

PARTE PRIMA

Corte Costituzionale

RICORSO 12 ottobre 2022 (depositato 21 ottobre 2022), n. 81

Ricorso per la declaratoria di illegittimità costituzionale degli articoli 2 comma 1, 3 comma 4, 5 comma 4, 16 e 17 comma 3 lett. a) e b) della L.R. n. 14/2022 ("Tumore al colon-retto. Misure per il potenziamento dello screening di popolazione e consulenza oncogenetica").



Avvocatura Generale dello Stato

Reg. Ric. n. 81/2022

CT. 38989/22

ECC.MA CORTE COSTITUZIONALE**RICORSO EX ART. 127 DELLA COSTITUZIONE**

per

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, rappresentato e difeso per legge dall'Avvocatura Generale dello Stato presso i cui uffici è domiciliato in Roma alla via dei Portoghesi, 12

ricorrente

contro

la **REGIONE PUGLIA**, in persona del Presidente della Regione pro-tempore, con sede legale in Bari, Lungomare Nazario Sauro, n. 33

intimata

PER LA DECLARATORIA**DI ILLEGITTIMITÀ COSTITUZIONALE**

degli articoli 2 comma 1, 3 comma 4, 5 comma 4, 16 e 17 comma 3 lett. a) e b), della Legge della Regione Puglia 12 agosto 2022 n. 14, pubblicata nel B.U.R. del 16 agosto 2022 n. 90, recante "Tumore al colon-retto. Misure per il potenziamento dello screening di popolazione e consulenza oncogenetica", come da delibera del Consiglio dei Ministri in data 10 ottobre 2022.

* * *

Sul B.U.R. della Regione Puglia n. 90 del 16 agosto 2022 è stata pubblicata la Legge n. 14 del 12 agosto 2022 recante *“Tumore al colon-retto. Misure per il potenziamento dello screening di popolazione e consulenza oncogenetica”*.

Il Governo ritiene che le disposizioni introdotte dagli articoli 2 comma 1, 3 comma 4, 5 comma 4, 16 e 17 comma 3 lett. a) e b), della legge in esame, violino principi fondamentali in materia di “tutela della salute” e in materia di “coordinamento della finanza pubblica”, ai sensi dell’art. 117, comma 3, Cost., oltre che l’art. 3, l’art. 32 comma 2 e l’art. 117, comma 2, lett. l), Cost., per le ragioni che si andranno ad esporre.

Si propone, pertanto, questione di legittimità costituzionale ai sensi dell’art. 127, comma 1, della Costituzione per i seguenti

MOTIVI

1. Illegittimità degli artt. 2 comma 1, 3 comma 4 e 5 comma 4, L. R. 14/2022, per violazione dell’art. 3 Cost., dei principi generali in materia di “tutela della salute” di cui all’art. 117 comma 3 Cost., nonché dell’art. 117, comma 2, lett. l) Cost. e dell’art. 32 comma 2 Cost.

Le disposizioni della legge regionale in esame sono finalizzate all’apprezzabile obiettivo di potenziare il programma di screening di popolazione per la diagnosi precoce del tumore al colon-retto.

L’intento del legislatore regionale è quello di costituire un percorso per lo screening della popolazione all’interno di strutture di riferimento e di laboratori che collaborano alla realizzazione della sorveglianza, inclusa

l'istituzione delle consulenze genetiche oncologiche (cd. "CGO"), presso apposite strutture all'interno delle *Breast Unit*.

In via preliminare, si ritiene opportuno rammentare che le prestazioni relative allo screening del tumore al colon-retto rese alle popolazioni "target" e, più in generale, quelle rientranti nell'ambito dei livelli di Prevenzione collettiva e sanità pubblica di cui all'articolo 2 del Capo II del DPCM 12 gennaio 2017 e all'allegato 1 al decreto medesimo, secondo i principi fissati a livello statale, si caratterizzano per l'erogazione in regime di gratuità a seguito di chiamata attiva, non rendendosi necessaria alcuna prescrizione e non dovendosi prevedere alcun codice di esenzione.

Tanto premesso, il percorso disciplinato dalla Regione non rientra nell'ambito dell'assistenza specialistica ambulatoriale, come sembrerebbe evincersi dalla medesima Legge regionale (cfr. art. 2 comma 1), ma in quello della prevenzione.

