tecnologie di recente introduzione, tra prospettive di «cura» della sanità pubblica e rischi per la garanzia dei diritti*, ivi, 2024, n. 3, pp. 989-1006, spec. pp. 997-998 e 1006, sul divario Nord-Sud nei punteggi LEA e sul rischio che la tecnologia agisca da «moltiplicatore delle disuguaglianze»; F. TOTH, *How health care regionalisation in Italy is widening the North-South gap*, in *Health Economics, Policy and Law*, 9, 2014, pp. 231-249; C. TUBERTINI, *Cinquant'anni di organizzazione sanitaria. Dall'uniformità alla differenziazione, e ritorno*, in *Rivista del diritto della sicurezza sociale*, 2016, p. 81 ss.

<sup>32</sup> Corte cost., sent. 29 maggio 2013, n. 104, sull'art. 3 della legge reg. Abruzzo 17 luglio 2012, n. 33. La legge abruzzese riconosceva rimborsi aggiuntivi ai pazienti oncologici e interferiva sia con il piano sia con il commissariamento. M. BELLETTI, *Le Regioni «figlie di un Dio minore»*, cit., p. 1088 ss.; A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari*, cit., p. 147 ss. La decisione è richiamata anche da A. PATANÈ, *Regioni in piano di rientro ed emergenza Covid-19*, cit., p. 100, nota 16, come esempio della regola per cui ciò che non è previsto nell'accordo è considerato in violazione dell'accordo stesso.

<sup>33</sup> Corte cost., sent. 23 febbraio 2012, n. 32; Corte cost., sent. 29 maggio 2013, n. 104; Corte cost., sent. 26 giugno 2020, n. 130; Corte cost., sent. 8 luglio 2021, n. 142; Corte cost., sent. 30 giugno 2022, n. 161; Corte cost., sent. 25 luglio 2022, n. 190. Sulla spesa ulteriore come non obbligatoria, A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari*, cit., p. 147 ss. Sul divieto di spese non obbligatorie come limite che opera per le sole prestazioni non dovute, e sulla tesi che esso non possa operare quando la prestazione sia costituzionalmente dovuta, P.F. BRESCIANI, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita*, cit., pp. 255-

finanziamento condiziona l'effettività e la perimetrazione rende riconoscibili le risorse destinate ai livelli<sup>34</sup>.

Il rigore contabile, per quanto indispensabile, non può tuttavia da solo qualificare la prestazione, né trasformare ogni misura sanitaria estranea al catalogo in una distrazione di risorse. Occorre distinguere la spesa necessaria all'erogazione dei livelli dagli interventi soltanto utili o desiderabili, con criteri che non si riducano al nome della posta di bilancio. Il precedente sul quale si misura l'applicazione più rigida della regola è la sentenza n. 142 del 2021. La legge pugliese imponeva di inserire un dirigente psicologo a tempo determinato nei piani del fabbisogno delle aziende sanitarie. La Corte non si fermò al nome della posta contabile e svolse un accertamento in due tempi. Verificò anzitutto il contrasto con il punto B3 del piano, che imponeva la riduzione della spesa di personale e delle posizioni dirigenziali. Rilevò poi che la stessa Regione aveva imputato le risorse alla voce destinata ai livelli di assistenza superiori ai LEA. Il bilancio servì dunque a confermare una qualificazione già fondata sul contenuto della misura e sul conflitto con il programma, non a sostituirla<sup>35</sup>.

Su decisioni come questa una parte della dottrina ha costruito la censura del «divieto assoluto». La mancata inclusione della prestazione nel d.P.C.m. del 2017 opererebbe come «una sorta di presunzione assoluta» di non obbligatorietà della spesa, ricavata per automatismo dal contenuto «per certi versi evanescente» dell'art. 1, comma 174. L'equazione tra «spese non obbligatorie» e «prestazioni non obbligatorie» apparirebbe inoltre, in questa giurisprudenza, «più un dogma che un principio giuridico»<sup>36</sup>.

L'obiezione va presa sul serio e il § 7 è dedicato proprio a mostrare che il presupposto del divieto non può essere accertato per presunzioni. La sentenza n. 142 del 2021 non è però il suo bersaglio migliore, perché lì la Corte non si accontentò dell'assenza dal catalogo e richiese, trovandolo, uno specifico punto di conflitto con un obiettivo del programma. Il problema del preteso automatismo si pone semmai per le decisioni successive, nelle quali

257 e 261-262. La tesi converge con la lettura del divieto come regola sulla spesa facoltativa, ma sposta il baricentro dalla priorità allocativa al contenuto del diritto, con le difficoltà di accertamento discusse nel § 7.

<sup>34</sup> Corte cost., sent. 24 luglio 2019, n. 197; Corte cost., sent. 10 aprile 2020, n. 62. C. BUZZACCHI, *LEA, costi, fabbisogni e copertura finanziaria*, in *Diritti regionali*, 2019, n. 3, pp. 1-22; A. MORRONE, *La «visione trascendente» dei LEA e la realtà del SSN*, cit., spec. pp. 26-27, dove nella «visione trascendente» dei LEA e nell'idea che sia la garanzia dei diritti incompressibili a incidere sul bilancio si vede una prospettiva che «banalizza l'embricazione tra diritti fondamentali e diritto del bilancio» e «determina una gerarchia tra beni». La lettura qui proposta non ricava dalla separazione contabile una gerarchia fra beni, ma uno strumento di responsabilità che rende verificabile la destinazione delle risorse.

<sup>35</sup> Corte cost., sent. 8 luglio 2021, n. 142, § 3 del Considerato in diritto, sull'art. 2, comma 3, della legge reg. Puglia 7 luglio 2020, n. 21. In senso critico, A. AMATO, *Niente al di fuori dei LEA*, cit., p. 547 ss.; 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*, 2022, n. 3, pp. 755-779. Per la lettura della decisione nel quadro dell'inibizione, in costanza di piano, di prestazioni ulteriori e ampliative rispetto a quelle previste dallo Stato, A. FONZI, *La mobilità sanitaria inter-regionale nei giudizi di parifica*, cit., pp. 677-678.

<sup>36</sup> Così, rispettivamente, A. AMATO, *Niente al di fuori dei LEA*, cit., p. 559, e V. CIACCIO, *Regioni in Piano di rientro e divieto assoluto di prestazioni eccedenti i LEA*, cit., spec. pp. 766-769, la quale osserva che l'art. 1, comma 174, «discorre di «divieto di effettuare spese non obbligatorie» e non già di divieto di erogare prestazioni non obbligatorie».

l'indicazione del punto specifico di conflitto tende a scomparire, sostituita dalla sola qualificazione della spesa come non obbligatoria.

La vicenda del test prenatale non invasivo (NIPT) rese evidente il nodo. La Regione Puglia aveva previsto, in via sperimentale e gratuita per alcune gestanti, un test raccomandato dal Consiglio superiore di sanità, e aveva collocato lo stanziamento tra le «ulteriori spese in materia sanitaria», non nella voce formalmente dedicata ai livelli superiori. La sentenza n. 161 del 2022 ritenne irrilevante la diversa collocazione, perché il test restava una prestazione sanitaria non compresa nei LEA e finanziata dalla Regione. Non bastarono a salvare la legge neppure la raccomandazione tecnica nazionale, la durata biennale della sperimentazione e i risparmi prospettati rispetto agli esami invasivi, rimasti privi di una dimostrazione comparativa<sup>37</sup>.

La decisione è stata molto discussa. Vi si è letto il segno che «gli aspetti finanziari sembrano avere la precedenza sulla tutela del diritto alla salute», tanto più stridente in quanto il test esponeva le gestanti a un rischio minore rispetto agli screening invasivi già compresi nei LEA<sup>38</sup>. Si è denunciato inoltre il paradosso di un catalogo fermo, che trasforma il ritardo dello Stato in un limite per le Regioni<sup>39</sup>.

Nel diritto vigente la sentenza appare tuttavia coerente con la struttura delle fonti. Il test non era incluso nei LEA, la legge pugliese ne disponeva l'erogazione gratuita a carico del servizio sanitario regionale e la raccomandazione del Consiglio superiore di sanità non costituiva né un titolo di spesa né un aggiornamento del catalogo. Una soluzione diversa avrebbe trasformato quella raccomandazione in una deroga di creazione giurisprudenziale.

Riconoscere la correttezza dell'esito nel sistema dato non significa però esserne soddisfatti. Il NIPT riuniva gli elementi che avrebbero meritato un'istruttoria statale entro un termine certo, dalla valutazione tecnica nazionale favorevole ai destinatari delimitabili, dalla minore invasività alla plausibile sostituzione di prestazioni già finanziate, senza che fosse

<sup>37</sup> Corte cost., sent. 30 giugno 2022, n. 161, § 4 del Considerato in diritto, sull'art. 3 della legge reg. Puglia 6 agosto 2021, n. 31; 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 costituzionale*, 2022, n. 6, pp. 389-401; V. CIACCIO, *Regioni in Piano di rientro*, cit., p. 769 ss.; D. MORANA, *L'appropriatezza quale oggetto di valutazioni tecnico-scientifiche*, cit., pp. 87-102; A. AMATO, *Niente al di fuori dei LEA*, cit., pp. 552-555. Su questa rivista, D. SERVETTI, *Tutela della salute e innovazione tecnologica delle cure, tra diritto, scienza ed etica: il caso emblematico del NIPT*, in *Corti supreme e salute*, 2026, n. 1-2, pp. 517-537, spec. pp. 525-527, che ricostruisce le iniziative regionali e il contenzioso costituzionale sul test. Ancora su questa rivista, L. MASPERO, *La Corte ritorna sulle Regioni in Piano di rientro*, cit., p. 308, rimprovera alla decisione di avere ritenuto di fatto secondario l'interesse costituzionale che il test intendeva tutelare, mentre A. DIRIENZO, *Il NIPT quale livello aggiuntivo di assistenza*, cit., pp. 423-424, ne ricava che la facoltà di erogare livelli ulteriori è preclusa alle Regioni in piano, salve le sole ipotesi del finanziamento statale e della dimensione sociale della misura.

<sup>38</sup> A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA*, cit., p. 147.

<sup>39</sup> V. CIACCIO, *Regioni in Piano di rientro*, cit., pp. 773-774, che parla di «cristallizzazione dei LEA», «assai problematica se dai LEA si fa dipendere anche la misura della potestà legislativa delle Regioni in Piano»; analogamente, sul costo costituzionale dell'inerzia, R. LUGARÀ, *L'abbandono dei LEA alle Regioni: il caso della procreazione medicalmente assistita*, in *Osservatorio costituzionale*, 2015, n. 1, p. 1 ss.

disponibile un procedimento di raccordo capace di valutarli prima dell'iniziativa regionale. È su questa carenza che può intervenire una disciplina statale transitoria<sup>40</sup>.

Da queste vicende emerge il nucleo della regola, che separa l'origine della risorsa dalla sua destinazione. In termini semplici, non conta da dove il denaro provenga ma dove la legge lo mandi. Una risorsa può essere libera prima della scelta allocativa, ma non rimane esterna dopo che la legge l'abbia destinata a una prestazione sanitaria ulteriore. Né vale opporre l'art. 20, comma 1, del d.lgs. n. 118 del 2011, che richiede la separata evidenza del finanziamento sanitario aggiuntivo corrente e vi ricomprende gli atti destinati a livelli di assistenza superiori ai LEA. Quella disposizione descrive una voce contabile, non attribuisce il potere di alimentarla in ogni regime. Fuori dal piano essa consente di distinguere la spesa aggiuntiva dalle risorse destinate alla soglia essenziale. Durante il piano rende visibile la destinazione e ne permette il controllo, senza derogare al divieto di spese non obbligatorie<sup>41</sup>.

La lettura qui accolta converge, nella sostanza, con quella di chi ha osservato che la «soglia ulteriore» presuppone livelli essenziali già effettivamente garantiti e reali margini finanziari. La facoltà di aggiungere viene dopo il dovere di garantire e durante il risanamento quel «dopo» non è ancora arrivato<sup>42</sup>.

Il versante delle entrate aggiunge a questa conclusione una conferma che la sola lettura contabile non offre e che completa il quadro del finanziamento tracciato in precedenza. Nel regime ordinario la leva fiscale regionale esprime una scelta; durante il piano diventa uno strumento legale di copertura. L'art. 1, comma 174, della legge n. 311 del 2004 prevede, in caso di mancata copertura del disavanzo accertato, il blocco del turn over, il divieto di spese non obbligatorie e l'applicazione dell'addizionale all'IRPEF e delle maggiorazioni dell'IRAP nella misura massima consentita. Per le Regioni in piano che non raggiungano gli obiettivi, l'art. 2, comma 86, della legge n. 191 del 2009 dispone un ulteriore aumento automatico di entrambe le aliquote, espressamente salvaguardato dalla riforma del federalismo fiscale regionale. Per la Regione Siciliana, che finanzia direttamente quasi metà della propria spesa sanitaria, la responsabilità sul lato delle entrate assume la forma del concorso a carico del bilancio regionale, con il vincolo di destinazione prioritaria ai LEA che

<sup>40</sup> Corte cost., sent. 30 giugno 2022, n. 161, § 4 del Considerato in diritto; Consiglio superiore di sanità, *Screening del DNA fetale non invasivo (NIPT) in sanità pubblica*, 9 marzo 2021, <https://www.salute.gov.it/new/it/publicazione/screening-del-dna-fetale-non-invasivo-nipt-sanita-pubblica> (consultato il 17 luglio 2026); A. PATANÈ, *Test prenatale non invasivo (NIPT) e Piano di rientro*, cit., pp. 389-401.

<sup>41</sup> Art. 20, comma 1, d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118; Corte cost., sent. 25 luglio 2022, n. 190, §§ 6-7 del Considerato in diritto. Sulla «soglia ulteriore» e sul suo carattere condizionato, C. BUZZACCHI, *La «soglia ulteriore» dei livelli essenziali*, cit., pp. 282-285, per la quale l'extra-LEA di una Regione in piano si tradurrebbe nello «spostamento di risorse finanziarie da spese necessarie a spese non essenziali» (p. 283); V. CIACCIO, *Regioni in Piano di rientro*, cit., p. 755 ss. La distinzione fra «finanziamento obbligatorio LEA; finanziamento aggiuntivo LEA e finanziamento per extra LEA», con separata evidenza nel bilancio regionale delle risorse conferite al servizio sanitario anche per «prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA», è richiamata, sulla scorta delle verifiche e delle audizioni della Corte dei conti, da C. CHIAPPINELLI, *Profili finanziari e potenzialità dei controlli*, cit., pp. 171-173.

<sup>42</sup> C. BUZZACCHI, *La «soglia ulteriore» dei livelli essenziali*, cit., spec. pp. 282-285.

la sentenza n. 62 del 2020 vi ha riconosciuto. La Corte costituzionale ha ricondotto questi automatismi al sistema tributario dello Stato e ne ha escluso l'irragionevolezza, osservando che il gettito va comunque a vantaggio della finanza regionale e che l'incremento risponde a «una situazione oggettiva di rilevante e perdurante disavanzo nel principale comparto di spesa regionale»<sup>43</sup>.

