

REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio
(Sezione Terza Quater)

ha pronunciato la presente
SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 9666 del 2011, proposto da Regione Veneto, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dagli avvocati Bruno Barel, Andrea Manzi, Ezio Zanon, Emanuele Mio, con domicilio eletto presso lo studio dell'Avv. Andrea Manzi in Roma, via F. Confalonieri, n. 5;

contro

Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Regione Molise, Regione Sicilia, Regione Abruzzo, in persona dei legali rappresentanti p.t., rappresentati e difesi dall'Avvocatura Generale dello Stato, presso la cui sede in Roma, via dei Portoghesi, n. 12 domiciliario; Regione Lazio, Regione Basilicata, Regione Emilia Romagna, Regione Calabria, Regione Puglia, Regione Piemonte, Regione Marche, Regione Liguria, Regione Umbria, Regione Campania, Regione Trentino Alto Adige, Regione Lombardia, Regione Valle D'Aosta, Regione Friuli Venezia Giulia, Regione Toscana, Regione Sardegna, in persona dei legali rappresentanti p.t. non costituiti in giudizio;

per l'annullamento

del decreto del Capo Dipartimento della Qualità del Ministero della Salute in data 26 luglio 2011 avente ad oggetto: "La definizione della stima degli effetti, nelle singole regioni, della complessiva manovra connessa all'applicazione della quota

fissa per ricetta pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, di cui all'art. 1, comma 796 lett. p) primo periodo della legge 27 dicembre 2006, n. 296" unitamente al documento tecnico istruttorio e relative tabelle allegate al decreto stesso;

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio di Ministero dell'Economia e delle Finanze e di Regione Molise e di Regione Sicilia e di Regione Abruzzo;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 9 aprile 2018 la dott.ssa Pierina Biancofiore e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue:

FATTO

Con ricorso notificato ai soggetti in epigrafe indicati in data 15 novembre 2011 e depositato il successivo 23 novembre 2011, la Regione Veneto rappresenta che con il d.l. 6 luglio 2011, n. 98 convertito in L. n. 111 del 2011 è stato finanziato il Fondo sanitario nazionale a disposizione delle Regioni per una quota di soli 105 milioni di euro corrispondente alla quota parte dell'importo annuo pattuito per il periodo 1° giugno 2011 – 17 luglio 2011 rimanendo così scoperto il periodo dal 17 luglio 2011 al 31 dicembre 2011.

Per coprire tale periodo il detto decreto legge ha previsto l'applicazione delle disposizioni di cui all'art. 1, comma 796 lett. p) e p-bis della legge 27 dicembre 2006, n. 296 (lett. p-bis come integrata dall'art. 6 quater del d.l. 28 dicembre 2006, n. 300) e la cessazione dell'efficacia delle disposizioni di cui all'art. 61, comma 19 del d.l. 25 giugno 2008, n. 112 conv. con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133.

Tale ultima disposizione consisteva nella sospensione per gli anni dal 2009 al 2011 dell'imposizione agli assistiti non esenti di "una quota di partecipazione al costo per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale" introdotto dall'art. 1, comma 796 lettera p) primo periodo della L. n. 296/2006.

Essendo ripristinata la quota di partecipazione per i soggetti non esenti la possibilità per le Regioni di adottare misure alternative rispetto a quella stabilita direttamente dalla legge o di stipulare accordi in tal senso era subordinata alla "certificazione del loro effetto di equivalenza per il mantenimento dell'equilibrio economico finanziario e per il controllo dell'appropriatezza".

Espono ancora che con decreto del 26 luglio 2011 a tale certificazione ha provveduto il Ministero della Sanità, tuttavia introducendo criteri del tutto arbitrari alla "definizione della stima degli effetti nelle singole regioni della complessiva manovra connessa all'applicazione della quota fissa per ricetta pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale".

Il Ministero si è basato sul numero di ricette rosse che viene trasmesso dalle Regioni alla banca dati ministeriale sulla base di parametri uniformi e sul numero complessivo di ricette così determinato ha ritenuto di caricare un costo di 10 euro per ricetta, riferibili a ciascuna regione.

Nel Veneto l'importo complessivo posto a carico degli assistiti è risultato di molto superiore all'importo dell'intero trasferimento statale venuto meno perché a fronte del mancato introito di 67 e passa milioni di euro annui il decreto ministeriale impone all'odierna ricorrente di garantire entrate per oltre 100 milioni di euro annui.

