

Rivista N°: 4/2017
DATA PUBBLICAZIONE: 30/12/2017

AUTORE: Erminio Ferrari*

TICKET SANITARI, PRESTAZIONI IMPOSTE E LIVELLI ESSENZIALI DELLE PRESTAZIONI**

Sommario: 1. I ticket sanitari tra riforma e paralisi. - 2. Imposte, tasse, tariffe ed altre entrate pubbliche. - 3. Ticket farmaceutici e tassa per la salute. - 4. La formazione del sistema dei ticket sanitari. - 5. Tre riforme incomplete. - 6. Ticket sanitari e livelli essenziali delle prestazioni.

I ticket sanitari sono una realtà che fa parte dell'esperienza corrente di chi fruisce delle cure del Servizio sanitario nazionale. All'importanza della materia corrisponde una nutrita serie di interventi legislativi ed un intenso dibattito da parte dei diversi protagonisti istituzionali coinvolti, in primo luogo lo Stato e le Regioni. Al tema hanno dedicato alcune analisi gli studiosi di scienze economiche, mentre molto minore è stata l'attenzione dei giuristi. Essa si è concentrata sul problema, affrontato in talune occasioni anche dalla Corte costituzionale, dei poteri spettanti sui ticket sanitari rispettivamente a Stato e Regioni. Sono rimaste invece in secondo piano le caratteristiche proprie dei ticket, la loro articolazione, la loro natura giuridica. Naturalmente è difficile stabilire chi ha poteri su un istituto dai contorni piuttosto incerti, ma il fatto che il dibattito abbia seguito questo corso per così dire "rovesciato" è stato in qualche modo inevitabile perché la figura dei ticket sanitari non è stata disegnata in un determinato momento una volta per tutte, ma è stata oggetto di disposizioni normative contingenti e mutevoli. Tipica area di "intervento", i ticket sono stati disciplinati e ridisciplinati in sede di legge finanziaria o di stabilità, ovvero ad opera dei decreti legge di volta in volta emanati per fronteggiare crisi diverse.

In questo quadro, un tentativo di recare un contributo al chiarimento dell'istituto parte innanzitutto dalla rilevazione di alcuni aspetti della situazione attuale della materia (§ 1) e cerca quindi elementi di riferimento nel panorama dei vari tipi di entrate pubbliche (§ 2). L'indagine punta poi a ricostruire le caratteristiche giuridiche dei ticket sanitari, ciò che – date

*Ordinario di Diritto amministrativo nell'Università di Milano.

**Testo rielaborato della relazione svolta al Convegno di Osimo del 12-13 giugno 2015, pubblicato anche nei relativi atti: F. LORENZOTTI, G. MANCINI PALAMONI (a cura di), *La gestione del Servizio sanitario nazionale dopo il Patto per la salute 2014-16*, Napoli 2017, pagg. 19-53.

le specificità della normativa corrispondente – richiede di ripercorrere le varie tappe della sua formazione. La figura nasce prima della riforma sanitaria (§ 3) e nel corso degli anni '80 raggiunge un'articolazione piuttosto precisa (§ 4) sulla quale incidono in vario modo le riforme dell'ultimo scorcio del secolo scorso in tema di Stato sociale, di federalismo fiscale e di struttura federale della Repubblica (§ 5).

La molteplicità degli interventi legislativi non impedisce che i ticket sanitari acquisiscano alcune caratteristiche di fondo che si consolidano con il tempo ed appaiono oggi essere elementi costanti della loro disciplina normativa. Il complesso di queste caratteristiche induce a ritenere che i ticket non abbiano carattere tributario, ma costituiscano oneri che il legislatore impone ai percettori di determinate prestazioni sanitarie essenziali per favorirne una fruizione avveduta e consapevole. I ticket sanitari sono quindi elementi di alcune delle prestazioni essenziali previste a tutela del diritto alla salute (§ 6).

1. I ticket sanitari tra riforma e paralisi

I ticket sanitari si articolano oggi su quattro grandi figure: la legislazione vigente prevede ticket sui farmaci, ticket sulle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ticket sul pronto soccorso e una serie di altre ipotesi minori.

Un punto essenziale vale la pena di sottolineare già in questa semplice elencazione: i ticket sanitari non interessano tutte le prestazioni sanitarie, ma soltanto alcune di esse. In particolare non è sottoposta a ticket l'assistenza ospedaliera nelle sue varie componenti. I quattro tipi di ticket citati sono oggetto – come vedremo meglio più avanti – di disciplina statale e, almeno per alcuni di essi e per alcuni aspetti, di disciplina regionale. Similmente frastagliata è poi la disciplina delle esenzioni, nelle due grandi categorie delle esenzioni basate sulla capacità economica e di quelle relative al tipo di malattia.

In questa situazione non è facile disegnare un quadro complessivo. Tuttavia caratteri giuridici e importi economici dei ticket vengono seguiti con attenzione, tra l'altro, dalla Corte dei conti che nella annuale "Relazione sul coordinamento della finanza pubblica" dedica regolarmente una parte alla sanità ed in essa analizza anche i dati relativi appunto ai ticket. Dall'ultima relazione¹, traiamo la *tavola 1* che riporta i valori assoluti dei vari tipi di ticket riscossi nelle diverse Regioni e la *tavola 2* che mette in luce le variazioni percentuali del 2016 rispetto al 2015 e l'ammontare dei ticket sanitari per abitante nelle singole Regioni e in Italia.

tavola 1

¹CORTE DEI CONTI, sezioni riunite di controllo, *Rapporto 2017 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma 2014, approvato nell'adunanza delle Sezioni riunite in sede di controllo del 27 marzo 2017, n. 3/SSRRCO/RCFP/17, Roma 2017, pag. 343, tavola 7.

I PROVENTI PER LE COMPARTICIPAZIONI ALLA SPESA

REGIONE	2016 - (in milioni di euro)						2015 - (in milioni di euro)					
	TOTALE COMPARTICIPAZIONI	TICKET SUI FARMACI (QUOTA DI COMPARTICIPAZIONE SUL PREZZO DI RIFERIMENTO + TICKET FISSO PER RICETTA)	COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONI SANITARIE (TICKET)	TICKET SULLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	TICKET SUL PRONTO SOCCORSO	TICKET SU ALTRE PRESTAZIONI	TOTALE COMPARTICIPAZIONI	TICKET SUI FARMACI (QUOTA DI COMPARTICIPAZIONE SUL PREZZO DI RIFERIMENTO + TICKET FISSO PER RICETTA)	COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONI SANITARIE (TICKET)	TICKET SULLE PRESTAZIONI DI SPECIALISTICA AMBULATORIALE	TICKET SUL PRONTO SOCCORSO	TICKET SU ALTRE PRESTAZIONI
	A+B	A	B=1+2+3	(1)	(2)	(3)	A+B	A	B=1+2+3	(1)	(2)	(3)
PIEMONTE	186,7	75,4	111,2	110,5	0,5	0,2	196,3	75,5	120,8	119,3	1,0	0,5
VALLE D'AOSTA	12,3	3,9	8,4	6,0	0,1	2,3	7,8	1,7	6,1	6,0	0,1	0,0
LOMBARDIA	481,2	265,2	216,0	209,5	6,0	0,5	493,4	265,4	228,0	222,4	5,6	0,0
PA BOLZANO	29,3	9,9	19,5	17,1	1,9	0,5	29,1	9,7	19,5	17,3	1,8	0,3
PA TRENTO	29,9	9,4	20,5	17,6	0,8	2,1	26,6	7,4	19,2	16,0	1,2	2,0
VENETO	298,7	127,6	171,1	156,9	12,6	1,7	307,2	129,3	177,9	163,8	12,6	1,4
FRIULI V.G.	61,9	18,4	43,4	38,6	0,4	4,5	63,3	18,0	45,3	42,4	0,4	2,6
LIGURIA	86,0	43,5	42,5	41,9	0,6	0,0	85,5	43,0	42,5	42,0	0,6	0,0
EMILIA ROMAGNA	231,8	76,8	155,0	146,8	8,2	0,0	235,9	76,1	159,8	152,3	7,4	0,0
TOSCANA	207,6	73,2	134,3	131,2	2,9	0,1	207,1	69,3	137,8	134,4	3,1	0,3
UMBRIA	47,0	19,0	28,0	27,5	0,5	0,0	46,5	18,3	28,2	27,7	0,4	0,0
MARCHE	70,9	29,3	41,6	41,4	0,2	0,0	71,0	28,3	42,7	42,4	0,3	0,0
LAZIO	274,4	161,1	113,2	113,0	0,2	0,0	279,9	161,3	118,6	118,2	0,4	0,1
ABRUZZO	67,4	33,9	33,5	31,9	1,5	0,0	68,9	33,7	35,2	33,9	1,3	0,1
MOLISE	13,2	8,8	4,4	4,4	0,0	0,0	14,3	9,2	5,1	5,1	0,0	0,0
CAMPANIA	246,3	196,8	49,5	48,4	0,2	0,9	248,1	191,3	56,7	55,0	0,1	1,6
PUGLIA	179,2	132,5	46,7	42,5	4,2	0,0	180,9	130,3	50,7	45,7	5,0	0,0
BASILICATA	27,3	17,0	10,3	10,3	0,0	0,0	27,4	16,8	10,5	10,5	0,0	0,0
CALABRIA	78,6	51,9	26,7	25,8	0,9	0,0	78,2	51,4	26,7	25,5	1,2	0,0
SICILIA	201,5	156,9	44,6	44,3	0,3	0,0	201,3	156,9	44,4	44,1	0,2	0,0
SARDEGNA	54,5	28,0	26,5	25,5	0,9	0,1	56,8	28,4	28,4	27,5	0,8	0,1
Totale	2.885,5	1.538,6	1.346,9	1.290,9	43,0	13,0	2.925,3	1.521,3	1.404,0	1.351,6	43,3	9,0

Sono dati che suggeriscono commenti vari, ma ai nostri fini bastano alcune considerazioni di carattere generale. Innanzitutto sul totale incassato attraverso i ticket. Si tratta di quasi 3 miliardi di euro: se si tiene presente che la spesa sanitaria annua è intorno ai 100/110 miliardi di euro, ne deriva che qualcosa meno del 3% è coperto dal gettito della compartecipazione degli utenti. In secondo luogo non può sfuggire che il valore assoluto è diminuito dal 2015 al 2016 di circa 50 milioni di euro, in valori percentuali circa l'1,4%. Si tratta di una costante degli ultimi anni: per esempio nel 2012 il gettito totale era stato di 2.954 milioni di euro², ciò che vuol dire una diminuzione percentuale del 2,34% dal 2012 al 2016.

Non è semplice identificare le cause di questa diminuzione. Nell'arco di tempo considerato la legislazione statale è rimasta invariata e non pare ipotizzabile che da parte delle Regioni siano state introdotte modifiche che possano aver avuto un effetto di tale ampiezza.

La diminuzione del gettito non può dunque che derivare da un minore ricorso a questo tipo di prestazioni. A loro volta diverse possono essere le ragioni di questa minore domanda. Forse vi hanno concorso mutate prassi e pratiche sanitarie, ma sicuramente

²CORTE DEI CONTI, sezioni riunite di controllo, *Rapporto 2014 sul coordinamento della finanza pubblica*, Roma 2014, pag. 250.

influiscono qui soprattutto le difficoltà economiche che le famiglie hanno dovuto affrontare appunto nell'ultimo decennio. Dal punto di vista del Servizio sanitario nazionale nel suo complesso questo vuol dire che è diminuito il numero delle prestazioni soggette a ticket, mentre nello stesso periodo non sono diminuite le risorse pubbliche destinate alla sanità. Dal punto di vista degli utenti il dato attesta che essi preferiscono sempre più frequentemente richiedere prestazioni private³ ovvero rinunciano del tutto alle prestazioni.

Ma osservazioni altrettanto interessanti sorgono dai dati *pro-capite*. Nella quarta, quinta e sesta colonna della *tavola 2*, il valore complessivo del gettito nelle singole Regioni ed in tutta Italia è stato diviso per il numero degli abitanti: i risultati sono notevolmente diversi da Regione a Regione. Rispetto ad una media nazionale di 47,60 euro di spesa annua *pro-capite* per ticket sanitari, alcune Regioni registrano valori nettamente superiori (il Veneto con 60,8; le due province autonome di Trento e Bolzano con 55,6 ed il 56,3; la Toscana con 55,4 ecc.) ovvero inferiori (le Isole con 32,9 e 39,7; la Calabria con 39,9).

Anche qui le cause possono essere diverse e ne possiamo richiamare tre serie. In primo luogo si può pensare ad una minore morbilità della corrispondente popolazione: in effetti in Regioni diverse esistono situazioni demografiche, epidemiologiche e sanitarie diverse. In secondo luogo possono sussistere problemi amministrativi: in non tutte le parti del territorio nazionale la riscossione dei ticket previsti avviene con la stessa completezza. In terzo luogo i ticket non sono previsti sempre con gli stessi valori perché, come abbiamo detto, sono disciplinati in maniera diversa. Ciascuna delle tre serie di problemi ha evidentemente caratteristiche diverse da Regione a Regione. Vale la pena puntare l'attenzione sulle differenze di carattere normativo, anche perché se l'ammontare del ticket è diverso in Regioni diverse, non esiste prassi amministrativa o situazione epidemiologica che possa evitare una profonda diversità di trattamento per gli abitanti di una o dell'altra Regione.

