



**SSN:
DALL'ASSISTENZA
ALL'AZIENDALIZZAZIONE**

Dottrina e giurisprudenza

a cura di Vito Bellini

INDICE

Principi del Sistema Sanitario Nazionale

Introduzione
Il quadro generale5

**Autorizzazione, accreditamento,
accordi contrattuali:
principi fondamentali9**

La regressione tariffaria21

Appendice giurisprudenziale

Tetti di spesa, splafonamenti, regressioni ...31

Accreditamenti, autorizzazioni44

Giurisdizione48

Il quadro generale

I Servizio Sanitario Nazionale nell'arco pressochè trentennale di attività è stato destinatario di modificazioni ed integrazioni le quali, nel loro insieme, hanno profondamente inciso sull'originaria struttura, concepita dalla legge n. 833 del 1978.

Sappiamo che l'ondata di privatizzazione, che si è manifestata nei primi anni dal 1990, è valsa a cancellare – almeno nelle buone intenzioni – il carattere assistenziale della predetta legge n. 833, nel senso della promessa di tutte le prestazioni sanitarie e a tutti gratuitamente e ciò indipendentemente da un riferimento al rapporto costi-benefici.

Di questa radicale trasformazione costituisce espressione più significativa l'aziendalizzazione delle UU.SS.LL. con tutte le componenti ad essa riconducibili tra cui, comprensibilmente, l'autonomia di gestione, pur se nel quadro degli indirizzi della Regione.

Nondimeno significativi restano i principi e gli istituti che hanno innovato i rapporti con le strutture pubbliche e private per l'erogazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, pur se in presenza di un equivoco che persiste tuttora e che va subito in premessa evidenziato: e che cioè, mentre la nuova disciplina di detti rapporti è stata dettata anche per le strutture pubbliche, la maggior parte di queste strutture sono rimaste nel grembo delle singole AA.SS.LL., le quali pertanto non potevano porre in essere rapporti con se stesse.

Il che spiega, e su questo torneremo in seguito, come e perché l'omogeneizzazione di trattamenti tra strutture pubbliche e private sia stata in fieri elusa, con la

conseguenza che solo le strutture private sono state destinatarie dei D.R.G. (e cioè delle tariffe corrispondenti alle prestazioni rese) mentre le strutture pubbliche hanno continuato ad essere finanziate a bilancio.

Comunque, pur se la realizzazione è stata e rimane parziale, ciò che qui preme evidenziare è che anche la sostituzione del regime di convenzionamento con quello dell'accreditamento si ricollega alla natura aziendale, la cui finalità è mirata ontologicamente a privilegiare il dato fiduciario che viene espresso attraverso appunto l'accreditamento: dato, tuttavia, sottoposto a determinate condizioni senza le quali le scelte ricadrebbero nell'arbitrio. Ed invero, come anche vedremo, non solo il procedimento dell'accreditamento è segnato dai prescritti requisiti strutturali, organizzativi e tecnologici e dalle connesse condizioni, ma lo stesso provvedimento di accreditamento è preceduto dall'autorizzazione di realizzazione e di esercizio ed è seguito dalla stipula degli accordi contrattuali: momenti che evidentemente stanno a determinare l'accreditamento stesso nel suo nascere ma altresì nel suo svolgimento.

Per cui possiamo affermare con tutta tranquillità che l'affidamento insito nell'accreditamento è animato da una libertà controllata di scelta alla stessa stregua dell'aziendalizzazione che, pur vantando una autonomia imprenditoriale, è soggetta ai vincoli e limiti imposti dall'insopprimibile garantismo nella gestione della cosa pubblica.

Ciò che conta è il nuovo clima introdotto dalla D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 (prima edizione) e dai successivi decreti di modificazione ed integrazione anche se ancora molto resta da fare per dar corpo ad innovazioni che sono rimaste nel limbo della teorizzazione o peggio ancora sono state disattese e continuano ad essere disattese sotto la spinta delle incrostazioni, restie a scomparire.

Le difficoltà di passaggio dal vecchio al nuovo sistema

La verità è che, di fronte a principi, quali possono essere quelli concernenti la parità delle strutture pubbliche ovvero il riparto delle risorse finanziarie disponibili in stretta relazione al fabbisogno, perseverano impostazioni pregresse governate dal dominio del pubblico sul privato ovvero dalla impopolarità di dover razionalizzare il fabbisogno rispetto ai mezzi. E così facendo si ignorano gli sviluppi della dinamica naturale delle cose che incidono anche sulla tipologia delle strutture e sulla maggiore appropriatezza dei relativi interventi, avendo riguardo soprattutto al prolungamento della vita e quindi ai rimedi soprattutto a livello assistenziale.

Ed allora è comprensibile come il successo e comunque il buon andamento di un sistema (ed in particolare di un sistema ad evidenza socio-sanitario) dipende molto dal grado di coincidenza tra teoria e realtà nel rispetto sempre più diffuso delle vigenti norme di legge. Ed è altresì comprensibile come a tali fini un ruolo

importante e determinante è riservato all'informazione o se si vuole alla sensibilizzazione attraverso anche l'interpretazione in presenza di disposizioni di legge e ciò a maggior ragione se queste ultime presupponevano una normativa regolamentare di attuazione, che però è tardata o tarda ad essere emanata.

Gli effetti della devolution (Legge Costituzionale n. 3/01)

E poiché l'azione amministrativa deve pur svolgersi senza soluzione di continuità, bisogna allora fare ricorso a soluzioni che in qualche caso continuano ad essere riferite alla normativa statale (ministeriale). Con la conseguenza che il passato, superato anche per effetto della c.d. devolution, finisce con il rimanere imperante. Il riferimento cade soprattutto sulla nota legge costituzionale n. 3 del 2001 che ha consentito alle Regioni di incidere sulla normativa statale per tutta quella parte non costituente principi fondamentali, eliminando dunque tutte le c.d. norme cedevoli, che restano imperative se le Regioni non provvedono a dettare la loro disciplina più appropriata alle rispettive esigenze territoriali.



**Autorizzazione, accreditamento,
accordi contrattuali:
principi fondamentali**

C'è la necessità ed opportunità di offrire un contributo alla funzionalità cercando di inquadrare e commentare gli istituti che coincidono con l'ossatura del Servizio Sanitario Regionale e che si identificano nei tre momenti dell'autorizzazione, dell'accreditamento e degli accordi contrattuali: momenti che debbono essere esaminati anche sotto i profili essenziali della loro natura, del confronto con precedenti forme, delle modalità applicative comparate con le esperienze delle Regioni nonché dell'apporto giurisprudenziale.

Prima però di inoltrarsi in tale ricerca c'è da chiedersi pregiudizialmente se i tre momenti di cui sopra costituiscano o meno principi fondamentali, sottratti alla potestà legislativa delle Regioni, così come previsto dalla già citata legge n. 3 del 2001.

In altri termini, la singola Regione può ignorare le tre fasi e determinarsi in via autonoma?

La risposta è già implicita laddove testè si diceva che detti istituti coincidono con l'ossatura del Servizio Sanitario e che quindi gli stessi sono parte integrante del sistema. D'altra parte la riprova sta nella constatazione che tutte le Regioni hanno adottato i tre momenti pur se con qualche differenza modale soprattutto per l'articolazione degli accordi contrattuali.

L'autorizzazione: breve excursus storico

Iniziamo presentando innanzitutto i tre istituti e ricorrendo anche alle tradizionali definizioni classiche e cioè: l'autorizzazione è mirata ad aumentare la facoltà dei soggetti nel senso che è lasciato alla autorità amministrativa competente il potere di stabilire se una determinata attività può o non può essere esercitata. Naturalmente il relativo procedimento soggiace a condizioni e requisiti indicati dalla legge affinché la discrezionalità non possa sconfinare nell'arbitrio. Ed invero è la legge ad orientare i modi ed i limiti per il rilascio delle autorizzazioni nei vari settori. Quanto ciò sia vero è offerto proprio dalla diversa e distinta disciplina che nel tempo ha governato l'autorizzazione per l'esercizio di strutture sanitarie.

Il riferimento più remoto, di cui in tal senso si dispone, lo rinveniamo negli artt. 51 e 52 della L.12 febbraio 1968 n.132 che, dopo aver delegato il Ministro della Sanità a stabilire i requisiti necessari, attribuiva all'allora medico provinciale (art. 52) il compito di rilasciare l'autorizzazione per l'apertura, l'ampliamento e trasformazione delle case di cura *"in base alle esigenze igienico-sanitarie ed alle altre condizioni previste dalla legge"*. Procedimento questo che è rimasto in vigore fin alla nuova disciplina concepita dalle leggi regionali, così come previsto dall'art. 43 della L.833 del 1978: leggi che si sono basate su concetti omogenei, che sostanzialmente non si discostano dal testè citato art. 52 L.132/68. Per tutte si richiama l'art. 4 della L.R. del Lazio n. 64 del 31 dicembre 1987 che conferisce il potere in questione alla Giunta Regionale *"in base alle esigenze igienico-sanitarie e alle condizioni stabilite dalla vigente legislazione, previo accerta-*

mento del rispetto delle prescrizioni di cui alla presente legge”, sentita un’apposita commissione tecnico-consulativa e “su parere preventivo dell’Unità Sanitaria Locale competente per territorio”.

Dunque, come è dato constatare, l’autorizzazione originariamente dipendeva solo dal dato oggettivo riconducibile alla sussistenza delle esigenze igienico-sanitarie e al rispetto dei requisiti previsti dalla legge. Sicché l’autorizzazione si riduceva ad un atto dovuto e lo stesso parere dell’USL era circoscritto ad un’ulteriore verifica dei requisiti prescritti senza possibilità alcuna di introdurre valutazioni di altro genere (ad esempio la necessità della struttura nel territorio). L’autorizzazione in presenza, ovviamente, delle corrispondenti previsioni urbanistiche esauriva il procedimento per l’apertura, l’ampliamento, la trasformazione.

Come è dato comprendere il tutto era determinato a svolgersi al di fuori della programmazione e alla Regione era sottratta ogni possibilità di controllo nel senso di poter promuovere ovvero limitare il fenomeno: solo i Comuni potevano porre limiti sul piano urbanistico incidendo sulla destinazione del territorio edificabile.

Si assisteva pertanto ad una situazione che, seppure conforme all’art. 41 della Costituzione (che si ricorderà riconosce che l’iniziativa economica è libera purché non in contrasto con l’utilità sociale), lasciava, come già si diceva, che il tutto si determinasse al di fuori delle previsioni della programmazione regionale.

Preoccupazione solo in parte convincente perché, come meglio si dirà in appresso, altro sono le esigenze programmatiche nel Servizio Sanitario regionale e altro sono le esigenze in generale nel sistema sanitario. E ciò è a dire: il Servizio Sanitario è istituzionalmente preposto all’erogazione dell’assistenza in forma diretta attraverso strutture gestite direttamente dalle AA.SS.LL. ovvero attraverso le strutture private convenzionate prima e accreditate poi. Ma l’attività sanitaria non si esaurisce nell’ambito del Servizio Sanitario al di fuori del quale operano professionisti, presidi e strutture che non hanno rapporto alcuno con il predetto Servizio, pur restando, ovviamente, nell’ambito del Sistema Sanitario italiano.

