



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE
UFFICIO II – UFFICIO PER LE AUTONOMIE SPECIALI PER L'ESAME
DI LEGITTIMITA' COSTITUZIONALE DELLA LEGISLAZIONE REGIONALE
DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

Puglia	Legge n° 12 del 15/06/2023	BUR n°58 del 20/06/2023
ID:PU23012	Esito: In corso d'esame	(Scadenza 19/08/2023)

Prestazioni odontoiatriche per pazienti fragili erogate in strutture pubbliche territoriali.

La legge della regione Puglia 15 giugno 2023 n. 12 recante "Prestazioni odontoiatriche per pazienti fragili erogate in strutture pubbliche territoriali" presenta profili di illegittimità costituzionale in relazione alla violazione del principio di armonizzazione dei bilanci pubblici e di coordinamento della finanza pubblica di cui all'articolo 117, terzo comma, della Costituzione, poiché, introducendo un ulteriore livello di assistenza sanitaria rispetto ai livelli essenziali delle prestazioni (LEA) posti a carico del servizio sanitario regionale, si pone in violazione della disciplina relativa ai piani di rientro dal disavanzo finanziario, al quale la Regione Puglia è sottoposta, e al conseguente divieto di spese non obbligatorie, in quanto le vigenti disposizioni in materia di Piano di rientro dal deficit sanitario si configurano quali principi di armonizzazione dei bilanci pubblici e coordinamento della finanza pubblica.

La Regione Puglia, infatti, è impegnata nel Piano di rientro dall'anno 2010 e come tale è tenuta a realizzare solo interventi volti al recupero del disavanzo sanitario nel rispetto e nei limiti dell'erogazione dei LEA obbligatori e gli interventi regionali in materia sanitaria devono essere sottoposti alla valutazione dei Ministeri affiancati, come riportato nell'Accordo sottoscritto tra la regione e i Ministeri della salute e dell'Economia e delle finanze in data 29 novembre 2010.

Ciò premesso, l'art. 1 della legge regionale in esame stabilisce che le aziende sanitarie della Regione sono tenute all'erogazione

di prestazioni odontoiatriche a invasività minore, media e maggiore, per pazienti fragili con disabilità psicomotoria o con disturbi del comportamento, il cui periodo di osservazione per complicatezze post-intervento non sia superiore a ventiquattro ore dal termine della procedura. I successivi artt. 2 e 3 disciplinano le modalità di applicazione dell'art. 1: l'art. 2 stabilisce che le strutture abilitate per le suddette prestazioni non possono essere inferiori a due per ogni azienda sanitaria, collocate all'interno di ambiente protetto e corrispondente ai punti territoriali di assistenza dotati di servizi chirurgici con relativo servizio di anestesiologia; l'art. 3 stabilisce che, per le finalità dell'art. 1, le aziende sanitarie incrementano il monte ore delle prestazioni territoriali nella misura massima di 38 ore a settimana e per ogni struttura individuata, e l'incremento e la relativa assegnazione di ore sono effettuati tramite una riconversione della dotazione aziendale per la specialistica ambulatoriale oppure con assegnazione, con delibera di Giunta regionale, di ore vincolate alla branca odontoiatrica.

La questione che si pone con l'intervento regionale sopradescritto riguarda, in particolare, l'esatta delimitazione della platea dei beneficiari delle prestazioni di assistenza odontoiatrica, che risulta più estesa rispetto a quanto previsto dalla normativa statale, e alle conseguenze di una maggiore spesa sanitaria non obbligatoria, inibita ad una regione sottoposta al piano di rientro da deficit sanitario.

La normativa nazionale in tema di assistenza odontoiatrica è costituita principalmente dall' art 9 del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421) e dal DPCM 29 novembre 2001 (Definizione dei livelli essenziali di assistenza) i quali prevedono che l'assistenza odontoiatrica a carico del SSN sia limitata a: 1) programmi di tutela della salute odontoiatrica nell'età evolutiva 2) assistenza odontoiatrica e protesica a determinate categorie di soggetti in condizioni di particolare vulnerabilità.

