

Le misure alternative al *ticket* aggiuntivo sulle prestazioni specialistiche: quale spazio per l'autonomia regionale?

- ***Ticket* sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali**
- **Attività medica libero-professionale in regime di *intramoenia***
- **Servizio Sanitario Nazionale**
- **Livelli essenziali delle prestazioni**
- **Autonomia regionale**

**Tribunale Amministrativo Regionale
per l'Umbria, sez. I,
18 gennaio 2013, sentenza n. 20**

L'attività libero professionale intra moenia, che si è sempre più venuta a caratterizzare più che come attività libero professionale in senso stretto come tertium genus per la compresenza, accanto agli elementi propri del rapporto d'opera professionale, di altri propri del rapporto di lavoro subordinato, è attività libero professionale resa dal professionista, e non dal SSN, nell'ambito delle strutture aziendali individuate e costituisce uno strumento utile per il conseguimento degli scopi assegnati alle strutture sanitarie pubbliche.

L'avversata introduzione da parte della Regione Umbria, di un prelievo pari al 29 % sulle prestazioni intramurarie non costituisce una "forma di compartecipazione" ai costi delle prestazioni sanitarie, essendone gli oneri già interamente a carico degli assistiti. L'ampio ventaglio di soluzioni alternative riconosciuto dall'art. 1, comma 796, lett. p) e p-bis) della l. n. 296/2006 riguarda misure alternative di partecipazione al costo delle "prestazioni sanitarie" rispetto alla misura "ordinaria" della quota fissa o ticket di 10 euro sulla ricetta, non già al costo della "complessiva spesa sanitaria".

Sentenza

(Omissis)

Fatto e diritto

1. Espongono gli odierni ricorrenti, tutti dirigenti del ruolo sanitario esercenti l'attività libero professionale in regime di c.d. *intra moenia* presso l'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Perugia, che la Regione Umbria, con deliberazione g.r. n. 911 del 5 agosto 2011, ha definito le misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, in stretta esecuzione a quanto previsto dal d.l. n. 98/2011.

Non essendo tali misure idonee a conseguire l'effetto finanziario pari a 10.900.000,00 euro, con *e-mail* del 22 dicembre 2011, la Regione, a seguito di incontri tecnici avvenuti con i referenti ministeriali, ha indicato ai sensi dell'art. 1 c. 796 lettera *p-bis* punto 2 della legge n. 296/2006, una ulteriore misura di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, consistente nell'introduzione di una aliquota impositiva su ciascuna prestazione resa *intra moenia*, in misura del 29 % del valore tariffario di ogni singola prestazione medica.

In data 30 dicembre 2011 è stato stipulato per tanto l'accordo, di cui all'art. 1 c. 796 sopra citato, tra

il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Umbria stessa, con il quale le suddette misure – alternative all'applicazione della quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale – sono state ritenute idonee al mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario ed appropriate.

Con deliberazione della giunta regionale n. 3 del 9 gennaio 2012, la Regione ha recepito tale accordo e con nota prot. 4453 del 20 febbraio 2012 l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha stabilito modalità applicative e decorrenza dell'introdotta misura regionale.

I ricorrenti impugnano la suddetta deliberazione g.r. n. 3/2012 unitamente all'accordo del 30 dicembre 2011 e agli ulteriori atti connessi in epigrafe specificati, deducendo censure così riassumibili:

- I. Incompetenza della Regione Umbria, violazione e falsa applicazione degli artt. 117 e 119 Cost., violazione e falsa applicazione dell'art. 1 c. 796 lettera p-bis punto 2 legge 296/2006, dell'art. 5 del d.P.C.M. 27 marzo 2000, dell'art. 1 della l. n. 120/2007, della d.g.r. 513/2001, della deliberazione dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Perugia n. 1260/2003, eccesso di potere per difetto dei presupposti: la Regione avrebbe introdotto un nuovo tributo non previsto dalla normativa statale, peraltro in via provvedimentale, debordando dalle proprie competenze, essendo pacifica la carenza in capo alle Regioni, anche dopo l'entrata in vigore della Riforma costituzionale del Titolo V (legge costituzionale n. 3/2001) di un autonomo potere impositivo, consentendo la normativa di riferimento (art. 1 c. 796 lettera p-bis punto 2 legge 296/2006) la limitata scelta tra la misura del *ticket* pari a 10 euro o "diverse modulazioni del medesimo" in quanto capaci di garantire l'equilibrio finanziario; la misura qui avversata avrebbe pertanto natura di vera e propria imposta, diretta a finanziare la spesa generale sanitaria e non correlata allo svolgimento delle prestazioni sanitarie *intra moenia*, i cui costi sarebbero già interamente a carico dell'utenza; la misura in questione, quindi, si differenzerebbe dagli stessi *ticket* sanitari, quali compartecipazione in stretta correlazione con l'erogazione di una

prestazione sanitaria, riconducibili alla categoria delle tasse secondo quieta giurisprudenza;

- II. Incompetenza della Giunta Regionale, violazione e falsa applicazione degli artt. 43 e 70 dello Statuto della Regione Umbria: trattandosi di recepimento di accordi con il Governo, sarebbero violate le disposizioni statutarie concernenti le attribuzioni dell'organo consiliare;
- III. Violazione e falsa applicazione dell'art. 23 della Costituzione, dell'art. 1 c. 796 lettera p-bis punto 2 legge 296/2006, dell'art. 1 della l. 120/2007, eccesso di potere per difetto dei presupposti: il nuovo tributo risulterebbe manifestamente lesivo della riserva di legge pur relativa codificata dall'art. 23 Cost.;
- IV. Eccesso di potere per sviamento, violazione e falsa applicazione dell'art. 1 c. 796 lettera p-bis punto 2 legge 296/2006 sotto ulteriore profilo, eccesso di potere per difetto dei presupposti: le prestazioni in regime di *intra moenia* non comporterebbero alcun aggravio alla finanza pubblica, essendo il parziale attingimento di risorse pubbliche (utilizzo locali e apparecchiature aziendali, servizio C.U.P. ecc.) interamente coperto dalla quota della tariffa versata dal professionista all'azienda sanitaria a titolo di integrale rimborso; conseguentemente, i provvedimenti impugnati non realizzerebbero alcuna forma di compartecipazione alle prestazioni sanitarie ma, al contrario, il finanziamento della spesa generale sanitaria, in assenza di qualsivoglia sinallagmaticità, essendo già interamente a carico dell'assistito la spesa corrispondente alle prestazioni professionali *intra moenia*;
- V. Violazione e falsa applicazione dell'art. 1 c. 796 lettera p-bis punto 2 legge 296/2006, dell'art. 5 del d.P.C.M. 27 marzo 2000, dell'art. 1 della l. 120/2007, della d.g.r. 513/2001, della deliberazione dell'Azienda Ospedaliera Santa Maria di Perugia n. 1260/2003, eccesso di potere per difetto dei presupposti: l'art. 1 c. 796 lettera p-bis punto 2 legge 296/2006 non autorizzerebbe la Regione a tassare attività non rientranti nel novero delle prestazioni erogate dal SSN al fine di soddisfare i LEA;
- VI. Violazione e falsa applicazione dell'art. 10 del-

la legge 633/1972, eccesso di potere per difetto dei presupposti: l'attività prestata in regime di *intra moenia* non si identificherebbe con quella istituzionale, trattandosi invece di attività libero professionale su libera scelta dell'assistito e con oneri a carico del medesimo;

- VII. Violazione e falsa applicazione dell'art. 3 della legge 241/1990, eccesso di potere per difetto di motivazione e carenza di istruttoria: la Regione non avrebbe effettuato gli indispensabili e doverosi accertamenti in sede istruttoria, non risultando in che modo sarebbe conseguito l'asserito maggior introito pari a 3.645.010 euro;
- VIII. Eccesso di potere per irragionevolezza ed illogicità, difetto dei presupposti sotto ulteriore profilo: allo scopo di non introdurre una quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro, si sarebbe introdotta, del tutto irragionevolmente, una misura che comporta l'aumento di circa 100 euro delle prestazioni *intra moenia*;
- IX. Eccesso di potere per contraddittorietà, illogicità ed irragionevolezza sotto ulteriore profilo, violazione e falsa applicazione dell'art. 97 Cost. (Buon andamento): le misure introdotte spingerebbero i pazienti ad usufruire dei servizi erogati dalle strutture private, con conseguenze pregiudizievoli per lo stesso SSN oltre che per i ricorrenti;
- X. Violazione e falsa applicazione degli art. 7 e ss. della legge 241/1990, violazione del principio di partecipazione al procedimento amministrativo; violazione e falsa applicazione dell'art. 1 della legge 120/2007 sotto ulteriore profilo: sarebbe stato violato il contraddittorio procedimentale con i singoli professionisti e le associazioni sindacali rappresentative imposto per ogni adeguamento tariffario delle prestazioni *intra moenia*;
- XI. Violazione e falsa applicazione dell'art. 4 della legge 412/1991, in combinato disposto con gli artt. 4 e ss. del d.lgs. 504/1992; eccesso di potere per irragionevolezza ed illogicità sotto ulteriore profilo, violazione dell'art. 36 Cost.: i provvedimenti impugnati sarebbero del tutto in contrasto con il principio di incentivazione dell'attività professionale intramuraria qua-

le elemento qualificante della riforma sanitaria, al fine di supportare lo stesso SSN e di concorrere all'abbattimento dei tempi di attesa delle prestazioni del servizio pubblico, e di fatto favorendo indebitamente l'attività *extra moenia*;

- XII. Violazione e falsa applicazione degli artt. 4, 54 e ss. del CCNL di comparto: sarebbero violate le disposizioni del CCNL di comparto applicabili in tema di concertazione nel processo di rideterminazione delle tariffe.

Si sono costituiti la Regione Umbria, il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e l'Azienda Ospedaliera di Perugia, eccependo preliminarmente, in necessaria sintesi:

- l'inammissibilità del gravame per carenza di legittimazione ed interesse, lamentando i ricorrenti una lesione del tutto eventuale e potenziale fondata su di una mera previsione in merito alla riduzione dell'attività in regime di *intra moenia*, risultando semmai soltanto gli assistiti i soggetti direttamente lesi dall'introdotta misura di compartecipazione;
- l'inammissibilità per carenza di interesse sotto ulteriore profilo, non sussistendo alcuna lesione della concorrenza rispetto ai professionisti operanti *extra moenia* non essendovi alcun mercato di riferimento, data la posizione privilegiata (sotto diversi e concorrenti profili) rivestita dai ricorrenti che prestano l'attività in regime di *intra moenia*;
- l'ulteriore profilo di inammissibilità delle dedotte censure volte a sindacare il merito delle scelte ampiamente discrezionali della Regione nella individuazione delle forme di partecipazione ai costi delle prestazioni sanitarie, ritenute maggiormente rispondenti alle finalità di solidarietà sociale;
- il difetto di giurisdizione del g.a. in favore delle Commissioni tributarie, ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. 246/1992, nella denegata ipotesi in cui dovesse accogliersi la prospettazione dei ricorrenti in merito alla pretesa natura tributaria delle misure di compartecipazione introdotte.