Da tale assetto discende una precisa conseguenza in ordine alle risorse proprie. Nelle Regioni sottoposte a piano di rientro, la legge determina il prelievo regionale nella misura massima e ne destina il gettito alla copertura del disavanzo, escludendo margini fiscali disponibili per il finanziamento di prestazioni ulteriori. L'extra-LEA finanziato con «risorse proprie» sarebbe in realtà pagato da contribuenti che già sopportano l'aliquota massima per ripianare il disavanzo, oppure sottrarrebbe al risanamento entrate che la legge gli ha riservato. La priorità delle prestazioni essenziali concerne, dunque, tanto la destinazione della spesa quanto l'impiego della capacità fiscale della comunità regionale, integralmente vincolata dal piano al ripristino dell'equilibrio finanziario e dell'effettività dei LEA. Anche sotto questo profilo, l'origine autonoma delle risorse non sottrae la spesa al divieto. In tale prospettiva, l'interrogativo sollevato in dottrina circa l'adozione di previsioni normative non necessarie da parte di Regioni gravemente inadempienti nell'erogazione dei LEA investe la responsabilità degli amministratori nei confronti dei contribuenti regionali, prima ancora che dello Stato<sup>44</sup>.

Resta il caso-limite, sul quale la Corte non si è ancora pronunciata in questi esatti termini. Che cosa accade se le risorse regionali sono integralmente esterne al perimetro sanitario, contabilmente separate e prive di ogni costo indiretto? La ricostruzione sistematica condu-

<sup>43</sup> Per il quadro del finanziamento, supra, § 4, e, per la posizione della Regione Siciliana, supra, nota 28. Art. 1, comma 174, legge 30 dicembre 2004, n. 311, nel testo risultante dall'art. 1, comma 277, legge 23 dicembre 2005, n. 266, e dalle modifiche successive; art. 2, comma 86, legge 23 dicembre 2009, n. 191; art. 6, comma 10, d.lgs. n. 68 del 2011, che fa salvi «gli automatismi fiscali previsti dalla vigente legislazione nel settore sanitario nei casi di squilibrio economico». Per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi disposto nel 2007, condizionato all'applicazione delle aliquote nella misura massima, art. 1 d.l. 20 marzo 2007, n. 23, conv. dalla legge 17 maggio 2007, n. 64, come descritto da Corte cost., sent. 18 giugno 2008, n. 216, § 2 del Considerato in diritto. Corte cost., sent. 14 giugno 2007, n. 193, § 5 del Considerato in diritto, riconduce l'applicazione automatica nella misura massima dell'addizionale e delle maggiorazioni IRAP alla competenza esclusiva statale in materia di sistema tributario dello Stato e ne esclude l'irragionevolezza, perché la misura interviene all'esito di una persistente inerzia degli organi regionali e il suo gettito va a vantaggio della finanza regionale; la citazione nel testo è tratta da Corte cost., ord. 24 novembre 2017, n. 243, che ha giudicato manifestamente infondata, in riferimento all'art. 53 Cost., la questione sull'incremento di 0,30 punti dell'addizionale previsto dall'art. 2, comma 86, legge n. 191 del 2009, precisando che le cause del disavanzo possono essere ben più complesse di una condotta dolosa o colposa e che la conseguenza ha «funzioni di carattere essenzialmente finanziario». Per l'applicazione dell'ulteriore incremento, Agenzia delle entrate, comunicati stampa 23 giugno 2011 (Calabria, Campania e Molise), 21 giugno 2019 e 1° luglio 2020 (Calabria e Molise). Per la ricostruzione del meccanismo, A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari*, cit., p. 57 ss.; M. BORDIGNON, S. CORETTI, G. TURATI, *I Piani di Rientro della sanità regionale: quali risultati finora?*, Osservatorio sui Conti Pubblici Italiani, 5 agosto 2019, <https://osservatoriocpi.unicatt.it/cpi-archivio-studi-e-analisi-i-piani-di-rientro-della-sanita-regionale-quali-risultati-finora> (consultato il 12 ottobre 2026).

<sup>44</sup> C. BUZZACCHI, *La «soglia ulteriore» dei livelli essenziali*, cit., pp. 289-291. Sul principio di responsabilità nell'esercizio della rappresentanza democratica e sull'equità intergenerazionale come limiti alla dilazione dei disavanzi, Corte cost., sent. 14 febbraio 2019, n. 18, §§ 5-6 del Considerato in diritto. Sul nesso fra autonomia fiscale e responsabilità nel governo della spesa sanitaria, M. BORDIGNON, G. TURATI, *Bailing out expectations and public health expenditures*, cit., pp. 305-321.

ce anche qui a una risposta negativa, e conviene esplicitarne la ragione distinguendo due ipotesi. Se la misura è un'autentica prestazione sanitaria erogata dal servizio regionale, la relativa spesa entra nel perimetro per effetto della destinazione, qualunque sia il gettito che la alimenta. Se invece la misura non impiega strutture, personale o risorse sanitarie e resta davvero estranea a quel perimetro, la domanda giusta non riguarda più la copertura ma la natura della misura, perché con ogni probabilità non si tratta affatto di un extra-LEA. Potrebbe essere un beneficio sociale oppure un intervento sorretto da un titolo statale.

Il confronto fra tre decisioni recenti scioglie l'apparente paradosso. La sentenza n. 190 del 2022 nega i livelli ulteriori nelle Regioni in piano. La n. 204 del 2025 ammette la copertura con risorse proprie in una Regione non vincolata. La n. 26 del 2026 consente le risorse autonome durante il piano soltanto per rendere effettivi LEA già definiti. La separazione contabile prova l'assenza di distrazione, ma non crea una deroga alla priorità<sup>45</sup>.

Quest'ultima decisione è il contrappunto più netto all'idea che il piano assorba ogni spazio finanziario regionale. La Corte ha giudicato legittimo l'aumento siciliano delle tariffe per prestazioni già incluse nei LEA, finanziato con entrate proprie non previamente vincolate e diretto a renderne effettiva l'erogazione, rinvenendo una specifica base nell'art. 15, comma 17, del d.l. n. 95 del 2012. L'approdo non autorizza extra-LEA finanziati con risorse autonome. Conferma piuttosto che il contenuto della prestazione, l'origine delle risorse e la funzione della spesa non possono essere compressi nella sola etichetta contabile<sup>46</sup>.

Il medesimo confronto aiuta a sciogliere un'ambiguità lessicale che attraversa il dibattito, nel quale «risorse proprie», «perimetro sanitario» e «servizio sanitario regionale» vengono talora impiegati come sinonimi. Non lo sono, perché rispondono a tre domande diverse. Le risorse proprie dicono da dove viene l'entrata. Il perimetro sanitario dice dove la spesa è collocata in bilancio. Il servizio sanitario regionale dice quale apparato e quale funzione la misura impegna. Tenere distinte le tre domande permette di leggere senza contraddizioni la sequenza appena richiamata.

L'ultima tessera del mosaico riguarda la funzione della contabilità, che in questa materia opera come un linguaggio della responsabilità. Essa collega la spesa all'ente, alla fonte e alla finalità, distingue la provvista destinata ai LEA dalle risorse aggiuntive e permette il confronto tra bilancio, programmazione e rendiconto. Su questa base la giurisprudenza più recente ha consolidato, accanto al divieto, una regola di perimetrazione che lavora nella direzione opposta e complementare. Il divieto impedisce di destinare risorse regionali

<sup>45</sup> Corte cost., sent. 25 luglio 2022, n. 190, § 7.1 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 29 dicembre 2025, n. 204, §§ 8.2-8.3 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 9 marzo 2026, n. 26, §§ 9.2-9.5 del Considerato in diritto. Il caso-limite descritto nel testo non risulta deciso espressamente.

<sup>46</sup> Corte cost., sent. 9 marzo 2026, n. 26, §§ 9.2-9.5 del Considerato in diritto, sull'art. 6 della legge reg. Siciliana 10 giugno 2025, n. 26; L. MARIANTONI, *Finanziamento dei LEA e aumenti tariffari nelle leggi regionali. La sentenza Corte cost. n. 26/2026*, in *Diritti comparati*, 6 maggio 2026, <https://www.diritticomparati.it/finanziamento-dei-lea-e-aumenti-tariffari-nelle-leggi-regionali-la-sentenza-corte-cost-n-26-2026/> (consultato il 7 settembre 2026); E. FERRARI, *Ticket sanitari, prestazioni imposte e livelli essenziali delle prestazioni*, cit., pp. 1-27.

a ciò che sta fuori dai livelli. La perimetrazione impedisce il contrario, cioè che spese di ricerca, ambientali o istituzionali non direttamente riconducibili ai LEA vengano fatte gravare sul fondo che ai livelli essenziali è destinato, ed esige che la quota riferibile ai livelli sia puntualmente riconoscibile.

L'applicazione più netta è offerta dalla sentenza n. 56 del 2026. Poiché l'ARPAL ligure svolge insieme attività sanitarie e non sanitarie, il trasferimento di risorse del fondo sanitario richiede una correlazione puntuale e separatamente verificabile con le funzioni riconducibili ai LEA. La decisione consolida la perimetrazione, ma non riguarda gli extra-LEA di una Regione in piano e non attribuisce alcun autonomo titolo di spesa<sup>47</sup>.

Il formalismo contabile ha dunque limiti in entrambe le direzioni. Non basta cambiare capitolo per sottrarre una prestazione sanitaria al divieto e non basta invocare una finalità sanitaria in senso ampio per attingere al fondo dei LEA. Così delimitato, il divieto colpisce soltanto l'extra-LEA in senso proprio, che ricorre quando la prestazione ha natura sanitaria, eccede il catalogo e grava su risorse regionali. Non colpisce una qualunque misura che sfiori la salute. La ricorrenza di questi elementi richiede di esaminare il contenuto delle singole misure.

## 6. I confini del divieto. Misure sociali, organizzazione dell'esistente e titolo statale

Il paragrafo precedente ha delimitato i termini del divieto; in questo ci si chiede quando i suoi elementi ricorrano davvero. La giurisprudenza risponde a questo interrogativo tracciando quattro confini. Il primo separa la prestazione realmente ulteriore da quella già essenziale. Il secondo separa la tutela sanitaria dall'assistenza sociale. Il terzo riguarda le misure sorrette da un titolo statale e da risorse esterne. Il quarto distingue l'organizzazione dell'esistente dalla decisione che spetta allo Stato. Conviene percorrerli nell'ordine.

Il primo confine nasce da una constatazione semplice. Proprio perché il divieto opera, nel suo nucleo, in termini rigidi, il suo presupposto esige una ricostruzione rigorosa, e né la mancata menzione nel catalogo né la novità del modello organizzativo bastano, da sole, a dimostrare che la prestazione sia ulteriore. Occorre guardare alla funzione, al contenuto e al rapporto con i livelli definiti dallo Stato, perché un modello organizzativo regionale può rendere effettivo un LEA senza ampliarne il contenuto.

<sup>47</sup> Artt. 19 e 20 d.lgs. 23 giugno 2011, n. 118; Corte cost., sent. 4 gennaio 2024, n. 1, §§ 4.1-4.2 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 28 novembre 2025, n. 174, §§ 6-7 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 22 gennaio 2026, n. 4, §§ 6.1-6.1.3 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 27 aprile 2026, n. 56, §§ 9.1-9.5 del Considerato in diritto, sull'art. 26, comma 1, lettera a), della legge reg. Liguria 4 agosto 2006, n. 20. L. MARIANTONI, *Corte costituzionale, sent. n. 4/2026*, in *Bilancio Comunità Persona*, 2026, n. 1, pp. 289-297.

La giurisprudenza ne offre conferme in entrambe le direzioni. In una direzione la sentenza n. 166 del 2020, che distinse, all'interno della stessa legge regionale, l'assistenza psicologica riconducibile ai livelli essenziali dalle spese, quelle sì ulteriori, per canili e sterilizzazioni<sup>48</sup>. Nell'altra la sentenza n. 242 del 2022, che mostrò come un'eccedenza soltanto apparente possa essere neutralizzata in via interpretativa. La legge pugliese sull'analisi genomica fu salvata leggendola nel solo significato compatibile con il riparto, e la gratuità fu così limitata ai casi già inclusi nei LEA, senza riconoscere alla Regione il potere di anticipare l'inclusione di una prestazione ancora estranea alla disciplina statale<sup>49</sup>.

Il secondo confine separa la tutela sanitaria dall'assistenza sociale, e non può essere tracciato in base al solo fatto che la misura giovi alla salute in senso ampio, perché anche il sostegno alle relazioni, all'autonomia e al reinserimento incide sul benessere della persona. Il criterio rilevante è funzionale. Conta che cosa la misura attribuisce, non il beneficio che indirettamente produce. Da un lato sta la prestazione clinico-assistenziale a carico del servizio sanitario. Dall'altro sta il beneficio sociale autonomo, erogabile senza impiegare strutture, personale e risorse destinati ai LEA.

Gli esempi chiariscono la linea. Il rimborso delle spese di viaggio e soggiorno per cure fuori Regione è stato qualificato come spesa sanitaria, perché serve ad accedere alla prestazione<sup>50</sup>. Gli interventi di sostegno sociale ai pazienti oncologici, imputati alla Missione 12 del bilancio, quella dei diritti e delle politiche sociali, e privi di contenuto clinico, sono rimasti invece fuori dal divieto<sup>51</sup>.

Bisogna peraltro riconoscere, con la dottrina che ha definito il «socio-sanitario» una scommessa incompiuta, che questa linea è più nitida sulla carta che nell'amministrazione quotidiana, dove l'integrazione dei servizi e l'unicità del bisogno la attraversano di continuo. È una ragione di più per tracciarla guardando alla sostanza della prestazione e non alle

<sup>48</sup> Corte cost., sent. 27 luglio 2020, n. 166, §§ 3.1-3.4 del Considerato in diritto. C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali*, cit., p. 153 ss.

<sup>49</sup> Corte cost., sent. 1° dicembre 2022, n. 242, §§ 6.1-7 del Considerato in diritto, sulle disposizioni in materia di analisi genomica avanzata delle leggi reg. Puglia 6 agosto 2021, n. 28, e 30 novembre 2021, n. 36, dove si richiama altresì lo Stato ai costi del ritardo nell'aggiornamento. Vi legge un segnale di apertura A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA*, cit., pp. 148-149. Nello stesso senso, su questa rivista, A. PITINO, *Il regionalismo differenziato*, cit., p. 744, nota 45, per la quale il piano «impedisce di incrementare la spesa sanitaria per motivi non inerenti alla garanzia delle prestazioni essenziali», formula che descrive una regola di priorità più che un divieto di contenuto; L. ABBRUZZO, *Regionalismo differenziato e diritto alla salute*, cit., p. 356, nota 104.

<sup>50</sup> Corte cost., sent. 12 marzo 2021, n. 36, § 5.3 del Considerato in diritto. D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, cit., p. 92 ss.; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali*, cit., p. 153 ss.

<sup>51</sup> Corte cost., sent. 28 luglio 2023, n. 176, §§ 3.1-3.3 del Considerato in diritto. E. MOSTACCI, *La tutela della salute, tra valorizzazione dell'autonomia regionale e istanze ri-accentratrici*, in L. CUOCOLO, E. MOSTACCI (a cura di), *Il riparto di competenze tra Stato e Regioni. Vent'anni di giurisprudenza costituzionale sul Titolo V*, Pisa, Pacini, 2023, p. 288 ss.; la decisione è valorizzata, quale apertura agli interventi «a saldi invariati» per il bilancio sanitario, da A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA*, cit., p. 150 ss.

classificazioni nominali. La concezione personalistica della salute, lungi dal cancellare la distinzione, vieta appunto di affidarla alle etichette<sup>52</sup>.

Il terzo confine riguarda le misure che la Regione adotta in attuazione di una scelta dello Stato, con risorse esterne e vincolate. L'estraneità formale al catalogo non coincide necessariamente con un costo regionale. Quando la misura attua una decisione statale ed è sostenuta da risorse specifiche, le risorse destinate ai LEA restano integre e il divieto non ha ragione di scattare.