Infatti, l'art. 2, comma 1, lett. f), rubricato "*Aree di attività della prevenzione collettiva e sanità pubblica*", del Capo II del DPCM 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*"), dispone che, nell'ambito della Prevenzione collettiva e sanità pubblica, il Servizio sanitario nazionale garantisce, attraverso i propri servizi, nonché avvalendosi dei medici e dei pediatri convenzionati, tra le altre, le attività di sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di

stili di vita sani ed i programmi organizzati di *screening*, nonché di sorveglianza e prevenzione nutrizionale.

Il secondo comma della norma appena menzionata prevede, inoltre, che *“Nell'ambito delle attività di cui al comma 1, il Servizio sanitario nazionale garantisce le prestazioni indicate nell'allegato 1 al presente decreto”*.

Il punto F8 dell'allegato 1 al decreto, include, nell'ambito dello *“Screening del cancro del colon-retto”*, la cui periodicità e le cui caratteristiche sono definite dalle Raccomandazioni del Ministero della salute, predisposte in attuazione dell'art. 2-bis della Legge n. 138 del 2004 e dal Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, le seguenti prestazioni:

- informazione sui benefici per la salute derivanti dall'adesione ai programmi di screening;
- **chiamata attiva ed esecuzione dei test di screening** di primo e secondo livello alle popolazioni target;
- invio ad altro setting assistenziale per la presa in carico diagnosticoterapeutica in relazione alla patologia neoplastica.

L'art. 2, comma 1, della L.R. 14/2022 stabilisce, invece, che gli inviti per eseguire i test di selezione sono *“equiparati per natura giuridica alle prenotazioni ordinarie per prestazioni diagnostiche a richiesta”*.

L'assimilazione *ex lege* degli inviti delle ASL ad eseguire i test di screening alle prestazioni diagnostiche a richiesta del paziente è incostituzionale per violazione dell'art. 3 Cost., in quanto assoggetta allo stesso

trattamento giuridico, sulla base di una mera finzione normativa, due situazioni assolutamente differenti ed anzi, opposte.

L'assimilazione operata dall'art. 2, comma 1, L. R. n. 14/2022 tra i test di screening su invito delle ASL alle prestazioni diagnostiche a richiesta del paziente fa insorgere, infatti, problemi di compatibilità costituzionale in relazione alle disposizioni della stessa Legge regionale di seguito indicate.

Si fa riferimento:

- all'art. 3, comma 4: *"... in caso di mancato ritiro e consegna del kit nel termine di quarantacinque giorni dal ricevimento dell'invito di cui all'articolo 2, comma 1, o dalla data di scadenza del test successivo ai sensi dell'articolo 2, comma 3, la Asl territorialmente competente irroga la sanzione pecuniaria prevista per le mancate disdette"*;

- all'art. 5, comma 4: *"... in caso di mancata presentazione nella data fissata per il test con la lettera invito di cui al comma 2 e con le modalità di cui al comma 3, la Asl territorialmente competente irroga la sanzione pecuniaria prevista per le mancate disdette"*;

laddove prevedono che la ASL territorialmente competente irroghi la sanzione pecuniaria prevista per le mancate disdette.

Non trattandosi, infatti, nella realtà – ed a prescindere dall'incostituzionale equiparazione normativa - di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale prenotate dall'assistito, ma di una chiamata attiva da parte della ASL, la Legge regionale non poteva introdurre la sanzione

amministrativa prevista per la mancata disdetta dell'appuntamento prenotato su richiesta.

Tale sanzione si applica, difatti, alle sole **prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale prenotate dall'assistito tramite CUP regionale** e, come noto, trova la propria fonte normativa nell'art. 3, comma 15, del D.Lgs. n. 124/1998, *“Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'articolo 59, comma 50, della L. 27 dicembre 1997, n. 449”*, in base al quale *“L'utente che non si presenti ovvero non preannunci l'impossibilità di fruire della prestazione prenotata è tenuto, ove non esente, al pagamento della quota di partecipazione al costo della prestazione”*.

Il richiamato art. 3, comma 15, del D.Lgs. n. 124/1998, riveste la portata di principio generale in materia di “tutela della salute”, ai sensi dell'art. 117 comma 3 Cost., come si evince dal fatto che la norma è contenuta in una fonte normativa dello Stato che, come chiarito dall'art. 1, *“fissa i criteri, gli ambiti e le modalità di applicazione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni”* (comma 2), con la finalità di *“promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni stesse”* e *“in modo da evitare l'uso inappropriato dei diversi regimi di erogazione dei servizi e delle prestazioni”* (comma 1).

