

SENTENZA N. 169

ANNO 2017

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

LA CORTE COSTITUZIONALE

composta dai signori: Presidente: Paolo GROSSI; Giudici : Giorgio LATTANZI, Aldo CAROSI, Marta CARTABIA, Mario Rosario MORELLI, Giancarlo CORAGGIO, Giuliano AMATO, Silvana SCIARRA, Daria de PRETIS, Nicolò ZANON, Franco MODUGNO, Augusto Antonio BARBERA, Giulio PROSPERETTI,

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

nei giudizi di legittimità costituzionale degli artt. 9-bis; 9-ter, commi 1, lettere a) e b), 2, 3, 4, 5, 8 e 9; 9-quater, commi 1, 2, 4, 5, 6 e 7; e 9-septies, commi 1 e 2, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 (Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali), convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, promossi con ricorsi della Regione Veneto e della Regione Liguria, notificati rispettivamente il 12 e il 13 ottobre 2015, depositati in cancelleria il 19 ed il 21 ottobre 2015 e iscritti ai nn. 95 e 97 del registro ricorsi 2015.

Visti gli atti di costituzione del Presidente del Consiglio dei ministri;

udito nell'udienza pubblica del 21 marzo 2017 il Giudice relatore Aldo Carosi;

uditi gli avvocati Luca Antonini, Andrea Manzi ed Ezio Zanon per la Regione Veneto, Giuseppe Franco Ferrari per la Regione Liguria, e l'avvocato dello Stato Andrea Fedeli per il Presidente del Consiglio dei ministri.

Ritenuto in fatto

1.– Con ricorso iscritto al numero 95 del registro ricorsi 2015, la Regione Veneto ha impugnato tra gli altri l'art. 7, comma 9-quinquies; l'art. 9-bis; l'art. 9-ter, commi 1, 2, 3, 4, 5, 8 e 9; l'art. 9-quater, commi 1, 2, 4, 5, 6 e 7; l'art. 9-septies, commi 1 e 2, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, recante

«Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali», convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, per violazione degli artt. 3, 5, 32, 117, terzo e quarto comma, 118, 119 della Costituzione, nonché del principio di leale collaborazione di cui all'art.120 Cost., nonché dell'art. 5, lettera g), della legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 4 (Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale).

1.1.– La ricorrente, come premessa comune alle impugnative, espone che gli artt. 9-bis, 9-ter, 9-quater e 9-septies del d.l. n. 78 del 2015, introdurrebbero una serie di tagli lineari sulla spesa sanitaria, senza alcuna considerazione né dei costi standard di cui agli articoli da 25 a 32 del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 (Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario), né dei livelli di spesa delle Regioni virtuose che hanno già raggiunto elevati livelli di efficienza nella gestione della sanità, senza tenere in alcun conto la forte disomogeneità che caratterizzerebbe il sistema della sanità regionale italiana.

Inoltre, secondo la ricorrente, le suddette disposizioni manterrebbero a carico delle Regioni l'obbligo di garantire il finanziamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA), la cui determinazione risalirebbe al 2001, essendo ancora mancata l'attuazione dell'art. 5 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 (Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute) che ne aveva prevista la revisione entro il 31 dicembre 2012. Sarebbe evidente quindi lo scollamento che si realizza tra un livello di finanziamento che viene pesantemente e permanentemente ridotto e una determinazione dei livelli essenziali che non è stata rivista da parte dello Stato.

Tanto produrrebbe, secondo la Regione ricorrente, la violazione, «per irragionevolezza e difetto di proporzionalità, anche del comma secondo dell'art. 117 Cost. e dell'art. 32 Cost.», compromettendo la possibilità di garantire i livelli essenziali in materia di diritto alla salute, nonché ridonderebbe anche sull'autonomia costituzionale garantita alle Regioni dagli artt. 117, terzo e quarto comma, 118 e 119 Cost.

La Regione cita le conclusioni del documento finale delle Commissioni riunite V e XII della Camera dei deputati, approvato nell'ambito dell'«Indagine conoscitiva sulla sfida della tutela della salute tra nuove esigenze del sistema sanitario e obiettivi di finanza pubblica», del 4 giugno 2014 e la Relazione della 12a commissione permanente Igiene e Sanità del Senato della Repubblica, sullo «Stato e prospettive del Servizio sanitario nazionale, nell'ottica della sostenibilità del sistema e della garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità», del 23 giugno 2015 dove, nelle considerazioni conclusive, si precisa – tra l'altro – che «la Commissione ritiene che non sia più rinviabile una revisione dei LEA» (punto 25.4), e si evidenzia altresì che «la Commissione ritiene che, nei prossimi anni, il sistema non sia in grado di sopportare ulteriori restrizioni finanziarie, pena un ulteriore peggioramento della risposta ai bisogni di salute dei cittadini e un deterioramento delle condizioni di lavoro degli operatori. Eventuali margini di miglioramento, sempre possibili, possono essere perseguiti solo attraverso una attenta selezione degli interventi di riqualificazione dell'assistenza, soprattutto in termini di appropriatezza clinica e organizzativa, evitando azioni finalizzate al mero contenimento della spesa, nella consapevolezza che i risparmi conseguibili devono essere destinati allo sviluppo di quei servizi ad oggi ancora fortemente carenti, in particolare nell'assistenza territoriale anche in relazione all'aumento delle patologie cronico- degenerative» (punto 25.1).

La ricorrente richiama altresì la delibera del 29 dicembre 2014 della Corte dei conti, recante la «Relazione sulla gestione finanziaria per l'esercizio 2013 degli enti territoriali», che avrebbe precisato

che alle Autonomie territoriali è stato richiesto, nelle manovre degli ultimi anni, «uno sforzo di risanamento non proporzionato all'entità delle risorse gestibili dalle stesse», in base a scelte andate «a vantaggio degli altri comparti amministrativi che compongono il conto economico consolidato delle Amministrazioni pubbliche». Ed ha quindi auspicato che «futuri interventi di contenimento della spesa assicurino mezzi di copertura finanziaria in grado di salvaguardare il corretto adempimento dei livelli essenziali delle prestazioni nonché delle funzioni fondamentali inerenti ai diritti civili e sociali».

Diversamente, secondo la Regione Veneto, lo Stato, piuttosto che assumersi la responsabilità di una riduzione dei LEA a seguito del venir meno delle risorse disponibili, avrebbe preferito invece lasciare, da un lato, formalmente invariati i LEA, e, dall'altro, introdurre un sistema di tagli lineari, in ciò venendo meno ad un corretto esercizio di quella funzione di coordinamento della finanza pubblica che è invece richiesto dall'art. 117, terzo comma, Cost.

Esponde ulteriormente la ricorrente che l'art. 9-bis pretenderebbe di stabilire l'applicazione dei successivi articoli da 9-ter a 9-octies in attuazione delle intese sancite dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 26 febbraio 2015 e del 2 luglio 2015, assunte in attuazione della dell'art. 1, comma 398, lettera c), della legge 23 dicembre 2014 n. 190, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)».

Al riguardo, la Regione Veneto evidenzia che in quelle sedi non avrebbe espresso il proprio consenso, ma avrebbe instaurato un contenzioso costituzionale (è richiamato il ricorso iscritto al reg. ric. n. 31 del 2015, in seguito definito con sentenza n. 141 del 2016), denunciando la evidente forzatura in cui le Regioni stesse sarebbero state costrette, in quanto sarebbe mancato un effettivo percorso di leale collaborazione e di autocoordinamento.

Infatti, secondo la ricorrente, in base all'art. 46, comma 6, del decreto-legge 24 aprile 2014 n. 66 (Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale), così come modificato dal citato art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014, alle Regioni, in realtà, sarebbe stata proposta un'alternativa impossibile rispetto a quella di subire un taglio del finanziamento della sanità. Esse, infatti, in base a quanto previsto dal suddetto comma 6, avrebbero potuto evitarlo solo accettando un taglio sulla spesa extra sanitaria pari a 3.452 milioni di euro.

Secondo la ricorrente, se le Regioni non avessero raggiunto l'intesa, la ripartizione del taglio sarebbe stato determinato dal Governo, incidendo, secondo quanto recita l'ultimo periodo del citato art. 46 comma 6, anche sulle «risorse destinate al finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale» e determinato tenendo conto, non dei costi standard di cui al d.lgs. n. 68 del 2011, ma del prodotto interno lordo (PIL) regionale e della popolazione residente, e quindi a tutto discapito dei sistemi regionali più efficienti (quali sarebbero quelli delle Regioni Emilia Romagna, Lombardia, Veneto, Toscana).

Non sarebbe stata quindi lasciata alternativa all'intesa.

1.2.– Tanto premesso, la Regione Veneto impugna l'art. 9-ter del d.l. n. 78 del 2015 (Razionalizzazione della spesa per beni e servizi, dispositivi medici e farmaci) laddove stabilisce, al comma 1, lettera a), che per l'acquisto dei beni e servizi di cui alla tabella A allegata al medesimo decreto, «gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti in essere che abbia l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, e senza che ciò comporti una modifica della durata

del contratto, al fine di conseguire una riduzione su base annua del 5 per cento del valore complessivo dei contratti in essere».

1.2.1.– Secondo la ricorrente tale disposizione, anche nel suo raccordo attuativo con i commi 4 e 5, imporrebbe alle Regioni di disporre un taglio lineare delle forniture, in violazione dei principi di ragionevolezza e proporzionalità espressi dall'art. 3 Cost., dal momento che, prescindendo da ogni definizione di standard di efficienza, sarebbe messa a rischio la garanzia dei servizi sanitari (in violazione dell'art. 32 Cost.) e dei LEA, imponendo la suddetta rinegoziazione anche agli enti del Servizio sanitario che già abbiano raggiunto elevati livelli di efficienza e un elevato rapporto tra qualità e prezzo nelle forniture, e con il principio di buon andamento della pubblica amministrazione, nel combinato disposto degli artt. 3 e 97 Cost. Detti vizi di costituzionalità ridonderebbero sulle competenze regionali di cui agli artt. 117, terzo e quarto comma, 118 e 119 Cost., dal momento che inciderebbero indebitamente sulle determinazioni regionali in materia di organizzazione sanitaria, anche autonomamente considerate.

1.2.2.– La disposizione impugnata costituirebbe poi una previsione di dettaglio, sicché non potrebbe trovare fondamento nella potestà legislativa concorrente dello Stato. Essa quindi si porrebbe in contrasto con gli artt. 5, 117, secondo, terzo e quarto comma, Cost., con riguardo sia al corretto esercizio della funzione statale di coordinamento della finanza pubblica e alla garanzia dei LEA, sia alla competenza regionale in materia di tutela della salute e organizzazione dei sistemi sanitari, nonché con gli artt. 118 e 119 Cost.

1.2.3.– Sarebbe inoltre violato il principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost., dal momento che nessuna forma di intesa è prevista al riguardo.

1.3.– La ricorrente impugna poi il medesimo art. 9-ter, comma 1, alla lettera b), anche nel suo raccordo attuativo con i commi 8 e 9, laddove esso obbligherebbe parimenti in via generale e indiscriminata gli enti del Servizio sanitario nazionale (da ora anche SSN), ovvero senza la preventiva definizione di standard di efficienza da assumere a parametro, a proporre, ai fornitori di dispositivi medici, «una rinegoziazione dei contratti in essere che abbia l'effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, senza che ciò comporti modifica della durata del contratto stesso».

1.4.– Con riguardo ai successivi commi 2 e 3 del medesimo art. 9-ter, espone la Regione Veneto che l'art. 9-ter, comma 2, prevede che le «disposizioni di cui alla lettera a) del comma 1 si applicano anche ai contratti per acquisti dei beni e servizi previsti dalle concessioni di lavori pubblici, dalla finanza di progetto, dalla locazione finanziaria di opere pubbliche e dal contratto di disponibilità di cui, rispettivamente, agli articoli 142 e seguenti, 153, 160- bis e 160-ter» del codice di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 (Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE).

L'art. 9-ter, comma 3, nel declinare l'applicazione delle disposizioni di cui alla lettera b) del comma 1, confermerebbe poi, secondo la ricorrente, l'irragionevolezza delle disposizioni impugnate e si dimostrerebbe esso stesso irragionevole dal momento che pur prevedendo che il Ministero della salute metta «a disposizione delle regioni i prezzi unitari dei dispositivi medici presenti nel sistema informativo sanitario» non ne trarrebbe poi alcuna conseguenza, poiché non farebbe discendere da questa indicazione alcuna deroga all'obbligo comunque generalizzato di rinegoziazione, che resterebbe immutato.

Pertanto, secondo la Regione Veneto, dovrebbero estendersi ai detti commi 2 e 3 dell'art. 9-ter cit. gli stessi motivi di incostituzionalità già enunciati con riferimento all'art. 1, comma 1, lettera a), ivi

compresa l'identica ripercussione sulle competenze regionali, in merito alla violazione degli artt. 3, 5, 32, 97, 117, secondo, terzo e quarto comma, 118, 119 e 120 Cost., dal momento che tali disposizioni stabilirebbero, con una norma che non sarebbe definibile di principio, un obbligo del tutto analogo di praticare un taglio meramente percentuale della spesa nei rispettivi settori senza alcuna indicazione di adeguati parametri di riferimento idonei a distinguere all'interno della stessa, quella efficiente da quella inefficiente.

1.5.– L'art. 9-quater (Riduzione delle prestazioni inappropriate), al comma 1, prevede che con decreto del Ministro della salute, «previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano» (da ora, anche: Conferenza Stato-Regioni), siano individuate le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. Al comma 2 si stabilisce poi che le prestazioni erogate al di fuori delle condizioni di erogabilità previste dal decreto ministeriale di cui al comma 1 sono a totale carico dell'assistito; al comma 4 si prevede che gli enti del Servizio sanitario nazionale effettuano i controlli necessari ad assicurare che la prescrizione delle prestazioni sia conforme alle condizioni e alle indicazioni del suddetto decreto ministeriale. Al comma 5 si dispone poi che in caso di comportamento prescrittivo non conforme alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale, l'ente adotti nei confronti del medico prescrittore una riduzione del trattamento economico accessorio e nei confronti del medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale, una riduzione delle quote variabili dell'accordo collettivo nazionale di lavoro e dell'accordo integrativo regionale. Il comma 6, infine, prevede che la mancata adozione, da parte dell'ente del Servizio sanitario nazionale, dei provvedimenti di competenza nei confronti del medico prescrittore comporti la responsabilità del direttore generale e sia valutata ai fini della verifica del rispetto degli obiettivi assegnati al medesimo dalla Regione.

Tali disposizioni, secondo la ricorrente, sarebbero lesive della garanzia del diritto costituzionale alla salute e invasive delle competenze regionali, in quanto, da un lato stabilirebbero un regime gravemente sanzionatorio per i medici del servizio sanitario regionale, ma, dall'altro, non compenserebbero questa previsione con una adeguata revisione del regime di responsabilità civile e penale degli stessi, non ancora adeguatamente affrontata dal legislatore.

Secondo la Regione Veneto la modalità adottata dalla norma impugnata per risolvere il problema dei costi generati dalla cosiddetta medicina difensiva apparirebbe lesiva dei principi di proporzionalità e ragionevolezza: rimettendo ad un decreto ministeriale la definizione di ciò che debba ritenersi appropriato o meno, determinerebbe una grave incertezza prodotta dalla pretesa di sostituire la valutazione del medico del caso concreto con una complicata interpretazione frutto di un sistema burocratico generalizzato.

Tali disposizioni, secondo la Regione ricorrente, violerebbero pertanto il principio di proporzionalità e di buon andamento di cui agli artt. 3, 32 e 97 Cost., sia sotto il profilo della connessione razionale tra i mezzi predisposti e i fini che si intendono perseguire, addirittura con il rischio di aggravamento del problema economico complessivo, sia sotto il profilo della verifica della necessità, in quanto la soluzione prescelta non consentirebbe di ottenere l'obiettivo prefissato con il minor sacrificio possibile di altri diritti costituzionalmente protetti. Tali violazioni ridonderebbero poi in una lesione delle competenze costituzionalmente assegnate alla Regione in tema di tutela della salute e organizzazione del sistema sanitario ai sensi degli artt. 117, terzo e quarto comma, e 118 Cost., anche autonomamente considerati.

Inoltre, prosegue la ricorrente, sarebbe altresì violato l'art. 117, terzo comma, Cost. laddove si stabilisce, nell'art. 9-quater, comma 1, che le condizioni di erogabilità sono definite con un mero decreto ministeriale (è richiamata la sentenza n. 125 del 2015).

1.6.– L'art. 9-quater, comma 7, impone che le Regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale ridefiniscano i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e, per l'anno 2015 obbliga a rideterminare il valore dei relativi contratti «in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014».

Secondo la Regione Veneto anche in questo caso, stabilendo un obbligo di riduzione della spesa in modo generale e indiscriminato, senza alcuna istruttoria e senza il riferimento di alcuno standard di efficienza utilizzabile come parametro, detta disposizione si porrebbe in contrasto con i principi di ragionevolezza e proporzionalità ex art. 3 Cost., nonché con gli artt. 5, 117, secondo e terzo comma, Cost. riguardo al corretto esercizio della funzione statale di coordinamento della finanza pubblica e alla garanzia dei LEA, nonché con gli artt. 118 e 119 Cost., e con il principio di buon andamento della Pubblica Amministrazione di cui agli artt. 32 e 97 Cost., la cui lesione ridonderebbe sulle competenze costituzionali garantite alla Regione in materia di organizzazione sanitaria indebitamente compromesse. Sarebbe inoltre violato il principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost., in quanto nessuna forma di intesa viene prevista al riguardo.

1.7.– L'art. 9-septies (Rideterminazione del livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale) al comma 1 stabilisce che: «1. Ai fini del conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica di cui all'articolo 46, comma 6, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, e successive modificazioni, e in attuazione di quanto stabilito dalla lettera «E» dell'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 26 febbraio 2015 e dall'intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 2 luglio 2015, nonché dagli articoli da 9-bis a 9-sexsies del presente decreto, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato, come stabilito dall'articolo 1, comma 556, della l. n. 190 del 2014, è ridotto dell'importo di 2.352 milioni di euro a decorrere dal 2015».

Secondo la Regione Veneto la suddetta disposizione ridurrebbe in via permanente, senza quindi alcuna limitazione temporale, il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato, nella misura di 2.352 milioni di euro a decorrere dal 2015. Tale disposizione, si prosegue, costituisce l'esito finale previsto dalle disposizioni e dal procedimento introdotto, modificando il comma 6 dell'art. 46 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66 (Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale), dall'art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014.

Il “taglio” si realizzerebbe principalmente attraverso l'applicazione delle misure di riduzione della spesa imposte dagli articoli da 9-ter a 9-quinquies dello stesso d.l. n. 78 del 2015 che costituirebbero una misura meramente lineare, in percentuale rispetto alla spesa storica, e quindi con modalità generalizzate e indiscriminate.

Secondo la ricorrente non sarebbe quindi previsto nessun adeguato criterio di razionalizzazione della distribuzione di tale riduzione, che pertanto si presterebbe a incidere in modo indiscriminato tanto sulle realtà efficienti, dove minima sarebbe la possibilità di razionalizzazione della spesa, quanto su quelle inefficienti, dove invece vi sarebbe una elevata possibilità di razionalizzazione. Tale misura inoltre prescinderebbe completamente dall'applicazione del criterio dei costi standard.

Rammenta la Regione Veneto che la Corte ha già affermato l'incostituzionalità di misure restrittive in riferimento alle Regioni ordinarie, alle Province ed ai Comuni che non indicavano un termine finale di operatività (sentenze n. 79 del 2014 e n. 193 del 2012).

Nel caso di specie, diversamente, le norme impugnate sarebbero costituite da un insieme di tagli meramente lineari alla spesa sanitaria, senza che sia definito alcun criterio effettivo di sostanziale riforma del comparto, e da misure che assumerebbero un carattere permanente.

