

Publicato il 30/08/2021

**N. 06066/2021REG.PROV.COLL.**

**N. 01515/2020 REG.RIC.**

**R E P U B B L I C A I T A L I A N A**  
**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

**Il Consiglio di Stato**

**in sede giurisdizionale (Sezione Terza)**

ha pronunciato la presente

**SENTENZA**

sul ricorso numero di registro generale 1515 del 2020, proposto da L'Hyppocratica S.p.A. Casa di Cura Villa del Sole, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'Avvocato Salvatore Di Pardo, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso il suo studio in Roma, piazza Popolo, n. 18;

**contro**

ASL Salerno, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'avvocato Valerio Casilli, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

**per la riforma**

della sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale per la Campania sezione staccata di Salerno (Sezione Seconda) n. 1158/2019, resa tra le parti, concernente l'annullamento delle note dell'ASL Salerno 2 recanti la contestazione di superamento dei tetti di spesa per l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera negli anni 2004 e 2005, nonché l'applicazione della regressione tariffaria e la richiesta di emissione di nota di credito.

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio dell'ASL Salerno;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 15 luglio 2021, svoltasi in modalità telematica ai sensi dell'art. 25 del D.L. 28.10.2020 n. 137, il Consigliere Paola Alba Aurora Puliatti e uditi per le parti gli Avvocati Salvatore Di Pardo e Valerio Casilli;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

**FATTO**

1.- Con ricorso al TAR per la Campania, sede di Salerno, n.r.g. 403 del 2007, la ricorrente impugnava le note dell'ASL Salerno 2 del 12 dicembre 2006 e 9 e 29 gennaio 2007 con cui le veniva contestato di aver superato i tetti di spesa per l'erogazione di prestazioni di assistenza ospedaliera negli anni 2004 e 2005 e, in applicazione della regressione tariffaria, veniva richiesta emissione di nota di credito per l'importo rettificato delle prestazioni sanitarie erogate in "overselling" per un totale di euro 436.478,98 in relazione alle prestazioni rese nell'anno 2004 e per euro 693.822,67 per le prestazioni erogate nell'anno 2005.

1.1.- La ricorrente deduceva vizi propri degli atti impugnati e vizi di illegittimità derivata dalle presupposte delibere di Giunta regionale n. 48 del 28.11.2003 e n. 2157 del 30 dicembre 2005 (impugnate con altro ricorso), lamentando la tardiva e retroattiva determinazione dei tetti di spesa e l'insufficiente ed inesplicito monitoraggio da parte dell'istituto Tavolo tecnico, nelle cui attività la ricorrente non sarebbe stata coinvolta.

2.- La sentenza in epigrafe ha rigettato il ricorso e condannato la ricorrente alle spese.

3.- Con l'appello in esame, la ricorrente lamenta l'erroneità e ingiustizia della sentenza di cui chiede la riforma.

4.- Si è costituita in giudizio l'ASL Salerno che eccepisce il difetto di giurisdizione del giudice amministrativo e l'inammissibilità dell'appello, non notificato a controinteressati che potrebbero subire decurtazioni dei budget in conseguenza dell'eventuale accoglimento dell'appello.

Deposita, quindi, la sentenza del TAR Salerno n.1393 dell'8.6.2021 che ha dichiarato il difetto di giurisdizione del giudice amministrativo su questioni attinenti il preteso inadempimento delle obbligazioni intercorrenti tra struttura privata accreditata e Azienda sanitaria e l'effettiva debenza dei corrispettivi in favore del concessionario per le prestazioni erogate.

Nel merito, la sentenza impugnata meriterebbe conferma sulla scorta della consolidata giurisprudenza in materia di effettività e vincolatività dei tetti di spesa e di regressione tariffaria a tutela dei limiti di spesa contrattualmente assegnati alle strutture accreditate.

5.- Alla pubblica udienza del 15 luglio 2021, la causa è stata trattenuta per la decisione.