Quanto al merito, chiedono il rigetto del gravame, evidenziando l'infondatezza di tutte le censure *ex adverso* dedotte, evidenziando in particolare, in sintesi:

- l'ampia discrezionalità della Regione in ordine alla scelta delle concrete misure di partecipazione alle prestazioni sanitarie di cui all'art. 1 c. 796 lettera p-bis punto 2 legge 296/2006, con il solo limite della equivalenza ed appropriatezza sul piano economico finanziario, comunque non destinate ad incidere sui livelli essenziali di assistenza (LEA);
- la misura di partecipazione introdotta nulla avrebbe a che vedere con la disciplina sui *ticket* sanitari, applicabile unicamente nell'ambito dei LEA, in cui non potrebbero rientrare le prestazioni libero professionali intramurarie;
- la natura non tributaria, trattandosi di misura di partecipazione al costo di prestazioni sanitarie di tipo privatistico, liberamente scelte dagli assistiti, di carattere sinallagmatico perché commisurata alla prestazione erogata, come tale legittimamente istituita mediante regolamento, con conseguente infondatezza di tutte le censure presupponenti tale erronea natura giuridica;
- la legittimità della deliberazione gravata anche in riferimento all'art. 23 Cost., in quanto atto applicativo di potestà conferita da fonte di rango legislativo statale;
- il perseguimento della finalità di solidarietà sociale (art. 2 Cost.) di assicurare il mantenimento dei LEA in favore dei meno abbienti, essendo i pazienti che decidono di avvalersi delle prestazioni in regime di *intra moenia* in condizione di sopportare agevolmente gli ulteriori oneri derivanti dalla partecipazione alla spesa sanitaria;
- l'inapplicabilità delle disposizioni tese alla tutela del contraddittorio con le associazioni di categoria, non realizzando le misure impugnate alcuna rinegoziazione delle tariffe, le quali rimarrebbero invariate;
- la mancata dimostrazione della flessione delle prestazioni erogate, occorrendo comunque, allo stato, un arco temporale più ampio al fine di consentire l'acquisizione di dati maggiormente attendibili.

L'Avvocatura dello Stato eccepisce, inoltre, l'inammissibilità del gravame relativamente all'impugnativa dell'accordo tra la Regione ed i due dicasteri

convenuti, rivestendo esso consistenza di mero atto interno non dotato di alcuna efficacia lesiva, imputabile soltanto alla successiva delibera regionale; l'Azienda ospedaliera di Perugia eccepisce, di contro, la carenza di legittimazione passiva in ordine alla *res controversa*, non avendo assunto alcuna determinazione volitiva circa la misura avversata, ed essendo la nota del 20 febbraio 2012 impugnata del tutto priva di carattere provvedimentale.

La difesa dei ricorrenti ha controdedotto in merito a tutte le eccezioni in rito sollevate, evidenziando, tra l'altro, la sussistenza della giurisdizione del g.a. a norma dell'art. 7 c. 5 del d.lgs. 546/1992, venendo in questione l'impugnativa di atto amministrativo generale/regolamentare pur se istitutivo di una entrata di carattere tributario; quanto all'interesse a ricorrere, tra l'altro, la doppia posizione al contempo rivestita di soggetti erogatori delle prestazioni e di potenziali utenti delle stesse.

(*omissis*)

2. La controversia all'esame del Collegio verte sulla legittimità della deliberazione della Giunta Regionale della Regione Umbria n. 3 del 9 gennaio 2012, avente ad oggetto il recepimento dell'accordo tra Regione Umbria, Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e della Finanze ai sensi dell'art. 1 comma 796 lettera p-bis punto 2 della legge 27 dicembre 2006 n. 296, con cui è stata disposta a decorrere dal 27 febbraio 2012 una misura di compartecipazione alla spesa sanitaria pari al 29 % del valore tariffario attuale su ogni singola prestazione medica libero-professionale in regime di *intra moenia*, cioè svolta all'interno della struttura ospedaliera, ed *intra moenia* c.d. allargata, cioè presso studi esterni autorizzati.

L'art. 1, c. 796, lettere p e p-bis della legge 27 dicembre 2006 n. 296, richiamato nella deliberazione gravata a fondamento del potere esercitato, stabilisce:

" - p) a decorrere dal 1° gennaio 2007, per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale gli assistiti non esentati dalla quota di partecipazione al costo sono tenuti al pagamento di una quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro. Per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero, la cui condizione è stata codificata come codice bianco, ad eccezione di quelli af-

ferenti al pronto soccorso a seguito di traumatismi ed avvelenamenti acuti, gli assistiti non esenti sono tenuti al pagamento di una quota fissa pari a 25 euro. La quota fissa per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso non è, comunque, dovuta dagli assistiti non esenti di età inferiore a 14 anni. Sono fatte salve le disposizioni eventualmente assunte dalle regioni che, per l'accesso al pronto soccorso ospedaliero, pongono a carico degli assistiti oneri più elevati;

- *p-bis*) per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui al primo periodo della lettera *p*), fermo restando l'importo di manovra pari a 811 milioni di euro per l'anno 2007, 834 milioni di euro per l'anno 2008 e 834 milioni di euro per l'anno 2009, le regioni, sulla base della stima degli effetti della complessiva manovra nelle singole regioni, definita dal Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, anziché applicare la quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro, possono alternativamente:

1) adottare altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, la cui entrata in vigore nella Regione interessata è subordinata alla certificazione del loro effetto di equivalenza per il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e per il controllo dell'appropriatezza, da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

2) stipulare con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze un accordo per la definizione di altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, equivalenti sotto il profilo del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e del controllo dell'appropriatezza. Le misure individuate dall'accordo si applicano, nella Regione interessata, a decorrere dal giorno successivo alla data di sottoscrizione dell'accordo medesimo".

3. *In limine litis*, non ritiene il Collegio di disporre la riunione dei ricorsi, stante la sostanziale autonomia dei relativi giudizi, pur connessi, non sussistendo *ex art. 70 cod. proc. amm.* alcun obbligo al riguardo (*ex multis* Consiglio di Stato, sez. IV, 1 ottobre 2007, n. 5042) ed essendo i ricorsi connessi (RG

125/2012 e 126/2012) passati in decisione all'odierna udienza pubblica.

4. Preliminarmente, va affermata la giurisdizione del g.a.

(*Omissis*)

Va pertanto affermata la giurisdizione del g.a. investendo la controversia per cui è causa la legittimità di atti amministrativi generali *rectius* regolamentari istitutivi di misure di partecipazione alle prestazioni sanitarie libero professionali in regime di *intra moenia*, pur non potendosi escludere, come si dirà in prosieguo, la natura tributaria o para-tributaria delle misure introdotte.

4.1. Vanno poi preliminarmente disattese le eccezioni di inammissibilità del gravame per asserito difetto di legittimazione ed interesse, eccepite dalle Amministrazioni resistenti, fermo restando l'effettiva carenza di interesse degli istanti alla caducazione con effetto retroattivo dei provvedimenti impugnati.

Dalla documentazione depositata in giudizio risulta *per tabulas* la tendenziale diminuzione del volume delle prestazioni complessivamente erogate nel periodo 27 febbraio-settembre 2012 rispetto al corrispondente periodo del 2011; già al momento della proposizione del gravame (23 marzo 2012) si era verificato un sensibile calo del fatturato rispetto al corrispondente periodo del mese di marzo 2012 (271.441,90 euro contro 287.441,90). Con riferimento al numero delle prestazioni complessivamente erogate presso l'Azienda Ospedaliera di Perugia, si è verificata una diminuzione da 31.424, nell'anno 2012, a 28.209 nell'anno 2011. Tale diminuzione attuale, al di là delle generiche affermazioni delle Amministrazioni resistenti circa la riconducibilità alla recessione economica in corso ed al diminuito potere di acquisto delle famiglie, denota un indubbio *vulnus* all'attività medica prestata in regime di *intra moenia* da parte degli odierni istanti, indipendentemente dall'asserita questione circa la sussistenza o meno di asimmetrie tra la posizione assunta nel "mercato sanitario" da coloro che esercitano l'attività intramuraria rispetto ai medici che hanno optato per *l'extra moenia*.

Sul punto, l'innegabile regime di *favor* (come si vedrà appresso) per l'attività medica intramuraria de-

sumibile dalla normativa statale di riferimento, non elide l'interesse degli istanti a ripristinare il confronto concorrenziale con i medici che prestano la propria opera privatamente, confronto mutilato dall'introduzione del contestato prelievo coattivo nella misura del 29 % del costo di ogni singola prestazione.

Sta di fatto che i ricorrenti, in posizione differenziata rispetto al *quisque de populo* in virtù della professione concretamente esercitata, lamentano una lesione attuale della posizione sostanziale dedotta in giudizio, consistente nella comprovata diminuita concorrenzialità delle prestazioni erogate *intra moenia* effettuate per propria scelta *id est* nel libero esercizio dell'attività libero professionale (per altro, appunto, incentivata dal legislatore statale) in disparte la sussistenza o meno di ulteriori soggetti potenzialmente lesi dai provvedimenti impugnati, quali gli assistiti, i quali come si vedrà pur sopportano integralmente gli effetti dell'introdotta "misura di partecipazione". L'attività libero professionale *intra moenia* è infatti attività libero professionale resa dal professionista, e non dal SSN, nell'ambito delle strutture aziendali individuate (art. 15-*quinques* c. 2 lett. a) d.lgs. 502/1992).

Diversamente opinando e seguendo le eccezioni delle Amministrazioni resistenti, i provvedimenti impugnati sfuggirebbero in sostanza a qualsiasi possibile impugnativa, non essendo nemmeno riconoscibile in capo ai singoli utenti la legittimazione a ricorrere, se non per il tramite delle associazioni rappresentative degli interessi collettivi.

Deve però escludersi ogni utilità per i ricorrenti quanto alla eliminazione integrale degli effetti dell'atto lesivo in riferimento all'interesse azionato in giudizio, giacché soltanto gli utenti del servizio potrebbero, almeno potenzialmente, coltivarvi interesse.

Infatti, soltanto gli assistiti potrebbero in forza della caducazione *ex tunc* della gravata deliberazione G.C. 3/2012 trarne vantaggio patrimoniale azionando eventuali pretese di rimborso, venuto a cadere il relativo presupposto normativo, mentre l'interesse dei medici ricorrenti operanti in regime di *intra moenia* è solo e soltanto quello di ripristinare *ex nunc* il corretto confronto concorrenziale ed il libero svol-

gimento dell'attività libero professionale intramuraria, come si vedrà in prosieguo decisamente incentivato dal legislatore statale. Sotto altro profilo, la retroattività degli effetti dell'annullamento sarebbe oltremodo incongrua ed iniqua, in quanto potrebbe determinare, senza alcun apprezzabile vantaggio per gli odierni istanti, possibili squilibri finanziari nell'esercizio 2012, essendo la misura in questione destinata al mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario.

Sul punto, risulta oggi quanto meno rimediale, anche sulla scia del diritto comunitario, la tradizionale regola secondo cui la sentenza di accoglimento della domanda di annullamento debba comportare sempre e comunque la integrale eliminazione degli effetti dell'atto impugnato, potendo invece il g.a. modularne gli effetti a seconda delle circostanze e comunque "dell'interesse posto a base dell'impugnazione" (Consiglio di Stato, sez. VI, 10 maggio 2011, n. 2755) in coerenza con il principio della "pienezza ed effettività della tutela" elevato a principio generale dal vigente Codice del Processo amministrativo.

Ne consegue l'ammissibilità del ricorso limitatamente alla caducazione con effetto *ex nunc* dei provvedimenti impugnati, non avendo i ricorrenti alcun interesse, come detto, all'eliminazione integrale, ora per allora, degli effetti prodotti.

Il ricorso pertanto è ammissibile, essendo gli odierni ricorrenti in posizione differenziata e portatori di interesse diretto, concreto ed attuale all'annullamento dell'atto impugnato, pur se nei suesposti limiti.