La citata disposizione statale prevede, dunque, la possibilità di imporre un onere economico a carico degli utenti che mancano all'appuntamento sanitario prenotato e non disdetto, o disdetto in ritardo, senza produrre giustificazione idonea.

Ben diverso è il caso, contemplato dalle disposizioni della Legge regionale impugnata, in cui l'utente non risponda ad una chiamata attiva da parte della ASL, senza che a nulla possa rilevare la forzata assimilazione normativa, posta dall'art. 2, comma 1, della L.R. in esame, che equipara l'invito della ASL ad una prenotazione su richiesta del paziente, considerata la palese incostituzionalità - per violazione dell'art. 3 Cost. - di siffatta equiparazione da parte della Legge regionale che assoggetta al medesimo trattamento giuridico fattispecie ontologicamente diverse.

In conclusione, gli articoli 2 comma 4 e 5 comma 4 L.R. n. 14/2022 appaiono illegittimi per la violazione dei principi generali in materia di "tutela della salute", di cui all'art. 117 comma 3 Cost., prevedendo l'applicazione di una sanzione amministrativa in un caso, come la mancata risposta dell'assistito all'invito per l'effettuazione del test sanitario, diverso da quello contemplato dalla normativa nazionale interposta e, quindi, da quest'ultima implicitamente escluso.

A nulla varrebbe obiettare da parte della Regione che la chiamata delle ASL è equiparata dalla medesima legge (art. 2, comma 1) alla prenotazione di una prestazione diagnostica da parte dell'utente, in quanto detta assimilazione viola il principio di uguaglianza, nonché quello di ragionevolezza, sancito dall'art. 3 Cost.

Come noto la lettura che la giurisprudenza della Corte ha dato del principio di eguaglianza ha portato ad enucleare un principio generale di "ragionevolezza" alla luce del quale la legge deve regolare in maniera uguale

situazioni uguali ed in maniera razionalmente diversa situazioni diverse (Corte cost., sent. n. 46/1959, sent. 150/2020).

Nel caso di specie la forzata assimilazione normativa operata dall'art. 1 comma 2 della L.R. 14/2022 viola il principio di uguaglianza in quanto va contro la realtà dei fatti e la più elementare ragionevolezza equiparare – agli effetti delle sanzioni previste per la mancata disdetta - la convocazione della ASL per eseguire un test sanitario alla prenotazione di una visita su richiesta dell'assistito.

Sotto distinto ma concorrente profilo gli artt. 3, comma 4 e 5 comma 4, della L.R. n. 14/2022 introducono un'obbligazione pecuniaria di fonte legale a carico degli utenti del Servizio sanitario nazionale.

Al riguardo, spetta alla competenza statale individuare sia le fattispecie di illecito amministrativo e sia la misura delle sanzioni corrispondenti che impongono obbligazioni pecuniarie a carico dei privati.

È di tutta evidenza, infatti, che la stessa imprescindibile esigenza di uniformità, che vale a qualificare le norme che individuano le fattispecie di illecito, è sottesa anche alle relative sanzioni.

Pertanto, gli artt. 3, comma 4 e 5 comma 4, della L.R. n. 14/2022 violano anche l'art. 117, secondo comma, lettera l), della Costituzione in materia di ordinamento civile.

Infine, corredando con un apparato sanzionatorio la mancata presentazione dell'assistito all'invito delle ASL, gli articoli 3 comma 4 e 5 comma 4, della L.R. n. 14/2022 violano la riserva di legge in materia di

trattamenti sanitari obbligatori, posta dall'art. 32 comma 2 Cost., da intendersi come riserva di legge esclusivamente statale in quanto, trattandosi di una restrizione della libertà personale, entra in gioco un livello essenziale di prestazione di un diritto che va disciplinato in modo uniforme sull'intero territorio nazionale e tale materia non può essere regolata con legge regionale (Corte cost., sentt. nn. 282/2002 e 338/2003).

2. Illegittimità dell'art. 16 L.R. n. 14/2022 per violazione del principio del contenimento della spesa sanitaria per le Regioni in piano di rientro, quale principio di coordinamento della finanza pubblica, ai sensi dell'art. 117, terzo comma, Cost.