**DIRITTO**

1.- Preliminarmente, va affermata la giurisdizione di questo giudice, ai sensi degli artt. 7 della L. 205/2000 e 133, co. 1, lett. c) D. Lgs. 104/2010, essendo la controversia attinente alle modalità di determinazione della regressione tariffaria unica, espressione di potere autoritativo che rientra nell'ambito della giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo in materia di servizi pubblici, posto che sono state impuginate le note dell'ASL Salerno recanti l'applicazione della

regressione tariffaria utile al rispetto dei tetti di spesa stabiliti per l'anno 2004 e 2005 e le presupposte DGR concernenti i tetti di spesa e la regressione tariffaria unica – RTU (Consiglio di Stato, sez. III, 19/11/2018, n.6495).

Diversamente da quanto dedotto dalla ASL Salerno, il merito della controversia non può, infatti, essere circoscritto alla mera debenza dei corrispettivi maturati dal concessionario, ma investe l'interpretazione della normativa e degli atti su cui si fonda il rapporto controverso.

1.1. - L'appello è infondato e può prescindersi, pertanto, dall'eccezione di inammissibilità sollevata dalla ASL Salerno con riguardo all'integrità del contraddittorio.

2.- La sentenza in epigrafe ha, in primis, dichiarato inammissibili le censure avverso le presupposte delibere di Giunta n. 48 del 2003 e n. 2157 del 2005, già oggetto di autonomi ricorsi.

La sentenza ha ritenuto, quindi, di conformarsi all'indirizzo giurisprudenziale consolidato secondo cui la retroattività dell'atto di determinazione della spesa non priva gli interessati di punti di riferimento regolatori per lo svolgimento delle loro attività (C.d.S., A.P. n. 8 del 2.5.2006 e n. 3 del 12.4.2012).

Risulta, pertanto, legittima la regola contrattualizzata tra le parti della non remunerabilità delle prestazioni a carico del SSN oltre i limiti individuati dal budget assegnato.

2.1. - La sentenza ha preso in esame i differenti meccanismi di regressione tariffaria previsti per gli anni 2004 e 2005 dalle Delibere di Giunta regionali.

Il sistema di regressione tariffaria unica (RTU) è ancorato al contributo di ciascuna struttura provvisoriamente accreditata al superamento del tetto di spesa aziendale assegnato dalla Regione a ciascuna Azienda sanitaria Locale (per ciascuna area di assistenza o macroarea) applicando la metodologia esposta nell'allegato n. 3 alla delibera n. 2157/2015 a livello del singolo centro accreditato, metodologia già esposta alle Associazioni di categoria della sanità privata nelle riunioni del 15 e del 27 dicembre 2005.

2.2. - A prescindere dal meccanismo di regressione applicato, la sentenza ha ritenuto, comunque, infondate le censure della ricorrente, tenuto conto del complesso sistema pubblico-privato qualificato al raggiungimento di fini di pubblico interesse di particolare rilevanza costituzionale. L'art. 8 quinquies del D.lgs. n. 502/1992 pone il rapporto di accreditamento su una base saldamente negoziale per cui, al di fuori dell'accordo, la struttura accreditata non ha obbligo di rendere prestazioni agli assistiti.

Il sistema di regressione tariffaria è espressione del potere autoritativo di fissazione dei tetti di spesa e di controllo pubblicistico della spesa sanitaria e il ritardato adempimento del monitoraggio previsto periodicamente sulla spesa non esclude la potestà dell'Amministrazione sanitaria di modulare la regressione tariffaria ai fini dell'osservanza dei budget assegnati, mentre la retroattività dell'atto di determinazione della spesa non impedisce agli interessati di disporre di un qualunque punto di riferimento regolatore per lo svolgimento della loro attività.

2.3. - Nello specifico, alle delibere quadro è seguita la sottoscrizione dei protocolli di intesa con le Associazioni sindacali di categoria e degli accordi contrattuali con le singole strutture accreditate, che hanno previsto la fissazione del tetto di spesa per macroarea e non con riferimento all'attività del singolo centro ed hanno stabilito che le modalità di regressione tariffaria fossero affidate ad un Tavolo tecnico paritetico da costituire presso ciascuna ASL.

2.4. - Quanto alla mancanza del monitoraggio bimestrale delle prestazioni erogate, la sentenza ha ritenuto, conformemente alla giurisprudenza sull'argomento, che ciò non esclude la potestà dell'amministrazione di modulare la regressione tariffaria, né comporta l'obbligo di acquistare le prestazioni effettuate impiegando risorse superiori a quelle disponibili.

