



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale di Napoli – sezione X civile, in composizione monocratica e nella persona del Giudice dott. Giovanni Scotto di Carlo, ha emesso la seguente

SENTENZA

(redatta ai sensi degli art.132 c.p.c. e 118 disp.att. c.p.c., come modificati dalla legge 18.6.09 n.69) nella causa iscritta al n.29198 del Ruolo Generale A.C. dell'anno 2017 , ad oggetto:

OPPOSIZIONE A DECRETO INGIUNTIVO

vertente

TRA

ASL NAPOLI 1 CENTRO (C.F./P.IVA 06328131211), in persona del Direttore Generale p.t., rappresentata e difesa, congiuntamente e disgiuntamente, dagli avv.ti , rappresentata e difesa, congiuntamente e disgiuntamente, dagli Avv.ti [REDACTED] [REDACTED] tutti elettivamente domiciliati presso il servizio affari legali della ASL in Napoli alla via [REDACTED]

OPPONENTE

E

[REDACTED] **S.P.A. in liquidazione**, (c.f. [REDACTED]) in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dagli avv.ti [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] tutti elettivamente domiciliati presso lo studio legale dell'avv. [REDACTED] in Napoli alla via [REDACTED]

OPPOSTA



CONCLUSIONI DELLE PARTI

Alla udienza relativa, celebrata nella modalità della trattazione scritta secondo le vigenti disposizioni emergenziali, le parti depositavano note scritte in cui concludevano riportandosi ai rispettivi atti introduttivi e scritti difensivi, chiedendo accogliersi quanto ivi dedotto e richiesto.

MOTIVI DELLA DECISIONE

Con citazione ritualmente notificata la Asl Napoli 1 Centro ha proposto opposizione avverso decreto ingiuntivo n.7477/17, reso dal Tribunale di Napoli in data 14.09.17, con il quale veniva ingiunto ad essa Asl il pagamento della somma di €23.244,10, che la ricorrente ██████████ s.p.a. prospettava ad essa dovuta in forza di atto di cessione dei crediti relativi a prestazioni di cardiologia erogate in regime di convenzione dalla cedente ██████████ & C. s.a.s., accreditata presso il S.S.N..

L'opponente eccepiva la carenza di legittimazione attiva della società ricorrente, per non essere stata la cessione accettata dalla Asl, nonché la non debenza del credito per intervenuto superamento del tetto di spesa; in particolare, deduceva che in data 21/02/17 era stato raggiunto il limite di spesa per la branca di cardiologia relativamente al primo trimestre 2017 e che di sfioramento era stato portato a conoscenza della società cedente, atteso che con nota prot. N.53868 del 31.07.2017 la direzione ASL aveva comunicato il superamento del tetto di spesa e quindi la non remunerabilità delle prestazioni rese in eccedenza.

Si costituiva la società opposta, sostenendo la infondatezza della avversa opposizione e chiedendone il rigetto.



Orbene, si rileva anzitutto la infondatezza della eccezione relativa alla legittimazione attiva (rectius titolarità attiva del rapporto controverso), fondata sulla mancata accettazione della cessione da parte della ASL; infatti, contrariamente a quanto sostiene quest'ultima, l'art. 9 della L. n. 2248/865, All. E, secondo cui sul prezzo dei contratti in corso non potrà avere effetto alcun sequestro, né convenirsi cessione, se non vi aderisca l'amministrazione interessata, è applicabile solo allo Stato e agli enti pubblici territoriali, ma non può estendersi ad enti diversi da tali soggetti: l'applicazione analogica della suddetta norme nel caso delle aziende sanitarie locali è da escludersi proprio per le caratteristiche peculiari che differenziano tali enti da quelli statali o territoriali, poichè al fine di perseguire i propri fini istituzionali, le ASL sono costituite con personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale, e la loro organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato nel rispetto della normativa regionale di riferimento (cui è demandata la disciplina per la gestione economica, finanziaria e patrimoniale dell'ente); pertanto, in caso di cessione dei crediti ritualmente notificata e conforme alla normativa, la mancata accettazione o il rifiuto da parte di un'azienda sanitaria locale non avrà alcun effetto sulla validità della stessa che, una volta notificata alla Asl debitrice, dovrà considerarsi pienamente opponibile nei confronti della stessa (Tribunale Milano, sez.I, 11/11/2020, n. 7130; Cass. 21/12/2017, n. 30658; Cass. 27/08/2014, n. 18339; Cass. 01/02/2007, n. 2209).

