



REPUBBLICA ITALIANA
IN NOME DEL POPOLO ITALIANO
CORTE DI APPELLO DI NAPOLI
PRIMA SEZIONE CIVILE

composto dai seguenti Magistrati:

Dott. Fulvio Dacomo	Presidente
Dott. Antonio Mungo	consigliere
Dott.ssa Nicoletta Celentano	consigliere relatore

ha pronunciato la seguente

SENTENZA

Nel processo civile di appello iscritto al n. 1774/2017 del Ruolo Generale degli Affari civili contenziosi, avverso la sentenza del Tribunale di Santa Maria Capua Vetere n. 3417/2016 del 18.10.2016, avente ad oggetto: corrispettivo per erogazione di prestazioni sanitarie di laboratorio da centro accreditato con il SSN, e vertente:

TRA

A.S.L. CASERTA, in persona del Direttore generale legale rappresentante p.t. (c.f. n. 03519500619), rappresentata e difesa dall'avv. [REDACTED] (c.f. n. [REDACTED]) in virtù di procura allegata, in uno con la delibera di incarico n.1717/2020, alla comparsa di costituzione di nuovo procuratore del 2.2.2021, ed elettivamente domiciliata presso lo studio del predetto procuratore in Lusciano, alla [REDACTED] il quale procuratore dichiara di voler ricevere le comunicazione del presente procedimento all'indirizzo pec [REDACTED] (già difesa dall'avv. [REDACTED] c.f. n. [REDACTED] per mandato allegato all'atto di appello, in sua sostituzione);

APPELLANTE

E

[REDACTED] s.r.l. (per brevità [REDACTED] s.r.l.), in persona del l.r.p.t. (c.f. n. [REDACTED]) rappresentato e difeso in virtù di procura alle liti allegata alla comparsa di nuovo procuratore del 23.9.2021, dall'avv. [REDACTED] (c.f. n. [REDACTED]) ed elettivamente domiciliata presso lo studio del predetto procuratore in



Caserta al [REDACTED] il quale procuratore chiede di ricevere le comunicazioni relative al presente procedimento all'indirizzo pec [REDACTED] (già difesa dagli avv.ti [REDACTED] c.f. n. [REDACTED] e [REDACTED] per mandato a margine della comparsa di costituzione e risposta, in loro sostituzione);

APPELLATA

Conclusioni: come rassegnate nelle comparse conclusionali.

Oggetto: crediti per prestazioni in regime di accreditamento provvisorio;

MOTIVI INFATTO E DIRITTO

Con atto di appello, tempestivamente notificato in data 23.3.2017, l'A.S.L. di Caserta impugnava la sentenza del Tribunale di Santa Maria Capua Vetere, n. 3417/2016, pubblicata in data 18.10.2016, e non notificata, con la quale era stata rigettata l'opposizione dell'Azienda sanitaria avverso il D.I. n. 534/2012, intimatole dalla [REDACTED] s.r.l. per € 431.203,33 quale somme dovuta per l'erogazione delle prestazioni specialistiche per l'anno 2011.

Va premesso che con l'opposizione in primo grado, l'ASL di Caserta chiedeva la revoca del decreto ingiuntivo, deducendo che per l'anno 2011 la somma intimata dovesse limitarsi ad € 344.058,25 per regressione tariffaria unica per l'anno 2011 come da nota n. 23158/2011 con cui la G.R. della Campania comunicava al centro il superamento del tetto di spesa, e dunque l'insussistenza di parte del credito.

Si costituiva in tale sede il centro istante, il quale evidenziava di non aver ricevuto alcuna comunicazione delle determinazioni del Tavolo Tecnico costituito presso l'ASL per l'anno oggetto della ingiunzione, e dunque contrastando tale decurtazione.

Nell'appellata sentenza n. 3417/2016, il Tribunale - dopo aver ricostruito il sistema della regressione tariffaria, basato sulla programmazione regionale, poi attuata dall'ASL con l'indizione dei Tavoli Tecnici con la collaborazione delle associazioni di categoria maggiormente rappresentative, per la definizione dei budget consequenziali, e la determinazione, in ultimo, del contributo di ciascun centro convenzionato alla regressione tariffaria, fondato sul fatturato di ciascuno - esaminava il caso oggetto del giudizio nel merito.

Rilevava che l'ASL opponente non aveva fornito prova dei criteri seguiti per la determinazione della regressione tariffaria unica da operare sul fatturato del Centro [REDACTED] s.r.l. e che secondo recente orientamento della giurisprudenza di legittimità, ciò è posto a suo onere probatorio, rappresentando



un fatto impeditivo – in parte – della pretesa creditoria del centro convenzionato e non, come in più risalente orientamento, configurando elemento costitutivo della pretesa, e perciò onere del creditore (ex plurimis Cass. 17437/2016).

In particolare nel caso di specie, l'ASL non aveva assolto tale onere in quanto si limitava a una generica deduzione, senza allegazione delle determinazioni del Tavolo Tecnico, con particolare riferimento al centro istante. Pertanto rigettava l'opposizione con vittoria di spese.