Si tratta di un binomio che è sempre esistito e tuttora esiste.

Questo può spiegare come le norme previgenti, di cui sin qui si è fatto cenno, ricollegassero l’autorizzazione solo alle esigenze igienico-sanitarie ed ai requisiti prescritti senza altre limitazioni: la conseguita autorizzazione abilitava a stare sia nel sistema sanitario e ivi svolgere l’attività sanitaria in piena autonomia sia di entrare nel Servizio Sanitario condizionatamente, in questo secondo caso, alle esigenze programmatiche. Insomma la programmazione assumeva rilievo solo in funzione del Servizio Sanitario e cioè per intenderci: in tanto era possibile chiedere ed ottenere il convenzionamento in quanto le previsioni programmatiche ne consentissero l’ingresso.

Così è stato concepito e realizzato l’ordinamento in questo settore specifico nel cui ambito sono proliferate le convenzioni attraverso le quali era concesso a

soggetti estranei all'amministrazione regionale il potere di gestire l'assistenza sanitaria nelle diverse branche per conto dell'Amministrazione stessa la quale, comprensibilmente, si determinava per tale conferimento in piena discrezionalità sulla base però delle predette previsioni programmatiche.

Tutto ciò è avvenuto nell'arco temporale dalla entrata in vigore della legge n. 833 del 1978 fino all'entrata in vigore del D.Lgs. n. 502 del 1992, il cui art. 8, comma 7 ha espressamente decretato la cessazione delle preesistenti convenzioni: disposto che, tuttavia, sul piano sostanziale è stato e permane derogato in buona parte delle Regioni e nel Lazio in particolare.

Ciò in quanto la vigenza delle convenzioni al 31 dicembre 1992 (art. 6, co. 6, L. 23 dicembre 1994, n. 724) ha legittimato la trasformazione di ciascuna convenzione nell'accreditamento provvisorio per il biennio 1995-1996: provvisorietà che, nonostante il tempo trascorso, è perdurata e continua e perdurare nelle Regioni che non hanno proceduto agli atti di accreditamento secondo le nuove norme e i nuovi requisiti.

L'autorizzazione secondo il D.Lgs. n. 502/92

Con il decreto n. 502 il concetto originario di autorizzazione viene completamente ribaltato: l'autorizzazione abilita a stare non solo nel sistema sanitario in generale ma anche nel Servizio Sanitario. Ed infatti il procedimento per il rilascio dell'autorizzazione per l'esercizio di una struttura presuppone essenzialmente una indagine preliminare a livello programmatico attraverso una fase propedeutica coincidente con l'autorizzazione comunale alla realizzazione.

Al riguardo il predetto decreto n. 502 all'art.8-ter ha distinto l'autorizzazione in due momenti: quello per la realizzazione e quello per l'esercizio. Il primo momento si configura basilare ed è quindi determinante per i successivi sviluppi e ciò in quanto, va subito avvertito, il suo rilascio presuppone avvenuta la verifica preventiva di compatibilità del relativo progetto da parte della Regione. Ed invece la realizzazione è autorizzata dal Comune sulla base della verifica regionale "in rapporto al fabbisogno complessivo e alla localizzazione delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture".

Il riferito primo momento costituisce dunque il substrato del secondo momento relativo all'esercizio, la cui autorizzazione diventa pressoché automatica in presenza di requisiti minimi, strutturali tecnologici e organizzativi stabiliti con atto di indirizzo e coordinamento e cioè con il DPR 14 gennaio 1997: decreto, possiamo qui anticipare, salvo a tornare in seguito sull'argomento, che impegna ed ha valore cogente sul piano nazionale in difetto di una specifica normativa regionale.

Naturalmente bisogna distinguere il caso in cui si tratta di una nuova costruzione rispetto ad una trasformazione ovvero ampliamento: il decreto si appliche-

rà nel primo caso per l'integrale struttura, mentre nel secondo caso solo alla parte oggetto della trasformazione o dell'ampliamento.

Per converso, una volta emanata la normativa regionale, l'indirizzo statale perde valenza senza potersi elevare a principio fondamentale per imporre la misura minima dei requisiti, dal momento che la citata legge costituzionale n.3 del 2001 ha riservato solo alla potestà legislativa dello stato il compito di fissare i principi fondamentali.

In definitiva l'autorizzazione alla realizzazione rappresenta il momento più qualificante nel procedimento che poi potrà portare all'accreditamento e agli accordi contrattuali: il momento cioè in cui la Regione recupera buona parte del grado di discrezionalità che nel precedente ordinamento si consumava esclusivamente nell'atto del convenzionamento.

L'autorizzazione alla realizzazione

Naturalmente tale procedura vale per le nuove costruzioni ma altresì per le trasformazioni ed ampliamenti. Il che segna ulteriormente il cambiamento rispetto al passato in cui per operazioni del genere bastava presentare la D.I.A. (denuncia di inizio di attività) secondo la vigente legislazione urbanistica. Nel caso che ci occupa, per contro, soccorre il nuovo istituto dell'autorizzazione alla realizzazione che, a differenza della D.I.A., non è procedibile alla scadenza di un determinato termine (20 giorni) dalla presentazione della relativa richiesta ma, come si è cercato di precisare, diventa azionabile solo dopo il complesso procedimento, costituito da due componenti e cioè quello regionale e quello comunale.

Tale complessità pone anche dubbi circa la configurabilità giuridica dell'autorizzazione in questione e cioè se si tratta di autorizzazione in senso tecnico ovvero sostanzialmente si tratta di concessione. Ebbene il condizionamento, connesso con la verifica programmatica, esclude in radice che l'autorizzazione alla realizzazione si risolva in una operazione automatica in presenza di preordinati requisiti: rileva invece la discrezionalità della Regione che deve ragionevolmente essere esercitata in stretta relazione alle previsioni programmatiche di fabbisogno per ciascuna tipologia per quantità e volume di prestazioni. Le preordinate linee programmatiche sostanziano infatti i binari entro i quali si deve svolgere la discrezionalità per non incorrere nell'arbitrio e quindi nella illegittimità dell'atto (di contenuto sia positivo che negativo).

E a questo punto ci si chiede? Se la Regione non ha preordinato le predette linee di programmazione, come la stessa dovrà determinarsi di fronte alla richiesta di parere da parte dei Comuni in ordine alla compatibilità con il fabbisogno primario territoriale? Evidentemente non può essere bloccato il procedimento avviato dalla istanza al Comune e quindi dalla richiesta comunale alla Regione. L'inerzia, senza scomodare letture a rilevanza amministrativa, certamente è motivo di ricorso al Giudice amministrativo per la sua rimozione ma può anche essere motivo di risarcimento se le circostanze concrete adombrano l'illecito o peggio ancora l'abuso. Tenendo presente che l'interprete diretto delle locali esigenze è

l'ASL territorialmente competente la quale, in definitiva, resta il soggetto primario della programmazione. Con la conseguenza che la Regione sia quando è provveduta delle necessarie linee programmatiche sia a maggior ragione quando ne è priva, deve affidarsi alla ASL interessata che dovrà fornire gli elementi per la formulazione del parere richiesto dal Comune avendo riguardo alla realtà territoriale ed al fabbisogno per le varie tipologie.

L'autorizzazione all'esercizio

Intervenuta la predetta autorizzazione ed eseguiti i lavori sulla base delle prescrizioni e dei requisiti previsti, segue l'autorizzazione all'esercizio e quindi al funzionamento della struttura realizzata. In concreto si tratta dell'atto amministrativo che legittima ad operare nel sistema sanitario, il cui rilascio presuppone l'accertamento delle condizioni propedeutiche alla attività di istituto. Condizioni che sono a rilevanza interna ed esterna: le prime condizioni riguardanti in particolare l'organizzazione dei mezzi per il funzionamento con riferimento specifico all'ordinamento del personale e all'assunzione delle unità lavorative per le qualifiche previste dalla dotazione organica; le seconde riguardanti in particolare tutti gli atti che assicurino il funzionamento stesso sul piano della funzionalità e della sicurezza con riguardo specifico alla agibilità e alla certificazione dei Vigili del Fuoco.

La conseguita autorizzazione all'esercizio conferisce alla struttura l'idoneità o se si vuole la capacità ad agire nel sistema sanitario, nel cui ambito pertanto potrà operare proponendo l'offerta dei servizi al privato in piena autonomia pur se, ragionevolmente, in conformità alle regole che governano tale scelta.

Diverso è invece il caso in cui la struttura si determina per l'ingresso nel Servizio Sanitario Nazionale attraverso l'accreditamento e cioè l'atto regionale con cui le strutture pubbliche o private vengono introdotte nel predetto Servizio.

L'atto di accreditamento

All'entrata in vigore del D. Lgs. 502/92 l'esigenza prioritaria è stata quella di assicurare una soluzione di continuità che spiega come, in virtù del combinato disposto dell'art. 8, comma 5. di detto decreto e dell'art. 6, co. 6, della L. 23 dicembre 1994 n. 724, l'accreditamento in luogo del pregresso regime di convenzionamento sia stato concepito come atto meramente ricognitivo in relazione al requisito, pressoché assorbente, dell'esistenza della convenzione al 31 dicembre 1992 (in questi termini, cfr. sentenza Corte Cost. n.416/95). Si è trattato di una fase di transizione che doveva essere circoscritta al biennio 1995-1996, ma che sarà destinata a protrarsi nel tempo ed, in qualche caso, a perdurare a tutt'oggi. Cosicché la permanenza nel Servizio sanitario è stata originariamente subordinata ad un atto di accertamento che solo apparentemente prescindeva dai necessari presupposti programmatici, che si presupponeva fossero stati acquisiti a

suo tempo quando cioè le singole convenzioni furono stipulate o confermate.

Nella innovata edizione del sistema, la programmazione, si è già visto, assume invece un rilievo determinante al momento dell'autorizzazione alla realizzazione, allorché il progetto della struttura è sottoposto alla preventiva verifica da parte della Regione "in rapporto al fabbisogno complessivo e alle localizzazioni territoriali esistenti in ambito regionale".

Dunque questo primo momento viene superato se ed in quanto interviene il vaglio programmatico, la cui acquisizione è condizione per la successiva autorizzazione all'esercizio e quindi all'ingresso nel sistema sanitario.

Una volta conseguita l'autorizzazione dell'esercizio, le strutture potranno scegliere se rimanere nel sistema sanitario orientando la loro attività al privato ovvero entrare nel Servizio sanitario sottoponendosi ad un ulteriore esame consistente (art. 8 quater) nella *"loro rispondenza ai requisiti ulteriori di qualificazione, alla loro funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e alla verifica positiva di programmazione regionale e alla verifica positiva all'attività svolta e dei risultati raggiunti"*.

Il superamento di questo secondo esame porta all'accreditamento istituzionale e cioè all'atto concessorio, con cui la Regione legittima la singola struttura a stare nel Servizio Sanitario.