(*Omissis*)

5. Quanto al merito il ricorso è fondato.

5.1. Giova rilevare come lo svolgimento dei medici, anche docenti universitari, dell'attività intramuraria sia stato reso effettivo, da prima, per effetto della modifica dell'art. 15-*quinquies* del d.lgs. n. 502 del 1992, operata da parte dell'art. 3 del d.lgs. 28 luglio 2000 n. 254 (così modificato dall'art. 1, d.l. 23 aprile 2003 n. 89, come modificato dalla relativa legge di conversione, dall'art. 1-*quinquies*, d.l. 27 maggio 2005, n. 87, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione) e dall'art. 22-*bis*, d.l. 4 luglio 2006, n. 223, nel testo integrato dalla relativa legge

di conversione, che espressamente consentono ai medici di esercitare l'attività *intra moenia* nel proprio studio professionale, qualora la struttura di riferimento non appresti locali idonei, in fine, dall'art. 1 della legge 3 agosto 2007, n. 120, che ha introdotto nuove misure per la realizzazione di strutture preordinate allo svolgimento della suddetta attività presso le strutture sanitarie, ed anche presso i policlinici universitari (Consiglio Stato, sez. VI, 5 dicembre 2007, n. 6199).

Contestualmente il legislatore ha adottato varie misure per incentivare l'attività professionale intramuraria (tra cui l'assimilazione *ex art. 50 t.u.i.r.* ai redditi di lavoro dipendente) elemento qualificante della riforma sanitaria, in quanto permette che le aziende ospedaliere, dotate di piena autonomia finanziaria, possano effettivamente beneficiare di nuove entrate. In effetti la libera professione intramuraria, che si è sempre più venuta a caratterizzare più che come attività libero professionale in senso stretto come *tertium genus* (Corte Costituzionale 14 luglio 1999, n. 330) per la compresenza, accanto agli elementi propri del rapporto d'opera professionale, di altri propri del rapporto di lavoro subordinato – quali, ad esempio, il trattamento fiscale, la fissazione delle tariffe e la determinazione del riparto dei compensi da parte dell'Amministrazione – costituisce uno strumento utile per il conseguimento degli scopi assegnati alle strutture sanitarie pubbliche (T.A.R. Lazio, Roma, sez. I-*bis*, 14 luglio 2007, n. 6334).

Emerge poi dal complesso quadro normativo di riferimento, la disincentivazione, anche attraverso la dichiarata incompatibilità tra i due tipi di attività professionale (art. 1, comma 5 della legge n. 662 del 1996), della pur prevista scelta per la libera professione extramuraria e la volontà di funzionalizzare l'attività intramuraria rispetto agli obiettivi delle strutture sanitarie pubbliche, prevedendo forme di conversione dell'interesse esclusivo del singolo medico all'espletamento della professione in interesse concorrente dell'azienda ospedaliera, che potrebbe accrescere la propria capacità di offerta anche attraverso il ricorso all'attività libero-professionale intramuraria (art. 3, comma 12, lett. a) del d.lgs. n. 124 del 1998); in questo modo tale attività appare in grado non solo di assicurare al servi-

zio pubblico sanitario maggiori entrate, ma di realizzare anche, in conseguenza dell'innovazione del sistema di remunerazione delle prestazioni (art. 4, comma 7-*ter*, del d.lgs. n. 502 del 1992, introdotto dall'art. 6 della legge n. 724 del 1994), economie di gestione (ancora T.A.R. Lazio, Roma, sez. I-*bis*, 14 luglio 2007, n. 6334).

5.2. In questo contesto, la scelta per gli assistiti delle prestazioni sanitarie in regime di *intra moenia* è comunque libera, come espressione del diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura (di rilievo costituzionale *ex art. 32 Cost.*) al pari del ricorso alle prestazioni private, sopportandone interamente i relativi costi. Infatti le prestazioni intramurarie non sono rese dal SSN con costi a proprio carico, ma dal libero professionista (che opta per tale regime professionale) con costi a totale carico del paziente, come per altro affermano le stesse difese delle Amministrazioni resistenti, seppur a supporto della dedotta eccezione in rito di difetto di interesse.

A tale scopo, la legge n. 724/1994 dispone che le aziende sanitarie debbano provvedere alla tenuta di una contabilità separata che deve tener conto di tutti i costi diretti ed indiretti, la quale non deve presentare disavanzo, in quanto il suo scopo è quello di garantire che non vi siano impropri trasferimenti di oneri fra l'attività principale dell'azienda e la libera professione, oltre a consentire la valutazione di efficienza ed economicità di quest'ultima.

La deliberazione G.R. n. 513 del 23 maggio 2001 contenente gli indirizzi per la regolamentazione dell'attività libero professionale nelle aziende sanitarie regionali, impone che le tariffe siano determinate in modo da remunerare tutti i costi sostenuti dalle aziende e comprensive dell'onorario concordato con il professionista, delle spese aggiuntive e del compenso orario da corrispondere al personale di supporto diretto. In attuazione della suddetta deliberazione, l'Azienda Ospedaliera di Perugia, con deliberazione n. 1260 del 13 giugno 2003, ha adottato il regolamento dell'attività libero professionale intramuraria, il cui art. 19, comma 4 tra le voci comprendenti le tariffe, annovera una quota "a titolo di rimborso dei costi diretti ed indiretti sostenuti dall'Amministrazione per l'effettuazione delle prestazioni". Emerge pertanto, con eviden-

za, che le tariffe risultano già comprensive dei costi diretti ed indiretti a carico del SSN, essendone previsto da parte del professionista il versamento a favore dell'azienda.

In definitiva, è incontrovertibile come è il paziente a farsi carico per intero dei costi delle prestazioni *intra moenia* e non già il SSN, non sussistendo il pagamento di alcun *ticket*, ovvero di compartecipazione/tassa al costo della prestazione, valevole per le sole prestazioni sanitarie in regime ordinario.

Soltanto per alcune tipologie di attività intramuraria erogate in regime di ricovero e di *day hospital* è prevista la partecipazione delle Regioni alla spesa (vedi art. 28 l. 488/1999) in quanto trattasi di costo che la Regione dovrebbe sostenere per intero se la prestazione fosse erogata in regime ordinario. Trattasi però di tipologia di *intra moenia* del tutto anomala o impropria, che semmai conferma la suesposta regola generale, desumibile in *subiecta materia*, della copertura mediante la tariffa pagata dal paziente, di tutti i costi sostenuti dall'azienda sanitaria.

5.3. Stando così le cose, l'avversata introduzione da parte della Regione Umbria, di un prelievo pari al 29 % sulle suddette prestazioni non assume alcun carattere di sinallagmaticità, non concretando una "forma di compartecipazione" ai costi delle prestazioni sanitarie, essendone gli oneri già interamente a carico degli assistiti, bensì una ben diversa forma di "finanziamento della spesa pubblica sanitaria".

La misura introdotta travalica quindi l'ambito delle "misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie" previsto dall'art. 1, c. 796, lettera p-bis, punto 2) della legge 27 dicembre 2006 n. 296, non avendo finalità di compartecipazione alle prestazioni del SSN, per porsi, invece, quale misura sostanzialmente tributaria di imposizione indiretta dell'attività *intra moenia*, volta al finanziamento della spesa del SSN, quale misura sostitutiva del *ticket* sulle ricette per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale.

Sul punto, non ritiene infatti il Collegio di poter condividere la tesi delle Amministrazioni resistenti in merito all'asserita riconducibilità del prelievo in questione a generica "misura di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie" alternativa al ti-

cket sanitario: la sentenza 16 luglio 2012 n. 187 della Corte Costituzionale, nell'affermare la competenza regolamentare regionale ad introdurre tali misure sulla base dell'art. 17 comma 1 lett. d) del d.l. 98/2011, non attiene a fattispecie quale quella per cui è causa, ma a prestazioni erogate dal SSN in regime ordinario.

Ritiene il Collegio che le prestazioni in regime di *intra moenia*, in quanto erogate su specifica scelta del paziente e con costi a suo carico, non possano ricondursi nel novero delle prestazioni erogate dal SSN al fine di soddisfare i LEA, fuoriuscendo quindi dall'ambito di operatività delle misure di partecipazione, da riferirsi appunto alle prestazioni di natura commutativa in rapporto di stretta correlazione con l'erogazione di un servizio pubblico. La stessa Corte Costituzionale (sentenza 13 giugno 2008, n. 203) ha affermato che la disciplina di cui all'art. 1, c. 796, lett. p) e p-bis) della l. 296/1996 ha finalità di garantire "il mantenimento dei livelli essenziali delle prestazioni nei confronti di tutti i cittadini".

5.4. In conclusione, "l'ampio ventaglio di soluzioni alternative" – secondo la stessa nozione della Consulta (sent. 187/2012) – riconosciuto dall'art. 1, c. 796, lett. p) e p-bis) della l. 296/1996 riguarda misure alternative di partecipazione al costo delle "prestazioni sanitarie" rispetto alla misura "ordinaria" della quota fissa o *ticket* di 10 euro sulla ricetta, non già al costo della "complessiva spesa sanitaria".

Viene a mancare, in definitiva, il rapporto sinallagmatico tra la prestazione imposta ed il beneficio che gli assistiti ne ricevono, che costituisce requisito indispensabile per escluderne la natura tributaria (*ex multis* Cassazione Sezioni Unite 9 gennaio 2007, n. 123, Corte Cost. 11 febbraio 2005, n. 73). D'altronde, la giurisprudenza è pacifica nel riconoscere natura di tassa al *ticket* sanitario (Cassazione civile, sez. un., 9 gennaio 2007, n. 123; *id.* 22 dicembre 2004, n. 23880) come poi espressamente affermato dall'art. 12, comma 2, l. 28 dicembre 2001, n. 448, sostitutivo dell'art. 2 d.lgs. 31 dicembre 1992, n. 546.

5.5. Tanto premesso, ne consegue la fondatezza di tutte le censure (violazione artt. 23, 117 e 119 Cost., art. 1, c. 796, lett. p) e p-bis) della l. 296/1996) di cui al I, III, IV e VI motivo di gravame, che muovono dalla corretta prospettazione circa la natura tributaria

(di imposta) o comunque para-tributaria della contestata misura del prelievo del 29 % sul valore tariffario su ogni singola prestazione libero professionale in regime di *intra moenia*.

Infatti, trattandosi di sostanziale imposta indiretta sulle attività, avrebbe dovuto essere introdotta sulla base degli artt. 23, 117 c. 3 e 119 c. 2 Cost. mediante legge dello Stato, non disponendo la Regione di una potestà impositiva autonoma, non potendo la potestà regionale essere legittimamente esercitata in mancanza di una previa disposizione di legge statale che definisca, quanto meno, gli elementi essenziali del tributo (Corte Costituzionale 28 ottobre 2011, n. 280; *id.* sentenze n. 355 del 1998, 295 del 1993; n. 294 del 1990; n. 214 e n. 204 del 1987; n. 272 e n. 271 del 1986).

Non può infatti riconoscersi nell'art. 1, c. 796, lett. p) e p-bis) della l. 296/1996 l'indispensabile fondamento normativo primario a supporto dell'esercizio del potere regionale impositivo, per l'evidente genericità ed indeterminatezza, non essendo per nulla definiti gli elementi essenziali del prelievo, vale a dire, quantomeno, lo stesso presupposto di imposta, i soggetti passivi e le relative aliquote massime (Corte Costituzionale 5 maggio 1988, n. 507; Consiglio di Stato, sez. V, 17 dicembre 1984, n. 920).