Di qui, secondo la ricorrente, deriverebbe il contrasto con gli articoli 3, 5, 32, 97 Cost., che ridonderebbe in una violazione delle competenze regionali indebitamente comprese di cui agli articoli 117, secondo, terzo e quarto comma, 118 e 119 Cost., anche autonomamente considerati, e del principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost.

Infine, secondo la Regione Veneto, oltre che con i parametri già invocati, la norma impugnata si porrebbe in contrasto con quanto dispongono l'art. 5, lett. g), della legge cost. n. 1 del 2012 e l'art. 11 (Concorso dello Stato al finanziamento dei livelli essenziali e delle funzioni fondamentali nelle fasi avverse del ciclo o al verificarsi di eventi eccezionali) della legge 24 dicembre 2012, n. 243 (Disposizioni per l'attuazione del principio del pareggio di bilancio ai sensi dell'articolo 81, sesto comma, della Costituzione), in quanto tali disposizioni rafforzerebbero, perlomeno in via di principio e pur nella dinamica dell'equilibrio di bilancio, l'impegno della Repubblica nella garanzia dei livelli essenziali, riconosciuti come imprescindibile livello di garanzia dei principi fondamentali di eguaglianza e solidarietà, mentre la disposizione impugnata, producendo una riduzione del finanziamento del servizio sanitario, non terrebbe in alcuna considerazione il problema della adeguata garanzia dei LEA.

2.– Si è costituito in giudizio il Presidente del Consiglio dei ministri, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato, deducendo l'infondatezza del ricorso.

2.1.– Sostiene il Presidente del Consiglio dei ministri che tutti gli argomenti svolti dalla ricorrente, considerati separatamente e nel loro insieme, sarebbero «del tutto irrilevanti ai fini della affermata illegittimità delle norme impugnate, attenendo tutte a considerazioni e valutazioni di carattere politico, non congruenti ai fini della denunciata illegittimità costituzionale delle norme richiamate».

Dal punto di vista della supposta ed eventuale illegittimità costituzionale, quello che rileverebbe sarebbe piuttosto che la riduzione delle risorse assegnate alle Regioni per il 2015 sia stata a sua volta oggetto di intese sancite tra Stato e Regioni nelle Conferenze Stato-Regioni del 26 febbraio e del 2 luglio 2015. Non avrebbe quindi nessuna rilevanza che, come sostiene la ricorrente, questa intesa sia stata, sia pure per mera ipotesi, obbligata per le Regioni, perché messe di fronte a un'alternativa che avrebbe comportato una riduzione molto superiore per la spesa extra sanitaria.

Ciò che conta, si prosegue, sarebbe invece che le Regioni hanno sancito l'intesa, e per di più, come riconosce la stessa ricorrente, lo abbiano fatto compiendo una scelta consapevole e ragionata tra diverse alternative possibili, specificamente individuate dallo Stato.

Evidenzia la difesa statale inoltre che, con le intese del 26 febbraio e del 2 luglio 2015, le Regioni avrebbero mostrato di accettare e condividere la scelta fatta dallo Stato, facendosi così anch'esse carico della necessità di contenere la spesa pubblica.

Pertanto, in presenza dell'elemento formale e sostanziale delle intese sancite, che caratterizza le modalità con le quali sono state decise le riduzioni di risorse per l'anno 2015, verrebbero «con tutta evidenza a cadere le considerazioni, in prevalenza di natura meramente politica, svolte con riferimento ai lavori di alcune Commissioni Parlamentari e alla richiamata deliberazione della Corte dei Conti».

Osserva inoltre la difesa erariale che, nel caso in esame, si tratterebbe di una riduzione di risorse rispetto a quanto previsto per il 2015 dal Patto per la salute 2014-2016, approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano il 10 luglio 2014, riduzione che riguarda la spesa sanitaria regionale nel suo complesso e non singole specifiche attività oggetto di tagli lineari.

2.2.– Con riguardo alle censure rivolte all'art. 9-ter, comma 1, lettera a), commi 4 e 5, del d.l. n. 78 del 2015, osserva la difesa erariale che l'obiettivo imposto dall'art. 9-ter, comma 1, lettera a), sarebbe quello di ottenere la riduzione, su base annua, del 5 per cento complessivo dei contratti in essere. Pertanto, gli enti del Servizio sanitario nazionale disporrebbero di ampio margine di scelta per conseguire la riduzione degli oneri contrattuali, fermo restando soltanto che la riduzione complessiva della spesa su base annua debba essere non inferiore al 5 per cento del valore complessivo dei contratti in essere. Non vi sarebbe ragione, dunque, secondo il Presidente del Consiglio dei ministri, di invocare i tagli lineari o la compressione dell'autonomia regionale di organizzazione dei servizi, che diversamente resterebbe del tutto affidata a ciascun ente del Servizio sanitario nazionale, fermo il raggiungimento del predetto risultato. Inoltre, l'obiettivo che l'ente deve raggiungere sarebbe quello della riduzione complessiva della spesa su base annua, e non necessariamente rispetto a ciascun singolo contratto.

2.3.– Con riguardo all'asserita illegittimità costituzionale dell'art. 9-ter, comma 1, lettera b), e dei successivi commi 2, 3, 8 e 9 del d.l. n. 78 del 2015, osserva il Presidente del Consiglio dei ministri che le norme impugnate si basano tutte sulla previsione che il Ministero della salute individui con decreto, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le condizioni di erogabilità e di appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Evidenzia che l'art. 9-quater, comma 5, prevede che, in caso di comportamento del personale medico non conforme alle indicazioni del decreto di cui al comma 1, l'ente richieda al medico prescrittore le ragioni della mancata osservanza delle predette indicazioni e prescrizioni. Solo nel caso di «mancata risposta o giustificazioni insufficiente», l'ente deve adottare i provvedimenti di sua competenza.

Sarebbe quindi del tutto evidente che il decreto del Ministro fissa condizioni e modalità che non saranno in ogni caso strettamente vincolanti per il medico. Questi, infatti, potrebbe sempre adottare un comportamento prescrittivo non conforme alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale. Ciò, ovviamente, sempre che sussistano giustificazioni sufficienti che consentano al medico di dare esauriente e soddisfacente risposta all'ente nei momenti in cui questo, come è tenuto a fare in base al comma 5, gli chieda conto del suo comportamento. Solo nel caso in cui le risposte del medico manchino e le ragioni e giustificazioni addotte siano considerate insufficienti, l'ente potrà procedere a comminare le sanzioni previste. Conclusivamente, comportamenti del medico difformi da quelli stabiliti nel decreto ministeriale saranno pertanto tollerati ogni volta che questi si fondino su cause e giustificazioni adeguate, ovviamente con riferimento al caso trattato e alle specifiche esigenze di cura che questo può presentare.

Non ci si troverebbe di fronte quindi ad una ipotesi di irragionevolezza o di mancanza di proporzionalità, né sarebbe sostenibile che la norma leda l'autonomia e responsabilità del medico.

2.3.1.– Infine, quanto alla censura che la norma, impernandosi tutta sul decreto ministeriale di cui al punto 1, lederebbe l'autonomia regionale perché andrebbe ben oltre i principi fondamentali, osserva innanzitutto il Presidente del Consiglio dei ministri che la Corte Costituzionale avrebbe più volte affermato la legittimità, ex art. 119 Cost., di misure, anche a carattere prescrittivo, quando sia in gioco la tenuta finanziaria del sistema.

In secondo luogo rileva che, nel caso in questione, tutta la normativa esaminata, altro non sarebbe che l'attuazione di un principio fondamentale, non esplicitato ma chiaramente sotteso a tutto il complesso normativo: quello di adottare criteri adeguati a contenere la spesa sanitaria anche sotto il profilo di eventuali prestazioni mediche non necessarie. Principio questo che, proprio perché fondato più sull'art. 119 Cost., come interpretato dalla Corte Costituzionale, che non sull'art. 117, comma terzo, Cost., sarebbe in questo caso del tutto rispettato.

2.4.– Con riferimento poi alla specifica censura diretta verso l'art. 9-quater, comma 7, osserva la difesa erariale che i motivi di doglianza sono analoghi a quelli di cui al punto precedente e consistono essenzialmente nel fatto che esso recherebbe dei tagli lineari e che si imporrebbe un obbligo di riduzione della spesa senza alcuna istruttoria e senza riferimento agli standard di efficienza.

Anche in questo caso, tuttavia, secondo il Presidente del Consiglio dei ministri il ricorso sarebbe del tutto infondato.

Si osserva innanzi tutto che la richiesta di riduzione di spesa nulla avrebbe a che vedere col concetto di tagli lineari. Secondariamente, si evidenzia che l'ente dovrebbe in effetti ridefinire i tetti di spesa annui per questo tipo di assistenza, ma si tratterebbe di tetti finalizzati comunque a ottenere una riduzione complessiva della spesa pari all'uno per cento dell'anno precedente. Di conseguenza, secondo il Presidente del Consiglio dei ministri, le modalità con le quali ciascun ente sanitario deciderà di operare ai fini di ottenere tale risultato dovranno necessariamente muovere da una prima fase di generalizzata richiesta a tutti gli erogatori del servizio di una rinegoziazione dei rispettivi contratti. Tuttavia, potranno essere adottati modalità e criteri anche notevolmente diversi da ente a ente, purché sia garantito il raggiungimento complessivo della riduzione dell'1 per cento annuo.

2.5.– Infine, con riguardo alla impugnazione dell'art. 9-septies, commi 1 e 2, osserva la difesa statale che le motivazioni contenute nel prosieguo del ricorso riguardano in realtà unicamente il comma 1.

Deduce in proposito il Presidente del Consiglio dei ministri che non ci si troverebbe di fronte a tagli lineari, ma si tratterebbe di una riduzione del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, come esattamente recita il comma 1 dell'art. 9-septies.

Rammenta che tale disposizione riproduce il contenuto delle due intese del 26 febbraio e del 2 luglio 2015, con le quali le Regioni hanno formalizzato il loro consenso con lo strumento dell'intesa previsto dalla disciplina in materia e dunque dotate del valore giuridico proprio di questi atti.

Il Presidente del Consiglio dei ministri sostiene che la contestata riduzione è relativa al finanziamento previsto dal Patto per la salute rispetto al 2015, mentre il Patto stesso ha durata triennale e può essere modificato, di intesa tra Stato e Regioni, di anno in anno. Sarebbe dunque del tutto evidente che la riduzione di cui al comma 1, anche se prevista a decorrere dal 2015, riguarderebbe solo il 2015. Spetterebbe quindi alla legge di stabilità 2016, sentite le Regioni in Conferenza permanente e acquisitane l'intesa, definire se il livello di contributo dello Stato sarà pari a quello previsto nel Piano delle salute per il 2016 o sarà anch'esso ridotto (o aumentato) ed in che misura.

3.– In vista dell'udienza pubblica hanno depositato memorie sia la Regione Veneto che il Presidente del Consiglio dei ministri.

3.1.– La Regione Veneto, in replica alla deduzione erariale secondo la quale nel ricorso sarebbero state introdotte motivazioni di ordine politico, obietta che la ricorrente ha inteso sottoporre alla Corte la questione se il legislatore sia libero di ignorare le priorità costituzionali, destinando le risorse (disponibili altrove) ad obiettivi che la Costituzione non impone e possa dunque sacrificare diritti

fondamentali – come quelli che attengono alla sanità – ad interessi di natura diversa (è richiamata la sentenza n. 275 del 2016).

Né, secondo la ricorrente, potrebbe valere a discriminare l'intesa raggiunta, che di fatto sarebbe da ritenersi imposta: in mancanza d'intesa lo Stato, infatti, avrebbe esercitato il proprio potere sostitutivo, utilizzandolo, per di più con criteri sussidiari penalizzanti per le Regioni virtuose nella spesa sanitaria ma con un Pil elevato: in sostanza le Regioni non avrebbero avuto alcuna possibilità di evitare il taglio imposto dallo Stato sulla spesa sanitaria.

In merito alla dedotta illegittimità costituzionale dell'art. 9-ter, comma 1, lettera a), e dei commi 4 e 5 del d.l. n. 78 del 2015, evidenzia la Regione Veneto che tali disposizioni si correlano direttamente alla riduzione del concorso statale al finanziamento del Fondo sanitario disposta dall'art. 9-septies, cui sono funzionali. Tale disposizione riconoscerebbe discrezionalità in capo alle Regioni unicamente nella scelta tra la riduzione dei prezzi unitari di fornitura e quella dei volumi di acquisto.

Ne deriverebbe quindi che la violazione degli artt. 3 e 97 Cost. si ripercuoterebbe sull'autonomia legislativa, organizzativa e amministrativa costituzionalmente riconosciuta alla Regione dagli artt. 117, terzo comma, 118 e 119 Cost., incidendo indebitamente sulle determinazioni regionali in materia di «organizzazione sanitaria», costrette ad una misura di razionamento della spesa che non risponderebbe ad un criterio di efficientamento della stessa, non avendo previsto, il legislatore statale, alcun parametro utile al riguardo, limitandosi piuttosto a imporre una dettagliata misura di razionamento delle forniture.

Con riguardo ai commi 4 e 5 dell'art. 9-ter del d.l. n. 78 del 2015, osserva la ricorrente che se da un lato è pur vero che il comma 4 in questione prevede una facoltà e non un obbligo di recesso in capo agli enti del Servizio sanitario nazionale, dall'altro esso deve essere letto in combinato disposto con il successivo art. 9-septies. Quest'ultimo dispone una riduzione permanente del concorso statale al finanziamento del Fondo sanitario, di cui le riduzioni del valore complessivo dei contratti in essere rappresenterebbero, evidentemente, il logico presupposto, non lasciando alcuno spazio di manovra se non quello di rinegoziare tali contratti, con inevitabili ripercussioni sull'autonomia regionale in materia di organizzazione sanitaria.

Con riguardo alle censure rivolte all'articolo 9-ter, comma 1, lettera b), commi 2, 3, 8 e 9 del d.l. n. 78 del 2015, osserva che nessuna considerazione sostanziale sarebbe stata svolta dalla memoria di costituzione dell'Avvocatura dello Stato. Secondo la ricorrente si tratterebbe di un complesso normativo che introduce una disposizione di dettaglio nell'ambito della competenza concorrente in materia di tutela della salute; che non lascia alcuno spazio significativo all'autonomia regionale, a differenza di quanto dovrebbero prevedere le norme statali di coordinamento della finanza pubblica, e che risulta altresì privo del requisito della transitorietà. Si tratterebbe di una misura di razionamento della spesa che non risponderebbe a un criterio di efficientamento della stessa, dal momento che le norme impugnate, pur prevedendo che il Ministero della salute metta a disposizione delle Regioni i prezzi unitari dei dispositivi medici presenti nel sistema informativo sanitario, non ne trarrebbe poi alcuna conseguenza operativa rispetto all'obbligo comunque generalizzato di rinegoziazione che grava indistintamente sulle Regioni.

In relazione all'impugnativa dell'art. 9-quater, commi 1, 2, 4, 5, 6 e 7 del d.l. n. 78 del 2015, obietta la Regione Veneto che la struttura delle disposizioni impugnate, sottoponendo il medico al rischio sanzionatorio qualora si discosti dalle indicazioni dell'emanando decreto ministeriale, determinerebbe una grave alterazione del rapporto tra medico e paziente ed esporrebbe il sistema sanitario regionale a un pesante vulnus al diritto costituzionale alla salute. Sarebbe invece rimessa alla mera discrezionalità amministrativa il giudizio sulla sufficiente motivazione fornita dal medico

nel discostarsi da quanto stabilito nel predetto d.m. (e quindi sulla punibilità dello stesso). Proprio l'argomentazione dell'Avvocatura dello Stato confermerebbe la suddetta violazione, dimostrando che l'adeguatezza delle giustificazioni, la valutazione del caso trattato e delle specifiche esigenze di cura sarebbero infatti rimesse dalle disposizioni impugnate, e quindi, in ultima battuta, all'ente – ed alla sua struttura burocratica – e non più al medico.

Richiama altresì quanto affermato dalla Corte secondo la quale «in materia di pratica terapeutica, la regola di fondo deve essere la autonomia e la responsabilità del medico, che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali (sentenze n. 338 del 2003 e n. 282 del 2002)», (sentenza n. 151 del 2009, punto 6.1 del Considerato in diritto; in senso conforme anche sentenza n. 162 del 2014). Questa relazione tra medico e paziente, che viene normalmente descritta in termini di “alleanza terapeutica”, avrebbe necessariamente una connotazione irripetibile e focalizzata imprescindibilmente sulla tutela della salute: «la nozione di patologia, anche psichica, la sua incidenza sul diritto alla salute e l'esistenza di pratiche terapeutiche idonee a tutelarlo vanno accertate alla luce delle valutazioni riservate alla scienza medica, ferma la necessità di verificare che la relativa scelta non si ponga in contrasto con interessi di pari rango» (sentenza n. 162 del 2014, punto 7 del Considerato in diritto). Inoltre, le scelte relative a tutti i trattamenti medici, salvo il necessario consenso informato, devono essere lasciate «alla discrezionalità del medico, che è il depositario del sapere tecnico del caso concreto» (sentenza n. 151 del 2009, punto 5.2, del Considerato in diritto). Le norme censurate, al contrario, avoccherebbero a scelte già effettuate in sede di decretazione ministeriale, la discrezionalità che dovrebbe essere propria della decisione medica, impedendole di svilupparsi linearmente all'interno della relazione con il paziente. Esse trasformerebbero dunque un approccio che la Corte prescrive come indispensabilmente concreto, perché focalizzato sulla salute del paziente, in una disciplina generale dominata da preoccupazioni di natura meramente finanziaria.

Tali violazioni ridonderebbero in una lesione, anche diretta, delle competenze costituzionalmente assegnate alla Regione in tema di tutela della salute e organizzazione del sistema sanitario ai sensi degli artt. 117, terzo e quarto comma, e 118 Cost., dal momento che si impongono agli enti del servizio sanitario regionale, a presidio degli interessi finanziari statali, una serie di azioni amministrative che non solo incidono sull'“alleanza terapeutica” tra medico e paziente ma che espongono altresì le strutture regionali a richieste di risarcimento, compromettendo l'impegno regionale ad erogare un servizio sanitario a favore della tutela della salute.

Con riferimento alle censure mosse nel ricorso riguardo all'art. 9-quater, comma 7, evidenzia la ricorrente che la disposizione impugnata, ricollegandosi alla riduzione permanente del concorso statale al livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale stabilita dal comma 1 dell'art. 9-septies, introdurrebbe una misura altrettanto permanente di riduzione (pari per l'anno 2015 almeno all'1 per cento della spesa consuntivata per l'anno 2014) della spesa regionale relativa agli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Essa inoltre prescinderebbe da ogni istruttoria sui livelli regionali di tale spesa al fine di verificare la appropriatezza della stessa e dunque non considererebbe i forti divari regionali esistenti al riguardo. La Regione si troverebbe costretta a dover rinegoziare i contratti con gli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.

Con riferimento alle disposizioni censurate di cui all'art. 9-septies, osserva che le misure censurate hanno, per struttura e tono normativo, un'applicazione che si estenderebbe indefinitamente: non si evincerebbe affatto dal testo normativo che esse si applichino solo per il 2015. Ognuna delle disposizioni di riduzione della spesa richiamate dalla disposizione impugnata avrebbe quindi un carattere non transitorio.

