

Tar Napoli , sent. N. 3233 del 17/06/2011 in tema di tetti di spesa.

Autore: sentenza

In: Magistratura amministrativa



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale della Campania

(Sezione Prima)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 4103 del 2007, proposto da:

*** tutti rappresentati e difesi dall'Avv. *****, con la quale sono elettivamente domiciliati in Napoli alla Via Cimarosa n. 69;

contro

REGIONE CAMPANIA, rappresentata e difesa dall'Avv. ***** dell'Avvocatura Regionale, presso la quale è elettivamente domiciliata in Napoli alla Via Santa Lucia n. 81;

per l'annullamento

a) della delibera di Giunta Regionale della Campania n. 517 del 30 marzo 2007, recante la fissazione dei volumi delle prestazioni sanitarie e dei limiti di spesa per gli anni 2007, 2008, 2009 e 2010, ivi compresi tutti gli allegati e gli schemi dei protocolli d'intesa, da cui derivano i testi dei contratti, se ed in quanto possa occorrere;

b) di ogni altro atto alla stessa presupposto, richiamato, connesso, collegato e conseguente, se e per quanto possa occorrere.

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio dell'amministrazione resistente;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 9 marzo 2011 il dott. ***** e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

1. Con il gravame in trattazione, i centri ricorrenti, soggetti provvisoriamente accreditati con il S.S.R. per le branche dell'assistenza riabilitativa e dell'assistenza specialistica, impugnano la delibera giuntale n. 517 del 30 marzo 2007, con cui la Regione Campania ha determinato i volumi massimi di prestazioni sanitarie erogabili ed i correlati limiti di spesa per gli anni 2007, 2008, 2009 e 2010, per una serie di ragioni attinenti alla violazione dell'art. 97 della Costituzione, alla violazione della normativa nazionale in materia sanitaria e della legge sul procedimento amministrativo, alla violazione del giusto procedimento e del diritto alla salute, nonché all'eccesso di potere sotto svariati profili.

La Regione Campania, costituitasi in giudizio, insta nella propria memoria difensiva per il rigetto del ricorso.

All'udienza pubblica del 9 marzo 2011 la causa è stata trattenuta per la decisione.

2. Il ricorso è infondato e non merita accoglimento.

Con una prima censura, parte ricorrente deduce che la delibera n. 517/2007 non ha sottratto prestazioni necessarie, come quelle dell'assistenza riabilitativa, rese nei confronti di soggetti non autosufficienti portatori di menomazioni psico-fisiche, dal meccanismo della regressione tariffaria, diretto a garantire l'osservanza dei limiti di spesa. Quanto meno, a suo avviso, sarebbe stato possibile ammettere la regressione "solo in una percentuale ridottissima e predeterminata in ipotesi di grave disavanzo, determinando la corrispondente riduzione delle altre prestazioni sanitarie, valutate non appropriate e/o non necessarie, incaricando a tal uopo le ASL di effettuare approfonditi controlli sulla appropriatezza delle prestazioni, come del resto è già previsto per le prestazioni effettuate in emergenza, per le prestazioni di ricovero di alta specialità ed altre".

La censura non ha pregio, in quanto nella disciplina nazionale e regionale di settore non si rinviene alcuna norma che contempla l'esonero delle prestazioni di assistenza riabilitativa dalla previa fissazione dei limiti di spesa e dall'applicazione della regressione tariffaria in caso di sfioramento degli stessi. Inoltre, il fatto che non sia stato esteso alle suddette prestazioni il sistema attenuato di regressione, previsto dal punto 7, lett. b), del dispositivo della delibera con riguardo alle prestazioni di ricovero di alta specialità ed a quelle di emergenza, trova la sua giustificazione nella più stretta attinenza di queste ultime all'immediata salvaguardia del diritto alla salute attraverso il ricorso alla rete dell'assistenza ospedaliera.

2.1 Con altra censura, viene dedotta l'illegittimità della delibera gravata per erronea commisurazione dei limiti di spesa ai dati di preconsuntivo comunicati dalle aziende sanitarie, dal momento che tali evidenze contabili si configurerebbero inattendibili a causa della carenza delle attività di monitoraggio, della mancata consegna delle risultanze relative alla mobilità attiva e passiva, della sussistenza di contenziosi con l'ASL Napoli 1 in ordine alla determinazione dei tetti di spesa 2006 ed all'applicazione della regressione tariffaria 2005.

Anche tale doglianza non convince, questa volta per la sua palese inconferenza.

