

La disciplina in materia di ticket incidente sui livelli essenziali di assistenza sanitaria. Divieto di differenziazioni in melius?

di Sandro de Gotzen

(in corso di pubblicazione in *"le Regioni"*, 2012)

1. La Corte costituzionale dichiara l'illegittimità costituzionale di discipline regionali del FVG e del Veneto in materia di ticket, che, a fronte di una decisione statale di imposizione dell'introduzione di una compartecipazione degli assistiti (c.d. ticket) su determinate prestazioni rientranti nell'ambito dei LEA, quale l'assistenza specialistica ambulatoriale, prevede di non applicare il ticket stesso nel proprio ambito territoriale. Si tratta di una misura sicuramente vantaggiosa per gli assistiti: la giurisprudenza costituzionale, si potrebbe pensare abbia emanato una statuizione che proibisce le differenziazioni in melius nel settore dell'assistenza sanitaria.

La dottrina e la giurisprudenza hanno dibattuto a lungo sul significato dei "livelli essenziali delle prestazioni", clausola prevista dapprima in via legislativa ordinaria e poi costituzionalizzata con la riforma del Titolo V della parte seconda della Costituzione ¹.

Si è dibattuto se la locuzione – già presente nella legge 833/1978 - dovesse significare livelli "minimi ed uniformi" (d.lgs. 502/1992) o "livelli essenziali", come si legge nel d.lgs. 299/1999 ed ora, nell'attuale art. 117 comma della Costituzione. Si dibatte se i livelli di assistenza debbano essere considerati come uniformi su tutto il territorio nazionale o se debbano essere interpretati come livelli minimi ².

¹ Si v. per tutti E. JORIO, *Diritto sanitario*, Milano, Giuffrè, 2006, p. 109 ss. Il quale rileva che il concetto di LEA fu introdotto nell'ordinamento italiano dalla legge 833 del 1978, che istituiva il SSN, mentre la esplicita disciplina è riconducibile al d. lgs. 502 del 1992, art 1 comma 2. L'art. 6 della l. 405/2001 affida il compito di individuare i LEA ad una fonte secondaria, un d.p.c.m. da concertarsi in sede di Conferenza Stato Regioni. Il d.p.c.m. 29 novembre 2001 contiene l'elencazione delle tipologie delle prestazioni obbligatorie da erogarsi da parte del SSN, ripartite nelle tre categorie dell'assistenza sanitaria nell'ambiente di vita e di lavoro, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera, sviluppate negli allegati al d.p.c.m. stesso; sul tema si v. da ultimo C. PANZERA, *I livelli essenziali delle prestazioni secondo i giudici comuni*, in *Giur cost.*, 2011, p. 3371 ss.; E. PESARESI, *La <<determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni>> e la materia <<tutela della salute>>: la proiezione indivisibile di un concetto unitario di cittadinanza nell'era del decentramento istituzionale*, in *Giur cost.*, 2006, p. 1733, con ampie indicazioni bibliografiche; R. FERRARA, *L'ordinamento della sanità*, Torino, Giappichelli, 2007, in partic. p. 235 ss..

² G. CILIONE, *Diritto sanitario*, Rimini, Maggioli, 2003, p. 252 ss.

La giurisprudenza costituzionale³ - che ha precisato che il concetto di LEA si riferisce, per quanto riguarda il diritto alla salute, al “nucleo essenziale” o “nucleo irriducibile” del diritto alla salute, “protetto dalla Costituzione come ambito inviolabile della dignità umana” (in tal senso la sent. 309 del 1999) – sembra aver interpretato i livelli essenziali in senso estensivo⁴. La successiva sent. 282/2002 chiarisce che i livelli essenziali di assistenza sono una competenza trasversale dello Stato, rilevando che “non si tratta di una “materia” in senso stretto, ma di una competenza del legislatore statale idonea ad investire tutte le materie, rispetto alle quali il legislatore stesso deve poter porre le norme necessarie per assicurare a tutti, sull’intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite, come contenuto essenziale di tali diritti, senza che la legislazione regionale possa limitarle o condizionarle”.