Inoltre, la norma impugnata farebbe riferimento al «livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato, come stabilito dall'articolo 1, comma 556, della legge 23 dicembre 2014, n. 190». Essa non sarebbe quindi relativa, come sostiene l'Avvocatura dello Stato, solo all'anno 2015, ma perlomeno concernerebbe anche il livello di finanziamento dell'anno 2016, dal momento che il citato art. 1, comma 556, riguardava non solo il 2015, ma anche il 2016. La riduzione del Fondo sanitario disposta dalla norma impugnata, poi, continuerebbe ad esplicare effetti: essa avrebbe investito la determinazione del Fondo sanitario per il 2016, il 2017, il 2018 e il 2019, dal momento che con l'art. 1, comma 392, della legge 11 dicembre 2016, n. 232 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019), lo Stato avrebbe rideterminato unilateralmente l'ammontare del suddetto Fondo in 113.000 milioni di euro per il 2017, 114.000 milioni di euro per il 2018 e 115.000 milioni di euro per il 2019.

In merito all'obiezione erariale che in questo caso non ci si troverebbe di fronte a tagli lineari, ma a una riduzione del livello di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, come recita il comma 1 dell'art. 9-septies, e che tale disposizione riproduce il contenuto delle due intese del 26 febbraio e del 2 luglio 2015, replica la Regione Veneto di non ignorare che nella sentenza n. 141 del 2016 la Corte Costituzionale ha rilevato che il mancato inserimento, nella disposizione censurata, di un esplicito riferimento ai costi ed ai fabbisogni standard regionali, non consente di desumere ostacoli all'impiego anche di tali criteri per la distribuzione della riduzione di spesa: anzi, proprio la necessaria considerazione delle risorse destinate al finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale ben può consentire alle Regioni, già in sede di autocoordinamento, ed eventualmente allo Stato, in sede di intervento sussidiario, di tenere conto dei costi e dei fabbisogni standard regionali, in modo da onerare maggiormente le Regioni caratterizzate da una "spesa inefficiente". Tuttavia, rispetto a tali precisazioni, obietta la ricorrente che il criterio dei costi standard, seppure previsto dagli artt. da 25 a 32 del d.lgs. n. 68 del 2011 per la determinazione e il riparto del fondo sanitario nazionale, non ha ricevuto alcuna considerazione; inoltre osserva che il criterio sussidiario stabilito dallo Stato, in caso di mancata intesa, penalizza le Regioni con un PIL più elevato, che coincidono con quelle più efficienti (le cosiddette Regioni benchmark) che avrebbero interesse all'applicazione del suddetto criterio dei costi standard.

Sarebbe, quindi, proprio in riferimento alle affermazioni contenute nella sentenza n. 141 del 2016, che si porrebbe la questione se sia legittimo per lo Stato prescindere definitivamente dai costi standard, posto che di fatto non sono stati utilizzati né come criterio principale, né come criterio sussidiario, evitando di «onerare maggiormente le Regioni caratterizzate da una spesa inefficiente», nel momento in cui dispone, con la norma impugnata, la riduzione del finanziamento del Fondo sanitario nazionale.

3.2.– Il Presidente del Consiglio dei Ministri, nella propria memoria, osserva che le disposizioni legislative impuginate dalla Regione ricorrente sono volte a razionalizzare e a rendere efficiente la spesa prevista per il Servizio sanitario nazionale. Si tratterebbe, in particolare, di disposizioni introdotte nell'ordinamento dal legislatore statale a seguito dell'accordo raggiunto in sede di Conferenza Stato-Regioni del 10 luglio 2014 (ove è stata siglata l'intesa sul nuovo Patto per la salute per il triennio 2014-2016), e a seguito altresì delle successive intese sancite tra Stato e Regioni nelle Conferenze permanenti del 26 febbraio e del 2 luglio 2015.

Fa presente che proprio l'art. 26 del d.lgs. n. 68 del 2011 avrebbe precisato che, dal 2013, la determinazione del fabbisogno sanitario nazionale standard è fissata tramite intesa, in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo del Paese e nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica e degli obblighi assunti dall'Italia in sede comunitaria. Ne conseguirebbe che, a fronte di sopravvenute esigenze di finanza pubblica, il Governo potrebbe rideterminare il livello di finanziamento a copertura dei livelli essenziali di assistenza, da erogarsi in condizioni di efficienza e di appropriatezza, così

come previsto anche dall'art. 1 del decreto legislativo del 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421).

In tale ottica, anche il Patto per la salute per gli anni 2014-2016, siglato dal Governo e dalle Regioni il 10 luglio 2014, nel definire il livello di finanziamento del SSN del predetto triennio (rispettivamente pari a 109.928, 112.062 e 115.444 milioni di euro), all'art. 1, comma 1, dispone che il summenzionato livello è stabilito «salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macro economico».

In proposito, rammenta che già la l. n. 190 del 2014 aveva recepito alcune delle misure contenute nella suddetta intesa, e in particolare all'art. 1, comma 398, ha richiesto alle Regioni di fornire un contributo alla finanza pubblica pari a 4,2 miliardi di euro, rimettendo alle stesse l'onere di individuare gli ambiti di spesa e i relativi importi da recepire con successiva intesa sancita dalla Conferenza Stato-Regioni. Tale intesa è intervenuta in data 26 febbraio 2015 e con essa le Regioni hanno indicato in 2.352 milioni di euro il contributo che il settore sanitario avrebbe fornito, in applicazione di quanto previsto dal succitato comma 398 della legge di stabilità 2015. Segnatamente, il punto «E» dell'intesa del 26 febbraio 2015 ha rinviato ad un successivo accordo l'individuazione di misure di razionalizzazione della spesa sanitaria, prevedendo inoltre la possibilità per le Regioni di attuare anche misure alternative di contenimento dei costi.

Ne consegue, quindi, che sarebbero state le stesse Regioni a chiedere al Governo di individuare misure di razionalizzazione della spesa al fine di offrire loro strumenti più efficaci per il contenimento dei costi, tali da rendere sostenibile la riduzione del livello di finanziamento. La successiva intesa contenente tali misure di razionalizzazione della spesa è stata raggiunta il 2 luglio 2015 e le misure concordate sono state recepite dalle disposizioni impugnate dalle ricorrenti.

Secondo la difesa erariale, pertanto, le norme impugnate dalla Regione ricorrente sarebbero state precedute da accordi pattizi, ai quali la stessa Regione non si è sottratta, non risultando avere mai espresso in sede istituzionale il suo esplicito dissenso.

Inoltre, non sarebbero fondate le argomentazioni addotte in merito ad una presunta violazione, da parte del legislatore statale, della normativa sui costi standard e di applicazione di “tagli lineari”. Ed invero, questi ultimi si configurano come una riduzione del finanziamento da ripartire tra le Regioni secondo il criterio dei costi standard in relazione ai costi delle Regioni “di riferimento” (benchmark), come individuate dalla procedura del richiamato d.lgs. n. 68 del 2011. Del resto, a fronte dell'impatto economico-finanziario delle misure introdotte dal decreto-legge n. 78 del 2015, la corrispondente rideterminazione del livello di finanziamento ordinario non potrebbe che ripartirsi con il medesimo meccanismo di ripartizione del fabbisogno sanitario, individuato dagli artt. 25-30 del citato d.lgs. n. 68 del 2011. Ciò sul presupposto che, in presenza di una rideterminazione del livello di finanziamento, nelle Regioni permangono altri spazi per ottimizzare il sistema sanitario regionale, pur avendo già adottato autonomamente misure di controllo della spesa.

Con riguardo alla rinegoziazione dei contratti di acquisto di beni e servizi e dei dispositivi medici prevista dagli artt. 9-ter e 9-quater, comma 7, del d.l. 78 del 2015, ove si prevede una rinegoziazione dei contratti in essere con gli erogatori privati accreditati delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, il Presidente del Consiglio dei ministri fa presente che tali misure rappresentano una leva per il contenimento dei costi, richiesta dalle Regioni in sede di accordo pattizio e che esse non si configurano come un obbligo al quale le Regioni devono adempiere, dal momento che, stante la previsione di cui all'art. 9-septies, comma 2, le stesse potrebbero conseguire risparmi anche con misure alternative rispetto a quella in argomento, purché di effetto finanziario equivalente.

Il legislatore statale, dunque, non escluderebbe affatto che la riduzione avvenga prevedendo tagli maggiori proprio nei contratti in cui la spesa sia risultata improduttiva, eventualmente evitando di coinvolgere in modo rilevante, e nella medesima misura, i contratti in cui la spesa si sia rivelata, al contrario, efficiente.

Inoltre, per quanto riguarda specificamente la disposizione dettata dall'art. 9-ter, comma 1, lettera b), osserva il Presidente del Consiglio dei ministri che essa non produce una modifica del vigente tetto di spesa per i dispositivi medici, ma offre alle Regioni un ulteriore strumento per rispettarlo, in considerazione del fatto che la relativa spesa registrata nel 2014 supera tale tetto di spesa, a livello nazionale, dello 0,8 per cento. Al riguardo, si precisa, la predetta disposizione prevede altresì che il tetto regionale venga normalizzato per tenere conto della diversa composizione pubblico-privata dell'offerta a livello regionale, proprio per valutare più correttamente la spesa sostenuta sul territorio regionale.

Con riguardo alla censura mossa all'art. 9-quater, la difesa erariale ne contesta l'ammissibilità in quanto non illustrerebbe in modo puntuale per quali motivi le disposizioni statali impugnate contrastino con gli artt. 3, 5, 32, 97, 117, secondo, terzo e quarto comma, 118, 119 e 120 Cost., di cui la ricorrente assumerebbe apoditticamente la violazione, limitandosi a paventare ipotetici rischi, la cui valutazione però sfugge al controllo di legittimità della Corte costituzionale, essendo rimessa all'ambito di discrezionalità di competenza esclusiva del legislatore statale. Secondo la difesa erariale non apparirebbe né irragionevole, né discriminatoria, la scelta di quest'ultimo di rimettere al dicastero competente l'individuazione dei casi e dei modi di erogazione appropriata delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, al di fuori dei quali i relativi oneri economici non possono essere posti a carico del SSN senza un'adeguata apposita giustificazione da parte del medico prescrittore.

D'altronde, si osserva ulteriormente che le condizioni di erogabilità delle prestazioni sanitarie, poiché attengono alla materia dei livelli essenziali di assistenza, appartengono alla competenza del livello centrale e, in considerazione della natura squisitamente tecnico-scientifica delle relative indicazioni (essendo l'efficacia dei percorsi di cura stabilita sulla base di sperimentazioni cliniche e delle evidenze scientifiche), non possono essere influenzate da valutazioni di ordine politico delle amministrazioni regionali, né dalla considerazione che il connesso onere economico ricada sul SSN ovvero sugli utenti. Il settore interessato dall'intervento del legislatore statale sarebbe non solo quello della tutela della salute, ma altresì quello afferente alla «determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che debbono essere garantiti su tutto il territorio nazionale». Materia, quest'ultima, che l'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost., riserva alla competenza legislativa esclusiva dello Stato.

Infine, con riguardo all'impugnazione dell'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, la difesa statale obietta che ci si troverebbe di fronte non già a tagli lineari ma a una riduzione del livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale, come esattamente recita l'art. 9-septies, comma 1. Né avrebbe alcun senso invocare il mancato rispetto dell'applicazione dei costi standard, anche con riguardo alla denunciata mancanza delle necessarie procedure di leale collaborazione. Rammenta in proposito che questa disposizione riproduce il contenuto delle due intese del 26 febbraio e del 2 luglio 2015, con le quali le Regioni hanno sancito il loro consenso nella forma più alta prevista dalla normativa in materia, e cioè con l'Intesa.

4.– La Regione Liguria, con ricorso iscritto al n. 97 del registro ricorsi del 2015, ha impugnato l'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, deducendo la violazione degli artt. artt. 3, 32, 77, 97, 117, secondo e terzo comma, 118, 119, e del principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost.

Premette la ricorrente che l'art. 9-septies, comma 1, del d.l. n. 78 del 2015, riduce la spesa sanitaria, a partire dall'esercizio in corso, in misura fissa (2.352 milioni di euro) ed in via definitiva, reiterando annualmente il "taglio" delle risorse senza limite di tempo.

Tale riduzione del finanziamento del SSN sarebbe funzionale al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica di cui all'articolo 46, comma 6, del d.l. n. 66 del 2014 e sarebbe coordinata con le misure di risparmio e di contenimento della spesa sanitaria disciplinate negli articoli da 9-bis a 9-sexsies richiamati.

La Regione Liguria subirebbe una riduzione di circa sessantacinque milioni di euro, che non troverebbe capienza nei risparmi presumibilmente conseguibili attraverso le misure di contenimento della spesa previste dalle disposizioni di cui agli artt. da 9-bis a 9-sexies, ed i cui effetti potranno eventualmente percepirsi nell'ambito delle annualità successive al 2015, tenuto conto delle tempistiche necessarie per la loro effettiva attuazione.

Pertanto, sostiene la ricorrente che l'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, arrecherebbe un vulnus alla propria autonomia finanziaria, specie sotto il profilo della violazione dell'art. 119, primo e quarto comma, Cost., anzitutto nella parte in cui dispone una forte riduzione del finanziamento del SSN con effetto immediato e destinato ad incidere sull'esercizio in corso, senza che, peraltro, tale riduzione possa realisticamente essere affrontata attraverso le misure di razionalizzazione e risparmio previste dagli artt. da 9-bis a 9-sexies del medesimo d.l. n. 78 del 2015, anch'essi inseriti in sede di conversione.

Si tratterebbe, secondo la ricorrente, per lo più di misure di non immediata applicazione, subordinate alla previa adozione di decreti ministeriali e di ulteriori intese in sede di Conferenza Stato-Regioni. Esse pertanto sarebbero destinate a produrre effetti "a regime", prevedibilmente, negli esercizi successivi, con grave pregiudizio per l'organizzazione e il buon andamento del servizio sanitario regionale, della garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni e del principio di integrale finanziamento delle funzioni. Risulterebbe pertanto immediatamente compressa l'autonomia legislativa, amministrativa e finanziaria della Regione in materia di tutela della salute, in contrasto con il principio di leale collaborazione che avrebbe quanto meno imposto di attendere l'avvio della fase di attuazione dei nuovi meccanismi di risparmio e di contenimento della spesa, al fine di mitigare l'impatto del taglio sull'organizzazione del sistema sanitario.

Evidenzia, al riguardo, la Regione Liguria, che tale riduzione interviene in una fase assai avanzata della programmazione e pianificazione sanitaria, senza che i meccanismi di contenimento della spesa previsti dagli artt. da 9-bis a 9-sexsies del d.l. n. 78 del 2015 possano immediatamente produrre i propri effetti, tanto più in presenza di ulteriori disposizioni che aggraverebbero i costi del servizio sanitario.

Più nel dettaglio, la Regione Liguria subirà una riduzione delle risorse da dedicare agli screening ed alle altre attività di prevenzione stimabile, sulla base delle percentuali sopra descritte, in circa 3 milioni di euro. Sulla parte distrettuale – che include la medicina di base, la farmaceutica, la specialistica e l'assistenza territoriale – sono stimabili minori risorse per 33 milioni di euro, a fronte di costi in notevole incremento relativamente ai nuovi farmaci oncologici ed antiepatite. Infine, anche le risorse da destinare all'assistenza ospedaliera (degenza, day hospital, pronto soccorso), secondo la ricorrente subiranno una riduzione stimabile in circa 30 milioni di euro.

Tale riduzione non soltanto non sarebbe compensata dalle misure di risparmio introdotte contestualmente al taglio contestato, ma sarebbe addirittura aggravata dall'incremento dei costi derivante dall'art. 1, comma 593, della l. n. 190 del 2014, che ha previsto l'istituzione di un fondo

per l'acquisto di medicinali innovativi che ammonta ad euro 500 milioni per l'anno 2015, fondo che – si ritiene – sarebbe tuttavia insufficiente rispetto alla spesa effettivamente sostenuta. Per quanto concerne la Regione Liguria il maggior costo a carico del proprio bilancio potrebbe essere stimato in 38,2 milioni di euro.

Da quanto esposto si avrebbe conferma, secondo la ricorrente, che il taglio disposto dalla previsione censurata interferirebbe non soltanto con l'autonomia finanziaria delle Regioni e con l'esercizio delle rispettive competenze legislative ed amministrative, ma anche con l'effettiva capacità del sistema sanitario di assicurare un adeguato livello di tutela del fondamentale diritto alla salute presidiato dall'art. 32 Cost. Richiama in merito documenti parlamentari e della Corte dei conti.

Secondo la ricorrente, pertanto, la complessiva disciplina produrrebbe un taglio secco e lineare del finanziamento solo apparentemente compensato da risparmi attendibili e certi, scaricando sulle Regioni la responsabilità per la garanzia dei LEA ipotizzando «misure alternative», ma in realtà aggiuntive, per conseguire – «a tutti i costi», e anche in caso di dimostrata inadeguatezza degli strumenti di cui agli articoli da 9-bis a 9-sexies del d.l. n. 78 del 2015 – l'obiettivo economico-finanziario.

Richiama inoltre la ricorrente ampia giurisprudenza della Corte sulla necessità che anche in presenza di misure di razionalizzazione e contenimento della spesa le autonomie possano continuare a disporre di risorse finanziarie non inadeguate alle proprie funzioni.

Secondo la ricorrente violerebbe, in particolare, il principio di ragionevolezza e di leale cooperazione, oltre che il diritto alla salute, il fatto che il legislatore, nel disporre il taglio in contestazione, si sia totalmente disinteressato della necessità di assicurare il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, sebbene tale necessità era stata fatta espressamente salva anche dall'art. 1, comma 398, della legge n. 190 del 2014, disposizione (richiamata anche nelle intese raggiunte in sede di conferenza Stato-Regioni) modificativa dell'art. 46 del d.l. n. 66 del 2014.

Non risulterebbe secondo la ricorrente, che, nell'introdurre il taglio disposto dall'art. 9-septies, comma 1, del d.l. n. 78 del 2015, il legislatore non abbia compiuto alcuna verifica in merito alla possibilità per le Regioni di rispettare i predetti LEA all'esito del taglio operato.

4.1.– La Regione Liguria impugna l'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, deducendo la violazione degli artt. 3, 32, 97, 117, secondo e terzo comma, 118, 119, e del principio di leale collaborazione ex art. 120 Cost., anche sotto il profilo della lesione dell'autonomia finanziaria regionale per violazione del principio di temporaneità della disciplina statale di coordinamento della finanza pubblica e di contenimento della spesa regionale, in quanto le disposizioni impugnate introdurrebbero una misura di riduzione del finanziamento del SSN stabilita una volta per tutte e senza limite di tempo «a decorrere dal 2015».

Secondo la Regione, la disciplina impugnata non consentirebbe di stabilire un termine finale, né di essere interpretata alla stregua di una disciplina transitoria. Richiama la pronuncia n. 79 del 2014, nella quale si ribadisce che «questa Corte ha ripetutamente affermato che è consentito al legislatore statale imporre limiti alla spesa di enti pubblici regionali, che si configurano quali principi di “coordinamento della finanza pubblica”, anche nel caso in cui gli “obiettivi di riequilibrio della medesima” tocchino singole voci di spesa a condizione che: tali obiettivi consistano in un “contenimento complessivo, anche se non generale, della spesa corrente”, in quanto dette voci corrispondano ad un “importante aggregato della spesa di parte corrente”, come nel caso delle spese per il personale (sentenze n. 287 del 2013 e n. 169 del 2007); il citato contenimento sia comunque “transitorio”, in quanto necessario a fronteggiare una situazione contingente, e non siano previsti “in

modo esaustivo strumenti o modalità per il perseguimento dei suddetti obiettivi” (sentenze n. 23 e n. 22 del 2014; n. 236, n. 229 e n. 205 del 2013; n. 193 del 2012; n. 169 del 2007)».

Sotto il profilo in esame, l’art. 9-septies, oltre a risultare incompatibile con i principi precisati dalla giurisprudenza costituzionale, sarebbe affetto da profili di irrazionalità, in riferimento anche all’art. 3 Cost., posto che la stessa riduzione sembrerebbe destinata ad essere applicata anche alle annualità successive al 2016, per le quali il livello del finanziamento del SSN non è ancora stato fissato.