2.5. - Priva di pregio è stata ritenuta la censura secondo cui l'abbattimento tariffario avrebbe superato la percentuale del 20% in virtù dell'oggettiva diminuzione derivante dalla decurtazione dei tagli di spesa operata in sede di programmazione regionale, atteso che siffatto limite non è inderogabile ex art. 3 D.M. 15 aprile 1994.

2.6. - Infine, la sentenza ha escluso l'esistenza dei presupposti dell'indebito arricchimento ex art. 2041 c.c..

3. - L'appellante sostiene che, contrariamente a quanto affermato dal primo giudice, nel caso di specie vi sarebbero elementi per discostarsi dal consolidato indirizzo giurisprudenziale secondo cui sono legittime le determinazioni regionali che in corso d'anno fissano con effetto retroattivo i tetti massimi di spesa con riguardo alle prestazioni sanitarie già rese dalle strutture private accreditate, posto che le stesse possono, nelle more, fare affidamento sull'entità della spesa dell'anno precedente diminuita dell'entità corrispondente alla quota di riduzione della spesa sanitaria stabilita dalle norme finanziarie per l'anno in corso.

Difatti, nel caso di specie, tale assunto sarebbe difficilmente attuabile, poiché la Regione per gli anni in questione (2004 e 2005) ha definito i tetti non per singolo erogatore accreditato bensì per branca.

In tale situazione, sarebbe stato necessario che la determinazione del tetto per branca fosse determinata in corso d'anno e sarebbe stato necessario conoscere preventivamente i livelli di prestazioni erogati da tutte le strutture della macroarea di riferimento per poter orientare la propria politica aziendale.

Il primo giudice non avrebbe preso in considerazione la peculiarità del sistema del tetto di spesa per branca, uniformandosi al prevalente orientamento giurisprudenziale senza verificare gli elementi discostanti.

Sul punto la sentenza sarebbe viziata da illogicità, erroneità e carenza di motivazione.

3.1. - Sotto altro profilo, l'appellante denuncia l'applicazione della regressione tariffaria secondo criteri oscuri, in assoluta mancanza delle modalità di calcolo, tanto da non offrire alcuna garanzia circa il sistema con cui è stato individuato il contributo della struttura allo sfioramento del tetto.

Seppure il monitoraggio delle prestazioni non condiziona il potere di fissare la regressione, resta comunque ineludibile il criterio di ragionevolezza e la necessità di un percorso istruttorio che assicuri il contemperamento degli interessi in gioco.

L'attività del Tavolo tecnico non è solo di tipo "conoscitivo", ma è tesa al rispetto dei principi di proporzionalità e ragionevolezza.

Gli atti impugnati non consentirebbero alcun controllo e sono viziati per eccesso di potere, difetto di motivazione e di istruttoria: le tabelle allegate agli atti rappresentano solo il fatturato della ricorrente e la regressione per gli anni 2004 e 2005, poi rivista con le note n. 414/2007 e 1056/2007, che si limitano a indicare il numero delle fatture, il fatturato della ricorrente, il tetto, l'acconto erogato e la richiesta di nota di credito.

3.2. - Non si comprende come la modalità di remunerazione prevista possa impedire il superamento del limite di riduzione (20%) delle tariffe ospedaliere fissate dal Ministero della Sanità, visto che gli atti impugnati prevedono una percentuale di regressione disancorata da dati percentuali (di abbattimento) generali e certi ed uguali per tutte le AASSLL del territorio campano.

3.3. - Con altro motivo di appello, la ricorrente denuncia la violazione dell'art. 2041 c.c., l'illogicità e l'ingiustizia manifesta, in quanto a circa due anni di distanza dalle prestazioni rese viene attivato lo strumento di riduzione tariffaria.

3.4. - Da ultimo, la ricorrente insiste sulla violazione del principio dell'affidamento, l'insussistenza dei presupposti dell'arricchimento "imposto", in quanto la ASL ha comunicato tardivamente i tetti di spesa, quando già la spesa era stata effettuata, e senza alcuna contestazione.

