

Publicato il 10/01/2022

N. 00165/2022REG.PROV.COLL.

N. 01949/2021 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 1949 del 2021, proposto da

Presidio Ospedaliero Casa di Cura Pineta Grande S.p.A., in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dagli avvocati Sandro Acquaviva, Margherita Pagano, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso lo studio Francesco Saverio Ivella in Roma, via Ugo Bartolomei, 23;

contro

Azienda Sanitaria Locale di Caserta, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dall'avvocato Antonio Nardone, con domicilio eletto presso lo studio dell'avvocato Stefano Gagliardi in Roma, F.S. Nitti n. 11;

per la riforma

della sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale per la Campania (Sezione Prima) n. 06326/2020, resa tra le parti, concernente il tetto di spesa relativo all'anno 2013;

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio dell'Azienda Sanitaria Locale di Caserta;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 21 dicembre 2021 il Cons. Stefania Santoleri; viste le conclusioni delle parti come da verbale di udienza;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

1.- La Casa di Cura Pineta Grande S.r.l. gestisce strutture sanitarie accreditate per una pluralità di prestazioni, tra le quali sono ricomprese le prestazioni di ricovero in emergenza/urgenza (Pronto Soccorso).

Con decreto n. 100 del 9 ottobre 2013, il Commissario ad acta ha disposto che ogni sfioramento dal budget, a qualunque titolo operato, e privo di copertura di spese, sarebbe stato non liquidabile.

L'Asl Caserta, quindi, con nota n. 955 del 14/01/2014, ha dato corso al monitoraggio dei tetti di spesa in attuazione del citato decreto commissariale per il periodo gennaio - dicembre 2013, accertando lo sfioramento del budget da parte della struttura ricorrente.

2. - Con il ricorso introduttivo, la casa di cura ricorrente ha impugnato tale nota; con successi motivi aggiunti, notificati il 14.05.2014, la ricorrente ha impugnato la Determinazione Dirigenziale n. 1516 del 19.03.2014, avente ad oggetto il "Conguaglio a saldo esercizio 2013 (in applicazione dell'art. 6 punto 3 e 4 dei contratti sottoscritti) nei limiti dei tetti di spesa stabiliti dalla programmazione regionale (fatturato massimo liquidabile) per prestazioni di assistenza ospedaliera erogate in regime di ricovero delle Case di Cura, con cui è stato determinato il conguaglio a saldo per l'esercizio 2013 nell'importo di € 20.330.984,91, deducendone l'invalidità derivata dagli atti impugnati con il ricorso introduttivo.

2.1 - Con un ulteriore ricorso per motivi aggiunti, notificato il 22.10.2014, la società ricorrente ha, altresì, impugnato:

- la Nota di debito n. 7 del 27.05.2014, relativa all'anno 2013 dell'ASL di Caserta, con la quale quest'ultima, in assenza di riscontro alle richieste di emissione di Note di Credito, ha disposto la compensazione per l'importo di € 439.645,97;

- la Nota di debito n. 8 del 27.05.2014, per Tariffe Anno 2013 dell'ASL Caserta, con la quale quest'ultima, in assenza di riscontro alle richieste di emissione di note di Credito, ha disposto la compensazione per l'importo di € 10.927,02;

- della Nota di debito n. 9 del 27.05.2014 per Scostamento Anno 2013 dell'ASL Caserta, disponendo la compensazione per l'importo di € 10.131.099,76 in relazione alle fatture emesse dalla Casa di Cura Pineta Grande per l'erogazione di tutte le prestazioni sia di emergenza - urgenza che di Pronto Soccorso.

Anche in tal caso la casa di cura ricorrente ha dedotto l'invalidità derivata degli atti impugnati.

2.2 - Si è costituita l'amministrazione intimata, eccependo l'inammissibilità del ricorso per difetto di giurisdizione e contestandone la fondatezza nel merito.

3. - Con la sentenza impugnata il TAR ha respinto il ricorso.