Con riferimento all'eccezione relativa al superamento del tetto di spesa, giova premettere che, contrariamente a quanto sostiene la ASL, la



giurisprudenza di legittimità ha ormai definitivamente chiarito che, in tema di pretesa creditoria della struttura sanitaria accreditata per le prestazioni erogate nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, il mancato superamento del tetto di spesa, fissato secondo le norme di legge e nei modi da esse previsti, non integra un fatto costitutivo la cui prova deve essere posta a carico della parte creditrice (struttura sanitaria accreditata), mentre rileva come fatto impeditivo, il suo avvenuto superamento, con conseguente onere della prova, ex art. 2697 c.c., a carico della debitrice A.S.L. (Cass. 13/02/2018, n. 3403; Cass. 20/01/2015, n. 826).

Occorre altresì rilevare che, in seguito al provvedimento del 29/01/2020, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale-Serie Generale n. 35 del 12/02/2020, con cui la Banca d'Italia ha revocato l'autorizzazione di [REDACTED] s.p.a. a svolgere l'attività di intermediario finanziario ai sensi dell'art. 113 ter, comma 1, lettera a), del d.lgs. n. 385/1993, la ASL ha reiterato anche sotto tale profilo la proposta eccezione di carenza di legittimazione, sul presupposto che la revoca in questione inciderebbe anche sulla possibilità per l'opposta di azionare il credito reclamato in questa sede.

La circostanza è tuttavia irrilevante, giacché la disciplina in materia (vedi d.lgs. n. 385 del 1993) non conferisce al provvedimento in esame efficacia retroattiva, né comporta la perdita di capacità giuridica o di agire in capo all'Intermediario, con la conseguenza che esso non spiega alcun effetto in relazione ai crediti già acquisiti, prima della revoca in questione, dalla [REDACTED] s.p.a.



Quanto alla deduzione espressa dalla ASL in ordine all'onere della prova del mancato superamento del tetto di spesa, giova anzitutto evidenziare che, contrariamente a quanto sostiene la opponente, la giurisprudenza di legittimità ha ormai definitivamente chiarito che, in tema di pretesa creditoria della struttura sanitaria accreditata per le prestazioni erogate nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, il mancato superamento del tetto di spesa, fissato secondo le norme di legge e nei modi da esse previsti, non integra un fatto costitutivo la cui prova deve essere posta a carico della parte creditrice (struttura sanitaria accreditata), mentre rileva come fatto impeditivo, il suo avvenuto superamento, con conseguente onere della prova, ex art. 2697 c.c., a carico della debitrice A.S.L. (Cass. 13/02/2018, n. 3403; Cass. 20/01/2015, n. 826).

Chiarito quanto innanzi circa l'onere della prova, mette conto aggiungere che, ai sensi delle previsioni contenute nel contratto stipulato tra le parti ex art. 8 quinquies D.Lgs. 502/92, l'ASL deve comunicare a ciascun centro privato la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa e la data prevedibile di raggiungimento del 100% del limite di spesa, nonché la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo. Per meglio comprendere la questione, occorre tener presente che, in forza del contratto sottoscritto con la ASL di appartenenza, le strutture accreditate non hanno in dote un tetto di spesa loro specificamente riconducibile (riferito cioè alla singola struttura convenzionata), ma devono far riferimento al budget riconosciuto alla macroarea di riferimento: una volta esauritosi il limite



preventivato, i corrispettivi vantati dai singoli centri accreditati potranno essere oggetto di procedimenti amministrativi di decurtazione che, a seconda dei casi, o interesseranno, in termini percentuali, il fatturato complessivo ovvero, in alternativa, elideranno nella loro interezza specifiche e ben determinate prestazioni. Ne deriva che l'elemento rilevante non è il dato assoluto dello sfioramento, quanto il provvedimento con il quale il soggetto accreditato è chiamato a sopportarne il peso, in ragione del suo specifico contributo alla produzione accertata in eccesso. In particolare la disciplina convenzionale prevede che, ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola: a) qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione della ASL, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa; b) qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del



limite di spesa”. Dunque nell’ipotesi sub a), per riportare la spesa sanitaria nei limiti invalicabili del tetto, l’ASL deve emettere un provvedimento autoritativo di applicazione della c.d. regressione tariffaria unica al fatturato annuale di ogni singolo centro (sulla natura autoritativa della regressione, cfr. Cass., sez. un., 02/11/2018, n. 28053): mediante l’esercizio del potere in esame, costituente un corollario del potere di fissazione del tetto di spesa, il diritto di credito del concessionario viene ridotto in base ad una percentuale individuata, di volta in volta, dall’ASL.