Nella fattispecie per cui è causa, dall'art. 1, c. 796, p-bis), punto 2) della l. 296/1996 non possono quindi trarsi i criteri oggettivi indispensabili nel rispetto di una pur non assoluta riserva di legge, atti a guidare e circoscrivere adeguatamente le scelte relative all'entità della prestazione imposta (Corte Cost. 5 febbraio 1986, n. 34). Sul punto, la partecipazione al procedimento dei dicasteri della Sanità e dell'Economia e Finanze, attenendo esclusivamente alla verifica dell'invarianza finanziaria ed appropriatezza della misura, non pare certo sufficiente a delimitare la discrezionalità della Regione, al fine del rispetto della riserva di legge. E ciò è tanto più vero venendo in gioco i diritti riconosciuti dall'ordinamento dei dirigenti medici all'esercizio della libera professione in regime di *intra moenia*, come visto principio informatore dell'ordinamento statale sanitario.

5.6. Conclusivamente sono dunque fondate le doglianze di violazione di legge di cui al I, III, IV e VI motivo di gravame.

6. Ritiene comunque il Collegio che anche laddove volesse escludersi la natura di imposta o tributaria della misura in questione, essa sarebbe comunque ricompresa nella più vasta nozione di prestazione patrimoniale imposta di cui all'art. 23 Cost. con conseguente fondatezza delle ulteriori e subordinate censure di violazione delle attribuzioni del Consiglio regionale garantite dall'art. 43 del vigente Statuto approvato con l.r. 16 aprile 2005 n. 21.

Infatti, l'art. 43 dello Statuto (c. 2 lett. e) riserva alla competenza dell'organo consiliare sia la deliberazione dei "criteri per la determinazione della entità dei tributi e delle imposte regionali e di ogni altra prestazione personale e patrimoniale" sia gli indirizzi per le intese e gli accordi da stipularsi con il Governo (c. 2 lett. b). Sotto entrambi i profili risultava pertanto necessaria la deliberazione del Consiglio regionale, trattandosi di istituire una misura di finanziamento della spesa sanitaria regionale del tutto innovativa, e rientrando l'accordo sottoscritto il 30 dicembre 2011 con il Ministero della Salute e dell'Economia e delle Finanze nel novero degli accordi con il Governo.

(*omissis*)

8. Per i suesposti motivi il ricorso è fondato e va accolto e per l'effetto vanno annullate la deliberazione G.R. n. 3 del 9 gennaio 2012, l'accordo tra Regione Umbria, Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze sottoscritto il 30 dicembre 2011 nonché la nota prot. 4453 del 20 febbraio 2012 dell'Azienda Ospedaliera, nei limiti dell'interesse azionato dai ricorrenti, come da motivazione.

Sussistono giusti motivi, ai sensi del combinato disposto degli artt. 26 cod. proc. amm. e 92 c.p.c., per disporre l'integrale compensazione delle spese di lite, attesa la complessità delle questioni trattate.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per l'Umbria (Sezione Prima) definitivamente pronunciando sul ricorso, come in epigrafe proposto, lo accoglie e per l'effetto annulla la deliberazione G.R. n. 3 del 9 gennaio 2012, l'accordo tra Regione Umbria, Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze sottoscritto il 30 dicembre 2011 nonché la nota del 20 febbraio 2012 dell'Azienda Ospedaliera, nei limiti dell'interesse azionato dai ricorrenti, come da motivazione.

Commento

a cura di Lucia Busatta

1. Introduzione

Con la sentenza in commento il T.A.R. Umbria ha annullato la deliberazione della Giunta Regionale umbra n. 3 del 9 gennaio 2013, avente ad oggetto “Recupero accordo tra Regione Umbria, Ministero della Salute e Ministero dell’Economia e delle Finanze ai sensi dell’art. 1, comma 796, lettera *p-bis*), punto 2 della legge 27 dicembre 2006, n. 296”. Si trattava di un provvedimento con il quale la Regione, in seguito ad apposito accordo con i Ministeri competenti per materia, adottava una soluzione alternativa rispetto all’imposizione del *ticket* fisso aggiuntivo di dieci euro sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali.

La pronuncia trae origine dal ricorso presentato avverso tale provvedimento da alcuni medici, tutti dirigenti del ruolo sanitario ed esercenti anche l’attività libero professionale in regime di c.d. *intra moenia* nel perugino, i quali facevano valere davanti al giudice amministrativo numerosi profili di illegittimità della deliberazione regionale. Quest’ultima, al fine di ovviare all’imposizione nella Regione Umbria della quota di compartecipazione per l’importo di dieci euro da sommarsi alle quote già previste a livello regionale per le prestazioni sanitarie specialistiche ambulatoriali, introduceva un’aliquota del 29% del valore tariffario di ogni singola prestazione medica, resa in regime di c.d. *intra moenia*. Tale intervento determinava, quindi, secondo la Giunta della Regione Umbria, l’adozione sul territorio regionale di una misura alternativa rispetto alle previsioni di cui all’art. 1, comma 796, lett. *p-bis*), della legge finanziaria per il 2007, reintrodotta con la manovra dell’estate 2011¹.

La sentenza in commento è di sicuro interesse dal punto di vista giuspubblicistico, poiché tan-

to la disciplina normativa riguardante le quote di compartecipazione alle spese sanitarie richieste agli utenti iscritti al Servizio sanitario nazionale (SSN) e non esentati dal pagamento del *ticket*, quanto gli interventi giurisprudenziali sul tema permettono di svolgere alcune riflessioni circa l’applicazione e l’effettività di principi fondamentali quali la tutela del diritto alla salute e l’universalità dell’accesso alle prestazioni sanitarie all’interno del SSN. La pronuncia del T.A.R., inoltre, inserendosi nel contesto delle misure volte a garantire una razionalizzazione della spesa pubblica nel campo sanitario, permette di muovere alcune riflessioni circa il ruolo del legislatore e dell’amministrazione, chiamati ad operare scelte complesse, aventi un impatto non trascurabile sul diritto alla salute degli individui che si rivolgono alle strutture pubbliche, e sul controllo giurisdizionale operato su tali decisioni. Il quadro normativo entro il quale si colloca l’intervento del T.A.R.², inoltre, è stato più volte oggetto di rimaneggiamento da parte del legislatore e di scrutinio da parte del Giudice delle leggi.

Al fine quindi di esaminare i presupposti che hanno condotto a tale decisione, saranno dapprima presi in considerazione gli antefatti normativi e giurisprudenziali (ripresi e citati anche dal giudice amministrativo umbro) che hanno condotto all’adozione della deliberazione della Giunta regionale impugnata e poi annullata. Tale disamina permetterà di concentrare l’attenzione su alcuni profili di merito del giudizio che presentano elementi di sicuro interesse per la valutazione della tenuta dei principi fondativi il sistema sanitario, quando messi alla prova – come nel momento attuale – da particolari vincoli e limiti imposti dalla necessità del mantenimento dell’equilibrio della spesa pubblica nel campo della salute. Ci si propone, quindi, di provare a verificare se le alternative all’imposizione del *ticket* fisso in aggiunta alla quota di compartecipazione già richiesta su ciascuna ricetta siano realmente percorribili

(1) Si tratta, come si vedrà nel paragrafo seguente, dell’art. 17, comma 6, del d.l. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla l. n. 111/2011.

(2) Bisogna altresì segnalare che nella stessa data, con sentenza n. 19/2013, il T.A.R. Umbria si è pronunciato anche su un ricorso presentato da alcuni sindacati e associazioni mediche per l’annullamento della medesima deliberazione.

da parte delle Regioni, oppure se esse siano comunque destinate a soccombere (come nel caso umbro) qualora sottoposte al controllo giurisdizionale.

2. La ricostruzione del dato normativo

La deliberazione della Giunta Regionale impugnata nel ricorso presentato dai medici operanti anche in regime libero-professionale di c.d. *intra moenia* si pone, come sopra si è anticipato, all'interno di un contesto normativo articolato, nel quale è possibile osservare alcuni interventi del legislatore nazionale che incidono in maniera significativa sulla disciplina della compartecipazione degli utenti alla spesa sanitaria. Per tal ragione non si può prescindere, pur senza pretese di completezza³, da una breve analisi dell'evoluzione normativa di tali disposizioni: nonostante esse mostrino in apparenza una natura fortemente tecnica e profili strettamente economico-finanziari, infatti, non si può non tenere in considerazione che tali previsioni incidono in modo significativo sull'accesso alle prestazioni sanitarie per gli individui iscritti al SSN e non esenti, costituendo – a parere di chi scrive – uno degli indicatori fondamentali dell'effettività della garanzia dei diritti individuali nel campo della salute.

In termini generali, una quota di compartecipazione alle spese sanitarie è richiesta agli utenti per le seguenti tipologie di prestazioni: (a) le prestazioni specialistiche ambulatoriali e la diagnostica strumentale e di laboratorio; (b) le prestazioni ricevute in regime di pronto soccorso (caratterizza-

te dal c.d. codice bianco, ovvero non seguite da ricovero); (c) le cure termali; (d) l'assistenza farmaceutica⁴. A tale proposito, è d'uopo, naturalmente, tener presente che il legislatore è altresì intervenuto, tanto a livello statale quanto a livello regionale, per prevedere alcune categorie di esenzione dalla quota di compartecipazione che possono essere distinte a seconda che il beneficio possa qualificarsi come integrale o parziale⁵ oppure a seconda della ragione per la quale esso è accordato: si può infatti distinguere tra esenzioni per motivi di reddito (calibrate secondo soglie diverse nelle varie Regioni⁶), in ragione dello stato di invalidità⁷, oppure in relazione alla particolare patologia da cui si è affetti. Ne segue che non pochi sono i casi nei quali può trovare applicazione un'esenzione⁸. Ciononostante, in ragione anche della particolare congiuntura economica che caratterizza il momento attuale, è riscontrabile un'ampia pletora di soggetti che, pur non soddisfacendo i requisiti

(4) Per ciascuna di tali tipologie di prestazioni erogate all'interno del SSN le singole Regioni possono operare variazioni più o meno ampie rispetto alla disciplina generale statale. Alcune indicazioni significative su tali articolazioni sono riportate in E. CANTÙ, F. FERRÉ, *L'attuazione regionale del ticket sulle ricette*, in *Dossier Copayment*, Agenas, aprile 2012, cit., pp. 19 ss. La deliberazione impugnata dinanzi al giudice amministrativo e la sentenza qui in commento hanno per oggetto primariamente le prestazioni *sub* (a).

(5) Per alcuni dati, cfr. ad esempio, S. ARCA, *La normativa statale in materia di ticket ed esenzioni*, in *Dossier Copayment*, Agenas, aprile 2012, cit., 15 ss.; E. CANTÙ, F. FERRÉ, *L'attuazione regionale del ticket sulle ricette*, in *Dossier Copayment*, Agenas, aprile 2012, cit., 19 ss.

(6) In diretta attuazione dell'art. 32, comma 1, Cost.

(7) Questa categoria, in particolare, è quella caratterizzata da una più complessa articolazione del regime delle esenzioni, in ragione anche della tipologia di invalidità dalla quale il soggetto interessato è affetto. Cfr. a tale proposito S. ARCA, *La normativa statale in materia di ticket ed esenzioni*, *Dossier Copayment*, Agenas, aprile 2012, cit., 14 ss.

(8) In base ai dati raccolti ed elaborati all'interno del Dossier Agenas, Gruppo Remoiet, *Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica*, cit., 11: «Utilizzando i dati i forniti da alcune Regioni si può sostanzialmente ritenere che gli utenti di prestazioni specialistiche si aggirino sul 50% degli abitanti e solo la metà di questi sono i non esenti mentre le prestazioni degli esenti superano i tre quarti. Se queste stime si estendono all'intero paese, allora si può credibilmente ritenere che i soggetti che hanno pagato i ticket della specialistica siano il 25% della popolazione, cioè 15 milioni, e quindi risulterebbe che, a testa, mediamente avrebbero versato circa 150 Euro (2.250 miliardi di Euro di incasso pagati da 15 milioni di soggetti, quindi in media 150 Euro a testa).

