

Sentenza n.203 del 13 giugno 2008

Materia: Tutela della salute.

Giudizio: legittimità costituzionale in via principale.

Limiti violati: art. 117, terzo e quarto comma, e 119, secondo comma, della Cost.

Ricorrente: Regione Veneto.

Oggetto: Art. 1, comma 796, lettera *p*) della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2007). Art. 6-*quater* del decreto-legge 28 dicembre 2006, n. 300 (Proroga di termini previsti da disposizioni legislative e disposizioni diverse), convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 26 febbraio 2007, n. 17. Art. 1-bis del decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23 (Disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario, nonché in materia di quota fissa sulla ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale), convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 17 maggio 2007, n. 64.

Esito: rigetto del ricorso

Estensore: Carla Campana

La Regione Veneto ha promosso questioni di legittimità costituzionale di numerose disposizioni della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2007), in particolare rilevando in questa sede la questione relativa all'art. 1, comma 796, lettera *p*), promossa per violazione degli artt. 117 e 119 della Costituzione.

La Regione Veneto ha inoltre impugnato l'art. 6-*quater* del decreto-legge 28 dicembre 2006, n. 300 (Proroga di termini previsti da disposizioni legislative e disposizioni diverse), convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 26 febbraio 2007, n. 17, per violazione degli artt. 117 e 119 Cost. e del principio di leale collaborazione. Infine, la Regione Veneto ha promosso questioni di legittimità costituzionale di tutte le disposizioni del decreto-legge 20 marzo 2007, n. 23 (Disposizioni urgenti per il ripiano selettivo dei disavanzi pregressi nel settore sanitario, nonché in materia di quota fissa sulla ricetta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale), convertito, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 17 maggio 2007, n. 64. In particolare, in questa sede rileva la questione relativa all'art. 1-*bis*, promossa per violazione degli artt. 117 e 119 Cost. e del principio di leale collaborazione.

Poiché tutte le norme impuginate attengono alla quota fissa di partecipazione al costo delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, introdotta dall'art. 1, comma 796, lettera *p*), della legge n. 296 del 2006, e le censure

mosse sono sostanzialmente coincidenti, La Corte ha disposto la riunione dei relativi giudizi.

Al fine di fornire un quadro di riferimento chiaro, è necessario soffermarsi, sia pur brevemente, sui riferimenti normativi oggetto di impugnazione.

L'art. 1, comma 796, lettera *p*), della legge n. 296 del 2006 ha introdotto, a decorrere dal 1 gennaio 2007 e fino a tempo indeterminato, una quota fissa di 10 euro sulla ricetta, in relazione alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. La norma oggetto di impugnazione da parte della Regione è solo quella relativa al ticket di 10 euro, con esclusione quindi delle altre norme contenute nella stessa lettera *p*) del comma 796.

La disposizione di cui sopra è stata ripetutamente modificata dal legislatore.

La prima modifica è stata apportata dall'art. 6-*quater* del decreto-legge n. 300 del 2006, introdotto in sede di conversione in legge. Il comma 1 di tale articolo ha limitato l'applicazione della norma di cui alla lettera *p*) del comma 796 dell'art. 1 della legge finanziaria 2007, fino al 31 marzo 2007 e comunque fino all'entrata in vigore delle misure o alla stipulazione dell'accordo di cui al comma 2 del presente articolo. Il comma 2 dello stesso art. 6-*quater* ha inoltre aggiunto al comma 796 di cui sopra una nuova lettera *p-bis*).

La seconda modifica è stata operata dall'art. 1-*bis* del decreto-legge n. 23 del 2007, anch'esso introdotto in sede di conversione in legge. Il detto art. 1-*bis* ha abrogato il comma 1 dell'art. 6-*quater* del decreto-legge n. 300 del 2006. Di conseguenza, a partire dal 20 maggio 2007 (data di entrata in vigore della legge n. 64 del 2007, con la quale è stato convertito il decreto-legge n. 23 del 2007) e fino al 31 dicembre 2007, è stata abolita la quota fissa sulla ricetta.

Infine, l'art. 2, comma 376, della legge 24 dicembre 2007, n. 244 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2008) ha abolito la quota fissa per l'anno 2008.

La Regione ricorrente ritiene che l'art. 1, comma 796, lettera *p*), della legge n. 296 del 2006, violi l'art. 117, terzo comma, Cost., in quanto avrebbe introdotto una disciplina di dettaglio nella materia "tutela della salute", rientrante nella competenza legislativa concorrente, e l'art. 119 Cost., in quanto avrebbe inciso negativamente sull'autonomia finanziaria della Regione, con riguardo al reperimento di risorse da destinare alla gestione del settore sanitario.