4.- Il Collegio rileva che, come ampiamente motivato dal primo giudice, anche con riguardo alla specifica fattispecie, trovano applicazione i consolidati principi in tema di rispetto dei tetti di spesa e legittimità degli atti determinativi, anche se tardivamente adottati, con efficacia retroattiva, e in tema di legittimità della regressione tariffaria, finalizzata al rispetto dei predetti limiti di spesa.

4.1.- Come costantemente affermato da questa Sezione e conformemente alle statuizioni dell'Adunanza Plenaria n. 3 del 12 aprile 2012, deve ritenersi legittima, nonché intrinseca al sistema sanitario pubblico, la retroattività in corso d'anno dei tetti di spesa, essendo fisiologico nel sistema sanitario che il budget da ripartire sia calcolato ad anno già in corso, alla stregua dei risultati di finanza pubblica e dei tagli eventualmente necessari (cfr. tra le tante, Consiglio di Stato sez. III, 29/11/2018, n.6802; 22/06/2018, n.3840; 08/06/2016, n.2444).

La retroattività di determinazione dei tetti di spesa non priva le strutture sanitarie private di punti di riferimento regolatori per lo svolgimento della loro attività e il ritardo nella adozione non è tale da comportare, di per sé, alcuna decadenza nell'esercizio della funzione programmatica in quanto le strutture accreditate possono aver riguardo - fino a quando non risulti adottato un provvedimento definitivo - all'entità delle somme contemplate per le prestazioni dell'anno precedente, detratta la quota di riduzione della spesa sanitaria sancita dalle norme finanziarie dell'anno in corso o dall'atto di programmazione adottato dall'autorità sovraordinata ( cfr., tra le tante, Consiglio di Stato sez. III, 03/12/2018, n. 6831; 08/07/2013, n.359018/06/2013, n.3327).

L'esigenza di determinare i tetti di spesa e, quindi, delle prestazioni erogabili con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale è per l'Amministrazione sanitaria prioritaria ed ineludibile ed è inevitabile che, nella concreta determinazione delle somme spettanti alle diverse branche e poi alle diverse aziende, si faccia riferimento, in assenza di più precisi studi sull'evoluzione delle necessità assistenziali e della relativa spesa, alla spesa storica costituita dalle prestazioni erogate negli anni e nei mesi immediatamente precedenti a quello di riferimento, con la possibile applicazione sugli importi così determinati anche di tagli percentuali e di meccanismi di regressione tariffaria; ne consegue che siffatto *modus procedendi* assolve in sé anche gli oneri istruttori, in quanto il volume di spesa raggiunto nell'anno immediatamente precedente è suscettibile di costituire una adeguata base di riferimento per la determinazione del fabbisogno per l'anno successivo ( Cfr. Consiglio di Stato, sez. III, 20/06/2018, n.3796).

4.2.- Contrariamente a quanto ritiene la ricorrente, la peculiarità del sistema della regressione tariffaria unica per macroarea adottato dalla Regione Campania è stato preso adeguatamente in considerazione dal primo Giudice, il quale ha correttamente ritenuto che non sarebbe stato necessario che la determinazione del tetto per branca avvenisse in corso d'anno, né che sarebbe stato necessario per le singole strutture conoscere preventivamente i livelli di prestazioni erogati da tutte le strutture della macroarea di riferimento per poter orientare la propria politica aziendale.

Il sistema di regressione tariffaria unica (RTU) come modificato con DGR 2157/2005 fa riferimento al contributo di ciascuna struttura provvisoriamente accreditata al superamento del tetto di spesa aziendale.

4.3. - Vero è che seguendo l'impostazione del tetto di branca e non per singola struttura, il contributo di ciascun centro al superamento del tetto di spesa non è desumibile dal confronto con il fatturato di precedenti esercizi dello stesso centro, ma dal confronto con il superamento del tetto di spesa della ASL in cui opera la singola struttura con il superamento del tetto analogo assegnato ad altre ASL regionali.

Il contributo complessivo di ciascun centro al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione alle varie ASL per branca di specialità viene, quindi, rapportato al fatturato totale del centro per ottenere la RTU da applicare a quel centro per la specifica branca (DGRC n. 2157/2005).