(3) Sia consentito rinviare, per quanto non qui illustrato, a due dossier a cura dell'Agenas (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali), nei quali viene accuratamente ricostruito il quadro normativo relativo alle imposizioni delle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria a livello statale e nelle singole Regioni. Il primo è il *Dossier Copayment* pubblicato nell'aprile 2012, e reperibile all'indirizzo internet www.agenas.it/agenas_pdf/Dossier%20Copayment_aprile2012.pdf (ultima consultazione 21.5.2013). Il secondo, invece, ricostruisce i dati sull'applicazione del c.d. *super ticket* nelle Regioni italiane e indaga sul rapporto tra crisi economica e accesso alle prestazioni sanitarie nel SSN: *Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica*, pubblicato nel maggio 2013 e reperibile all'indirizzo internet http://www.agenas.it/effetti_super_ticket_crisi_assistenza_specialistica.htm (ultima consultazione 21.5.2013).

per avere titolo ad un'esenzione per motivi medico-sanitari o economici, tuttavia necessita (talora anche con una certa frequenza) di prestazioni sanitarie per le quali è richiesto il pagamento di un *ticket*, il cui importo cumulativo può, in alcuni casi, raggiungere anche cifre considerevoli, soprattutto se parametrato su condizioni reddituali precarie o al limite della soglia dell'esenzione.

Come si è avuto modo di anticipare poc'anzi, la disciplina del c.d. super *ticket* per l'importo di dieci euro sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali, può già vantare una storia normativa piuttosto articolata, pur avendo da poco superato il primo lustro di vita. Essa, infatti, venne introdotta da una disposizione della legge n. 296/2006, nella quale si prevedeva che a decorrere dall'inizio del 2007, gli assistiti non esentati dalla quota di compartecipazione fossero tenuti al pagamento di un importo fisso sulla ricetta pari a dieci euro; a ciò si aggiungeva anche l'introduzione di una nuova tipologia di *ticket* sanitario, attraverso la previsione di una quota fissa di venticinque euro per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero, non seguite da ricovero, dalla quale venivano esentati i minori di quattordici anni. Con tale norma il legislatore mirava a garantire un maggiore equilibrio della spesa pubblica in ambito sanitario attraverso la richiesta di una quota ulteriore di compartecipazione economica agli assistiti non esenti.

Già poche settimane dopo l'entrata in vigore del "nuovo *ticket*", intervenivano le prime modifiche legislative: in sede di conversione del decreto legge n. 300/2006⁹ veniva introdotto l'art. 6-*quater*, che limitava l'applicazione del comma 796, lett. *p*), 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 secondo comma di tale articolo, inoltre, prevedeva l'introduzione, nel testo della finanziaria per il 2007, della lett. *p-bis*) che – oltre a modificare l'importo di manovra per il periodo 2007-2009 – introduceva la possibilità per

le Regioni di reperire in altro modo le risorse necessarie a garantire il mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario del fondo sanitario. Secondo tale norma, per le Regioni si prospettavano due alternative: da un lato, la possibilità di optare per l'adozione di altre misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, sulla base di una certificazione della loro equivalenza economica e della loro appropriatezza da parte del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti¹⁰; dall'altro lato, si prevedeva la stipula di un accordo con il Ministero dell'economia e delle finanze e con il Ministero della salute, ai fini della definizione di misure equivalenti «sotto il profilo del mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario e del controllo dell'appropriatezza». Proprio tale disposizione, e in particolare la seconda opzione a disposizione delle Regioni, costituisce l'origine e, in un certo senso, il fulcro attorno al quale ruota la pronuncia del T.A.R. Umbria qui annotata.

Il legislatore interveniva ulteriormente con decreto legge, nel marzo 2007, al fine di rideterminare l'importo della manovra derivante dall'applicazione dell'art. 1, comma 796, lett. *p*), della l. n. 296/2006 e per abrogare la parte della previsione appena introdotta, relativa al limite di applicazione del *ticket* fino al 31 marzo 2007: come conseguenza, a partire dal 20 maggio 2007, data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto legge appena menzionato, la quota fissa di dieci euro sulle ricette veniva abolita fino al 31 dicembre 2007.

La travagliata storia normativa del c.d. super *ticket* sulle ricette è provata dagli ulteriori interventi, susseguitisi con significativa rapidità: l'art. 2, comma 376, della l. n. 244/2007 (la legge finanziaria per il 2008) sospendeva l'applicazione della quota di compartecipazione per l'anno 2008. Tale scelta veniva ribadita dall'art. 61, comma 19, del d.l. n. 112/2008, convertito con modificazioni dalla legge n. 133/2008, che prolungava il periodo di abolizione del *ticket* fisso per gli anni 2009,

(9) Decreto legge n. 300/2006, convertito con modificazioni dalla l. n. 17/2007 (proroga dei termini previsti da disposizioni legislative e disposizioni diverse).

(10) Si tratta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti istituito dall'art. 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

2010 e 2011. L'equilibrio di spesa veniva infatti garantito attraverso la riduzione dei compensi e delle indennità dei componenti di taluni organi delle aziende sanitarie e la rimodulazione dei trattamenti economici complessivi spettanti a direttori generali, sanitari e amministrativi delle aziende sanitarie¹¹. Alle Regioni veniva, comunque, lasciata la possibilità di applicare la quota di compartecipazione in misura integrale o ridotta, al fine di garantire l'equilibrio finanziario del servizio sanitario regionale.

L'ultimo e il più recente intervento normativo, infine, è stato quello introdotto con la c.d. manovra dell'estate 2011: attraverso un decreto legge è stata ripristinata anzi tempo l'efficacia della disciplina. L'art. 17, comma 6, del d.l. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla l. n. 111/2011, infatti, rideterminava il livello del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, alla luce del Patto per la salute per il triennio 2010-2012 e, abrogando le disposizioni di cui all'art. 61, comma 19, del decreto legge n. 112/2008 sopra menzionato, sanciva la (ri)applicabilità del *ticket* fisso da dieci euro sulle prestazioni specialistiche, a partire dalla data di entrata in vigore della legge di conversione¹². Quest'ultimo intervento del legislatore nazionale determinò, già all'indomani della sua adozione, la reazione avversa di alcune Regioni, che non soltanto si dichiararono apertamente contrarie alla reintroduzione della misura, che avrebbe comportato significative conseguenze negative sull'organizzazione della sanità regionale, ma sollevarono anche una questione di legittimità costituzionale dinanzi alla Consulta. Il ricorso presentato dalle Regioni Veneto e Friuli-Venezia Giulia diede quindi origine alla sentenza n. 187/2012, intervenuta a quasi un anno di distanza dall'introduzione della misura. In tale pronuncia la Corte, pur stabilendo (e in parte riconfermando) alcuni importanti principi riguardanti la gestione delle competenze legi-

slative e regolamentari tra Stato e Regioni in materia sanitaria, escluse la violazione della Costituzione da parte della disposizione che ripristinava il c.d. super *ticket*, mentre dichiarò l'illegittimità costituzionale dell'altra norma impugnata, inerente all'introduzione – a partire dal 2014 – di ulteriori misure di compartecipazione all'assistenza farmaceutica.

Sono gli stessi giudici amministrativi a citare, nella sentenza qui in commento, la giurisprudenza costituzionale in materia; non si può pertanto prescindere da una breve ricostruzione della stessa al fine di comprendere a pieno il contesto entro il quale si colloca l'intervento del T.A.R. Umbria.

3. Lo sguardo del Giudice delle leggi: quando il *ticket* è una questione di competenze

Proprio sulla particolare questione dell'imposizione della quota fissa da dieci euro sulle prestazioni specialistiche ambulatoriali, la Corte Costituzionale è già tornata ormai tre volte¹³, sollecitata da altrettanti ricorsi sollevati dalle Regioni in seguito agli interventi del legislatore di cui si è dato conto. In termini generali, va segnalato il fatto che il tema non è nuovo per la Consulta: a prescindere dal generale incremento dei ricorsi per violazione delle competenze legislative avutosi in seguito alla riforma del Titolo V della Costituzione, infatti, si possono contare numerose pronunce¹⁴ aventi ad oggetto previsioni legislative sulle quote di compartecipazione alla spesa sanitaria a carico degli assistiti. Si tratta di importanti occasioni per la Corte di pronunciarsi sulla legittimità di disposizioni che incidono in maniera significativa sulla concreta fruibilità da parte degli utenti del SSN dei trattamenti sanitari e, di conseguenza, su uno degli indicatori di effettività del diritto alla salute all'interno dell'ordinamento.

(11) A tale proposito si vedano i commi 14 e 16 dell'art. 61 del d.l. n. 112/2008.

(12) Vale a dire, dal 17 luglio 2011. Di conseguenza, quindi, il *ticket* ritrovava applicazione quasi sei mesi prima di quanto in precedenza previsto.

(13) C. Cost., sentt. n. 203/2008, 341/2009 e la già menzionata 187/2012.

(14) Oltre alle pronunce già citate alla nota precedente, cfr., a mero titolo d'esempio, C. Cost., sentt. nn. 184/1993, 98/2007 e 325/2011.

Anche per questa ragione si ritiene di dover brevemente dar conto dei precedenti della Corte Costituzionale, che rappresentano l'alveo entro il quale si colloca la pronuncia n. 20/2013 del T.A.R. Umbria.

La sentenza della Corte Costituzionale n. 203/2008 prende origine da un ricorso presentato dalla Regione Veneto, avente ad oggetto l'art. 1, comma 796, lett. p), della finanziaria 2007 e le modifiche a tale comma apportate dall'art. 6-*quater* del d.l. n. 300/2006. La Regione si doleva del fatto che il legislatore statale, prevedendo una quota fissa su ricetta pari a dieci euro, avesse introdotto una disciplina di dettaglio nella materia «tutela della salute», violando così il terzo comma dell'art. 117 Cost. Inoltre, nel ricorso si esprimevano anche alcuni dubbi circa il rispetto del principio di leale collaborazione da parte dello Stato, dal momento che la disposizione era stata originariamente adottata per attuare il Patto per la salute, mentre la successiva modifica legislativa non ne rispettava il contenuto, violando anche l'art. 119 della Costituzione, poiché andava ad incidere indebitamente sull'autonomia finanziaria regionale.

La Consulta, nel dichiarare non fondate le questioni sollevate e accogliendo in parte i motivi della difesa erariale, ha ripreso e specificato alcuni principi relativi alla compartecipazione dei cittadini alle prestazioni sanitarie. Il legame tra l'effettività del diritto alla salute e la disciplina del *ticket* era stato sottolineato già in precedenza, in occasione di una delle prime pronunce della Corte in seguito all'imposizione da parte del legislatore di quote di compartecipazione alla spesa sanitaria per gli assistiti¹⁵: stante la necessità di garantire a tutti i cittadini, in modo eguale sul territorio nazionale, il diritto alla salute, prima della riforma del Titolo V della Costituzione, la Corte aveva affermato la legittimità dell'intervento del legislatore statale sui *ticket*, proprio perché in tale ambito sono in gioco «funzioni e diritti costituzionalmente previsti e garantiti»¹⁶.

In seguito alla riforma del Titolo V, poi, la Corte è tornata più volte sul rapporto tra l'esigenza del mantenimento di un equilibrio economico-finanziario e la ga-

ranzia di prestazioni sanitarie, stabilendo, per esempio, l'esistenza di limiti imposti dagli obiettivi di finanza pubblica e di contenimento delle spese in capo al legislatore regionale, pur nell'ambito di una competenza concorrente¹⁷. Contemperando, però, questo principio con le finalità del sistema sanitario e con il grado di tutela che la Costituzione richiede per il diritto fondamentale alla salute, del quale il servizio sanitario rappresenta uno strumento di attuazione, la Corte ha avuto anche occasione di ricordare che «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"»¹⁸. Quest'ultimo principio, in particolare, rappresenta il vero filo rosso della giurisprudenza – che ormai può definirsi consolidata¹⁹ – della Corte Costituzionale con riguardo ai rapporti e al riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni in materia sanitaria²⁰: in altri termini, alle Regioni sono rico-

(17) Cfr. C. Cost., sent. n. 193/2007.