³Come è confermato, tra l'altro, dal crescere delle prestazioni sanitarie per le quali viene chiesto il rimborso Irpef: cfr. CORTE DEI CONTI, sezioni riunite di controllo, *Rapporto 2017 ...*, cit. sopra alla n. 1, pag. 358, La spesa sanitaria in Irpef.

tavola 2

REGIONE	VARIAZIONE %			PRO CAPITE 2016 (IN EURO)			TOTALE COMPARTICIPAZIONI (2015) PRO CAPITE
	TOTALE COMPARTICIPAZIONI	TICKET SUI FARMACI (QUOTA DI COMPARTICIPAZIONE SUL PREZZO DI RIFERIMENTO + TICKET FISSO PER RICETTA)	COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONI SANITARIE (TICKET)	TOTALE COMPARTICIPAZIONI	TICKET SUI FARMACI (QUOTA DI COMPARTICIPAZIONE SUL PREZZO DI RIFERIMENTO + TICKET FISSO PER RICETTA)	COMPARTICIPAZIONE ALLA SPESA PER PRESTAZIONI SANITARIE (TICKET)	
	A+B	A	B	A+B	A	B	A+B
PIEMONTE	-4,9	-0,2	-7,9	42,4	17,1	25,3	44,4
VALLE D'AOSTA	57,0	132,0	36,5	96,4	30,6	65,8	60,9
LOMBARDIA	-2,5	-0,1	-5,3	48,1	26,5	21,6	49,3
PA BOLZANO	0,7	2,1	0,0	56,3	18,9	37,4	56,2
PA TRENTO	12,7	27,6	7,0	55,6	17,5	38,1	49,4
VENETO	-2,8	-1,3	-3,8	60,8	26,0	34,8	62,3
FRIULI V.G.	-2,3	2,6	-4,2	50,7	15,1	35,6	51,6
LIGURIA	0,6	1,3	-0,1	54,8	27,7	27,1	54,0
EMILIA ROMAGNA	-1,7	0,9	-3,0	52,1	17,3	34,8	53,0
TOSCANA	0,2	5,7	-2,5	55,4	19,6	35,9	55,2
UMBRIA	1,1	3,7	-0,6	52,7	21,3	31,4	52,0
MARCHE	-0,2	3,3	-2,5	45,9	19,0	26,9	45,8
LAZIO	-2,0	-0,1	-4,5	46,6	27,4	19,2	47,5
ABRUZZO	-2,2	0,7	-5,0	50,8	25,6	25,2	51,8
MOLISE	-7,1	-4,0	-12,8	42,4	28,2	14,2	45,5
CAMPANIA	-0,7	2,9	-12,8	42,1	33,6	8,5	42,3
PUGLIA	-1,0	1,7	-7,8	44,0	32,5	11,5	44,2
BASILICATA	-0,1	1,2	-2,1	47,6	29,7	18,0	47,4
CALABRIA	0,6	0,9	-0,1	39,9	26,3	13,5	39,5
SICILIA	0,1	0,0	0,5	39,7	30,9	8,8	39,5
SARDEGNA	-4,1	-1,5	-6,7	32,9	16,9	16,0	34,1
Totale	-1,4	1,1	-4,1	47,6	25,4	22,2	48,1

In realtà un panorama della disciplina esistente nelle diverse Regioni non è cosa facile, appunto perché alla normativa nazionale vanno affiancate disposizioni regionali che non diversamente delle prime non sono contenute in un unico testo normativo, ma sparse tra leggi di bilancio, interventi d'urgenza, delibere della Giunta e così via⁴.

Sulla gravità di questo problema non vi è dissenso né in letteratura, ed in particolare

⁴La ricerca probabilmente più completa esistente al momento è il rapporto predisposto dall'AGENAS, *La compartecipazione alla spesa nelle Regioni. Sintesi della normativa vigente al 1° maggio 2015*, scaricabile al sito www.agenas.it. Naturalmente dal 2015 ad oggi le innovazioni non sono mancate.

tra gli economisti⁵, né nelle sedi istituzionali. Lo dimostra il fatto che in occasione della stipulazione del Patto della salute 2014-16⁶ Stato e Regioni hanno dedicato alla “Revisione della partecipazione alla spesa sanitaria ed esenzioni” un articolo apposito⁷, l’art. 8, nel quale si afferma che “È necessaria una revisione del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria e delle esenzioni che eviti che la partecipazione rappresenti una barriera per l’accesso ai servizi ed alle prestazioni così da caratterizzarsi per equità ed universalismo”.

Se la rappresentazione del problema non mancava certo di chiarezza, meno chiara era invece l’indicazione della prospettiva da perseguire per la sua soluzione. Infatti in quell’accordo per un verso si concordava di collegare la compartecipazione alla condizione reddituale dell’utente e della sua famiglia, per altro verso si progettava di muoversi verso la presa in considerazione della “condizione economica del nucleo familiare”: ciò che faceva pensare ad un’applicazione dell’ISEE (“Indicatore della situazione economica equivalente”). Per un verso si conveniva che la riforma avrebbe dovuto “garantire per ciascuna Regione il medesimo gettito” che percepiva fin qui, per altro verso tale gettito era individuato in quello “previsto dalla legislazione nazionale vigente” (al secondo comma): ciò che sembrava preludere ad un superamento della legislazione regionale. Per affrontare queste questioni veniva poi previsto uno “specifico gruppo misto” (al terzo comma).

A distanza di tre anni però le risposte a questi problemi “sono rimaste al palo”⁸. E la Corte dei conti registra che “nessun progresso significativo è stato compiuto nel 2016 su questo fronte”⁹.

Questo non vuol dire però che il Governo si sia dimenticato dei ticket, anzi gli stessi hanno un ruolo assai rilevante in uno degli adempimenti di maggior rilievo portati a termine dal Governo negli ultimi tempi, e cioè l’approvazione dei nuovi “livelli essenziali di assistenza” (LEA)¹⁰. Infatti nella “Relazione tecnica” redatta ad illustrazione dell’impatto economico dei nuovi LEA, la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute¹¹, spiegava che una serie di economie sarebbero derivate dal fatto che tutta una serie di prestazioni ospedaliere sono state ora classificate come prestazioni ambulatoriali. La modificazione ha una ragione tecnica: lo sviluppo della tecnologia medica fa sì che non pochi interventi che una volta richiedevano la complessità di un’operazione ospedaliera, oggi sono normalmente possibili in sede ambulatoriale. Per fare un esempio si può ricordare un intervento di cataratta. Di conseguenza nella tassonomia dei LEA queste ed (altre) prestazioni da “ospedaliere” sono state dichiarate “ambulatoriali”. Ma – come abbiamo già ricordato e come vedremo meglio poi – per le prestazioni ospedaliere non sono previsti

⁵Cfr. AA.VV., *Ticket ed esenzioni. Efficienza ed efficacia degli attuali assetti e loro possibile riforma*, Roma 2007; A. TACCONE, *Efficienza ed equità della compartecipazione degli utenti al finanziamento delle prestazioni sanitarie pubbliche*, Quaderno n. 155, DPTEA, LUISS Guido Carli, Roma 2008; V. REBBA, *I ticket sanitari: strumenti di controllo della domanda o artefici di disuguaglianze nell’accesso alle cure?*, in *Pol. san.* 2009, pagg. 321 ss.

⁶Sul quale in generale S. NERI, *Garantire l’equità e l’universalità del SSN in epoca di crisi. Il Patto per la Salute 2014-2016*, in *Politiche sociali* 2014, pagg. 327 ss.; S. BOZZOLA, *Lettura guidata del nuovo Patto della salute 2014-2016*, in *Rass. dir. farm. sal.* 2014, pagg. 1015 ss.

⁷In realtà della riforma del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria si parla almeno dalla L. 22 ottobre 1992 n. 421, sulla quale v. più avanti alla n. 69 e nel testo corrispondente.

⁸Così si legge in GIMBE – EVIDENCE FOR HEALTH, *2° rapporto sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale*, presentato a Roma il 6 giugno 2017, scaricabile dal sito www.rapportogimbe.it, pag. 8.

⁹Cfr. CORTE DEI CONTI, sezioni riunite di controllo, *Rapporto 2017 ...*, cit. sopra alla n. 1, pag. 344.

¹⁰Avvenuta con D.P.C.M. 12 gennaio 2017, n. 15, s.o. G.U. n. 65 del 18 marzo 2017. Sul tema da ultimo v. M. BERGO, *I nuovi livelli essenziali di assistenza. Al crocevia fra la tutela della salute e l’equilibrio di bilancio*, in *Rivista AIC* 2017, fasc. 2; B. VIMERCATI, *L’aggiornamento dei LEA e il coordinamento della finanza pubblica nel regionalismo italiano: il doppio intreccio dei diritti sociali*, in *Le Regioni* 2017, pagg. 133-180.

¹¹La si può leggere tra l’altro in Sanità24 del 22 giugno 2016 (www.sanita24.ilssole24ore.com).

ticket, per quelle ambulatoriali sì, con la conseguenza che questa “riclassificazione” per il Servizio sanitario nazionale si traduce in un guadagno pari all’importo dei ticket su queste “nuove” prestazioni ambulatoriali¹².

La vicenda si presta a numerose considerazioni. Qui ci preme osservare che essa lascia pensare che secondo il Governo l’attuale sistema dei ticket non è destinato a cambiare molto: su di esso hanno infatti basato una parte non trascurabile dell’introduzione dei nuovi Lea. In futuro sarà quindi ancora più difficile modificare quel sistema. Peraltro questa operazione induce a chiedersi perché un tipo di prestazioni debba essere sottoposto a ticket (le ambulatoriali) e l’altro no (le ospedaliere), ovvero a cercare di capire per quale ragione un cambiamento tecnologico che di per sé comporta una minor spesa (le prestazioni ambulatoriali costano generalmente meno di quelle ospedaliere), e la conseguente riclassificazione amministrativa debbano tradursi in un obbligo di pagamento per l’utente.

2. Imposte, tasse, tariffe ed altre entrate pubbliche

Sulla natura giuridica dei ticket sanitari abbiamo poche e poco impegnative prese di posizione. In linea di massima si afferma che si tratta di tasse¹³, non senza segnalare che anche rispetto a quella figura i ticket presentano particolarità proprie¹⁴.

Su questa situazione¹⁵ giocano sia il minor interesse che – come già segnalato – è stato dedicato ai ticket, sia una grande incertezza relativamente alle coordinate di riferimento della materia. Ci si riferisce alla classificazione e quindi all’identificazione dei diversi tipi giuridici delle entrate pubbliche.

L’impostazione classica di questo tema risale all’elaborazione della dottrina giuspubblicistica tedesca ed italiana di fine ottocento e si basa sui principi dello Stato liberale di diritto¹⁶. Ne troviamo una chiara illustrazione per esempio nei *Principi di diritto amministrativo* di Santi Romano. In questo testo il quinto dei nove libri che compongono l’opera è dedicato alla “Teoria delle prestazioni agli enti amministrativi”. Questa teoria esamina innanzitutto le prestazioni di opere ed affronta poi quelle di denaro, distinte nelle figure delle imposte, dei tributi speciali e delle tasse¹⁷. L’imposta viene definita come la “prestazione obbligatoria in denaro ad enti pubblici per il raggiungimento generale ed indistinto di fini pubblici da parte di chi possiede una capacità contributiva”. Essa si “distingue dal

¹²Che la *Relazione tecnica* cit. nella nota precedente stima in 18,1 milioni euro (pagg. 10 e 21).

¹³Tra i pochi che menzionano i ticket G. MARONGIU, A. MARCHESELLI, *Lezioni di diritto tributario*, 3° ed., Torino 2011, pag. 7, lo citano come “esempio non pacifico” di tassa. In tema v. anche G. LORENZON, *La natura giuridica dei ticket sanitari*, in L. TOSI (a cura di), *Il regime tributario delle Unità Sanitarie Locali*, Rimini 1992, pagg. 23 ss.

¹⁴Per G. LA SALA, *Le prestazioni imposte nell’ordinamento tributario e parafiscale*, Milano 2006, pagg. 79-80, il ticket se può sembrare “simile ai contributi dovuti al Servizio sanitario nazionale, è in realtà un discorso a parte” e si tratta infatti di “uno degli strumenti usati per il controllo della domanda usato dai sistemi sanitari pubblici di quasi tutti i paesi OCSE”; L. DEL FEDERICO, *Il concorso dell’utente al finanziamento dei servizi pubblici, tra imposizione tributaria e corresponsività*, in *Rass. trib.* 2013, pag. 1236 alla nota 67 ne afferma la “natura di tassa (con funzione moderatrice)”.

¹⁵Nella quale non mancano anche fraintendimenti, come per esempio nelle tre sentenze parallele del T.A.R. Umbria, sez. prima, 18 gennaio 2013 n. 18, n. 19 (in *Giorn. dir. amm.* 2013, pagg. 303 ss.) e n. 20 (in *Sanità pubblica e privata* 2013, pagg. 100-111, con nota di L. BUSATTA, *Le misure alternative al “ticket” aggiuntivo sulle prestazioni specialistiche: quale spazio per l’autonomia regionale?*) tra i ticket e la “tassa/contributo sulla salute” previsto dall’art. 63 della L. 23 dicembre 1978 n. 833 (su questa figura v. meglio al successivo § 3).

¹⁶Per la ricostruzione della vicenda cfr. A. FEDELE, *La tassa*, Siena 1974; C. SACCHETTO, *Tassa*, in *Enc. dir.*, vol. XLIV, Milano 1992, pagg. 3 ss.; A. FEDELE, *Tassa*, in *Enc. giur.*, vol. XXX, Roma, 1993.

¹⁷S. ROMANO, *Principi di diritto amministrativo italiano*, 3° ed., Milano 1912, pagg. 299 ss.

tributo speciale che viene corrisposto per un fine determinato della pubblica amministrazione da coloro che vi hanno un particolare interesse, sebbene in corrispettivo non ricevano singolarmente alcun servizio; e si distingue infine dalla *tassa*, la quale consiste in una prestazione obbligatoria affinché l'ente pubblico renda un servizio speciale al singolo che la corrisponde, senza del resto che con ciò si dia luogo ad uno scambio contrattuale di prestazioni¹⁸.