In tal caso, lo sfioramento del tetto di spesa globale di branca viene calcolato sulle prestazioni erogate in favore di tutti i residenti nell'ASL di riferimento ed anche di quelle erogate al di fuori di quest'ultima.

È evidente, comunque, che, qualunque sia la modalità seguita per la determinazione del quantum della regressione applicabile, il budget contrattualmente assegnato rappresenta il limite di spesa da rispettare, al di fuori del quale diviene prevedibile la decurtazione tariffaria, anche se quantitativamente determinata a consuntivo, in ragione del tetto fissato

per la macroarea e del contributo allo sfioramento dipendente dal comportamento di tutte le strutture accreditate per la macroarea.

Dunque, la singola struttura disponeva, anche in tal caso, a prescindere dall'attivazione dei monitoraggi periodici da parte del Tavolo Tecnico, di un punto di riferimento per poter orientare le proprie scelte aziendali, sebbene tale riferimento non fosse più direttamente il fatturato dell'anno precedente decurtato dell'ammontare percentuale dei tagli di spesa previsti con Legge finanziaria.

Ma va da sé che il fatturato storico ed il budget assegnato contrattualmente operano da limiti intrinseci al comportamento virtuoso di ciascun Centro, il quale, nel superare tali limiti si espone al rischio imprenditoriale di veder decurtate le remunerazioni delle prestazioni rese "overselling".

La conoscenza del meccanismo di regressione tariffaria applicabile e la consapevolezza del diverso punto di riferimento nasce, difatti, a partire dal momento di stipula del contratto con l'Azienda sanitaria, che ricalca il protocollo di Intesa concluso con le associazioni sindacali.

Consolidata giurisprudenza sul punto ha reiteratamente affermato che la regressione tariffaria è meccanismo noto ed accettato dalle strutture accreditate, che si sottopongono convenzionalmente ai limiti e alle conseguenze derivanti dalla necessità del rispetto dei limiti di spesa imposti dalle esigenze di finanza pubblica (Cons. Stato, Sez. III 10/05/2021, n.3675 e 27 febbraio 2018, n. 1206).

4.4. - Ciò è sufficiente anche a far ritenere non necessaria altra forma di partecipazione o contestazione ai fini dell'applicabilità del meccanismo di regressione.

5.- Alle considerazioni che precedono va ulteriormente aggiunto che la Regione con delibera n. 2105 del 19.11.2004 ha prorogato in via transitoria per l'esercizio 2005 i limiti di spesa fissati per l'esercizio 2004 dalle DGRC n. 49/2003 e n. 41/2004 per ciascuna ASL e per ciascuna macroarea di prestazioni (v. pag. 3, DGRC 5127/2005).

La Regione, peraltro, ha determinato le modalità di regressione tariffaria già con delibera n. 2451 dell'1.8.2003, applicata ed estesa al 2004 e 2005, non impugnata in questo giudizio, e la modifica delle predette procedure si è resa necessaria a seguito della Legge Finanziaria del 2004 (L. n. 311 del 30.12.2005, art. 1, comma 171) che ha vietato la remunerazione del singolo erogatore con applicazione di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, ferma la facoltà delle singole Regioni di procedere per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati.

Il limite di spesa fissato per il 2004 (e riconfermato per il 2005) è stato successivamente aumentato dalle singole ASL per effetto delle rivalutazioni tariffarie stabilite con DGR n. 1573/2004 (in ottemperanza ad alcune sentenze del TAR campano).

Anche la ASL Salerno ha rideterminato il limite di spesa per l'assistenza ospedaliera privata per il 2005, originariamente stabilito in 37.140.000 euro, in 40.315.000 euro per le prestazioni erogate ai propri residenti.

5.1. - Il meccanismo di regressione tariffaria unica applicato dalla ASL Salerno e che ha dato luogo all'adozione delle note di credito impuginate, adottate in attuazione della DGR n. 2157/2005 per l'adeguamento al divieto introdotto dall'art. 1, comma 171, della L. Finanziaria per il 2005, come si è detto, risponde, dunque, alla finalità di evitare tariffe differenziate nelle varie ASL di residenza dei pazienti.