(18) C. Cost., sent. n. 203/2008, che riprende la sentenza n. 98/2007.

(19) Si pensi alla sentenza n. 134/2006, nella quale, attraverso una pronuncia sostitutiva si prevedeva l'obbligatorietà dell'intesa per addvenire a decisioni statali relative ai livelli essenziali delle prestazioni. Con riferimento al rapporto tra garanzia di prestazioni e finanziamento delle stesse, inoltre, è stato affermato che «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», C. Cost., sentenza n. 98/2007, punto 5 del considerato in diritto. A questo proposito si veda A.S. DI GIROLAMO, *Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione*, in *Le Istituzioni del Federalismo*, 2007, 3-4, 481; E. BALBONI, P.G. RINALDI, *Livelli essenziali, standard e leale collaborazione*, in *Le Regioni*, 2006, 5, 1014; C. DI SOMMA, *Livelli essenziali di assistenza e leale collaborazione attraverso l'intesa*, in *forumcostituzionale.it*, 18.7.2006. In termini generali, sul ruolo della Conferenza Stato-Regioni, quale tavolo di concertazione delle decisioni statali, cfr. I. RUGGIU, *Il sistema delle conferenze ed il ruolo istituzionale delle Regioni nelle decisioni statali*, in *Le Regioni*, 2011, 2-3, 529.

(20) Si pensi semplicemente alla sentenza che ha di fatto inaugurato questo filone, la nota sentenza n. 282/2002, nella quale, in un *obiter dictum*, la Corte sancì la trasversalità della competenza di cui all'art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione che consente allo Stato di intervenire, anche in ambiti che sarebbero di competenza regionale, al fine di determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali. Inoltre, la necessità

(15) Cfr. a tale proposito C. Cost., sent. n. 254/1984.

(16) C. Cost., sent. n. 245/1984.

nosciuti margini di intervento autonomo non amplissimi, eccezion fatta per quanto concerne la definizione dei c.d. livelli ulteriori delle prestazioni, mentre allo Stato è consentito – a determinate condizioni – l'intervento trasversale anche in ambiti che non sarebbero di sua diretta competenza, al fine di definire i livelli essenziali delle prestazioni. La legittimità dell'impiego della clausola trasversale da parte dello Stato, però, è subordinata al previo coinvolgimento regionale, che la Corte espressamente configura come *conditio sine qua non* dell'estensione della competenza legislativa statale a scapito dell'autonomia regionale²¹.

La prima pronuncia della Consulta sulla legittimità del *ticket* da dieci euro si pone quindi in questo segno, poiché sancisce che spetta allo Stato determinare la ripartizione tanto dei costi delle prestazioni quanto delle eventuali quote di compartecipazione degli utenti alla spesa sanitaria e gli specifici casi di esenzione. La necessità di garantire in modo eguale, tanto dal punto di vista soggettivo quanto sotto il profilo territoriale, le condizioni di accesso alle prestazioni che riempiono di contenuto il diritto fondamentale alla salute, impone – secondo la Corte – di considerare la disciplina del *ticket* fisso sulle ricette adottata dal legislatore statale compatibile con la Costituzione, in quanto in grado di temperare in modo adeguato le due opposte esigenze di contenimento della spesa sanitaria e di garanzia dei diritti. Il cuore della motivazione di tale pronuncia è pertanto da individuarsi nella volontà del giudice delle leggi di escludere, anche solamente in ipotesi, la configurazione di differenziazioni non sostenibili, tra le diverse Regioni, nelle condizioni di accesso ai diritti. La prospettiva della Corte non è *in toto* condivisibile, a parere di chi scrive, poiché l'approccio egualitario

che porta a ritenere di per sé legittima l'imposizione di un *ticket* fisso sulle singole prestazioni sanitarie non implica necessariamente la garanzia di una vera eguaglianza sul territorio nazionale nell'accesso al diritto alla salute; a ciò è da aggiungersi il fatto che si trattava di una misura da assommarsi alle quote di compartecipazione già richieste agli utenti del SSN e già caratterizzate da variabili e sfumature (talora non trascurabili) a livello regionale.

Il secondo passaggio della giurisprudenza costituzionale sul controverso tema del *ticket* fisso sulle prestazioni specialistiche si ebbe con la sentenza n. 341/2009, resa in un giudizio di legittimità in via principale sollevato da alcune Regioni e avente ad oggetto numerose disposizioni dell'art. 61 del d.l. n. 112/2008, convertito con modificazioni nella legge n. 133/2008. Ciò che interessa in questa sede menzionare concerne il comma 19 dell'articolo impugnato²², riguardante la temporanea abolizione della quota di compartecipazione. Le ricorrenti invocavano la violazione da parte dello Stato della potestà legislativa concorrente, sia con riferimento alla tutela della salute sia in relazione al coordinamento della finanza pubblica, e lamentavano inoltre la lesione dell'art. 119 Cost. e del principio di leale collaborazione. La ragione del ricorso regionale avverso un provvedimento legislativo che liberava gli utenti del SSN da un onere per l'accesso alle prestazioni sanitarie potrebbe, a prima vista, apparire contraddittoria se posta in relazione alla pronuncia poc'anzi menzionata. Essa tuttavia si spiega illustrando la fonte da cui si sarebbero attinte le risorse economiche necessarie a garantire comunque la copertura del Servizio sanitario nazionale: da un lato lo Stato incrementava la quota di finanziamento del fondo del SSN, mentre dall'altro lato richiedeva che fossero le Regioni a provvedere alla copertura della parte residuale attraverso una molteplicità di strumenti, illustrati e in parte disciplinati all'interno dell'art. 61 del d.l. n. 112/2008²³.

di una collaborazione tra Stato e Regioni nella definizione del contenuto dei diritti, con riguardo soprattutto all'ambito sanitario, ha trovato successiva conferma anche nella sent. n. 134/2006 e a seguire, in numerose altre pronunce, fra le quali si possono ricordare, a mero titolo esemplificativo, le sentenze nn. 88/2009, 44/2010, 278/2010 e 330/2011.

(21) Per alcune note critiche sull'interpretazione delle disposizioni costituzionali relative al riparto di competenze legislative da parte della Corte Costituzionale, soprattutto con riferimento al campo della salute, si veda, *inter multis*, A. RUGGERI, *Itinerari di una ricerca sul sistema delle fonti*, Torino, Giappichelli, 2012, in particolare sub capitolo IX; F. BENELLI, *La costruzione delle materie e le materie esclusive statali*, in *Le Regioni*, 2011, 2-3, 283.

(22) L'art. 61, comma 19, d.l. n. 112/2008, convertito con modificazioni nella legge n. 133/2008, prevedeva l'abolizione del c.d. super *ticket* per gli anni 2009, 2010 e 2011; cfr. *supra*, par. 2.

(23) Cfr. *supra*, par. 2. Fra le possibilità vi era anche la riduzione dei compensi e delle indennità dei componenti degli organi rappresentativi e dei trattamenti economici dei dirigenti sanitari.

I giudici costituzionali dichiararono la questione non fondata, affermando che alle Regioni era lasciato un margine sufficiente sulla decisione da adottare: fra le numerose alternative previste dal legislatore, infatti, vi era anche il mantenimento (totale o parziale) del *ticket* abolito. Inoltre, nonostante il legislatore statale, con il suo intervento, andasse a sovrapporsi a quanto stabilito in sede d'intesa, agendo in violazione del principio del previo coinvolgimento regionale il cui rispetto è costantemente richiesto dalla Corte, i giudici esclusero la violazione del principio di leale collaborazione in quanto, come effetto della novella legislativa, l'autonomia regionale risultava ampliata²⁴.

La sentenza n. 187/2012, infine, trae origine dal ricorso presentato dalle Regioni Veneto e Friuli-Venezia Giulia avverso il decreto legge, poi convertito, dell'estate 2011²⁵, che reintroduceva il *ticket* momentaneamente abolito. Le ricorrenti lamentavano la lesione di una molteplicità di parametri costituzionali (oltre all'art. 117) e del principio di leale collaborazione. La pronuncia presenta numerosi profili d'interesse, sia dal punto di vista più strettamente sostanziale, sia con riguardo alle tecniche interpretative elaborate e utilizzate dalla Consulta per risolvere le questioni inerenti il riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni. In questa sede, comunque, ci si soffermerà solamente sulla soluzione individuata dai Giudici delle leggi per far salva la disciplina del *ticket* sulle prestazioni specialistiche.

Fra le doglianze prospettate dalla Regione Veneto nel proprio ricorso, vanno segnalate, in particolar modo,

le perplessità manifestate con riguardo alla concreta applicabilità delle vie alternative previste dalla lettera *p-bis*) dell'art. 1, comma 796, della legge finanziaria per il 2007, di cui il decreto impugnato ripristinava, come si è sopra anticipato, l'efficacia. Attraverso una lunga e articolata motivazione, nel ricorso regionale si sottolineava l'incompatibilità con il quadro costituzionale delle alternative previste dalla disposizione. Nel precedente rappresentato dalla sent. n. 341/2009, la Consulta aveva fatto dipendere la legittimità dell'intervento statale proprio dalla disponibilità di numerose opzioni per le Regioni, stabilendo che il legislatore statale, pur avendo agito in apparente violazione dell'intesa, aveva comunque ampliato l'autonomia regionale. Proprio per questo motivo, la ricorrente insiste sulla violazione del principio di leale collaborazione da parte del legislatore statale, cercando anche di dimostrare l'effettiva impossibilità di addivenire a deliberazioni che, a livello territoriale, permettano di sollevare gli utenti non esenti dal pagamento di tale onere aggiuntivo. Viene inoltre segnalato che, come effetto della reintroduzione di tale misura di compartecipazione, vi è il concreto rischio di un significativo spostamento di una fascia di utenti dalla sanità pubblica al mercato privato, recando con ciò nocimento all'intero Servizio sanitario²⁶.

La Corte Costituzionale, ancora una volta, ha escluso la violazione del principio di leale collaborazione, basando il proprio scrutinio sulla previsione, da parte dello Stato, di modalità alternative di garanzia dell'equilibrio economico-finanziario dal parte delle Regioni: tali misure possono essere adottate a livello territoriale in seguito ad un procedimento di concertazione con lo Stato, che consiste nella certificazione della loro equivalenza da parte di un tavolo tecnico²⁷, op-

(24) C. Cost., sent. n. 341/2009, in particolare punto 5.3.2 del considerato in diritto: "non può ritenersi in contrasto con il principio di leale collaborazione una disciplina che [...] amplia e non comprime l'autonomia delle Regioni". Va inoltre sottolineato che fra le questioni sollevate dalle Regioni in relazione al sistema di finanziamento del servizio sanitario, la Corte accoglie un profilo sollevato dalla Provincia Autonoma di Trento e inerente alla legittimità del comma 14 dell'art. 61: pur riconoscendo che tale disposizione rappresenta una delle modalità di esercizio del potere statale di dettare principi fondamentali di coordinamento finanziario, i giudici affermano che la stessa non può trovare applicazione nello specifico caso della Provincia Autonoma di Trento, proprio perché quest'ultima provvede da sé al finanziamento della spesa sanitaria.

(25) Oggetto del giudizio era l'art. 17, comma 1, lett. d), e comma 6, del d.l. n. 98/2011, convertito con modificazioni dalla l. n. 111/2011.