Quanto precede dovrebbe indurre ad interpretare in modo conforme a Costituzione l’art. 9-septies, nella parte in cui include la locuzione «a decorrere dal 2015», posto che non si comprende come possa razionalmente ipotizzarsi una riduzione in misura fissa (2.352 milioni di euro) di una grandezza (il livello del finanziamento del SSN a cui concorre lo Stato) non ancora stabilita, né conoscibile, per quanto concerne gli anni successivi al 2016.

La Regione Liguria impugna ulteriormente l’art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, per violazione degli artt. 3, 117, 119, e del principio di leale collaborazione ex art. 120 Cost., in relazione alla legge n. 42 del 2009, al d.lgs. n. 68 del 2011 ed al Patto per la salute 2014-2016.

Detto articolo violerebbe i parametri costituzionali invocati anche in relazione alla legge n. 42 del 2009 – con particolare riferimento all’art. 2, comma 6, e 8 – ed agli artt. da 25 a 30 del d.lgs. n. 68 del 2011, che individuano quale criterio fondamentale per la razionalizzazione e il contenimento della spesa sanitaria, oltre che di riparto del fondo sanitario nazionale, quello dei costi e dei fabbisogni standard.

Osserva la ricorrente che – in base alla normativa testé richiamata – il finanziamento del sistema sanitario deve essere assicurato sulla base dei costi e dei fabbisogni standard, i quali sono, a loro volta, calcolati nella prospettiva di assicurare il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza.

Rispetto a tale sistema, la previsione di un taglio lineare quale quello disposto dalla disposizione censurata per la ricorrente sarebbe assolutamente irragionevole, in quanto esso prescinderebbe completamente non soltanto dalla considerazione dell’adeguatezza delle risorse rispetto al conseguimento dei citati obiettivi, ma anche dalle regole di finanziamento adottate in attuazione dell’art. 119 Cost.

In altri termini, si prosegue, mentre i LEA resterebbero invariati, per effetto del censurato taglio, le Regioni vedrebbero diminuite le risorse disponibili per il loro perseguimento.

Secondo la ricorrente tale intervento inserirebbe, in tal modo, un elemento di intrinseca irragionevolezza nel sistema di finanziamento del SSN, allontanandosi dal percorso tracciato dalla Costituzione e dalle disposizioni di questa attuative per inseguire unicamente contingenti logiche di risparmio.

Sotto il profilo della violazione dell’art. 120, secondo comma, Cost. e del principio di leale collaborazione, evidenzia inoltre la ricorrente che nel Patto per la salute 2014-2016 si sottolinea, all’art. 1, comma 2, la necessità di rivedere e riqualificare i criteri di cui all’art. 27 del d.lgs. n. 68 del 2011 sulla determinazione dei costi e dei fabbisogni standard regionali, e si afferma che «la revisione dei criteri non può mettere in discussione il principio dei costi standard».

Al successivo comma 3, si prevede che «nell’ambito delle disponibilità di cui al comma 1», con DPCM adottato d’intesa con la Conferenza Stato-Regioni, «si provvede, entro il 31 dicembre 2014, all’aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, in attuazione dei principi di equità, innovazione

ed appropriatezza e nel rispetto degli equilibri programmati della finanza pubblica», ma, si obietta, tale aggiornamento non sarebbe ancora avvenuto.

Di fondamentale rilievo sarebbe poi quanto convenuto al comma 4, dove si legge che «[i] risparmi derivanti dall'applicazione delle misure contenute nel Patto rimangono nella disponibilità delle singole regioni per finalità sanitarie», e che «si conviene altresì che eventuali risparmi nella gestione del servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangano nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie».

Osserva in proposito la Regione Liguria che la disciplina contenuta nell'art. 9-septies del d.l. n. 78 del 2015 sarebbe improntata ad una logica del tutto differente, che prescinderebbe totalmente dal percorso di convergenza ai costi ed ai fabbisogni standard sanitari per riproporre un modello di mero taglio lineare di finanziamento del SSN. Richiama la sentenza n. 273 del 2013, secondo la quale (seppure con riferimento al finanziamento del trasporto pubblico locale) «il mancato completamento della transizione ai costi e fabbisogni standard, funzionale ad assicurare gli obiettivi di servizio e il sistema di perequazione, non consente, a tutt'oggi, l'integrale applicazione degli strumenti di finanziamento delle funzioni regionali previsti dall'art. 119 Cost.».

Il meccanismo legislativo censurato, inoltre, a fronte di risparmi previsti come conseguenza (attesa o presunta) dell'applicazione delle disposizioni di cui agli articoli da 9-bis a 9-sexsies, prevederebbe, anziché l'acquisizione delle risorse risparmiate al bilancio della sanità regionale, una corrispondente riduzione delle risorse finanziarie destinate al finanziamento del SSN, ponendosi in violazione del Patto per la salute 2014-2016 e del principio di leale collaborazione.

4.2.– La ricorrente deduce l'illegittimità costituzionale dell'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, nel testo introdotto dalla legge n. 125 del 2015, anche per violazione degli artt. 77, 117, 119, 120 Cost. e del principio di leale collaborazione.

Evidenzia che la disciplina impugnata (introdotta con “maxiemendamento” votato a seguito della posizione, da parte del Governo, della questione di fiducia) sarebbe del tutto eterogenea rispetto al contenuto originario del d.l. n. 78 del 2015, cosicché sarebbe evidente il difetto di omogeneità, e quindi di nesso funzionale, tra le disposizioni del decreto-legge e quelle impuginate, introdotte dalla legge di conversione (si richiama al riguardo la sentenza n. 32 del 2014).

Secondo la ricorrente sarebbe sintomatica la circostanza che, in sede di conversione, sia stato modificato il titolo del decreto-legge oggetto di conversione, che in precedenza era del seguente tenore: «Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali». Alla fine dell'Allegato alla legge di conversione, si stabilisce che «al titolo del decreto-legge sono aggiunti, in fine, i seguenti periodi: “Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali”».

4.3.– La ricorrente deduce ulteriormente l'illegittimità costituzionale dell'art. 9-septies del d.l. n. 78 del 2015, nel testo introdotto dalla legge n. 125 del 2015, per violazione degli artt. 3, 97, 117, commi 3 e 4, 118 e 119 Cost. e del principio di leale collaborazione, in quanto la disposizione censurata inciderebbe retroattivamente sugli impegni di spesa già assunti dalla Regione Liguria in relazione al corrente anno, producendo, altresì, un'irragionevole alterazione della programmazione di spesa già operata, costringendo la Regione ad introdurre svariati correttivi in corso di annualità, al fine di tentare di allineare la programmazione della spesa sanitaria per l'anno corrente alla contestata riduzione retroattiva del finanziamento statale.

La disposizione censurata produrrebbe quindi una lesione del principio di affidamento delle Regioni e del principio di proporzionalità di cui agli artt. 3 e 97 Cost., ed inciderebbe illegittimamente sulle competenze legislative e amministrative delle Regioni in materia di sanità previste dagli artt. 117, commi 3 e 4, e 118 Cost., compromettendo, altresì, irragionevolmente l'autonomia finanziaria riconosciuta alle Regioni dall'art. 119 Cost.

4.4.– Infine, la Regione Liguria impugna l'art. 9-septies del d.l. n. 78 del 2015, nel testo introdotto dalla legge n. 125 del 2015, anche in relazione all'art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014, per violazione dell'art. 119 Cost.

Esponde la ricorrente che l'art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014 ha modificato l'art. 46, comma 6, del d.l. n. 66 del 2014, inserendovi la previsione secondo cui «[p]er gli anni 2015-2018 il contributo delle regioni a statuto ordinario, di cui al primo periodo, è incrementato di 3.452 milioni di euro annui in ambiti di spesa e per importi complessivamente proposti, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, in sede di autocoordinamento delle regioni da recepire con intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro il 31 gennaio 2015. A seguito della predetta intesa sono rideterminati i livelli di finanziamento degli ambiti individuati e le modalità di acquisizione delle risorse da parte dello Stato. In assenza di tale intesa entro il predetto termine del 31 gennaio 2015, si applica quanto previsto al secondo periodo, considerando anche le risorse destinate al finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale».

Nel caso di assenza di intesa entro il termine del 31 gennaio 2015 gli importi in questione – giusto il disposto del richiamato secondo periodo dell'art. 46, comma 6 – dovranno essere «assegnati ad ambiti di spesa ed attribuiti alle singole regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, tenendo anche conto del Pil e della popolazione residente» e, in siffatta ipotesi, il taglio comprende anche la spesa sanitaria.

Tale previsione – i cui effetti sull'autonomia finanziaria e sull'esercizio delle competenze regionali si concretizzerebbero, secondo la ricorrente, a seguito dell'introduzione delle disposizioni censurate nella presente sede – risulterebbe illegittima ed irragionevole per violazione dei parametri di cui in rubrica.

Il criterio prefigurato dall'art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014 per il riparto del taglio in questione realizzerebbe pertanto un effetto perequativo implicito sulla scorta di un criterio che non troverebbe alcuna copertura costituzionale nell'ambito dell'art. 119 Cost.

Nel caso di specie, il criterio di riparto del taglio disposto dalle disposizioni censurate (PIL e popolazione residente), produrrebbe un effetto perequativo in violazione dei criteri previsti dall'art. 119 Cost., che fa, invece, riferimento alla «minore capacità fiscale per abitante».

5.– Si è costituito anche in questo giudizio il Presidente del Consiglio dei ministri.

Osserva la difesa erariale che la riduzione delle risorse assegnate alle Regioni per il 2015 (indiscutibilmente significativa rispetto a quanto previsto dal Piano per la salute 2014-2016) è stata a sua volta oggetto di intese sancite tra Stato e Regioni nelle Conferenze del 26 febbraio e del 2 luglio 2015. Né, secondo la difesa erariale, potrebbe assumere rilievo la circostanza che la ricorrente non abbia approvato le previsioni contenute nell'intesa, dal momento che la Conferenza l'avrebbe comunque sancita attraverso una scelta consapevole e ragionata tra diverse alternative possibili, specificamente individuate dallo Stato.

Non sarebbe dunque possibile sostenere che le impugnate disposizioni non sarebbero espressione di leale collaborazione da parte dello Stato, in quanto, con le intese del 26 febbraio e del 2 luglio 2015, le Regioni avrebbero mostrato di accettare e condividere la scelta fatta dallo Stato, facendosi così anch'esse carico della necessità di contenere la spesa pubblica, anche mediante la riduzione delle risorse previste, per l'anno 2015, dal Patto per la salute.

Il Presidente del Consiglio dei ministri obietta inoltre che, nel caso in esame, si tratta di una riduzione di risorse rispetto a quanto previsto per il 2015 dal Patto per la salute 2014-2016, che riguarda la spesa sanitaria regionale nel suo complesso e non singole specifiche attività oggetto di tagli lineari. Ed infatti, se le misure contenute negli articoli da 9-bis a 9-sexies del provvedimento in esame sono finalizzate a conseguire i concordati risparmi di spesa, il comma 2 consentirebbe alle Regioni di conseguire l'obiettivo di risparmio anche adottando misure alternative.

Le Regioni avrebbero pertanto la possibilità di provvedere, in piena autonomia, a differenziare le misure necessarie, non essendo previsti strumenti e modalità specifiche per il perseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa.

In relazione alla asserita mancanza di un limite temporale definito di durata della misura restrittiva, osserva, al contrario, il Presidente del Consiglio dei ministri che la misura prevede la riduzione del livello del finanziamento dello Stato al Servizio sanitario nazionale per il 2015. Anche se il Patto per la salute ha durata triennale, esso potrebbe quindi essere modificato, di intesa tra Stato e Regioni, di anno in anno: spetterà quindi alla legge di stabilità 2016, sentite le Regioni in Conferenza Stato-Regioni e acquisitane l'intesa, definire se il livello di contributo dello Stato sarà pari a quello previsto nel Piano delle salute per il 2016 o se sarà modificato (ed in quale misura).

Quanto alla eccepita violazione dell'art. 77 Cost., evidenzia la difesa erariale che, nelle premesse del d.l. n. 78 del 2015, viene esplicitata «la necessità e urgenza di specificare ed assicurare il contributo alla finanza pubblica da parte degli enti territoriali, come sancito nell'Intesa raggiunta in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella riunione del 26 febbraio 2015». A tale ambito andrebbe, pertanto, ricondotta la normativa in materia di razionalizzazione della spesa sanitaria, seppur ampiamente modificata in sede parlamentare e contenuta agli articoli 9-bis e seguenti del d.l. n. 78 del 2015.

Secondo la Presidenza del Consiglio dei ministri anche l'ulteriore motivo di ricorso – con il quale si sostiene che le norme impugnate inciderebbero in misura significativa sull'esercizio in corso, imponendo una revisione e correzione di impegni già assunti con grave nocimento per l'organizzazione del servizio sanitario – sarebbe infondato, alla luce della già esposta considerazione circa l'avvenuta intesa tra Stato e Regioni.

Osserva inoltre che i richiamati artt. da 9-bis a 9-sexies del d.l. n. 78 del 2015 sarebbero finalizzati a conseguire consistenti risparmi in ambito sanitario così come concordati tra Stato e Regioni (sono richiamate le intese del 26 febbraio 2015 e del 2 luglio 2015), al fine di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza.

Rammenta che le regole e le modalità volte alla razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria e alla riduzione delle spese territoriali costituiscono piena attuazione del coordinamento della finanza pubblica, di cui agli artt. 117, comma 3, e 119, comma 2, Cost.

Infine, osserva la difesa erariale che l'ultimo motivo di ricorso sarebbe in realtà diretto contro l'art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014, sicché sarebbe chiaramente inammissibile in quanto la presunta lesività di tale disposizione dovrebbe farsi risalire al momento della sua entrata in

vigore. Ne conseguirebbe che l'omessa impugnazione di tale disposizione non consentirebbe in questa sede di poter formulare la censura dedotta.

6.– Sia la Regione Liguria che la Presidenza del Consiglio dei ministri hanno presentato memorie in vista dell'udienza pubblica.

6.1.– Espone la ricorrente che in dipendenza della ripartizione del "taglio" censurato, la Regione Liguria avrebbe subito una consistente riduzione della contribuzione statale al SSN, dettagliandone le conseguenze subite sul Servizio sanitario regionale (SSR).

Su tale taglio si sarebbe poi successivamente innestata la legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)», che, all'art 1, comma 568, ha previsto che «[i]l livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, come stabilito dall'articolo 1, commi 167 e 556, della legge 23 dicembre 2014, n. 190, e dall'articolo 9-septies, comma 1, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, è rideterminato, per l'anno 2016, in 111.000 milioni di euro [...]».

Tale somma è stata ripartita tra le Regioni con l'intesa n. 62 della Conferenza Stato-Regioni del 14 aprile 2016.

Conseguentemente, la riduzione complessiva per l'anno 2016 del fondo sanitario nazionale, rispetto a quanto originariamente previsto dalla legge n. 190 del 2014, ammonta a 4.444 milioni di euro e tanto comporterebbe per la Regione Liguria una contrazione di 124 milioni di euro, sulla base della quota di accesso al fondo di cui alla citata intesa Conferenza Stato Regioni n. 62 del 2016.

Pertanto, tale riduzione verrebbe ad incidere in modo diretto su tutte e tre le macro aree di assistenza sanitaria, riconducibili ai LEA.

Secondo la Regione, inoltre, i nuovi LEA approvati con la nuova intesa tra Stato e Regioni del 7 settembre 2016 avente ad oggetto «Intesa, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, sulla proposta del Ministero della salute di deliberazione CIPE concernente il riparto tra le Regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2016», comporteranno maggiori costi per il SSN, stimati in circa 880 milioni di euro. Sostiene difatti la ricorrente che saranno destinati ad aumentare i costi relativi all'assistenza distrettuale, in particolare per l'inserimento di nuove protesi, e per la prevenzione, a causa dell'introduzione di nuovi vaccini e di nuovi screening.

Il taglio disposto dalla previsione censurata al comma 1 sarebbe destinato dunque a interferire non soltanto con l'autonomia finanziaria delle Regioni e con l'esercizio delle rispettive competenze legislative ed amministrative, ma anche con l'effettiva capacità del sistema sanitario di assicurare un adeguato livello di tutela del fondamentale diritto alla salute presidiato dall'art. 32 Cost.

Contesta inoltre la ricorrente quanto affermato dal Presidente del Consiglio dei ministri, secondo cui la Regione, nelle intese richiamate, avrebbe mostrato di accettare e condividere la scelta fatta dallo Stato, in quanto la stessa non avrebbe approvato le previsioni contenute in esse.

Evidenzia la ricorrente che il punto focale della lamentata violazione del principio di leale collaborazione risiederebbe nel fatto che il taglio alla spesa sanitaria è stato disposto, con effetto immediato e destinato ad incidere sull'esercizio in corso, prima che si fosse dato avvio alla fase attuativa dei meccanismi di risparmio di spesa individuati dai citati artt. da 9-bis a 9-sexies. Il sistema

esitato dalla Conferenza Stato-Regioni aveva previsto, invece, una attuazione progressiva del quadro di risparmio di spesa sanitaria.

Diversamente, si prosegue, tale programma sarebbe stato invece radicalmente disatteso dallo Stato con l'art. 9-septies del d.l. n. 78 del 2015, che avrebbe dato corso al taglio lineare contestato, con efficacia immediata, svuotando di significato il paradigma concertativo delineato dagli artt. da 9-bis a 9-sexies.

Con riguardo alla mancanza di un termine fissato per la riduzione del finanziamento, osserva la Regione Liguria che le considerazioni svolte dall'Avvocatura dello Stato tenderebbero a confermare la lettura costituzionalmente orientata della norma in questione già proposta nel ricorso introduttivo del presente giudizio di costituzionalità.

Lamenta che il taglio "lineare" non rispetta il criterio fondamentale per la razionalizzazione e il contenimento della spesa sanitaria, oltre che di riparto del fondo sanitario nazionale, quello dei costi e dei fabbisogni standard, calcolati nella prospettiva di assicurare il conseguimento dei livelli essenziali di assistenza.

Nondimeno, secondo la medesima Regione, la pretermissione dei costi standard potrebbe ritenersi giustificata dal fatto che le norme impugnate avrebbero recepito quanto deciso nelle intese, in quanto la medesima non avrebbe aderito alle proposte formulate all'esito delle richiamate conferenze, e comunque osserva che, posto che i "costi standard" costituirebbero un riferimento oggettivo per la razionalizzazione della spesa pubblica, di applicazione generale e di fonte normativa (vengono richiamati gli artt. 2, comma 6, e 8, della legge n. 42 del 2009 e gli artt. da 25 a 30 del d.lgs. n. 68 del 2011), essi non potrebbero essere superabili in sede di intesa Stato-Regioni.

Infine, sebbene la Regione Liguria affermi di essere a conoscenza che questa Corte, con le sentenze n. 65 del 2016 e n. 141 del 2016, ha dichiarato l'infondatezza della questione di legittimità costituzionale promossa con riferimento all'art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014, intervenuto a modificare l'art. 46, comma 6, del d.l. n. 66 del 2014, rileva che il vaglio della citata disposizione passi attraverso l'impugnativa dell'art. 9-septies del d.l. n. 78 del 2015.

Il fulcro della censura e dell'impugnazione resterebbe quindi il taglio lineare alla spesa sanitaria operata dal citato art. 9-septies in sé considerato e con riferimento alla modalità con cui si realizza, ossia l'imputazione dello stesso su ogni singola Regione, in applicazione del meccanismo sostanzialmente perequativo introdotto dall'art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014, nel comma 6 dell'art. 46 del d.l. n. 66 del 2014, ed operante nella fattispecie in forza del richiamo realizzato dall'art. 9-septies, comma 1, del d.l. n. 78 del 2015.