Lo mostra la sentenza n. 201 del 2024 sulla disciplina calabrese della fibromialgia. La legge regionale promuoveva ambulatori dedicati entro i limiti del fondo statale destinato allo studio, alla diagnosi e alla cura della patologia, senza oneri per il bilancio regionale, e per questa parte la Corte ha escluso la violazione del divieto. Ha invece annullato il riferimento all'elettrosensibilità, che di quel fondo non beneficiava e non poteva vantare un analogo titolo statale<sup>53</sup>.

Il confronto fra i due esiti chiarisce il peso del finanziamento statale e del vincolo di destinazione. La clausola regionale di invarianza, isolatamente considerata, non è sufficiente a spiegare perché la misura resti estranea al divieto. La decisione non formula, tuttavia, una clausola generale di ammissibilità di ogni prestazione priva di effetti negativi sul bilancio. La sua portata resta legata alla scelta del legislatore statale di finanziare quella patologia,

<sup>52</sup> E. ROSSI, *Il «sociosanitario»: una scommessa incompiuta?*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 2, p. 249 ss.; D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, cit., p. 31 e p. 92 ss.; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali*, cit., p. 153 ss.; A. SIMONCINI, E. LONGO, *Commento all'art. 32 Cost.*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, I, Torino, UTET, 2006, p. 655 ss. Il dibattito sul «sociosanitario» è proseguito su questa rivista. F. PARUZZO, *Integrazione sociosanitaria e libertà dal bisogno. Problemi di effettività*, in *Corti supreme e salute*, 2022, n. 3, pp. 615-648, spec. pp. 619 e 632, ricorda che la discrezionalità del legislatore «non si estende all'an della tutela, ma si limita al solo quomodo» e che già il Patto per la salute 2014-2016 aveva stabilito che le prestazioni sociosanitarie fossero effettuate «esclusivamente nei limiti delle risorse previste»; E. SCELSI, *L'integrazione sociosanitaria al cospetto della scarsità delle risorse: il caso del riparto dei costi delle prestazioni inscindibili*, ivi, 2026, n. 1-2, pp. 171-191, spec. pp. 183-187, discute l'orientamento della Cassazione per cui nelle prestazioni inscindibili «prevala in ogni caso la natura sanitaria del servizio», con costo integrale a carico del Servizio sanitario nazionale, e ne segnala i rischi per la tenuta finanziaria. Quell'orientamento conferma, dal versante dei costi, che la linea fra sanitario e sociale va tracciata sulla funzione della prestazione e non sull'etichetta, ma mostra anche come la prevalenza del sanitario possa trasformarsi in uno strumento di traslazione degli oneri. Sui livelli essenziali sociali, A. BANCHERO, *Contributi per facilitare l'applicazione degli interventi sociosanitari dei nuovi LEA, integrati con le attività sociali e riflessioni sulla definizione dei LEP sociali*, ivi, 2018, n. 2, pp. 279-292; EAD., *I livelli essenziali delle prestazioni sociali sono diventati realtà? Considerazioni in materia di servizi sociali e sociosanitari, in base alla disciplina della legge 17 luglio 2020, n. 77*, ivi, 2020, n. 2, pp. 393-402, spec. p. 401, sui divari della spesa sociale comunale, da 20 euro pro capite in Calabria a 325 nella Provincia autonoma di Bolzano; G. GRASSO, *Appunti su reddito di inclusione, assistenza socio-sanitaria e vincoli sulle risorse disponibili*, ivi, 2018, n. 2, pp. 335-343, spec. pp. 341-343, sull'insoddisfacente clausola «nei limiti delle risorse disponibili».

<sup>53</sup> Corte cost., sent. 17 dicembre 2024, n. 201, §§ 2.1.1-2.5 del Considerato in diritto, sulla legge reg. Calabria 14 marzo 2024, n. 8; art. 1, comma 972, legge 30 dicembre 2021, n. 234; d.m. 8 luglio 2022, *Riparto del contributo per lo studio, la diagnosi e la cura della fibromialgia*; L. MASPERO, *La Corte ritorna sulle Regioni in Piano di rientro*, cit., pp. 311-313, dove si sottolinea che le prestazioni per la fibromialgia erano «comunque previste e finanziate dallo Stato» e che l'apertura vale «a condizione che la realizzazione di tali interventi sia a carico esclusivo del bilancio dello Stato».

mentre la verifica di eventuali costi regionali successivi costituisce un problema applicativo da motivare in rapporto all'intervento concreto<sup>54</sup>.

Il quarto confine, il più mobile, separa l'organizzazione «a valle» dalla decisione «a monte». L'idea di fondo è che la Regione in piano non perde la competenza a organizzare le prestazioni già essenziali. Può ridisegnare il come, finché non tocca il che cosa e non aggrava la spesa. Nella sentenza n. 57 del 2025 il ritorno alla gestione pubblica del centro riabilitativo di Ceglie Messapica è stato giudicato compatibile con il piano, perché non modificava significativamente la programmazione né accresceva la spesa già destinata alle medesime prestazioni, mentre la procedura di reclutamento riservata è caduta per l'autonomo contrasto con l'art. 97 Cost.<sup>55</sup> La sentenza n. 9 del 2026 ha confermato che l'internalizzazione resta ammissibile, purché risparmio e coerenza con il programma siano documentati<sup>56</sup>. Il piano vincola dunque gli effetti finanziari e gli obiettivi. Non impone di conservare il gestore esistente né preclude ogni scelta organizzativa.

Quando però la legge regionale interviene a monte, sul segmento riservato alla decisione nazionale, il limite riemerge, e riemerge per ogni Regione, vincolata o no, perché qui la domanda non è più se la Regione spenda ma chi abbia il potere di decidere. La sentenza n. 122 del 2025 ha annullato l'anticipazione pugliese del nuovo nomenclatore. Le prestazioni erano già definite a livello statale, ma la Regione ne aveva anticipato l'efficacia tariffaria prima che si concludesse il procedimento previsto dall'art. 8-sexies del d.lgs. n. 502 del 1992. La ragione decisiva è stata competenziale e procedimentale, tanto che la Corte non ha avuto bisogno di esaminare le censure finanziarie. Per quanto il ritardo statale possa compromettere salute ed eguaglianza, esso non trasferisce la competenza né autorizza la Regione a sostituire il segmento nazionale mancante<sup>57</sup>.

<sup>54</sup> Per le diverse ricostruzioni delle implicazioni della sentenza n. 201 del 2024, G. SICHERA, *La «non-interferenza» delle prestazioni sanitarie extra-Lea sul bilancio sanitario regionale come presupposto necessario per la loro legittimità. Nota a Corte costituzionale, sentenza n. 201 del 2024*, in *Osservatorio costituzionale*, 2025, n. 3, pp. 188-205, spec. p. 197 ss.; A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA*, cit., pp. 150-151 e 154-155. Per il precedente dibattito sul divieto assoluto, V. CIACCIO, *Regioni in Piano di rientro*, cit., p. 774 ss. Nella lettura di L. MASPERO, *La Corte ritorna sulle Regioni in Piano di rientro*, cit., pp. 312-313 e 320-321, la decisione segna una «parziale discontinuità» rispetto al divieto e contiene un monito allo Stato sull'aggiornamento dei livelli, fermo al d.P.C.m. del 2017, ma resta da vedere se rappresenti una svolta. È una cautela che la ricostruzione qui proposta condivide, perché la non-interferenza non amplia il catalogo ma individua un presupposto mancante del divieto.

<sup>55</sup> Corte cost., sent. 22 aprile 2025, n. 57, §§ 7-8.2.1 del Considerato in diritto, sulla legge reg. Puglia 30 maggio 2024, n. 21; F. SICURO, *Una nuova «tappa» nel contenzioso costituzionale sulla sanità pugliese*, in *Osservatorio costituzionale*, 2026, n. 2, pp. 224-239.

<sup>56</sup> Corte cost., sent. 29 gennaio 2026, n. 9, § 11.2 del Considerato in diritto; A. FONZI, *Quando il «pur lodevole» fine non giustifica i mezzi*, in *Osservatorio costituzionale*, 2026, n. 4, pp. 389-406, spec. pp. 401-402.

<sup>57</sup> Corte cost., sent. 24 luglio 2025, n. 122, §§ 4-6 del Considerato in diritto, sull'art. 26 della legge reg. Puglia 13 novembre 2024, n. 28; art. 8-sexies d.lgs. n. 502 del 1992; M. DI FOLCO, *La partecipazione delle autonomie territoriali alla determinazione dei livelli essenziali in sanità*, cit., p. 81 ss. Sul cd. decreto tariffe come caso paradigmatico della crisi del sistema, M.L. QUATTROCCHI, *La vicenda del cd. decreto tariffe dei LEA come caso paradigmatico della crisi del sistema sanitario*, in *Diritti regionali*, 2024, n. 3, spec. p. 896 ss.

La sentenza n. 204 del 2025 completa il quadro in quanto, nel giudicare la disciplina toscana sul suicidio medicalmente assistito, la Corte ha salvato gli aspetti organizzativi che attuavano principi già formati a livello nazionale e la copertura con risorse proprie. Ha annullato invece le disposizioni con cui la Regione definiva requisiti, termini e modalità di esecuzione e qualificava le prestazioni come un livello superiore ai LEA. La separazione contabile non poteva sanare una decisione presa al posto dello Stato. Poiché la Toscana non è sottoposta a piano, la pronuncia conferma inoltre che fonte del finanziamento, perimetro contabile e titolarità della decisione sono tre questioni distinte, e lascia ancora aperto il caso-limite delle risorse proprie durante il risanamento<sup>58</sup>.

Resta un caso che non si lascia collocare con altrettanta nettezza. È il servizio sperimentale di psico-oncologia istituito dalla Regione Puglia, sul quale la sentenza n. 161 del 2025 non ha potuto pronunciarsi nel merito, avendo dichiarato inammissibili per genericità le censure finanziarie dello Stato. La vicenda mostra che la natura sperimentale e il nome nuovo di un servizio non bastano a dimostrarne l'ulteriorità. Il caso consente di discutere, nel § 9, quali accertamenti sarebbero stati necessari per una decisione su quei profili<sup>59</sup>.

## 7. La «non-interferenza» e gli oneri del giudizio in via principale

Nel lessico della giurisprudenza più recente è entrata una formula destinata a fortuna. Nella sentenza n. 201 del 2024, le prestazioni per la fibromialgia, estranee al catalogo ma previste e integralmente finanziate dallo Stato, sfuggono al divieto perché «non ge-

<sup>58</sup> Corte cost., sent. 29 dicembre 2025, n. 204, §§ 5-8.3 e 11.2 del Considerato in diritto, sulla legge reg. Toscana 14 marzo 2025, n. 16. La copertura era imputata alla Missione 12, esterna al perimetro sanitario. Per un primo commento F. VALDELLI, *La Corte costituzionale si pronuncia sul riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni in materia di aiuto al suicidio. Note a margine di Corte cost. n. 204/2025*, in *Corti supreme e salute*, 2026, n. 1-2, pp. 61-93, spec. § 10, che ricorda come, per la Corte, qualificare una prestazione come livello superiore equivalga comunque a interferire con la definizione dei livelli essenziali riservata allo Stato, e come alle Regioni in piano resti preclusa la possibilità di finanziare prestazioni extra-LEA, e rileva che la qualificazione regionale delle prestazioni come livelli ulteriori, se ritenuta legittima, avrebbe prodotto disparità fra cittadini a seconda che la Regione fosse o meno in piano; sulla legge toscana prima della decisione, A. LO CALZO, *La legge della Regione Toscana n. 16/2025 sulle «Modalità organizzative per l'attuazione delle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024», tra esigenze di certezza nell'uniforme godimento dei diritti e riserve di competenza del legislatore statale*, ivi, 2025, n. 3, pp. 799-858, spec. pp. 810-811, che nella qualificazione delle prestazioni come livello superiore ai LEA, finanziato ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 502 del 1992, aveva visto una salvaguardia della competenza statale, poi smentita dalla Corte; in prospettiva più generale, P.F. BRESCIANI, *Sull'idea di regionalizzare il fine vita*, cit., pp. 256-257 e 261-262, per il quale, se la prestazione non è obbligatoria, le Regioni in dissesto non possono assumerla a carico del proprio servizio sanitario.

<sup>59</sup> Corte cost., sent. 31 ottobre 2025, n. 161, §§ 2.1 e 3-3.2 del Considerato in diritto, sulla legge reg. Puglia 10 dicembre 2024, n. 41; Accordo Stato-Regioni 17 aprile 2019, rep. atti n. 59/CSR; Intesa Stato-Regioni 26 gennaio 2023 sul Piano oncologico nazionale 2023-2027. Le fonti nazionali sostengono la presa in carico psicologica del paziente oncologico, ma non dispensano dalla verifica del segmento concretamente organizzato e dei suoi costi: D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, cit., p. 31 ss.; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali*, cit., p. 153 ss.

nerano alcun incremento di spesa a carico del bilancio regionale», idoneo a pregiudicare la copertura dei LEA. Della formula si danno però due letture, e la scelta fra le due non è indifferente. La dottrina che ne ha colto per prima la portata sistematica vi ha visto il «presupposto necessario» di legittimità delle prestazioni extra-LEA, dunque una deroga a operatività condizionata, il cui accertamento si risolve in un test economico-contabile sull'imputazione della spesa<sup>60</sup>.

La ricostruzione coglie un dato reale, ma la qualificazione come deroga merita di essere discussa, perché non è una disputa di etichette. Se la non-interferenza fosse davvero una deroga, toccherebbe alla Regione guadagnarsela, dimostrando in positivo che la propria misura non nuoce al risanamento. Tutto ciò che non è compreso nel catalogo nascerebbe sospetto, e il divieto tornerebbe a essere quella presunzione generale di illegittimità che i critici gli rimproverano di essere.

La lettura qui proposta distingue pertanto il catalogo delle prestazioni dal perimetro delle spese vietate. Una prestazione può restare extra-LEA e, tuttavia, non generare una spesa regionale non obbligatoria quando attui una scelta statale con le risorse a essa specificamente destinate. È quanto avviene nella vicenda della fibromialgia. Diverse sono le ipotesi della misura sociale e dell'organizzazione di un livello già essenziale, nelle quali manca, rispettivamente, la natura sanitaria della prestazione o la sua ulteriorità. Queste figure non vanno assimilate, ma conducono a escludere, per ragioni diverse, il presupposto del medesimo divieto. La «non-interferenza» indica dunque, nella lettura qui proposta, che manca uno dei presupposti sostanziali del divieto. Da questa qualificazione discendono gli oneri di allegazione e di riscontro documentale nel giudizio in via principale, attraverso i quali si accerta se ricorrano i tre elementi della fattispecie vietata<sup>61</sup>.