In questo schema il principale problema giuridico era stabilire quale ambito di applicazione avesse l'art. 30 dello Statuto albertino, secondo il quale "nessun tributo può essere imposto e riscosso se non è stato consentito dalle Camere e sanzionato dal Re". In particolare il dubbio era se anche le tasse fossero "tributi" e ricadessero quindi sotto la riserva di legge prevista da quella norma statutaria. Dato che nella *tassa* si vedeva un "servizio speciale al singolo" la "natura tributaria" della stessa sembrava altamente incerta, in particolare per quelle prestazioni che derivassero da servizi pubblici. Punto di riferimento di questa questione era divenuta un'indicazione di F. Cammeo che è interessante per noi sia perché nasce anch'essa dalla legislazione sanitaria, sia perché vedremo che avrà una ricaduta anche nella giurisprudenza costituzionale della seconda metà del novecento. Il problema analizzato da Cammeo riguardava la natura giuridica della *tassa di macellazione*¹⁹, e cioè se essa fosse un tributo e richiedesse quindi disciplina legislativa.

Verso la fine dell'Ottocento i comuni avevano iniziato ad istituire macelli comunali ed a prevedere l'obbligo di macellare le carni presso questi stabilimenti e solo presso gli stessi. Per la macellazione veniva richiesta una "tassa di macellazione". Da un lato ragioni igieniche suggerivano di far sì che gli animali venissero macellati in modo adeguato e sicuro per i potenziali acquirenti; dall'altro ragioni economiche suggerivano di mettere tale attività a disposizione di tutti gli allevatori, grandi o piccoli che fossero, e quindi di affiancarla ad una *tassa* che non fosse un effettivo corrispettivo. Il servizio veniva istituito nell'interesse tanto della collettività quanto degli allevatori e dei consumatori: per la sua regolamentazione (oggi si direbbe forse regolazione) esistevano dunque rilevanti interessi pubblici²⁰. La corrispondente *tassa* doveva essere considerata un tributo o no? Cammeo sostenne di sì ed affermò che anch'essa doveva essere disciplinata per legge perché l'imposizione dell'obbligo di macellazione e, soprattutto, l'introduzione di un monopolio introducevano momenti di coercizione e di autoritatività che occorreva circoscrivere con un intervento legislativo a garanzia delle libertà coinvolte. Ne derivava l'affermazione della "natura tributaria" delle tasse qualora fossero previste per un servizio riservato monopolisticamente ad enti pubblici.

Questo assetto della materia si mantiene lungo tutta la prima metà del Novecento²¹ ed oltre, ma progressivamente perde la sua capacità di offrire una chiave di lettura adeguata dell'ordinamento positivo vigente. Intervengono soprattutto due ordini di fattori. Da un lato la Corte costituzionale sviluppa l'interpretazione di fondamenti costituzionali nuovi; dall'altro il legislatore modifica sensibilmente diversi aspetti della legislazione in materia.

Per il primo profilo occorre innanzitutto ricordare che mutano i dati di partenza. La nuova Costituzione contiene infatti due norme che interessano questa materia: l'art. 53

¹⁸Ivi, pagg. 317-318.

¹⁹F. CAMMEO, *Le tasse e la loro costituzionalità. A proposito del monopolio dei macelli e delle tasse di macellazione a vista*, in *Giur. it.* 1899, IV, coll. 193-221.

²⁰Del resto a circa cent'anni di distanza la situazione è cambiata solo in parte: in linea di massima per la macellazione non è più necessario un intervento pubblico, ma gli interessi in gioco sono rimasti molto simili. Cfr. E. FERRARI, *Il macello pubblico e privato nel servizio sanitario nazionale*, in *Sanità pubblica* 1984, pagg. 1109 ss.

²¹Lo ritroviamo immutato nelle sue linee essenziali per es. in G. ZANOBINI, *Corso di diritto amministrativo - Vol. IV. I mezzi dell'azione amministrativa*, 5° ed., Milano 1958, pagg. 333 ss.; F. BENVENUTI, *Appunti di diritto amministrativo*, 4° ed., Padova 1959, pagg. 193 ss..

impone a tutti il dovere di “concorre alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva”; più in generale l’art. 23 iscrive tra le libertà civili il divieto di imporre prestazioni personali o patrimoniali “se non in base alla legge”. La sfera di azione della riserva di legge si estende al di là della materia tributaria. E probabilmente neppure il legislatore costituente si aspettava di quanto si sarebbe estesa. Nell’approfondimento della portata dell’art. 23²² la Corte costituzionale prende l’avvio dagli obblighi di contrarre imposti a favore dell’ente risi²³ e dai doveri imposti al commercio di bombole di metano²⁴ per giungere, con un lungo percorso attraverso l’“universo sterminato e per certi aspetti fantasmagorico”²⁵ delle prestazioni effettuate alla pubblica amministrazione, fino a prestazioni che sono sì imposte, ma non a favore della pubblica amministrazione²⁶.

In questa ricca e multiforme giurisprudenza ci interessa particolarmente mettere in risalto la sentenza con la quale venne stabilito che l’art. 23 Cost. si applica anche alle tariffe telefoniche²⁷. È chiaro che allora come oggi nessuno è obbligato a sottoscrivere un abbonamento telefonico. Invece allora a differenza di oggi il servizio telefonico era oggetto di un monopolio pubblico. Sviluppando argomenti contenuti nella sua precedente giurisprudenza la Corte ritenne che proprio la presenza di un monopolio congiunto al fatto che si trattasse di un servizio pubblico corrispondente ad un bisogno che nella vita contemporanea può senz’altro essere considerato “essenziale” concorresse a creare una situazione di costrizione, di necessità tale da integrare i profili della “prestazione imposta”, e tale di conseguenza da richiedere che fosse disciplinato per legge. È agevole rinvenire qui un’eco dell’argomentazione sostenuta più di mezzo secolo prima da Cammeo. Negli anni successivi questa impostazione viene mantenuta costantemente, e per richiamare un esempio tra i tanti possiamo ricordare che in materia di rette degli asili-nido qualche anno dopo la Corte ritenne che non si fosse in presenza di “prestazioni imposte” perché in materia sarebbe mancato tanto il requisito del “monopolio”, quanto quello del “bisogno essenziale”²⁸.

A più di trent’anni di distanza si potrebbe obiettare che nella società attuale gli asili-nido sono un bisogno essenziale, ma al di là della ricostruzione delle singole materie, va osservato come la sentenza sulle tariffe telefoniche abbia avuto un ruolo “fondamentale”²⁹ sul piano sistematico. Sul versante dell’art. 23 Cost. questa norma viene nettamente sottratta alla materia tributaria per assumere un ruolo ben più ampio di garanzia delle libertà della

²²Sul quale v. A. FEDELE, *Art. 23*, in V. BRANCA (a cura di), *Commentario della Costituzione italiana*, Bologna-Roma 1978; L. ANTONINI, *Art. 23*, in R. BIFULCO, A. CELOTTO, M. OLIVETTI (a cura di), *Commentario alla Costituzione*, Torino 2007; D. MORANA, *Libertà costituzionali e prestazioni personali imposte. L’art. 23 Cost. come norma di chiusura*, Milano 2007; E. CORALI, *Cittadini, tariffe e tributi. Principi e vincoli costituzionali in materia di prestazioni patrimoniali imposte*, Milano 2009.

²³Corte cost., 27 gennaio 1957 n. 4, in *Giur. cost.* 1957, pag. 23 con nota di M.S. GIANNINI, In materia v. anche A. AMORTH, *Fondamento costituzionale delle prestazioni pecuniarie ad enti pubblici*, in *Dir. ec.* 1956, pagg. 1067 ss.

²⁴Corte cost., 26 gennaio 1957 n. 30, in *Giur. cost.* 1957, pag. 407 con osservazione di M.S. GIANNINI. In materia v. anche ID., *I proventi degli enti pubblici e la riserva di legge*, in *Riv. dir. fin. sc. fin.* 1957, I, pagg. 3 ss.

²⁵L’espressione è di C. SACCHETTO, *Tassa*, cit. sopra alla n. 14, pag. 11.

²⁶Come quelle previste dalla disciplina della responsabilità civile degli autoveicoli: Corte cost., 24 marzo 1998 n. 215, in *Giur. cost.* 1998, 1713 con nota di M. MANETTI, *Il “bisogno di circolare sulla propria automobile” tra art. 23 e art. 41 Cost.*

²⁷Corte cost., 9 aprile 1969 n. 72, in *Giur. cost.* 1969, pag. 1174 con nota di F. LEVI, *Imprese pubbliche e servizi pubblici essenziali tra l’art. 43 e l’art. 23 Cost.*. V. anche A. FEDELE, *Corrispettivi di pubblici servizi, prestazioni imposte, tributi*, in *Riv. dir. fin.* 1971, II, pagg. 3 ss.

²⁸Corte cost., 9 maggio 1985 n. 139, in *Le Regioni* 1985, pag. 990 con nota di A. CERRI, *Perplexità della Corte nel definire il concetto di prestazione imposta, oppure approccio ad una definizione sostanziale del concetto di imposta?*, e di G.F. GAFFURI, *Corrispettivo di servizi pubblici e capacità contributiva*.

²⁹Il giudizio è di M.E. SCHINAIA, *Tariffe dei servizi pubblici*, in *Enc. giur.*, Roma 1993.

persona che è del resto coerente per un verso con il fatto che esso si riferisce non solo alle prestazioni “patrimoniali” ma anche a quelle “personali” e per altro verso alla sua collocazione nel titolo primo della parte prima della Costituzione. Sul versante della ricostruzione della disciplina positiva questa giurisprudenza porta al superamento della distinzione tra tasse e tariffe: nell’impostazione tradizionale le prime avrebbero avuto “natura tributaria”, le seconde sarebbero rimaste invece all’interno di rapporti di diritto privato, anche se parzialmente soggetti ad intervento pubblico, come quello del controllo dei prezzi. Ma se ambedue devono essere disciplinate dalla legge, esse mantengono naturalmente caratteristiche diverse, ma entrambe si impongono alla libertà dei privati allo stesso modo, e cioè appunto perché previste dalla legge e non perché legate alle spese pubbliche piuttosto che alle utilità fornite da un servizio pubblico. L’elemento giuridicamente determinante è la previsione legislativa, e solo essa.

E proprio sul piano legislativo registriamo negli ultimi decenni la seconda serie di trasformazioni che, come si diceva sopra, hanno portato al superamento della classificazione ottocentesca delle entrate pubbliche.

Alla fine del 1993³⁰, sull’onda delle liberalizzazioni che si andavano avviando, vengono soppressi il Comitato interministeriale prezzi ed i comitati provinciali prezzi che dal secondo dopoguerra avevano gestito i prezzi tanto privati che pubblici³¹. Per questi secondi alla metà dell’anno successivo la privatizzazione degli enti che gestivano grandi servizi pubblici nazionali viene subordinata “alla creazione di organismi indipendenti per la regolazione delle tariffe e il controllo della qualità dei servizi di rilevante interesse pubblico”³². Si avviava la creazione di un sistema di “regolazione” imperniato su autorità amministrative indipendenti che avrebbero appunto avuto il compito di regolare anche i prezzi.

Naturalmente i servizi pubblici nazionali non esauriscono l’insieme dei servizi pubblici e infatti regole in parte simili furono emanate per gli altri servizi pubblici, per esempio per i servizi pubblici locali. Sempre all’inizio degli anni novanta del secolo scorso fu stabilito per gli enti locali che “la tariffa costituisce il corrispettivo dei servizi pubblici; essa è determinata e adeguata ogni anno dai soggetti proprietari” secondo una serie di criteri che venivano individuati con un certo dettaglio, tra i quali “la corrispondenza tra costi e ricavi in modo da assicurare la integrale copertura dei costi, ivi compresi gli oneri di ammortamento tecnico-finanziario”³³. Alcuni anni dopo in sede di introduzione di nuove imposte che avrebbero dovuto rafforzare giusto la finanza locale il legislatore stabiliva che “le provincie e i comuni approvano le tariffe e i prezzi pubblici ai fini dell’approvazione del bilancio di previsione”³⁴.

In realtà la stagione dei “prezzi pubblici” in Italia non è mai decollata³⁵. È successo

³⁰V. l’art. 10, intitolato “Prezzi e tariffe”, della L. 24 dicembre 1993 n. 537, “Interventi correttivi di finanza pubblica”. Quella disposizione fu poi sviluppato dal d.P.R. 20 aprile 1994 n. 373, “Regolamento recante definizione delle funzioni dei Comitati interministeriali soppressi e per il riordino della relativa disciplina”.

³¹Cfr. A. AMORTH, *Prezzi (diritto amministrativo)*, in *Enc. dir.*, vol. XXXV, Milano 1986, pagg. 430.

³²Così l’art. 1-bis “Regolazione delle tariffe e controllo della qualità dei servizi” del d.l. 31 maggio 1994 n. 332, “Norme per l’accelerazione delle procedure di dismissione di partecipazioni del Ministero del Tesoro in società per azioni”, convertito con modificazioni dalla L. 30 luglio 1994 n. 474.

³³V. l’art. 12, commi 4 e 5, del d.l. 23 dicembre 1992 n. 498, “Interventi urgenti in materia di finanza pubblica”: Queste norme sono poi state trasfuse nell’art. 117, “Tariffe dei servizi”, del d. lgs. 16 agosto 2000 n. 267, “Testo unico delle leggi sull’ordinamento degli enti locali”, tuttora vigente. Da ultimo cfr. P. MORIGI, *I “costi dei servizi” nelle normative finanziarie del 2014*, in *La Finanza Locale 2014*, pagg. 36-40; G. BASSI, *Prezzi e tariffe nei servizi pubblici locali*, Santarcangelo di Romagna 2016.

³⁴Così l’art. 54. “Approvazione delle tariffe e dei prezzi pubblici” del d. lgs. 15 dicembre 1997 n. 446, “Istituzione dell’imposta regionale sulle attività produttive, revisione degli scaglioni, delle aliquote e delle detrazioni dell’Irpef e istituzione di una addizionale regionale a tale imposta, nonché riordino della disciplina dei tributi locali”.