Come precisato al punto F8 dell'allegato 1 al DPCM 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"*), le attività di screening svolte a livello regionale devono essere coerenti con le Raccomandazioni del Ministero della salute predisposte in attuazione dell'art. 2 bis della Legge n. 138/2004 e del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, che definiscono le caratteristiche tecniche per ciascuno screening.

La sorveglianza deve essere finanziata con risorse proprie della Regione qualora le attività esulino da tali indicazioni.

Tuttavia, la Regione Puglia, in quanto Regione in Piano di rientro, non può garantire livelli ulteriori di assistenza.

In tale prospettiva appare meritevole di censura l'articolo 16 della L.R. n. 14/2022, rubricato *"Istituzione del codice di esenzione 098"*, il quale prevede

che “*La CGO e l'eventuale test molecolare per le persone di cui all'articolo 8, comma 2, nonché gli eventuali programmi di sorveglianza clinico-strumentale di cui all'articolo 13, sono disposti con il codice di esenzione 098, per prestazione "Test genetico mirato" e prescrizione "Probando sano a rischio familiare" ”.*

La disposizione in esame configura un livello ulteriore di assistenza sanitaria, non previsto dal citato DPCM 12 gennaio 2017, che, peraltro, la Regione Puglia, essendo impegnata nel Piano di rientro dal disavanzo sanitario, non può garantire, neppure con risorse di natura sociale (cfr. Corte cost., sent. n. 104/ 2013).

Infatti, alle Regioni impegnate in piani di rientro dal disavanzo sanitario, come la Puglia, è vietato effettuare spese e stabilire misure sanitarie non riconducibili ai livelli essenziali di assistenza fissati a livello nazionale dal DPCM 12 gennaio 2017 (“*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502*”).

In proposito, codesta ecc.ma Corte ha ripetutamente sostenuto che, tanto l'art. 1, comma 796, lettera b), della L. 27 dicembre 2006, n. 296, recante “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2007)*”, quanto l'art. 2, commi 80 e 95, della successiva L. 23 dicembre 2009, n. 191, recante “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2010)*”, possono essere qualificati “*come espressione di un principio fondamentale diretto al*

contenimento della spesa pubblica sanitaria e, dunque, espressione di un correlato principio di coordinamento della finanza pubblica” (sentenze n. 91 del 2012, n. 163 e n. 123 del 2011, n. 141 e n. 100 del 2010).

Tali norme hanno reso vincolanti per le Regioni gli interventi individuati negli Accordi di cui all'art. 1, comma 180, della L. 30 dicembre 2004, n. 311, recante “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2005)*”, finalizzati a realizzare il contenimento della spesa sanitaria ed a ripianare i debiti anche mediante la previsione di speciali contributi finanziari dello Stato (sentenza n. 91 del 2012).

La Regione Puglia, in particolare, ha stipulato il 29 novembre 2010 un accordo con il Ministro della Salute ed il Ministro dell'Economia e delle Finanze, comprensivo del Piano di rientro del disavanzo sanitario (Piano di rientro e di riqualificazione del sistema sanitario regionale 2010-2011) ed ha, poi, approvato tale piano con la L.R. Puglia 9 febbraio 2011, n. 2 (“*Approvazione del Piano di rientro della Regione Puglia 2010-2012*”).

Per le Regioni impegnate in Piani di rientro dal disavanzo sanitario vige, quindi, il divieto di effettuare spese non obbligatorie, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311; coerentemente a ciò, codesta ecc.ma Corte costituzionale ha evidenziato che “*l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute ed in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa*” (sent. n. 104 del 2013), specie “*in un quadro di esplicita condivisione*

da parte delle Regioni della assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario”.

Da ciò consegue che l’art. 16 della Legge regionale in esame, disponendo l’assunzione a carico del bilancio regionale di oneri aggiuntivi per garantire un livello di assistenza supplementare, viola il principio di contenimento della spesa pubblica sanitaria, quale principio di coordinamento della finanza pubblica e, in definitiva, l’art. 117, terzo comma, Cost.

3. Illegittimità dell’art. 17, comma 3, lett. a) e b), L.R. 14/2022, per violazione del principio che vincola la Regione ad attuare gli interventi previsti dal Piano di rientro ed a non adottarne di nuovi che siano di ostacolo alla piena attuazione del Piano, e del contenimento della spesa per il personale, quali principi di coordinamento della finanza pubblica, ai sensi dell’art. 117, terzo comma, Cost., nonché dell’art. 117, comma 2, lett. l) Cost.