Sulla configurabilità di atto concessorio occorre tuttavia chiarirsi e ciò soprattutto per quanto riguarda il grado di discrezionalità che non è pieno come poteva esserlo nel regime di convenzionamento, laddove la Regione provvedeva sulla base di una complessiva valutazione programmatica. Nel caso invece dell'accreditamento, come meglio vedremo in seguito, la valutazione programmatica è già avvenuta al momento dell'autorizzazione alla realizzazione, la cui determinazione pertanto circoscrive e limita la discrezionalità della Regione in questo secondo momento. Per cui, sotto questo profilo, viene messa in discussione la predetta configurazione concessoria risultando determinante una funzione accertativa in ordine cioè alla sussistenza di ulteriori requisiti di qualificazione, di funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione nonché in ordine alla verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti. Sicché, come è agevole dedurre, la discrezionalità residua solo rispetto agli indirizzi della programmazione ed in misura riduttiva se si considera che la maggioranza delle Regioni, tra cui la Regione Lazio, hanno previsto che debbono essere preventivamente stabiliti gli ulteriori requisiti di qualificazione, gli indicatori ed i livelli di accettabilità dei risultati raggiunti. Il che sta a confermare come la verifica programmatica all'atto dell'autorizzazione resti pregiudiziale e come invece le ulteriori condizioni per l'accreditamento denotino valenze accertative piuttosto che concessorie.

Le regole valgono per le strutture pubbliche e private, stante il principio della parità di dette strutture sancito dall'art. 6, comma 7, della Legge 724 del 1994, anche se tale parità è rimasta sin qui sulla carta perché in effetti le strutture pubbliche sono state destinatarie di un trattamento riservato, come se il Servizio Sani-

tario fosse aperto solo ad esse. Quanto vi precede viene affermato pur senza ignorare la giurisprudenza (da ultimo Cass., Sez. Unite, n. 14335 dell'8.7.2005 secondo cui la sostituzione del regime di accreditamento a quello preesistente non ha modificato la natura del rapporto tra struttura pubblica ed USL, il quale resta di natura concessoria: la stessa giurisprudenza non ha tuttavia ommesso di precisare che nell'attuale regime si è in presenza di concessioni ex lege di attività di servizio pubblico: il che dà evidenza ad un potere della Regione accertativo rispetto alle condizioni previste dalla legge pur senza sottovalutare il potere programmatico della Regione stessa pur se nei limiti di cui sopra si diceva.

L'accreditamento comunque non esaurisce il procedimento per il pieno ingresso nel Servizio Sanitario ma conferisce solo il titolo di soggetto potenziale alla erogazione della prestazione in regime di assistenza diretta. Il che spiega come, allorché sia stato perfezionato il passaggio dal vecchio al nuovo e dunque si sia usciti dal regime di accreditamento provvisorio, di cui già si diceva, i soggetti erogatori pubblici e privati accreditati dovrebbero risultare in numero superiore rispetto alla esigenza del fabbisogno in conformità ad altri principi di legge, tra cui il diritto di scelta e la competitività. Questa è stata la concezione di fondo della riforma la cui ratio ispiratrice (cfr. Consiglio di Stato, Sez.V, del 18.11.2002) è stata concepita al fine *“di pervenire ad un rapporto ottimale tra costi e qualità raggiungibili attraverso un sistema concorsuale tra strutture pubbliche e private fra loro”*: finalità questa che è diventata normativamente sempre più evidenziata rispetto alla prima edizione del D.Lgs. 502. Questo però sempre sul piano teorico perché nella realtà solo le strutture private sono state destinatarie delle nuove forme di pagamento attraverso le tariffe denominate DRG, mentre quelle pubbliche, non costituite ad azienda ospedaliera, sono rimaste sotto la protezione dell'ASL di appartenenza.

Sorge a questo punto la domanda circa la posizione giuridica della struttura che, autorizzata all'esercizio, intenda accedere all'accreditamento: si tratta di interesse legittimo o di diritto soggettivo? La risposta è direttamente collegata alla configurazione giuridica dell'atto di accreditamento, di cui già si diceva in precedenza. Ed invero, a seconda che prevalga la concezione di atto concessorio ovvero di atto accertativo la posizione del soggetto interessato si identifica rispettivamente in un interesse legittimo ovvero in un diritto soggettivo.

La soluzione non si profila rigorosamente nell'uno o nell'altro senso anche se l'accertamento di ulteriori requisiti di qualificazione, rispetto a quelli già in essere per l'acquisita autorizzazione, lascerebbe ritenere prevalentemente la configurazione di un diritto soggettivo in presenza di detti requisiti. Senonché si è visto che l'atto di accreditamento presuppone altresì la funzionalità rispetto agli indirizzi della programmazione nonché la verifica positiva dei risultati raggiunti: con la conseguenza che la valutazione regionale deve tener conto della rispondenza della struttura in termini soprattutto di tipologia e quindi di necessità secondo gli indirizzi della programmazione avendo riguardo ai principi fondamentali della libertà di scelta, della parità di struttura e competitività nonché avendo riguardo ai risultati raggiunti in passato. Sicché la discrezionalità si presenta piuttosto marginale per sparire completamente rispetto alle strutture per le quali

non sono ipotizzabili scenari di sviluppo tecnologico più consoni alla domanda sanitaria e cioè rispetto alle strutture residenziali socio-sanitarie, quali sono le Residenze sanitarie assistenziali, i luoghi di lungodegenza. Per contro la discrezionalità residuale si riferisce in particolare alle strutture per acuti sia a livello di degenza notturna e diurna sia a livello di presidio ambulatoriale in genere.

L'assenza o comunque la marginalità della discrezionalità si giustifica anche per il fatto che il percorso di accesso al Servizio Sanitario si completa con un terzo atto: quello dell'accordo contrattuale.

C'è però da chiedersi che cosa accade se in una Regione non sia ancora operativo il sistema di accreditamento definitivo a causa dei ritardi accumulati dall'Amministrazione regionale nel quadro normativo di riferimento. Ebbene, così come ha ritenuto il Consiglio di Stato (Sez. 5, n.3676 del 1.7.2005) la mancata emanazione degli atti indefettibilmente prodromici al varo del sistema dell'accertamento definitivo, lungi dall'esonerare l'Amministrazione dal dovere di provvedere, costringe piuttosto la P.A. ad assumere una condotta amministrativa coerente con la scelta di non svolgere le proprie funzioni istituzionali di pianificazione e di definizione degli standard di settore.

Accordi contrattuali

L'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs. 502, ha previsto che le Regioni e le Unità Sanitarie Locali definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati "*anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi*". Questo è il momento in cui il rapporto costi-benefici deve essere perfetto nel senso che le risorse debbono corrispondere esattamente ai bisogni da soddisfare: la violazione di questo sinallagma è causa di inadempimento contrattuale con i comprensibili effetti risarcitori.

Il che può spiegare che, vigendo l'accreditamento provvisorio, il suddetto binomio è stato perseguito attraverso la c.d. regressione tariffaria con la imposizione di tetti di fatturato, raggiunti i quali le prestazioni restavano praticamente senza remunerazione. Sistema che ragionevolmente diventa impraticabile se le Regioni optano per la terza fase consistente nella stipula di accordi, definiti sulla base della nota logica corrispettiva del dare e dell'avere in violazione del quale soccorrono le norme e i principi di diritto comune che prevedono, in particolare, il predetto inadempimento con tutte le conseguenze del caso.

Quel che a questo punto occorre approfondire è se l'accordo od il contratto sono modalità dell'accreditamento ovvero sono istituti autonomi, costituenti principi fondamentali alla stregua dell'autorizzazione e dell'accreditamento: solo nella prima ipotesi il ricorso o meno a tale forma contrattuale dipende dalla volontà della Regione.

L'esame o meglio la funzione della soluzione contrattuale porta a ritenere che siamo in presenza di uno strumento, mirato a misurare e a ripartire il budget disponibile da parte delle singole aziende. E se è questa la funzione, prevale allora la natura strumentale e quindi la facoltà della Regione di introdurlo e disciplinare o meno la suddetta forma contrattuale. La scelta ovviamente è collegata ad altri fattori, coincidenti soprattutto con la programmazione e con il diritto di scelta. Ed invero il quadro programmatico esaurisce i suoi effetti al momento dell'autorizzazione alla realizzazione di ogni singola struttura: in questo momento infatti viene in essere il rapporto tra fabbisogno e risorse e quindi l'esigenza o meno di nuove aperture, trasformazioni ed ampliamenti; il successivo momento dell'accreditamento, si è già visto, rileva per i maggiori requisiti di qualificazione funzionale ma sempre in riferimento al tracciato quadro programmatico. La scelta della Regione si consuma quindi attraverso questi due momenti: il successivo e terzo momento interviene quando, come deve essere, le strutture accreditate per ciascuna tipologia siano quantitativamente superiori al fabbisogno. In questo caso il ricorso all'accordo contrattuale diventa conseguenziale per il riparto delle prestazioni e dei mezzi. Quel che è importante - ed è bene sottolineare - è che la discrezionalità dell'Amministrazione regionale si è esaurita in occasione dei primi due momenti: sicché l'accordo o il contratto si muovono nell'ambito delle preordinate previsioni programmatiche adeguando la potenzialità delle singole strutture alle effettive esigenze territoriali.

Ed è altrettanto importante che siano dettati a livello regionale i criteri di questo adeguamento per evitare di assistere ad un frazionamento di criteri a livello delle singole aziende sanitarie: il punto di incontro è la concertazione tra Regione ed ASL ed è questo il motivo per cui il citato art. 8-quinquies si esprime nel senso che *"la Regione e le Unità Sanitarie Locali (...) definiscono accordi (...) e stipulano contratti"*.

In definitiva detti accordi e contratti consentono di passare dalle previsioni alla realtà pratica. E' logico ritenere che sarà la Regione a stabilire se il terzo momento sia applicabile tout court ovvero solo in parte.

Il problema si risolve a seconda che si pone o meno l'esigenza di concorrenzialità in relazione al diritto di scelta. Esigenza evidente per le strutture per acuti o per la riabilitazione, mentre non è tale per le strutture residenziali assistenziali o per altre analoghe, stante la durata dei ricoveri coincidente per la generalità dei casi con tutto il percorso di vita dei soggetti interessati.

Ciò che comunque rimane fermo è che, una volta introdotto il contratto come lo strumento che quantifica e qualifica le prestazioni a livello delle singole strutture o del singolo professionista, il contratto deve prevedere il contenuto indicato della norma, senza che sia possibile alcun automatismo, dovendo le prestazioni essere annualmente concordate nell'ambito territoriale di ciascuna ASL sotto l'aspetto sia qualitativo che quantitativo nel rispetto delle compatibilità economico-finanziarie indicate dalla Regione (in termini, Cons. Stato Sez. V, 5.4.2005 n.1558).

The background is a light blue color with several large, white, abstract, rounded shapes that resemble stylized letters or organic forms. The text is centered within one of these white shapes.

La regressione tariffaria

Il titolo di questa parte riassume il concetto o se si vuole gli effetti di un fenomeno che, se pur rivolto a riequilibrare (si fa per dire) le casse regionali e delle AA.SS.LL., resta indubbiamente un motivo di incertezza per le casse delle strutture private accreditate: diciamo solo private perchè, come meglio sarà detto appresso, il principio stabilito a chiare note dalla legge (art. 6, comma 7 della legge n. 724 del 23 dicembre 1994), sulla pari dignità delle strutture pubbliche e private, è rimasto sulla carta dal momento che, in effetti, le strutture pubbliche hanno continuato ad essere finanziate a bilancio, come prima.