Con la riforma del Titolo V la formula “dei livelli essenziali” si riferisce non solamente ai compiti del sistema del welfare, ma anche alla ripartizione delle competenze normative tra Stato e Regioni, in quanto l’art. 117 comma 2 lett. m) prevede che lo Stato abbia la competenza legislativa esclusiva per la “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale”. Questo tiene in considerazione la sent. 187/2012 quando si pronuncia per l’illegittimità costituzionale delle normative regionali che addossano alla Regione il ticket stabilito dalla normativa statale.

2. Le Regioni forniscono non solamente le prestazioni garantite come LEA, ma, molto spesso, come è stato ben messo in evidenza, si accollano anche altre prestazioni integrative od ulteriori, ciò che è lecito se fanno ricorso a risorse proprie.

Anche i Comuni (art. 2 comma 2 sexies d.lgs. 502/1992) possono finanziare, secondo modalità stabilite dalla Regione, l’erogazione da parte di strutture del SSN, di livelli aggiuntivi di assistenza rispetto a quelli stabiliti dalla programmazione nazionale e regionale.

Quindi non sembra si possa mettere in dubbio la possibilità delle Regioni di andare oltre le tipologie obbligatorie di prestazioni sanitarie, come si potrebbe dedurre da una lettura frettolosa del passo giurisprudenziale citato, cioè non è proibita una differenziazione in

3 Per una considerazione d’assieme della giurisprudenza costituzionale si v. D. MORANA, La “tutela della salute”: punti fermi e perduranti incertezze nella giurisprudenza costituzionale, e B. PEZZINI, Diritto alla salute e dimensioni della discrezionalità nella giurisprudenza costituzionale, U. DE SIERVO, Corte costituzionale e materia sanitaria, tutti in R. BALDUZZI (a cura di), Cittadinanza, Corti e salute, Padova, Cedam, 2007, p. 197 ss; 211 ss; p. 95 ss.

4 Si v. ad esempio E. JORIO, Diritto sanitario, cit., p 114, il quale, in riferimento ai livelli della tutela sanitaria ritiene che “essi vadano ritenuti come i livelli minimi invalicabili, irrinunciabili e indispensabili a salvaguardare la salute dei cittadini”.

melius, la “possibilità per le Regioni di introdurre disuguaglianze “in positivo””⁵, introducendo prestazioni aggiuntive non ricomprese in livelli essenziali stabiliti dal legislatore nazionale.

Diverso dall'introduzione di discipline regionali più favorevoli per gli utenti assistiti è il problema dell'alterazione delle caratteristiche dei LEA da parte del legislatore regionale, anche solo dal punto di vista economico, con la presa in carico da parte della Regione del ticket imposto dal legislatore statale. La Corte da per implicito questo assunto, nel momento in cui delinea concettualmente i LEA, precisando che “dell'offerta concreta fanno parte non solo la qualità e quantità delle prestazioni che debbono essere assicurate sul territorio, ma anche le soglie di accesso, dal punto di vista economico, dei cittadini alla loro fruizione” (così la sent. 187/2012, riportando testualmente un inciso dalla sent. 203/2008). La Corte mette in rilievo come la disciplina del settore sanitario “è interamente improntata sul principio di leale cooperazione”, mediante intese denominate “Patti per la salute”, per garantire l'equilibrio tra i profili finanziari ed i livelli essenziali delle prestazioni (in tal sede le Regioni speciali avrebbero la possibilità di “far valere la specificità – sotto il profilo finanziario della loro posizione –sent 187/2012 par. 3.3.2. in dir.).La decisione che si commenta precisa, in particolare, che nella disciplina del ticket si intrecciano varie materie senza che si possibile stabilire quale sia la prevalente, il coordinamento della finanza pubblica e la tutela della salute oppure la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

I LEA, secondo la giurisprudenza costituzionale, sono individuati in senso qualitativo, quantitativo e per il costo economico per i cittadini fruitori del servizio ed è ad essi intrinseca la connotazione di essere espressione dell'eguaglianza che deve ritrovarsi su tutto il territorio nazionale: l'assunzione del pagamento del ticket da parte delle Regioni viene ad alterare una previsione normativa assunta dallo Stato in un ambito, quello della garanzia dei livelli essenziali dei diritti civili e sociali, che è di competenza esclusiva. L'alterazione di questa previsione normativa – si badi, non motivata né ragionevolmente delimitata – vien ad invadere una competenza esclusiva dello Stato (peraltro esercitata con il coinvolgimento delle Regioni, ricorrendo alla intesa in Conferenza Stato Regioni, come si è detto)