6.2.– Il Presidente del Consiglio dei ministri, nella memoria depositata, rammenta che la disciplina relativa al livello del finanziamento del SSN è stata condivisa negli ultimi quindici anni tra Stato e Regioni, che hanno sottoscritto specifici accordi diretti a definire, nel medio periodo, un quadro finanziario di riferimento coerente con l'erogazione dei LEA.

Laddove, per esigenze di finanza pubblica, è stato necessario modificare quanto condiviso in sede pattizia, il Governo, in accordo con le Regioni, non si sarebbe limitato a rideterminare le risorse finanziarie, ma avrebbe corrispondentemente fornito alle stesse Regioni gli strumenti idonei al contenimento della spesa, sempre nel rispetto dell'erogazione dei LEA, come sarebbe dimostrato dall'approvazione del Patto per la salute 2014-2016, laddove, all'articolo 1, si prevedeva il livello concordato di finanziamento del SSN, salvo eventuali modifiche che si rendessero necessarie in

relazione al conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica e a variazioni del quadro macroeconomico.

Tanto dimostrerebbe, secondo lo Stato, che era già espressamente previsto che gli importi definiti nel Patto potessero essere soggetti a revisione. In proposito evidenzia che il Patto per la salute è stato recepito dall'art. 1, comma 556, della legge n. 190 del 2014. L'art. 1, comma 398, della medesima legge prevedeva che le Regioni a statuto ordinario dovessero fornire un contributo alla finanza pubblica pari a 3.452 milioni di euro annui (esteso anche alle Regioni a statuto speciale nei commi successivi, per complessivi 4.000 milioni di euro circa) e stabiliva che gli ambiti di spesa sui quali far gravare il predetto contributo alla finanza pubblica fossero proposti dalle stesse Regioni e recepiti successivamente attraverso una intesa. In attuazione della citata norma, le Regioni hanno autonomamente stabilito che, a valere sui suddetti 4.000 milioni di euro, il contributo del settore sanitario dovesse essere pari a 2.352 milioni di euro, di cui 2.000 milioni di euro a carico delle Regioni a statuto ordinario. Tale decisione è stata recepita attraverso l'intesa del 26.2.2015. La stessa intesa (al punto «E») ha altresì rinviato ad un successivo accordo l'individuazione di specifiche misure di razionalizzazione della spesa sanitaria, tali da garantire economie non inferiori ai predetti 2.352 milioni di euro, prevedendo peraltro la possibilità per le Regioni di attuare anche misure alternative di contenimento dei costi, sempre all'interno del settore sanitario, nel rispetto degli equilibri programmati; la successiva intesa, contenente le misure di razionalizzazione della spesa, è stata raggiunta il 2 luglio 2015 e tali misure sono state recepite dalla legge n. 125 del 2015, di conversione del d.l. n. 78 del 2015, impugnato dalla ricorrente con riferimento all'art. 9-septies, commi 1 e 2.

Secondo il Presidente del Consiglio dei ministri, alla luce dei provvedimenti sopra riportati, apparirebbe quindi evidente che l'entità della riduzione del finanziamento del SSN sia stata individuata dalle Regioni (e non dal Governo), le quali l'avrebbero valutata sostenibile.

Precisa inoltre la difesa erariale che l'importo della riduzione è stato definito ad inizio del 2015, al fine di consentire tempestivamente alle stesse Regioni una programmazione coerente con le risorse rideterminate. Le stesse Regioni, infatti, hanno espressamente sostenuto (punto G.2 dell'intesa del 2 luglio 2015) di avere posto in essere sin dal mese di febbraio misure di «contenimento ed efficientamento della dinamica della spesa dei propri SSR».

Considerato in diritto

1.– Con ricorso iscritto al reg. ric. n. 97 del 2015, la Regione Liguria ha impugnato l'art 9-septies, commi 1 e 2, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 (Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali), come convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, in riferimento agli artt. 3, 32, 77, 97, 117, secondo e terzo comma, 118, 119 – anche in relazione all'art. 1, comma 398, lettera c), della legge 23 dicembre 2014, n. 190, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)» – e 120 della Costituzione, nonché al principio di leale collaborazione.

Con ricorso iscritto al reg. ric. n. 95 del 2015 la Regione Veneto ha impugnato, tra gli altri, gli artt. 9-bis; 9-ter, commi 1, 2, 3, 4, 5, 8 e 9; 9-quater, commi 1, 2, 4, 5, 6 e 7; 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, in riferimento agli artt. 3, 5, 32, 117, terzo e quarto comma, 118 e 119 Cost., al principio di leale collaborazione di cui all'art.120 Cost., nonché all'art. 5, lettera g), della legge

costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 (Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta costituzionale).

1.1.– Secondo la Regione Liguria il comma 1 dell'art. 9-septies del d.l. n. 78 del 2015 ridurrebbe la spesa sanitaria, a partire dall'esercizio in corso, in una misura fissa (2.352 milioni di euro) e in via definitiva, prevedendo l'applicazione annuale del "taglio" di spesa senza limite di tempo.

La Regione Liguria subirebbe dalla disposizione censurata una riduzione di circa sessantacinque milioni di euro, che non troverebbe corrispondenza nei risparmi presumibilmente conseguibili nel medesimo periodo di applicazione della prescritta riduzione, e ciò lederebbe contestualmente il principio di ragionevolezza, il diritto alla salute degli utenti del servizio sanitario regionale e l'autonomia regionale, conculcata dall'impossibilità di organizzare in modo appropriato detto servizio.

Peraltro, la disciplina impugnata sarebbe attuativa dell'intesa del 2 luglio 2015, alla quale la Regione Liguria non avrebbe partecipato. Di conseguenza, non avrebbe assunto alcun obbligo applicativo della predetta intesa, raggiunta in sede di Conferenza per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano (da ora, anche Conferenza Stato-Regioni).

Le disposizioni impuginate sarebbero poi in contrasto con l'art. 77 Cost. in ragione della loro eterogeneità rispetto al contenuto originario del d.l. n. 78 del 2015. Sarebbe evidente il «difetto di omogeneità, e quindi di nesso funzionale, tra le disposizioni del decreto-legge e quelle impuginate, introdotte dalla legge di conversione». Secondo la ricorrente, la ridondanza della violazione dell'art. 77 Cost. sulla propria sfera di attribuzioni costituzionali sarebbe patente, trattandosi di un "maxiemendamento" diretto ad incidere con effetto immediato ed a tempo indeterminato sull'autonomia finanziaria e sulle competenze in materia di tutela della salute e di organizzazione sanitaria della Regione Liguria.

L'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015 violerebbe gli artt. 3, 32, 97, 117, secondo e terzo comma, 118, 119, 120 Cost. ed il principio di leale collaborazione anche sotto il profilo della lesione dell'autonomia finanziaria della ricorrente, essendo in contrasto col carattere di temporaneità nella disciplina statale di coordinamento della finanza pubblica e di contenimento della spesa regionale. Ciò in quanto le disposizioni impuginate introdurrebbero una misura di riduzione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) senza limite di tempo «a decorrere dal 2015».

Le disposizioni impuginate sarebbero inoltre in contrasto con il principio di ragionevolezza di cui all'art. 3 Cost., in quanto – non presentando un termine finale di applicazione e non avendo i caratteri di una disciplina transitoria – lederebbero in via definitiva e strutturale l'autonomia della Regione.

L'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015 comporterebbe altresì la violazione degli artt. 3, 117, 119, 120 Cost. e del principio di leale collaborazione, in relazione alla legge 5 maggio 2009, n. 42 (Delega al Governo in materia di federalismo fiscale, in attuazione dell'articolo 119 della Costituzione), al decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68 (Disposizioni in materia di autonomia di entrata delle regioni a statuto ordinario e delle province, nonché di determinazione dei costi e dei fabbisogni standard nel settore sanitario) ed al Patto per la salute 2014 - 2016. Infatti, la legge n. 42 del 2009, in quanto attuativa dell'art. 119 Cost. – in particolare sotto il profilo dell'autonomia finanziaria e della garanzia dei principi di solidarietà e di coesione sociale – in maniera da sostituire gradualmente, per tutti i livelli di governo, il criterio della spesa storica, prevederebbe agli artt. 2, comma 6, e 8, attraverso gli artt. da 25 a 30 del d.lgs. n. 68 del 2011, il criterio fondamentale – per la razionalizzazione ed il contenimento della spesa sanitaria ed il riparto del fondo sanitario nazionale – dei costi e dei fabbisogni standard. La previsione di un taglio lineare, quale quello disposto dalla

disposizione censurata, sarebbe assolutamente irragionevole, in quanto prescinderebbe completamente non soltanto dalla considerazione dell'adeguatezza delle risorse rispetto al conseguimento degli obiettivi prestabiliti, ma anche dalle regole di finanziamento adottate in attuazione dei predetti artt. 117 e 119 Cost.

Inoltre, i livelli essenziali di assistenza (LEA) resterebbero invariati mentre le risorse disponibili per il loro fabbisogno complessivo sarebbero drasticamente diminuite per effetto della dedotta riduzione. La disciplina contenuta nell'art. 9-septies del d.l. n. 78 del 2015 sarebbe improntata ad una logica che prescinderebbe totalmente dal percorso di convergenza verso i costi ed i fabbisogni standard sanitari, proponendo un modello di mero taglio lineare del finanziamento del SSN. Ne risulterebbe, sotto gli evocati profili, la violazione dell'art. 120, secondo comma, Cost. e del principio di leale collaborazione.

Il meccanismo legislativo censurato, inoltre, disporrebbe che i risparmi attesi o presunti derivanti dall'applicazione delle disposizioni di cui agli artt. da 9-bis a 9-sexies del medesimo decreto, anziché essere destinati alle Regioni per finalità sanitarie, siano acquisiti al bilancio statale, in evidente violazione del Patto per la salute 2014-2016 e del principio di leale collaborazione.

La ricorrente deduce poi l'illegittimità costituzionale dell'art. 9-septies del d.l. n. 78 del 2015 in riferimento agli artt. 3, 97, 117, terzo e quarto comma, 118 e 119 della Costituzione e al principio di leale collaborazione. Incidendo retroattivamente sugli impegni di spesa già assunti dalla Regione Liguria, detta disposizione produrrebbe una irragionevole alterazione della programmazione di spesa già operata e costringerebbe la ricorrente ad introdurre correttivi in corso di anno per tentare di riallineare la programmazione della spesa sanitaria alla riduzione retroattiva del finanziamento statale. La disposizione censurata produrrebbe una lesione del principio di affidamento delle Regioni e del principio di proporzionalità (artt. 3 e 97 Cost.) ed inciderebbe illegittimamente sulle competenze legislative ed amministrative delle Regioni in materia di sanità (artt. 117, terzo e quarto comma, e 118 Cost.), compromettendo irragionevolmente l'autonomia finanziaria loro riconosciuta dall'art. 119 Cost.

Infine, la Regione Liguria ha impugnato la medesima disposizione in riferimento all'art. 119 Cost., in relazione all'art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014. Quest'ultima norma, modificando il comma 6 dell'art. 46 del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66 (Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale), convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, stabilisce che, in caso di assenza di intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano entro il 31 gennaio 2015, i tagli vadano «assegnati ad ambiti di spesa ed attribuiti alle singole regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, tenendo anche conto del Pil e della popolazione residente». Il criterio prefigurato dall'art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014 non troverebbe alcuna copertura costituzionale nell'ambito dell'art. 119 Cost.

1.2.– La Regione Veneto premette che gli artt. 9-bis, 9-ter, 9-quater e 9-septies, del d.l. n. 78 del 2015, introdurrebbero una serie di tagli lineari alla spesa sanitaria, senza alcuna considerazione né dei costi e dei fabbisogni standard, di cui all'art. 8 della legge n. 42 del 2009 e agli artt. da 25 a 32 del d.lgs. n. 68 del 2011, né dei livelli di spesa delle Regioni virtuose e non terrebbero conto della forte disomogeneità del sistema della sanità regionale italiana, provocando, in tal modo, lo smantellamento del welfare sanitario.

Inoltre, secondo la ricorrente, le disposizioni impuginate manterrebbero a carico delle Regioni l'obbligo di garantire i LEA con un finanziamento notevolmente e permanentemente ridotto. Le norme impuginate si porrebbero poi in contrasto anche con l'art. 5, lettera g), della legge cost. n. 1 del

2012 e con l'art. 11 (Concorso dello Stato al finanziamento dei livelli essenziali e delle funzioni fondamentali nelle fasi avverse del ciclo o al verificarsi di eventi eccezionali) della legge 24 dicembre 2012, n. 243 (Disposizioni per l'attuazione del principio del pareggio di bilancio ai sensi dell'articolo 81, sesto comma, della Costituzione), i quali prevedono l'impegno dello Stato ad assicurare i livelli essenziali delle prestazioni e delle funzioni fondamentali inerenti ai diritti civili e sociali riconosciuti come imprescindibile livello di garanzia dei principi fondamentali di eguaglianza e solidarietà.

Tutto ciò produrrebbe una violazione dell'art. 32 Cost. e ridonderebbe sull'autonomia costituzionale garantita alle Regioni dagli artt. 117, terzo e quarto comma, 118 e 119 Cost.

La ricorrente sostiene, altresì, che lo Stato, non assumendosi la responsabilità di una riduzione dei livelli essenziali di assistenza a seguito della riduzione delle risorse disponibili, verrebbe meno al corretto esercizio della funzione di coordinamento della finanza pubblica di cui all'art. 117, terzo comma, Cost.

Anche per la Regione Veneto l'art. 9-bis del d.l. n. 78 del 2015, nel rinviare all'applicazione dei successivi artt. da 9-ter a 9-octies, sancirebbe nei confronti della ricorrente le prescrizioni concordate in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 26 febbraio 2015 e del 2 luglio 2015, nell'ambito della quale essa non avrebbe espresso il proprio consenso, al contrario instaurando un contenzioso costituzionale.

L'art. 9-ter del d.l. n. 78 del 2015 sarebbe in contrasto anche con i principi di ragionevolezza e proporzionalità e con il principio di tutela della salute di cui all'art. 32 Cost., nella parte in cui prevede la rinegoziazione dei contratti per l'acquisto dei beni e servizi unitari, al fine di produrre una riduzione di spesa nonché del valore complessivo dei contratti medesimi. In tal modo, attraverso un taglio lineare delle forniture e delle prestazioni ad esse collegate, verrebbe messa a rischio non solo la garanzia dei servizi sanitari, ma anche l'autonomia della Regione che ne organizza la somministrazione agli utenti, con pregiudizio per la garanzia e la qualità dei servizi sanitari.

Tale norma sarebbe altresì irragionevole, poiché prevederebbe una riduzione indiscriminata anche in quelle Regioni in cui i servizi presentano un elevato livello di efficienza in relazione ai costi sostenuti.

Secondo la ricorrente, tali vizi di costituzionalità ridonderebbero sulle competenze regionali di cui agli artt. 117, terzo e quarto comma, 118 e 119 Cost., dal momento che inciderebbero sulle attribuzioni regionali in materia di organizzazione sanitaria, anche autonomamente considerate.

Il medesimo art. 9-ter contrasterebbe altresì con il principio di proporzionalità sotto il profilo del rapporto tra mezzi e fini, e con il principio di buon andamento della pubblica amministrazione di cui agli artt. 3 e 97 Cost., la cui lesione si rifletterebbe sulle competenze costituzionali garantite alla Regione. Verrebbe inoltre violato il principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost., dal momento che nessuna forma di intesa sarebbe prevista al riguardo.

Alle censure rivolte ai commi precedentemente richiamati sono collegate quelle rivolte al comma 7 dell'art. 9-quater.

Quest'ultimo, nel prescrivere che «[l]e regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale ridefiniscono i tetti di spesa annui degli erogatori privati accreditati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale interessati dall'introduzione delle condizioni e indicazioni di cui al presente articolo e stipulano o rinegoziano i relativi contratti. Per l'anno 2015 le regioni o gli enti del Servizio sanitario nazionale rideterminano il valore degli stessi contratti in modo da ridurre la spesa per l'assistenza specialistica ambulatoriale complessiva annua da privato accreditato, di almeno l'1 per cento del valore

complessivo della relativa spesa consuntivata per l'anno 2014», detterebbe norme di dettaglio nella materia di potestà concorrente «tutela della salute», in tal modo ponendosi in contrasto con l'art. 117, terzo comma, Cost.

Inoltre, essendo le condizioni di erogabilità definite con un mero decreto ministeriale – sebbene adottato previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano – «che non trova a monte alcuna definizione di effettivi principi fondamentali» all'interno della norma impugnata, risulterebbe violato l'art. 117, terzo comma, Cost.

Secondo la ricorrente, la norma censurata, stabilendo un obbligo di riduzione della spesa in modo generale ed indiscriminato, senza alcuna istruttoria e senza alcun riferimento a standard di efficienza, contrasterebbe con i principi di ragionevolezza e proporzionalità di cui all'art. 3, e con gli artt. 5, 117, secondo e terzo comma, Cost., quest'ultimo con riguardo al corretto esercizio della funzione statale di coordinamento della finanza pubblica e alla garanzia dei LEA; risulterebbe lesiva della competenza regionale in materia di tutela della salute; sarebbe in contrasto con gli artt. 118 e 119 Cost. e con il principio di buon andamento della pubblica amministrazione di cui all'art. 97 Cost., la cui violazione ridonderebbe sulle competenze costituzionali garantite alla Regione in materia di organizzazione sanitaria, che risulterebbero indebitamente compromesse. Sarebbe inoltre violato il principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost., dal momento che nessuna forma di intesa sarebbe prevista al riguardo.

Secondo la ricorrente, l'art. 9-septies, commi 1 e 2, contrasterebbe con l'art. 117, secondo comma, Cost., anche in relazione all'art. 8 della legge n. 42 del 2009 e agli artt. da 25 a 32 del d.lgs. n. 68 del 2011. La norma, oltre a parificare irragionevolmente realtà operative efficienti e realtà meno efficienti, pregiudicherebbe le competenze regionali anche sotto il profilo della garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP).

La rigidità e la sproporzione dei tagli lineari pregiudicherebbe anche il principio di buon andamento di cui all'art. 97 Cost., poiché verrebbe meno l'adeguato rapporto tra mezzi e finalità impiegate.

Per tale motivo, l'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015 contrasterebbe con gli artt. 3, 5, 32, 97 Cost., ridondando in una violazione delle competenze regionali di cui agli articoli 117, secondo, terzo e quarto comma, 118 e 119 Cost., anche autonomamente considerati, e del principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost.

I commi 1, 2, 4, 5 e 6 dell'art. 9-quater del d.l. n. 78 del 2015 sono stati impugnati in riferimento agli artt. 3, 5, 32, 97, 117, secondo, terzo e quarto comma, 118 e 119 Cost., nonché al principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost.

Le concatenate censure possono essere così riassunte: a) l'art. 9-quater, nel prevedere, al comma 1, che con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, siano individuate le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e nel disporre, al comma 2, che le prestazioni erogate al di fuori delle condizioni di erogabilità previste dal decreto ministeriale di cui al comma 1 siano a totale carico dell'assistito, creerebbe un sistema dirigitivo di tipo burocratico lesivo dell'esercizio della professione medica e dell'autonomia organizzativa della Regione; b) il comma 4 del medesimo articolo, nello stabilire che gli enti del SSN effettuano i controlli necessari ad assicurare che la prescrizione delle prestazioni sia conforme alle condizioni ed alle indicazioni del suddetto decreto ministeriale, ed il successivo comma 5, nel sancire che, in caso di comportamento prescrittivo non conforme alle condizioni ed alle

indicazioni di cui al decreto ministeriale, l'ente adotti nei confronti del medico prescrittore una riduzione del trattamento economico accessorio e nei confronti del medico convenzionato con il SSN, una riduzione delle quote variabili dell'accordo collettivo nazionale di lavoro e dell'accordo integrativo regionale, condizionerebbero il libero esercizio della professione medica, pregiudicando il servizio e l'autonomia regionale; c) il comma 6 dell'art. 9-quater, nel prescrivere che la mancata adozione da parte dell'ente del SSN dei provvedimenti di competenza nei confronti del medico prescrittore comporta la responsabilità del direttore generale ed è valutata ai fini della verifica del rispetto degli obiettivi assegnati al medesimo dalla Regione, aggraverebbe in modo indiretto tale condizionamento.