Ma tornando alla regressione, ciò che ci si chiede preliminarmente è capire come tale fenomeno sia nato e cioè: ci sono radici normative ovvero le radici si debbono ricercare in una diffusa applicazione giurisprudenziale che ha costruito il tutto sulla base delle proprie concezioni interpretative? Ecco il nodo fondamentale che occorre affrontare prima di addentrarsi nei contenuti, nelle procedure e metodologie rimaste nel mezzo del percorso, nonchè nelle prospettive più ravvicinate.

Ebbene, sommariamente si può ricordare che, dopo l'avvento della riforma del 1992 (D.Lgs. n. 502/1992), il sistema tariffario è stato originariamente affidato all'allora Ministero della Sanità che, con due decreti (l'uno del 15 aprile 1994 e l'altro del 14 dicembre dello stesso anno), ebbe rispettivamente a fissare i criteri per determinare le tariffe da corrispondere alle strutture accreditate e quindi a stabilire le tariffe stesse.

Questo disegno ministeriale ha costituito la base dell'art. 6 della citata legge n. 724/1994 che, riprendendo la logica sinallagmatica tra prestazioni rese e tariffe corrispondenti (logica introdotta dal citato D.Lgs. n. 502 art. 8, comma 5), ha dato ingresso nel sistema dell'accREDITAMENTO al principio della parità tra strutture pubbliche e private e quindi alla competitività (obiettivo che, come già ricordato, è rimasto nel guado delle buone intenzioni).

Il passo successivo è stato quello di predeterminare i limiti massimi di spesa sostenibile da parte della Regione: obiettivo questo ragionevole e quindi senz'altro apprezzabile nella misura in cui tali limiti fossero stati posti in relazione ad un corrispondente fabbisogno perchè, diversamente ed in caso di un fabbisogno incontrollato, la conseguenza sarebbe stata quella di una sorta di bancarotta ovvero il ricorso ad un meccanismo (quale poi è stata la formula della regressione) che avesse consentito di quadrare il cerchio.

Per la verità l'art. 2 della Legge 28 dicembre 1995 n. 549 è stato concepito in piena linea con il rapporto spesa sostenibile e fabbisogno programmato, dettando due principi:

a) al comma 8 la contrattazione della Regione e delle AA.SS.LL., sentite le Organizzazioni di categoria maggiormente rappresentative, "con le strutture pubbliche e private" di un piano preventivo annuale che stabilisse quantità di prestazioni e tipologie ai fini degli oneri da sostenere;

b) al comma 9, il potere delle Regioni di fissare il livello massimo delle tariffe da corrispondere ai soggetti erogatori entro un intervallo delle tariffe individuate dal Ministero della Sanità e cioè con una riduzione rispetto a queste ultime (adottate con il già su richiamato D.M. del 14 dicembre 1994) non superiore al 20%.

Come è dato riscontrare il sistema tariffario, così ideato, era indubbiamente razionale e conforme ai principi già dettati dalle precedenti leggi con riguardo specifico alla corrispondenza prestazioni-tariffe e, dunque, alla competitività.

Senonchè è mancato un seguito conforme: non vi è stata alcuna programmazione nè tanto meno contrattazione, con il comprensibile risultato che sono state erogate tutte le prestazioni richieste al di là del rapporto costi-benefici e soprattutto al di là delle risorse finanziarie disponibili da parte delle Regioni. Con l'ulteriore conseguenza che, mentre le strutture private accreditate erano sottoposte, quanto meno, a tariffe regionali ridotte nei limiti di cui sopra, le strutture pubbliche per contro sono rimaste allo stato di prima (senza cioè che fosse intervenuto il loro accreditamento) e, come già sottolineato, continuando ad essere finanziate a bilancio.

Si può allora comprendere come la fragilità del sistema sia affiorata subito e con la manifesta evidenza: le risorse non sono state sufficienti per sostenere le prestazioni erogate in difetto di un piano annuale preventivo, come prescriveva la legge.

A questo punto ci potremmo chiedere perchè è stata omessa la programmazione del fabbisogno. La risposta va intuitivamente ricercata non tanto e solo nella intempestiva raccolta dei flussi epidemiologici, territoriali, sociali e così via, ma soprattutto nell'impopolarità di una programmazione limitativa delle prestazioni per assicurare l'equilibrio tra risorse e spesa.

Sulla stessa problematica è tornata la Legge n. 662 del 23.12.1996 (art. 1, comma 32) che nuovamente ha confermato il compito a carico delle Regioni di individuare *“le quantità e le tipologie di prestazioni sanitarie che possano essere erogate nelle strutture pubbliche e in quelle private”*, ribadendo la contrattazione dei piani annuali preventivi. Il che ancora non è avvenuto e, mentre le strutture pubbliche hanno continuato come prima (e cioè ad essere finanziate senza limiti a bilancio), si è cercato di recuperare l'esubero della spesa ricorrendo al meccanismo della regressione tariffaria finalizzata a ridurre, nei confronti delle sole strutture private, i compensi maturati per far tornare i conti e quindi per far ricomprendere la spesa nel budget disponibile per il relativo esercizio finanziario.

Rimedio questo ancor più grave se si considera che la sua applicazione veniva ad essere consumata alla fine dell'anno (nella migliore delle ipotesi) con la comprensibile incertezza dei bilanci delle strutture stesse e ciò a maggior ragione (come è accaduto) allorchè la notifica della riduzione dei compensi è avvenuta, ed avviene, con ritardo di un anno o più rispetto al relativo esercizio.

Intanto la legge (art. 1, comma 32, della Legge 23.12.1996 n. 662) ha insistito nel ribadire che le Regioni individuano, *“nel rispetto dei livelli di spesa stabiliti per l'anno 1996, le quantità e le tipologie di prestazioni sanitarie che possono essere erogate nelle strutture pubbliche e in quelle private”*, assumendo sempre come riferimento la contrattazione di piani preventivi annuali che *“deve essere realizzata in conformità alle predette indicazioni, con la fissazione del limite di spesa sostenibile”*.

La situazione è tuttavia rimasta inalterata: il limite massimo c'è stato, ma sempre circoscritto alle strutture private attraverso il criterio scalare ovvero della modulazione tariffaria e cioè, come già si diceva, fissando tale limite di spesa per il comparto di dette strutture e salvo, a posteriori, abbattere le tariffe dovute fino a ricomprendere l'importo complessivo nell'assegnato budget complessivo.

Il che, ragionevolmente, ha portato a disapplicare il ricordato principio della sinallagmaticità dei compensi tariffari predeterminati a fronte della prestazione resa.

La giurisprudenza, da parte sua, non ha mancato di confermare la legittimità di questa logica commutativa (prestazioni-tariffe) nel senso cioè che le strutture private hanno il diritto di conoscere preventivamente il corrispettivo che deriva loro dalle prestazioni erogate, pur senza sottacere che il problema era quello di contemperare le esigenze di organizzazione del settore, ivi comprese quelle di carattere finanziario, con quella che muove la controparte ad agire nel campo imprenditoriale.

La stessa giurisprudenza ha inoltre avvertito che la retrodatazione delle tariffe predeterminate trova il limite nella tutela delle prestazioni giuridiche dei soggetti incisi i quali, in buona fede, abbiano fatto affidamento sulla situazione tariffaria in atto nel pregresso arco temporale in cui le prestazioni sono state erogate.

Nei termini che precedono è riassumibile l'orientamento giurisprudenziale, elaborato dai Giudici Amministrativi in relazione ai ritardi delle Regioni nell'adozione del sistema tariffario prima dell'inizio dell'anno di riferimento.

La questione, però, ha subito in prosieguo significative trasformazioni di fronte all'incalzare della regressione che, in un primo tempo, si è manifestata attraverso la fissazione dei tetti di fatturato e cioè: a ciascuna struttura privata è stato in un primo tempo assegnato un limite del fatturato oltre il quale le prestazioni non erano pagate o lo erano in misura ridotta. Metodo, questo, ritenuto legittimo dal Consiglio di Stato nei limiti della ragionevolezza e logicità, per il cui vaglio restava decisiva la verifica della percentuale in riduzione che doveva essere concretamente prevista senza scompagnare ogni programma imprenditoriale.

Questo metodo, pur se limitato al solo settore privato, nelle buone intenzioni poteva pur avere una qualche giustificazione in quanto ciascuna struttura aveva la possibilità di conoscere preventivamente il suo budget e quindi regolarsi di conseguenza anche (si fa per dire) sospendendo l'attività, come ha riconosciuto la stessa giurisprudenza per le strutture non impegnate nel pronto soccorso.

Senonchè la situazione è precipitata nei casi in cui il riferimento non è più stato il budget individuale ma il budget assegnato a tutto il comparto, con la conseguenza che le strutture intessate, nella migliore delle ipotesi, hanno potuto avere conoscenza del loro avere a bilancio concluso.

Ma quali sono le cause di questa situazione in cui la regressione è uscita dalle maglie della legge e comunque in un certo senso legittimata dalla giurisprudenza pur nei limiti di cui si è fatto un breve cenno?

Ebbene, le cause fondamentali possono essere ricondotte a due:

a) la mancata o parziale applicazione delle procedure previste dalle leggi, con riguardo soprattutto alla contrattazione dei piani preventivi annuali;

b) il raffreddamento del processo dell'accreditamento che, nella maggioranza dei casi, si è fermato alla soglia degli atti conclusivi identificati nella stipula dei contratti individuali.

In altre parole, si sa che il sistema concepito dalle leggi statali e da quelle regionali si articola in tre momenti essenziali: l'autorizzazione (alla realizzazione e poi all'esercizio delle strutture, compatibilmente con il fabbisogno per la relativa tipologia); l'accreditamento alla luce dei requisiti ulteriori; il contratto individuale attraverso cui la struttura accreditata da soggetto erogatore potenziale diventa soggetto effettivo, portatore di diritti e obblighi nei limiti contrattuali.

Il disegno è invece rimasto a metà e dunque le Regioni, pur di salvare il salvabile, hanno esercitato il meccanismo della regressione trasformando le tariffe da predeterminate a flessibili ed è questa la realtà che per buona parte persiste.

Cosa fare? Certamente bisogna pur attraversare il guado per non tornare indietro (convenzionamento). Non è con questo che gli accordi contrattuali siano il toccasana ma almeno hanno il vantaggio che consente di uscire dalla incertezza tariffaria, censurata - questo sì - dalla giurisprudenza pur se attraverso contraddizioni varie.

Ed invero non si riuscirà mai a comprendere come possano essere conciliate tra loro alcune statuizioni del Giudice Amministrativo il quale, come già ricordato, in più occasioni ha reiterato il principio secondo cui deve essere salvaguardato l'affidamento delle strutture accreditate, le quali debbono preventivamente conoscere le risorse che vengono a ciascuna di esse attribuite.