2. Premesso che tali disposizioni nel loro complesso hanno generato effetti distorsivi, in quanto un notevole flusso di assistiti non esenti ha iniziato a rivolgersi al servizio sanitario privato, poichè il prezzo della prestazione richiesta è meno oneroso del ticket applicato e che comunque intende coprire la mancata erogazione di 67.589.978 con la maggior somma di 100.765.398 a carico della Regione Veneto,

laddove in altre Regioni non accade così, come si evince dalla tabella allegata al decreto ministeriale, avverso di esso la Regione Veneto dunque propone:

1) Illegittimità derivata per illegittimità costituzionale dell'art. 17, comma 6 del d.l. 6 luglio 2011, n. 98 convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 11 recante "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" nella parte in cui rende applicabili, a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto stesso, le disposizioni di cui all'art. 1, comma 796 lett. p), primo periodo e p-bis della legge 27 dicembre 2006, n. 296 – quest'ultima come integrata quanto alla lettera p-bis dall'art. 6 quater del d.l. 28 dicembre 2006, n. 300 nel testo integrato dalla relativa legge di conversione - e dispone la cessazione dell'efficacia delle disposizioni di cui all'art. 61, comma 19 del d.l. 25 giugno 2008, n. 112 conv. con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133 per violazione degli articoli 3, 32, 97, 117, 118, 119 Cost. nonché del principio di leale collaborazione di cui all'art. 120 della Costituzione; eccezione di illegittimità costituzionale.

2) Illegittimità per violazione di legge: erronea interpretazione e falsa applicazione dell'art. 17, comma 6 del d.l. 6 luglio 2011, n. 98 convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 11 recante "Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria" nella parte in cui rende applicabili, a decorrere dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto stesso, le disposizioni di cui all'art. 1, comma 796 lett. p), primo periodo e p-bis della legge 27 dicembre 2006, n. 296 – quest'ultima come integrata quanto alla lettera p-bis dall'art. 6 quater del d.l. 28 dicembre 2006, n. 300 nel testo integrato dalla relativa legge di conversione - e dispone la cessazione dell'efficacia delle disposizioni di cui all'art. 61, comma 19 del d.l. 25 giugno 2008, n. 112 conv. con modificazioni dalla legge 6 agosto 2008, n. 133; Illegittimità per eccesso di potere: carenza di motivazione e sviamento illegittimità per incompetenza.

Con la seconda censura la Regione Veneto fa valere che il decreto ministeriale impugnato è anche affetto da vizi propri: in primo luogo dà per scontato che l'espressione usata dal legislatore, allorchè impone un ticket di 10 euro a ricetta per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sia riferibile anche alle prestazioni di specialistica interna ospedaliera, alle prestazioni erogate in pronto soccorso ed alle prestazioni erogate in accesso diretto.

Queste ultime non vengono erogate sulla base di una ricetta rossa, ma in strutture ospedaliere e vengono registrate con l'emissione di una ricetta direttamente da medico che fornisce la prestazione.

Non sono mai state identificate le prestazioni di specialistica interna ospedaliera contrariamente a quanto si legge nelle premesse del decreto.

Molte Regioni, tra cui il Veneto, nella loro organizzazione sanitaria hanno previsto la formazione e l'uso di "ricette" nel senso corrente del termine, per le prestazioni specialistiche ambulatoriali in senso stretto, richieste dai medici convenzionati al SSN e non invece nel caso in cui la prestazione specialistica sia resa ad un assistito già ricoverato in ospedale.

E' incongrua e priva di fondamento giuridico e tecnico la base di calcolo con la quale è stata effettuata la stima delle ricette virtuali operata dal Ministero dato che il numero complessivo delle ricette risultanti dalla somma delle colonne a) e b) della predetta Tabella 1 darebbe al Veneto l'importo totale di 7.962.991 in luogo delle attribuite 10.076.540.

La determinazione ministeriale non appare coerente neppure con la finalità emergenziale della novella legislativa di cui costituisce l'applicazione e questo perché, se è vero che essa costituisce una imposizione di 10 euro sia sulle ricette "vere e proprie" sia sulle ricette "virtuali", su queste ultime non è possibile conoscere l'effetto dell'imposizione, dato che lo stesso Ministero ha riconosciuto di non

disporre di dati sulle prestazioni sanitarie rese all'interno delle strutture ospedaliere oppure in accesso diretto o da pronto soccorso il che integra difetto istruttorio.