Per tale ragione, la medesima regressione tariffaria si applica sia alle prestazioni rese ai residenti della ASL di appartenenza del Centro ricorrente, sia dai centri operanti nelle altre ASL della Regione, sulla base della determinazione del contributo di ciascun centro privato e/o ciascuna ASL al superamento del tetto di spesa per la macroarea "assistenza ospedaliera" individuato a livello regionale.

Dunque, si tratta di un meccanismo correttivo della regressione tariffaria già nota e applicata in passato, con finalità perequative del tutto estranee a logiche di concorrenzialità in tema di tariffe sanitarie, contrariamente a quanto temuto dalla ricorrente.

5.2. - Nella tabella allegata alla nota della ASL Salerno prot. 7433 del 2.12.2006 impugnata, vengono illustrate le modalità e indicati i dati utilizzati per giungere alla conclusione che il contributo allo sfioramento del tetto di spesa della ASL Salerno per la macroarea "assistenza ospedaliera erogata da privati" è pari al 9,3% ed il credito del centro ricorrente è stato rideterminato di conseguenza, in applicazione degli abbattimenti tariffari effettuati ai sensi delle Delibere di Giunta regionale n. 4847/02 e n. 6490/01.

Non può condividersi, pertanto, la censura concernente l'oscurità delle modalità e dei dati utilizzati per giungere alla decurtazione tariffaria.

5.3.- Destituita di fondamento, alla luce dei dati numerici sopra ricordati concernenti i tetti di spesa per macroarea non soggetti a diminuzione negli anni 2003 e 2004, è anche l'affermazione dell'appellante secondo cui l'abbattimento tariffario avrebbe superato il limite del 20% ex D.M. 15 aprile 1994.

5.4.- E' palese, inoltre, per quanto sin qui argomentato, l'infondatezza di tutte le censure mosse dall'appellante con riguardo alla mancanza di riferimenti certi per la programmazione della propria attività aziendale.

6.- Anche per quanto concerne la denunciata carenza dell'attività istruttoria del Tavolo tecnico che avrebbe compromesso il rispetto dei limiti di spesa, il Collegio ribadisce la propria giurisprudenza.

Pur avendo l'amministrazione sanitaria assunto l'obbligo di eseguire, per il tramite del Tavolo Tecnico, un monitoraggio delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate, in modo da poter dare tempestive informazioni alle parti private in ordine al raggiungimento dei limiti di spesa prefissati per le singole branche, tuttavia, il mancato o ritardato adempimento di questa obbligazione non esclude la potestà dell'amministrazione medesima di modulare la regressione tariffaria allo scopo di contenere la remunerazione complessiva delle prestazioni nei limiti fissati, né comporta l'obbligo

per la stessa di acquistare prestazioni sanitarie impiegando risorse superiori a quelle disponibili; in altri termini, l'esercizio del potere di fissare la regressione tariffaria e l'osservanza dei limiti di spesa non sono subordinati né sono condizionati all'esecuzione del monitoraggio delle prestazioni erogate.

Come affermato, infatti, in fattispecie analoga, *"nessuna disposizione di legge prevedeva il funzionamento del Tavolo Tecnico e del flusso di dati scaturente dal monitoraggio come condizione per la efficacia e vincolatività del complessivo sistema di programmazione e della regressione tariffaria"* (cfr. Cons. Stato, sez. III, 10/05/2021, n. 3675 e 29 marzo 2018, n. 1995).

Inoltre, le regressioni tariffarie sono state previamente illustrate in sede di accordi quadro intervenuti tra le Aziende sanitarie e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative.

6.1.- Va sottolineato, ulteriormente, che fino alla stipula degli accordi quadro e all'attivazione dei tavoli tecnici, è stato previsto che i limiti di spesa rimangono fissati in misura non superiore ai dodicesimi di quanto definito dalla Regione per il 2003 con le delibere 2451/2003 e n. 3133/2003 (così punto 11. della DGR n. 48 del 28.11.2003, concernente la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie per il 2004 e correlati limiti di spesa).

Ed ancora, con la delibera n. 2157 del 30.12.2005, per il 2005, si dà atto che la problematica dei limiti di spesa è stata discussa con le Associazioni di categoria nelle riunioni del 15 e del 27 dicembre 2005 e così pure le nuove modalità di regressione tariffaria unica, rese necessarie dall'applicazione in ambito regionale della citata Finanziaria 2005, che ha vietato l'applicazione di tariffe differenziate per l'ospedalizzazione a seconda della residenza del paziente.