Ma tale principio sta a significare esattamente una posizione opposta alla regressione, che invece, a posteriori, vuole ridurre la tariffa predeterminata. Tanto più che la stessa giurisprudenza ha dato evidenza all'attività programmatica come momento propedeutico, aggiungendo che (Cons. Stato, Sez. V, n. 6385 del 18.11.2002) le strutture accreditate hanno una *"pretesa giuridicamente protetta a veder individuato con congruo anticipo non solo la misura ed il livello complessivo delle prestazioni rese ai pazienti che danno titolo al relativo rimborso, ma anche criteri correttivi e compensativi"*.

Con la conseguenza - ha proseguito il supremo organo amministrativo - che la mancata individuazione preventiva da parte delle singole ASL "di adeguati criteri di ripartizione delle risorse disponibili, per se stesse soggette a variazioni in sede di programmazione regionale, può tradursi in una inerzia ingiustificata e, quindi, in un danno patrimoniale per la singola struttura, che abbia reso un servizio utile alla collettività ove la stessa venga privata dal diritto al compenso, da parametrare sulla base delle singole prestazioni rese".

Si tratta di un indirizzo espresso anche dalla Corte Costituzionale (sent. n. 355 del 2002), secondo cui "l'inosservanza ingiustificata dei tempi, entro cui le amministrazioni pubbliche debbono svolgere le proprie funzioni, si traduce in una fonte di responsabilità civile".

Da qui il problema di conciliare questo orientamento con la legittimità della regressione tariffaria (con la possibilità cioè che il fatturato di ciascuna struttura possa subire tagli quando il fabbisogno superi il budget disponibile).

Ed è per questo che, in questa seconda iniziativa monocratica, si è ritenuto utile di aprire un dibattito sulla subjecta questione anche al fine di sollecitare in qualche modo un passo avanti, nella consapevolezza che la regressione affossa le strutture private senza affatto giovare al Servizio Sanitario.

Senza poi ignorare affatto che anche l'avanzato processo della privatizzazione esige che il rapporto di accreditamento coinvolga pubblico e privato con gli stessi diritti ed obblighi in via contrattuale e sullo stesso budget complessivo, restituendo così dignità non solo alla parità e alla competitività ma al principio sinaltagmatico dei compensi a fronte delle prestazioni rese.

Tutto ciò tuttavia senza cadere nel massimalismo, nel senso cioè che le regole non possono essere ipso iure generalizzate ad ogni costo ma la loro applicazione deve tener conto della realtà fattuale.

Il che significa dover riservare attenzione particolare a quelle tipologie che assicurano trattamenti insostituibili nonchè a quelle strutture a carattere socio-sanitario la cui attività, oltre a contribuire alla razionalizzazione della spesa, risponde al fenomeno, auspicabilmente sempre in crescendo, del prolungamento della vita.

Molto comunque dipenderà dalla programmazione preventiva ma nondimeno dalla rigorosa applicazione delle norme sulla autorizzazione di nuove strutture in armonia con la loro fattibilità e compatibilità con l'effettivo fabbisogno per la branca di appartenenza.



Appendice giurisprudenziale

I. Tetti di spesa – splafonamenti - regressioni

4898* 29 ottobre 2003 – Sez. I – Pres. BARBIERI, Est. CASO . C.S.I.A. (avv.ti M. e C. Bassani e Pagliosa) c. Regione Lombardia (avv.ti Vivone e Santagostino), Presidenza Consiglio dei ministri ed altri (Avv.ra distr. Stato) ed altro (n.c.).

Servizio sanitario nazionale – programmazione – Distribuzione delle risorse – Competenza della Regione – Limiti di spesa per i soli operatori privati – Illegittimità.

Spetta alla Regione individuare le risorse relative a tutto il settore dell'assistenza sanitaria e, attraverso gli accordi con le strutture pubbliche e i contratti con quelle private conclusi dalle Aziende territorialmente competenti ai sensi dell'art. 8 quinquies D.L.vo 30 dicembre 1992 n. 502, disporre l'utilizzazione delle risorse in ragione delle prestazioni concretamente erogabili da parte di ciascuna struttura, pubblica o privata, garantendo altresì un'ampia, seppur regolata, concorrenza, in modo da contribuire all'erogazione delle prestazioni con la minore spesa possibile; pertanto, è illegittima la fissazione di limiti di spesa per i soli operatori privati priva di motivazione in ordine all'incidenza comparativa di tali misure sulle strutture pubbliche, ovvero in difetto di raffronto tra le due distinte tipologie dei detti operatori, in violazione del principio di equiordinazione tra le istituzioni erogatrici.

Cfr. Cons. Stato, V Sez., 31 gennaio 2003 n. 499, in Cons: Stato 2003, I, 151, e T.A.R. Napoli, I Sez., 5 giugno 2002 n. 3336, in questa Rassegna 2002, I, 3054.

(*) Seguono la sent. N. 4899, che è identica, nella massima, alla presente sent. N. 4898; le sentt. Nn. 4900, 4903, 4905 e 4906, che riaffermano i principi pacifici in tema, rispettivamente, di trattativa privata, di autotutela, di interesse all'impugnazione e di procedimento amministrativo; le sentt. Nn. 4901 e 4902, che riaffermano giurisprudenza consolidata alla Sezione in tema di dispensa dal servizio sostitutivo civile; la sent. n. 4904, che è motivata in fatto.

* * *

I 667* 29 marzo 2004 –V Sez: - Pres. FRASCIONE, Est. MASTRANDREA – Studio radiologico Quarta Colosso G. e P. (avv.ti G. e G. Pellegrino) c.Azienda U.S.L. LE 3 ed altro (avv. Portaluri) – (annulla T.A.R. Lecce , Il Sez., 26 Luglio 2003 n. 5397) (**).

Servizio sanitario nazionale – Programmazione – Determinazione tetto di spesa – Obbligo – Conseguenze.

Servizio sanitario nazionale – Organizzazione – Strutture pubbliche e private – Posizione paritaria - Obbligo – Conseguenze.

Servizio sanitario nazionale – Prestazioni – Assistenza sanitaria – Strutture pubbliche e private – Libera scelta del cittadino – Conseguenze.

Il valore autoritativo e vincolante delle determinazioni regionali in tema di limiti alle spese sanitarie, ai sensi dell'art. 332 comma 8 L. 27 dicembre 1997 n. 449, si rapporta alla necessità che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema si svolga nell'ambito di una seria ed effettiva pianificazione finanziaria, con la conseguenza che tale imprescindibile funzione programmatica, tendente a garantire la corretta gestione delle risorse disponibili, deve intervenire in ogni caso, perché la fissazione dei limiti di spesa rappresenta l'adempimento di un preciso ed ineludibile obbligo che influisce sulla possibilità stesa di attingere le risorse necessarie per la remunerazione delle prestazioni erogate. (Nella specie, la Sezione ha affermato che la pianificazione autoritativa della Regione e la necessità di adottare misure finanziarie contenitive non posso precludere del tutto un'effettiva azione concordata tra strutture sanitarie territoriali e soggetti privati operatori, nell'interesse generale del raggiungimento di elevati standard qualitativi del servizio reso a fronte di un costo sostenibile).

Nel sistema sanitario impostato dalla L. 27 dicembre 1997 n. 449, i presidi del Servizio sanitario nazionale, siano essi pubblici o privati, vanno considerati su un piano di parità, assicurata quest'ultima dal finanziamento di tali strutture sulla base di un ammontare globale predefinito, determinato in relazione alle remunerazioni corrispondenti alle prestazioni che l'Azienda sanitaria territoriale acquista (in base all'accordo o al contratto) da ogni struttura, pubblica o privata che sia.

Posto che l'ordinamento del Servizio sanitario nazionale salvaguarda il diritto di libera scelta del cittadino tra le strutture pubbliche e quelle private, ogni intervento amministrativo deve operare in base ad elementi oggettivi e non meramente soggettivi (ad esempio, evitando di fissare i tetti di spesa, che pur sono astrattamente legittimi date le insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica).

Cfr., in termini, V Sez. 31 gennaio 2003 n. 499, in questa Rassegna 2003, I, 151, che ha annullato T.A.R. Lecce, Il Sez., 13 settembre 2001 n. 5260. Anche in questa occasione il Collegio ha sancito l'illegittimità della fissazione di tetti di spesa senza una effettiva negoziazione.

(*) La dec. N. 1665 ordina l'esecuzione di giudicato; la dec. N. 1666 dichiara l'irricevibilità del ricorso.

(**) Le massime di questa decisione sono state inserite in Italedi on line: www.giurisprudenza.it

1663* 29 marzo 2004 – V Sez. – Pres. FRASCIONE, Est. MASTRANDREA – Federlab ed altri (avv.ti Meo e Flotti) c. Regione Campania (avv.ti Baroni e D'Elia), A.S.L. Salerno 2 (Avv.ti Casilli e Tortora) ed altri (n.c.) – (Annulla in parte T.A.R. Campania, I Sez., 6 dicembre 2002 n. 7848) (**).

Servizio sanitario nazionale – Organizzazione – Strutture pubbliche e private – Svolgimento servizio pubblico – Criterio distintivo ed effetti. Servizio sanitario nazionale – Convenzionamento esterno – Accreditemento – Limiti alle prestazioni erogabili – Determinazione unilaterale A.S.L. – Illegittimità.

Servizio sanitario nazionale – programmazione – Determinazione tetto di spesa – Effetto retroattivo – Illegittimità.

Le strutture sanitarie pubbliche e quelle private accreditate prestano un servizio pubblico, ma soltanto le seconde lo svolgono nei limiti stabiliti contrattualmente, senza che alcuna differenza sussista sotto il profilo della diversa "entità" del servizio da rendere, e quindi anche della complessità strutturale, che deve essere assunta in funzione della necessità di dover garantire prestazioni che presuppongono la disponibilità di attrezzature specialistiche e l'adibizione alle stesse di personale che ne assicuri l'adeguato funzionamento nell'arco del tempo necessario.

L'Azienda sanitaria locale, in quanto soggetto (anche) erogatore di prestazioni, non può fissare in via unilaterale e autoritativa (e quindi fatta salva la corretta applicazione degli strumenti consensuali espressamente previsti dalla legge) limiti stringenti e invalicabili alle erogazioni di prestazioni fornite dai privati, in quanto resta fermo il principio che spetta alle Regioni il relativo potere programmatario-autoritativo.

E' illegittima la deliberazione con la quale la Regione fissa i tetti di spesa sanitaria con effetto retroattivo, violando così le aspettative dei singoli operatori che, rimasti privi della necessaria guida programmatrice, abbiano fatto affidamento sulla situazione in atto.

1.-2.-3.- Cfr: V Sez. 30 aprile 2003 n. 2253, in questa Rassegna 2003, I, 575.

(*) La dec. n. 1661 do atto della rinuncia; la dec. N. 1662 annulla T.A.R. Piemonte, I Sez., 27 novembre 2002 n. 1982, riaffermando principio pacifico in tema di irrilevanza dell'omesa indicazione del responsabile del procedimento nell'atto amministrativo.

(**) Le massime e il testo di questa decisione sono stati inseriti in Italedi on line: www.giurisprudenza.it

* * *

T.A.R. Lombardia, Milano, Sez. I, 23 aprile 2004, n. 1448 –

Prestazioni sanitarie – Tariffe – Criteri generali – Tetto di spesa – Regressione tariffaria – Legittimità.