Ma vi è anche difetto di motivazione in quanto il Ministero in assenza di dati certi ha ritenuto di poter prendere a riferimento dati ricostruiti indiziariamente per via statistica riferendosi a quelli di due sole regioni e neppure omogenei tra loro.

Conclude con istanza cautelare in attesa della pronuncia della Corte Costituzionale; propone questione di legittimità costituzionale sulle norme sopra citate per violazione degli articoli 3, 32, 97, 117, 118, 119 e 120 della Costituzione. Chiede che sia annullato il decreto ministeriale in accoglimento del ricorso.

3. Alla Camera di Consiglio del 19 dicembre 2011 il ricorso è stato rinviato al merito.

4. Con nota a prot. 247 del 5 gennaio 2012 il Ministero della Salute ha rappresentato che in relazione alla vicenda di cui al ricorso in esame, in ordine alle questioni di legittimità costituzionale sollevate ed in riferimento alle originarie considerazioni formulate dalla competente Direzione Generale era intervenuto l'allegato "Accordo ai sensi dell'art. 1, comma 796 lettera P Bis punto 2 della legge 27 dicembre 2006, n. 296" ed ha rassegnato conclusioni di cessazione della materia del contendere.

5. Con istanza del 29 settembre 2017 la Regione Veneto ha invece dichiarato l'interesse alla decisione del ricorso ed ha chiesto la fissazione dell'udienza.

6. In vista di quest'ultima ha pure insistito che la questione di legittimità costituzionale sulle medesime norme al momento gravate è stata risolta dalla Corte Costituzionale con la sentenza n. 187 del 2012 ma sulla base di altri profili e quindi reitera la questione ed insiste pure per la illegittimità già prospettata in ricorso sul decreto ministeriale.

7. Il ricorso è stato trattenuto in decisione alla pubblica udienza del 9 aprile 2018.

DIRITTO

1. Il ricorso è in parte improcedibile per sopravvenuto difetto di interesse ed in parte infondato in ordine alla illegittimità del provvedimento impugnato, derivata da

quella costituzionale che inficerebbe l'art. 17, comma 6 del d.l. 6 luglio 2011, n. 98 convertito in legge con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.

2. La seconda censura con la quale parte ricorrente insiste che il decreto del 26 luglio 2011 del Capo Dipartimento della qualità del Ministero della Salute di concerto col Ragioniere Generale dello Stato presenterebbe numerosi profili di illegittimità, oltre esposti, in sostanza è divenuta improcedibile, dal momento che per come risulta dalle premesse dell'Accordo del 29 settembre 2011 comunicato dal Ministero della Salute, che citano espressamente il ridetto Decreto ministeriale, l'Accordo è sopraggiunto, in esso prevedendosi per la Regione Veneto che le misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie equivalenti sotto il profilo del mantenimento dell'equilibrio economico – finanziario e del controllo dell'appropriatezza, “in alternativa all'applicazione della quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico degli assistiti non esentati dalla quota di partecipazione al costo, sono quelle riferite alle singole tipologie di prestazioni, per i singoli costi espressi nell'allegato documento tecnico, parte integrante e sostanziale del presente Accordo”.

Non ha dunque senso per la ricorrente insistere sui vizi del provvedimento, come la stessa effettua con memoria per l'udienza odierna, dal momento che a seguito dell'Accordo, dalla stessa sottoscritto la Regione si è testualmente impegnata “ad adottare con proprio provvedimento tutte le misure, ove non già adottate, contenute nell'Allegato A”.

Per altro il provvedimento gravato costituisce una mera applicazione delle disposizioni normative che sono nelle premesse dello stesso citate ed in ordine alle quali, tra cui quella principalmente gravata, va esaminata la questione di legittimità costituzionale secondo i parametri dettati dagli articoli 3, 32 e 97 Cost. come insistito con memoria per l'udienza

3. Infatti la legittimità costituzionale dell'art. 17, comma 6 del d.l. n. 98 del 2011 in relazione agli articoli 3, 32 e 97 Cost. che è stata ritenuta dalla Corte Costituzionale inammissibile poiché “Le Regioni possono invocare, nel giudizio di costituzionalità in via principale, parametri diversi da quelli contenuti nel Titolo V della Parte seconda della Costituzione solo laddove la lamentata violazione ridondi sul riparto di competenze tra Stato e Regioni”, finisce per ricadere in termini di illegittimità derivata sul decreto impugnato e sotto questo profilo va dunque esaminata.