Proponeva il presente appello la ASL di Caserta, con un unico motivo, in cui da un lato si riferiva alla nota 23158/2011, con cui, a monte della indizione del tavolo tecnico, si comunicava a tutti i centri il periodo dell'anno di presumibile sfioramento dei tetti di spesa, e, dall'altro lato, in diritto, contestava la ricostruzione del Tribunale in tema di onere della prova, ritenendo che incombeva sul creditore, la prova di avere diritto al saldo delle pretese per non essere incorso nella decurtazione della regressione tariffaria.

Chiedeva quindi: “accogliere l'appello proposto in riforma dell'appellata sentenza n. 3417/2016 del Tribunale di Santa Maria Capua Vetere e per l'effetto revocare l'opposto decreto ingiuntivo”, con vittoria di spese dei due gradi di giudizio.

Si costituiva il centro ██████████ s.r.l. ritenendo l'appello inammissibile ai sensi dell'art. 342 c.p.c. o comunque 348 bis c.p.c. e in ogni caso contestava la ricostruzione in diritto in tema di onere della prova, riportandosi alla recente giurisprudenza citata in sentenza di primo grado. Chiedeva quindi la dichiarazione di inammissibilità e/o infondatezza del gravame con vittoria di spese con attribuzione ai procuratori antistatari, poi sostituiti da nuovo procuratore che non chiedeva l'attribuzione.

Senza necessità di istruttoria, e sulla base del fascicolo di primo grado in formato telematico, in data 29.9.2021, nelle forme prevista dall'art. 221 comma 4 del D.L. 34/2020, sulle note di udienza delle parti in cui precisavano le conclusioni, il Collegio assegnava la causa in decisione con i termini di cui all'art. 190 c.p.c.

Sulla base delle deduzioni ed allegazioni in atti, l'appello è infondato e va, quindi, rigettato.



Deve, preliminarmente, essere disattesa l'eccezione di inammissibilità ex art. 342 c.p.c. proposta dalla appellata poiché l'appello, sebbene in forma sintetica, contiene sia la volontà di riforma, sia una parte argomentativa diretta a confutare e contestare le specifiche ragioni del primo giudice e il fondamento logico – giuridico della pronuncia (ex plurimis Cass. 22781/2014, Cass. 23299/2011).

L'unico motivo di appello è però infondato.

Va premesso che, come noto, il sistema dei pagamenti in acconto e successiva detrazione sull'importo complessivamente fatturato di una percentuale corrispondente al tetto annuale massimo di spesa preventivamente stabilito per branca o comparto, è conforme agli obiettivi di contenimento della spesa che informano la disciplina legislativa statale e regionale in materia sanitaria.

Il detto principio è ineludibile e condiviso da questa Corte che osserva che la fissazione dei limiti di spesa e la conseguente applicazione delle regressioni tariffarie, volte a garantire l'effettività di tali limiti è necessaria al corretto utilizzo delle risorse stanziato per l'erogazione delle prestazioni sanitarie.

La stessa Corte Costituzionale, nel valutare le linee fondamentali del nuovo assetto del sistema sanitario, ha sottolineato l'importanza del collegamento tra responsabilità e spesa, ed ha evidenziato che l'autonomia dei vari soggetti ed organi operanti nel settore, non può che essere correlata alle disponibilità finanziarie, e non può prescindere dalla limitatezza delle risorse e dalle esigenze di risanamento del bilancio nazionale (cfr. Corte Cost., 28/7/1995, n. 416). In particolare, la Corte ha, **in proposito, ribadito che** *"non è pensabile di poter spendere senza limite, avendo riguardo soltanto ai bisogni quale ne sia la gravità e l'urgenza; è viceversa la spesa a dover essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie, da determinarsi previa valutazione delle priorità e delle compatibilità e tenuto ovviamente conto delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute, certamente non compromesse con le misure ora in esame"* (cfr. anche Corte Cost., 23/7/1992, n. 356).

La necessità di raccordo tra limiti di spesa e diritto alla salute può attuarsi anche tramite meccanismi di riequilibrio che operano a consuntivo – ed anche in via eventuale – rispetto alla programmazione a monte, come è il caso della regressione tariffaria unica, con la conseguenza della retroattività dell'atto di determinazione della spesa (cfr. C. d. S. nn. 2290/2011, 2857/2012 e 4863/2014).

Ne consegue che la mancata o ritardata informazione alla parte privata delle determinazioni raggiunte dal Tavolo Tecnico, predisposto dall'Amministrazione sanitaria, per monitorare le



prestazioni eseguite e valutare i tetti massimi di spesa, e, quindi, il raggiungimento e superamento delle dette soglie, non fa venir meno la potestà amministrativa di contenere la remunerazione delle dette parti private nel rispetto dei limiti fissati.