I tre elementi, già individuati nel § 5, devono ricorrere congiuntamente, sul presupposto che sia vigente il piano di rientro o un programma cui la legge attribuisca equivalente forza vincolante. Il primo è la natura sanitaria della prestazione, da riconoscere nel suo contenuto clinico-assistenziale e da distinguere dall'autonomo beneficio sociale. Il secondo è la sua effettiva ulteriorità rispetto ai LEA, da verificare confrontando attività, destinatari e condizioni di erogabilità con i livelli definiti dallo Stato. La novità del nome o del modello

<sup>60</sup> G. SICHERA, *La «non-interferenza» delle prestazioni sanitarie extra-Lea*, cit., pp. 188-205, che sintetizza il criterio ricavato da Corte cost., sent. 17 dicembre 2024, n. 201 nella formula dei fondi vincolati che «non interferiscono in alcun modo col bilancio sanitario regionale» (p. 189). Sul divieto di prestazioni ulteriori nella giurisprudenza precedente, v. C. BUZZACCHI, *La «soglia ulteriore» dei livelli essenziali*, cit., pp. 276-291; sulla sentenza n. 201 del 2024, A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA*, cit., p. 155. Su questa rivista la formula è letta come condizione del carico esclusivo sul bilancio statale da L. MASPERO, *La Corte ritorna sulle Regioni in Piano di rientro*, cit., pp. 311-312, e come una delle due sole ipotesi, con la dimensione sociale della misura, nelle quali una prestazione estranea al catalogo può essere riconosciuta da una Regione in piano, da A. DIRIENZO, *Il NIPT quale livello aggiuntivo di assistenza*, cit., p. 424.

<sup>61</sup> La tripartizione proposta nel testo non riproduce un criterio testualmente formulato dalla Corte, ma costituisce una sistemazione funzionale di Corte cost., sent. 17 dicembre 2024, n. 201; Corte cost., sent. 22 aprile 2025, n. 57; Corte cost., sent. 24 luglio 2025, n. 122; Corte cost., sent. 29 dicembre 2025, n. 204; G. SICHERA, *La «non-interferenza» delle prestazioni sanitarie extra-Lea*, cit., p. 197 ss.

organizzativo non dimostra, da sola, che la tutela sia stata ampliata. Il terzo è l'assunzione di un onere a carico delle risorse regionali per finanziare tale ampliamento, considerando anche gli eventuali costi indiretti e successivi. La spesa così individuata è non obbligatoria secondo la regola di priorità qui ricostruita, anche quando sia coperta da entrate proprie aggiuntive. Diversa è la prestazione prevista dallo Stato e integralmente sostenuta da fondi statali specificamente vincolati. Il loro transito nel bilancio regionale non li trasforma in risorse proprie della Regione, purché siano rispettati il titolo e la destinazione statali e non residuino oneri regionali ulteriori.

Da qui l'ordine degli oneri. Il primo problema riguarda la specificità del ricorso. Lo Stato deve rendere intelligibile il contrasto fra la disposizione impugnata e il parametro invocato, indicando anche il contenuto del piano o del programma operativo quando la censura dipenda dalla violazione di un suo obiettivo. La sentenza n. 161 del 2025 richiede questa precisazione perché il richiamo apodittico al vincolo non permette di comprendere quale scelta organizzativa sia preclusa e per quale ragione. Non ne deriva un identico corredo documentale per ogni impugnazione. Se la legge regionale introduce espressamente una prestazione ulteriore e ne dispone il finanziamento, gli elementi del contrasto possono già emergere dal suo testo; se organizza un servizio riconducibile ai LEA, occorre spiegare l'eccedenza o la specifica incompatibilità che si assume esistente<sup>62</sup>.

Accertata la compresenza della natura sanitaria, dell'ulteriorità rispetto ai LEA e dell'onere regionale per finanziarla, il contrasto con il divieto è integrato e non occorre provare anche che l'erogazione dei LEA abbia già subito una riduzione. L'interferenza discende infatti dalla regola di priorità, che qualifica la spesa come non obbligatoria, e non da un pregiudizio da accertare caso per caso. Per la stessa ragione la Regione non può salvare la misura invocando la modestia dello stanziamento, la durata limitata o benefici futuri<sup>63</sup>. Ciò che la Regione può fare è contestare le premesse. Può dimostrare che la prestazione è già compresa nei livelli essenziali, che la misura ha natura sociale, che non produce alcun costo regionale oppure che attua una scelta statale sostenuta da risorse esterne e vincolate. In ciascuno di questi casi viene meno un elemento della fattispecie e, con esso, questo specifico divieto. Restano da verificare il rispetto delle competenze statali e l'eventuale contrasto delle modalità organizzative con prescrizioni del piano.

<sup>62</sup> Corte cost., sent. 31 ottobre 2025, n. 161, § 3.2 del Considerato in diritto, sulla necessaria individuazione del contrasto con il piano e sull'insufficiente argomentazione dell'asserita natura extra-LEA del servizio di psico-oncologia. Per l'applicazione del divieto a disposizioni recanti prestazioni ulteriori, Corte cost., sent. 30 gennaio 2023, n. 9, § 4 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 4 luglio 2023, n. 134, §§ 5-10 del Considerato in diritto. T. CERRUTI, *I piani di rientro dai disavanzi sanitari*, cit., p. 10 ss.

<sup>63</sup> Ne sono conferma Corte cost., sent. 30 giugno 2022, n. 161, § 4 del Considerato in diritto, che nega rilievo alla durata biennale della sperimentazione e a risparmi soltanto prospettati, e Corte cost., sent. 25 luglio 2022, n. 190, § 7.1 del Considerato in diritto, sul divieto di erogare livelli ulteriori nelle Regioni sottoposte a piano; già prima, del resto, uno stanziamento di soli 200.000 euro non aveva impedito l'annullamento nella sentenza n. 104 del 2013.

Parlare di allegazione e prova nel giudizio in via principale esige peraltro una precisazione. Non si tratta di importare nel processo costituzionale le categorie probatorie del processo civile. Si tratta di dare un nome ai requisiti di specificità, non apoditticità e verificabilità che la giurisprudenza costituzionale già richiede al ricorso statale e alle difese regionali. Nelle ipotesi di confine questa distribuzione si precisa, ma non si rovescia. Spetta allo Stato motivare la censura in rapporto al vizio dedotto. Se invoca il divieto di extra-LEA, deve argomentare la ricorrenza congiunta dei tre elementi appena precisati. Se contesta l'organizzazione di prestazioni già essenziali, deve indicarne il contrasto con una specifica prescrizione del piano. L'eventuale anticipazione di una decisione riservata allo Stato costituisce invece un distinto vizio di competenza, da illustrare autonomamente. Poiché però molti dati stanno nella disponibilità esclusiva della Regione, quando questa invoca fatti a sé favorevoli deve anche produrli. Se afferma che la copertura proviene da fondi esterni, che impiega personale già in servizio, che non vi saranno costi successivi o che l'attività è assorbita dalla capacità esistente, deve esibire capitoli di bilancio, cronoprogrammi, dotazioni, volumi e tempi di attesa. La sua inerzia, tuttavia, non colma una censura statale che fosse generica in partenza.

Per i costi indiretti e per il conflitto con singole macroaree valgono criteri analoghi. Occorrono elementi specifici, convergenti e verificabili, dai quali emerga un nesso attuale tra l'iniziativa regionale e la capacità di conseguire l'obiettivo del piano. Il semplice uso di una struttura o di personale sanitario non basta, così come non bastano risparmi soltanto enunciati, senza l'indicazione dei costi sostituiti, del tempo della loro maturazione e della base dei dati.

Questa impostazione raccoglie anche l'invito, venuto dalla dottrina critica, a un impiego più coraggioso dei poteri istruttori della Corte. Quei poteri possono chiarire elementi che le parti abbiano ritualmente introdotto, ma non possono costruire al posto del ricorrente l'oggetto del giudizio. Ne discendono due esiti processuali distinti. Se lo Stato non ha individuato fin dall'inizio il punto di contrasto, la questione è inammissibile. Se lo ha individuato ma la dimostrazione non regge, la questione è infondata. La differenza è resa visibile dal confronto fra la sentenza n. 142 del 2021, nella quale lo Stato aveva indicato lo specifico punto del programma violato, e la n. 161 del 2025, nella quale non lo aveva fatto<sup>64</sup>.

<sup>64</sup> Corte cost., sent. 8 luglio 2021, n. 142, § 3 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 31 ottobre 2025, n. 161, §§ 3-3.2 del Considerato in diritto. Sull'invito a valorizzare l'istruttoria, A. AMATO, *Niente al di fuori dei LEA*, cit., p. 560, a proposito della mancata acquisizione di elementi tecnici nel giudizio sull'estensione del farmaco Zolgensma; sui poteri istruttori, G. RAGONE, *L'attivazione del potere istruttorio tra forme consolidate e scelte innovative. Riflessioni a margine della sentenza costituzionale n. 197 del 2019*, in *Osservatorio costituzionale*, 2020, n. 1, pp. 226-239; G.P. DOLSO, *Ancora un tassello nella elaborazione giurisprudenziale del processo costituzionale*, in *Forum di Quaderni Costituzionali Rassegna*, 2020, n. 1, pp. 372-386. Tra i vari scritti pubblicati in questa rivista, in senso critico verso la decisione «in due tempi» e verso un uso del processo ricondotto a un «suprematismo giudiziario», A. MORRONE, *La «visione trascendente» dei LEA e la realtà del SSN*, cit., pp. 10-16 e 18-19; sull'onere probatorio «particolarmente gravoso» che la Corte fa ricadere sulle Regioni in materia di finanziamento dei livelli, F. POLITI, *Il diritto alla salute fra esigenze di bilancio*, cit., p. 54 e pp. 57-58. La distribuzione degli oneri qui proposta tiene conto di questo rilievo, perché chiede alla Regione di produrre soltanto i dati che stanno nella sua disponibilità esclusiva e non colma con la sua inerzia una censura statale generica.

Da queste coordinate si ricava un ordine di esame in tre passaggi. I passaggi ordinano le verifiche, mentre i tre elementi appena descritti individuano la fattispecie vietata. La qualificazione sostanziale accerta insieme natura sanitaria e ulteriorità della prestazione; la verifica finanziaria riguarda l'onere regionale; la verifica istituzionale controlla un limite autonomo, relativo alla titolarità della decisione. La sequenza proposta ha funzione espositiva e non impone alla Corte un ordine processuale di trattazione delle censure<sup>65</sup>.

Il primo passaggio, la qualificazione sostanziale, richiede di identificare le singole attività previste dalla misura, i loro destinatari e le condizioni di accesso. Il confronto con i livelli definiti dallo Stato permette di distinguere il beneficio sociale, la modalità organizzativa di un LEA già esistente e la prestazione sanitaria effettivamente ulteriore. Il divieto di extra-LEA riguarda quest'ultima ipotesi. Un servizio composto da attività diverse richiede perciò una qualificazione separata dei suoi segmenti, come si vedrà per la psico-oncologia nel § 9<sup>66</sup>.

Il secondo passaggio, la verifica finanziaria, accerta quali risorse sostengano la prestazione e quali oneri restino effettivamente a carico della Regione. Vanno individuati origine, destinazione e durata della copertura, includendo i costi diretti, indiretti e organizzativi. Se l'autentico extra-LEA grava su risorse regionali, anche proprie e aggiuntive, il divieto opera. Se attua una previsione statale con fondi dedicati, occorre verificare che la copertura comprenda tutti gli oneri e rispetti i limiti della destinazione. Per le attività già comprese nei LEA, l'eventuale nuova spesa rileva invece in rapporto alle specifiche prescrizioni del piano, senza mutare per ciò solo la natura essenziale della prestazione<sup>67</sup>.

Il terzo passaggio, la verifica istituzionale, accerta se la Regione eserciti una propria competenza organizzativa o assuma una decisione riservata alla sede nazionale. Anche una misura che superi le verifiche precedenti può risultare illegittima se anticipa o modifica la determinazione statale del livello, le condizioni di appropriatezza o rimborsabilità oppure la tariffa e la sua decorrenza, nei segmenti riservati allo Stato. Questo controllo non

<sup>65</sup> L'ordine di esame rielabora Corte cost., sent. 30 giugno 2022, n. 161; Corte cost., sent. 25 luglio 2022, n. 190; Corte cost., sent. 17 dicembre 2024, n. 201; Corte cost., sent. 22 aprile 2025, n. 57; Corte cost., sent. 24 luglio 2025, n. 122; Corte cost., sent. 31 ottobre 2025, n. 161; Corte cost., sent. 29 dicembre 2025, n. 204; Corte cost., sent. 9 marzo 2026, n. 26; Corte cost., sent. 27 aprile 2026, n. 56.

<sup>66</sup> Corte cost., sent. 27 luglio 2020, n. 166; Corte cost., sent. 28 luglio 2023, n. 176; Corte cost., sent. 31 ottobre 2025, n. 161. Sul criterio sostanziale, D. MORANA, *La salute come diritto costituzionale*, cit., p. 92 ss.; C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali*, cit., p. 153 ss.; E. CAVASINO, *I «vincoli» alla potestà legislativa regionale in materia di «tutela della salute» tra libertà della scienza e disciplina costituzionale dei trattamenti sanitari*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2002, n. 5, pp. 3282-3297; A. ANDRONIO, *I livelli essenziali delle prestazioni sanitarie nella sentenza Corte cost. n. 88 del 2003*, cit., p. 2 ss.

<sup>67</sup> Corte cost., sent. 30 gennaio 2023, n. 9; Corte cost., sent. 4 luglio 2023, n. 134; Corte cost., sent. 22 aprile 2025, n. 57; Corte cost., sent. 31 ottobre 2025, n. 161; Corte cost., sent. 29 gennaio 2026, n. 9. A. FONZI, *Quando il «pur lodevole» fine non giustifica i mezzi*, cit., pp. 401-402.

aggiunge un quarto elemento al divieto di extra-LEA. Riguarda un autonomo limite di competenza, che la disponibilità di una copertura finanziaria non consente di superare<sup>68</sup>. Le tre dimensioni, relative al contenuto, al finanziamento e alla fase della decisione, non sono compensabili tra loro. Una copertura esterna non sana l'anticipazione di una decisione riservata allo Stato. Una scelta organizzativa può impiegare personale senza ampliare il catalogo, purché resti a valle della determinazione nazionale e coerente con il programma. Questa non compensabilità scioglie anche l'ambiguità rimproverata alla sentenza n. 201 del 2024, sospesa tra una motivazione attenta agli elementi sostanziali della vicenda e una ratio decidendi in ultima analisi economico-contabile<sup>69</sup>. Un discorso a parte merita la capacità erogativa del sistema regionale. In assenza di una disciplina statale specifica essa non è un requisito autonomo di legittimità, ma un elemento istruttorio, che può provare un costo indiretto o uno specifico contrasto con il piano, purché siano documentati la carenza nella macroarea interessata e il nesso con l'impiego di risorse non fungibili<sup>70</sup>.

Resta da dire di una proposta alternativa, che affronta lo stesso problema da un altro versante e che costituisce il contributo critico più radicale al dibattito. Essa suggerisce di trasformare la mancata inclusione nel d.P.C.m. da presunzione assoluta in presunzione relativa di non obbligatorietà della spesa e di consentire alla stessa Corte, attraverso l'autorimessione e l'istruttoria sulle evidenze scientifiche, un sindacato sulla ragionevolezza dell'esclusione della singola prestazione dai LEA, assumendo come parametro i requisiti dell'art. 1, comma 7, del d.lgs. n. 502 del 1992<sup>71</sup>.

La proposta ha il merito di prendere sul serio il costo, in termini di diritti, dell'inerzia statale. La strada non convince tuttavia per una ragione istituzionale prima che processuale. Il giudizio sulla composizione del catalogo è una decisione allocativa complessa, che richiede istruttorie tecniche, comparazioni di costo e responsabilità politica su che cosa includere, a quali condizioni e a carico di quali risorse. Spostare quella decisione nel processo costituzionale significherebbe chiedere alla Corte di amministrare l'aggiornamento

<sup>68</sup> Corte cost., sent. 22 aprile 2025, n. 57, §§ 7-8 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 24 luglio 2025, n. 122, §§ 4-6 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 29 dicembre 2025, n. 204, §§ 7.2 e 8.2-8.3 del Considerato in diritto. M. DI FOLCO, *La partecipazione delle autonomie territoriali*, cit., p. 81 ss.