³⁵Cfr. L. DEL FEDERICO, *Il concorso ...*, cit. sopra alla nota 14, pagg. 1222 ss.

invece che negli anni successivi il legislatore è intervenuto sempre più frequentemente a disciplinare prezzi, canoni, tariffe in materia di rifiuti, acqua, beni pubblici e così via con disposizioni sempre più dettagliate e sempre più lontane da un'effettiva corrispettività o commutatività. Il settore delle tasse/tariffe è divenuto economicamente sempre più importante e giuridicamente sempre più articolato e diversificato³⁶.

Ma ai nostri fini interessa sottolineare le conseguenze di tutto ciò sul piano sistematico. Attenuandosi il riferimento alla controprestazione, la nascita dell'obbligazione di pagamento si allontana sempre più dall'effettiva erogazione della prestazione ovvero dalla fornitura del servizio, e viene collegata invece all'esistenza di altri elementi puntualmente descritti dalla legge. La ben nota trasformazione – per esempio – del canone RAI ovvero della tassa dei rifiuti consiste esattamente in questo: la norma stabilisce che l'obbligazione a carico dell'utente nasce non per il fatto che è stato effettuato e viene effettuato il servizio (ascolto della radio o della televisione; raccolta dei rifiuti, ecc.), ma da una diversa circostanza (il possesso di un apparecchio radiotelevisivo; il possesso di un immobile, ecc.).

Quindi: la confluenza di tassa da un lato con la tariffa/prezzo pubblico e politico dall'altro non è dovuta soltanto alla giurisprudenza costituzionale, ma anche e forse soprattutto alle innovazioni legislative che hanno investito la materia.

C'è poi un'ultima serie di modificazioni legislative che vanno nella stessa direzione. Alla natura "tributaria" di un'entrata corrispondevano regole particolari in tema per esempio di giurisdizione ovvero di esecuzione. Spesso nel passato questi aspetti non erano immediatamente regolati dal legislatore cosicché per individuare, per esempio, il giudice competente occorre stabilire appunto quale fosse la "natura giuridica" di una determinata prestazione imposta. Oggi questi problemi vengono sempre più spesso risolti direttamente dal legislatore³⁷. Ciò ha (almeno) due conseguenze. La prima è che il problema della "natura giuridica" viene molto meno dibattuto. La seconda è che il legislatore nel risolvere la questione in un modo o nell'altro non si pone certo il problema della "natura giuridica" ed adotta quindi soluzioni che talora contraddicono le elaborazioni dottrinali.

A questo punto l'affermazione della natura tributaria dei ticket sanitari diventa non solo problematica, ma anche relativamente meno importante. Problematica perché in questo contesto diventa molto difficile stabilire cosa sia tassa e cosa no. Poco importante perché a tale "natura" si potrebbero collegare ben poche conseguenze. L'evoluzione della nozione delle "prestazioni patrimoniali imposte" e della disciplina legislativa delle stesse suggerisce piuttosto di ricostruire con precisione la normativa relativa ai ticket sanitari, onde valutare se la stessa rispetti innanzitutto il canone della riserva di legge stabilita dall'art. 23 Cost. e quindi le altre norme costituzionali che possano essere eventualmente coinvolte in questo caso.

³⁶Il fenomeno non è solo italiano. Per esempio in Germania si è parlato di un passaggio dallo "Stato delle imposte" allo "Stato delle tasse": U. SACKSOFSKY, J. WIELAND (a cura di), *Vom Steuerstaat zum Gebührenstaat*, Baden-Baden 2000. Come risultato anche di questo dibattito nel 2013 il legislatore federale tedesco ha completamente riscritto la materia con l'emanazione di una Legge federale sulle tasse (*Bundesgebührengesetz* = *BGebG*). Per un commento E. SCHLABACH, *Bundesgebührengesetz. Rückblick und Ausblick*, in *NVwZ* 2013, 1443. Per riferimenti all'esperienza francese e spagnola cfr. L. DEL FEDERICO, *Il concorso ...*, cit. sopra alla nota 14, pagg. 1123.

³⁷Per esempio giusto nella nostra materia l'art 3-bis, comma 1, del d.l. 30 settembre 2005, n. 203 ha inserito esplicita menzione del "contributo per il Servizio sanitario nazionale" (sul quale v. meglio sopra alla n. 15 e più avanti al successivo § 3) nell'art. 2 del d.lgs. 31 dicembre 1992, n. 546 che definisce l'oggetto della giurisdizione tributaria.

3. Ticket farmaceutici e tassa per la salute

La figura dei ticket sanitari non è un elemento essenziale del Servizio nazionale. Essa non deriva necessariamente né dai principi né dall'articolazione dello stesso, e ciò sia secondo l'impostazione originale che il Servizio sanitario nazionale ricevette nel 1978, sia a seguito delle riforme sopravvenute negli anni novanta del secolo scorso.

Questa osservazione è corroborata innanzitutto dai testi: della disciplina dei ticket non si occupano né il testo della L. 23 dicembre 1978 n. 833, né quello dei d. lgs. 30 dicembre 1992 n. 502³⁸ e 19 giugno 1999 n. 229³⁹ che riformarono il Servizio. Ma soprattutto essa è confermata per un verso dal fatto che figure di ticket preesistevano all'istituzione del Servizio sanitario nazionale e per altro verso dalla circostanza che tale istituzione si accompagna all'introduzione di una figura che talora viene assimilata ai ticket, ma che in realtà è completamente diversa, e cioè il contributo o tassa per la salute.

Vale la pena analizzare questi due aspetti.

Si ricava già dai dati riportati più sopra alle *tavole 1 e 2*, come i ticket farmaceutici abbiano un rilievo del tutto particolare nell'insieme dei ticket sanitari: un elemento tutt'altro che trascurabile è costituito dal fatto che essi rappresentano più della metà del gettito complessivo dei ticket. In realtà anche dal punto di vista giuridico essi presentano una fisionomia propria. Ciò dipende da un elemento strutturale, e cioè dalle diverse modalità con le quali sono identificate le prestazioni che il Servizio sanitario nazionale assicura ai suoi utenti per i farmaci e per le altre forme di assistenza. Per queste seconde abbiamo i "Livelli essenziali di assistenza" (LEA)⁴⁰, per i primi esistono invece appositi elenchi che riportano non solo i farmaci forniti dal Servizio sanitario, ma tutti i farmaci dei quali è ammessa la circolazione. Questi testi hanno quindi la funzione tanto di identificare l'ambito dell'assistenza sanitaria pubblica, quanto di accertare le caratteristiche dei farmaci comunque immessi in commercio. Inoltre l'assistenza farmaceutica ha una propria organizzazione⁴¹: in genere gli interessati ottengono i farmaci presso farmacie private, che per i farmaci garantiti dal Servizio sanitario vengono poi rimborsate dalle strutture pubbliche. In questo contesto il pagamento di un eventuale ticket a carico dell'utente va a diminuire il credito che la farmacia vanta nei confronti del Servizio sanitario nazionale.

La vicenda dei ticket farmaceutici comincia così con la L. 8 agosto 1978, n. 484⁴²: il Servizio sanitario nazionale non era ancora stato istituito e l'assistenza farmaceutica pubblica riguardava le persone che fossero "assicurate" per legge, prevalentemente presso l'Inam. Per queste persone venne allora introdotto l'obbligo di "corrispondere una quota del prezzo di vendita al pubblico dei farmaci non compresi nell'elenco dei medicinali esenti" (art. 2). I medicinali che nell'apposito prontuario erano dichiarati esenti non comportavano dunque alcun pagamento, per gli altri era prevista la somma di 200, 400 e 600 lire a secondo del minore o maggior costo del farmaco acquistato.

³⁸"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421", salvo i richiami illustrati più avanti nel testo corrispondente alla nota 68.

³⁹"Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della l. 30 novembre 1998, n. 419".

⁴⁰Almeno a far tempo dall'entrata in vigore dell'art. 1, comma 3, del d. lgs. 1992, n. 502. L'impostazione era in parte diversa nel testo della L. 1978 n. 833 (v. art. 3, 53 e 57).

⁴¹In materia cfr. M. DELSIGNORE, *Il contingentamento dell'iniziativa economica. Il caso non unico delle farmacie aperte al pubblico*, Milano 2011; B.R. NICOLOSO, *L'evoluzione del servizio farmaceutico nell'ordinamento giuridico italiano*, in *Rass. dir. farm. sal.* 2016, pagg. 473-496.

⁴²"Disciplina della informazione scientifica e della pubblicità dei farmaci ed istituzione della partecipazione degli assistiti alla spesa per l'assistenza farmaceutica".

Con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale nulla cambia per questi ticket, dei quali - come già si è detto - la L. 1978 n. 833 non si occupa. Cambia invece la disciplina relativa al sistema di classificazione dei farmaci per la quale viene introdotto il Prontuario farmaceutico (art. 30), ma all'interno di questo rimane la distinzione tra farmaci esenti ed altri farmaci e rimangono le quote di prezzo poste a carico dell'utente.

Negli anni successivi abbiamo una serie di interventi che collocano i ticket sanitari a fianco ad altre figure di ticket, senza modificarne le caratteristiche finché nel 1983, dopo una lunga serie di decreti legge non convertiti, il d.l. 12 settembre 1983, n. 463⁴³ introduce una modifica destinata a consolidarsi: viene infatti confermata la categoria dei farmaci esenti, vengono modificate le quote di partecipazione per gli altri e alla quota di partecipazione al prezzo viene affiancata "una quota fissa di L. 1.000 per ogni ricetta" (art. 10, comma 3, lett. b). A questo punto il ticket per i farmaci non esenti si articola su due figure: la quota fissa per ricetta e la quota proporzionale al prezzo del farmaco.

Seguono nuovamente anni che registrano modificazioni all'interno dello schema a quel punto esistente, finché con la L. 24 dicembre 1993, n. 537⁴⁴ il legislatore abolisce il prontuario farmaceutico e dispone la riclassificazione dei farmaci in tre categorie contrassegnate dalle lettere alfabetiche A, B, C: per quanto riguarda i ticket si stabilisce che i farmaci di fascia A sono a carico del Servizio sanitario nazionale ma anche per essi viene ora introdotta "una quota per ricetta pari a lire 3.000"; per quelli di fascia B la partecipazione al prezzo è fissata nel 50% del prezzo stesso; infine i farmaci della fascia C sono a "totale carico dell'assistito" (art. 8, comma 14). Questo impianto resterà stabile, salvo modificazioni minori, per un'altra decina d'anni, e cioè fino alle trasformazioni delle quali diremo più avanti (al § 5).

Rimanendo infatti agli anni iniziali di questa vicenda normativa, è utile ricordare qui che con l'approvazione della riforma sanitaria sorse un altro problema che pure riguarda "prestazioni imposte" questa volta non tanto agli assistiti quanto a tutti i cittadini, meglio a tutte le persone presenti sul territorio nazionale⁴⁵, in rapporto al Servizio sanitario nazionale.

Uno dei principali obiettivi della L. 1978 n. 833 era quello di adempiere al compito che la Costituzione all'art. 32 affida alla Repubblica di garantire la "tutela della salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" (art. 1), "assicurando a tutta la popolazione i livelli di prestazioni sanitarie" (art. 19) che sarebbero stati stabiliti dal Piano sanitario nazionale (artt. 3 e 53). In precedenza l'assistenza sanitaria pubblica non era assicurata a tutti, ma solo ai settori della popolazione per i quali la legge prevedeva l'iscrizione obbligatoria ad un ente mutualistico, principalmente l'Inam, e per la quale gli "assicurati" corrispondevano all'Inam, ed alle altre gestioni mutualistiche, appositi "contributi sanitari". Passando ad un servizio rivolto a tutta la popolazione si sarebbe potuto pensare che esso sarebbe stato finanziato su base fiscale, e cioè fosse posto a carico appunto di tutta la popolazione. Il legislatore del 1978 però decise di non compiere questo passo e, in attesa della "fiscalizzazione degli oneri sociali", decise di mantenere i contributi sanitari: essi sarebbero stati gestiti dall'Inps (art.76) e avrebbero alimentato il Fondo sanitario nazionale

⁴³"Misure urgenti in materia previdenziale e sanitaria e per il contenimento della spesa pubblica, disposizioni per vari settori della pubblica amministrazione e proroga di taluni termini", convertito con modificazioni in legge 11 novembre 1983, n. 638. In dottrina v. Marchisio, *Le quote di partecipazione (tickets) sui medicinali e sulle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio*, in *Diritto sanitario moderno* 1983, n. 2-3, pagg. 65 ss.

⁴⁴"Interventi correttivi di finanza pubblica".

⁴⁵V. art. 34. "Assistenza per gli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale" del d. lgs. 25 luglio 1998, n. 286, "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero".

(art. 69, comma 1, lett. a))⁴⁶.

Questa scelta creava però un problema: quello della posizione di quella parte della popolazione che non pagava contributi sanitari né all'Inam né ad altri enti mutualistici e che avrebbe potuto comunque fruire delle prestazioni sanitarie a questo punto estese e garantite a tutta la popolazione. Per far fronte a questo problema venne introdotto un "contributo per l'assistenza di malattia" a carico dei cittadini che non fossero iscritti ad una gestione mutualistica e che fossero soggetti alla presentazione della dichiarazione dei redditi (art. 63).

Sul piano sistematico tutto ciò voleva dire che il Servizio sanitario nazionale, benché concepito a tutela di tutta la popolazione, manteneva un finanziamento a base contributiva. Sul piano della posizione delle singole persone coinvolte da questo nuovo contributo, presto etichettato come "tassa per la salute", sorgevano grosse perplessità e numerose reazioni⁴⁷, che sfociarono ben presto in forti dubbi di costituzionalità⁴⁸.