3.1 E' da ritenersi superato il profilo della censura con cui l'interessata Regione sostiene che l'eccezione di illegittimità costituzionale non trovi limite nella sentenza n. 203 del 2008 con la quale la Corte Costituzionale ebbe a ritenere non fondato un ricorso proposto dalla stessa Regione contro l'art. 1, comma 796 lettera p e p-bis della legge n. 296/2006, dal momento che la norma è stata espressamente richiamata dal sesto comma dell'art. 17/d.l. 98 avverso il quale l'interessata ripropone col motivo in esame i profili di illegittimità costituzionale che si vanno ad esaminare e cioè quelli di violazione o di contrasto con i principi di cui agli articoli 3, 32 e 97 Cost.

In particolare la Regione sostiene che il decreto ministeriale del 27 luglio 2011 in quanto applicativo del comma 6 dell'art. 17/d.l. 98 - il quale stabilisce di incrementare di 105 milioni il livello di finanziamento del SSN cui concorre lo Stato per l'anno 2011 – viola l'art. 97 perché la previsione di un ticket predeterminato nella misura fissa di 10 euro a prestazione, già previsto dall'art. 1, comma 796 lettere p) e p bis) della legge n. 296 del 2006 e dalla detta disposizione del 2011 richiamato, comporterà che l'organizzazione attuale del servizio sanitario della Regione Veneto dovrà essere urgentemente rivisitata per formalizzare e sottoporre a ticket una serie di prestazioni finora rese senza formale predisposizione di documentazione assimilabile alla ricetta. Lo Stato inoltre non ha ritenuto di affiancare la norma statale di dettaglio sul ticket sanitario fisso con adeguate forme di monitoraggio, finendo

per premiare le regioni non virtuose rispetto alle altre, in palese conflitto con ogni regola essenziale di efficienza, economicità e responsabilità amministrativa.

3.1.1 La censura non può essere condivisa, in quanto prospettata in maniera da doversi considerare superata dall'intervenuto Accordo di settembre 2011 stante il quale testualmente all'art. 1 del dispositivo "Per la Regione Veneto, le misure di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie, equivalenti sotto il profilo del mantenimento dell'equilibrio economico finanziario e del controllo dell'appropriatezza, in alternativa all'applicazione della quota fissa sulla ricetta pari a 10 euro per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico degli assistiti non esentati dalla quota di partecipazione al costo, sono quelle riferite alle singole tipologie di prestazioni,..." con la conseguenza che essendo previste misure alternative al ticket di 10 euro fissato dall'art. 1, comma 796, lett. p) della legge n. 296/2006 richiamato dall'art. 17, comma 6 del d.l. n. 98/2011 la norma non causerà più la prospettata rivisitazione del SSR per prevedere le adeguate modalità di sottoposizione a ticket prestazioni prima assistite da altro tipo di documentazione. Oltre tutto essendo la norma in questione dettata dalla legge annuale di stabilità per il 2012 volta a contenere la spesa pubblica, tra le altre, in materia di sanità, il principio di buon andamento anche dell'amministrazione regionale va temperato con quello di contenimento del fabbisogno finanziario dello Stato – ordinamento: cfr. a tal proposito C. Cost. 20 dicembre 2012, n. 311, con conseguente reiezione del profilo di illegittimità dedotto.

3.2 Secondo la Regione ricorrente la misura statale in quanto strutturata e configurata in modo così rigido da sfuggire in molti casi alla stessa qualificazione di "quota di compartecipazione ai costi" finisce col penalizzare ingiustamente chi debba avvalersi del servizio sanitario pubblico a tutela del proprio diritto fondamentale alla salute in palese violazione dell'art. 32 Cost.