Rileva il Collegio che i limiti di spesa fissati nella delibera n. 517/2007 traggono fondamento contabile, come chiaramente si evince dalla piana lettura del suo contenuto, piuttosto che dai dati di preconsuntivo delle aziende sanitarie, dagli obiettivi di contenimento dei costi individuati dal piano di rientro dal disavanzo approvato con delibera di Giunta Regionale n. 460 del 20 marzo 2007, emanata all'esito di apposito accordo siglato in sede governativa. Irrilevante è, pertanto, l'incidenza di tali dati sulla formulazione dei tetti di spesa, mentre non è superfluo notare che nella delibera in questione è dichiarata la compatibilità dei suddetti obiettivi di costo semplicemente con la programmazione effettuata dalle aziende sanitarie per l'esercizio 2006, e non con ipotetici preconsuntivi, in linea, peraltro, con quanto previsto dalla normativa di settore (art. 32, comma 8, della legge n. 449/1997 ed art. 7 della legge regionale n. 28/2003).

2.2 Con una terza censura, parte ricorrente contesta la formula applicativa del meccanismo della regressione, che a suo avviso si presenterebbe "confusa, generica, affidata alle valutazioni del tavolo tecnico, ma soprattutto inapplicabile, in quanto non essendovi un tetto di struttura, ma di macroarea, non è comprensibile come potrebbe essere calcolata la percentuale di sfioramento dei limiti di spesa da parte del singolo centro".

La doglianza non ha pregio.

Al riguardo, vale sinteticamente osservare che il sistema di regressione tariffaria delineato dalla gravata delibera riproduce quello introdotto dalla delibera di Giunta Regionale n. 2157 del 30 dicembre 2005, la quale, nell'adeguarsi al disposto dell'art. 1, comma 171, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, ha individuato un meccanismo di regressione tariffaria unica (*****) basato sulla determinazione del contributo di ciascun centro provvisoriamente accreditato al superamento del tetto di spesa aziendale secondo i criteri esposti nell'allegato 3 - nota metodologica, criteri sufficientemente chiari e di semplice applicazione, peraltro accettati dagli stessi rappresentanti dei centri in sede di protocollo di intesa del 27 dicembre 2005.

In base a tali criteri, si procede a determinare l'apporto di ciascun centro privato: 1) al consuntivo delle prestazioni effettuate ai residenti della ASL in cui opera il centro; 2) al consuntivo delle prestazioni effettuate ai residenti di ciascuna altra ASL. Successivamente, confrontando i consuntivi complessivi per ASL con i tetti di spesa stabiliti si ottiene proporzionalmente l'ammontare del fatturato del singolo centro che ha concorso all'eventuale superamento del tetto di spesa della ASL in cui opera e delle altre ASL. Infine, il contributo complessivo di ciascun centro al superamento del tetto di spesa aziendale viene rapportato al fatturato totale del centro, per ottenere la R.T.U. da applicare a quel centro per quella specifica branca.

Infine, la circostanza che le suddette operazioni vengono espletate dal tavolo tecnico, costituito pariteticamente dalle rappresentanze dell'azienda sanitaria e da quelle delle associazioni di categoria, è garanzia di trasparenza e di adeguata ponderazione degli interessi in gioco.

2.3 I ricorrenti lamentano, altresì, l'illegittimità della gravata delibera "nella parte in cui non ha previsto una revisione, redistribuzione e modifica dei limiti di spesa fissati all'esito dei dati definitivi da parte di tutte le ASL".

L'assunto è smentito per tabulas dal punto 15 del dispositivo della delibera, nel quale si precisa testualmente che: "I tetti di spesa ed i budget di costo stabiliti dalla presente delibera saranno monitorati almeno ogni tre mesi e potranno eventualmente essere rimodulati ogni anno, con successive delibere della Giunta Regionale, in funzione dell'andamento dei costi del Servizio Sanitario Regionale e degli incrementi del finanziamento statale per la sanità, nel rispetto di tutti gli obiettivi e di tutte le condizioni stabilite nel Piano di Rientro dal Disavanzo approvato dalla DGRC n. 460/07.".

2.4 Parte ricorrente insiste sull'illegittimità della delibera impugnata nella parte in cui, in recepimento dello schema contenuto nella delibera di Giunta Regionale n. 1843/2005, ha assegnato all'assistenza sanitaria erogata dai centri privati alcuni obiettivi di risparmio, come il blocco delle tariffe regionali, la definizione di budget per distretto sanitario, l'ottenimento di sconti ed abbuoni dai creditori ed il blocco di accordi recanti l'applicazione retroattiva di aumenti tariffari. Tali finalità, infatti, si porrebbero in

contrasto con la concertazione intervenuta con le associazioni di categoria e non terrebbero in considerazione l'equilibrio economico-finanziario delle aziende operanti in regime di accreditamento provvisorio.

La censura è inammissibile per genericità, giacché non si riesce a comprendere in quali termini i contestati obiettivi di risparmio colliderebbero con gli esiti della concertazione ed in quale modo ed in che misura sarebbero in grado di compromettere l'assetto economico-finanziario dei centri privati.