<sup>69</sup> Rileva l'ambiguità G. SICHERA, *La «non-interferenza» delle prestazioni sanitarie extra-Lea*, cit., p. 197 ss., osservando che la Corte valorizza il riconoscimento internazionale della patologia senza però fondare su di esso la decisione.

<sup>70</sup> Il Nuovo sistema di garanzia è disciplinato dal d.m. 12 marzo 2019, *Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria*. Per i dati più recenti, Ministero della salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo sistema di garanzia. Sintesi dei risultati 2024*, 10 luglio 2026, <https://www.salute.gov.it/new/it/news-e-media/notizie/livelli-essenziali-di-assistenza-sintesi-dei-risultati-del-nuovo-sistema-di-0> (consultato il 17 luglio 2026). Sulla misurazione dell'effettività e dei divari, D. SERVETTI, *Livelli essenziali, standard ospedalieri e riduzione dei posti letto*, cit., pp. 59-76; C. EQUIZI, *Mobilità interregionale*, cit., pp. 439-454. Per le indicazioni ricavabili sul versante positivo dell'effettività, Corte cost., sent. 22 aprile 2025, n. 57, §§ 7-8 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 9 marzo 2026, n. 26, §§ 9.2-9.5 del Considerato in diritto.

<sup>71</sup> V. CIACCIO, *Regioni in Piano di rientro*, cit., p. 774 ss., ove si prospetta il sindacato sulla «ragionevole determinazione dei LEA» sul modello di Corte cost., sent. 12 luglio 2017, n. 169, con autorimessione della questione sull'art. 1, comma 7, d.lgs. n. 502 del 1992 e valorizzazione del «fattore scientifico» come parametro di ragionevolezza; nello stesso senso, adesivamente, A. AMATO, *Niente al di fuori dei LEA*, cit., p. 561, nota 80.

dei LEA per via di eccezione, caso per caso, senza i dati, i tempi e la legittimazione che quella funzione esige. Considerazioni analoghe valgono per l'invito, formulato di recente su questa rivista, a superare l'automatismo della valutazione accertando con i poteri istruttori se la singola prestazione esclusa dal catalogo sia dovuta in forza dell'art. 32 Cost. a prescindere da considerazioni finanziarie. L'invito coglie il punto debole del sistema, ma affida alla Corte un accertamento che presuppone proprio l'istruttoria tecnica e allocativa che il processo costituzionale non è attrezzato a compiere e che spetta piuttosto al procedimento di cui si dirà<sup>72</sup>.

Il punto debole del sistema non è la sede del controllo ma l'assenza di un procedimento che governi l'intervallo tra valutazione scientifica e recepimento.

## 8. Il tempo del piano. Proporzionalità della compressione ed eguaglianza dei residenti

Prima di mettere alla prova la ricostruzione, occorre chiedersi su che cosa essa poggi e fino a quando possa reggere. Il fondamento del divieto non può essere ridotto a un generico richiamo alla sostenibilità, poiché deriva dalla distinta funzione di più parametri. L'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost. individua l'oggetto prioritariamente protetto nella soglia uniforme. Il coordinamento della finanza pubblica consente allo Stato di vincolare il percorso di risanamento e l'ordine di allocazione. Gli artt. 81 e 119 rendono controllabili la copertura e la destinazione, senza rendere indisponibile ogni risorsa regionale. L'art. 120 abilita poteri sostitutivi funzionali al ripristino dell'effettività ed esclude una compressione generale e indefinita dell'autonomia<sup>73</sup>.

Gli artt. 2, 3 e 32 Cost. definiscono il fine al quale il sistema deve rimanere orientato. A questi parametri si collega la nozione di «spesa costituzionalmente necessaria». La formula,

<sup>72</sup> D. MORANA, *Il diritto alla salute e la prospettiva del regionalismo differenziato*, cit., pp. 402-404, la quale, muovendo dalla distinzione tracciata dalla sentenza n. 192 del 2024 fra livelli essenziali e contenuto minimo del diritto, ritiene che una prestazione estranea ai LEA possa appartenere al nucleo incompressibile e che il suo diniego non possa discendere dall'«automatismo della valutazione», senza che la Corte verifichi, se del caso con i poteri istruttori, se essa sia dovuta «a prescindere da considerazioni di ordine finanziario»; nello stesso ordine di idee, con la proposta dell'autorimessione, V. CIACCIO, *Regioni in Piano di rientro*, cit., p. 774 ss. La distinzione fra nucleo minimo e livelli è condivisa in questo lavoro; ciò che se ne ricava è però l'esigenza di un procedimento e non di un sindacato caso per caso.

<sup>73</sup> Sull'intreccio tra diritti, finanza e autonomia, M. LUCIANI, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche*, cit., pp. 1-18; F. SUCAMELI, *Il giudice del bilancio nella Costituzione italiana*, cit., pp. 173-184; sulla funzione ripristinatoria, e non definitivamente ablativa dell'autonomia, dei poteri sostitutivi, G. RIVOCCHI, *Poteri sostitutivi straordinari*, cit., pp. 1-19; A. CAROSI, *Risanamento finanziario, garanzia dei livelli essenziali, poteri sostitutivi*, cit., pp. 50-81. Sul potere sostitutivo come garanzia di ultima istanza dei livelli essenziali, con la lettura congiunta degli artt. 119, quinto comma, e 120, secondo comma, Cost. tratta dalla sentenza n. 71 del 2023, G. FARES, *Poteri sostitutivi, spesa pubblica, congiunture emergenziali*, cit., pp. 440-441; sulla nomina del commissario come atto funzionale all'unità economica della Repubblica e alla garanzia dei LEA, A. PATANÈ, *Le (infondate) inquietudini dei Presidenti «dimezzati»*, cit., pp. 38-39.

ormai corrente in dottrina, custodisce un'idea importante. Le risorse occorrenti a garantire i livelli già definiti non sono una variabile di aggiustamento del bilancio.

Nella lettura più forte, tratta dalla sentenza n. 275 del 2016, dove si legge che è la garanzia dei diritti incompressibili a incidere sul bilancio e non l'inverso, essa sembrerebbe implicare che ogni spesa riferibile a un diritto preceda le compatibilità finanziarie.

Quella lettura, per quanto suggestiva, non si è però consolidata. La stessa giurisprudenza successiva ha collegato la priorità dei LEA alla loro previa individuazione, alla quantificazione del fabbisogno e alla separata evidenza delle risorse. Il bilanciamento con le risorse avviene dunque a monte, nella determinazione normativa dei livelli, e ciò che è stato così determinato non può essere rimesso in discussione a valle. In questa prospettiva convergono, da angolazioni diverse, anche le ricostruzioni che diffidano di ogni «visione trascendente» dei LEA sganciata dalla realtà del finanziamento<sup>74</sup>.

Nel presente lavoro la formula designa le risorse necessarie a erogare livelli già definiti e non si estende, diversamente da una lettura più ampia proposta di recente su questa rivista, alle prestazioni che, pur estranee al catalogo, si assumano riconducibili al nucleo incompressibile del diritto<sup>75</sup>. Proprio per questo non fonda un diritto a qualsiasi intervento utile alla salute né consente di anticipare un extra-LEA. Se ne ricava, al tempo stesso, il limite del vincolo, che circoscrive l'autonomia in modo selettivo e non la assorbe. Le risorse regionali restano disponibili per rendere effettivi i LEA e per le politiche non sanitarie. Restano ferme le competenze legislative e amministrative, l'organizzazione dei livelli già definiti e le misure sostenute da titolo e finanziamento statali<sup>76</sup>.

Un vincolo giustificato dalla temporaneità muta tuttavia natura se dura quasi vent'anni. Dei sei sistemi oggi vincolati, quattro hanno sottoscritto l'accordo nel 2007 e gli altri due lo hanno fatto nel 2009 e nel 2010, sicché nessun piano è più giovane di quindici anni. La misura del fenomeno è offerta dall'unica uscita recente, quella della Campania, il cui ritorno alla gestione ordinaria è stato accolto dal Ministero della salute nel marzo del 2026, a diciannove anni dalla sottoscrizione dell'accordo. L'uscita, del resto, non è giunta

<sup>74</sup> Corte cost., sent. 16 dicembre 2016, n. 275, § 11 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 24 luglio 2019, n. 197; Corte cost., sent. 10 aprile 2020, n. 62. L. ANTONINI, *Il diritto alla salute e la «spesa costituzionalmente necessaria»*, cit., pp. 590-596; L. CARLASSARE, *Bilancio e diritti fondamentali: i limiti «invalicabili» alla discrezionalità del legislatore*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 2016, n. 6, pp. 2339-2343; F. MASCI, *I LEA non sono assoggettabili ad alcun vaglio di sostenibilità economico-finanziaria*, cit., spec. p. 112, per la collocazione a monte della ponderazione con le risorse; in senso critico verso gli usi retorici della categoria, A. MORRONE, *La «visione trascendente» dei LEA e la realtà del SSN*, cit., p. 9 ss.; C. BUZZACCHI, *LEA, costi, fabbisogni e copertura finanziaria*, cit., pp. 1-22.

<sup>75</sup> La lettura più ampia richiamata nel testo è di D. MORANA, *Il diritto alla salute e la prospettiva del regionalismo differenziato*, cit., pp. 399-400, che considera costituzionalmente necessarie anche le spese per le prestazioni del nucleo minimo non inserite nei LEA.

<sup>76</sup> E. GRIGLIO, *Il legislatore «dimezzato»*, cit., pp. 455-502; D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro*, cit., pp. 203-226; I. CIOLLI, *Poteri sostitutivi statali*, cit., p. 55 ss.; G. RIVOCCHI, *Poteri sostitutivi straordinari*, cit., pp. 1-19. Per l'approccio giuscontabile alla categoria, che richiama l'esigenza, indicata dalla sentenza n. 169 del 2017, di un «leale confronto sui fabbisogni e sui costi», C. CHIAPPINELLI, *Allocazione delle risorse e politiche sociosanitarie: per un approccio giuscontabile nella spesa «costituzionalmente necessaria»*, in *Corti supreme e salute*, 2018, n. 2, pp. 293-308, spec. pp. 306-308.

al termine di una verifica ordinata. Ha fatto seguito all'annullamento, da parte del giudice amministrativo, del diniego opposto dal Ministero nell'agosto del 2025 e motivato con due indicatori parziali, benché la Regione avesse superato la soglia di garanzia in ciascuna macroarea e l'equilibrio di bilancio non fosse contestato<sup>77</sup>. Quando il completamento del percorso richiede quasi due decenni, la temporaneità smette di descrivere il regime e diventa una qualificazione nominale, che proprio per questo esige di essere verificata e non presupposta.

Il monitoraggio dei livelli restituisce intanto un quadro differenziato. Nella rilevazione relativa al 2024 le Regioni in piano superano la soglia di sufficienza in ogni macroarea, con le sole eccezioni della Calabria nell'assistenza distrettuale e della Sicilia nella prevenzione<sup>78</sup>. Il dato conferma la funzione ripristinatoria del vincolo dove l'essenziale resta scoperto e rende al tempo stesso più esigente la giustificazione della sua prosecuzione dove la soglia risulta ormai raggiunta.

<sup>77</sup> TAR Campania, Napoli, sez. I, 14 novembre 2025, n. 7431, che ha qualificato come provvedimento impugnabile il comunicato con cui il Ministero della salute aveva negato la cessazione del piano all'esito della seduta congiunta del 4 agosto 2025 del Tavolo di verifica degli adempimenti e del Comitato permanente per la verifica dei LEA, e ha ritenuto che le regole del d.m. 12 marzo 2019 costituiscano un autovincolo per l'amministrazione che le ha dettate, sicché, raggiunta la soglia in ciascun macro-livello, il diniego fondato su singoli indicatori integra un eccesso di potere. Il Ministero aveva annunciato appello al Consiglio di Stato; la cessazione è stata poi formalizzata nel marzo del 2026 (supra, nota 4). La decisione è commentata su questa rivista da A. PATANÈ, *Quando se ne esce? La decisione del TAR Campania n. 7431 del 2025 sulla cessazione del Piano di rientro sanitario regionale in assenza di una puntuale previsione normativa a riguardo*, in *Corti supreme e salute*, 2026, n. 1-2, pp. 41-60, spec. pp. 59-60, il quale condivide il rigetto della tesi della «convenienza» a restare nel piano ma non l'impostazione fondata sull'autovincolo, ribadisce che il rispetto dei LEA è uno dei parametri e non il criterio autonomo di uscita, e dal «vuoto normativo rispetto all'indicazione di una procedura sulle modalità di uscita» ricava l'esigenza di «criteri quanto possibile oggettivi, parametri verificabili, tempi certi e procedure formalizzate».

<sup>78</sup> Gli accordi risultano sottoscritti nel 2007 da Lazio, Abruzzo, Campania, Molise e Sicilia, oltre che da Liguria e Sardegna poi uscite dal regime, nel 2009 dalla Calabria e nel 2010 da Piemonte, uscito a sua volta nel 2017, e Puglia; dopo l'uscita della Campania, avvenuta nel 2026, le Regioni tuttora vincolate sono le sei indicate supra, nota 4. Cfr. Camera dei deputati, *I disavanzi sanitari regionali*, in *Temi dell'attività parlamentare*, XVI legislatura, <https://leg16.camera.it/561?appro=94> (consultato il 10 agosto 2026); M. BORDIGNON, S. CORETTI, G. TURATI, *I Piani di Rientro della sanità regionale*, cit. Per gli esiti del monitoraggio, Ministero della salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo sistema di garanzia. Sintesi dei risultati 2024*, cit., dove sotto la soglia di sufficienza compaiono, oltre alla Provincia autonoma di Bolzano, le sole Calabria e Sicilia. La condizione delle Regioni in piano è documentata nell'Osservatorio di questa rivista: C. PANZERA, *La riforma della sanità territoriale in Calabria fra diagnosi, prognosi e terapia*, in *Corti supreme e salute*, 2023, n. 2, pp. 371-380, spec. pp. 372-374, sul commissariamento ininterrotto dal 2010, «un unicum nel panorama nazionale» nelle parole della Corte costituzionale, su un disavanzo che «si è ridotto ben poco in dieci anni» e su un avanzo del 2021 dovuto a uno stanziamento straordinario e all'aumento delle aliquote, mentre tutte le macroaree restavano sotto soglia (p. 374, note 11 e 12); M. TROISI, *La contrastata applicazione della nuova sanità territoriale nella Regione Campania*, cit., p. 410, sull'area distrettuale campana ancora sotto soglia nel 2021 e sul saldo di mobilità, nel 2020, più negativo fra le Regioni; F. POLITI, *Il recepimento del d.m. n. 77 del 2022 nella Regione Abruzzo*, ivi, 2023, n. 3, pp. 623-632, spec. pp. 626 e 628, sui «punti di erogazione» non previsti dalla programmazione ministeriale, che la Regione intendeva finanziare direttamente, con «questioni di non facile superamento» dovute al piano, e sul budget distrettuale da costruire «per gradi» a partire dai tendenziali dei LEA territoriali; ID., *Il recepimento del d.m. n. 77 del 2022 nella Regione Molise*, ivi, 2023, n. 3, pp. 633-639, spec. p. 636, dove i vincoli di spesa fissati con decreto del commissario ad acta impediscono di contrattualizzare posti letto accreditati e disponibili, il che mostra come il vincolo possa comprimere anche offerta interna ai livelli; A. PATANÈ, *La nuova sanità territoriale: la situazione della Regione Siciliana*, ivi, 2024, n. 1, pp. 103-108, spec. pp. 103-104, su una Regione «in Piano di rientro da svariati anni» e «afflitta negli anni da un problema di garanzia dei LEA».