(26) Tale conseguenza, prospettata dall'avvocatura regionale nel ricorso, attraverso anche l'indicazione di alcuni prezzi di riferimento per prestazioni specialistiche basilari trova conferma nel recente rapporto Agenas sugli effetti dell'imposizione del *ticket* da dieci euro e della crisi economica sul Servizio sanitario nazionale. In particolare cfr. Gruppo Remoet, *Gli effetti della crisi economica e del super ticket sull'assistenza specialistica*, cit., p. 7.

(27) La previa certificazione, così come prevista dall'art. 17, comma 1, lett. d), del d.l. n. 98/2011, deve essere effettuata da parte del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza e dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.

pure attraverso la stipula di un accordo con i Ministeri della Salute e dell'Economia per la definizione di altre misure equivalenti. La soluzione individuata dalla Consulta, in quest'ultima occasione, però, non appare del tutto convincente: nonostante la natura tendenzialmente astratta dello scrutinio operato nei giudizi in via principale, in quest'occasione pare che i giudici si accontentino semplicemente della mera previsione formale da parte del legislatore di vie alternative, senza peraltro verificarne la almeno ipotetica percorribilità alla luce del complesso intreccio di competenze e vincoli da rispettare tanto da parte dello Stato quanto da parte delle Regioni nel settore della salute. Il precedente citato dalla Corte a fondamento della propria decisione è la sentenza n. 341/2009, nella quale però i giudici avevano valutato le alternative percorribili dalle Regioni, giungendo ad affermare che in ragione del ventaglio di "strumenti concreti da utilizzare per raggiungere quegli obiettivi"²⁸ non poteva configurarsi la violazione del principio di leale collaborazione.

Alla luce di tale impostazione del controllo di legittimità costituzionale, si può dedurre che la verifica sulla realizzazione in concreto delle misure alternative da parte delle Regioni spetterà al giudice amministrativo, come nella sentenza qui in commento.

Va inoltre sottolineato che quest'ultimo, in coerenza con il principio della pienezza ed effettività della tutela, può modulare gli effetti dell'annullamento dell'atto impugnato: il T.A.R. Umbria, infatti, in fase di esame delle eccezioni opposte dalla difesa regionale, dichiara l'ammissibilità del ricorso, limitando però *ex nunc* gli effetti dell'annullamento. I ricorrenti non avrebbero alcun interesse ad un annullamento retroattivo della deliberazione che, comunque, si prospetterebbe come "incongrua ed iniqua", poiché determinerebbe l'obbligo in capo all'amministrazione sanitaria regionale di restituire l'aliquota del 29% imposta sulle prestazioni libero professionali rese in regime di *intra moenia* agli assistiti. Tale effetto non sarebbe prospettabile, sia poiché non determinerebbe alcun vantaggio per i ricorrenti, sia poiché potrebbe creare "possibili squilibri finanziari nell'esercizio 2012"²⁹.

Il fatto che la Corte Costituzionale, come si è visto, decida di delegare al giudice amministrativo l'apprezzamento in concreto della compatibilità della via alternativa adottata a livello regionale rispetto al complesso quadro normativo delineato dal legislatore, non soddisfa completamente. Sicuramente, un effetto interessante dal punto di vista giuridico può essere individuato nella possibilità da parte dei T.A.R. di modulare, in relazione alla tipologia del ricorso e agli interessi concreti dei ricorrenti, gli effetti dell'annullamento della deliberazione impugnata; d'altro canto, tuttavia, non si può non tenere in considerazione il fatto che la valutazione in concreto delle misure alternative elaborate a livello regionale dipenderanno (a) dalla modalità di presentazione del ricorso e (b) dalle valutazioni di volta in volta effettuate dal singolo giudice amministrativo interpellato.

Ampliando ulteriormente la prospettiva, inoltre, si può anche osservare che non tutte le Regioni sono in grado di elaborare vie alternative per ovviare all'imposizione del *ticket* fisso su ricetta; per alcune saranno (e sono) necessari mesi di valutazione delle risorse finanziarie disponibili per il settore sanitario e dei bisogni della popolazione³⁰.

La sommatoria di questi tre fattori conduce inevitabilmente ad osservare che la conseguenza della previsione del c.d. *super ticket* non può che condurre a maggiori differenziazioni a livello regionale sulle condizioni di accesso alle prestazioni sanitarie per gli utenti. L'argomentazione fondativa delle

(28) C. Cost., sent. n. 341/2009, punto 5.3.2 del considerato in diritto.

(29) Cfr. punto 4.1 della sentenza del T.A.R. Umbria n. 20/2013.

(30) Dai dati presentati all'interno del Rapporto Agenas sui *ticket* dell'aprile 2012, per esempio, risulta che nove Regioni avessero scelto di applicare il *ticket* interamente, così come previsto dal legislatore, mentre fra le altre, solamente le Province Autonome di Trento e Bolzano, insieme alla Valle d'Aosta, avessero elaborato una modalità per non applicarlo. Le Regioni restanti, invece, avevano optato per soluzioni intermedie o per una modulazione della quota di compartecipazione in relazione al reddito familiare. Cfr. *Dossier Copayment*, cit., p. 20. Si tratta, naturalmente, di dati soggetti a continue rimodulazioni da parte delle Regioni. Si segnala, per esempio, la recentissima approvazione da parte dei Ministeri dell'Economia e della Salute delle misure alternative adottate dalla Regione Basilicata, secondo quanto riportato nel comunicato stampa a cura della Giunta Regionale della Basilicata in data 23 maggio 2013, disponibile al seguente indirizzo: <http://www.basilicatanet.it/basilicatanet/site/Basilicatanet/detail.jsp?sec=1005&otype=1012&id=1985549&value=AGR> (ultima consultazione 26 maggio 2013).

decisioni della Corte Costituzionale appena esposta, ovvero la necessità di mantenere una quota fissa aggiuntiva sulle compartecipazioni già richieste agli assistiti al fine di garantire in modo eguale sull'intero territorio nazionale le prestazioni che concretizzano la tutela del diritto alla salute, dunque, viene di fatto confutata dall'applicazione concreta della disposizione da parte degli operatori, legislativi ed amministrativi, chiamati ad attuarla.

4. Il T.A.R. Umbria: *intra moenia, ticket* e diritto alla salute

Numerosi sono i motivi del ricorso presentato dai medici esercenti l'attività libero-professionale in regime intramurario per richiedere l'annullamento della deliberazione impugnata. *In primis*, si evidenzia l'incompetenza della Regione e della Giunta regionale, la violazione e falsa applicazione degli artt. 117 e 119 Cost. e la violazione e falsa applicazione dell'art. 1, comma 796, lett. *p-bis*, della legge n. 296/2006. Si lamenta anche l'eccesso di potere per difetto dei presupposti, poiché la Regione – secondo i ricorrenti – avrebbe introdotto, in via procedimentale, un nuovo tributo non previsto dalla normativa statale eccedendo le proprie competenze, in violazione degli artt. 117 e 119 Cost., nonché della riserva di legge prevista dall'art. 23 Cost.

Con specifico riguardo alla peculiarità della disciplina dell'attività *intra moenia*, su cui nella sentenza il giudice amministrativo avrà modo di argomentare abbondantemente, i medici eccepiscono l'eccesso di potere per sviamento da parte della Giunta regionale: le prestazioni rese in regime di *intra moenia* non comportano aggravii per la finanza pubblica, dal momento che il parziale attingimento delle risorse pubbliche viene interamente coperto dalla quota che il professionista versa all'azienda sanitaria a titolo integrale di rimborso. A tale proposito, inoltre, non potrebbe essere nemmeno configurabile l'imposizione di una quota di compartecipazione a carico degli assistiti per il costo di tale prestazione, poiché la spesa corrispondente alle prestazioni professionali *intra moenia* è già completamente a carico del paziente e non vi è alcun finanziamento della spesa sanitaria. L'aliquota del 29% su tali prestazioni, dunque, si configurerebbe co-

me una vera e propria tassa richiesta a carico della persona assistita, in violazione tanto del principio di libera scelta del medico, quanto dei principi generali dell'ordinamento che regolano l'imposizione di nuovi tributi.

I giudici amministrativi umbri, dunque, dopo aver affermato preliminarmente la giurisdizione del g.a., aver rigettato le eccezioni di inammissibilità dei resistenti e dichiarato ammissibile il ricorso, passano all'esame del merito della questione, valutando l'essenza dell'attività professionale intramuraria, la *ratio* della disposizione che costituisce il fondamento giuridico dell'atto impugnato e le conseguenze concrete che tale provvedimento esplica sul sistema sanitario regionale.

Con riguardo alla configurazione dell'attività intramuraria svolta dai medici operanti anche all'interno delle strutture sanitarie del SSN, il T.A.R. Umbria evidenzia in primo luogo la peculiarità della disciplina, tanto da potersi parlare di un *tertium genus* tra attività libero-professionale e rapporto di lavoro pubblico subordinato. La distinzione tra la disciplina *de qua* e la libera professione tradizionalmente intesa è attestata, secondo i giudici, dai numerosi interventi legislativi, collocatisi nell'alveo della riforma sanitaria, volti ad incentivare tale attività, poiché essa permette anche alle stesse strutture ospedaliere di poter beneficiare di ulteriori entrate finanziarie. A suffragare tale tesi vi è anche una pronuncia della Corte Costituzionale³¹, avente ad oggetto la disposizione che prevedeva la riduzione dell'indennità spettante ai medici dipendenti del servizio sanitario che prestavano attività libero-professionale *extra moenia*. In quell'occasione la Consulta, operando un giudizio di ragionevolezza nel quale venivano comparate le *rationes* alla base della decisione legislativa di differenziare il trattamento economico e il regime di incompatibilità per i medici operanti all'interno o all'esterno delle strutture sanitarie, dichiarò che l'attività professionale intramuraria costituiva un «elemento qualificante della riforma sanitaria». La ragione di tale *favor* è da rinvenirsi sia nel beneficio economico di cui può godere l'azienda ospe-

(31) C. Cost., sent. n. 330/1999.

daliera che offre i mezzi e gli strumenti al medico operante in libera professione al suo interno³², sia “[nel]la fissazione delle tariffe e [nel]la determinazione del riparto dei compensi da parte dell’Amministrazione”, che rappresenta un utile strumento per il conseguimento degli scopi delle strutture sanitarie pubbliche³³.

Tale disciplina di favore, tuttavia, non elimina l’interesse dei ricorrenti a ripristinare un effettivo confronto concorrenziale con le prestazioni rese dai medici nel circuito privato: il rapporto tra i prezzi richiesti agli assistiti per la medesima prestazione sanitaria era stato eliso per effetto della deliberazione impugnata, dal momento che l’aliquota imposta dalla Giunta regionale aveva determinato una significativa variazione nei costi dei servizi resi in regime intramurario. Tale conseguenza produce un duplice ordine di effetti: da un lato, si incide sulla capacità delle aziende sanitarie di godere dei benefici di tali attività, andando in definitiva a nocimento del fondo sanitario; dall’altro lato, il provvedimento impugnato limita in maniera significativa uno dei principi fondamentali posti a tutela dell’individuo per l’accesso alle prestazioni sanitarie, dal momento che si limita il suo diritto di libera scelta del medico curante.