I contributi sociali, e con essi i contributi malattia, non comparivano evidentemente nelle classificazioni delle entrate pubbliche elaborate alla fine dell'ottocento, ma nel corso del novecento sono divenute una realtà imponente. In essi abbiamo l'imposizione di una prestazione pecuniaria a carico di un gruppo di persone accomunate da un bisogno comune. Si distinguono dalle imposte perché non gravano sulla generalità dei consociati e non sono destinate alle esigenze generali della collettività. Ma si distinguono anche dalle tasse perché non vengono riscossi in occasione dell'accesso ad un servizio, ma in vista ed indipendentemente dalla fruizione del servizio. Non è poi difficile verificare quanto il contributo per la salute si differenzi dai ticket sanitari: quello ricade su un gruppo di persone indipendentemente dal loro accesso al Servizio sanitario nazionale, questi sono legati alla domanda di specifiche prestazioni sanitarie. Quello riguarda (un determinato gruppo di) cittadini, questi sono richiesti agli utenti.

La problematicità della nuova figura ha portato in discussione anche il tema della sua natura giuridica. Sicuramente essa ricade tra le "prestazioni imposte" previste dall'art. 23 Cost.; che poi abbia natura tributaria e che in essi svolga un ruolo anche la capacità contributiva (art. 53 Cost.) rimane assai incerto. Probabilmente vale qui la conclusione alla quale si arrivava sopra per le tasse: occorre valutare ciascuna ipotesi secondo le caratteristiche ad essa proprie⁴⁹. E proprio in base alle sue caratteristiche la figura introdotta dall'art. 63 della L. 1978 n. 833 lascia emergere dubbi di costituzionalità che passano sì per la determinazione della sua natura giuridica, ma discendono anche direttamente dall'art. 3 Cost.: essa infatti finisce per creare disparità tra diverse categorie di "assicurati" del Servizio sanitario nazionale che non riescono più a trovare giustificazione nel momento in cui le prestazioni vengono unificate. Del resto uno degli obiettivi della riforma era proprio quello di

⁴⁶Per una lettura di queste norme da parte del giudice amministrativo in relazione al d.P.R. 8 luglio 1980 n. 538 di determinazione dei contributi cfr. T.A.R. Lazio, sez. terza, 28 febbraio 1983 n. 165, in *Foro it.* 1984, III, 266.

⁴⁷Per alcune considerazioni sul testo originale v. E. FERRARI, *Commento agli artt. 19, 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 33, 34, 35, 57, 63, 64 della L. 23 dicembre 1978 n. 833*, in F.A. ROVERSI MONACO (a cura di), *Il servizio sanitario nazionale*, Milano 1979.

⁴⁸R. BRACCINI, *Finanza contributiva e fiscale nel passaggio dalla assistenza sanitaria di categoria a quella egualitaria*, in *Giur. cost.* 1982, I, pagg. 2486 ss.

⁴⁹È significativo che l'impossibilità di una "natura giuridica" unitaria per ipotesi così diverse come i contributi di malattia, i contributi (premi) per l'assicurazione contro gli infortuni, i contributi per la pensione di vecchiaia, ovvero per i "contributi sociali" nel loro complesso sia sostenuta da M. CINELLI, *Diritto della previdenza sociale*, 13° ed., Torino 2016, pag. 343. La natura non tributaria ma "previdenziale" dei contributi malattia è affermata da Corte cost., 3 dicembre 1987 n. 431, in *Giur. cost.* 1987, I, pag. 2914 ed ivi 2931 nota di F. ZACCARIA, *Il finanziamento del servizio sanitario nazionale: la Corte costituzionale di fronte alla transitorietà* e 2936 nota di R. ESPOSITO, *L'illusione finanziaria del contributo sociale per il servizio sanitario nazionale*.

eliminare le disparità presenti appunto nel sistema contributivo⁵⁰.

In questo quadro la Corte costituzionale non è mai giunta ad una dichiarazione di incostituzionalità, anche se i suoi richiami al legislatore si sono fatti sempre più severi. Nel 1986 essa scrive che "l'intero sistema della contribuzione sociale di malattia non confligge, per difetto di razionale univocità degli orientamenti di fondo e dei criteri contributivi adottati, con il principio di eguaglianza ... il legislatore ... ha tenuto conto di una gradualità sinallagmatica tra prestazioni (da verificare) e contribuzioni (da adeguare), procedendo, perciò, con gradualità al fine di colmare nel "lungo periodo" i preesistenti divari nei livelli contributivi fra categorie ex mutate ... gradualità, da non protrarsi indefinitivamente"⁵¹. Sei anni dopo leggiamo che "il superamento della denunciata, ma già in precedenza rilevata, incoerenza di fondo del sistema contributivo di malattia ... non potrebbe venir protratto per lassi temporali fuor di misura, senza che la Corte venga poi costretta a quei definitivi interventi che restano, ove occorressero, nella sua competenza"⁵². Nel 1995 la richiesta di referendum sull'art. 63 della L. 1978 n. 833 viene dichiarata inammissibile perché si tratterebbe di una "legge tributaria" che cade sotto il divieto stabilito dall'art. 75 Cost.⁵³.

Di fatto questo contributo di malattia e tutti i contributi di malattia vengono eliminati dal legislatore solo nel 1997. Con l'introduzione di una nuova imposta, l'Imposta regionale sulle attività produttive - Irap⁵⁴ vengono aboliti una serie di "contributi e tributi", tra i quali "i contributi per il Servizio sanitario nazionale" (art. 36, comma 1, lett. a)).

Per i primi vent'anni della sua esistenza il Servizio sanitario nazionale destinato alla generalità della popolazione era stato finanziato su base contributiva.

4. La formazione del sistema dei ticket sanitari

Nel corso degli anni ottanta ai ticket farmaceutici sono affiancate una serie di altre figure che vengono a costituire una sorta di "sistema" dei ticket sanitari e che comunque creano il quadro che, pur con numerosi cambiamenti, abbiamo tuttora.

Una prima visione d'insieme si ricava dalla legge finanziaria del 1982⁵⁵. L'art. 12 è dedicato a "Disposizioni in materia sanitaria". In esso il primo ed il secondo comma si occupano dei ticket farmaceutici: non vengono modificati i valori già stabiliti, ma si fissa un limite al numero di farmaci che possono essere prescritti nella stessa ricetta, otto per gli antibiotici, tre per gli altri farmaci. L'introduzione di un ticket fisso per ricetta crea evidentemente il problema del numero delle ricette ovvero del numero dei farmaci per ricetta.

Il terzo ed il quarto comma introducono una figura nuova: la partecipazione alla spesa per le prestazioni diagnostica strumentale e di laboratorio. Il loro ammontare è fissato nel 15% delle tariffe che per tali prestazioni sono previste per le strutture convenzionate, con un

⁵⁰Per indicazioni sul dibattito dell'epoca, cfr. A. LUCIANI, *Note sulla contribuzione per l'assistenza sanitaria*, in *Riv. inf. mal. prof.* 1981, I, pagg. 1 ss.; P. MARINO, *Contributi di malattia: costituzionalità dell'attuale regime di prelievo*, in *Giust. civ.* 1987, I, pagg. 1305 ss.; G. LORENZON, *Il contributo per le prestazioni del servizio sanitario nazionale*, in *Rass. trib.* 1988, pagg. 193-208.

⁵¹Corte cost., 1 luglio 1986 n. 167, in *Foro it.* 1986, I, 1741.

⁵²Corte cost., 8 giugno 1992 n. 256, in *Riv. giur. lav. prev. soc.* 1992, II, pag. 524 con nota di A. ANDREONI, *Le entrate del servizio sanitario, il monito della Corte costituzionale e le tentazioni del legislatore*.

⁵³Corte cost., 12 gennaio 1995 n. 2, in *Giur. cost.* 1995, pag. 16 ed ivi 23 osservazione di A. FEDELE, *La nozione di tributo e l'art. 75 Cost.*.

⁵⁴D. lgs. 15 dicembre 1997 n. 446, cit. sopra alla nota 34.

⁵⁵L. 26 aprile 1982 n. 181, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato".

minimo di 1.000 ed un massimo di 15.000 lire; nel caso di prestazioni plurime il limite massimo è di 40.000 lire.

I commi dal quarto all'ottavo avviano un discorso che è pure nuovo, quello delle esenzioni. Esse riguardano soltanto i ticket sulla diagnostica e sono di due tipi: esenzioni collegate al reddito ed esenzioni per gli invalidi. Queste seconde riguardano le persone che hanno appunto tale qualifica secondo le disposizioni vigenti; le prime riguardano chi ha un reddito IRPEF inferiore ai 4.000.000 di lire. Esistono poi altri limiti per particolari situazioni.

Sono disposizioni semplici, ma è chiaro che con esse l'insieme dei ticket comincia ad avere una certa articolazione. Evidentemente il legislatore si è convinto della loro utilità. Lo scopo non è tanto di procurare nuove entrate al Servizio sanitario nazionale, quanto di diminuirne le spese, in particolare riducendo l'ambito delle prestazioni "inutili". Il ticket è visto come uno strumento utile per creare un accesso più responsabile alle prestazioni sanitarie ed evitare che l'indiscriminata gratuità delle stesse porti a farvi ricorso anche quando non sono necessarie. Lo sfondo più che dai problemi del finanziamento è costituito dalla preoccupazione per il "consumismo" che avrebbe facile sfogo in un sistema senza oneri per l'utente⁵⁶.

Alle spalle di queste innovazioni sono gli studi economici e sociali che in quegli anni approfondiscono gli effetti che sul comportamento degli utenti ha l'introduzione di un sistema di prestazioni gratuite. Oggi gli studi di economia sanitaria, riassumendo le esperienze e gli studi fatti in questi anni, registrano l'esistenza di quattro gruppi di strumenti di intervento sulla domanda⁵⁷: la compartecipazione forfettaria (fissa) al costo, la compartecipazione proporzionale al costo, la franchigia, i massimali di riferimento.

Nella compartecipazione fissa, della quale abbiamo visto un esempio sopra nel ticket sulle ricette farmaceutiche, all'utente viene chiesto un ammontare stabilito una volta per tutte dalla legge senza alcun legame al valore della prestazione. Il costo della prestazione è invece tenuto presente nella partecipazione proporzionale che si basa evidentemente sull'idea che sul paziente debba essere fatto almeno in parte ricadere l'onere che la sua malattia comporta per la collettività. Nel sistema della franchigia viene fissato un limite di spesa per un determinato periodo di tempo: al di sotto di quel limite le prestazioni sono a carico dell'utente, quelle che lo superano vengono invece pagate dalla collettività⁵⁸. In qualche modo rovesciato è il sistema detto dei "massimali": l'intervento pubblico garantisce una determinata quantità ovvero valore di determinati prodotti o prestazioni, al di là di quella soglia ovvero per altri prodotti o prestazioni l'utente deve pagare.

Il legislatore italiano negli anni Ottanta riprende la figura dei ticket fissi e di quelli proporzionali e su quei binari rimarrà, con interventi frequenti che negli anni successivi modificheranno questo o quell'aspetto dei ticket sui farmaci, di quelli per la diagnostica e delle esenzioni. Non c'è mai un intervento "di sistema", ma all'interno del quadro già abbozzato si moltiplicano disposizioni puntuali, specifiche.

⁵⁶Come già riferito sopra alla nota 14 per G. LA SALA, *Le prestazioni ...*, cit., pag. 80 il ticket costituisce "uno degli strumenti usati per il controllo della domanda usato dai sistemi sanitari pubblici di quasi tutti i paesi OCSE". Per riferimenti comparati v. AGENAS, *Seminario Copayments*, Roma 2012 (scaricabile da www.agenas.it).

⁵⁷Cfr. R. ZANELLA, *Manuale di economia sanitaria*, Santarcangelo di Romagna 2011, pagg. 171 ss.

⁵⁸Per una riflessione su questa figura cfr. V. REBBA, D. RIZZI, *Ticket o franchigia? Considerazioni per una riforma delle compartecipazioni alla spesa sanitaria*, in D. RIZZI, F. ZANTONIO (a cura di), *Analisi e strumenti di politica sociale*, Venezia 2013, pagg. 176 ss.

Ciò succede già con l'art. 10 d.l. 12 settembre 1983, n. 463, il quale, oltre che intervenire sui ticket farmaceutici come abbiamo già visto sopra⁵⁹, modifica anche le norme su quelli farmaceutici e sulle esenzioni⁶⁰. Il d.l. 29 agosto 1984 n. 528⁶¹ modifica poi i limiti di reddito per le esenzioni. Maggiore respiro ha invece la disciplina contenuta nell'art. 28 della legge finanziaria 1986⁶².

Comunque che il legislatore non seguisse un orientamento preciso è attestato per esempio dal fatto che i ticket sulle prestazioni diagnostiche vengono soppressi dall'art. 1 del d.l. 30 ottobre 1987 n. 443⁶³, e nuovamente introdotti due anni dopo dall'art. 1 del d.l. 25 novembre 1989 n. 382⁶⁴. Non sfuggirà il fatto che ambedue i testi sono provvedimenti d'urgenza.

Al di là delle singole disposizioni la presenza dei ticket nella materia sanitaria comunque si consolida e si consolida anche la loro fisionomia. Il "sistema" dei ticket più che da un disegno preciso deriva dalla stratificazione dei vari interventi.

Possiamo così lasciare sullo sfondo gli interventi degli anni 1990⁶⁵, 1991⁶⁶, 1992⁶⁷ per giungere alla L. 24 dicembre 1993, n. 537, che già abbiamo citato per l'abolizione del prontuario terapeutico⁶⁸, e che in qualche modo costituisce un punto di cesura per tutta la disciplina dei ticket: negli anni successivi più che dagli interventi puntuali del precedente decennio la nostra materia sarà investita da diversi interventi riformatori di più ampia portata.

Dei ticket farmaceutici nella L. 1993 n. 527 (art. 8, commi 9-14) abbiamo appunto già detto. Per gli altri ticket viene ora stabilito che "tutti i cittadini sono soggetti al pagamento delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche, ivi comprese le prestazioni di fisiokinesiterapia e le cure termali, fino all'importo massimo di lire 70.000 per ricetta, con assunzione a carico del Servizio sanitario nazionale degli importi eccedenti tale limite" (art. 8, comma 15). Infine viene dedicato largo spazio alla disciplina delle esenzioni che a questo punto riguardano anche i ticket farmaceutici e quindi tutti i ticket (art. 8, commi 16-16**quinquies**).