2.5 Con altra articolata censura, i ricorrenti denunciano l'illegittimità dei protocolli d'intesa allegati alla gravata delibera per le seguenti ragioni: a) non sono stati concordati con le associazioni di categoria, ma sono stati predisposti dalle parte pubblica in via unilaterale senza la garanzia di un rapporto paritario con la parte privata; b) sono connotati da eccessiva vessatorietà per la parte privata, "laddove prevedono la mancata corresponsione delle tariffe nel caso di mancata sottoscrizione dei contratti"; c) sono privi di clausole risolutive nelle ipotesi di modifica degli atti di programmazione regionale e di inadempimento della parte pubblica alle obbligazioni assunte e/o al pagamento del corrispettivo, e, comunque, non contemplano penali nei casi di ritardato pagamento.

Gli argomenti non convincono.

Si osserva che l'art. 8-quater, comma 2, del d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 prevede che "la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies". Ne discende che solo in presenza di un contratto - rispetto al quale è fisiologica alle immanenti esigenze di contingentamento e riduzione della spesa sanitaria una maggiore rigidità nella proposta regionale di acquisto di prestazioni di branca o macroarea nei confronti dei soggetti provvisoriamente accreditati - è possibile ritenere la parte pubblica obbligata alla corresponsione del corrispettivo delle prestazioni erogate dalle strutture in favore di assistiti del S.S.R., indipendentemente dalla tipologia (provvisoria o definitiva) di accreditamento posseduto (cfr. TAR Campania Napoli, Sez. I, 15 gennaio 2008 n. 215).

Pertanto, in tale ottica, sono connaturati al sistema contrattuale di acquisto delle prestazioni sanitarie sia la predisposizione unilaterale dello schema negoziale e, quindi, dei protocolli di intesa che ne costituiscono la traccia, sia l'impossibilità di remunerare le prestazioni erogate in assenza della sottoscrizione degli appositi accordi contrattuali.

Né i ricorrenti possono dolersi della mancata previsione di clausole risolutive e/o di penali, dal momento che ogni situazione straordinaria ed ogni eventuale inadempimento della parte pubblica possono essere già efficacemente contrastati con il ricorso agli ordinari rimedi contrattuali (risoluzione per eccessiva onerosità, per inadempimento, diffida ad adempiere, azione di adempimento, richiesta di interessi moratori, etc.), senza che ciò implichi un aggravamento per la posizione della parte privata.

2.6 Parte ricorrente stigmatizza, altresì, il difetto di motivazione da cui sarebbe affetta la delibera n. 517/2007, che non recherebbe indicazioni sulle modalità di calcolo della regressione tariffaria né sulle modalità di elaborazione dei dati contabili consuntivati dalle aziende sanitarie, in assenza di ogni definitività di questi ultimi.

La doglianza deve essere disattesa, se solo si pone mente a quanto sopra esposto in ordine alla chiarezza del sistema di regressione tariffaria recepito nella delibera in questione, esaustivamente tratteggiato nel corpo della medesima, ed alla irrilevanza dei dati di consuntivo ai fini della definizione dei tetti di spesa, con conseguente superfluità di ogni supporto motivazionale concernente tale ultimo aspetto.

2.7 Con un'ultima censura, parte ricorrente insiste sul difetto di motivazione, avendo la delibera gravata previsto il blocco delle tariffe regionali e la regressione tariffaria nonostante l'amministrazione regionale fosse in ritardo nella definizione del nuovo piano tariffario, che doveva essere prontamente emanato in virtù della costituzione dell'apposito tavolo permanente ed in forza di sentenza di questo giudice.

Anche tale censura non coglie nel segno, dal momento che la fissazione dei tetti di spesa è obbligo

ineludibile della regione e deve accompagnare ogni esercizio finanziario al fine di consentire la corretta programmazione della spesa sanitaria, in base alle prestazioni preventivate ed alle disponibilità finanziarie. Ne deriva che la definizione di un nuovo piano tariffario non assume alcuna incidenza nella fissazione dei limiti di spesa, che rispondono, viceversa, a logiche di contenimento dei costi e di salvaguardia degli equilibri di bilancio. Ogni passaggio motivazionale al riguardo si sarebbe rivelato, pertanto, ultroneo.

3. In conclusione, resistendo il provvedimento impugnato a tutte le censure prospettate, il ricorso deve essere respinto per infondatezza.

Sussistono giusti motivi, in ragione della complessità delle questioni esaminate, per disporre l'integrale compensazione tra le parti delle spese e degli onorari di giudizio.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale della Campania (Sezione Prima)

definitivamente pronunciando sul ricorso, come in epigrafe proposto, lo respinge.

Spese compensate.

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

Così deciso in Napoli nella camera di consiglio del giorno 9 marzo 2011 con l'intervento dei magistrati:

*****, Presidente

*****, Consigliere

Carlo Dell'Olio, Primo Referendario, Estensore

L'ESTENSORE IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 17/06/2011

IL SEGRETARIO

(Art. 89, co. 3, cod. proc. amm.)

<https://www.diritto.it/tar-napoli-sent-n-3233-del-17062011-in-tema-di-tetti-di-spesa/>