La regressione progressiva del rimborso tariffario per le prestazioni sanitarie che eccedano il tetto massimo di spesa previsto costituisce legittima attuazione del potere autoritativo affidato alle Regioni, rappresentando un criterio strumentale all'obiettivo del contenimento della spesa, giustificato dalla possibilità che le imprese fruiscono di economie di scala ed effettuino opportune programmazioni della rispettiva attività; pertanto, tale sistema, accettato dagli operatori sanitari privati con la stipulazione del contratto che definisce i rapporti giuridico-economici con l'azienda sanitaria locale di riferimento, permette a ciascuna struttura di conoscere il limite (cd. Valorizzato dell'anno precedente) oltre il quale vi è rischio di regressione, ancorché l'entità della contrazione possa essere stabilita solo a consuntivo.



T.A.R. Lombardia, Milano, Sez. I, 29 settembre 2003, n. 4898 –

Accreditamento – Tariffe – Criteri generali – Tetto di spesa – Art. 32, L. n. 499 del 1997 – Posizione paritaria tra presidi pubblici e presidi privati – Conseguenze – Fissazione limite di spesa solo per i presidi privati – Illegittimità –

Spetta alla Regione individuare le risorse relative a tutto il settore dell'assistenza sanitaria e, attraverso gli accordi con le strutture pubbliche e i contratti con quelle private conclusi dalle aziende territorialmente competenti ai sensi dell'art. 8-quinquies, D.L.vo n. 502 del 1992, disporre l'utilizzazione delle risorse in ragione delle prestazioni concretamente erogabili da parte di ciascuna struttura, pubblica o privata, garantendo altresì un'ampia, seppure regolata, concorrenza, in modo da contribuire all'erogazione delle prestazioni con la minore spesa possibile; pertanto, è illegittima la fissazione di limiti di spesa per i soli operatori privati priva di motivazione in ordine all'incidenza comparativa di tali misure sulle strutture pubbliche, ovvero in difetto di raffronto con le due distinte tipologie dei detti operatori, in violazione del principio di equiordinazione tra le istituzioni erogatrici.



3757 – 10 giugno 2004 – IV Sez. – Pres. TROTTA, Est. DEODATO – Presidenza Consiglio dei Ministri ed altro (avv. St. Gentili) c: Associazione Italiana Ospedalità privata ed altro (avv. Bellini) – (Conferma T.A.R. Lazio, III Sez., 26 maggio 1999 n. 1587, in TAR 1999, I, 2345).

Servizio sanitario nazionale – Programmazione – Piani annuali – Tetto di spesa

Determinazione – Provvedimento tardivo – Illegittimità

E' illegittima la determinazione regionale dei limiti di spesa sanitaria, da adottarsi ai sensi dell'art. 32 comma 8 L. 27 dicembre 1997 n. 449, che intervenga con notevole ritardo, poiché rende impossibile, rispetto a passato, la programmazione dell'attività dei singoli operatori, in contrasto con le finalità di qualsivoglia atto di pianificazione e con pregiudizio degli interessi, pubblici e privati, che la legislazione ha inteso salvaguardare.

Cfr., in termini, IV Sez. 15 febbraio 2002 n. 939, in questa Rassegna 2002, I, 358.

* * *

2296* 22 aprile 2004 – V Sez. – Pres. FRASCIONE, Est. MASTRANDREA – A.N.I.S.A.P. ed altri (avv. Lentini) c. regione Campania (avv.ti Baroni e D'Elia) e A.S.L. Salerno 2 (avv.ti Casilli e Tortora) – (Annulla in parte T.A.R. Napoli, I Sez., 6 dicembre 2002 n. 7845).

Servizio sanitario nazionale – Programmazione – Determinazione tetto di spesa – Legittimità –

Servizio sanitario nazionale – Organizzazione – Presidi pubblici e privati – Posizione paritaria – Conseguenze.

Servizio sanitario nazionale – Programmazione – Determinazione tetto di spesa – Delibera con effetto retroattivo – Illegittimità.

– La fissazione di tetti alla spesa sanitaria è in via di principio legittima, date le insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica, e la circostanza che il diritto alla salute, sancito dall'art. 32 Cost., non va tutelato incondizionatamente.

– Nel sistema sanitario impostato dalla L. 27 dicembre 1997 n. 449, i presidi del Servizio sanitario nazionale, siano essi pubblici o privati, vanno considerati su un piano di parità, assicurata quest'ultima dal finanziamento di tali strutture sulla base di un ammontare globale predefinito, determinato in relazione alle remunerazioni corrispondenti alle prestazioni che l'Azienda sanitaria locale acquista (in base all'accordo o al contratto) da ogni struttura, pubblica o privata che sia.

– E' illegittima la deliberazione con la quale la Regione fissa i tetti di spesa sanitaria con effetto retroattivo quando è interamente trascorso l'esercizio annuale di riferimento, violando così le aspettative dei singoli operatori che, rimasti privi della necessaria guida programmatica, abbiano fatto affidamento sulla situazione in atto.

Cfr. V Sez. 31 gennaio 2003 n. 499 e 30 aprile 2003 n. 2253, in questa Rassegna 2003, I, 151 e 1014.



Consiglio di Stato

Con due sentenze il Consiglio di Stato ha ribadito il principio secondo il quale le ASL non possono fissare “in via unilaterale ed autoritativa” limiti “stringenti e invalicabili” alle erogazioni di prestazioni fornite da strutture private “non potendo che spettare alle Regioni” il relativo potere.

I giudici hanno aggiunto che, anche se i tetti di spesa sono in via di principio legittimi, “date le insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica”, al tempo stesso il rispetto di alcuni principi fondamentali “impone l’osservanza scrupolosa di una procedura di imposizione trasparente e il più possibile concertata con i diretti interessati”.

Le pronunce (nn. 1663 e 1667/2004 della quinta sezione) hanno riguardato due situazioni verificatesi in Puglia e in Campania. Nel primo caso è stato accolto il ricorso in appello di uno studio radiologico contro la ASL LE/2, e riguardava i tetti di spesa per il 2003.

Nel secondo caso è stato accolto il ricorso di un gruppo di strutture e del Sindacato dei Laboratoristi Campania Federlab contro la ASL Salerno 2, e riguardava la delibera della Giunta Regionale della Campania che aveva imposto tetti di spesa per gli anni 2001 e 2002 alle strutture operanti in regime di accreditamento provvisorio.

* * *

2581 *23 maggio 2005 – V Sez. – Pres. Frascione, Est. Lamberti – Soc. Analysis ed altri (avv. Bellini) c. ASL n. 2 Savonese (avv. Casanova e Pipicelli) ed altro (n.c.) – (Conferma T.A.R. Liguria 1 agosto 2003 n. 910).

I. – Servizio Sanitario nazionale – Programmazione – Determinazione tetto di spesa – art. 32 comma 8 L. n. 449 del 1997 – Obbligo.

I. – Il valore autoritativo e vincolante delle determinazioni regionali in tema di fissazione di limiti alle spese sanitarie, ai sensi dell’art. 32 comma 8 L. 27 dicembre 1997 n. 449, si rapporta alla necessità che l’attività dei vari soggetti operanti nel sistema si svolga nell’ambito di una seria ed effettiva pianificazione finanziaria, con la conseguenza che tale imprescindibile funzione programmatoria, tendente a garantire la corretta gestione delle risorse disponibili, deve intervenire in ogni caso, perché la fissazione dei limiti di spesa rappresenta l’adempimento di un preciso e ineludibile obbligo che influisce sulla possibilità stessa di attingere le risorse necessarie per la remunerazione delle prestazioni erogate.

Cfr. V Sez. 31 gennaio 2003 n. 499, in questa Rassegna 2003, I, 151.

(*) La dec. N. 2579 conferma TAR Catanzaro 23 gennaio 2002 n. 83 applicando principi consolidati in tema di svolgimento di mansioni superiori da parte dei dipendenti USL; la dec. N. 2580 conferma TAR Lecce, II Sez., 20 dicembre 2001 n. 7397 applicando principi consolidati in tema di tetto per spese sanitarie 1998.

* * *

T.A.R. Lombardia, Milano, Sez. I, 20 dicembre 2004, n. 6508

Prestazioni sanitarie – Tariffe – Criteri generali – Tetto di spesa – Art. 32, L. n. 449 del 1997 – Determinazione – Finalità – Prestazioni rese i eccedenza – Pagamento – Esclusione.

Ai sensi dell'art. 32, comma 8, L. 27 dicembre 1997, n. 449, nell'ambito delle prestazioni di specialistica ambulatoriale e diagnostica strumentale erogate in regime di accreditamento con la Regione, ove coesistano il momento autoritativo e quello negoziale, la negoziazione è necessariamente condizionata dal quadro finanziario di riferimento e dall'interesse di tutti gli operatori accreditati ad una ragionevole ripartizione delle risorse che ponga ciascuno in condizione di conoscere in anticipo l'ammontare del finanziamento disponibile; pertanto, gli operatori non possono (e non devono) erogare prestazioni a carico del detto servizio sanitario oltre il volume massimo concordato in sede di negoziazione ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lett. b), D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, atteso che la legittimità dei limiti di spesa connessi ai tetti fissati dalla Regione comporta per la struttura privata accreditata una carenza di titolo e di obbligo a rendere prestazioni agli assistiti oltre il tetto preventivato. (Nella specie. È stato ritenuto che le esigenze di contenere la spesa sanitaria nei limiti dello stanziamento legittima la Regione a fissare tetti di spesa individuali, che si traduce nell'offerta ai singoli operatori del budget per ciascuno di essi disponibile, questi ultimi devono ritenersi legittimati a negoziare i volumi di prestazioni che entro il detto limite di budget ritengano di poter garantire alle condizioni tariffarie previste dall'atto di programmazione).

* * *

2581 – Sez.V – 23 maggio 2005 – Pres, Frascione – Est. Lamberti – Soc. L. s.a.s. e altro (avv. Bellini) c.ASL Savonese (avv, Casanova, Pipicelli9, Regione Liguria. (Conferma TAR Liguria 1° agosto 2003 n. 910).

(5304/564) Liguria – Sanità e igiene – Strutture private convenzionate – Tetto di spesa – Volume massimo dei corrispettivi – Determinazione – Competenza – E' del direttore generale dell'AUSL.
(7608/1128) Sanità pubblica – Servizio Sanitario nazionale – Spese sanitarie – Limiti – Determinazioni regionali – Valore autoritativo e vincolante.

In ambito sanitario, compete al direttore generale dell'azienda u.s.l. determinare, ai sensi dell'art. 17 comma 2, l. rg. Liguria 30 luglio 1999 n. 20, il testo di spesa per quanto concerne il volume massimo dei corrispettivi erogabili alle strutture private convenzionate. In ambito sanitario, il valore autoritativo e vincolante delle determinazioni regionali in tema di limiti alle spese sanitarie, ai sensi dell'art. 32 comma 8, l. 27 dicembre 1997 n. 449, si rapporta alla necessità che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una seria ed effettiva pianificazione finanziaria, con la conseguenza che tale imprescindibile funzione programmatoria, tendente a garantire la corretta gestione delle risorse disponibili, deve intervenire in ogni caso, perché la fissazione dei limiti di spesa rappresenta l'adempimento di un preciso ed ineludibile obbligo che influisce sulla possibilità stessa di attingere le risorse necessarie per la remunerazione delle prestazioni erogate.