Ma in quegli anni l'attenzione del legislatore si rivolgeva ai ticket anche da un altro punto di vista. Nel 1992 si era avviata la riforma del Servizio sanitario nazionale che avrebbe previsto la trasformazione delle Unità sanitarie locali in Aziende e la loro collocazione

⁵⁹V. alla nota 43 ed al testo corrispondente.

⁶⁰Sul punto v. A. ANDREONI, *Limiti di reddito, tickets e contributi nella recente legislazione sociale*, in *Riv. giur. lav. prev. soc.* 1985, III, pagg. 3-41.

⁶¹"Misure urgenti in materia sanitaria", convertito con modificazioni nella L. 31 ottobre 1984, n. 733.

⁶²L. 28 febbraio 1986 n. 41, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 1986)". Sulla quale v. M. MATTIA, F. PITTAU, *Partecipazione alla spesa sanitaria e ipotesi di esenzione dal ticket. Evoluzione della normativa*, in *Prev. soc.* 1987, pagg. 87-115.

⁶³"Disposizioni urgenti in materia sanitaria", convertito con modificazioni dalla L. 29 dicembre 1987 n. 531.

⁶⁴"Disposizioni urgenti sulla partecipazione alla spesa sanitaria e sul ripiano dei disavanzi delle unità sanitarie locali", convertito in L. 25 gennaio 1990 n. 8.

⁶⁵Art. 5 della L. 29 dicembre 1990 n. 407, "Disposizioni diverse per l'attuazione della manovra di finanza pubblica 1991-1993".

⁶⁶Art. 4 della L. 30 dicembre 1991 n. 412, "Disposizioni in materia di finanza pubblica".

⁶⁷Art. 6 del d.l. 19 settembre 1992 n. 384, "Misure urgenti in materia di previdenza, di sanità e di pubblico impiego, nonché disposizioni fiscali", convertito con modificazioni dalla L. 14 novembre 1992, n. 438.

⁶⁸V. sopra alla nota 44 e testo corrispondente.

nell'area di influenza della Regione. Ora la legge di delega⁶⁹ che avviò quella riforma investì il legislatore delegato del compito di provvedere al riordino anche della disciplina dei ticket (art. 1, comma 1 lett. a)). È questo il primo annuncio di riforma di una materia che come dicevano all'inizio tuttora l'attende. In effetti il legislatore delegato del 1992 non intervenne su questa disciplina e tuttavia il testo del d. lgs. 30 dicembre 1992 n. 502⁷⁰ si riferisce ai ticket in alcuni punti che è importante ricordare.

In primo luogo, sul piano dei principi, nella seconda proposizione dell'art. 1, comma 3, viene stabilito che "le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali di assistenza sono garantite dal Servizio sanitario nazionale a titolo gratuito o con partecipazione alla spesa, nelle forme e secondo le modalità previste dalla legislazione vigente". L'esistenza di forme di partecipazione alla spesa diviene quindi una delle caratteristiche normali del Servizio sanitario nazionale. Non si fa esplicito riferimento ai ticket di cui alla tormentata legislazione che abbiamo appena visto, ma in quel momento, come a tutt'oggi, i ticket sono l'unica forma di "partecipazione alla spesa" sanitaria prevista nel nostro ordinamento.

In secondo luogo, dal punto di vista organizzativo, in coerenza con il nuovo assetto del Servizio sanitario nazionale, si stabiliva che "le quote di partecipazione alla spesa eventualmente dovute da parte dei cittadini" figurassero tra le entrate delle aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri (art. 4, comma 7). Ma l'intestazione alle Regioni di un maggior ruolo portava il legislatore ad altre due importanti disposizioni in tema di "autofinanziamento regionale" (art. 13). Qui, ferma l'idea che le Regioni dovessero innanzitutto assicurare i livelli essenziali di assistenza previsti per tutto il territorio nazionale, si faceva spazio alla possibilità che per le stesse decidessero di erogare anche "livelli superiori" (comma 1). Per finanziare la corrispondente spesa era prevista la "facoltà" delle Regioni di aumentare i ticket previsti dalla legislazione nazionale (comma 2). Infine le Regioni avrebbero potuto introdurre nuove "forme di partecipazione alla spesa per eventuali altre prestazioni da porre a carico dei cittadini" (comma 3).

Un punto va sottolineato in queste disposizioni: esse attribuiscono ai ticket una funzione di finanziamento della spesa, anche se solo di una spesa aggiuntiva ed ipotetica⁷¹. È questa una funzione che fino a questa modificazione normativa i ticket non avevano mai avuto. Come si è visto sopra, l'idea originale alla base dell'introduzione dei ticket era stata quella di far diminuire la domanda (e quindi la spesa), non di aumentare il finanziamento. La trasformazione non è certo di poco conto⁷².

In realtà l'impatto del d. lgs. 1992 n. 502 sui ticket non sarebbe stato molto rilevante. Sulla nostra figura avrebbero inciso negli anni seguenti altre e ben più complesse riforme.

⁶⁹L. 22 ottobre 1992 n. 421, "Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanità, di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale", sulla quale per tutti v. F. A. ROVERSI MONACO (a cura di), *Riordino della disciplina in materia sanitaria. Commento al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*, Rimini 1993.

⁷⁰"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421".

⁷¹In materia v. R. LEVAGGI, *Il ticket per le prestazioni nella riforma del sistema sanitario*, in *Riv. dir. fin. sc. fin.* 1999, pagg. 475-491; S. ARCÀ, *I ticket e le esenzioni: una normativa da rivedere*, in *Ragiusan* 2002, 223-224, pagg. 484-489.

⁷²Corte cost., 23 aprile 1993 n. 184, in *Riv. giur. lav. prev. soc.* 1993, pag. 388 con nota di A. ANDREONI sottolinea che i ticket erano nati "più in funzione di dissuasione dal consumo eccessivo di medicinali che in funzione di finanziamento della spesa sanitaria", mentre "la successiva evoluzione legislativa ha [...] attribuito al ticket una sempre maggiore valenza di strumento per la riduzione della spesa pubblica in materia sanitaria ed ha correlativamente disposto un'articolata disciplina delle esenzioni" (al punto 3 della motivazione in diritto).

5. Tre riforme incompiute

Alla fine degli anni novanta tre riforme investono anche i ticket sanitari. Nessuna di esse ha per oggetto i ticket, ma riguardano temi più generali. Nessuna di esse ha trovato compiuta realizzazione. In questo modo l'attuale situazione normativa dei ticket è anche il risultato dell'influenza combinata di questi propositi di riforma parziali.

Con la legge di accompagnamento⁷³ della legge finanziaria del 1998 viene varato un progetto di riforma dello Stato sociale. La crisi economica e il mutamento della situazione demografica hanno portato l'accento sul problema della "sostenibilità" dello Stato sociale. Il Governo ha incaricato una commissione, che dal nome del suo presidente verrà chiamata "Commissione Onofri", di analizzare le "Compatibilità macro-economiche della spesa sociale"⁷⁴. Nel febbraio 1997 la commissione presenta le sue conclusioni e non poche proposte vengono riprese appunto dalla legge n. 1997 n. 449. All'art. 59 troviamo le "Disposizioni in materia di previdenza, assistenza, solidarietà sociale e sanità". In questo lungo articolo, ai commi 47-48 il governo viene delegato ad emanare un decreto legislativo che istituisca in via sperimentale il "reddito minimo di inserimento", al comma 50 troviamo una delega analoga per "la partecipazione alla spesa sanitaria", ed infine al comma 51 era previsto un decreto legislativo "per la definizione di criteri unificati di valutazione della situazione economica dei soggetti che richiedono prestazioni sociali agevolate" ovvero sia, con l'acronimo che poi sarebbe divenuto ben comune, per l'ISEE.

Basta l'elencazione di questi temi per rendersi conto dell'ampiezza del discorso allora impostato. Per quando riguarda il nostro tema effettivamente l'anno successivo fu emanato il d. lgs. 29 aprile 1998 n. 124⁷⁵ in esercizio della delega contemplata dal comma 50 che abbiamo appena citato.

Diversamente da quanto talora osservato le norme di questo testo non si inseriscono in un discorso di universalità e selettivismo⁷⁶, ma in una prospettiva di recupero dell'uguaglianza nella disciplina dei ticket. Qui il punto non è l'accesso alle prestazioni, ma la modulazione dell'obbligo di pagare il ticket da parte di coloro che vi sono obbligati. In altre parole: chi è affetto da una malattia grave per la quale è prevista l'esenzione dalla partecipazione, non paga sia che sia ricco sia che sia povero. Non a caso la norma di delega indicava al legislatore delegato il "fine di assicurare una maggiore equità del sistema della partecipazione alla spesa sanitaria" (art. 59, comma 50, L. 1997 n. 449). Coerentemente con ciò del resto, e quindi in corrispondenza all'originale funzione dei ticket, l'art. 1, comma 1, del d. lgs. 1998 n. 124 affermava che il "pagamento diretto da parte dell'assistito di una quota limitata di spesa" è "finalizzato a promuovere la consapevolezza del costo delle prestazioni

⁷³L. 27 dicembre 1997 n. 449, "Misure per la stabilizzazione della finanza pubblica".

⁷⁴A distanza di dieci anni la vicenda viene commentata, tra l'altro da alcuni dei protagonisti tra i quali lo stesso Onofri, in L. GUERZONI (a cura di), *La riforma del welfare. Dieci anni dopo la "commissione Onofri"*, Bologna 2008.

⁷⁵"Ridefinizione del sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime delle esenzioni, a norma dell'art. 59, comma 50, della L. 27 dicembre 1997, n. 449".

⁷⁶In una letteratura assai ampia e variegata, cfr. E. GRANAGLIA, *Universalismo e selettività: necessità, condizioni, criticità*, in L. GUERZONI (a cura di), cit. alla n. 69, pagg. 59 ss.; F. PIZZOLATO, *Universalismo e selettività*, in Studi Zanzan 2009, n. 6, pagg. 60-74. Collegano i ticket al tema dell'universalismo anche R. BIN, G. PITRUZZELLA, *Diritto costituzionale*, 17° ed., Torino 2016, che a proposito dello Stato sociale scrivono che ora: "si tende a superare il carattere universalistico di alcuni servizi erogati dallo Stato sociale, per cui servizi come la sanità non vengono resi gratuitamente a tutti i cittadini indipendentemente dal loro reddito, ma solamente ai soggetti meno abbienti, mentre gli altri concorrono alla spesa in relazione al livello di reddito di cui godono (il c.d. ticket)" (pag. 124). Ma quelle così descritte non sono le caratteristiche dei ticket sanitari come illustrato nel testo qui sopra e più avanti al § 6.

stesse". L'obiettivo di procurare un'entrata, che nel precedente paragrafo abbiamo visto affacciarsi nella legislazione di riforma del 1992, qui non è ripreso.

In realtà il d. lgs. 1998 n. 124 rimane il testo di riferimento per le esenzioni collegate a particolari malattie (art. 5) mentre per altri aspetti l'efficacia di gran parte delle sue disposizioni venne in seguito sospesa nel quadro di una seconda riforma che avrebbe preso l'avvio poco dopo⁷⁷.

Si tratta della riforma della finanza locale e soprattutto regionale mirante a realizzare il federalismo fiscale⁷⁸, avviata dalla L. 13 maggio 1999 n. 133⁷⁹, che tra l'altro delega il governo alla realizzazione del nuovo disegno di finanza territoriale. Ne nasce il d. lgs. 18 febbraio 2000 n. 56⁸⁰. Per quanto interessa la nostra materia esso abolisce il Fondo sanitario nazionale, o più precisamente dispone la cessazione dei "trasferimenti erariali in favore delle Regioni" previsti da una serie di norme tra le quali quelle relative al Fondo sanitario nazionale (art. 1, comma 1). Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale non avviene dunque più per riparto tra le Regioni del Fondo sanitario nazionale, ma attraverso la compartecipazione delle Regioni ad una serie di imposte (art. 1, comma 4, ed articoli seguenti); parte delle risorse così attribuite alle Regioni sono poi vincolate a favore del Servizio sanitario nazionale (art. 8, comma 1). Peraltro anche questo sistema avrà vita breve: già alla fine del 2000 la legge finanziaria per il 2001⁸¹, all'art. 83 intitolato "Norme attuative dell'accordo Governo-Regioni" sopprime il vincolo di destinazione previsto dall'art. 8, che abbiamo appena citato, e stabilisce invece che "ciascuna regione è tenuta ... a destinare al finanziamento della spesa sanitaria regionale risorse non inferiori alle quote che risultano dal riparto dei fondi destinati per ciascun anno al finanziamento del Servizio sanitario nazionale"⁸². Il federalismo fiscale cede il posto ad un federalismo apparentemente pattizio.

Tutto ciò non riguarda i ticket, ma le conseguenze per i ticket di questa nuova impostazione sono immediate: con la stessa legge finanziaria della fine del 2000, giusto all'articolo successivo a quello citato, si avvia la "eliminazione progressiva dei ticket sanitari" (art. 84), che per il momento vengono ridotti (art. 85).

Emergono però disavanzi economico-finanziari, ed anche molto velocemente, perché già dopo l'estate successiva, "in attuazione del Patto di stabilità per la salute adottato dalla Conferenza Stato-Regioni in data 8 agosto 2001", l'art. 4, terzo comma del d.l. 18 settembre 2001 n. 347⁸³ stabilisce che "gli eventuali disavanzi di gestione ... sono coperti dalle Regioni con le modalità stabilite da norme regionali che prevedano alternativamente o cumulativamente l'introduzione di:

a) misure di compartecipazione alla spesa sanitaria, ivi inclusa l'introduzione di forme di corresponsabilizzazione dei principali soggetti che concorrono alla determinazione della spesa;

⁷⁷Art. 84, comma 2, della L. 2000 n. 388, meglio cit. più avanti alla n. 79.