I due profili, come ora si vedrà, sono strettamente correlati. Essi, inoltre, sono stati messi comunque alla prova dalla manovra dell’estate del 2011, poiché l’imposizione del *ticket* aggiuntivo di dieci euro sulle prestazioni specialistiche ha determinato, soprattutto in alcune Regioni, uno spostamento – in taluni casi anche significativo – della domanda degli utenti dal servizio sanitario al circuito privatistico: in altri termini, essendosi ridotta la differenza di prezzo tra la quota di compartecipazione richiesta agli assistiti non esenti e il costo di mercato di alcune prestazioni, a fronte anche dei tempi delle liste d’attesa, i dati raccolti tra il secondo semestre del 2011 e il primo semestre del 2012 hanno dimostrato un incremento nella domanda di prestazioni sa-

nitare alle strutture private e un decremento della stessa nel pubblico³⁴.

Con specifico riguardo alla Regione Umbria, nella sentenza del T.A.R. viene dato conto proprio della «tendenziale diminuzione del volume delle prestazioni complessivamente erogate nel periodo 27 febbraio-settembre 2012 rispetto al corrispondente periodo del 2011», che ha portato a un decremento delle prestazioni erogate presso la sola Azienda Ospedaliera di Perugia di circa il 10% nell’anno 2012, rispetto all’anno precedente³⁵. Tali dati, che nella sentenza in commento servono al giudice amministrativo per dimostrare l’interesse ad agire dei ricorrenti che trova fondamento nel *vulnus* all’attività medica prestata in regime di *intra moenia*, dimostrano anche un profilo di non poco conto con riguardo alla tutela del diritto alla salute dei pazienti. Per questi ultimi, infatti, una anche minima variazione nella quota di compartecipazione richiesta per accedere ad una prestazione sanitaria non risulta indifferente; anzi, essa spesso contribuisce a determinare le scelte dei pazienti, sempre più inclini ad accostarsi alle decisioni inerenti alla propria salute dopo essersi compiutamente informati ed aver valutato la combinazione delle numerose variabili ritenute rilevanti³⁶.

Il costo delle prestazioni sanitarie, dunque, si ricollega in modo significativo anche al principio di libera scelta per il paziente, che trova il proprio fondamento nell’art. 32 della Costituzione³⁷. Per i giudici umbri, dunque, da tale assunto ne deriva uno ulteriore, altrettanto importante a parere di chi scri-

(34) Tali dati sono riportati nel Dossier Agenas, Gruppo Remoiet, *Gli effetti della crisi economica*, cit., *passim*. La medesima problematica è stata evidenziata anche dalla Regione Veneto all’interno del ricorso che ha condotto alla sentenza della Corte Costituzionale n. 187/2012.

(35) Questi i dati esatti, come riportati nella sentenza: “Con riferimento al numero delle prestazioni complessivamente erogate presso l’Azienda Ospedaliera di Perugia, si è verificata una diminuzione da 31.424, nell’anno 2012, a 28.209 nell’anno 2011”.

(36) In termini generali, con riguardo al crescente interesse dei pazienti e all’incremento delle informazioni in loro possesso, che condizionano le scelte sulla salute, cfr. N. ROSE, C. NOVAS, *Biological citizenship*, in A. ONG, J. COLLIER (a cura di), *Global Assemblages*, Oxford, 2005, p. 439.

(37) Sulle possibili implicazioni di tale principio cfr. C. PICCOCCHI, *La libertà terapeutica come diritto culturale*, Padova, 2006, pp. 143 ss.

(32) A tale proposito cfr. anche C. Cost., sent. n. 335/1993.

(33) C. Cost., sent. n. 330/1999, punto 5.2 del considerato in diritto; così anche T.A.R. Lazio, Roma, sez. I-bis, 14 luglio 2007, n. 6334.

ve: la qualificazione delle prestazioni sanitarie rese in regime di *intra moenia* come *tertium genus* tra il rapporto di lavoro pubblico e l'attività libero professionale nel circuito privato, pur essendo di basilare importanza per il medico, non è determinante dal punto di vista del paziente. Essa è apprezzabile e valevole solamente con riguardo all'attività del professionista sanitario che decide di optare per tale regime: per il medico esercente l'attività libero professionale, infatti, sarà possibile avvalersi delle strutture pubbliche e del servizio centralizzato di prenotazione ad esso connesso, rendendo effettivo il rapporto di sinallagmaticità con l'azienda ospedaliera presso la quale egli presta la propria attività attraverso il versamento alla stessa di una quota concordata³⁸. Dal punto di vista dei diritti soggettivi del paziente, invece, la scelta delle prestazioni sanitarie intramurarie è comunque libera, "come espressione del diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura (di rilievo costituzionale ex art. 32 Cost.) al pari del ricorso alle prestazioni private": in entrambi i casi il paziente decide di assumersi integralmente i costi e non sussiste, nemmeno nelle prestazioni intramurarie, il pagamento di alcun *ticket*, che può essere applicato solamente nel regime ordinario, all'interno del servizio sanitario pubblico.

Proprio per tale ragione, il T.A.R. afferma che l'introduzione di un'aliquota del 29% sulle prestazioni sanitarie rese in regime di *intra moenia* travalica l'ambito delle misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie previste dell'art. 1, comma 796, della finanziaria per il 2007; la soluzione adottata non può essere considerata una valida alternativa alla previsione della quota fissa aggiuntiva sulle ricette. L'approvazione della deliberazione regionale da parte dei Ministeri competenti, come ri-

chiesto dalla legge, non vale a sancirne *ex ante* la legittimità: il controllo che i dicasteri devono operare, infatti, si limita alla verifica dell'equivalenza dal punto di vista della copertura finanziaria e del mantenimento dell'appropriatezza delle prestazioni garantite all'interno del SSN. La soluzione regionale oggetto del giudizio viene quindi qualificata come «misura sostanzialmente tributaria di imposizione indiretta dell'attività *intra moenia*». Si fuoriesce, pertanto, dall'ambito delle prestazioni rientranti nei LEA sanitari, che devono essere garantiti a tutti gli utenti del SSN. All'interno di tale ambito dovrebbero, in altre parole, collocarsi le misure alternative di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, rispetto alla quota fissa di dieci euro reintrodotta con il d.l. n. 98/2011, e non nel costo della complessiva spesa sanitaria.

Alla luce di tali osservazioni, il T.A.R. Umbria conclude dichiarando la fondatezza di tutte le censure relative alla violazione degli artt. 23, 117 e 119 Cost. e dell'art. 1, comma 796, lett. *p*) e *p-bis*), della l. n. 296/2006: l'aliquota del 29% imposta sulle prestazioni rese in regime di *intramoenia* viene a qualificarsi come una vera e propria imposta indiretta sulle attività professionali. La deliberazione regionale, dunque, contravviene al dettato costituzionale, creando una nuova imposta senza che vi sia una specifica disposizione di legge a prevederlo.

5. Quanto incide il *ticket* sul diritto alla salute? Una questione ancora aperta

Alla luce della ricostruzione del quadro normativo e della giurisprudenza della Corte Costituzionale che rappresentano gli antecedenti della pronuncia del T.A.R. Umbria qui in commento, possono essere mosse alcune osservazioni circa il rapporto tra le quote di compartecipazione richieste agli utenti del Servizio sanitario nazionale, le decisioni legislative che ne costituiscono il fondamento e i diritti individuali che risultano condizionati da tali scelte.

Come si è avuto modo di osservare, le decisioni del legislatore statale e, in subordine, regionale sulle quote da richiedere agli utenti del SSN a fronte della fruizione di prestazioni sanitarie non sono mai operazioni neutre: anche il minimo intervento può recare con sé conseguenze non trascurabi-

(38) A suffragare tale tesi vi è anche il fatto che l'azienda sanitaria che "ospita" il medico operante in regime di *intra moenia* deve tenere due contabilità separate: "A tale scopo, la legge n. 724/1994 dispone che le aziende sanitarie debbano provvedere alla tenuta di una contabilità separata che deve tener conto di tutti i costi diretti ed indiretti, la quale non deve presentare disavanzo, in quanto il suo scopo è quello di garantire che non vi siano impropri trasferimenti di oneri fra l'attività principale dell'azienda e la libera professione, oltre a consentire la valutazione di efficienza ed economicità di quest'ultima", sent. T.A.R. Umbria, n. 20/2013, par. 5.1.

li sull'equilibrio economico-finanziario del sistema, sull'*an* e sul *quomodo* della garanzia di prestazioni che riempiono di contenuto il diritto fondamentale alla salute.

Dal punto di vista soggettivo, gli effetti di tali deliberazioni coinvolgono tutte le fasce di utenti, andando però ad incidere maggiormente su quell'insieme di soggetti che, pur non rientrando entro le soglie di reddito per le quali è prevista l'esenzione, si collocano comunque immediatamente a ridosso di queste ultime. In termini economici, il differenziale del prezzo in seguito all'introduzione di una nuova quota di compartecipazione può determinare, come dimostrato anche dai dati sopra menzionati, uno spostamento verso il mercato privato, incidendo in ultima analisi sulle risorse e sulla qualità del sistema sanitario pubblico. Tale fenomeno è incrementato dal mutamento del ruolo del paziente rispetto alla propria salute: negli ultimi anni, infatti, gli individui sono mediamente più informati sulle proprie condizioni, sulle possibilità e alternative terapeutiche e, di conseguenza, sono sovente portati ad assumere nei confronti del "sistema salute" logiche "quasi-consumeristiche"³⁹. Con riguardo al sistema sanitario pubblico, inoltre, le scelte mediche dei pazienti sono fortemente condizionate anche dalle liste d'attesa che, come noto, costituiscono uno dei problemi più difficili da gestire dal punto di vista dell'organizzazione sanitaria⁴⁰.

Per quanto concerne lo spazio in concreto a disposizione delle Regioni ai fini della modulazione delle quote di compartecipazione richieste agli uten-

ti del SSN, non si può che concludere osservando che esso è determinato dalla combinazione di numerosi fattori. Un ruolo di significativo peso è sicuramente giocato dal Giudice delle leggi, il quale – come si è visto – tende a voler evitare che dagli interventi legislativi statali o regionali nel campo della salute scaturisca, almeno in astratto, un'eccessiva differenziazione nella garanzia e nella fruizione di diritti per i cittadini sul territorio nazionale. In altri termini, l'analisi delle sfere competenziali svolta dalla Corte determina il paradigma dell'accesso individuale alle prestazioni garantite dai pubblici poteri; tuttavia, bisogna anche tenere presente che non sempre uno scrutinio astratto conduce necessariamente ad un risultato che garantisca un'effettiva eguaglianza delle posizioni giuridiche soggettive coinvolte.

In questa prospettiva, inoltre, ai principi generali di volta in volta affermati dalla Corte Costituzionale vanno ad aggiungersi le scelte di politica sanitaria maturate a livello regionale: in tale contesto, le soluzioni elaborabili devono comunque essere adottate alla luce di complesse valutazioni anche economico-finanziarie e superare il controllo sull'appropriatezza da parte dei Ministeri competenti. Il ventaglio di soluzioni alternative che, secondo la Consulta, il legislatore statale aveva lasciato in mano alle singole Regioni, appare essere non così ampio come potrebbe sembrare sulla carta. L'articolata disciplina della compartecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, in definitiva, si dimostra caratterizzata da due profili reciprocamente interconnessi: la finalità del risparmio della spesa pubblica, da un lato, e la necessità di garantire in forma universalistica le prestazioni sanitarie, dall'altro lato. In conclusione, i *ticket* rappresentano un importante indicatore dell'effettiva garanzia delle prestazioni rientranti nei livelli essenziali di assistenza, incidendo in modo significativo sulla loro qualità e quantità.

(39) Sul fenomeno della c.d. *consumerization* dei pazienti, cfr. J. TRITTER, M. KOIVUSALO, E. OLLILA, P. DORFMAN, *Globalisation, in Markets and Healthcare Policy*, Routledge, Oxon, 2010, 41 ss.

(40) C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni: il caso della tutela della salute*, Bologna, 2008, 303 ss.