È opportuno premettere che la Regione Puglia, a causa del mancato rispetto del Patto di stabilità interno per gli anni 2006 e 2008, è stata dichiarata inadempiente dal Tavolo politico istituito a seguito dell’intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 e, conseguentemente, alla Regione non è stato consentito l’accesso al finanziamento integrativo del Servizio Sanitario Nazionale a carico dello Stato per quegli stessi anni.

Alla Regione è stata data, tuttavia, la possibilità di recuperare le suddette somme (pari a circa 500 milioni di euro) con l’invio di una proposta di Piano di rientro, da sottoscrivere con Accordo ai sensi dell’articolo 1, comma 180,

della Legge 311/2004, secondo quanto disposto dalla legge finanziaria 2008 (Legge n. 244/2007, art. 2, comma 49).

Tale legge prevede la possibilità per le Regioni che non hanno rispettato il Patto di stabilità interno in uno degli anni precedenti il 2007 di recuperare la quota premiale con la sottoscrizione di un Accordo su un Piano di rientro dai disavanzi sanitari.

La Regione Puglia ha pertanto stipulato il 29 novembre 2010, nei termini previsti dall'art. 2, comma 2, del D.L. n. 125 del 2010, convertito in L. n. 163 del 2010, l'Accordo con il Ministro della salute e il Ministro dell'economia e delle finanze comprensivo del Piano di rientro dal disavanzo sanitario (*"Piano di rientro e di riqualificazione del sistema sanitario regionale 2010-2011"*) che individua gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge n. 311 del 2004 (legge finanziaria 2005).

Detto Accordo con l'allegato Piano di rientro dal disavanzo sanitario è stato successivamente approvato dalla Regione Puglia con la L.R. n. 2 del 2011.

Ciò premesso l'art. 17, comma 3, L.R. 14/2022 prevede che l'Assessorato regionale alle Politiche della salute provvede - entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della legge regionale in esame - a fornire indicazioni alle Aziende sanitarie della Regione al fine di:

a) potenziare le risorse umane e strumentali delle strutture di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva coinvolte nel programma di screening;

b) organizzare una rete regionale hub e spoke in grado di adempiere alle maggiori necessità di colonscopie derivanti dall'incremento delle lesioni diagnosticate.

Tali previsioni devono essere coerenti con il redigendo Programma Operativo 2022-2024 di prosecuzione del Piano di rientro sanitario da parte della Regione, come richiesto dai competenti Tavoli tecnici, in ultimo nella riunione del 10 giugno 2022, sia con riferimento all'impatto economico e sia con riferimento alla programmazione della rete assistenziale regionale.

Invero, gli interventi in materia sanitaria della Regione Puglia devono essere sottoposti alla valutazione, nell'ambito dei canali dedicati del Piano di rientro, dei Ministeri affiancanti, come riportato nell'Accordo sottoscritto tra la Regione e i Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze in data 29 novembre 2010.

Pertanto, l'art. 17 comma 3, lett. a) e b), è suscettibile di pregiudicare il conseguimento degli obiettivi di risparmio previsti dal medesimo Piano e, quindi, di porsi in contrasto con le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 80 e 95, della Legge n. 191/2009, che si configurano quali norme di coordinamento della finanza pubblica ai sensi dell'articolo 117, terzo comma, della Costituzione.

Al riguardo codesta ecc.ma Corte Costituzionale, con le sentenze n. 91 del 2011 e n. 100 e n. 141 del 2010, ha ripetutamente affermato che *“l'autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute ed in particolare nell'ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa”*, peraltro in un *“quadro di esplicita condivisione da parte delle Regioni della assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario”* (sentenza n. 193 del 2007). Pertanto, il legislatore statale può *“legittimamente imporre alle Regioni vincoli alla spesa corrente per assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento di obiettivi nazionali, condizionati anche da obblighi comunitari”* (sentenza n. 163 del 2011 e n. 52 del 2010).

Su queste premesse, codesta ecc.ma Corte ha anche più volte ribadito che la norma di cui all'art. 1, comma 796, lettera b), della Legge n. 296 del 2006, *“può essere qualificata come espressione di un principio fondamentale diretto al contenimento della spesa pubblica sanitaria e, dunque, espressione di un correlato principio di coordinamento della finanza pubblica”* (sentenze n. 163 del 2011; n. 123 del 2011, n. 141 e n. 100 del 2010).