⁷⁸Sul federalismo fiscale, quello del 1999/2000 e quello del 2009/2011, la letteratura è notoriamente sterminata. Per quanto qui ci interessa v. G. MURARO, *Federalismo fiscale e sanità nella crisi dello Stato sociale*, in *Riv. dir. fin. sc. fin.* 2003, pagg. 389-384.

⁷⁹"Disposizioni in materia di perequazione fiscale, razionalizzazione e federalismo fiscale".

⁸⁰"Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'art. 10 della legge 13 maggio 1999, n. 133".

⁸¹L. 23 dicembre 2000 n. 388, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001)".

⁸²In materia v. N. VICECONTE, *L'evoluzione del sistema di finanziamento del Servizio sanitario nazionale tra federalismo "promesso" ed esigenze di bilancio*, in S. MANGIANELI (a cura di), *Il regionalismo italiano dall'Unità alla Costituzione e alla sua riforma. Vol. I*, Milano 2012, pagg. 231 ss.

⁸³"Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria", convertito dalla L. 16 novembre 2001, n. 405; assai rilevante è anche l'art. 6. Livelli di assistenza.

b) variazioni dell'aliquota dell'addizionale regionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche o altre misure fiscali previste nella normativa vigente;

c) altre misure idonee a contenere la spesa, ivi inclusa l'adozione di interventi sui meccanismi di distribuzione dei farmaci”.

Questo testo - al di là delle specifiche intenzioni del legislatore che lo emanò e che probabilmente erano di portata assai più limitata - è un po' il fulcro della “regionalizzazione” dei ticket e va quindi considerato con attenzione. Sottolineiamo in particolare due aspetti. Se ci interroghiamo sulla natura delle misure di “compartecipazione alla spesa sanitaria” possiamo osservare che in quel testo per un verso sembra prevalere una caratterizzazione “tributaria” dei ticket, dal momento che essi vengono affiancati alla variazione dell'aliquota IRPEF; per altro verso però potrebbe argomentarsi una loro natura “sanitaria” se le avviciniamo alla terza ipotesi, quella degli interventi sulla distribuzione dei farmaci. Se riflettiamo invece sulle attribuzioni legislative regionali che qui vengono coinvolte si può pensare che ci si riferisca alle attribuzioni in materia di “assistenza sanitaria ed ospedaliera” ovvero all'autonomia finanziaria delle Regioni (rispettivamente artt. 117 e 130 Cost., nel testo del 1948).

In realtà i termini di riferimento di questo problema vengono presto trasformati per il fatto che poco più di un mese dopo l'emanazione di questo decreto legge entra in vigore la L. cost. 18 ottobre 2001 n. 1 che riforma il titolo V della Costituzione. Siamo così alla terza delle nostre riforme. Per la sanità sembra essere cambiato poco, se riteniamo che la materia “assistenza sanitaria ed ospedaliera” possa esser ricompresa nella “tutela della salute” che troviamo nel nuovo testo dell'art. 117, comma 3, Cost.. Ma il nuovo testo dell'art. 117, comma 2, lett. m) prevede anche come oggetto di legislazione statale esclusiva quella “determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale” che non fa immediato riferimento alla sanità, ma che trae origine proprio dall'esperienza del Servizio sanitario nazionale e che indubbiamente abbraccia anche le prestazioni sanitarie⁸⁴.

La giurisprudenza costituzionale che si era pronunciata sulla partecipazione dell'utente alla spesa sanitaria prima della riforma del titolo V aveva affermato che le corrispondenti norme avevano carattere di principi della materia cosicché la Valle d'Aosta (e si noti che si tratta di una Regione a statuto speciale) non poteva assumere a proprio carico né i ticket per le prestazioni specialistiche⁸⁵, né quelli farmaceutici⁸⁶.

Dopo il 2011 la situazione è più complessa.

Relativamente scarsa è la giurisprudenza concernente la legislazione regionale che ha disciplinato i ticket “trasferiti” dal d.l. 2001 n. 347 ovvero dalla L. cost. 2001 n. 1. Per esempio la Puglia non può prevedere nuove categorie di esentati perché la relativa disciplina statale costituisce “un principio fondamentale della legislazione sia in materia di tutela della salute, sia in materia di coordinamento della finanza pubblica”⁸⁷; mentre quando il Governo impugna la legge marchigiana che introduceva l'ISEE in materia sanitaria la Regione

⁸⁴La letteratura in materia è divenuta presto assai ampia. Per tutti cfr. C. TUBERTINI, *Pubblica amministrazione e garanzia dei livelli essenziali delle prestazioni. Il caso della tutela della salute*, Bologna 2008. Da ultimo in materia v. sopra alla n. 10.

⁸⁵Corte cost., 31 dicembre 1986 n. 296, in *Le Regioni* 1987, 493 con nota di L. PEGORARO, *Ticketts sanitari e potestà legislativa delle Regioni (tra principio di eguaglianza, grandi riforme e limiti di spesa)*.

⁸⁶Corte cost., 21 marzo 1989 n. 138, in *Le Regioni* 1990, 1098 con nota di L. PEGORARO, *Ancora sull'assunzione di spese sanitarie a carico della Regione*.

⁸⁷Corte cost., 2 dicembre 2011 n. 325, in *Le Regioni* 2012, 416 con nota di G.P. DOLSO, *Osservazioni sul rapporto tra principio di uguaglianza e ordinamento regionale*.

accoglie i rilievi statali e la Corte da atto della cessazione della materia del contendere⁸⁸.

Invece secondo il giudice amministrativo la regione Umbria può differenziare la rimborsabilità anche dei farmaci di fascia A proprio sulla base dell'art. 4, comma 3, lett. a) del d.l. n. 347 del 2001⁸⁹. Ciò spiega le differenze esistenti, per esempio in materia di ticket farmaceutici, secondo la ricerca Agenas della quale si diceva sopra⁹⁰.

Per parte sua il legislatore nazionale non è mai intervenuto sul sistema delle partecipazioni sanitarie nel suo complesso, ma si è limitato ad interventi sporadici e puntuali come nel passato anche se con una frequenza più bassa di quanto succedeva negli anni ottanta. Ora quando questo è successo le corrispondenti norme sono state impugnate da una o più Regioni, ma la Corte costituzionale ha sempre respinto questi ricorsi, anche se con motivazioni oscillanti. Si tratta in particolare di tre sentenze che dobbiamo ora richiamare.

Un primo intervento statale sui ticket dopo le trasformazioni che abbiamo visto si ha con l'art. 1, comma 796 della legge finanziaria per il 2007⁹¹. In quella norma "per garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica per il triennio 2007-2009, in attuazione del protocollo di intesa tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per un patto nazionale per la salute" vengono previste due nuove figure di ticket: 10 euro fissi per ogni ricetta relativa a prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (il cosiddetto super-ticket⁹²) e 25 euro "per le prestazioni erogate in regime di pronto soccorso ospedaliero non seguite da ricovero, la cui condizione è stata codificata come codice bianco" (alla lett. p)) e viene prevista la possibilità per le Regioni di adottare misure alternative ai ticket ambulatoriali (alla lett. p-bis)).

L'introduzione di queste due nuove figure e soprattutto quella del super-ticket viene impugnata dalle Regioni con argomenti che però la Corte costituzionale respinge⁹³. La corrispondente motivazione afferma che "le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale sono comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria", non richiama l'art. 117, comma 2, lett. m) sul corrispondente potere statale (al punto 6.3) e giunge ad affermare che "sia la previsione di un ticket fisso uguale in tutto il territorio nazionale ... , sia il ricorso a forme diverse di compartecipazione degli assistiti ... sono da ritenersi compatibili con i principi costituzionali, nella considerazione bilanciata dell'equilibrio della finanza pubblica e dell'uguaglianza di tutti i cittadini nell'esercizio dei diritti fondamentali, tra cui indubbiamente va ascritto il diritto alla salute". In sostanza la conformità alla Costituzione della disposizione statale risulta dal semplice collegamento tra la stessa e l'equilibrio della finanza pubblica da un lato, il principio di eguaglianza dall'altro.

Nel frattempo però il legislatore nazionale ha cambiato orientamento⁹⁴ ed il d.l. 25 giugno 2008 n. 112⁹⁵ abolisce il super-ticket (art. 61, comma 19), facendo però salva per le

⁸⁸Corte cost., 26 gennaio 2015 n. 8, in *Ragiusan* 2015, n. 371-372-373, pag. 168. Da notizie di giornale (*Sanità, torna il superticket da 30 euro. Il Pirellone fa dietrofront*, in *Corriere della Sera* del 28 febbraio 2017) risulta che lo stesso risultato avrebbe avuto il ricorso dell'Avvocatura dello Stato contro l'abolizione del super-ticket in Lombardia.

⁸⁹Cons. St., sez. terza, 25 marzo 2013 n. 1654, in *Giorn. dir. amm.* 2013, pag. 643.

⁹⁰V. sopra alla nota 4.

⁹¹L. 27 dicembre 2006 n. 296, "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)".

⁹²Cfr. L. BUSATTA, *Il c.d. super "ticket" e la Corte costituzionale: solo una questione di competenze?*, in *Le Regioni* 2013, 1059-1075.

⁹³Corte cost., 9 giugno 2008 n. 203, in *Giur. Cost.* 2008, 3, 2304.

⁹⁴Per la verità la disciplina muta tre volte nel corso del 2006/2007: per la precisa indicazione delle tappe v. sempre Corte cost., 9 giugno 2008 n. 203, cit. alla nota precedente, al punto 5 della motivazione in diritto.

⁹⁵"Disposizioni urgenti per lo sviluppo economico, la semplificazione, la competitività, la stabilizzazione della finanza pubblica e la perequazione tributaria", convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2008, n. 133.

Regioni la possibilità “decidere di applicare, in misura integrale o ridotta” il super-ticket “ovvero altre forme di partecipazione dei cittadini alla spesa sanitaria di effetto finanziario equivalente” (art. 61, comma 21). Anche questa disposizione viene impugnata da alcune Regioni ed anche questo ricorso viene dichiarato infondato⁹⁶: infatti nella motivazione leggiamo che le norme contestate non risultano avere carattere puntuale e dettagliato, ma lasciano alle Regioni ampie possibilità di scelta. Peraltro ciò non contraddice “l’omogeneità delle forme di compartecipazione alla spesa, dal momento che esse si limitano a consentire una contenuta variabilità dell’importo del ticket fra Regione e Regione” (al punto 5.3.1 della motivazione). La Corte sembra dunque ritenere che i ticket sono e devono essere oggetto di disciplina regionale: non è la stessa posizione che sembrava risultare dalla sentenza precedente.

Con il successivo aggravarsi della situazione economica del paese, le misure urgenti disposte dal governo non possono non investire anche i ticket ed il d.l. 6 luglio 2011 n. 98⁹⁷ all’art. 16, comma 6, recupera la figura del super-ticket, ovvero – più testualmente – dichiara nuovamente applicabili “le disposizioni di cui all’articolo 1, comma 796, lettere p) e p-bis), della legge 27 dicembre 2006, n. 296”. Segue l’impugnazione delle Regioni Veneto e Friuli-Venezia Giulia che vengono respinte con argomentazioni⁹⁸ che richiamano quelle delle due precedenti pronunce che abbiamo appena visto.

In questa sentenza, per affrontare la censura del Friuli-Venezia Giulia che contestava il ricorso alla forma regolamentare per la disciplina dei ticket previsto dall’art 16, comma 1, lett. d) del d.l. 2011 n. 98), la Corte esamina se si sia in presenza di una potestà legislativa statale esclusiva, nella quale il potere regolamentare statale sussiste, oppure se si tratti di una potestà legislativa regionale concorrente, al quale corrisponderebbe invece la potestà regolamentare regionale (art. 117, comma 4. Cost.). Sul punto nella motivazione si legge “Le misure di compartecipazione ai costi dell’assistenza farmaceutica attengono sia ai livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, la cui determinazione è riservata alla potestà legislativa esclusiva statale (art. 117, secondo comma, lettera m) Cost.), sia al coordinamento della finanza pubblica e alla tutela della salute, oggetto della potestà legislativa concorrente dello Stato e delle Regioni (art. 117, terzo comma, Cost.). Nella disciplina del ticket, l’«intreccio» e la «sovrapposizione di materie» non rendono possibile «individuare una prevalente» (sentenza n. 330 del 2011), né tracciare una «precisa linea di demarcazione» tra le competenze (sentenza n. 200 del 2009)”⁹⁹. Sulla scorta di questa osservazione la Corte arriva a dichiarare incostituzionale la previsione di un potere regolamentare statale.

Ma il tema del collegamento tra ticket e livelli essenziali delle prestazioni è passibile di sviluppi ben più ampi. Lo abbiamo visto affiorare in numerosi punti delle sentenze fin qui citate, ed ora va fatto oggetto di più attenta considerazione.

⁹⁶Corte cost., 16 dicembre 2009 n. 341.

⁹⁷“Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria”, convertito con modificazioni, dalla L. 15 luglio 2011, n. 111.

⁹⁸Corte cost., 16 luglio 2012 n. 187, in *Le Regioni 2012*, pagg. 1227-1232, con nota di S. DE GOETZEN, *La disciplina in materia di “ticket” incidente sui livelli assistenziali di assistenza sanitaria. Divieto di differenziazione “in melius”?*; in *Giur. Cost.* 2012, pag. 2751 con nota di F. MANNELLA, *Concorrenza di competenze e potestà regolamentare nella disciplina del ticket sanitario*. La vicenda del super-ticket si arricchisce di una nuova tappa con il dibattito che accompagna l’iter parlamentare della legge di bilancio per il 2018, nel quale l’abolizione di questa figura diviene una precisa richiesta politica di alcune forze parlamentari nazionali: le Regioni sembrano consentirvi, rinunciando all’affermazione della loro potestà legislativa in materia, a fronte dell’accolto allo Stato degli oneri necessari per far fronte a quella soppressione.

⁹⁹Al punto 4.1. della motivazione in diritto di Corte cost., 16 luglio 2012 n. 187, cit. alla nota precedente.