Da un lato, tali disposizioni istituirebbero un regime gravemente sanzionatorio per i medici del servizio sanitario regionale; dall'altro, assoggetterebbero il personale sanitario ad una condizione di grande incertezza.

In questo contesto, la modalità adottata dalla norma impugnata per risolvere il problema dei costi generati dalla cosiddetta "medicina difensiva" sarebbe gravemente lesiva dei principi di proporzionalità e ragionevolezza, rimettendo ad un decreto ministeriale la definizione di ciò che risulta appropriato o meno; sostituendo le valutazioni del medico «con la complicata interpretazione di un sistema burocratico generalizzato»; lasciando del tutto esposti i medici del Servizio sanitario regionale alle sanzioni dell'amministrazione regionale o a quelle giurisdizionali. Ne deriverebbe una grave alterazione del rapporto tra medico e paziente ed il sistema sarebbe esposto al rischio di pregiudicare il diritto costituzionale alla salute, sia in termini di efficacia nei percorsi di cura, sia in termini di condizionamento dell'autonomia organizzativa della Regione e del buon andamento del Servizio sanitario regionale.

1.3.– Si è costituito in entrambi i giudizi il Presidente del Consiglio dei ministri, deducendo l'inammissibilità o comunque l'infondatezza di entrambi i ricorsi.

Quanto alla eccepita violazione dell'art. 77 Cost., ha evidenziato che nella premessa del d.l. n. 78 del 2015 viene esplicitata «la necessità e urgenza di specificare ed assicurare il contributo alla finanza pubblica da parte degli enti territoriali, come sancito nell'Intesa raggiunta in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella riunione del 26 febbraio 2015».

A tale ambito dovrebbe, pertanto, essere ricondotta la normativa in materia, contenuta agli artt. 9-bis e seguenti, di razionalizzazione della spesa sanitaria, seppur ampiamente modificata in sede parlamentare.

Il resistente ha poi affermato che la riduzione delle risorse assegnate alle Regioni per il 2015 sarebbe stata oggetto di intese sancite tra Stato e Regioni nelle Conferenze del 26 febbraio e del 2 luglio 2015. Non potrebbe assumere rilievo la circostanza che le Regioni Liguria e Veneto non abbiano «approvato le previsioni» contenute nell'intesa, dal momento che essa sarebbe stata raggiunta a seguito di una scelta consapevole e ragionata tra le diverse alternative possibili, specificamente individuate dallo Stato. Non sarebbe dunque possibile sostenere che le disposizioni impuginate non siano espressione di leale collaborazione da parte dello Stato. Con le intese del 26 febbraio e del 2 luglio 2015, le Regioni avrebbero, infatti, mostrato di accettare e condividere la scelta statale, facendosi carico della necessità di contenere la spesa pubblica, anche mediante la riduzione delle risorse previste, per l'anno 2015, dal Piano per la salute.

Le Regioni avrebbero quindi la possibilità di adottare, in piena autonomia, misure differenziate, non essendo stabiliti dalla norma impugnata strumenti e modalità specifiche per il perseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa.

Il Presidente del Consiglio dei ministri, in relazione all'asserita mancanza di un limite temporale definito di durata della misura restrittiva, ha osservato che la riduzione del livello del finanziamento dello Stato al SSN riguarderebbe soltanto l'esercizio 2015.

Le regole e le modalità volte alla razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria, nonché alla riduzione delle spese degli enti territoriali costituirebbero, secondo l'Avvocatura generale, norme di principio del coordinamento della finanza pubblica, di cui agli artt. 117, terzo comma, e 119, secondo comma, Cost.

Infine, secondo la difesa erariale, l'ultimo motivo di ricorso afferente ai tagli alla spesa sanitaria sarebbe in realtà diretto contro l'art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014 – e per questo motivo inammissibile – atteso che il preteso pregiudizio sarebbe già operante nel momento di entrata in vigore della norma formalmente censurata. L'omessa impugnazione della disposizione antecedente non consentirebbe in questa sede di poter proporre questione di legittimità costituzionale, che sarebbe in ogni caso infondata.

Con riguardo all'asserita illegittimità costituzionale dell'art. 9-quater del d.l. n. 78 del 2015, la difesa erariale sostiene che esso attribuirebbe al Ministero della salute il compito di individuare con decreto le condizioni di erogabilità e di appropriatezza delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano.

Tali condizioni non sarebbero strettamente vincolanti per il medico, il quale potrebbe comunque adottare un comportamento prescrittivo non conforme a quanto previsto dal decreto ministeriale, qualora sussistessero giustificazioni esaurienti e soddisfacenti con riferimento al caso trattato ed alle specifiche esigenze di cura necessarie.

Nel caso in questione, la normativa esaminata darebbe attuazione al principio fondamentale di adottare criteri adeguati a contenere la spesa sanitaria anche sotto il profilo di eventuali prestazioni mediche non necessarie. Principio che sarebbe rispettato proprio perché fondato sull'art. 119 Cost.

Secondo la difesa erariale le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 9-quater, comma 7, del d.l. n. 78 del 2015 sarebbero parimenti infondate.

2.– Stante la connessione esistente tra i predetti ricorsi, i relativi giudizi possono essere riuniti per essere decisi con un'unica pronuncia avente ad oggetto esclusivamente le questioni di legittimità costituzionale delle disposizioni legislative sopra indicate, essendo riservata ad altre decisioni la valutazione delle restanti questioni proposte dalla Regione Veneto con il ricorso n. 95 del 2015.

3.– Occorre preliminarmente esaminare l'eccezione di inammissibilità dei ricorsi sollevata dal Presidente del Consiglio dei ministri, il quale ritiene che la partecipazione delle Regioni ricorrenti alla Conferenza unificata avrebbe determinato una sorta di acquiescenza alle decisioni maturate in quella sede. Independentemente dal fatto in contestazione tra le parti – riguardante rispettivamente le modalità di espressione del dissenso (Regione Veneto) e la partecipazione alla Conferenza che ha portato al perfezionamento dell'intesa (Regione Liguria) – l'eccezione non può essere accolta.

È infatti costante orientamento di questa Corte – fermo restando che l’intesa tra Stato e Regioni si è perfezionata in modo corretto, indipendentemente dalle controverse modalità di partecipazione delle ricorrenti – che «l’istituto dell’acquiescenza non è applicabile nel giudizio di legittimità costituzionale in via principale (ex plurimis, sentenze n. 215 e n. 124 del 2015, n. 139 del 2013, n. 71 del 2012 e n. 187 del 2011)» (sentenza n. 231 del 2016).

4.– Le questioni di legittimità costituzionale degli artt. 9-bis; 9-ter, commi 1, lettere a) e b), 2, 3, 4, 5, 8 e 9; 9-quater, commi 1, 2, 4, 5, 6 e 7; 9-septies, commi 1 e 2, promosse dalla Regione Veneto in riferimento agli artt. 5, 117, quarto comma, 118 e 119 Cost., sono inammissibili, in quanto esse non sviluppano alcuna autonoma argomentazione a sostegno dell’evocazione di tali parametri, limitandosi a richiamarli e svolgendo in proposito riferimenti assolutamente generici (in senso analogo, sentenza n. 141 del 2016).

Sono altresì inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell’art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, promosse dalla Regione Liguria in riferimento agli artt. 118 e 119 Cost., in relazione all’art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014. Invero, la violazione del primo parametro non è motivata, mentre l’evocazione dell’art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014, seppur formulata come richiamo a parametro interposto, risulta nella sostanza una censura diretta a tale norma ed, in quanto tale, tardiva.

5.– I ricorsi devono essere esaminati alla stregua delle motivazioni che si richiamano ai parametri della competenza legislativa e di quelle che, invece, fanno riferimento a precetti costituzionali estranei al Titolo V della Costituzione. Sotto il profilo dell’ammissibilità, lo scrutinio dovrà limitarsi alla prospettata potenzialità lesiva delle disposizioni impugnate sulle prerogative regionali, mentre, ove detta verifica avesse esito positivo, sarà l’esame nel merito delle censure ad accertare l’effettiva violazione del precetto costituzionale invocato dalle ricorrenti.

In ragione dell’interdipendenza delle questioni sollevate in riferimento a parametri interni ed esterni al Titolo V della Costituzione, il riscontro sulla ridondanza delle questioni promosse in riferimento ai secondi impone un esame congiunto delle doglianze delle ricorrenti.

5.1.– Pertanto, è opportuno esaminare prioritariamente l’ammissibilità delle questioni promosse dalle ricorrenti in riferimento ai parametri costituzionali che non afferiscono alle loro competenze legislative e che possono essere vagliate solo in relazione alla prospettata ridondanza.

Secondo la costante giurisprudenza di questa Corte, le Regioni possono impugnare disposizioni di legge statale facendo valere esclusivamente i profili attinenti al riparto delle competenze, con l’unica eccezione per le questioni che, pur riferite a diversi parametri costituzionali, tuttavia “ridondano” in lesione delle attribuzioni regionali, quando, nel prospettare l’influenza delle asserite violazioni su tale riparto, la ricorrente abbia indicato le specifiche competenze ritenute lese e le ragioni dell’asserito effetto pregiudizievole (ex plurimis, sentenza n. 178 del 2012).

5.2.– Nel presente giudizio la Regione Liguria lamenta la lesione delle proprie prerogative in riferimento agli artt. 3, 32, 77 e 97 Cost., violazione che ridonderebbe in quella degli artt. 117, secondo e terzo comma, 119, primo e quarto comma, e 120 Cost., nonché del principio di leale collaborazione.

Essa ritiene che: a) le norme impugnate sarebbero eterogenee rispetto al contenuto originario del d.l. n. 78 del 2015 ed il taglio alla spesa sanitaria sarebbe inserito in un maxi-emendamento introdotto dalla legge di conversione; b) il taglio colpirebbe il finanziamento dei LEA, pregiudicando la garanzia dei LEP, di cui all’art. 117, secondo comma, lettera m), Cost.; c) la disciplina dell’art. 9-septies del

d.l. n. 78 del 2015 sarebbe in contrasto con l'art. 3 Cost., in considerazione del fatto che la riduzione delle risorse si estenderebbe anche alle annualità successive al 2016, per le quali il livello del finanziamento del servizio sanitario non sarebbe ancora stato fissato; d) l'art. 9-septies contrasterebbe anche con il principio di buon andamento, in quanto inciderebbe sugli impegni di spesa già assunti dalla Regione Liguria, costringendo l'ente territoriale ad introdurre correttivi per riallineare la programmazione della spesa sanitaria alla riduzione introdotta dalla norma impugnata, per di più con effetto retroattivo e arrecando, conseguentemente, grave pregiudizio alle competenze legislative e amministrative della Regione; e) l'autonomia legislativa, amministrativa e finanziaria regionale in materia di tutela della salute sarebbe pregiudicata dalla mancata sperimentazione della fase attuativa dei nuovi meccanismi di risparmio.

Alla luce di tale sintetica ricostruzione e a prescindere dall'esame del merito delle doglianze della ricorrente, la pretesa compressione delle sue attribuzioni, come in astratto formulata, risulta correttamente prospettata e deve pertanto essere rigettata l'eccezione d'inammissibilità formulata dal Presidente del Consiglio dei ministri.

5.3.– La Regione Veneto ha prospettato, con riguardo a tutte le disposizioni impuginate, la violazione degli artt. 3, 5 e 32 Cost.

Secondo la ricorrente, le riduzioni del finanziamento del SSN non terrebbero in considerazione il costo dei LEA, la cui determinazione appartiene alla competenza esclusiva dello Stato. Quest'ultimo non avrebbe neppure provveduto alla loro revisione e quindi – trattandosi di spese incompressibili e necessarie – la mancata considerazione renderebbe assolutamente irragionevole e non proporzionata la misura dei tagli disposti.

La Regione sottolinea, poi, che: a) le norme in tema di rinegoziazione dei contratti sarebbero irragionevoli in quanto interesserebbero in modo indistinto contratti molto differenziati sui territori regionali; b) la logica del taglio lineare sulla spesa colliderebbe anche con l'art. 32 Cost., mettendo a rischio la garanzia e la qualità dei servizi sanitari di competenza della Regione; c) il contenuto delle norme, ascrivibile alla materia coordinamento della finanza pubblica, integrerebbe una disciplina di dettaglio incompatibile con la potestà legislativa concorrente intestata alla Regione; d) infine, la rigidità e la sproporzione dei tagli alla spesa colliderebbero anche con il principio di buon andamento di cui all'art. 97 Cost., il quale impone un adeguato rapporto tra mezzi e finalità perseguite, incompatibile con una logica di riduzioni indefettibili.

Anche le censure mosse dalla Regione Veneto superano il vaglio di ammissibilità, in quanto collegano eziologicamente le doglianze, formulate in riferimento a parametri estranei al Titolo V della Costituzione, alle pretese lesioni alla propria autonomia.

Tanto premesso, le questioni sollevate dalle ricorrenti possono essere scrutinate nel merito con riferimento contestuale ai parametri riguardanti la competenza legislativa delle stesse e a quelli di cui si afferma la ridondanza sui parametri interni al Titolo V della Costituzione.

6.– Secondo un ordine di pregiudizialità deve essere preliminarmente esaminata la questione dell'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015 proposta dalla Regione Liguria in riferimento all'art. 77, secondo comma, Cost.

Tale questione presenta infatti pregiudizialità logico-giuridica, giacché investe il corretto esercizio della funzione normativa primaria. Quindi, la sua eventuale fondatezza eliderebbe in radice il contenuto precettivo delle norme impuginate, determinando l'assorbimento delle questioni sollevate

in riferimento ad altri parametri costituzionali (sentenze n. 154 del 2015, n. 220 del 2013, n. 162 e n. 80 del 2012, n. 93 del 2011 e n. 293 del 2010).

6.1.– La questione non è fondata.

È stato già affermato che la violazione dell'art. 77, secondo comma, Cost. si ravvisa «in caso di evidente o manifesta mancanza di ogni nesso di interrelazione tra le disposizioni incorporate nella legge di conversione e quelle dell'originario decreto-legge (sentenze n. 32 del 2014 e n. 22 del 2012). Pertanto, la violazione dell'art. 77, secondo comma, Cost. per difetto di omogeneità si manifesta solo quando le disposizioni aggiunte siano totalmente “estranee” o addirittura “intruse”, cioè tali da interrompere, in parte qua, ogni correlazione tra il decreto-legge e la legge di conversione» (sentenza n. 251 del 2014; in senso conforme, sentenza n. 145 del 2015).

Nel caso in esame non sussiste l'ipotesi di disomogeneità evocata, vista la comune “natura finanziaria” delle disposizioni contenute nell'originario decreto-legge e nella legge di conversione. La modifica, a seguito del maxi-emendamento, del titolo del decreto-legge (divenuto: «Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali» a fronte della originaria formulazione «Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali») non lede il parametro evocato sotto il profilo della necessaria omogeneità del contenuto del decreto-legge, costituendo una semplice specificazione dell'oggetto del provvedimento di urgenza. Infatti nella «materia di enti territoriali» (locuzione contenuta nella prima formulazione) rientrano in astratto anche le questioni afferenti alle spese del servizio sanitario nazionale, che – oltretutto – costituiscono parte maggioritaria del bilancio delle Regioni.

Tale assunto è confermato da altri elementi testuali: a) l'art. 9 del decreto-legge è rubricato «Disposizioni concernenti le regioni e in tema di sanità ed università»; b) nella premessa del decreto viene esplicitata «la necessità e l'urgenza di specificare ed assicurare il contributo alla finanza pubblica da parte degli enti territoriali, come sancito nell'intesa raggiunta in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nella riunione del 26 febbraio 2015»; c) la situazione di indefettibile urgenza risulta obiettivamente dal quadro finanziario dell'originario intervento relativo al concorso della sanità alle misure di contenimento della finanza pubblica, incidenti sull'esercizio finanziario allora in corso.

7.– Le questioni di legittimità costituzionale degli artt. 9-bis e 9-ter, commi 1, lettere a) e b), 2, 3, 4, 5, 8 e 9, del d.l. n. 78 del 2015, promosse dalla Regione Veneto in riferimento agli artt. 3, 32, 97, 117, secondo e terzo comma, Cost., nonché al principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost., non sono fondate.

Non possono essere condivisi i profili di censura dedotti dalla Regione Veneto, la quale lamenta: a) la violazione dell'art. 3 Cost. sotto il profilo della ragionevolezza, poiché le disposizioni impugnate con consentirebbero soluzioni alternative ove la rinegoziazione con i fornitori non fosse esperibile; b) l'irragionevolezza dei meccanismi di rinegoziazione, i quali sarebbero privi di riferimenti parametrici necessari per assicurare congruità e corrispettività ai nuovi contratti da proporre agli appaltatori; c) il contrasto di dette disposizioni con l'art. 117, terzo comma, Cost., dal momento che, pur essendo ascrivibili al coordinamento della finanza pubblica, presenterebbero natura di norme di dettaglio; d) il contrasto con l'art. 3 Cost., anche sotto il profilo della proporzionalità, per il carattere di “taglio lineare” che disciplinerebbe in modo indifferenziato realtà contrattuali molto diversificate; e) l'assenza di un'effettiva intesa tra Regione e Stato in ossequio al principio di leale collaborazione.

7.1.– Quanto alla censura inerente alla irragionevolezza di un percorso di rinegoziazione “obbligato”, tale assunto viene testualmente smentito dalla combinazione delle norme impugnate dalla ricorrente.

Il comma 1 dell’art. 9-ter indica le finalità ed i modi attuativi del contenimento della spesa sanitaria, stabilendo che «tenuto conto della progressiva attuazione del regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera di cui all’intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 5 agosto 2014, al fine di garantire la realizzazione di ulteriori interventi di razionalizzazione della spesa: a) per l’acquisto dei beni e servizi di cui alla tabella A allegata al presente decreto, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti in essere che abbia l’effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto, al fine di conseguire una riduzione su base annua del 5 per cento del valore complessivo dei contratti in essere; b) al fine di garantire, in ciascuna regione, il rispetto del tetto di spesa regionale per l’acquisto di dispositivi medici fissato, coerentemente con la composizione pubblico-privata dell’offerta, con accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, da adottare entro il 15 settembre 2015 e da aggiornare con cadenza biennale, fermo restando il tetto di spesa nazionale fissato al 4,4 per cento, gli enti del Servizio sanitario nazionale sono tenuti a proporre ai fornitori di dispositivi medici una rinegoziazione dei contratti in essere che abbia l’effetto di ridurre i prezzi unitari di fornitura e/o i volumi di acquisto, rispetto a quelli contenuti nei contratti in essere, senza che ciò comporti modifica della durata del contratto stesso». Il comma 2 del medesimo articolo, inoltre, stabilisce che «[l]e disposizioni di cui alla lettera a) del comma 1 si applicano anche ai contratti per acquisti dei beni e servizi di cui alla tabella A allegata al presente decreto, previsti dalle concessioni di lavori pubblici, dalla finanza di progetto, dalla locazione finanziaria di opere pubbliche e dal contratto di disponibilità, di cui, rispettivamente, agli articoli 142 e seguenti, 153, 160-bis e 160-ter del codice di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163. In deroga all’articolo 143, comma 8, del predetto decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, la rinegoziazione delle condizioni contrattuali non comporta la revisione del piano economico finanziario dell’opera, fatta salva la possibilità per il concessionario di recedere dal contratto; in tale ipotesi si applica quanto previsto dal comma 4 del presente articolo». Alla luce delle successive disposizioni, tale percorso di rinegoziazione non è né rigido, né tassativo.