Qui l'obiezione delle Regioni «figlie di un Dio minore» torna con tutto il suo peso. Quando il piano si prolunga oltre ogni orizzonte ragionevole, il costo dei disavanzi storici, delle inefficienze amministrative e, in alcuni casi, dell'inadeguatezza dei finanziamenti nazionali ricade su residenti che possono ricevere una tutela essenziale meno efficace e restare al tempo stesso esclusi dalle innovazioni disponibili nelle Regioni finanziariamente più solide. Lo strumento nato per ricostruire l'eguaglianza rischia di consolidare una cittadinanza sanitaria differenziata<sup>79</sup>. Non a caso la dottrina critica ha indicato nel «fattore tempo» e nella concreta resa dei piani il terreno sul quale l'orientamento della Corte dovrebbe essere mitigato<sup>80</sup>.

L'obiezione presenta anche un profilo fiscale, spesso trascurato nel dibattito sugli extra-LEA ma evidente nell'assetto del finanziamento sanitario regionale. I residenti delle Regioni in piano non ricevono soltanto meno. Pagano anche di più, perché l'addizionale e l'IRAP sono fissate dalla legge al livello massimo consentito per tutta la durata del vincolo e, in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi, ulteriormente incrementate, come è accaduto a più riprese in Calabria, in Campania e in Molise. In Campania le aliquote maggiorate hanno accompagnato un piano durato diciannove anni. Il prelievo aggiuntivo, concepito come strumento di risanamento e giustificato dalla Corte in ragione di un disavanzo rilevante e perdurante, muta funzione quando dura quasi vent'anni e permane fino alla cessazione formale del piano, anche dopo il raggiungimento dell'equilibrio. Da strumento di responsabilità diventa così un divario strutturale di pressione fiscale a carico di una parte dei cittadini. Il versante delle entrate offre dunque al controllo di proporzionalità un indice ulteriore rispetto al monitoraggio dei LEA. Una volta conseguito l'equilibrio ed esercitato per anni l'intero sforzo fiscale, la prosecuzione del vincolo e del divieto di extra-LEA richiede una giustificazione che non si esaurisca nel richiamo alle condizioni

<sup>79</sup> I. CIOLLI, *Poteri sostitutivi statali*, cit., p. 68 ss.; M. BELLETTI, *Le Regioni «figlie di un Dio minore»*, cit., p. 1094 ss. Sui divari territoriali, C. EQUIZI, *Mobilità interregionale*, cit., p. 443 ss.; L. ABBRUZZO, *Regionalismo differenziato e diritto alla salute*, cit., p. 351 ss.; F. TOTH, *How health care regionalisation in Italy is widening the North-South gap*, cit., pp. 231-249. Una valutazione meno allarmata della differenziazione è in A. DIRIENZO, *Il NIPT quale livello aggiuntivo di assistenza*, cit., pp. 437-438, per il quale il funzionamento «a più velocità» del servizio sanitario, nel regime ordinario, è una caratteristica strutturale e non un'anomalia patologica: rilievo condivisibile per la differenziazione in melius tra Regioni libere, ma non trasferibile alla condizione di chi resta al di sotto della soglia mentre è escluso dall'innovazione. Sul rischio di disparità fra cittadini a seconda che la Regione sia o meno in piano, che la sentenza n. 204 del 2025 collega alla qualificazione regionale delle prestazioni come livelli ulteriori, F. VIVADELLI, *La Corte costituzionale si pronuncia sul riparto di competenze legislative*, cit., § 10; sul commissariamento protratto che sospende la responsabilità politica, accresce in via automatica la pressione fiscale e discrimina i residenti, M. BELLETTI, *Il coordinamento finanziario nella Regione Sardegna*, cit., pp. 332-333; sulla sopportabilità di un diverso godimento del diritto «solo se frutto di una precisa situazione di fatto e non anche se conseguenza di una precisa scelta politica», C.B. CEFFA, *La mobilità interregionale in ambito sanitario*, cit., p. 666.

<sup>80</sup> A. AMATO, *Niente al di fuori dei LEA*, cit., p. 566. Sul piano di rientro che, nato come eccezione, è divenuto regola, e sull'effetto utile che la sentenza n. 168 del 2021 impone allo Stato, M. BELLETTI, *Il coordinamento finanziario nella Regione Sardegna*, cit., p. 332; sul commissariamento calabrese come caso eccezionale in contrasto con la temporaneità del potere sostitutivo, C. PANZERA, *La riforma della sanità territoriale in Calabria*, cit., pp. 372-373.

originarie. La disciplina dell'uscita dovrebbe inoltre definire condizioni e tempi del ritorno della leva fiscale nella disponibilità regionale<sup>81</sup>.

La giurisprudenza ha cominciato a raccogliere il problema sul piano che le è proprio, quello della proporzionalità. La compressione conserva una giustificazione costituzionale soltanto se mantiene una funzione ripristinatoria e rimane proporzionata agli obiettivi ancora da conseguire. Il relativo controllo non abilita la Corte a rimodulare il piano, ma rende verificabili la durata, l'intensità e la persistente giustificazione del vincolo<sup>82</sup>.

Occorre allora stabilire dove conduca il fattore tempo, e la risposta qui proposta distingue due profili, separandosi su questo punto, consapevolmente, dalla dottrina appena richiamata. A valle, sulla singola legge, il decorso del tempo non produce alcun effetto sanante. La legge regionale che finanzia un autentico extra-LEA resta illegittima finché il piano o il programma è formalmente vigente, perché ammettere una riespansione tacita dell'autonomia trasformerebbe la durata in una deroga priva di base normativa, per di più a vantaggio dell'ente che non ha completato il risanamento.

La disciplina della prosecuzione, nella prospettiva qui sostenuta, deve richiedere una valutazione aggiornata dei risultati finanziari e assistenziali, degli obiettivi non ancora raggiunti e delle misure necessarie a completarli. La sola durata ultradecennale non rende illegittimo il vincolo, così come il superamento della soglia aggregata degli indicatori LEA non dimostra, da solo, l'adempimento di ogni obiettivo strutturale. Rende però meno persuasivo il rinvio alle condizioni originarie e impone di spiegare perché gli strumenti ordinari di coordinamento non siano sufficienti. Una disciplina adeguata dovrebbe imporre a ogni scadenza una verifica pubblica e una determinazione espressa di uscita, prosecuzione o

<sup>81</sup> Sull'applicazione delle aliquote nella misura massima quale condizione del ripiano selettivo dei disavanzi pregressi disposto nel 2007, Corte cost., sent. 18 giugno 2008, n. 216, § 2 del Considerato in diritto; per gli incrementi ulteriori, Agenzia delle entrate, comunicati stampa 23 giugno 2011, 21 giugno 2019 e 1° luglio 2020, cit. Osservano M. BORDIGNON, S. CORETTI, G. TURATI, *I Piani di Rientro della sanità regionale*, cit., che, con l'eccezione del Lazio, le Regioni in piano hanno basi imponibili ridotte, sicché il gettito aggiuntivo copre soltanto una parte modesta del disavanzo, mentre il differenziale di aliquota resta per intero a carico dei residenti. Sulla giustificazione dell'automatismo come risposta a un disavanzo «rilevante e perdurante», Corte cost., ord. 24 novembre 2017, n. 243, cit. Che il commissariamento protratto sospenda la responsabilità politica, accresca in via automatica la pressione fiscale e discrimini i residenti è rilevato, su questa rivista, da M. BELLETTI, *Il coordinamento finanziario nella Regione Sardegna*, cit., pp. 332-333, che parla di un regionalismo differenziato «al contrario»; per il caso calabrese, nel quale l'avanzo del 2021 dipende da uno stanziamento straordinario e dall'aumento delle aliquote, C. PANZERA, *La riforma della sanità territoriale in Calabria*, cit., p. 374, nota 11. Sul rischio di una «emergenza permanente» insito nel regime commissariale, G. DEMURO, *Poteri del commissario ad acta e diritto alla salute nella sent. 200 del 2019*, cit., pp. 191-192; sull'equità intergenerazionale e sulla responsabilità verso gli elettori, Corte cost., sent. 14 febbraio 2019, n. 18, cit.

<sup>82</sup> Corte cost., sent. 14 maggio 2024, n. 87, §§ 4.1-4.1.2 del Considerato in diritto. Sul carattere necessariamente temporaneo e funzionale delle compressioni, G. RIVOCCHI, *Poteri sostitutivi straordinari*, cit., p. 13 ss.; E. GRIGLIO, *La legislazione regionale alla prova dei Piani di rientro*, cit., p. 6, note 29 e 32. Per l'articolazione del controllo di proporzionalità nelle verifiche di idoneità, necessità e adeguatezza, M. CARTABIA, *I principi di ragionevolezza e proporzionalità nella giurisprudenza costituzionale italiana*, relazione alla Conferenza trilaterale delle Corti costituzionali italiana, portoghese e spagnola, Roma, 24-26 ottobre 2013, [https://www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni\\_seminari/RI\\_Cartabia\\_Roma2013.pdf](https://www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni_seminari/RI_Cartabia_Roma2013.pdf) (consultato il 17 luglio 2026), p. 1 ss.

delimitazione del piano, senza rinnovi per inerzia<sup>83</sup>. Uno strumento pensato per l'emergenza non può diventare, per accumulo di rinnovi, una forma ordinaria di governo.

Il tempo, del resto, lavora contro il sistema anche in un secondo modo, attraverso il ritardo dello Stato nell'aggiornamento del catalogo. L'obsolescenza del d.P.C.m. amplia il divario tra la valutazione scientifica e l'esigibilità uniforme e trasforma così il divieto, pensato come regola di priorità, in una barriera all'innovazione che grava soltanto sui territori vincolati<sup>84</sup>. Le due facce del tempo si tengono insieme. Un vincolo che dura da quasi vent'anni esige una giustificazione sempre più solida, e un catalogo fermo rende quella giustificazione sempre più fragile, perché la priorità dell'essenziale è credibile finché l'essenziale è aggiornato. Questa inerzia non trasferisce alla Regione la competenza ad anticipare il livello, come si è visto. Rende però urgente ciò che i critici chiedono da tempo e che il diritto vigente non offre, un luogo istituzionale in cui la distanza tra scienza e catalogo possa essere governata invece che subita.

Sul piano dei rimedi occorre evitare di attribuire a questa proposta effetti già compiutamente previsti. Quando la permanenza nel regime dipenda da una determinazione amministrativa lesiva, il controllo sulla sua legittimità può essere richiesto al giudice amministrativo nei limiti della giurisdizione e dell'interesse a ricorrere; in presenza di un obbligo di provvedere e dei relativi presupposti, l'inerzia può essere contestata mediante l'azione contro il silenzio. La vicenda campana lo conferma e ne mostra insieme il limite. Il giudice ha potuto annullare il diniego perché l'amministrazione si era vincolata, con il nuovo sistema di garanzia, a parametri verificabili; la sentenza non ha però chiuso la controversia, è stata appellata e la cessazione del piano è giunta soltanto mesi dopo, all'esito di un nuovo confronto fra la Regione e i Ministeri. Questi strumenti non garantiscono, per il solo decorso del tempo, l'uscita dal piano e non consentono di sostituire la valutazione giudiziale alle scelte amministrative ancora da compiere. La disciplina qui proposta deve perciò individuare espressamente il procedimento, l'autorità responsabile, il termine e i criteri della

<sup>83</sup> Corte cost., sent. 14 maggio 2024, n. 87, §§ 4.1-4.1.2 del Considerato in diritto; G. RIVOCCHI, *Poteri sostitutivi straordinari*, cit., p. 13 ss.; A. CAROSI, *Risanamento finanziario, garanzia dei livelli essenziali, poteri sostitutivi*, cit., pp. 50-81.

<sup>84</sup> Si vedano l'art. 1, commi 554-559, legge 28 dicembre 2015, n. 208; Conferenza Stato-Regioni, intesa 23 ottobre 2025, rep. atti n. 176/CSR; Atto del Governo n. 370, il cui schema include il NIPT quale screening contingente. Il procedimento si è concluso con il d.P.C.m. 7 agosto 2026, Modifiche e integrazioni al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, in materia di livelli essenziali di assistenza, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 227 del 30 settembre 2026, con entrata in vigore il 30 ottobre 2026. Il parere n. 184/CSR e l'Atto del Governo n. 391 riguardano invece l'aggiornamento privo di nuovi o maggiori oneri, adottato con d.m. 3 agosto 2026, pubblicato nella medesima Gazzetta Ufficiale e anch'esso in vigore dal 30 ottobre 2026. Sul NIPT nell'aggiornamento, A. DIRIENZO, *Il NIPT quale livello aggiuntivo di assistenza*, cit., p. 437 ss.; sul ritardo nell'aggiornamento, R. LUGARÀ, *L'abbandono dei LEA alle Regioni*, cit., p. 1 ss.; per il quadro generale dei diritti sociali e dei livelli essenziali, M. LUCIANI, *Diritti sociali e livelli essenziali delle prestazioni pubbliche*, cit., pp. 1-18. Sul monito contenuto nella sentenza n. 201 del 2024, che sollecita l'aggiornamento dei livelli fermo al d.P.C.m. del 2017 per evitare che i residenti delle Regioni in piano siano privati di prestazioni raccomandate dalle evidenze scientifiche, L. MASPERO, *La Corte ritorna sulle Regioni in Piano di rientro*, cit., p. 313; sull'aggiornamento triennale previsto e attuato una sola volta, L. ABBRUZZO, *Regionalismo differenziato e diritto alla salute*, cit., p. 356; sull'aggiornamento del 2025, che «recepisce in larga misura le soluzioni già elaborate a livello regionale», ancora A. DIRIENZO, *Il NIPT quale livello aggiuntivo di assistenza*, cit., p. 438.

decisione di uscita, prosecuzione o revisione degli obiettivi, rendendo il riesame periodico un adempimento verificabile<sup>85</sup>.

## 9. Un banco di prova. Il servizio di psico-oncologia

Il caso deciso dalla sentenza n. 161 del 2025 offre l'occasione per mettere alla prova l'ordine di esame, proprio perché il processo costituzionale vi si è arrestato prima del merito. La Corte ha dichiarato inammissibili le censure statali, limitate alla natura sperimentale della misura, al possibile ricorso a nuove assunzioni e a un generico contrasto con il piano pugliese. Non ha accertato quindi né l'estensione del servizio di psico-oncologia rispetto ai LEA né la sua compatibilità finanziaria. L'esito processuale non equivale a un giudizio positivo sulla legge regionale e il vuoto lasciato dall'inammissibilità consente di verificare se la ricostruzione proposta conduca a un risultato controllabile. L'esercizio che segue applica dunque alla legge pugliese, nell'ordine, le tre verifiche del § 7: quella sostanziale, quella finanziaria e quella istituzionale. È un'applicazione condotta sui dati disponibili e mostra insieme la struttura del giudizio e le informazioni che mancano per completarlo. La qualificazione sostanziale chiede anzitutto che cosa la legge abbia davvero istituito. Il servizio non va trattato come una prestazione unitaria soltanto perché porta un nome nuovo, ma va scomposto nelle sue parti. Il supporto psicologico rivolto al paziente lungo il percorso oncologico trova già base nel d.P.C.m. del 2017, letto con l'Accordo Stato-Regioni del 17 aprile 2019 e con il Piano oncologico nazionale 2023-2027. Come la stessa sentenza ricorda, queste fonti considerano la cura psicosociale parte integrante della strategia oncologica, dalla diagnosi alla fase avanzata, e inseriscono lo psiconcologo nell'équipe multidisciplinare. Per questo nucleo la legge pugliese non introduce un livello ulteriore. Organizza una presa in carico che le fonti nazionali già prevedono.