6. Ticket sanitari e livelli essenziali delle prestazioni

Se allora cerchiamo di raccogliere le fila delle riflessioni fin qui svolte, la prima osservazione da fare è che i ticket sanitari ricadono tra le “prestazioni patrimoniali imposte” e sono quindi oggetto di riserva di legge relativa. Gioca in questo senso l’ampia nozione che di quella figura è venuta sviluppando la Corte costituzionale, come si è visto sopra al § 2. Del resto con la previsione di ticket sanitari il legislatore richiede il pagamento di una somma per lo svolgimento di un servizio che corrisponde ad un bisogno essenziale della persona. È vero che, a voler riprendere i due elementi elaborati dalla giurisprudenza costituzionale degli anni sessanta¹⁰⁰, il servizio sanitario non è un servizio in regime di “monopolio” pubblico. Rimane però per un verso il fatto che l’accesso ad altro operatore non è sempre effettivamente disponibile e per altro verso la circostanza che siamo in presenza di un diritto costituzionalmente garantito (art. 32) la cui articolazione non può essere rimessa ad atti amministrativi.

Occorre quindi che la disciplina dei ticket sia fondata su una consistente base legislativa, come la Corte costituzionale ha già avuto occasione di richiedere alle Regioni, per esempio in altre ipotesi di prestazioni patrimoniali imposte in materia igienico-sanitaria¹⁰¹.

Che i ticket siano “prestazioni patrimoniali imposte” non comporta però che essi abbiano natura di tassa o tariffa, ovverosia – giusto quanto si è osservato sopra sempre al § 2 – che abbiano lo scopo di procurare un’entrata al pubblico erario. È infatti possibile che prestazioni patrimoniali vengano imposte anche per altre finalità. Al proposito l’esempio forse più chiaro e più significativo è costituito dalle sanzioni amministrative per le quali pure, dopo un periodo di incertezza tra il riferimento all’art. 25 Cost. ovvero all’art. 23 Cost., la giurisprudenza costituzionale ha imboccato la seconda strada¹⁰². Qui abbiamo entrate pubbliche che però non corrispondono ad interessi fiscali della collettività, ma perseguono finalità di carattere repressivo ovvero ripristinatorio.

In maniera analoga i ticket sono entrate pubbliche ed in quanto tali hanno carattere di doverosità e sono circondati da garanzie particolari come le altre entrate pubbliche¹⁰³, ma la loro ragion d’essere non è di carattere economico-finanziario. In effetti – come abbiamo visto soprattutto al § 3 - i ticket sono stati introdotti allo scopo di condizionare la domanda di prestazioni sanitarie, di impedire un consumo incontrollato dei servizi che vengono messi gratuitamente a disposizione dell’utente, di favorire una scelta consapevole e motivata da parte dei malati. Questa finalità peraltro non è semplicemente un obiettivo politico, ma si è tradotta in caratteristiche ben precise della vigente disciplina dei ticket.

¹⁰⁰V. sopra alla nota n. 27 ed al testo corrispondente.

¹⁰¹Per Corte cost., 31 maggio 1996 n. 180, in *Giur. cost.* 1996, pagg. 1674-1685 con nota di L. ANTONINI, *Riserva di legge e prestazioni patrimoniali imposte: la problematica parabola dell’antico istituto*, viola l’art. 23 Cost. il fatto che le tariffe per il rilascio del parere igienico-sanitario della ASL siano affidate a delibera della Giunta regionale.

¹⁰²V. in particolare Corte cost., 14 aprile 1988 n. 447, in *Foro it.* 1990, I, 3364, seguita poi Corte cost., 3 giugno 1992 n. 250, in *Giur. Cost.* 1992, 1916. Sul punto da ultimo cfr. D. MORANA, cit. sopra alla n. 22, pag. 135 n. 35.

¹⁰³Con la conseguenza che il mancato pagamento dei ticket può avere conseguenze penali (l’applicabilità dell’art. 316-ter è affermata da Cass. pen., sez. V, 26 novembre 2013 n. 1574) ovvero che la loro mancata riscossione può generare responsabilità erariale (C. Conti Umbria, 23 gennaio 2013 n. 3, in *Ragiusan* 2014, 361/362, pag. 84; C. Conti Calabria, 26 gennaio 2016 n. 1, in *Danno e resp.*, 2016, pag. 439).

In primo luogo abbiamo la circostanza per cui i ticket sono stati previsti non per tutte le prestazioni sanitarie ma solo per alcune di esse. La scelta fatta al proposito non è stata casuale ma ha cercato di individuare prestazioni che più di altre sono esposte al pericolo di essere richieste con leggerezza o addirittura senza ragione. È innanzitutto il caso dei farmaci, ma è pure quello del troppo facile ricorso al pronto soccorso, alla richiesta di analisi e controlli inutili e così via. In questo quadro si spiega anche il fatto che non siano previsti ticket per le prestazioni ospedaliere: queste infatti sono disposte sulla base di più complesse e approfondite valutazioni e considerazioni. Del resto per le prestazioni ospedaliere si è cercato piuttosto di impostare un discorso di appropriatezza¹⁰⁴ che si rivolge più agli operatori che ai pazienti.

Coerente con questa impostazione è poi la disciplina delle esenzioni per malattia (v. art. 5, d. lgs. 1998 n. 124¹⁰⁵): in ipotesi di malattie croniche o invalidanti o che presentino particolari gravità o delicatezza è ragionevole supporre che è più bassa la propensione alla richiesta avventata di prestazioni e si è quindi ritenuto inutile prevedere per esse il ticket.

Analoga logica ispira le esenzioni rapportate al reddito¹⁰⁶. Per le persone in condizioni economiche fragili si è pensato che richiedere loro una partecipazione economica più che favorirne una domanda oculata avrebbe finito per paralizzarne l'accesso al servizio sanitario, mentre la Costituzione prescrive "cure gratuite agli indigenti" (art. 32 Cost.).

In realtà nonostante la sua formazione frammentaria ed episodica, il "sistema" dei ticket ha una sua fisionomia precisa che certo potrebbe essere modificata dal legislatore, ma che non può essere misconosciuta finché una modificazione o – se si vuole – una riforma non intervenga. Come la stessa Corte costituzionale¹⁰⁷ ha osservato in diverse occasioni, è vero che nel corso degli anni il significato economico dei ticket ha ricevuto un'attenzione sempre maggiore da parte del legislatore, ma questa attenzione non potrebbe giungere a modificare le finalità essenziali dei ticket senza generare gravi problemi.

Al contrario, se al "sistema" dei ticket dovesse essere riconosciuta la finalità di finanziare vuoi la singola prestazione, vuoi il Servizio sanitario nel suo complesso, sorgerebbero seri dubbi di incostituzionalità.

Se lo scopo dei ticket fosse quello di procurare un'entrata al Servizio sanitario nazionale occorrerebbe innanzitutto spiegare perché a questo obiettivo debbano essere chiamati solo coloro che fruiscono di prestazioni farmaceutiche ed ambulatoriali e non chi ottiene prestazioni ospedaliere, che tra l'altro sono generalmente più costose. Analogamente non si capirebbe poi perché chi fa una determinata analisi – poniamo una TAC o un'endoscopia – per un controllo periodico deve pagare il ticket in quanto prestazione di

¹⁰⁴n particolare ad opera del d.m. 9 dicembre 2015, "Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale" (in *GU Serie Generale n.15 del 20 gennaio 2016*). In materia per tutti v. C. TUBERTINI, *Le nuove dimensioni dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie*, Bologna 2017.

¹⁰⁵V. sopra alla n. 75 e al testo corrispondente. L'art. 5 prevede che regolamenti del Ministro della sanità individuino le condizioni e le malattie "danno diritto all'esenzione dalla partecipazione per le prestazioni di assistenza sanitaria". Un'attenta riflessione sulle esenzioni è svolta in Corte cost., 23 aprile 1993 n. 184, cit. sopra alla n. 72.

¹⁰⁶Per le quali, dato che l'art. 84, comma 2 lett d) ha sospeso l'efficacia dell'art. 4 del d. lgs. 1998 n. 124, si risale tuttora all'art. 8, comma 16 della L. 1993 n. 537 (sulla quale v anche sopra alle n. 44 e 68 e al testo corrispondente). In materia v. oggi anche il d. m. 11 dicembre 2009 (in G.U. 30 dicembre 2009, n. 302), "Verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del Sistema tessera sanitaria".

¹⁰⁷A partire come minimo da Corte cost., 23 aprile 1993 n. 184, cit. sopra alla n. 72 che parlava di "una sempre maggiore valenza di strumento per la riduzione della spesa pubblica" (al punto 3 della motivazione in diritto).

diagnostica ambulatoriale, mentre se la medesima analisi viene effettuata nel corso di una degenza ospedaliera, prima o dopo un'operazione, non paga nessun ticket perché qui quell'analisi fa parte del trattamento ospedaliero. Ma anche le stesse esenzioni riferite ai tipi di malattia cadrebbero sotto una diversa luce e si porrebbe il problema di giustificare l'esenzione dalla partecipazione del trattamento effettuato per una malattia grave di una persona ricca. Infine un sistema di ticket avente finalità finanziarie dovrebbe probabilmente rivedere soprattutto la disciplina dell'ammontare degli stessi: ticket relativi alle singole prestazioni (e quindi vicini ad un modello di tassa o tariffa) dovrebbero probabilmente riferirsi al valore (o al costo) della prestazione percepita più attentamente di quanto non succeda oggi; ticket relativi al funzionamento del servizio nel suo complesso si avvicinerrebbero invece allo schema delle imposte e porrebbero forse un problema di collegamento alla capacità contributiva.

In realtà, se è vero che l'art. 23 Cost. richiede essenzialmente una disciplina per legge, è poi vero anche che quella disciplina legislativa è comunque sottoposta a scrutinio alla stregua di altri parametri di legittimità costituzionale. Se si tratta di un generico concorso "alle spese pubbliche" entrerà in gioco il principio di capacità contributiva previsto dall'art. 53 Cost., negli altri casi intervengono coordinate diverse ed esiste come minimo un'esigenza di ragionevolezza alla luce del principio di eguaglianza nella disciplina dei singoli casi coinvolti.

Il fatto è che l'attuale disciplina dei ticket non ha nessuna funzione fiscale o – se si vuole – natura tributaria, ma si iscrive direttamente nella disciplina dei livelli essenziali delle prestazioni. Anche questo è uno spunto che si ricava in numerosi e sparsi passaggi della giurisprudenza vuoi amministrativa¹⁰⁸, vuoi e soprattutto costituzionale¹⁰⁹, anche se talora rimane in secondo piano. In effetti la figura dei livelli essenziali delle prestazioni nasce dopo quella dei ticket e successiva è naturalmente anche la costituzionalizzazione della figura all'art. 117, comma 2, lett. m) Cost.. Ma a questo punto il collegamento tra livelli essenziali e ticket appare inevitabile. In questo quadro i ticket risultano essere oneri ai quali è subordinata la richiesta di alcune prestazioni sanitarie essenziali allo scopo di favorirne una fruizione accurata e consapevole. Possiamo trarne un'ulteriore conferma dal fatto che quando la giurisprudenza amministrativa ha integrato per via interpretativa il catalogo delle prestazioni essenziali, ha specificato che tale integrazione riguardava anche la presenza del ticket¹¹⁰.

Il fatto che oggi esista la figura dei livelli essenziali delle prestazioni non può lasciare dubbi sul fatto che quello è il titolo di competenza sul quale si basa anche la disciplina dei ticket. Le possibili interferenze con altre materie, a partire dalla tutela della salute per arrivare

¹⁰⁸Per un esempio cfr. Cons. St., sez. terza, 14 marzo 2014 n. 1276.

¹⁰⁹Prima della riforma costituzionale del 2001 già Corte cost., 23 aprile 1993 n. 184, cit. sopra alla n. 72 sottolineava il fatto che "L'esenzione dal pagamento di tutte le quote di partecipazione alla spesa sanitaria (c.d. "ticket" sanitario) ... rappresenta attuazione del contenuto minimo essenziale del diritto alla tutela della salute (art. 32 Cost.) il quale, considerato anche in correlazione con il principio di uguaglianza sostanziale (art. 3, secondo comma, Cost.), impone che la salute abbia una protezione piena, esaustiva ed effettiva" (al punto 5 della motivazione in diritto). In seguito Corte cost., 9 giugno 2008 n. 203, cit. sopra alla n. 93, afferma che "l'intesa intervenuta tra Governo, Regioni e Province autonome di Trento e di Bolzano per un patto nazionale sulla salute ... il 28 settembre 2006 stabilisce con chiarezza che i criteri di compartecipazione devono assumere carattere omogeneo. Né potrebbe essere diversamente, giacché, non sarebbe ammissibile che l'offerta concreta di una prestazione sanitaria rientrante nei LEA si presenti in modo diverso nelle varie Regioni. Giova precisare che dell'offerta concreta fanno parte non solo la qualità e quantità delle prestazioni che devono essere assicurate sul territorio, ma anche le soglie di accesso, dal punto di vista economico, dei cittadini alla loro fruizione." (al punto 7 della motivazione in diritto). Queste affermazioni della sentenza 2008 n. 203 sono poi riprese testualmente da Corte cost., 16 luglio 2012 n. 187, cit. sopra alla n. 98.

¹¹⁰Ciò è successo per la fecondazione medicalmente assistita, in particolare di tipo eterologo. Cfr. Cons. St., sez. terza, 9 aprile 2015 n. 1486, in *Foro It.* 2015, III, pag. 292; T.A.R. Venezia, sez. terza, 8 maggio 2015 n. 501; T.A.R. Milano, sez. III, 28 ottobre 2015 n. 2271.

al coordinamento della finanza pubblica o all'armonizzazione dei bilanci pubblici, non possono nascondere il fatto che con i ticket si disciplina una delle modalità con le quali l'utente accede a determinate prestazioni sanitarie essenziali.

La loro disciplina è oggetto di una riserva relativa di legge ex art. 23 Cost. e ricade nella competenza esclusiva dello Stato ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. m) Cost..