Tale norma, infatti, ha reso vincolanti – al pari dell'art. 2, commi 80 e 95, della Legge n. 191 del 2009 – per le Regioni che li abbiano sottoscritti, gli interventi individuati negli Accordi di cui all'art. 1, comma 180, della Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (*“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato – legge finanziaria 2005”*), finalizzati a

realizzare il contenimento della spesa sanitaria ed a ripianare i debiti anche mediante la previsione di speciali contributi finanziari dello Stato.

Inoltre, con particolare riferimento alle disposizioni di cui al comma 3, lettera a), dell'art. 17 L.R. n. 14/2022, si evidenzia che gli enti del Servizio sanitario nazionale delle Regioni sono tenuti al rispetto del limite di spesa per il personale previsto dall'articolo 11, comma 1, del Decreto-Legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla Legge 25 giugno 2019, n. 60, le cui disposizioni costituiscono principi fondamentali per il coordinamento della finanza pubblica (*ex plurimis*, sentenze n. 1 del 2018, n. 41 del 2018, n. 72 del 2017, n. 251 del 2016, n. 218 e n. 153 del 2015).

In conclusione, il previsto potenziamento delle risorse umane e strumentali di cui all'art. 17, comma 3, lett. a) e b), L.R. n. 14/2022 - essendo svincolato dai limiti summenzionati - si pone in contrasto i sopra invocati principi di coordinamento della finanza pubblica di cui l'articolo 117, comma 3, della Costituzione, per il tramite della violazione della citata normativa interposta.

Ferma restando la violazione del parametro su indicato, l'art. 17 comma 3, lett. a), L.R. n. 14/2022, laddove si prefigge di "*potenziare le risorse umane delle strutture di Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva coinvolte nel programma di screening*", è una norma suscettibile di determinare un aumento della spesa per il trattamento retributivo del personale sanitario, in contrasto con l'articolo 117, comma 2, lettera 1), della Costituzione, che riserva alla

competenza esclusiva dello Stato l'ordinamento civile e, quindi, i rapporti di diritto privato regolati dalla contrattazione collettiva.

Codesta ecc.ma Corte, infatti, ha ripetutamente affermato la riconducibilità della regolamentazione del rapporto di pubblico impiego privatizzato ovvero contrattualizzato, ivi compreso quello relativo al personale delle Regioni, alla materia "ordinamento civile" di cui all'art. 117, secondo comma, lettera l), Cost. (*ex plurimis*, sentenze n. 194 e n. 16 del 2020, n. 81 del 2019, n. 172 del 2018, n. 257 del 2016, n. 211 del 2014, n. 151 del 2010 e n. 189 del 2007).

Per i motivi dedotti, si promuove questione di legittimità costituzionale dinanzi a codesta ecc.ma Corte Costituzionale gli articoli 2, comma 1, 3 comma 4, 5 comma 4, 16 e 17 comma 3, della Legge della Regione Puglia 12 agosto 2022 n. 14.

P.Q.M.

Si chiede che codesta ecc.ma Corte Costituzionale voglia dichiarare costituzionalmente illegittimi gli articoli 2 comma 1, 3 comma 4, 5 comma 4, 16 e 17 comma 3 lett. a) e b), della Legge della Regione Puglia 12 agosto 2022 n. 14, pubblicata nel B.U.R. del 16 agosto 2022 n. 90, per le motivazioni indicate nel ricorso, con le conseguenti statuizioni.

Con l'originale notificato del ricorso si depositerà:

1. Estratto della delibera del Consiglio dei Ministri in data 10 ottobre 2022, con l'allegata relazione illustrativa;

2. Accordo Regione Puglia, Ministero della Salute e Min.
dell'Economia e delle Finanze del 29 novembre 2010.

Roma, 12 ottobre 2022

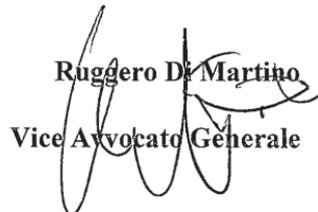
Fabrizio Fedeli

Avvocato dello Stato



Ruggero Di Martino

Vice Avvocato Generale





Depositato il 21/10/2022

Il Cancelliere IGOR DI BERNARDINI