La delibera n. 2157/2005, inoltre, ha così disposto (pag. 7, lett. a) e b): *"a) la modalità di regressione tariffaria è affidata al tavolo Tecnico costituito presso ciascuna Azienda sanitaria che, sulla base del monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate a favore dei propri residenti da parte delle strutture private provvisoriamente accreditate ubicate sia nell'Azienda che nelle altre Aziende sanitarie della regione individuerà le regressioni utili al rispetto dei limiti di spesa, in base alla metodologia della Regressione Tariffaria Unica – RTU- esposta nella nota tecnica di cui all'Allegato n. 3 della presente delibera;*

*b) nello stabilire che non è consentito ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente quadrimestre dell'anno precedente, e che tale limite può essere superato unicamente sulla base di adeguate motivazioni la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico, va specificato che, in caso di valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa)".*

Tali disposizioni fanno escludere al Collegio profili di irragionevolezza e violazione dei principi di affidamento e buona fede, posto che l'accordo contrattuale stipulato dalla ricorrente ricalca l'impostazione del protocollo di intesa e che i limiti della remunerazione delle prestazioni rese rispetto al fatturato dell'anno precedente rimane, evidentemente, un punto di riferimento anche in presenza di tetti di spesa fissati per macroarea e di sistema di regressione tariffaria unica RTU, pur in assenza di comunicazione bimestrale dei monitoraggi eseguiti dal Tavolo Tecnico.

7.- Infine, non ha pregio la censura concernente la violazione dell'art. 2041 c.c.

L'actio de in rem verso, prevista dall'art. 2041 c.c., presuppone per sua natura un'effettiva diminuzione patrimoniale (il c.d. depauperamento) sofferta per effetto dei fatti dedotti a sostegno della pretesa.

La sussistenza del requisito del depauperamento richiede la dimostrazione che il convenuto non ha alcun titolo per giovare di quanto corrisponde alla perdita patrimoniale, subita dall'istante senza la propria volontà e senza un'adeguata esplicita causa giuridica (Cassazione civile sez. III, 11/03/2021, n.6827).

Non può configurarsi depauperamento di una parte contrattuale laddove il contratto definisca chiaramente i limiti del sinallagma, fissando un tetto alle prestazioni remunerabili con tariffa intera e prevedendo una quota di prestazioni remunerabili con tariffa decurtata in ragione dei limiti di disponibilità finanziaria chiaramente evincibili dall'intero sistema normativo regolamentare presupposto.

L'azione di indebito arricchimento è già stata esclusa dall'orientamento consolidato di questa Sezione, a conferma della coerenza del quadro per come sopra delineato: le prestazioni erogate in regime di accreditamento, in quanto sottoposte a programmazione e tetti di spesa vincolanti, costituiscono un sistema "chiuso", nell'ambito del quale non può darsi spazio all'azione di arricchimento, la cui esperibilità metterebbe in discussione la stessa natura autoritativa e vincolante della programmazione e dei tetti di spesa, vanificando l'impianto del sistema (cfr. Cons. Stato, Sez. III, n. 3809/2018; 2529/2013; n. 1498/2013).

8.- In conclusione, l'appello va rigettato e, per l'effetto, va confermata la sentenza di primo grado che ha rigettato il ricorso di primo grado, e la domanda di indebito arricchimento.

9.- Le spese relative al grado di appello possono compensarsi in considerazione della particolarità della fattispecie in esame.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sull'appello, come in epigrafe proposto, lo rigetta e, per l'effetto, conferma la sentenza impugnata.

Spese compensate.

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

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 15 luglio 2021 con l'intervento dei magistrati:

Massimiliano Noccelli, Presidente FF

Paola Alba Aurora Puliatti, Consigliere, Estensore

Solveig Cogliani, Consigliere

Ezio Fedullo, Consigliere  
Antonio Massimo Marra, Consigliere

**L'ESTENSORE**  
**Paola Alba Aurora Puliatti**

**IL PRESIDENTE**  
**Massimiliano Nocelli**

IL SEGRETARIO