Con riferimento all'art. 6-*quater* del decreto-legge n. 300 del 2006, la ricorrente lamenta la violazione dell'art. 117, terzo comma, Cost., in quanto avrebbe inserito una disciplina di dettaglio nella materia "tutela della salute", rientrante nella competenza legislativa concorrente, o, in subordine, in quella del "coordinamento della finanza pubblica", anch'essa rientrante nella competenza legislativa concorrente; dell'art. 119 Cost., in quanto, pur limitando l'efficacia temporale della norma prima citata al 31 marzo 2007 e comunque sino all'entrata in vigore delle misure o alla stipulazione dell'accordo di cui al comma 2 del medesimo articolo, avrebbe comunque inciso negativamente, per il periodo di vigenza, sull'autonomia finanziaria della Regione, con riguardo al reperimento di risorse da destinare alla gestione del settore sanitario. Inoltre, siffatta lesione dell'autonomia finanziaria sarebbe irragionevole, in quanto non consente alle Regioni di graduare la partecipazione alla spesa pubblica sanitaria

con i costi effettivamente sostenuti per ciascuna delle suddette prestazioni, a detrimento anche, di conseguenza, del diritto fondamentale di cui all'art. 32 Cost.. Verrebbe violato, altresì, il principio di leale collaborazione, in quanto il censurato art. 6-*quater*, che pure incide sull'oggetto del Patto nazionale per la salute del 28 settembre 2006, non ne rispetterebbe il contenuto quanto al rafforzamento della capacità programmatica e organizzativa delle Regioni ed in quanto sarebbe prevista una forma di raccordo fra alcuni Ministeri e le Regioni solo successiva all'imposizione del ticket fisso sulle prestazioni ambulatoriali.

Infine, viene impugnato l'art. 1-*bis* del decreto-legge n. 23 del 2007, per violazione dell'art. 117, terzo comma, Cost., in quanto avrebbe introdotto una disciplina di dettaglio nella materia "tutela della salute", rientrante nella competenza legislativa concorrente o, in subordine, in quella del "coordinamento della finanza pubblica", anch'essa rientrante nella competenza legislativa concorrente; dell'art. 119 Cost., in quanto, essendo stata abolita la quota fissa solo con effetto dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del suddetto decreto-legge (20 maggio 2007) e fino al 31 dicembre 2007, ma non anche per il periodo passato (1° gennaio-19 maggio 2007) e per il futuro (dal 1° gennaio 2008 in avanti), sarebbe stata incisa ugualmente l'autonomia finanziaria della Regione con riguardo al reperimento delle risorse da destinare alla gestione del settore sanitario; sarebbe stato leso altresì il principio di leale collaborazione, in quanto la norma impugnata non è stata adottata in attuazione del protocollo di intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano per un patto nazionale per la salute, approvato in sede di Conferenza Stato-Regioni, il 28 settembre 2006, anche perché nessun accordo è stato cercato con le Regioni, né è stato, d'altra parte, ottenuto, pur vertendosi in ambiti di competenza legislativa concorrente delle Regioni e di piena autonomia finanziaria delle stesse.

La Corte Costituzionale ritiene le suddette questioni di legittimità costituzionale non fondate.

In primo luogo la Corte richiama alcuni principi da essa stessa formulati in precedenti pronunce sulle forme di finanziamento delle prestazioni sanitarie. In particolare, il principio secondo cui *"il diritto alla salute spetta ugualmente a tutti i cittadini e va salvaguardato sull'intero territorio nazionale. Non è pertanto casuale che la spesa in questione sia prevalentemente rigida e non si presti a venire manovrata, in qualche misura, se non dagli organi centrali di governo"*. Con riguardo all'ipotesi di introduzione di quote di partecipazione al costo delle prestazioni, la Corte richiama, inoltre, il principio secondo il quale *"Per non violare l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio, la sfera di operatività di una norma siffatta dev'essere, invero, ridotta ai minimi termini; mentre è soltanto lo Stato che dispone [...] della potestà di circoscrivere in tal senso la spesa, per mezzo dell'introduzione di tickets o con il ricorso ad analoghe misure di contenimento"*; ciò perché, continua, *"là dove sono in gioco funzioni e diritti costituzionalmente previsti e garantiti, è infatti indispensabile superare la prospettiva del puro contenimento della spesa pubblica, per assicurare la certezza del diritto ed il buon andamento delle pubbliche"*

amministrazioni, mediante discipline coerenti e destinate a durare nel tempo” (i riferimenti sono contenuti nella sentenza n. 245 del 1984).

La Corte, poi, continua ribadendo che il ticket è stato originariamente introdotto *“più in funzione di dissuasione dal consumo eccessivo di medicinali che in funzione di finanziamento della spesa sanitaria”*, mentre *“la successiva evoluzione legislativa ha [...] attribuito al ticket una sempre maggiore valenza di strumento per la riduzione della spesa pubblica in materia sanitaria ed ha correlativamente disposto un’articolata disciplina delle esenzioni”* (riferimenti contenuti nella sentenza n. 184 del 1993).