Le modalità applicative della regressione sono stabilire dall’allegato C della delibera della Giunta regionale della Campania n. 1268/08. Secondo tale provvedimento: *“Per determinare la R.T.U del singolo Centro privato si procede a determinare l’apporto di ciascun Centro: - al consuntivo delle prestazioni effettuate ai residenti della ASL in cui opera il Centro, da parte dei Centri che operano in quella ASL; - al consuntivo delle prestazioni effettuate ai residenti di altre ASL, da parte dei Centri che operano in quella ASL; - al consuntivo delle prestazioni effettuate ai residenti di altre regioni, da parte dei Centri che operano in quella ASL; Successivamente, confrontando i suddetti consuntivi complessivi per ASL con i tetti di spesa prestabiliti, e previa applicazione delle eventuali compensazioni tra sforamenti e sotto utilizzi dei limiti di spesa consentite dalla normativa regionale, si ottiene proporzionalmente l’ammontare di fatturato (il contributo) del singolo Centro che ha concorso all’eventuale superamento del tetto di spesa della ASL in cui opera quel Centro. Il Centro, conseguentemente,*



è tenuto ad emettere alla ASL nota credito per tale importo, che costituisce la regressione tariffaria unica (R.T.U.) in quanto si riferisce a tutto il fatturato dell'anno".

La regressione tende ad individuare l'apporto di ciascun centro al superamento del tetto di branca, con la conseguenza che la riduzione del fatturato avviene in misura proporzionale al detto apporto, penalizzando i centri che hanno contribuito in misura maggiore allo sfioramento del budget.

Dalla regressione va quindi distinta l'ipotesi sub b) del comma 3 dell'art. 5 del contratto, che esclude il diritto al pagamento in relazione alle prestazioni rese oltre la data di raggiungimento del tetto, laddove quest'ultima risulti, a consuntivo, successiva a quella indicata nell'ultima comunicazione della ASL.

Nel caso di specie la fattispecie applicabile risulta senza dubbio alcuno quella di cui all'ipotesi a): pertanto, al fine di contestare la pretesa del corrispettivo delle prestazioni erogate, la ASL deve dimostrare di aver adottato idoneo provvedimento amministrativo con il quale, nel prendere atto dello sfioramento del tetto di spesa della macroarea, abbia determinato la regressione tariffaria applicabile alla branca (percentuale di regressione), nonché quella unitaria (percentuale di regressione sullo specifico fatturato) opponibile al singolo centro, cioè dimostrare che si sia perfezionato il procedimento di cui alla D.G.R.C. n. 1268/08, il quale non può che concludersi se non a mezzo apposito provvedimento amministrativo adottato dall'organo dotato di potere rappresentativo dell'Ente, ovvero con deliberazione del Direttore Generale. Ciò in



quanto il centro accreditato, non avendo contezza per ragioni esso non imputabili, di una data limite, cui modulare la propria attività, ha espletato in buona fede le prestazioni richieste.

In definitiva, ad avviso di questo Tribunale, in forza del regolamento contrattuale sino ad ora illustrato, nell'ipotesi prevista sub a) del comma 3 dell'art.5, il superamento del tetto di spesa in una data anteriore a quella indicata nell'ultima comunicazione dell'ASL non è circostanza sufficiente per giustificare il mancato pagamento delle prestazioni rese nel periodo successivo al superamento del tetto (cfr. Tribunale di Napoli, X sez., sentenza n. 483/2019); onde conformare in via autoritativa il diritto di credito del concessionario ed evitare in tal modo di pagare l'intero fatturato annuale, l'ASL deve applicare la regressione tariffaria secondo quanto previsto dall'allegato C della delibera di Giunta regionale n. 1268/08: le previsioni contrattuali al riguardo sono chiare e non autorizzano in alcun modo il rifiuto del pagamento senza il preventivo passaggio attraverso l'esercizio del potere di imporre la regressione (cfr. la già citata Tribunale di Napoli, X sez., sentenza n. 483/2019, nonché Tribunale di Napoli, X sezione, sentenze n. 6882/18 e n. 9869/18). Inoltre, in base al principio di buona fede e correttezza nell'esecuzione del contratto, l'esercizio del suddetto potere deve avvenire in tempi ragionevoli, e quindi in prossimità della scadenza dei termini per il pagamento del saldo, non essendo pensabile che le ragioni creditorie dei centri restino per un tempo indefinito alla mercé della controparte e del suo comportamento inerte (la stessa giurisprudenza amministrativa ritiene illegittimo il provvedimento di



regressione tariffaria laddove intervenga a distanza di tempo dalla chiusura dell'anno finanziario a cui si riferisce). Quindi, anche volendo ipotizzare una sorta di inesigibilità del credito sino all'applicazione della regressione (ipotesi comunque non prevista dal contratto), lo stallo non potrebbe protrarsi oltre un tempo ragionevole, terminato il quale i centri sarebbero pienamente autorizzati all'esercizio del loro diritto di credito.