* * *

3738 – 7 luglio 2005 – V Sez. – Pres. Elefante, Est. Lamberti – Regione Lazio (avv. Caroleo) c. A.S.L. Roma A (avv. Possi) ed altro (n.c.) – (Conferma T.A.R. Lazio, II Sez., 11 giugno 2004 n. 5568).

Termine per l'impugnazione – Pubblicazione – Rilevanza – Condizione. Servizio sanitario nazionale – Prestazioni – Rimborso tariffario – Superamento tetto massimo – Regressione del rimborso – Legittimità – Limite.

– La piena conoscenza dell'atto si ricollega alla avvenuta individuazione non solo della mera esistenza dell'atto stesso, ma anche del suo contenuto, sicchè la sua pubblicazione vale a determinare la decorrenza del termine solo se prevista da una norma, in assenza della quale essa non può surrogare il principio della piena conoscenza del provvedimento lesivo, salvo indurre un effetto esageratamente presuntivo ed aleatorio per i diretti interessati, non gratificati dalla notificazione individuale.

La regressione del rimborso tariffario per le prestazioni sanitarie che eccedono il tetto massimo non è contemplata in modo espresso da nessuna delle leggi che hanno successivamente regolato i poteri regionali in materia, ma va ritenuta legittima attuazione del potere autoritativo affidato alle Regioni, trattandosi di un criterio strumentale all'obiettivo del contenimento della spesa, che trova sua giustificazione concorrente nella possibilità che le imprese fruiscono di economie di scala e che effettuino opportune programmazioni della rispettiva attività, ferma restando, perciò la non incidenza della decurtazione per i rapporti già esauriti o delle prestazioni già erogate.

Cfr., fra le tante, IV Sez., 15 dicembre 2003 n. 8219, in questa Rassegna 2003, I, 2763

Cfr., IV Sez. 15 febbraio 2002 n. 939 e V Sez. 2 ottobre 2000 n. 5208, in questa Rassegna 2002, I, 358, e 2001, I, 2125.



Cons. giust. Sicilia, 5 maggio 2005, n. 280 (ord.za)

Prestazioni sanitarie – Tariffe – Contenzioso – Tetto di spesa – Prestazioni rese in eccedenza – Determinazione decremento tariffario – Giurisdizione.

Viene rimessa all'Adunanza plenaria la questione relativa alla sussistenza o meno della giurisdizione del giudice amministrativo sulle controversie sugli atti con i quali un'azienda sanitaria, sulla base delle previsioni del piano sanitario e dei criteri dettati in materia dall'amministrazione regionale, stabilisce il tetto di spesa (budget) per le prestazioni erogate nel corso dell'anno dalle singole strutture accreditate, con correlativa fissazione di meccanismi di decremento tariffario per le prestazioni eccedentarie.

* * *

1660 – Sez. I – 18 ottobre 2005- Pres. Nappi – Est. Donadono – Diagnostica per immagini s.r.l. (avv. Iacoberlli, Casertano) c. Regione Campania (avv. dell'Isola).

((7608/12) Sanità pubblica – In genere – Piano sanitario regionale – Ritardo nell'adozione – preclusione alla determinazione dei tetti di spesa sanitaria – Esclusione.

(6708/156) Procedimento amministrativo – Partecipazione al procedimento – Volto all'adozione del piano regionale dei tetti di spesa sanitaria – Difetto di partecipazione procedimentale – Non può essere fatto valere – Ragioni.

(7608/12) Sanità Pubblica – In genere – Programmazione regionale dei tetti di spesa sanitaria – Equa distribuzione dei pesi derivanti dall'intervento della delimitazione della spesa – Tra settore pubblico e settore privato – Necessità – Ragioni.

(7608/12) Sanità Pubblica – In genere – Strumento dell'accordo contrattuale ex art. 8 quinquies del d.lg. n. 502 del 1992 – Per la delimitazione di spesa di ciascun accreditato – Trova una sua base giuridica nell'art. 11 della l. n. 241 del 1990.

(D.lg. 30 dicembre 1992 n. 502, art. 8 quinquies; l. 7 agosto 1990 n. 241, art. 11)

(7608/12) Sanità Pubblica – In genere – Servizio Sanitario Regionale – Prestazioni sanitarie -Differenza tra i presidi pubblici e quelli privati.

(7608/12) Sanità Pubblica – In genere – Programmazione della spesa sanitaria – Adempimento di un obbligo che influisce sulla possibilità di attingere le risorse necessarie per remunerare le prestazioni erogate.

(7200/228) Regione – Sanità e igiene – Omessa pubblicazione sul b.u.r. degli allegati della determinazione di Giunta regionale del piano annuale delle prestazioni in regime di accreditamento provvisorio e correlati limiti della spesa – Incidenza della legittimità degli atti – Esclusione.

Il ritardo nell'adozione del piano sanitario regionale non può precludere la determinazione ineludibile di tetti di spesa idonei a contenere la spesa sanitaria nell'ambito dei limiti di disponibilità finanziaria regionale.

La programmazione regionale dei tetti di spesa sanitaria sostenibili per gli anni 2001 e 2002 risulta inquadabile nell'art. 13, l. n. 241 del 1990, che esclude l'applicazione

cabilità delle norme del Capo III per l'emanazione di atti amministrativi generali, di pianificazione e di programmazione, con la conseguenza che rispetto ad essa non ci si può lamentare di un difetto di partecipazione procedimentale.

In sede di programmazione regionale dei tetti di spesa sanitaria, emerge la necessità di un'equa distribuzione tra settore pubblico e settore privato dei pesi derivanti dall'intervento della delimitazione della spesa, tale da non pregiudicare il principio della concorrenzialità pubblico-privato e di libera scelta da parte degli assistiti.

Il ricorso allo strumento dell'accordo contrattuale ex art. 8 quinquies del d.lg. n. 502 del 1992 rinviene una sua idonea base giuridica nella generale previsione dell'art. 11, l. n. 241 del 1990 e nella validità sostanziale della scelta di rimettere ad accordi "a valle", a livello di singola Asl, la definizione concreta ed operativa del limite di spesa per ciascun soggetto accreditato secondo i principi che orientano il sistema dell'accreditamento. L'insieme delle prestazioni che il Ssn regionale è chiamato a rendere e deve, quindi, acquistare da strutture pubbliche o private va suddiviso fra le une e le altre in base all'esigenza primaria di assicurare la libertà di scelta dell'utente tra strutture equiordinate, l'efficace competizione fra le strutture accreditate, l'economicità della scelta. L'unica differenza fra i presidi sanitari pubblici e quelli privati può essere, dunque, individuata nel dovere dei primi di rendere, nei limiti determinati dall'assetto strutturale ed organizzativo, le prestazioni sanitarie richieste o necessarie; prestazioni che, per contro, i secondi sembrano dover rendere solo nei limiti stabiliti nel contratto.

Se è vero che in una gestione fisiologica la programmazione della spesa sanitaria dovrebbe sempre essere preventiva, è anche vero che ciò non può comportare un'impensabile decadenza del relativo potere, posto che la fissazione dei limiti di spesa, anche se tardiva, rappresentano comunque l'adempimento di un preciso ed ineludibile obbligo, che influisce sulla possibilità stessa di attingere le risorse necessarie per remunerare le prestazioni erogate.

L'omessa pubblicazione sul BURL degli allegati della determinazione di Giunta regionale del Piano annuale dei volumi delle prestazioni in regime di accreditamento provvisorio e correlati limiti della spesa sostenibili per gli anni 2001 e 2002 non incide sulla legittimità degli atti adottati.

* * *

2. Accreditementi - Autorizzazioni

T.A.R. Campania, Salerno, Sez. I, 12 gennaio 2004, n. 10

Accreditamento – Prestazioni sanitarie – Criteri generali – Vigilanza e controllo – Artt. 8 e 8-octies, D.L.vo n. 502 del 1992 – E' competente la A.s.l. del territorio in cui è ubicata la struttura che eroga la prestazione – Sede legale in territorio diverso – Irrilevanza.

Prestazioni sanitarie – Tariffe – Criteri generali - Tetto di spesa – Determinazione – Finalità – Ha natura di programmazione finanziaria – Competenza – E' della Regione.

Responsabilità della P.a. – Azione di arricchimento senza causa – Contenzioso – Esperibilità – Presupposti, condizioni e limiti.

Ai sensi degli artt. 8 e 8-octies, D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato e integrato dal D.L.vo 19 giugno 1999, n. 229, le funzioni amministrative, ivi comprese quelle relative ai controlli delle prestazioni rese dalle strutture accreditate e alla non remunerazione, spettano all'azienda sanitaria locale nel cui ambito territoriale è materialmente ubicata la struttura che eroga le prestazioni medesime e ciò a prescindere dal riferimento al luogo in cui questa abbia l'effettiva sede legale.

Nel sistema introdotto dal D.L.vo 19 giugno 1999, n. 229, la possibilità di rendere prestazioni sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale richiede una necessaria programmazione da parte della Regione, che valuti preventivamente il fabbisogno necessario e lo spalmi, stabilendo i relativi limiti massimi, tra strutture pubbliche e strutture private accreditate; pertanto, può essere posto a carico del S.s.n. solo ciò di cui il sistema ha bisogno e che viene determinato in sede di programmazione, attribuendosi alla successiva indispensabile fase della contrattazione la determinazione concreta delle prestazioni erogabili da parte dei singoli soggetti accreditati.

La configurabilità di un arricchimento senza causa della P.a. resta affidata ad una valutazione discrezionale di quest'ultima, unica legittimata ad esprimere il relativo giudizio, che presuppone il ponderato apprezzamento circa la rispondenza, diretta o indiretta, della cosa o della prestazione al pubblico servizio; tale riconoscimento, da effettuarsi da parte degli organi istituzionalmente deputati ad esprimere all'esterno la volontà dell'ente, può avvenire in maniera esplicita, cioè con atto formale, oppure in modo implicito, ossia mediante l'utilizzazione dell'opera o della prestazione consapevolmente attuata dagli organi rappresentativi.

I042 – Sez. II – 22 giugno 2005 – Pres. Adamo – Est. Lento – Soc. C. s.r.l. (avv. Stal-lone, Corso) c. AUSL n. 6 di Palermo (avv. Narbone), AUSL n. 6 di Palermo servizio dipartimentale di igiene negli ambienti di vita (n.c.), Assessorato regionale della Sanità (Avv. Stato).

(828/264) Atto amministrativo- Confermativo – Conferma – Differenze. (7608/12) Sanità pubblica – In genere – Attività di accreditamento – Introduzioni di limiti – Ammissibilità – Attività meramente autorizzatoria – Introduzione di limiti – Possibilità - Non può essere riconosciuta.

(7608/12) Sanità Pubblica – In genere – Autorizzazioni sanitarie – Regioni – Poteri programmatori ridotti – Blocco totale di attività sanitarie – Illegittimità.