Successivamente è stato emanato il DPCM 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), il cui allegato 4 C contiene i "Criteri per la definizione delle condizioni di erogabilità delle prestazioni odontoiatriche", il quale, in relazione al punto n. 2, specifica i criteri per l'individuazione delle soprattute condizioni di vulnerabilità, prevedendo quanto segue: "considerato che il dpcm 29.11.2001 fa generico riferimento a "condizioni di vulnerabilità", occorre individuare le condizioni cliniche per le quali è necessario effettuare le cure odontoiatriche ed anche le condizioni socio-economiche che di fatto impediscono l'accesso alle cure

odontoiatriche nelle strutture private".

A tale proposito, l'allegato 4 C chiarisce che possono essere individuate due distinte tipologie di vulnerabilità:

- la vulnerabilità sanitaria: condizioni di tipo sanitario che rendono indispensabili o necessarie le cure odontoiatriche;
- la vulnerabilità sociale: condizioni di svantaggio sociale ed economico (correlate di norma al basso reddito e/o condizioni di marginalità e/o esclusione sociale) che impediscono l'accesso alle cure odontoiatriche a pagamento per gli elevati costi presenti nelle strutture private.

La nozione di vulnerabilità sanitaria deve essere riconosciuta almeno alle persone affette da gravi patologie, le cui già precarie condizioni di salute potrebbero essere ulteriormente pregiudicate da una concomitante patologia odontoatraica ("criterio descendente"), al punto che il mancato accesso alle cure di cui trattasi potrebbe mettere a repentaglio la sopravvivenza del soggetto (prognosi "quoad vitam"). Questo è il caso di pazienti in attesa di trapianto e post-trapianto (escluso il trapianto di cornea), di pazienti con stati di immunodeficienza grave, di pazienti con cardiopatie congenite cianogene, di pazienti con patologie oncologiche ed ematologiche in età evolutiva e adulta in trattamento con radioterapia o chemioterapia o comunque a rischio di severe complicanze infettive; di pazienti con emofilia grave o altre gravi patologie dell'emocoagulazione congenite, acquisite o iatrogenie.

Alle persone in condizioni di vulnerabilità sanitaria devono essere garantite tutte le prestazioni odontoiatriche incluse nel nomenclatore dell'assistenza specialistica ambulatoriale, con l'esclusione dei manufatti protesici e degli interventi di tipo estetico.

Coloro che sono affetti da altre patologie o da condizioni alle quali sono sempre o frequentemente associate complicanze di natura odontoatraica ("criterio ascendente"), invece, potranno accedere alle cure odontoiatriche solo se la condizione patologica stessa risulta associata ad una concomitante condizione di vulnerabilità sociale.

Con riferimento a tale ultima previsione, si rappresenta che l'art. 1 della legge regionale in esame non associa, come criterio di accesso alle cure odontoiatriche, la condizione patologica a criteri concomitanti di vulnerabilità sociale, estendendo - di fatto - la platea dei beneficiari e introducendo quindi un livello ulteriore di assistenza rispetto ai LEA obbligatori.

La nozione di vulnerabilità sociale descrive la condizione di svantaggio sociale ed economico correlata a situazioni di esclusione sociale (indigenza), situazioni di povertà o situazioni di reddito medio/basso, che impedisce l'accesso alle cure odontoiatriche oltre che per una scarsa sensibilità ai problemi di prevenzione e cura, anche e soprattutto per gli elevati costi da

sostenere presso le strutture odontoiatriche private.

Al fine di poter accettare il ricorrere di tale condizione, pertanto, alle Regioni ed alle Province autonome è demandata l'individuazione degli strumenti volti a valutare la condizione socio economica dell'assistito (es. indicatore ISEE o altri): in tal modo, quindi, è possibile individuare coloro che abbiano i requisiti per poter essere destinatari delle specifiche prestazioni odontoiatriche indicate nel nomenclatore.

Le prestazioni erogabili alle predette categorie sono riportate nell'allegato 4 del DPCM 2017 LEA e ricomprendono:

- visita odontoiatrica
- estrazioni dentarie
- otturazioni e terapie canalari
- ablazione del tartaro
- applicazione di protesi rimovibili (escluso il manufatto protesico)
- applicazione di apparecchi ortodontici ai soggetti 0-14 anni con indice IOTN = 4° e 5°
(escluso il costo del manufatto)
- apicificazione ai soggetti 0-14 anni

A tutti i cittadini, inclusi quelli che non rientrano nelle predette categorie di protezione, il suddetto allegato 4 C del DPCM 2017 garantisce la sola visita odontoiatrica (anche ai fini della diagnosi precoce di patologie neoplastiche del cavo orale) ed il trattamento immediato delle urgenze odontostomatologiche (con accesso diretto), per il trattamento delle infezioni acute, emorragie, dolore acuto, (compresa pulpottomia, molaggio di irregolarità smalto-dentinali conseguente a fratture).