4. - Avverso tale decisione la ricorrente ha proposto appello articolato sulla base di un unico motivo di impugnazione, con il quale ha contestato la statuizione del TAR, insistendo, in particolare, sulla natura di Presidio Ospedaliero della propria struttura, da equipararsi alle strutture sanitarie pubbliche (ospedali pubblici, ospedali classificati, IRCSS) e non alle case di cura private accreditate; ha poi sostenuto che, in difetto di ciò, si sarebbe verificato un ingiustificato

arricchimento a vantaggio dell'Amministrazione, tenuto conto della impossibilità di rifiutare le cure di emergenza anche in caso di consumazione del budget; ha ribadito che tali prestazioni non avrebbero potuto essere computate nel tetto di spesa, sicchè non sarebbe stato necessario impugnare gli atti presupposti, tenuto conto che tali provvedimenti non avrebbero potuto – neppure astrattamente – includere le prestazioni di pronto soccorso tra quelle soggette ai limiti di spesa; l'intervenuta stipulazione del contratto non avrebbe impedito alla ricorrente di contestare la diffida della ASL a non erogare prestazioni extrabudget, ricomprendendovi anche quelle di pronto soccorso; il TAR, infine, non avrebbe tenuto conto che l'attività di emergenza/urgenza era stata già avviata da tempo e sussisteva l'interesse pubblico al suo mantenimento, non essendovi altre strutture di pronto soccorso nella zona.

4.1 - Si è costituita la ASL Caserta che, dopo aver replicato alle doglianze proposte, ha chiesto il rigetto dell'impugnativa.

4.2 - Le parti hanno depositato memorie a sostegno delle rispettive tesi.

5. - All'udienza pubblica del 21 dicembre 2021 l'appello è stato trattenuto in decisione.

6. - L'appello è infondato e va, dunque, respinto.

7. - Con sentenza n. 6278 del 13 settembre 2021 questa Sezione si è pronunciata su una controversia analoga alla presente, relativa annualità 2015.

Il Collegio ritiene che non sussistano motivi per rivedere il proprio recente orientamento che va, dunque, confermato in questa sede.

7.1 - Correttamente il TAR ha ritenuto che: *“le censure articolate dalla ricorrente sono dirette a stigmatizzare l'attività di programmazione sanitaria, di fissazione dei tetti di spesa e di determinazione dei budget di struttura che attengono ai poteri commissariali. L'Asl, in tale ambito, si è limitata a recepire gli atti di programmazione sanitaria del Commissario. Ne deriva che il provvedimento dell'Asl è immune dalle censure articolate dalla ricorrente, trattandosi di corretta applicazione di quanto aliunde disposto in sede di programmazione sanitaria.*

Nel presente giudizio, il decreto commissariale non è stato impugnato, né risultano notificati i ricorsi al Commissario ad acta”.

7.2 - Il TAR ha poi esaminato anche nel merito la questione, ma solo per completezza espositiva.

Tale capo di sentenza va confermato, tenuto conto che la tesi dell'appellante secondo cui non vi sarebbe stata alcuna necessità di impugnare il decreto del Commissario ad acta n. 100/2013, in quanto tale provvedimento non avrebbe potuto, nemmeno astrattamente, includere le prestazioni di pronto soccorso tra quelle soggette ai limiti di spesa, va respinta ponendosi in contrasto con la costante giurisprudenza del giudice amministrativo, secondo cui anche le strutture sanitarie private dotate di pronto soccorso sono assoggettate al regime dei tetti di spesa (cfr. Cons. Stato, Sez. III, 13/9/2021 n. 6278; 15/9/2021 n. 6293).

7.3 - La tesi dell'appellante non trova, infatti, alcun fondamento normativo; tale tesi, peraltro, non convince neppure dal punto di vista logico e sistematico, in quanto: “proprio l'inesistenza di un previo meccanismo di programmazione della spesa relativa a tale categoria di prestazioni, quale è rappresentato per la generalità delle prestazioni sanitarie dalla fissazione contrattuale del budget, impone, in una fase storica caratterizzata da una spiccata attenzione del legislatore nazionale per le esigenze di contenimento della spesa sanitaria, l'introduzione di un adeguato sistema di controllo atto ad evitare la creazione di gravi squilibri di bilancio, con conseguenze pregiudizievoli sulle stesse modalità di realizzazione del diritto alla salute. Nei sensi indicati si è già espressa, del resto, la giurisprudenza amministrativa (Consiglio di Stato, sez. III, 16 gennaio 2018, n. 203 che richiama cfr. TAR Campania, Napoli, Sez. I, n. 672 dell'8 febbraio 2012), laddove ha affermato che <<come per le prestazioni, del pari "salvavita", erogabili in regime di emergenza-urgenza, anche per le prestazioni di dialisi non esiste nessuna disposizione normativa, statale o regionale, che impone alle regioni di sottrarre tali categorie di prestazioni alla previa fissazione di volumi e limiti di spesa in sede di programmazione>> (cfr. sentenza n. 6278/21 cit.).