L'atto meramente confermativo si ha quando l'amministrazione si limita a constatare che le ragioni poste a base dell'adozione del precedente atto erano già state esaminate e ponderate in quel procedimento, mentre si ha conferma in senso proprio allorché l'amministrazione, invece di limitarsi ad una constatazione di fatto, inizi un proprio procedimento di riesame, valutando e ponderando nuovamente tutti gli elementi rilevanti e in tale seconda ipotesi l'amministrazione può pervenire alle stesse conclusioni cui era pervenuta precedentemente, ma come risultato di una nuova valutazione comparativa degli interessi acquisiti nel procedimento.

Alla luce della vigente normativa in materia sanitaria, se può ammettersi, in un'ottica di contenimento della spesa pubblica, l'introduzione di limiti alla attività di accreditamento, tale possibilità non può, invece, essere riconosciuta per quella meramente autorizzatoria, la cui limitazione comporta una ingiustificata restrizione della libertà di esercizio dell'attività libero professionale, la quale rappresenta un valore garantito sia a livello comunitario, che a livello costituzionale.

In base alla vigente normativa in materia sanitaria, il legislatore ha voluto attribuire alle Regioni limitati poteri programmatori in materia di autorizzazioni sanitarie, i quali non possono, però, tradursi, in una indebita compressione della libertà di esercizio dell'attività libero professionale, la quale rappresenta un diritto garantito sia a livello costituzionale, che a livello comunitario; pertanto, se può astrattamente ammettersi la fissazione in chiave programmatica di limiti al rilascio di nuove autorizzazioni sanitarie da parte delle regioni, non può, invece, ritenersi legittimo un "blocco" totale delle nuove attività sanitarie, allorché queste non comportino oneri per le finanze pubbliche.

* * *

1555 – Sez. I – 14 settembre 2005 – Pres. Giallombardo – Est. Maisano – Soc. D. s.r.l. (avv. Barbera) c. Assessorato regionale alla sanità (Avv. Stato), AUSL n. 3 di Catania (n.c.).

(7608/I 128) Sanità Pubblica – Servizio sanitario nazionale – Accredimento – Ampliamento dell'oggetto – Effetti – Automatico ampliamento del budget – Esclusione.

In tema di erogazione di prestazioni sanitarie, l'ampliamento dell'oggetto dell'accréditamento non comporta l'automatico ampliamento del budget da assegnare alla struttura accreditata.

* * *

T.A.R. Campania, Napoli, Sez. I, 6 Aprile 2004, n. 4112

Accréditamento – Natura giuridica – Criteri generali – Concessione di pubblico servizio (è) – L. n.421 del 1992 – Conseguenze – Accertamento regionale della persistenza nel tempo dei requisiti prescritti per l'accréditamento – Necessità.

I nuovi rapporti del Servizio sanitario nazionale con le strutture private, fondati sull'accréditamento previsto dall'art. I, L' 23 Ottobre 1992, n. 421, sono pur sempre qualificabili come concessioni e ciò implica che il potere – dovere di controllo e verifica di cui sono titolari le Regioni non è limitato all'accertamento preventivo dei requisiti minimi previsti per l'accréditamento e dell'accettazione del sistema di remunerazione a prestazione, ma comprende anche l'accertamento della persistenza nel tempo dei detti requisiti per l'accréditamento.

* * *

T.A.R. Abruzzo, L'Aquila, 21 aprile 2004, n. 474

Accréditamento – Assistenza ospedaliera in convenzione – Criteri generali – Regime transitorio – Art. 8-quinquies, D.L.vo n. 502 del 1992 – Rimborso prestazioni erogate – In carenza di accordo specifico – Esclusione – Ragioni.

In mancanza degli accordi contrattuali previsti dall' art. 8-quinquies, D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 e pur in presenza di comportamenti che in astratto possano generare legittimi affidamenti, non sussiste alcun obbligo per l'azienda sanitaria locale di corrispondere ai soggetti accreditati la remunerazione delle prestazioni erogate.

4162 – Sez. II – 7 settembre 2005 – Pres. Cavallai – Est. Moro – I. di D. e T.s.r.l.
(avv. Lenoci) c. Azienda unità sanitaria locale Taranto n. I (avv. Cucinato).

(7608/1128) Sanità pubblica – Servizio sanitario nazionale – Accredimento – Titolare e responsabile della gestione del Servizio sanitario – Istituto dell'accredimento – Competenza della Regione – Sospensione dell'accredimento provvisorio con il Servizio sanitario nazionale – Atto adottato dal Direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale – Incompetenza – Unità sanitarie locali – Funzione di strumenti dell'ente regionale – Compiti – Direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale – Attività – Limitata alla presentazione di motivata proposta al soggetto titolare del potere di incidere sul rapporto concessorio.

Il Direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale è incompetente a disporre la sospensione dell'accredimento provvisorio con il Servizio sanitario nazionale, considerato che l'assetto normativo vigente attribuisce alla Regione il ruolo di titolare e di responsabile della gestione del Servizio sanitario, ed in particolare dell'istituto di accreditamento (cfr. art. 8-quater, d.lg. 30 dicembre 1992 n. 502; d.P.R. 14 gennaio 1997; l.rg. Puglia 28 maggio 2004 n. 8). In tale contesto normativo, da un canto, le Unità sanitarie locali risultano assumere la funzione di strumenti dell'ente regionale, con compiti di "monitoraggio e controllo sulla definizione e sul rispetto degli accordi contrattuali da parte di tutti i soggetti interessati nonché sulla qualità dell'assistenza e sulla appropriatezza delle prestazioni rese" e, dall'altro, ogni attività riguardante il regime dell'accredimento non può che spettare al soggetto titolare, ossia all'ente regionale. Pertanto che il Direttore generale dell'Azienda unità sanitaria locale, pur avendo legittimamente esercitato il potere di controllo sul soggetto accreditato, deve limitare la propria attività alla presentazione di motivata proposta al soggetto titolare del potere di incidere sul rapporto concessorio, la Regione.

* * *

3. Giurisdizione

776 – 14 settembre 2005 – Pres. Camozzi – Est. Mastrantuono – Soc. L.M. (avv. Calculli) c. Regione Basilicata (avv. Viggiani), AUSL n. 4 di Matera (avv. Panizzolo), altro (n.c.).

(3936/240) Giurisdizione civile – Giurisdizione ordinaria e amministrativa – Determinazione unilaterale del corrispettivo prestazioni sanitarie e tetti di spesa – Controversia – Giurisdizione Giudice amministrativo.

(7608/1128) Sanità pubblica – Servizio sanitario nazionale – Strutture accreditate – Prestazioni oltre il tetto di spesa – Obbligo – Esclusione.

(7608/1128) Sanità pubblica – Servizio sanitario nazionale – Strutture accreditate – Determinazione tetto di spesa – Criterio.

Anche dopo la sentenza della C. cost. 6 luglio 2004 n. 204, rientra nella giurisdizione del giudice amministrativo la controversia avente ad oggetto il provvedimento con il quale l'amministrazione determina unilateralmente il corrispettivo delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate e del tetto di spesa sanitario, e ciò in quanto dette strutture, erogando prestazioni sanitarie all'utenza per conto del Servizio sanitario nazionale, vanno qualificate come concessionarie di un servizio pubblico e fanno quindi parte integrante dell'organizzazione sanitaria pubblica.

A differenza delle strutture sanitarie pubbliche, le strutture private accreditate non hanno l'obbligo di erogare prestazioni agli assistiti oltre il tetto di spesa.

Il potere autoritativo, affidato alle Regioni, di determinazione del tetto massimo di spesa per le prestazioni erogabili dalle strutture private accreditate, con oneri a carico del Servizio sanitario regionale, richiede, per il suo corretto esercizio, che l'Autorità decidente tenga conto del volume delle prestazioni erogate da ciascuna struttura negli anni precedenti; da tale dato non si può prescindere, perché esso dà la misura della domanda delle prestazioni sanitarie in concreto soddisfatta nel periodo immediatamente anteriore a quello preso in considerazione dal provvedimento di definizione dei tetti di spesa e quindi della presumibile richiesta per gli anni successivi e va necessariamente considerato anche nel quadro di una progressiva e razionale riduzione della spesa sanitaria nei limiti delle risorse finanziarie disponibili.

* * *

T.A.R. Campania, Napoli, Sez.V, 16 Luglio 2004, n.10376

Prestazioni sanitarie – Debiti delle A.s.l. – Contenzioso – Giurisdizione – E' dell'A.g.o.

Dopo la sentenza della Corte costituzionale 6 Luglio 2004, n.204, rientra nella giurisdizione del giudice ordinario la controversia avente per oggetto la richiesta, rivolta da un centro accreditato ad un' azienda sanitaria locale di pagamento di prestazioni sanitarie erogate nell'ambito del Servizio sanitario nazionale.

* * *

Cons. St., Sez.V, 21 Dicembre 2004, n.8153

Prestazioni sanitarie – Debiti della A.s.l. – Contenzioso – Giurisdizione – E' dell'A.g.o.

Esulano, così come ha sentenziato la Corte costituzionale della giurisdizione del giudice amministrativo le controversie riguardanti il pagamento di somme per prestazioni sanitarie erogate in convenzione col Servizio sanitario nazionale.

T.A.R. Calabria, Reggio Calabria, 3 Agosto 2004, n.597

Prestazioni sanitarie – Debiti della A.s.l. – Contenzioso – Giurisdizione – Art.7, L. n.205 del 2000 – Regime transitorio – E' del giudice amministrativo ancorché precedentemente privo di giurisdizione.

Giurisdizione - Decreto ingiuntivo – Contenzioso – Opposizione Tardiva – Ammissibilità – Presupposti, condizioni e limiti – Caso fortuito o forza maggiore.

A seguito dell'entrata in vigore dell' Art.7, L. 21 Luglio 2000, n. 205, le controversie attinenti alla gestione dei servizi pubblici sono devolute alla giurisdizione esclusiva del giudice amministrativo; pertanto, poiché esigenze di economia processuale impongono di attribuire rilevanza alla giurisdizione sopravvenuta ai sensi dell'Art.5, C. proc. civ., il giudice amministrativo, sebbene originariamente privo di giurisdizione per effetto della sentenza della Corte cost., 17 Luglio 2000, n. 292 dichiarativa dell'illegittimità costituzionale dell'art. 33, D.L. vo 31 Marzo 1998, n. 80, non deve dichiarare il difetto di giurisdizione ma decidere la controversia nel merito.

L'ammissibilità dell'opposizione tardiva a decreto ingiuntivo ex Art. 650, C. proc. Civ. presuppone che l'intimato cui sia stato notificato il decreto provi le circostanze di forza maggiore o di caso fortuito impeditive della tempestiva opposizione, da identificarsi necessariamente in vicende costituite da una forza esterna ostativa in modo assoluto alla conoscenza dell'atto ed in un fatto di carattere oggettivo, avulso dalla volontà umana e causativo dell'evento per forza propria.

* * *

Stampa: I.G.E.R. srl
ISTITUTO GRAFICO EDITORIALE ROMANO
di Peraldo Vola & Figli
00147 Roma
Viale C.T. Odescalchi, 67/A

finito di stampare nel mese di maggio 2006

EDITO DA S.E.O.P. s.r.l.
via di Novella, 18 - 00199 Roma