Inoltre, dopo la riforma del titolo V della parte II della Costituzione, la Corte ha avuto modo di ribadire la necessità, già segnalata nella sua pregressa giurisprudenza, che la spesa sanitaria sia resa compatibile con *“la limitatezza delle disponibilità finanziarie che annualmente è possibile destinare, nel quadro di una programmazione generale degli interventi di carattere assistenziale e sociale, al settore sanitario”* (sentenza n. 11 del 2005). Ciò, secondo la Consulta, implica 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”* (riferimenti contenuti nella sentenza n. 193 del 2007). Tuttavia, la stessa offerta “minimale” di servizi sanitari non può essere unilateralmente imposta dallo Stato, ma deve essere concordata per alcuni aspetti con le Regioni, con la conseguenza che sia le prestazioni che le Regioni sono tenute a garantire in modo uniforme sul territorio nazionale, sia il corrispondente livello di finanziamento sono oggetto di concertazione tra lo Stato e le Regioni stesse. (così nella sentenza n. 98 del 2007).

Secondo la Corte, anche alla luce dei principi finora richiamati, è necessario tener conto del concreto inquadramento delle prestazioni sanitarie cui si riferisce il presente giudizio.

Le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sono comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria: in particolare, l’Allegato 1, punto 2.E del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza) prevede che in tale tipo di assistenza rientrino le prestazioni terapeutiche e riabilitative e la diagnostica strumentale e di laboratorio. Lo stesso decreto esclude poi alcune di queste prestazioni dai livelli di assistenza, ponendole a carico degli assistiti. Proprio per assicurare l’uniformità delle prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza (LEA), spetta allo Stato determinare la ripartizione dei costi relativi a tali prestazioni tra il Servizio sanitario nazionale e gli assistiti, sia prevedendo specifici casi di esenzione a favore di determinate categorie di soggetti, sia stabilendo soglie di compartecipazione ai costi, uguali in tutto il territorio nazionale.

Secondo la Consulta, l’esclusione di una determinazione unilaterale ad opera dello Stato delle misure di contenimento della spesa sanitaria ha portato alla stipulazione di un protocollo di intesa tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano per un patto nazionale sulla salute, condiviso dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 28 settembre 2006. A tale protocollo

ha fatto seguito un'intesa (Provvedimento 5 ottobre 2006, n. 2648), in cui, al punto 4.5, *“si conviene di omogeneizzare le forme di compartecipazione alla spesa in funzione di una maggiore appropriatezza delle prestazioni”*.

L'art. 1, comma 796, della legge n. 296 del 2006, che comprende l'impugnata lettera p), precisa che le norme ivi contenute sono volte alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007-2009, in attuazione del protocollo di intesa di cui sopra.

L'esigenza di adottare misure efficaci di contenimento della spesa sanitaria e la necessità di garantire, nello stesso tempo, a tutti i cittadini, a parità di condizioni, una serie di prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza (entrambe fornite di basi costituzionali messe in rilievo dalla giurisprudenza di questa Corte), rendono compatibile con la Costituzione la previsione di un ticket fisso, anche se non si tratta dell'unica forma possibile per realizzare gli obiettivi prima indicati.

Lo scopo perseguito è, infatti, da una parte, quello di evitare l'aumento incontrollato della spesa sanitaria, derivante dall'inesistenza di ogni forma di compartecipazione ai costi da parte degli assistiti, e, dall'altra, quello di non rendere più o meno onerose nelle diverse Regioni prestazioni che si collocano nella fascia delle prestazioni minime indispensabili per assicurare a tutti i cittadini il godimento del diritto alla salute.

Sia la previsione di un ticket fisso uguale in tutto il territorio nazionale (che peraltro ha avuto vigenza limitata al periodo intercorrente tra il 1° gennaio e il 20 maggio 2007), sia il ricorso a forme diverse di compartecipazione degli assistiti, entrambe previste dalle norme statali che si sono succedute nel tempo e tutte impuginate dalla Regione Veneto, sono da ritenersi compatibili con i principi costituzionali, nella considerazione bilanciata dell'equilibrio della finanza pubblica e dell'uguaglianza di tutti i cittadini nell'esercizio dei diritti fondamentali, tra cui indubbiamente va ascritto il diritto alla salute. Ebbene, la Corte sottolinea come la scelta di un sistema o di un altro appartiene all'indirizzo politico dello Stato, nel confronto con quello delle Regioni. Nella specie, l'intesa di cui prima s'è fatta menzione stabilisce con chiarezza che i criteri di compartecipazione devono assumere carattere omogeneo. Né potrebbe essere diversamente, giacché non sarebbe ammissibile che l'offerta concreta di una prestazione sanitaria rientrante nei LEA si presenti in modo diverso nelle varie Regioni. E dell'offerta concreta fanno parte non solo la qualità e quantità delle prestazioni che devono essere assicurate sul territorio, ma anche le soglie di accesso, dal punto di vista economico, dei cittadini alla loro fruizione.

Ne consegue, alla luce delle precedenti considerazioni, che le norme impuginate non presentano i vizi di legittimità costituzionale denunciati dalla Regione ricorrente.