La spesa sanitaria è soggetta, infatti, a programmazione, e dunque anche le prestazioni rese in regime di emergenza/urgenza sono remunerate nei limiti del tetto di spesa assegnato.

Del resto la Corte di Cassazione (Cass. 13884/2020) pronunciandosi in materia di domanda ex art. 2041 c.c. per il pagamento di prestazioni sanitarie extrabudget ha rilevato che 'va data continuità al principio di recente affermato da questa Corte, ma già in almeno due occasioni da essa ribadito. Si è, infatti, ritenuto (Cass. Sez. 3, ord. 24 aprile 2019, n. 11209, Rv. 653710-01; ma nello stesso senso, in motivazione, Cass. Sez. 3, sent. n. 27608 del 2019, cit.; Cass. Sez. 3, sent. n. 27997 del 2019, cit.) che, nel deliberare "il tetto di spesa, la pubblica amministrazione" adempia "ai suoi obblighi di legge di sana gestione delle finanze pubbliche" (giacchè, come si è visto, "anche il sistema sanitario non può prescindere dall'esigenza di perseguire obiettivi di razionalizzazione finalizzati al raggiungimento di una situazione di equilibrio finanziario attraverso la programmazione e pianificazione autoritativa e vincolante dei limiti di spesa dei vari soggetti operanti nel sistema"; Cass. Sez. 3, sent. n. 27608 del 2019, cit.), sicchè l'azienda sanitaria, "comunicando alla struttura accreditata il limite di spesa determinato" per l'erogazione delle prestazioni sanitarie, le viene, "implicitamente ma inequivocamente", a manifestare "il suo diniego di una spesa superiore, ovvero la sua volontà contraria a prestazioni ulteriori rispetto a quelle il cui corrispettivo sarebbe rientrato nel limite di spesa";

Del resto, diversamente opinando, e dunque consentendo la remunerazione di una prestazione "non voluta", si porrebbe al risultato di ritenere che - nella materia della "tutela della salute", nella quale la giurisprudenza costituzionale ha elevato il "contenimento della spesa pubblica sanitaria", in quanto "espressione di un correlato principio di coordinamento della finanza pubblica", al rango di "principio fondamentale", rilevante ai fini e agli effetti di cui all'art. 117, comma 3, Cost. (cfr. Corte cost., sent. 23 aprile 2010, n. 141). - "l'entità delle spese pubbliche" sia

"rimessa alle scelte di strutture private, anche se accreditate: il che è chiaramente insostenibile" (così, nuovamente, Cass. Sez. 3, ord. n. 11209 del 2019, cit.).

7.4 - Quanto alla tesi secondo cui si tratterebbe di "presidio ospedaliero" e non di "casa di cura", e come tale sarebbe sottratta al regime dei tetti di spesa, correttamente il TAR ha rilevato che "l'art. 32, comma 8, della legge n. 449/1997, dispone che "le regioni, in attuazione della programmazione sanitaria..., individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata, ivi compresi i presidi ospedalieri di cui al comma 7, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all'articolo 1, comma 32, della legge 23 dicembre 1996, n. 662".

Pertanto, anche gli ospedali classificati, come le aziende ospedaliere pubbliche, ricadono nella gestione per "accordi" (l'art. 8-quinquies, secondo comma, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 prevede che "la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale ... [indicando, tra l'altro] il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologie e per modalità di assistenza... [nonché] il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari"), a monte dei quali si pone in ogni caso l'attività autoritativa di programmazione di cui qui si tratta.