Naturalmente, il riconoscimento in sede giurisdizionale del credito non esclude che l'ASL possa adottare la regressione tariffaria in un secondo tempo e modificare ex tunc il diritto di controparte, fermo restando il vaglio del giudice amministrativo sulla legittimità della regressione.

Orbene, dagli atti non risulta essere stato adottato idoneo provvedimento, rispondente ai requisiti innanzi indicati, per la determinazione ed applicazione di regressione tariffaria con riferimento all'anno 2017.

Invero, la nota con cui il direttore Generale comunicava la data di esaurimento del limite di spesa fissata per la branca di riferimento al 21/2/2017, non può ritenersi un atto idoneo e destinato a determinare la misura della regressione tariffaria in conformità ai criteri contrattualmente individuati, come sopra ricostruiti, bensì come una nota interna con cui si dispone il mancato pagamento delle prestazioni erogate successivamente ad una determinata data, tratta dall'analisi di informazioni non meglio specificate; parimenti è a dirsi della comunicazione con cui si richiede al centro convenzionato l'emissione di una nota di credito per il corrispondente importo, limitandosi ad



operare un laconico richiamo a prestazioni rese oltre la data di esaurimenti dei limiti di spesa per la branca.

La prova del raggiungimento del tetto nel giorno da ultimo indicato è data solo dalla delibera del direttore generale dell'ASL Napoli 1 Centro n. 53868 del 31/7/2017: trova quindi applicazione l'ipotesi contemplata dal punto a) dell'art. 5, comma 3, del contratto intercorso tra le parti, sicché l'ASL avrebbe dovuto applicare la regressione tariffaria in modo da ridurre il corrispettivo spettante ai centri e riportare la spesa nell'ambito del tetto annuale previsto per l'anno 2017; né la comunicazione del provvedimento in questione, avvenuta successivamente all'erogazione delle prestazioni (trattasi infatti di prestazioni erogate nel primo trimestre 2017, quindi dopo il 21/2/2017, data in cui è stato superato il tetto, fino al 31/3/2017) può consentire la non remunerazione delle stesse, eseguite senza conoscere la circostanza del superamento, circostanza che è stata infatti accertata dalla ASL solo in data 31/7/2017.

Il provvedimento applicativo della regressione non risulta adottato a distanza di anni dal termine dell'anno finanziario di riferimento, con la conseguenza che non sussistono fatti modificativi/estintivi del diritto di credito della ricorrente e che, essendo ormai scaduti i termini di pagamento previsti in contratto, l'ASL è tenuta a pagare quanto richiesto in via monitoria dalla società opposta, oltre interessi al tasso previsto dall'art. 7, comma 6, del contratto.

Pertanto, l'opposizione va rigettata ed il decreto ingiuntivo opposto va pienamente confermato.



Le spese seguono la soccombenza e si liquidano come in dispositivo, applicando i parametri medi previsti dal D.M. 55/2014 per lo scaglione di valore in cui ricade la controversia; stante la dichiarazione espressa, se ne dispone l'attribuzione in favore dei procuratori antistatari.

P. Q. M.

Il Giudice, definitivamente pronunciando, disattesa ogni contraria istanza, difesa ed eccezione, così provvede:

1. Rigetta l'opposizione e, per l'effetto, conferma il decreto ingiuntivo opposto (n.7477/2017) dichiarandone la esecutività ex art.653 c.p.c.;
2. Condanna l'opponente ASL Napoli 1 Centro al pagamento delle spese di giudizio in favore della opposta società ██████████ s.p.a. in liquidazione, che si determinano in €4.050,00 per compensi professionali, oltre rimborso spese generali al 15%, CPA ed IVA, con distrazione in favore dei procuratori antistatari avv.ti

Così deciso in Napoli il 23/6/2022

IL GIUDICE

dott. Giovanni Scotto di Carlo

L'originale di questo provvedimento è un documento informatico sottoscritto con firma digitale e depositato in via telematica.