3.2.1 Anche tale profilo di illegittimità costituzionale è da ritenersi superato oltre che dall'intervenuto Accordo che consente l'adozione di "misure alternative" al ticket di 10 euro anche dalla interpretazione costantemente offerta dalla Corte Costituzionale in tema di diritto alla salute e fra l'altro proprio in occasione di altro ricorso proposto dalla Regione Veneto dinanzi alla Corte Costituzionale (C. Cost. 14 luglio 2017, n. 192). In quella sede la Corte ha avuto modo di affermare in ordine alla dedotta violazione degli articoli 3, 32 e 97 Cost. un principio che può analogamente essere ripreso per il caso in esame: "La Regione non adduce argomenti sufficienti a illustrare perché gli eventuali processi di riorganizzazione (oltre che imposti alla Regione, e non da questa autonomamente determinati) sarebbero altresì irrazionali o tali da compromettere il buon andamento dei servizi sanitari e la loro capacità di tutelare la salute. Non bastano, allo scopo, né il riferimento ai risultati già raggiunti dal Servizio sanitario regionale nel complesso, che non escludono di per sé la persistenza di margini di ulteriore miglioramento dell'efficienza; né deduzioni del tutto aneddotiche ed esplorative su singole strutture, che la stessa ricorrente ignora se e come potrebbero essere interessate, in futuro, da riorganizzazioni. Sotto questo profilo, il ricorso si presenta lacunoso e generico: dunque, carente di quelle argomentazioni sul merito delle censure, le quali sono necessarie, nei giudizi di legittimità costituzionale in via principale, in termini ancora più stringenti che nei giudizi in via incidentale (fra le tante, vedi sentenze n. 273 del 2016, n. 233, n. 218, n. 153 e n. 142 del 2015), a maggior ragione quando si denunci la violazione di parametri costituzionali estranei al Titolo V della Parte seconda della Costituzione, della quale occorre che la parte ricorrente dimostri, e questa Corte verifichi, la ridondanza sulle attribuzioni regionali.", (C. Cost. n. 192/2017 cit.).

In sostanza anche in questo caso non appare sufficientemente dimostrato se non con assertive locuzioni in che termini avverrebbe la violazione del diritto alla salute, con conseguente reiezione anche di detto profilo.

3.3. Ma pure la rilevata violazione del principio di uguaglianza, come dimostrata dalla circostanza che in molti casi la quota fissa di 10 euro a ricetta si traduce in un'imposta addizionale, finendo per incidere sulla uguaglianza nella responsabilità di condividere i costi, sia da parte delle Regioni che degli utenti del servizio, laddove in base a tal principio devono essere adottate misure allo stesso tempo idonee al contenimento della spesa sanitaria e idonee a garantire a tutti i cittadini, a parità di condizioni, una serie di prestazioni che rientrano nei livelli essenziali di assistenza, non può essere condivisa, oltre che sulla base delle superiori osservazioni anche sulla base del principio sempre elaborato dalla Corte Costituzionale stante il quale “poichè il diritto alla salute spetta ugualmente a tutti i cittadini e va salvaguardato sull'intero territorio nazionale” “detta spesa, in considerazione degli obiettivi della finanza pubblica e delle costanti e pressanti esigenze di contenimento della spesa sanitaria, si presta ad essere tendenzialmente manovrata, in qualche misura, dallo Stato” (C. Cost. 2 aprile 2009, n. 94).

La questione di illegittimità costituzionale dell'art. 17, comma 6 del d.l. 6 luglio 2011, n. 98 convertito in legge con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 per violazione degli art. 3, 32 e 97 Cost. va dunque rigettata, con le relative conseguenze di quella di illegittimità derivata riveniente sul decreto impugnato.

4. Per le superiori considerazioni il ricorso va in parte rigettato in parte dichiarato improcedibile per sopravvenuto difetto di interesse.

5. La particolarità delle questioni trattate consente di ritenere giustificati i motivi per la compensazione delle spese di giudizio.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio (Sezione Terza Quater), definitivamente pronunciando sul ricorso, come in epigrafe proposto, in parte lo rigetta ed in parte lo dichiara improcedibile per sopravvenuto difetto di interesse, come in motivazione indicato.

Spese compensate.

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa.

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 9 aprile 2018 con l'intervento dei magistrati:

Giuseppe Sapone, Presidente

Pierina Biancofiore, Consigliere, Estensore

Massimo Santini, Consigliere

L'ESTENSORE
Pierina Biancofiore

IL PRESIDENTE
Giuseppe Sapone

IL SEGRETARIO