Diverso è il discorso per la parte del servizio rivolta ai familiari o alle équipe curanti, quando acquisti autonomia rispetto alla cura del singolo paziente, e per le attività, i destinatari e le intensità assistenziali privi di un collegamento funzionale con il percorso oncologico nazionale. Qui la prestazione può eccedere il perimetro dei livelli. Per tracciare il confine non bastano né la qualifica dell'operatore né il carattere sperimentale del servizio. Occorre descrivere attività, destinatari, frequenza e rapporto con il piano terapeutico. Ciò che resta strumentale alla cura del paziente rientra nell'organizzazione dei LEA. Il sostegno

<sup>85</sup> Per i rimedi generali richiamati, artt. 29, 31 e 117 cod. proc. amm.; quanto all'obbligo di concludere il procedimento, nei casi in cui sussista, art. 2 legge 7 agosto 1990, n. 241. La proposta di un riesame periodico espresso richiede una disciplina che ne identifichi presupposti, competenza e termini. Per il fondamento costituzionale della verifica, G. RIVOSCECHI, *Poteri sostitutivi straordinari*, cit., p. 13 ss.; A. CAROSI, *Risanamento finanziario, garanzia dei livelli essenziali, poteri sostitutivi*, cit., pp. 50-81. Nello stesso senso, a partire dalla vicenda campana, A. PATANÈ, *Quando se ne esce?*, cit., p. 60, per il quale «la conclusione del percorso resta affidata a prassi ed è una mancanza che va colmata rapidamente».

che vive di vita propria costituisce invece il segmento ulteriore, sul quale la verifica deve proseguire.

La verifica finanziaria chiede poi chi paghi, e per rispondere serve un termine di paragone. Bisogna sapere che cosa la rete oncologica pugliese già faceva, e già spendeva, prima della legge. Una ricostruzione adeguata dovrebbe riportare, per ciascuna azienda, i pazienti presi in carico, le ore di assistenza psicologica già erogate, il personale disponibile, i tempi di attesa e le prestazioni rimaste inevase. Dovrebbe inoltre distinguere due situazioni che è facile confondere: il servizio che mancava perché nessuna norma lo prevedeva e il servizio che mancava perché le norme nazionali erano rimaste inattuato. Nel secondo caso i costi necessari per adempiere alle fonti nazionali sarebbero comunque dovuti, e non possono essere imputati alla legge regionale. Senza questi dati non si può assumere che ogni attività dello psiconcologo sia nuova, ma neppure che l'istituzione del servizio sia finanziariamente neutra.

Sul versante dei costi la legge prevede due modalità di attuazione, che vanno tenute distinte. L'impiego di professionisti già in servizio non produce automaticamente nuova spesa, ma può generare un costo-opportunità, perché le ore dedicate al nuovo servizio sono sottratte ad altre prestazioni essenziali. Il ricorso a personale esterno o a termine genera invece una spesa aggiuntiva che si ripete per tutto il biennio, alla quale si sommano selezione, coordinamento, spazi, strumenti e continuità della presa in carico. La durata limitata dell'esperimento non trasforma quel costo in una spesa una tantum. Serve soltanto a circoscriverne l'orizzonte e a escludere, in mancanza di una nuova base normativa, la prosecuzione o la stabilizzazione.

Le conclusioni cambiano a seconda del segmento. Per il nucleo già compreso nella presa in carico oncologica, eventuali assunzioni non finanziano un extra-LEA. Possono al più contrastare con un obiettivo del piano sul personale, e in quel caso lo Stato dovrebbe indicare il tetto, la macroarea e lo scostamento, mentre la Regione dovrebbe documentare il fabbisogno e l'eventuale compensazione.

Per il segmento ulteriore vale la regola opposta. Nuove assunzioni o incarichi esterni determinano una spesa sanitaria regionale non obbligatoria, e i benefici psicologici od organizzativi attesi non bastano a compensarla, se non si traducono in risparmi certi, che sostituiscano costi reali e maturino nello stesso arco di tempo.

Il profilo istituzionale viene in rilievo solo a valle, e qui la legge pugliese appare al riparo. Le fonti statali e cooperative hanno già riconosciuto il supporto psico-oncologico e la legge non anticipa una tariffa, non modifica le condizioni di rimborsabilità e non pretende di includere una nuova prestazione nel catalogo. Il carattere organizzativo della scelta non cancella il problema finanziario del segmento ulteriore. Serve però a precisare da dove verrebbe l'eventuale illegittimità, che discenderebbe dalla spesa regionale aggiuntiva e non dall'invasione della competenza statale a determinare i LEA.

I dati mancanti impediscono una conclusione piena, ma non una risposta circoscritta, che si può riassumere in tre proposizioni. Il nucleo di assistenza psicologica funzionale al percorso oncologico è erogabile, salvo un contrasto specifico e documentato delle modalità organizzative con il piano. Il segmento ulteriore resta precluso se istituisce un nuovo

livello o richiede assunzioni, incarichi e altri costi regionali. L'impiego della sola dotazione esistente è ammissibile a condizione che la Regione dimostri, insieme, l'assenza di costi-opportunità e la natura organizzativa dell'attività, che non deve tradursi in un autonomo diritto aggiuntivo. Se la Corte non è giunta a questa risposta per la genericità del ricorso, l'ordine di esame permette invece di distinguere le parti ammissibili, quelle vietate e i dati capaci di modificare l'esito. È quanto si può chiedere a una ricostruzione dogmatica, prima che il legislatore faccia la propria parte<sup>86</sup>.

## 10. Oltre il divieto. Una disciplina statale di transizione

La ricostruzione fin qui condotta delimita le false eccedenze, ma non crea il titolo giuridico necessario a governare l'intervallo che separa la valutazione tecnica favorevole di una prestazione dal suo recepimento nel catalogo. La lacuna emerge in due situazioni: quando la prestazione richiede ancora una produzione controllata di evidenze e quando è già stata valutata positivamente nelle sedi nazionali ma non ancora recepita. Occorre verificare se gli strumenti esistenti consentano di raccordare ciascuno di questi stadi con il finanziamento e con il vincolo di risanamento.

L'art. 1, comma 8, del d.lgs. n. 502 del 1992, il procedimento della Commissione LEA e i canali settoriali per farmaci e dispositivi distribuiscono tra sedi diverse la valutazione, il finanziamento e il controllo del piano; non assicurano però il raccordo necessario quanto alla partecipazione di una Regione vincolata, ai costi indiretti e alla capacità erogativa. D'altra parte, poiché una valutazione favorevole non costituisce titolo di spesa e l'inerzia statale non trasferisce alla Regione il potere di anticipare l'aggiornamento, la lacuna riguarda il raccordo e non la valutazione. Come è stato osservato con qualche amarezza, a nulla serve stigmatizzare l'inerzia dello Stato nell'aggiornamento se essa non produce alcuna conseguenza. Il problema è dare all'inadempimento un esito istituzionale diverso dalla sola censura<sup>87</sup>.

Su questo terreno la dottrina ha già offerto indicazioni, con le quali la proposta che segue intende misurarsi apertamente. Si è prospettato che la legislazione statale consenta anche

<sup>86</sup> Corte cost., sent. 31 ottobre 2025, n. 161, §§ 2.1 e 3-3.2 del Considerato in diritto; Accordo Stato-Regioni 17 aprile 2019, rep. atti n. 59/CSR, punto 7.4 dell'Allegato; Intesa Stato-Regioni 26 gennaio 2023 sul Piano oncologico nazionale 2023-2027. Sullo spazio residuo, «esiguo ma non inesistente», che resta alle Regioni per norme organizzative, procedurali o sull'uso delle risorse pubbliche, senza incidere sul merito delle scelte terapeutiche, D. MORANA, *L'appropriatezza quale oggetto di valutazioni tecnico-scientifiche*, cit., pp. 96-97.

<sup>87</sup> G. SICHERA, *La «non-interferenza» delle prestazioni sanitarie extra-Lea*, cit., p. 200, nota 42: «perché stigmatizzare il fatto che lo Stato non aggiorna l'elenco dei livelli essenziali, se ciò non comporta alcuna conseguenza?». Analogamente L. MASPERO, *La Corte ritorna sulle Regioni in Piano di rientro*, cit., p. 313, registra la sollecitazione e l'auspicio della Corte, e D. MORANA, *Il diritto alla salute e la prospettiva del regionalismo differenziato*, cit., p. 403, osserva che il legislatore, nel fissare i livelli, può avere escluso prestazioni oggettivamente essenziali anche a causa dei tempi del loro periodico adeguamento.

alle Regioni in piano di erogare, in via temporanea fino all'aggiornamento o all'effettiva entrata in vigore dei LEA statali, le prestazioni raccomandate dal Consiglio superiore di sanità o da altri organismi tecnico-scientifici nazionali o internazionali, «a saldi invariati» o con scostamenti minimi della spesa sanitaria regionale<sup>88</sup>. La convergenza con quella proposta è ampia. Comuni sono la temporaneità, l'aggancio alla valutazione scientifica nazionale e la funzione di ponte verso l'aggiornamento. Due ragioni suggeriscono però di spostare il baricentro dalla Regione allo Stato.

La prima è probatoria ed è la lezione del caso NIPT. Dire che una misura è «a saldi invariati» significa fare una previsione, e la vicenda pugliese ha mostrato che quella previsione non può essere presunta. Va accertata in un'istruttoria che confronti costi incrementali, costi sostituiti, popolazione interessata e capacità erogativa. Una deroga affidata a una clausola di invarianza dichiarata dalla stessa Regione riprodurrebbe in sede legislativa proprio l'equivoco che la giurisprudenza ha dovuto smontare in sede contenziosa (§ 5).

La seconda ragione attiene all'eguaglianza. Una facoltà regionale di anticipazione, per quanto condizionata, avvantaggerebbe comunque i territori dotati di margini fiscali e amministrativi, mentre l'intervallo tra scienza e catalogo è un problema nazionale, che chiede una risposta nazionale accessibile a condizioni uniformi. Di qui la proposta di un titolo statale, sostenuto da risorse statali o comunque esterne e vincolate, attivabile su domanda e previa verifica. Non si tratta di una deroga regionale al divieto, ma di un istituto che ne conferma la logica, la priorità dei LEA, e la estende al governo dell'innovazione. Per la stessa ragione non appare necessaria la revisione costituzionale pur autorevolmente auspicata, perché gli strumenti dell'ordinamento vigente, se coordinati da una legge, bastano<sup>89</sup>. Il fondamento costituzionale del titolo statale è plurimo. L'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost. presidia l'uniformità del catalogo; la lettera e) sorregge la separazione contabile; il terzo comma consente allo Stato di dettare i principi fondamentali in materia di tutela della salute e di coordinamento della finanza pubblica, compresi i vincoli del piano. La divisione dei compiti fra le fonti sarebbe netta: la legge tipizzerebbe fattispecie, condizioni, durata, effetti e cessazione del titolo, mentre un decreto ministeriale applicherebbe quei

<sup>88</sup> A. PITINO, *La recente giurisprudenza costituzionale sugli extra LEA*, cit., pp. 154-155. Nel senso del superamento del divieto assoluto mediante una verifica concreta, V. CIACCIO, *Regioni in Piano di rientro*, cit., p. 774 ss. Nella stessa prospettiva A. DIRIENZO, *Il NIPT quale livello aggiuntivo di assistenza*, cit., p. 437, vede nella prestazione aggiuntiva regionale un legittimo esercizio di autonomia e un potenziale contributo sperimentale all'innovazione del Servizio sanitario nazionale. È la funzione che il programma sperimentale qui proposto intende riconoscere anche alle Regioni vincolate, spostando però la decisione e la copertura sullo Stato.

<sup>89</sup> A. AMATO, *Niente al di fuori dei LEA*, cit., p. 566, che affida a una revisione costituzionale la prioritaria ed effettiva garanzia dei LEP. Quanto alla proposta di un sindacato costituzionale sulla ragionevole determinazione dei LEA (V. CIACCIO, *Regioni in Piano di rientro*, cit., p. 774 ss.), valgono le considerazioni istituzionali svolte nel § 7. Un riscontro comparato viene dall'ordinamento spagnolo, dove l'art. 8 quinquies della Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, introdotto dal Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, ammette carteras de servicios complementarias delle Comunità autonome soltanto con risorse aggiuntive proprie e previa garanzia di sufficienza finanziaria, fermo l'obbligo di assicurare anzitutto il finanziamento della cartera común. Anche lì la facoltà di aggiungere presuppone la garanzia della soglia comune.

criteri al singolo caso<sup>90</sup>. Riservare allo Stato anche la decisione sul caso singolo risponde, ai sensi dell'art. 118, primo comma, Cost., a un'esigenza unitaria: raccordare la valutazione nazionale, l'aggiornamento dei LEA, la provvista finanziaria e il piano di rientro. L'attrazione resta proporzionata, perché l'autorizzazione è puntuale, temporanea e residuale, mentre l'organizzazione e l'erogazione restano regionali.

La leale collaborazione opera su due livelli. I criteri generali sarebbero concordati in Conferenza Stato-Regioni, mentre il decreto sarebbe adottato previa intesa con la Regione interessata, senza la quale non potrebbe essere rilasciato. Fanno eccezione le materie comprese nel mandato commissariale. Qui la domanda e la valutazione di compatibilità spetterebbero al commissario ad acta, sentiti gli organi regionali ordinari ma senza potere di veto, perché nelle materie commissariate la competenza regionale è già sostituita. Pretendere anche in questo ambito l'intesa significherebbe restituire alla Regione, per questa via, la competenza sostituita e, insieme, far codeterminare allo Stato un atto con un proprio organo, vale a dire con sé stesso. In ogni caso il decreto non includerebbe la prestazione nei LEA. Ne consentirebbe soltanto l'erogazione transitoria nei limiti di legge<sup>91</sup>. La proposta si articola in due fattispecie, corrispondenti a due stadi della valutazione nazionale.

La prima è il programma sperimentale, che integra, per la Regione in piano, il programma previsto dall'art. 1, comma 8, del d.lgs. n. 502 del 1992 e governa lo stadio in cui efficacia, sicurezza o appropriatezza richiedono ancora ulteriori evidenze.

La seconda è la copertura transitoria e serve quando la valutazione favorevole c'è già. Opera per la prestazione valutata positivamente nelle sedi tecniche statali e confluita nel percorso di aggiornamento, e governa soltanto l'attesa che precede il recepimento.

In entrambe le ipotesi l'accesso è temporaneo, delimitato quanto ai destinatari e privo di effetti automatici sul catalogo. Un filtro di residualità evita gli usi impropri. Restano fuori le prestazioni già comprese nei LEA, che del canale non hanno bisogno, le mere scelte organizzative, che la Regione può già compiere, e gli interventi per i quali un canale settoriale assicura già titolo, copertura e verifica di compatibilità. La Regione deve indicare la fattispecie invocata, la valutazione nazionale esistente e lo stadio raggiunto dal procedimento di aggiornamento, così che il canale transitorio non diventi una via ordinaria per ampliare il catalogo.