Questa parrebbe essere la spiegazione alla statuizione del giudice costituzionale, imperniata sul corretto riparto delle potestà normative tra Stato e Regioni. A tale argomento si potrebbe aggiungere che la differenziazione per i cittadini di alcune Regioni soltanto in ordine ai LEA non risulta ragionevole; la differenziazione per i LEA rispetto alla regola dell'uniformità su tutto il territorio nazionale, non trova come giustificazione null'altro che il vantaggio economico dei cittadini di una Regione, quindi anche una determinazione più favorevole per essi va contro al principio di eguaglianza.

3. Il problema della possibilità di discipline regionali più favorevoli rispetto ai LEA non si pone, se riteniamo che in tema possa legiferare o comunque emanare norme solamente lo

5 C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna, Bononia University Press, 2008, p. 311

Stato, seguendo l'ordine argomentativo sopra esaminato. Non si possono porre scostamenti rispetto alla disciplina statale, anche in relazione ai costi delle prestazioni rientranti nei LEA. Nell'ordine di idee assunto in questa decisione della Corte limitazioni regionali ai LEA anche in senso più favorevole agli utenti del servizio sanitario non sono consentite.

Si può certo discutere della legittimità e della opportunità da parte delle Regioni di offrire prestazioni ulteriori rispetto ai LEA, prestazioni aggiuntive a carico delle Regioni: in questo senso si può prendere in esame la proposizione di particolari politiche di welfare implementate dalle singole Regioni ⁶ che consentono la somministrazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA, tenendo conto che vi possono essere problemi di tipo finanziario, per cui le Regioni debbano concordare in sede di Conferenza permanente misure alternative per garantire l'equilibrio economico finanziario (come sottolinea la decisione 187/2012, punto 4 in dir.).

Diverso problema è considerato quello della parità di condizioni economiche per l'offerta sanitaria rientrante nei LEA, i quali implicano condizioni uniformi per ciò che concerne le prestazioni garantite anche dal punto di vista economico. Le prestazioni rientranti nei LEA sono definiti tipologicamente, qualitativamente e per gli elementi di costo per gli assistiti. Tutti questi elementi rientrano nella potestà legislativa esclusiva statale e, quindi, ciò spiega perché l'assunzione in carico da parte della Regione della quota di ticket non sia possibile. Per i LEA si richiede uniformità su tutto il territorio nazionale dei ticket imposti dallo Stato, e ciò per un rispetto della potestà legislativa esclusiva e per un rispetto sostanziale del principio di eguaglianza dei cittadini, a fronte di un provvedimento che, per far fronte al deficit sanitario vien imposto a carico dei cittadini.

4. La sentenza 187/2012 della Corte costituzionale non affronta dunque il problema della legittimità delle prestazioni sanitarie o sanitario-assistenziali aggiuntive rispetto ai LEA, ma ribadisce la spettanza normativa allo Stato in via esclusiva nella determinazione dei LEA stessi (seppur al termine di un procedimento collaborativo in Conferenza Stato Regioni).

Sono note e studiate le differenziazioni che sotto vari aspetti vi sono tra i diversi sistemi sanitari regionali e si discute sui limiti alla diversità di offerta di prestazioni sanitarie tra Regioni.

Una differenziazione sembra pacificamente ammessa quando si fa riferimento alla necessità di una tendenziale eguaglianza nell'offerta per ciò che concerne la medicina di "prossimità", mentre alle differenziazioni in merito alla offerta di prestazioni specialistiche si rileva che ad esse si può ovviare mediante la possibilità della mobilità dei pazienti da

⁶ Si v. R. BALDUZZI (a cura di), I Servizi sanitari regionali tra autonomia e coerenze di sistema, Milano, Giuffrè, 2005 passim ed in particolare ID., Quanti sono i sistemi sanitari italiani?, Un'introduzione, p. 9 ss; B. PEZZINI, Ventuno modelli sanitari? Quanta diseguaglianza possiamo accettare (e quanta diseguaglianza riusciamo a vedere), ivi, p. 399 ss.; A. POGGI, Diritti sociali e differenziazioni territoriali, ivi, p. 599; G. FRANCE (a cura di) Politiche sanitarie in un sistema di governo decentrato. Il caso della concorrenza nel SSN, Milano, Giuffrè, 1999; G. FRANCE, Federalismi e sanità, Milano, Giuffrè, 2006, con una analisi comparata del sistema sanitario americano.