Delineata in tal modo la cornice normativa concernente le prestazioni odontoiatriche rientranti nei LEA, occorre rilevare che, sebbene la formale entrata in vigore dell'Allegato 4C sia subordinata, ai sensi dell'art 64 del citato DPCM 12 gennaio 2017, alla conclusione dell'iter per l'emanazione del cd. "decreto tariffe" (peraltro di imminente pubblicazione in Gazzetta ufficiale dopo l'Intesa Stato Regioni raggiunta alla riunione del 19 aprile 2023), l'emanazione del suddetto allegato 4 C del DPCM LEA 2017 non aveva comunque la finalità di modificare - in senso restrittivo - quanto previsto dalla normativa precedente, bensì di chiarire i criteri minimi essenziali per un'uniforme interpretazione della normativa medesima.

La predetta voluntas legis, oltre a trovare riscontro nel dettato normativo dello stesso Allegato 4C, è comprovata dalla circostanza che i criteri ivi previsti erano già stati integralmente enucleati dall'Allegato 3 al DM 9 dicembre 2015 recante le Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale (G.U. Serie Generale , n. 15 del 20 gennaio 2016).

Ne consegue che " le prestazioni odontoiatriche a invasività

minore, media e maggiore, per pazienti fragili con disabilità psicomotoria o con disturbi del comportamento, il cui periodo d'osservazione per complicanze post-intervento non sia superiore a ventiquattro ore dal termine della procedura" , introdotte a carico del SSN dall'art. 1 della legge regionale in esame costituiscono ulteriori livelli di assistenza in quanto non rispettano le condizioni erogative specificate dall'Allegato 4C al DPCM 12 gennaio 2017 2017 ma neppure le condizioni già previste dall'Allegato 3 del DM 9 dicembre 2015 . L'entrata in vigore del citato allegato 4 C , a seguito della pubblicazione del "decreto tariffe" determinerà sull'intero territorio nazionale l'entrata in vigore dei nomenclatori della specialistica ambulatoriale.

Per quanto sopra illustrato la previsione dell'art. 1 della legge in esame realizza, a legislazione vigente, un ampliamento dei destinatari dell'assistenza odontoiatrica, motivo per cui le prestazioni ivi previste risultano avere natura extra LEA che la Regione Puglia, come da costante giurisprudenza costituzionale, non può erogare né con risorse afferenti alla quota indistinta del FSN, né con risorse proprie, essendo sottoposta alla disciplina dei piani di rientro dal disavanzo e al divieto di spese non obbligatorie, ai sensi dell'art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311. Peraltro, l'effettuazione di altre spese, in una situazione di risorse contingenti, pone il problema anche dell'adeguata copertura della spesa pubblica, dal momento che l'impiego di risorse per prestazioni non essenziali verrebbe a ridurre corrispondentemente le risorse per quelle essenziali. Tutto ciò premesso, si ritiene che ricorrano i presupposti per l'impugnativa, davanti alla Corte costituzionale, ex art. 127 della Costituzione, dell'art. 1 della legge in esame in quanto introduce un'ulteriore spesa a carico del Fondo sanitario e in tal modo si pone in contrasto con l'art. 117, terzo comma, della Costituzione, in materia di coordinamento della finanza pubblica, con riferimento agli impegni di rientro dal disavanzo sanitario assunti dalla Regione per il contenimento della spesa pubblica, considerato che le previsioni del Piano di rientro sono vincolanti per le regioni che li hanno sottoscritti, come disposto dall'art. 2, commi 80 e 95, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. All'illegittimità costituzionale afferente all'art. 1 consegue, per un nesso di consequenzialità, l'illegittimità dei successivi articoli 2 e 3 della legge, che risultano applicativi di quanto stabilito all'art. 1.