Né tanto meno, ciò potrebbe cagionare un erroneo affidamento dell'operatore privato accreditato alla intera remunerazione, dal momento che gli operatori privati accreditati non sono semplici fornitori di servizi, in un ambito puramente contrattualistico, sorretto da principi di massimo profitto e di totale deresponsabilizzazione circa il governo del settore, ma sono soggetti di un complesso sistema pubblico-privato qualificato dal raggiungimento di fini di pubblico interesse di particolare rilevanza costituzionale, quale il diritto alla salute, su cui gravano obblighi di partecipazione e cooperazione nella definizione della stessa pianificazione e programmazione della spesa sanitaria.

In altri termini, ne deriva che le strutture private accreditate si sottopongono contrattualmente al ben noto ed accettato regime della regressione tariffaria, quale meccanismo atto a garantire il rispetto dei limiti di spesa fissati secondo la logica di un sistema "a consuntivo" che comporta necessariamente la retroattività delle riduzioni della remunerazione, la cui misura non può che essere determinata quantomeno nell'anno successivo, ossia quando siano noti i dati contabili relativi ai valori delle prestazioni effettuate ed è possibile confrontarli con le risorse finanziarie disponibili (cfr. C.d.S. 207/16).

Ed infatti il contratto di accreditamento per l'anno 2011 stipulato con la [REDACTED] s.r.l. fa espresso riferimento al meccanismo della regressione tariffaria, e pertanto l'imprenditore del settore è ben consapevole della possibile applicazione della stessa.

Premesso tutto ciò, il motivo di appello formulato dall'ASL Caserta va senz'altro disatteso, in quanto questa Corte aderisce all'orientamento ormai prevalente della Corte di legittimità che ritiene l'effettivo superamento specifico del tetto di spesa, una circostanza impeditiva dell'accoglimento della pretesa creditoria del centro accreditato, e a seguito di ciò, secondo i principi statuiti dall'art. 2697 c.c., esso va eccepito, nonché provato dall'ASL, al fine di paralizzare – in tutto o in parte - il titolo vantato dalla controparte, e rientra pacificamente nell'onere della prova della parte eccipiente, ovvero l'ASL (Cass. n. 17437/2016; n. 3403/2018; n. 5095/2018).

Ciò detto, dalla documentazione in atti, ovvero la produzione offerta ritualmente in primo grado, manca la documentazione di riscontro delle determinazioni del Tavolo Tecnico e della specifica quantificazione dell'eccedenza e, dunque della regressione tariffaria, a carico del centro appellato.



La nota più volte richiamata, ovvero quella n. 23158/2011 (ed anche altre due successive, allegate ma non richiamate nelle difese), contiene esclusivamente dei dati previsionali, fondati su un parziale esame dei dati raccolti alla metà dell'anno 2011, e perciò necessariamente non certi né effettivi, fondandosi su una valutazione prospettica, meramente orientativa, per gli operatori del settore. Pertanto la predetta nota mai potrebbe equivalere alle determinazioni del tavolo tecnico, necessariamente svolte a consuntivo dell'anno, e dettagliatamente quantificate per ciascun centro, in percentuale del fatturato complessivo dell'anno di riferimento.

L'appello è quindi infondato e va rigettato.

In ordine al governo delle spese l'ASL di Caserta va pertanto condannata al pagamento in favore del centro █████ s.r.l. delle spese del presente grado, liquidate ai sensi del D.M. 55/2014, con riferimento alle fasi di giudizio effettivamente svolte (esclusa quella istruttoria), in un valore intermedio tra minimi e medi, con riferimento allo scaglione della domanda, vista la non particolare complessità delle questioni di diritto e degli accertamenti documentali. Non è dovuta la distrazione, non richiesta dal nuovo procuratore in sostituzione della parte appellata (considerato che in caso di più procuratori, la distrazione, anche a favori di uno o alcuni, comunque necessita la dichiarazione che nessuno abbia riscosso gli onorari dalla parte, Cass. 21281/2018).

Sussistono i presupposti di cui all'art. 13 comma 1 quater D.P.R. 115/2002 nei confronti dell'ASL di Caserta.

P.Q.M.

La Corte, come sopra composta, definitivamente pronunciando sull'appello proposto dall'A.S.L. di Caserta, nei confronti del centro █████ s.r.l., in persona del l.r.p.t., avverso la sentenza del Tribunale di Santa Maria Capua Vetere n. 3417/2016 del 18.10.2016, ogni ulteriore istanza rigettata e disattesa, così definitivamente decide:

- Rigetta l'appello e per l'effetto conferma totalmente l'impugnata sentenza;
- condanna l'ASL Caserta al pagamento delle spese di lite di questo grado di giudizio in favore dell'appellato che liquida in € 9.500,00 per compensi, oltre rimborso forfetario del 15%, IVA e CPA come per legge;



- dichiara sussistenti i presupposti ex art. 13 comma 1 quater D.P.R. 115/2002 nei confronti della ASL Caserta.

Napoli, così deciso nella camera di consiglio del 4 maggio 2022

Il Consigliere estensore

Il Presidente

Dott.ssa Nicoletta Celentano

Dott. Fulvio Dacomo