7.5 - Ne consegue che anche per tali strutture sussiste comunque un budget di spesa che deve essere rispettato: ne consegue che la pretesa dell'appellante ad operare senza tetto di spesa in relazione alle prestazioni sanitarie di pronto soccorso non può giustificarsi neppure considerando, in via ipotetica, la sua struttura sanitaria come presidio ospedaliero.

Il riferimento contenuto nell'appello alla figura dell'accordo rispetto al contratto, non elimina la determinazione di tetto massimo di spesa, che peraltro è connaturale al sistema di programmazione della spesa sanitaria.

7.6 - Anche la giurisprudenza amministrativa, dopo aver richiamato la previsione recata dall'art. 32, comma 8 della legge n. 449/1997, ha ribadito che è stato assegnato alle Regioni il compito di adottare determinazioni di natura autoritativa e vincolante in tema di limiti di spesa sanitaria in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito della pianificazione finanziaria.

8. - Inoltre, come giustamente ha sottolineato il TAR, l'appellante ha stipulato il contratto e art. 8 quinquies, comma 2, d.lgs. n. 502/1992 con la ASL di Caserta, inerente le prestazioni relative all'anno 2013 (doc. n. 14 fasc. I° grado). Ebbene, all'art. 3 di detto contratto si legge espressamente che "il limite complessivo totale entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2013 per le prestazioni di assistenza in regime di ricovero ospedaliero erogate dalla sottoscritta Casa di Cura, comprensivo di tutte le prestazioni erogate a qualsiasi tipologia di pazienti: residenti della ASL o di altre ASL regionali, residenti fuori regione, residenti all'estero e STP, nonché per la remunerazione delle funzioni di emergenza-urgenza e per l'incentivo per la complessità della casistica trattata, è fissato in € 38.400.590,00". Il secondo comma di detto articolo, inoltre, stabilisce che "la sottoscritta Casa di Cura non potrà erogare nel 2013 un volume di prestazioni in regime di ricovero ospedaliero che comporti un onere economico a carico della ASL in cui opera maggiore del limite di spesa fissato al comma precedente....".

Risulta inconferente, a ben vedere, quanto sul punto indicato dalla struttura appellante, ossia che il limite di cui al secondo comma non ricomprenderebbe anche la remunerazione delle funzioni di emergenza-urgenza in quanto, invero, il limite di spesa fissato nel contratto riguarda espressamente anche "la remunerazione delle funzioni di emergenza-urgenza".

8.1 - L'art. 4 del contratto, senza effettuare alcuna distinzione di sorta a seconda delle tipologie di prestazioni, espressamente recita che "le prestazioni eccedenti il limite di spesa di cui al precedente art. 3 non saranno riconosciute a carico della ASL in cui opera la Casa di Cura e, se fatturate, dovranno essere stornate con apposite note di credito di pari importo".

Peraltro, la scelta di conseguire l'accreditamento e la presenza nella struttura sanitaria del pronto soccorso, si fonda su di una manifestazione di ineludibile libertà imprenditoriale dell'azienda ricorrente che non può non includere anche l'alea della mancata remuneratività delle prestazioni anche emergenziali rese e che non esclude la possibilità che l'impresa, nell'esercizio della medesima autonomia imprenditoriale, decida di interrompere l'erogazione di tali servizi, optando per una conversione in struttura non dotata.

9. - In conclusione, per i suesposti motivi, l'appello va respinto perché infondato.

10. - Quanto alle spese del grado di appello sussistono giusti motivi per disporre la compensazione tra le parti tenuto conto della particolarità della fattispecie esaminata.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sull'appello, come in epigrafe proposto, lo respinge.

Spese del grado di appello compensate.

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

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 21 dicembre 2021 con l'intervento dei magistrati:

Michele Corradino, Presidente

Stefania Santoleri, Consigliere, Estensore

Giulia Ferrari, Consigliere
Giovanni Tulumello, Consigliere
Rosaria Maria Castorina, Consigliere

L'ESTENSORE
Stefania Santoleri

IL PRESIDENTE
Michele Corradino

IL SEGRETARIO