Il comma 2 dell’art. 9-septies stabilisce, infatti, la possibilità di realizzare i risparmi attraverso soluzioni alternative: «[l]e regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, al fine di salvaguardare i livelli essenziali di assistenza, possono comunque conseguire l’obiettivo economico-finanziario di cui al comma 1 [comma che rinvia – tra l’altro – all’art. 9-ter] anche adottando misure alternative, purché assicurino l’equilibrio del bilancio sanitario con il livello del finanziamento ordinario».

Il successivo comma 4 dell’art. 9-ter prevede inoltre la facoltà di recesso reciproco da parte del contraente pubblico e di quello privato, disponendo che «Nell’ipotesi di mancato accordo con i fornitori, nei casi di cui al comma 1, lettere a) e b), entro il termine di trenta giorni dalla trasmissione della proposta in ordine ai prezzi o ai volumi come individuati ai sensi del comma 1, gli enti del Servizio sanitario nazionale hanno diritto di recedere dal contratto, in deroga all’articolo 1671 del codice civile, senza alcun onere a carico degli stessi. È fatta salva la facoltà del fornitore di recedere dal contratto entro trenta giorni dalla comunicazione della manifestazione di volontà di operare la riduzione, senza alcuna penalità da recesso verso l’amministrazione. Il recesso è comunicato all’amministrazione e ha effetto decorsi trenta giorni dal ricevimento della relativa comunicazione da parte di quest’ultima». La norma può essere attuata – secondo quanto di seguito specificato – attraverso una informata istruttoria in tema di prezzi di mercato da parte del committente ed una

valutazione in contraddittorio con l'affidatario, circa l'opportunità di mantenere il legame contrattuale; in tale contesto, l'incontro delle rispettive volontà può essere orientato positivamente dal criterio della *reductio ad aequitatem*, qualora ne ricorrano i presupposti.

Infine, il comma 5 dell'art. 9-ter consente un'ulteriore facoltà agli enti del SSN che abbiano risolto il contratto, prevedendo che «nelle more dell'espletamento delle gare indette in sede centralizzata o aziendale, possono, al fine di assicurare comunque la disponibilità dei beni e servizi indispensabili per garantire l'attività gestionale e assistenziale, stipulare nuovi contratti accedendo a convenzioni-quadro, anche di altre regioni, o tramite affidamento diretto a condizioni più convenienti in ampliamento di contratto stipulato, mediante gare di appalto o forniture, da aziende sanitarie della stessa o di altre regioni o da altre stazioni appaltanti regionali per l'acquisto di beni e servizi, previo consenso del nuovo esecutore». In altre parole, viene consentita un'ulteriore opzione nella fase transitoria che precede il nuovo affidamento concorsuale.

In sostanza, il quadro normativo di cui si contesta la conformità a Costituzione affida al committente pubblico diverse alternative: la riduzione dei prezzi unitari o dei volumi d'acquisto originariamente previsti dal contratto, il recesso, la conferma (realizzando su altri tipi di spese il risparmio complessivamente programmato dalla manovra finanziaria), l'adesione transitoria a più vantaggiose ipotesi contrattuali stipulate da altri committenti, nelle more della procedura concorsuale eventualmente indetta.

È evidente che tali opzioni devono essere valutate non in modo arbitrario ma secondo i principi di buon andamento ed economicità, attraverso adeguata istruttoria (nell'ambito della quale l'eventuale raggiungimento di un nuovo equilibrio può ragionevolmente esigere, sia la ridiscussione di clausole già esistenti, sia l'introduzione di patti ulteriori), svolta in contraddittorio con l'affidatario del contratto, la cui volontà rimane determinante per l'esito definitivo della procedura di rinegoziazione. In pratica, l'alterazione dell'originario sinallagma non viene automaticamente determinata dalla norma, ma esige un esplicito consenso di entrambe le parti. Ove tale consenso non venga raggiunto, soccorrono appunto le ipotesi alternative di cui s'è detto del recesso, della nuova gara e della adesione transitoria a contratti più vantaggiosi.

La formulazione delle norme in esame finisce quindi per bilanciare, secondo modalità non implausibili, l'autonomia contrattuale della parte pubblica e della parte privata, l'esigenza di continuità dei servizi sanitari e la salvaguardia degli interessi finanziari del coordinamento della finanza pubblica sottesi alla manovra di riduzione della spesa.

L'operatività della rinegoziazione rimane circoscritta alla sola eventualità che i contraenti raggiungano un nuovo accordo attraverso la ridefinizione in concreto delle loro originarie determinazioni. In definitiva, l'offerta di modifica ex art. 9-ter rimane comunque condizionata dalla verifica che il sinallagma del contratto originario non sia dalla stessa inciso fino a pregiudicarne la convenienza per l'amministrazione e la remuneratività per l'esecutore.

Sotto questo profilo, la disciplina impugnata supera il vaglio di costituzionalità poiché disegna un meccanismo idoneo a garantire che le posizioni contrattuali inizialmente concordate tra le parti non siano automaticamente modificate o comunque stravolte dalla sopravvenienza normativa, ma siano circoscritte nel perimetro della normale alea assunta *ex contractu*, nell'ambito della quale deve essere ricompreso, trattandosi di contratti di durata, anche l'intervento del legislatore.

Dunque la disposizione va interpretata nel senso del conferimento di una facoltà al committente, la quale non comporta che le quantità ed i prezzi unitari degli acquisti dei beni e dei servizi futuri risultino necessariamente ridotti in modo automatico e lineare.

La riduzione della spesa va al contrario inquadrata in un piano globale di risparmio che obbliga l'ente pubblico ad istruire e motivare la scelta più conveniente tra le diverse opzioni consentite dal legislatore.

7.2.– Quanto detto a proposito della facoltatività della rinegoziazione comporta la non fondatezza della censura di irragionevolezza dei meccanismi attuativi, i quali – secondo le ricorrenti – sarebbero privi di riferimenti parametrici per assicurare congruità e corrispettività ai successivi contratti da proporre agli appaltatori.

In proposito, il comma 3 dell'art. 9-ter prevede che «[a]i fini dell'applicazione delle disposizioni di cui alla lettera b) del comma 1, e nelle more dell'individuazione dei prezzi di riferimento da parte dell'Autorità nazionale anticorruzione, il Ministero della salute mette a disposizione delle regioni i prezzi unitari dei dispositivi medici presenti nel nuovo sistema informativo sanitario ai sensi del decreto del Ministro della salute 11 giugno 2010, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 175 del 29 luglio 2010» ed il successivo comma 7 stabilisce che «[p]resso il Ministero della salute è istituito, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, l'Osservatorio nazionale sui prezzi dei dispositivi medici allo scopo di supportare e monitorare le stazioni appaltanti e verificare la coerenza dei prezzi a base d'asta rispetto ai prezzi di riferimento definiti dall'Autorità nazionale anticorruzione o ai prezzi unitari disponibili nel flusso consumi del nuovo sistema informativo sanitario».

Oltre ai riferimenti parametrici previsti da tali disposizioni le stazioni committenti ben possono fare riferimento ad ogni indagine di mercato per definire le decisioni più appropriate nella gestione di queste misure di contenimento della spesa, che non possono certamente pregiudicare la qualità e la continuità dei servizi sanitari. Il riferimento ad elementi parametrici è non solo consentito alle stazioni committenti, ma diventa corredo istruttorio indefettibile per valutare la congruità delle decisioni applicative o alternative della riduzione dei contratti.

7.3.– Le esposte argomentazioni consentono anche di dichiarare non fondata l'ulteriore censura proposta dalla ricorrente, secondo cui quella impugnata sarebbe comunque una disciplina di dettaglio, incompatibile con la potestà legislativa attribuita allo Stato dall'art. 117, terzo comma, Cost.

Infatti, la disposizione in esame, correttamente interpretata, pone un obiettivo di carattere macroeconomico alla spesa regionale temporalmente limitato, lasciando sufficienti alternative alla Regione per realizzarlo.

7.4.– Analoghe considerazioni consentono di dichiarare la non fondatezza della censura argomentata con riguardo alla pretesa violazione del principio di proporzionalità di cui all'art. 3 Cost.

Le alternative consentite dalla disposizione impugnata permettono di escludere la rigidità e la sproporzione delle misure introdotte dal legislatore.

Sono proprio l'equilibrio e la proporzionalità i criteri direttivi delle scelte cui è chiamato dalla norma il committente pubblico della sanità.

7.5.– Infine, per quel che concerne l'art. 9-bis del d.l. n. 78 del 2015 e la pretesa violazione del principio di leale collaborazione che deriverebbe dall'assenza di un'effettiva intesa, è infondato l'assunto della Regione Veneto, secondo cui il "taglio" al SSN per il 2015 sarebbe stato di fatto imposto alle Regioni, altrimenti esposte al rischio di subirlo secondo le determinazioni unilaterali dello Stato, come previsto dall'art. 46, comma 6, del d.l. n. 66 del 2014 così come modificato dall'art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014.

Poiché questa Corte ha già respinto le impugnative regionali rivolte contro il predetto art. 46, comma 6, del d.l. n. 66 del 2014, come modificato, ed il relativo meccanismo (sentenza n. 65 del 2016), esse non possono più venire in considerazione come eventualità idonee a determinare una lesione dei parametri evocati dalla ricorrente, con la conseguenza che l'intesa non può ritenersi frutto di illegittima costrizione.

8.– Le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 9-quater, commi 1, 2, 4, 5 e 6, del d.l. n. 78 del 2015, promosse dalla Regione Veneto in riferimento agli artt. 3, 32, 97, 117, secondo e terzo comma, Cost., nonché al principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost., non sono fondate nei sensi e nei limiti di seguito precisati.

La ricorrente, in sostanza, interpreta le disposizioni impugnate come il conferimento al decreto ministeriale di un potere impositivo nei confronti dei medici finalizzato all'adozione di standardizzati modelli di cura, i quali sarebbero lesivi dell'esercizio della professione medica e riverbererebbero tale effetto sulla cura dei pazienti e sull'autonomia regionale.

In tal senso vengono lette le espressioni che demandano al decreto ministeriale l'individuazione delle condizioni di erogabilità e di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, quelle che stabiliscono l'effettuazione dei controlli conformativi alle suddette prescrizioni e quelle che prevedono applicazione di sanzioni e responsabilità.

Sarebbero gravemente lesivi della garanzia del diritto costituzionale alla salute ed invasivi delle competenze regionali: a) il comma 1, nello stabilire che «con decreto del Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, siano individuate le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale»; b) il comma 2, nel prescrivere che «[l]e prestazioni erogate al di fuori delle condizioni di erogabilità previste dal decreto ministeriale di cui al comma 1 sono a totale carico dell'assistito»; c) il comma 4, nel prescrivere che «[g]li enti del Servizio sanitario nazionale curano l'informazione e l'aggiornamento dei medici prescrittori ed effettuano i controlli necessari ad assicurare che la prescrizione delle prestazioni sia conforme alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale previsto dal comma 1»; d) i commi 5 e 6, nel prevedere rispettivamente che «[i]n caso di un comportamento prescrittivo non conforme alle condizioni e alle indicazioni di cui al decreto ministeriale previsto dal comma 1, l'ente richiede al medico prescrittore le ragioni della mancata osservanza delle predette condizioni ed indicazioni. In caso di mancata risposta o di giustificazioni insufficienti, l'ente adotta i provvedimenti di competenza, [nei confronti del] medico prescrittore dipendente del Servizio sanitario nazionale [...] e nei confronti del medico convenzionato con il Servizio sanitario nazionale», e che «la mancata adozione da parte dell'ente del Servizio sanitario nazionale dei provvedimenti di competenza nei confronti del medico prescrittore comporta la responsabilità del direttore generale ed è valutata ai fini della verifica del rispetto degli obiettivi assegnati al medesimo dalla regione».

Deve essere innanzitutto precisato che il decreto di cui al citato comma 1, il quale prevede le condizioni di erogabilità e le indicazioni di appropriatezza prescrittiva, ed il successivo comma 2, che pone a carico dell'assistito le prestazioni al di fuori delle condizioni di erogabilità, non vietano certamente al medico le prescrizioni ritenute necessarie nel caso concreto e non pregiudicano quindi la sua prerogativa di operare secondo “scienza e coscienza”.

Dette disposizioni rispondono invece ad una finalità di razionalizzazione del SSN, indirizzando il governo della spesa sanitaria e farmaceutica in un contesto di compatibilità economico-finanziaria che non esclude – attraverso un tempestivo e continuo aggiornamento dei prontuari – l'accesso a presidi innovativi ed a farmaci per le malattie rare. Peraltro, il SSN già conosce peculiari istituti in

grado di consentire ai pazienti privi di altre opportunità terapeutiche valide l'uso di farmaci o terapie che, anche in assenza di una sperimentazione clinica completa, potrebbero apportare benefici attraverso una prognosi favorevole al paziente in termini di rapporto rischio/beneficio (così, ad esempio, la legge 10 marzo del 2010, n. 38, recante «Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore», ed il decreto del Ministero della sanità 18 maggio 2001, n. 279, recante «Regolamento di istituzione della rete nazionale delle malattie rare e di esenzione dalla partecipazione al costo delle relative prestazioni sanitarie ai sensi dell'articolo 5, comma 1, lettera b) del decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124»).

Quanto alle altre disposizioni impugnate, relative all'informazione, al controllo, alle sanzioni e alle responsabilità connesse all'erogazione delle prestazioni, ove fossero assunti nel significato attribuito dalla Regione ricorrente, esse sarebbero certamente contrarie ai parametri costituzionali evocati; tuttavia, tale significato non è l'unico attribuibile al testo normativo, del quale è possibile un'interpretazione conforme al dettato costituzionale (ex plurimis, sentenza n. 279 del 2016).

Peraltro, sullo specifico argomento dei limiti alla discrezionalità legislativa in tema di esercizio dell'arte medica, la giurisprudenza di questa Corte appare assolutamente congruente con l'attribuzione di un diverso significato alle disposizioni impugnate, come appresso specificato.

Così è stato più volte affermato il “carattere personalistico” delle cure sanitarie, sicché la previsione legislativa non può precludere al medico la possibilità di valutare, sulla base delle più aggiornate e accreditate conoscenze tecnico-scientifiche, il singolo caso sottoposto alle sue cure, individuando di volta in volta la terapia ritenuta più idonea ad assicurare la tutela della salute del paziente (in senso conforme, tra le altre, sentenza n. 151 del 2009). Alla luce di tale indefettibile principio, l'“appropriatezza prescrittiva” prevista dall'art. 9-quater, comma 1, del d.l. n. 78 del 2015 ed i parametri contenuti nel decreto ministeriale devono essere dunque intesi come un invito al medico prescrittore di rendere trasparente, ragionevole ed informata la consentita facoltà di discostarsi dalle indicazioni del decreto ministeriale.

In tale accezione ermeneutica devono essere intese anche le disposizioni in tema di controlli di conformità alle indicazioni del decreto ministeriale: esse non possono assolutamente conculcare il libero esercizio della professione medica, ma costituiscono un semplice invito a motivare scostamenti rilevanti dai protocolli. È invece assolutamente incompatibile un sindacato politico o meramente finanziario sulle prescrizioni, poiché la discrezionalità legislativa trova il suo limite «[nel]le acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione e sulle quali si fonda l'arte medica: sicché, in materia di pratica terapeutica, la regola di fondo deve essere la autonomia e la responsabilità del medico, che, con il consenso del paziente, opera le necessarie scelte professionali (sentenze n. 338 del 2003 e n. 282 del 2002)» (sentenza n. 151 del 2009).

A tali evidenze scientifiche ed ai richiamati principi giurisprudenziali deve pertanto attenersi la redazione del decreto ministeriale, il quale deve tenere conto – in particolare – della dinamica evolutiva terapeutica e della specificità del paziente, inteso come soggetto titolare di un diritto alla appropriata attribuzione dei presidi diagnostici e terapeutici. Ciò comporta che la vigilanza e l'eventuale comminazione di sanzioni al medico non possano essere ispirate ad una mera ratio di deterrenza verso il proliferare della spesa sanitaria, ma siano, al contrario, dirette alla tutela del paziente e del servizio, così da intercettare eventuali gravi scostamenti dalla fisiologia della pratica medica, diretti a soddisfare unicamente gli interessi economici dei soggetti coinvolti nell'industria farmaceutica e nella produzione dei servizi sanitari o comunque altri interessi, ulteriori e confliggenti con l'efficace ed efficiente gestione della sanità.

Infatti, è costante orientamento di questa Corte che «scelte legislative dirette a limitare o vietare il ricorso a determinate terapie – la cui adozione ricade in linea di principio nell’ambito dell’autonomia e della responsabilità dei medici, tenuti ad operare col consenso informato del paziente e basandosi sullo stato delle conoscenze tecnico-scientifiche a disposizione – non sono ammissibili ove nascano da pure valutazioni di discrezionalità politica, e non prevedano “l’elaborazione di indirizzi fondati sulla verifica dello stato delle conoscenze scientifiche e delle evidenze sperimentali acquisite, tramite istituzioni e organismi – di norma nazionali o sovranazionali – a ciò deputati”, né costituiscano “il risultato di una siffatta verifica”. Si può ora aggiungere che stabilire il confine fra terapie ammesse e terapie non ammesse, sulla base delle acquisizioni scientifiche e sperimentali, è determinazione che investe direttamente e necessariamente i principi fondamentali della materia, collocandosi “all’incrocio fra due diritti fondamentali della persona malata: quello ad essere curato efficacemente, secondo i canoni della scienza e dell’arte medica; e quello ad essere rispettato come persona, e in particolare nella propria integrità fisica e psichica” (sentenza n. 282 del 2002)» (sentenza n. 338 del 2003).

Alla luce di quanto precede, deve dunque essere esclusa qualsiasi lesione dell’autonomia regionale in relazione all’organizzazione del servizio sanitario ed al suo buon andamento, poiché le norme impugnate, nella predetta accezione ermeneutica, attengono proprio alla cura del buon andamento della sanità complessivamente inteso.

Coerente con la prospettiva ermeneutica costituzionalmente orientata è la formulazione dei commi 5 e 6 dell’art. 9-quater.

La richiesta di chiarimenti al medico prescrittore e l’eventuale riduzione del trattamento economico accessorio deve essere intesa come rigorosamente riferita, non a mere elaborazioni statistiche sull’andamento generale delle prescrizioni, ma a fattispecie di grave scostamento dalle evidenze scientifiche in materia. Si tratta, a ben vedere, di una norma applicativa del principio di vigilanza sull’operato del personale sanitario che, più che innovativa, è sostanzialmente specificativa delle modalità di contrasto nei confronti di alcune prassi gravemente patologiche.

Peraltro, considerato lo stretto legame logico e funzionale tra l’abuso prescrittivo e gli interessi di tutela del paziente e del buon andamento sanitario, nonché la complessa dialettica scientifica che può caratterizzare alcune ipotesi di sospetto abuso, il sindacato in esame implica non solo che all’interessato sia assicurato il diritto a controdedurre rispetto all’addebito contestato, ma anche che egli possa interagire nelle fasi prodromiche all’assunzione della decisione formale, in modo da assicurare in tale sede la piena cognizione dei fatti e degli interessi in gioco. E ciò da solo spiega che quello istituito dalla norma non è un controllo burocratico bensì un sindacato che deve essere gestito – come esattamente osservato dall’Avvocatura generale dello Stato – secondo le regole deontologiche dell’esercizio della professione medica.

Di quanto argomentato è naturale conseguenza la responsabilità del direttore generale per omessa vigilanza ai sensi dell’art. 9-quater, comma 6.

Dunque l’intero contesto normativo dell’art. 9-quater impugnato dalla Regione Veneto trova nell’esposta interpretazione sistematica la ragione della propria conformità ai parametri costituzionali evocati.