Regione a Regione ed una oculata programmazione coordinata da parte delle Regioni, in merito alle reti di servizi. Effettivamente da questo punto di vista come si è detto da una nota ed approfondita dottrina ⁷ “la differenziazione funzionale dei sistemi regionali di offerta non può né deve essere letta come una segmentazione del servizio sanitario, che deve mantenere ed anzi rafforzare il suo carattere reticolare, ma come un’applicazione del principio di appropriatezza organizzativa”. Il carattere di volano dell’eguaglianza che hanno i LEA non impone una uniformità di organizzazione e di offerta sanitaria, ma ciò se si considera la possibilità della mobilità interregionale degli utenti.

Si stigmatizza la differenziazione quanto all’efficienza ed all’efficacia dei vari sistemi sanitari regionali, ma si fa riferimento a una disomogeneità sostanziale che implica un malfunzionamento del servizio⁸ .

5. La Corte chiarisce, in un contesto particolare, non tanto che differenziazioni tra i servizi sanitari regionali non debbono esistere, ma precisa che insito al concetto di LEA non è solamente la quantità o qualità della prestazione, ma anche il costo economico: per questo l’intervento di una Regione volto ad assumersi la spesa del ticket – eliminando o riducendo in tal modo la compartecipazione dell’assistito alla spesa per la prestazione garantita – altera la suddivisione degli ambiti di legislazione esclusiva dello Stato rispetto a quelli delle Regioni e incide sull’ambito del servizio pubblico, sull’ambito delle prestazioni che debbono essere obbligatoriamente fornite (ed in modo egualitario, a fronte soprattutto ai crescenti sacrifici economici che si chiedono a “tutti” i cittadini nell’attuale situazione di crisi finanziaria).

Ci si può chiedere se una tale posizione nella delineazione dei LEA sia pensabile in una situazione diversa dall’attuale (e necessitata) centralizzazione di tutte le posizioni fiscali ⁹. In una diversa situazione di recuperata stabilità finanziaria del “sistema Paese” parrebbe ragionevole, nel rispetto dell’autonomia finanziaria regionale, pensare che sia legittimo,

7 C. TUBERTINI, Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. IL caso della tutela della salute, cit. p. 311, in partic. p. 313

8G. PITRUZZELLA, Sanità e Regioni, in Le Reg, (edit), 2011, p. 1177ss.sui dati resi disponibili nell’ambito del “Nuovo Sistema informativo sanitario sull’incremento della spesa sanitaria e sulla diversa qualità dell’assistenza, che mostrano in varie Regioni del Sud e nel Lazio una spesa superiore alla media nazionale, congiunta ad una qualità delle prestazioni peggiore a quella di altre Regioni.

9 G. FRANCE, Federalismo e sanità, cit., p. 160, 162, che rileva come l’Italia sia all’inizio del processo devolutivo(federazione nascente), nel corso del quale “sarà necessario aumentare in misura considerevole l’autonomia fiscale delle regioni”; G. FALCON, Che cosa attendersi, e che cosa non attendersi, dal federalismo fiscale, in Le Reg, (edit.) 2008, p. 765 ss; A. FERRARA G.M. SALERNO, Il <<federalismo fiscale>>, Napoli, Jovene, 2010; Si v. anche G. NAPOLITANO (a cura di), Uscire dalla crisi. Politiche pubbliche e trasformazioni istituzionali, Bologna, Il Mulino, 2012, passim.

per una Regione, scegliere di gravare, ad esempio, sull'imu anziché sul ticket o, anche, di rinunciare ad altre "prestazioni ulteriori" che prima forniva.

Forum di Quaderni Costituzionali

stituzionali