<sup>90</sup> Art. 117, secondo comma, lettere e) e m), e terzo comma, Cost.; art. 1, commi 7 e 8, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502; art. 1, comma 174, legge 30 dicembre 2004, n. 311; art. 2, commi 80 e 95, legge 23 dicembre 2009, n. 191; artt. 19 e 20 d.lgs. n. 118 del 2011; art. 1, commi 556-558, legge 28 dicembre 2015, n. 208; Corte cost., sent. 27 marzo 2003, n. 88, § 4 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 30 giugno 2022, n. 161, § 4 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 17 dicembre 2024, n. 201, § 2.2 del Considerato in diritto.

<sup>91</sup> Art. 118, primo comma, Cost.; Corte cost., sent. 1° ottobre 2003, n. 303, §§ 2.2 e 4.1 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 13 gennaio 2004, n. 6, § 7 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 22 luglio 2010, n. 278, §§ 13 e 16 del Considerato in diritto; Corte cost., sent. 21 gennaio 2016, n. 7, § 2 del Considerato in diritto. La disciplina generale può essere concordata in Conferenza; l'esercizio puntuale della funzione attratta richiede invece la codeterminazione dell'atto con la Regione direttamente interessata.

Applicata ai casi esaminati, la distinzione avrebbe dato al NIPT l'accesso al programma sperimentale dopo la valutazione favorevole del Consiglio superiore di sanità e alla copertura transitoria dopo l'avvio formale dell'aggiornamento. Si tratta di quello stesso aggiornamento che, a distanza di anni, ha finito per includerlo come screening contingente, confermando retrospettivamente quanto sarebbe stato ragionevole governare l'attesa invece di subirla. La fibromialgia sarebbe rimasta invece fuori dal canale, perché già sorretta da titolo e finanziamento statali<sup>92</sup>.

Nella stessa direzione, ma dal versante dell'aggiornamento, muovono le indicazioni formulate su questa rivista a partire dal caso del NIPT, con la richiesta di una cadenza regolare dell'aggiornamento dei livelli agganciata alla programmazione finanziaria, di un'istruttoria trasparente della Commissione nazionale e di un sistema strutturato di valutazione delle tecnologie a disposizione del Parlamento<sup>93</sup>. Sono rimedi che agiscono sulla causa del ritardo e che la proposta qui avanzata non intende sostituire. Un procedimento di transizione serve finché la cadenza ordinaria non è ripristinata e resta utile anche dopo, per il tempo che separa l'avvio dell'aggiornamento dal suo perfezionamento<sup>94</sup>.

Quanto al procedimento bastano, in questa sede, i tratti essenziali. La prima regola è non duplicare. Il procedimento raccoglierebbe in un unico fascicolo le valutazioni già compiute e acquisirebbe senza riesame le determinazioni della Commissione LEA, dell'AIFA e degli organismi di health technology assessment. L'istruttoria si concentrerebbe su ciò che quelle sedi non valutano: la copertura separata, i costi indiretti, la capacità erogativa e la compatibilità con il piano.

Lo strumento centrale sarebbe il confronto controfattuale delineato nel § 9, condotto mettendo a raffronto, sul medesimo orizzonte temporale, due scenari. Il primo descrive il sistema senza l'iniziativa, con i volumi LEA, i tempi di attesa, le ore di personale, i costi comunque dovuti e gli obiettivi del piano. Il secondo aggiunge l'iniziativa, con i suoi costi diretti, indotti e successivi. La compatibilità sussisterebbe soltanto se la differenza tra i due scenari non riducesse la capacità di conseguire gli obiettivi né trasferisse oneri al servizio regionale. I risparmi conterebbero solo a tre condizioni: che sostituiscano costi già inclusi nello scenario di partenza, che maturino nello stesso periodo e che siano documentati.

La legge proposta affiderebbe la decisione al Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia, mediante decreto motivato e pubblicato, previo contraddittorio sui

<sup>92</sup> Sull'inserimento del NIPT nello schema di aggiornamento, Conferenza Stato-Regioni, intesa 23 ottobre 2025, rep. atti n. 176/CSR, e Atto del Governo n. 370; A. DIRIENZO, *Il NIPT quale livello aggiuntivo di assistenza*, cit., p. 437 ss.

<sup>93</sup> D. SERVETTI, *Tutela della salute e innovazione tecnologica delle cure*, cit., pp. 533-535, che segnala l'«estrema lentezza» che storicamente caratterizza l'aggiornamento dei LEA e il disallineamento fra la loro determinazione e la decisione sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e ne ricava l'esigenza di una «migliore correlazione tra programmazione sanitaria e programmazione finanziaria» (p. 533).

<sup>94</sup> Sulla lentezza del recepimento e sullo schema di aggiornamento del 2025, che ha recepito in larga misura soluzioni già elaborate nei servizi regionali con una convergenza che ha prodotto una tendenziale standardizzazione anziché una frammentazione, v. A. DIRIENZO, *Il NIPT quale livello aggiuntivo di assistenza*, cit., pp. 437-438.

dati sfavorevoli, entro novanta giorni prorogabili una sola volta di trenta. Il silenzio non varrebbe assenso, ma renderebbe azionabile l'obbligo di provvedere davanti al giudice amministrativo, secondo le regole generali sul silenzio e sull'ottemperanza, estese alla revoca e al diniego di proroga. Ogni autorizzazione conterrebbe la scadenza e le misure per i pazienti già presi in carico<sup>95</sup>.

Resta un'obiezione che la delimitazione del procedimento non elimina. Se lo Stato non riesce ad aggiornare il catalogo, non si vede perché dovrebbe rispettare i novanta giorni di un procedimento ulteriore. La proposta, però, non gli chiede di rinnovare periodicamente l'intero d.P.C.m., ma di decidere su una singola prestazione, per una platea delimitata e con una copertura già individuata, e l'esperienza della legge n. 648 del 1996 e del Fondo AIFA mostra che canali puntuali di questo tipo operano da anni con tempi amministrativi contenuti. Il termine, l'obbligo di provvedere e il registro pubblico di cui si dirà spostano inoltre il costo dell'inerzia dal terreno politico, dove oggi si disperde senza conseguenze, a una sede giuridicamente presidiata.

Il finanziamento obbedirebbe a una regola di sussidiarietà, nel senso che i canali esistenti vengono prima e il canale nuovo interviene solo dove quelli non arrivano. Quando sia utilizzabile uno strumento vigente, in particolare il Fondo AIFA, l'autorizzazione si limiterebbe a individuarlo e a garantirne la separata contabilizzazione. Un fondo nazionale aggiuntivo opererebbe soltanto per le tecnologie non farmacologiche, per i costi che gli strumenti esistenti non ammettono e per i progetti di interesse nazionale altrimenti privi di copertura. La contabilità di progetto comprenderebbe i costi diretti, indiretti e organizzativi, escluderebbe obblighi automatici di prosecuzione e assicurerebbe il ritorno delle somme non impiegate al canale di provenienza. La relazione finale chiuderebbe il cerchio, riutilizzando gli indicatori, l'orizzonte temporale e la base di partenza fissati *ex ante* e confrontando i valori osservati con lo scenario controfattuale, con l'obbligo di motivare gli scostamenti<sup>96</sup>.

<sup>95</sup> Per i canali vigenti, art. 9-bis d.lgs. n. 502 del 1992; art. 1, comma 4, d.l. 21 ottobre 1996, n. 536, conv. dalla legge 23 dicembre 1996, n. 648; art. 48, commi 18 e 19, d.l. 30 settembre 2003, n. 269, conv. dalla legge 24 novembre 2003, n. 326; regolamento (UE) 2021/2282. Quali modelli di verificabilità del procedimento proposto, nei rispettivi ambiti applicativi, art. 1, comma 8, d.lgs. n. 502 del 1992; art. 17, commi 3 e 4, legge 31 dicembre 2009, n. 196; artt. 19 e 20 d.lgs. n. 118 del 2011; d.m. 12 marzo 2019. Per la tutela contro l'inerzia, artt. 31 e 117 cod. proc. amm.; per l'impugnazione dei provvedimenti espressi, artt. 29 e 41; per l'ottemperanza, artt. 112 ss.

<sup>96</sup> Sulla perequazione, E.A. FERIOI, *Sui livelli essenziali delle prestazioni*, cit., p. 580 ss.; F. COVINO, *La perequazione finanziaria nella Costituzione*, cit., p. 209 ss. e p. 252 ss.; sulle disuguaglianze regionali, C.B. CEFFA, *I LEP all'orizzonte? Le persistenti criticità definitorie dei livelli essenziali delle prestazioni e le inevitabili implicazioni sul fronte della (mancata) perequazione regionale*, in *Diritti regionali*, 2024, n. 1, spec. pp. 409-418. Sulle carenze assistenziali, d.m. 12 marzo 2019 e Ministero della salute, *Monitoraggio dei LEA attraverso gli indicatori CORE del Nuovo sistema di garanzia. Sintesi dei risultati 2024*, cit. Per le risposte alla mobilità prospettate su questa rivista, che muovono tutte da una governance nazionale o cooperativa, D.A. PISANI, *Il finanziamento della mobilità sanitaria interregionale*, cit., pp. 701-702, sulla rete di centri di eccellenza finanziata dal fondo sanitario; A. FONZI, *La mobilità sanitaria interregionale nei giudizi di parifica*, cit., pp. 688-690, sugli accordi di confine e sulle reti sovregionali; C. EQUIZI, *Mobilità interregionale*, cit., pp. 453-454, sul «regionalismo collaborativo» e sulla «programmazione condivisa» fra Regioni; P. RUBECHINI, *La salute negata*, cit., pp. 1004-1006, sul rischio che l'innovazione tecnologica accresca i divari se non governata.

La proposta deve misurarsi, infine, con l'art. 3 Cost., e il confronto va condotto in entrambe le direzioni. Da un lato essa non privilegia la Regione richiedente, perché decisione, finanziamento e criteri di accesso restano statali e nessuna Regione costruisce un proprio livello. Riduce anzi la differenziazione, perché l'alternativa è lasciare l'innovazione alle sole Regioni non vincolate e dotate di maggiore capacità fiscale. Dall'altro lato la stessa logica impone che la copertura transitoria di una prestazione già valutata favorevolmente e finanziata dallo Stato sia accessibile a tutte le Regioni che soddisfino le condizioni, non soltanto a quelle in piano. Per queste ultime il procedimento aggiunge la verifica di compatibilità e il raccordo con il commissariamento.

A presidio dell'insieme starebbe un registro pubblico, nel quale confluirebbero le domande, le autorizzazioni, i dinieghi motivati, i ricorsi, gli esiti e i risultati dei programmi. La pubblicità renderebbe controllabili la qualificazione, la fonte e la destinazione del finanziamento e il rapporto con il piano, riducendo l'elusione contabile e l'abbandono prudentiale di iniziative legittime, e restituirebbe in parte quella visibilità e responsabilità politica la cui carenza è tra le critiche più fondate all'attuale governo negoziato dei piani.

Conclusa la verifica, i risultati sarebbero trasmessi alla Commissione LEA e il procedimento potrebbe condurre alla cessazione del titolo, a una proroga eccezionale e circoscritta oppure alla prosecuzione dell'aggiornamento nazionale. La mancata conclusione di quest'ultimo non consentirebbe una proroga di fatto della copertura transitoria<sup>97</sup>.

## 11. Conclusioni

Il percorso compiuto conduce a un risultato volutamente duplice. Da un lato il piano di rientro rende inderogabile la priorità della soglia essenziale e preclude il finanziamento regionale dell'autentico extra-LEA, anche mediante risorse proprie e aggiuntive. Su questo punto la lettura qui difesa sta dalla parte del rigore e le ragioni dei critici del «divieto assoluto» sono parse superabili nel merito, per quanto preziose nel segnalare i costi della regola.

Dall'altro lato il divieto così inteso non trasforma in sanitaria ogni misura connessa alla salute, non assorbe le politiche sociali e non impedisce di usare entrate autonome per rendere effettivi livelli già definiti. Soprattutto, il suo presupposto non si presume. Va allegato e provato secondo l'ordine di esame qui ricostruito, che chiede nell'ordine che

<sup>97</sup> Sulla riduzione degli spazi rappresentativi nei piani, E. GRIGLIO, *Il legislatore «dimezzato»*, cit., pp. 455-502; D. PARIS, *Il Titolo V alla prova dei piani di rientro*, cit., pp. 203-226. Per la pubblicità, artt. 1, 5, 7-bis e 10 d.lgs. n. 33/2013; E. CARLONI, *Il nuovo diritto di accesso generalizzato e la persistente centralità degli obblighi di pubblicazione*, in *Diritto amministrativo*, 2016, pp. 579-622. Sulla conoscenza come presupposto di ogni allocazione responsabile e sul ruolo dei controlli, C. CHIAPPINELLI, *Allocazione delle risorse e politiche sociosanitarie*, cit., pp. 306-308; sul giudizio di parificazione come strumento per comprendere le cause della mobilità e intervenire su di esse, A. FONZI, *La mobilità sanitaria inter-regionale nei giudizi di parifica*, cit., pp. 670-671.

cosa la misura sia, chi la paghi e chi abbia il potere di deciderla, e che vieta le scorciatoie presuntive, raccogliendo così la parte più solida delle critiche.

Da questa impostazione discendono indicazioni distinte per ciascun attore del sistema. Lo Stato che invoca il piano deve indicare il punto specifico del contrasto, perché il disavanzo e la mera vigenza del vincolo non bastano da soli. La Regione vincolata conserva più spazio di quanto la formula del «divieto assoluto» lasci credere, ma quando invoca fatti a sé favorevoli deve esibire i dati che ha in mano, dalla provenienza della copertura ai costi indiretti. La Corte dispone di un criterio per decidere i casi di confine senza oscillare tra la sostanza della prestazione e la sua etichetta contabile. Il tempo, infine, non è una variabile neutra. Dopo quasi vent'anni di piani ogni rinnovo esige una giustificazione rafforzata, che non può ridursi al richiamo delle condizioni originarie.

Il modo in cui la sanità regionale è finanziata conferma questa lettura dal versante delle entrate. Poiché la legge pone livelli ulteriori e disavanzi a carico della stessa fiscalità regionale, che durante il piano è portata al massimo e destinata al risanamento, la Regione vincolata non dispone di margini propri per finanziare l'innovazione senza gravare su contribuenti già chiamati a coprire il disavanzo. La stessa considerazione, letta nel tempo, rende però più esigente la giustificazione della permanenza nel regime e chiede al legislatore di disciplinare, insieme all'uscita dal piano, anche il ritorno della leva fiscale nella disponibilità della Regione.

Il piano configura dunque un'autonomia temporaneamente condizionata e non una sospensione delle competenze regionali. La tenuta costituzionale dell'insieme dipende però da un tassello che oggi manca. Occorre una disciplina statale di transizione che governi l'intervallo tra valutazione scientifica e aggiornamento del catalogo, fondata su autorizzazione nazionale, risorse dedicate, evidenze condivise e verifica periodica. Essa non attenuerebbe il divieto ma ne completerebbe la logica, impedendo che una regola di priorità pensata per ricostruire l'eguaglianza finisca per riservare l'innovazione ai territori più ricchi.

Se è vero che solo un cammino di rigore può restituire a tutti l'accesso alle prestazioni essenziali, è vero anche che il rigore senza raccordo consegna il futuro della tutela ai divari esistenti. Tenere insieme le due esigenze è, in definitiva, il compito che questo lavoro ha inteso proporre al legislatore, prima ancora che alla Corte.