9.– Ferma restando la definizione della pregiudiziale questione di legittimità costituzionale dell’art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015 proposta dalla Regione Liguria in riferimento all’art. 77 Cost., occorre ora occuparsi delle censure formulate in modo articolato da entrambe le ricorrenti nei confronti della medesima norma in riferimento agli artt. 3, 32, 97, 117, secondo e terzo comma,

Cost., nonché al principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost. ed all'art. 5, lettera g), della legge cost. n. 1 del 2012, in relazione all'art. 11 della legge n. 243 del 2012.

Va premesso che tali censure possono essere esaminate limitatamente ai profili di riduzione del livello di finanziamento del SSN poiché l'entità assoluta del contributo alla finanza pubblica – di cui quello afferente al SSN è una parte – è stato stabilito da precedenti disposizioni già scrutinate da questa Corte, secondo il costante orientamento per cui l'imposizione dei risparmi di spesa rientra nell'esercizio della funzione di coordinamento della finanza pubblica di cui all'art. 117, terzo comma, Cost. (sentenza n. 65 del 2016).

9.1.– Le censure rivolte dalle ricorrenti avverso la pretesa definitività del “taglio lineare” delle risorse non sono fondate.

In particolare, non può essere condivisa l'affermazione secondo cui l'assenza di un termine alla vigenza di dette misure di contenimento rende le disposizioni impugnate contrarie al principio di autonomia regionale, in quanto indefinitamente protratte nel tempo.

Le ricorrenti deducono tale carattere dalla mancanza di una esplicita previsione di un termine finale, ma – come correttamente sostenuto dalla difesa erariale – la manovra inerente a tale riduzione si è svolta secondo un orizzonte triennale nell'ambito del quale sono state poi apportate alcune correzioni.

In tale articolato quadro finanziario l'art. 9-septies, comma 1, del d.l. n. 78 del 2015 richiama espressamente l'art. 1, comma 556, della legge n. 190 del 2014, il quale prevede che «il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre lo Stato è stabilito in 112.062.000.000 euro per l'anno 2015 e in 115.444.000.000 euro per l'anno 2016, salve eventuali rideterminazioni in attuazione dell'articolo 46, comma 6, del decreto-legge 24 aprile 2014, n. 66, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n. 89, come modificato dal comma 398 del presente articolo, in attuazione di quanto previsto dall'articolo 1, comma 1, del Patto per la salute».

Peraltro, l'art. 1, comma 568, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)», ha rideterminato il livello del finanziamento del SSN e questo è stato ulteriormente modificato dall'art. 1, comma 392, della legge 11 dicembre 2016, n. 232 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019).

Il periodo di vigenza della norma impugnata non la rende dunque incompatibile con l'autonomia finanziaria della Regione.

Se la temporaneità della soluzione normativa scelta dal legislatore è coerente con l'esigenza di assicurare nel breve periodo il concorso delle Regioni alla risoluzione di una grave situazione di emergenza economica del Paese, evitando che detta esigenza diventi “tiranna” attraverso una stabilizzazione apodittica dei sacrifici imposti all'ente territoriale e alla collettività amministrata, nondimeno deve essere rinnovato al legislatore l'invito a corredare le iniziative legislative incidenti sull'erogazione delle prestazioni sociali di rango primario con un'appropriata istruttoria finanziaria. Ciò soprattutto al fine di definire in modo appropriato, anche tenendo conto delle scansioni temporali dei cicli di bilancio e più in generale della situazione economica del Paese, il quadro delle relazioni finanziarie tra lo Stato, le Regioni e gli enti locali, evitando la sostanziale estensione dell'ambito temporale di precedenti manovre che potrebbe sottrarre al confronto parlamentare la valutazione degli effetti complessivi e sistemici di queste ultime in un periodo più lungo (sentenza n. 154 del 2017).

9.2.– È altresì infondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, promossa dalla Regione Liguria in relazione al preteso effetto «sugli impegni di spesa già assunti» dalla medesima.

Le disposizioni (peraltro non impugnate dalla ricorrente) strumentali alla riduzione di cui all'art. 9-septies non comportano alcuna lesione degli impegni già assunti poiché – come già in precedenza evidenziato – consentono una pluralità di soluzioni per l'amministrazione interessata alla loro attuazione. È evidente che l'esistenza di impegni giuridicamente vincolanti, preesistenti all'entrata in vigore del d.l. n. 78 del 2015, deve essere presa in considerazione nella scelta delle alternative consentite dal legislatore, salvaguardando l'adempimento di obbligazioni già perfezionate.

Peraltro – come rilevato dall'Avvocatura generale dello Stato – il taglio complessivo delle risorse destinate alle Regioni – di cui, come detto, quello della sanità costituisce una parte – era già disposto dall'art. 46, comma 6, del d.l. n. 66 del 2014, così come modificato dall'art. 1, comma 398, lettera c), della legge n. 190 del 2014, entrato in vigore all'inizio dell'esercizio 2015, il quale stabiliva che le Regioni a statuto ordinario avrebbero dovuto comunque contribuire al risanamento della finanza pubblica per 3.452 milioni di euro, da ripartire in sede di Conferenza permanente e che, in caso di assenza di intesa entro il 31 gennaio 2015, si sarebbe applicato «quanto previsto dal secondo periodo, considerando anche le risorse destinate al finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale». Ne consegue che la Regione Liguria, in quanto destinataria di tale riduzione complessiva, avrebbe dovuto tener conto dell'obiettivo di contenimento previsto da detta legge nell'ambito della gestione degli impegni di spesa.

9.3.– Le censure rivolte da entrambe le Regioni all'art. 9-septies, commi 1 e 2, in riferimento agli artt. 32 e 117, secondo comma, lettera m), Cost., in relazione alla pretesa compressione dei LEA quali prestazioni sanitarie indefettibili, non sono fondate nei sensi e nei limiti di seguito precisati.

9.3.1.– Le ricorrenti non presentano elementi probatori in grado di confermare tale assunto. È costante l'orientamento di questa Corte nel senso che la prova della lesione delle prerogative regionali, dipendente dalla riduzione di risorse destinate ai livelli essenziali delle prestazioni, non può consistere in un'apodittica doglianza, ma deve essere sorretta da elementi obiettivi che, nel caso di specie – per quanto si dirà in prosieguo – non sono stati dedotti in misura idonea (sulla prova della violazione delle attribuzioni regionali, ex multis, sentenze n. 205, n. 151, n. 127 e n. 65 del 2016, n. 89 del 2015, n. 26 del 2014).

E' stato altresì precisato – in tema di riduzione delle risorse degli enti territoriali per il raggiungimento degli obiettivi di finanza pubblica – che il legislatore statale può imporle (ex multis, sentenza n. 36 del 2004) purché la riduzione sia ragionevole e tale da non pregiudicare le funzioni assegnate all'ente territoriale, dal momento che «l'eccessiva riduzione delle risorse e l'incertezza sulla loro definitiva entità [...] non consentono una proficua utilizzazione delle stesse in quanto “[s]olo in presenza di un ragionevole progetto di impiego è possibile realizzare una corretta ripartizione delle risorse [...] e garantire il buon andamento dei servizi con esse finanziati (sentenza n. 188 del 2015)”» (sentenza n. 10 del 2016).

I LEA, in quanto appartenenti alla più ampia categoria dei LEP, devono essere determinati dal legislatore statale e garantiti su tutto il territorio nazionale ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost. L'art. 8, comma 1, della legge n. 42 del 2009, recante «Principi e criteri direttivi sulle modalità di esercizio delle competenze legislative e sui mezzi di finanziamento», dispone in proposito che «[a]l fine di adeguare le regole di finanziamento alla diversa natura delle funzioni spettanti alle regioni, nonché al principio di autonomia di entrata e di spesa fissato dall'articolo 119 della Costituzione, i decreti legislativi di cui all'articolo 2 [nel caso di specie il decreto n. 68 del 2011

e le successive modifiche e integrazioni] sono adottati secondo i seguenti principi e criteri direttivi: a) classificazione delle [...] spese relative a materie di competenza esclusiva statale, in relazione alle quali le regioni esercitano competenze amministrative; tali spese sono: 1) spese riconducibili al vincolo dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione; 2) spese non riconducibili al vincolo di cui al numero 1); [...] b) definizione delle modalità per cui le spese riconducibili alla lettera a), numero 1), sono determinate nel rispetto dei costi standard associati ai livelli essenziali delle prestazioni fissati dalla legge statale in piena collaborazione con le regioni e gli enti locali, da erogare in condizioni di efficienza e di appropriatezza su tutto il territorio nazionale; [...].».

Da tale norma si evince, tra l'altro, che: a) le spese per i LEA devono essere quantificate attraverso l'«associazione» tra i costi standard e gli stessi livelli stabiliti dal legislatore statale in modo da determinare, su scala nazionale e regionale, i fabbisogni standard costituzionalmente vincolati ai sensi dell'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost.; b) tali fabbisogni devono essere individuati dallo Stato attraverso la «piena collaborazione» con gli enti territoriali; c) l'erogazione delle prestazioni deve essere caratterizzata da efficienza ed appropriatezza su tutto il territorio nazionale.

In ordine alla puntuale attuazione del regime dei costi e dei fabbisogni standard sanitari che avrebbe dovuto assicurare la precisa delimitazione finanziaria dei LEA rispetto alle altre spese sanitarie, si è verificata – dopo l'entrata in vigore del d.lgs. n. 68 del 2011 – una lunga fase di transizione, ancora oggi in atto, attraverso l'applicazione, d'intesa con le Regioni, di criteri convenzionali di riparto. Ciò in attesa di acquisire dati analitici idonei a determinare costi e fabbisogni in modo conforme al richiamato art. 8, comma 1, della legge n. 42 del 2009.

In definitiva, non può sottacersi, nella perdurante inattuazione della legge n. 42 del 2009 già lamentata da questa Corte (sentenza n. 273 del 2013), l'esistenza di una situazione di difficoltà che non consente tuttora l'integrale applicazione degli strumenti di finanziamento delle funzioni regionali previste dall'art. 119 Cost.

A tale situazione è eziologicamente collegata l'assenza, nella disposizione in esame, di una previsione circa la doverosa separazione del fabbisogno LEA dagli oneri degli altri servizi sanitari. Sotto tale profilo neppure la recente adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502) è di per sé in grado di supplire a detta carenza. La persistenza di tale situazione può causare la violazione degli artt. 32 e 117, secondo comma, lettera m), Cost., nei casi in cui eventuali disposizioni di legge trasferiscano «a cascata», attraverso i diversi livelli di governo territoriale, gli effetti delle riduzioni finanziarie sulle prestazioni sanitarie costituzionalmente necessarie (in tal senso sentenza n. 275 del 2016).

Nel caso in esame, tuttavia, le ricorrenti non hanno dedotto elementi in grado di provare l'effettiva lesione dei suddetti precetti costituzionali.

Infatti, i molteplici dati finanziari prodotti sono sprovvisti di una coerente proiezione macroeconomica dei costi in termini di fabbisogno regionale, che consenta di dimostrare la ricaduta lesiva della norma impugnata sulla spesa costituzionalmente necessaria. Le ricorrenti si limitano ad enumerare tali elementi senza illustrare la loro interazione sulle risultanze complessive dei rispettivi bilanci e senza enucleare – come previsto dal richiamato art. 8, comma 1, della legge n. 42 del 2009 – nel monte complessivo della spesa regionale sanitaria, il fabbisogno LEA di cui viene lamentata la compressione da parte della disposizione impugnata.

9.3.2.– Se le precedenti considerazioni sono sufficienti ai fini della declaratoria di infondatezza della questione, sono tuttavia utili alcune riflessioni circa la mancata proiezione precedentemente

evidenziata, elemento necessario per dimostrare il pregiudizio causato da norme sproporzionatamente riduttive di risorse destinate all'erogazione di prestazioni sociali di carattere primario. Infatti, la trasversalità e la primazia della tutela sanitaria rispetto agli interessi sottesi ai conflitti Stato-Regioni in tema di competenza legislativa, impongono una visione teleologica e sinergica della dialettica finanziaria tra questi soggetti, in quanto coinvolgente l'erogazione di prestazioni riconducibili al vincolo di cui all'art. 117, secondo comma, lettera m), Cost.

Se, al fine di assicurare la garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni (LEP), alla cui categoria, come detto, appartengono i LEA, «spetta al legislatore predisporre gli strumenti idonei alla realizzazione ed attuazione di esso, affinché la sua affermazione non si traduca in una mera previsione programmatica, ma venga riempita di contenuto concreto e reale [di talché] è la garanzia dei diritti incompressibili ad incidere sul bilancio e non l'equilibrio di questo a condizionarne la doverosa erogazione» (sentenza n. 275 del 2016), non vi è dubbio che le Regioni stesse debbano collaborare all'individuazione di metodologie parametriche in grado di separare il fabbisogno finanziario destinato a spese incompressibili da quello afferente ad altri servizi sanitari suscettibili di un giudizio in termini di sostenibilità finanziaria.

Sotto tale profilo, è bene quindi ricordare che la determinazione dei LEA è un obbligo del legislatore statale, ma che la sua proiezione in termini di fabbisogno regionale coinvolge necessariamente le Regioni, per cui la fisiologica dialettica tra questi soggetti deve essere improntata alla leale collaborazione che, nel caso di specie, si colora della doverosa cooperazione per assicurare il migliore servizio alla collettività.

Da ciò consegue che la separazione e l'evidenziazione dei costi dei livelli essenziali di assistenza devono essere simmetricamente attuate, oltre che nel bilancio dello Stato, anche nei bilanci regionali ed in quelli delle aziende erogatrici secondo la direttiva contenuta nel citato art. 8, comma 1, della legge n. 42 del 2009.

In definitiva, la dialettica tra Stato e Regioni sul finanziamento dei LEA dovrebbe consistere in un leale confronto sui fabbisogni e sui costi che incidono sulla spesa costituzionalmente necessaria, tenendo conto della disciplina e della dimensione della fiscalità territoriale nonché dell'intreccio di competenze statali e regionali in questo delicato ambito materiale. Ciò al fine di garantire l'effettiva programmabilità e la reale copertura finanziaria dei servizi, la quale – data la natura delle situazioni da tutelare – deve riguardare non solo la quantità ma anche la qualità e la tempistica delle prestazioni costituzionalmente necessarie.

Ne consegue ulteriormente che, ferma restando la discrezionalità politica del legislatore nella determinazione – secondo canoni di ragionevolezza – dei livelli essenziali, una volta che questi siano stati correttamente individuati, non è possibile limitarne concretamente l'erogazione attraverso indifferenziate riduzioni della spesa pubblica. In tale ipotesi verrebbero in essere situazioni prive di tutela in tutti i casi di mancata erogazione di prestazioni indefettibili in quanto l'effettività del diritto ad ottenerle «non può che derivare dalla certezza delle disponibilità finanziarie per il soddisfacimento del medesimo diritto» (sentenza n. 275 del 2016).

Deve essere infine sottolineato che – in attesa di una piena definizione dei fabbisogni LEA – misure più calibrate e più stabili di quelle fino ad oggi assunte sono utili per la riqualificazione di un servizio fondamentale per la collettività come quello sanitario. Questa Corte ha affermato che la programmazione e la proporzionalità tra risorse assegnate e funzioni esercitate sono intrinseche componenti del «principio del buon andamento [il quale] – ancor più alla luce della modifica intervenuta con l'introduzione del nuovo primo comma dell'art. 97 Cost. ad opera della legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1 (Introduzione del principio del pareggio di bilancio nella Carta

costituzionale) – è strettamente correlato alla coerenza della legge finanziaria», per cui «organizzare e qualificare la gestione dei servizi a rilevanza sociale da rendere alle popolazioni interessate [...] in modo funzionale e proporzionato alla realizzazione degli obiettivi previsti dalla legislazione vigente diventa fondamentale canone e presupposto del buon andamento dell'amministrazione, cui lo stesso legislatore si deve attenere puntualmente» (sentenza n. 10 del 2016).

9.4.– Per gli stessi motivi che hanno comportato il rigetto delle precedenti censure deve ritenersi non fondata anche la questione di legittimità costituzionale dell'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, promossa dalla Regione Liguria in riferimento al principio di leale collaborazione, per non aver il legislatore statale atteso l'avvio della fase attuativa dei nuovi meccanismi di risparmio e contenimento della spesa sanitaria. In particolare, va sottolineato come la riduzione complessiva delle risorse destinate alla Regione fosse già entrata in vigore con il d.l. n. 66 del 2014, modificato dalla legge n. 190 del 2014, e quindi il principio di leale collaborazione non risulta violato dall'attuativa prescrizione statale.

per questi motivi

LA CORTE COSTITUZIONALE

riservata a separate pronunce la decisione delle altre questioni di legittimità costituzionale promosse dalla Regione Veneto con il ricorso indicato in epigrafe;

riuniti i giudizi,

1) dichiara inammissibili le questioni di legittimità costituzionale degli artt. 9-bis; 9-ter, commi 1, lettere a) e b), 2, 3, 4, 5, 8 e 9; 9-quater, commi 1, 2, 4, 5, 6 e 7; 9-septies, commi 1 e 2, del decreto-legge 19 giugno 2015, n. 78 (Disposizioni urgenti in materia di enti territoriali. Disposizioni per garantire la continuità dei dispositivi di sicurezza e di controllo del territorio. Razionalizzazione delle spese del Servizio sanitario nazionale nonché norme in materia di rifiuti e di emissioni industriali), convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, promosse, in riferimento agli artt. 5, 117, quarto comma, 118 e 119 della Costituzione, dalla Regione Veneto con il ricorso indicato in epigrafe;

2) dichiara inammissibili le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, come convertito, promosse, in riferimento agli artt. 118 e 119 Cost., nonché in relazione all'art. 1, comma 398, lettera c), della legge 23 dicembre 2014, n. 190, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)», dalla Regione Liguria con il ricorso indicato in epigrafe;

3) dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 9-bis del d.l. n. 78 del 2015, come convertito, promossa in riferimento al principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost., dalla Regione Veneto con il ricorso indicato in epigrafe;

4) dichiara non fondata, nei sensi di cui in motivazione, la questione di legittimità costituzionale dell'art. 9-ter, commi 1, lettere a) e b), 2, 3, 4, 5, 8 e 9 del d.l. n. 78 del 2015, come convertito, promossa in riferimento agli artt. 3, 32, 97, 117, secondo e terzo comma, Cost. nonché al principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost., dalla Regione Veneto con il ricorso indicato in epigrafe;

5) dichiara non fondata, nei sensi di cui in motivazione, la questione di legittimità costituzionale dell'art. 9-quater, commi 1, 2, 4, 5 e 6, del d.l. n. 78 del 2015, come convertito, promossa, in riferimento agli artt. 3, 32, 97, 117, secondo e terzo comma, Cost. nonché al principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost., dalla Regione Veneto con il ricorso indicato in epigrafe;

6) dichiara non fondata la questione di legittimità costituzionale dell'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, come convertito, promossa, in riferimento all'art. 77 Cost., dalla Regione Liguria con il ricorso indicato in epigrafe;

7) dichiara non fondate, nei sensi di cui in motivazione, le questioni di legittimità costituzionale dell'art. 9-septies, commi 1 e 2, del d.l. n. 78 del 2015, come convertito, promosse, in riferimento agli artt. 3, 32, 97, 117, secondo e terzo comma, e 119, nonché al principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 Cost., dalle Regioni Veneto e Liguria con i ricorsi indicati in epigrafe;

Così deciso in Roma, nella sede della Corte costituzionale, Palazzo della Consulta, il 21 marzo 2017.

F.to:

Paolo GROSSI, Presidente

Aldo CAROSI, Redattore

Roberto MILANA, Cancelliere

Depositata in Cancelleria il 12 luglio 2017.

Il Direttore della Cancelleria

F.to: Roberto MILANA