

TRIBUNALE di Crotone - Sezione I – sentenza n. 765 del 12 ottobre 2022

IL LIMITE DEI TETTI DI SPESA PUBBLICA RAPPRESENTANO UN LIMITE INVALICABILE

Stante l'ineludibile e insuperabile limite rappresentato dalla preventiva determinazione del tetto massimo di spesa, nonché la sua stessa inderogabilità, in difetto di un atto autoritativo in tal senso, le richieste pecuniarie in eccesso non possono ritenersi contrattualmente giustificate neppure a fronte delle lamentate esigenze di urgenza e indifferibilità sottese alla tutela del diritto alla salute, atteso che, per come sopra osservato dalla stessa Corte Costituzionale, la tutela del diritto alla salute non può avere carattere assoluto.

TRIBUNALE ORDINARIO DI CROTONE - SEZIONE PRIMA CIVILE nella persona del:

Dott. ALBENZIO Antonio - Giudice -

ha pronunciato la seguente:

SENTENZA

nella causa civile iscritta al n. r.g. 748/2021 promossa da:

AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE DI (OMISSIS), (C.F. (OMISSIS)) rappresentato e difeso dall'avv. FERRANTE GIULIA elettivamente domiciliato in VIA M. NICOLETTA CROTONE presso l'UFFICIO LEGALE AZIENDALE;

- attore/i –

contro

CASA DI CURA MADONNA DELLO SCOGLIO S.R.L., (C.F. (OMISSIS)) rappresentato e difeso dall'avv. PREVITE ROBERTO elettivamente domiciliato in CORSO MAZZINI, 23 88900 CROTONE presso lo studio dell'avv. PREVITE ROBERTO;

- convenuto/i –

CONCLUSIONI

Le parti hanno concluso come da verbale d'udienza.

Concisa esposizione delle:

RAGIONI DI FATTO E DI DIRITTO DELLA DECISIONE

Con atto di citazione ritualmente notificato, l'ASP di (OMISSIS) ha proposto opposizione avverso il decreto ingiuntivo n. 147/2021, con cui il Tribunale di Crotone ha ingiunto, in favore di Casa di Cura Madonna Dello Scoglio s.r.l., il pagamento della somma di Euro 298.817,00, oltre interessi e spese del monitorio.

Ha dedotto l'infondatezza del credito ingiunto in quanto concernente prestazioni sanitarie rese extra budget, con riferimento all'anno oggetto di causa che, di contro, risulterebbe essere stato liquidato entro i limiti pattuiti.

Si è costituita in giudizio la società opposta contestando quanto ex adverso dedotto, in ragione dell'inapplicabilità al caso di specie del principio dell'invalicabilità del limite di spesa, alla luce del carattere urgente dei trattamenti effettuati a tutela del diritto alla salute. In ogni caso, ha ritenuto la pretesa creditoria fondata anche ai sensi dell'art. 2041 c.c..

La causa è stata trattenuta in decisione in data odierna, ai sensi dell'art. 281-sexies c.p.c..

L'opposizione è fondata.

L'esame del tema specifico richiede una sintetica disamina della disciplina che regola la materia della programmazione dell'offerta sanitaria e dei relativi tetti spesa, costituente la prima fase del modello bifasico che connota l'esecuzione delle prestazioni sanitarie rese da strutture private in regime di accreditamento. Si rammenta infatti che il nuovo modello di servizio sanitario nazionale, che si è andato delineando a partire dal d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, è ispirato alla coniugazione del principio di libertà dell'utente con il principio di programmazione delle prestazioni a carico del servizio pubblico. Il primo profilo è perseguito tramite il riconoscimento normativo del diritto dell'utente alla scelta della struttura di fiducia per la fruizione dell'assistenza sanitaria, tramite l'estensione della qualità di erogatori delle prestazioni sanitarie a tutti i soggetti, pubblici e privati, titolari di rapporti "fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate" (d.lgs. n. 502 del 1992, art. 8, comma 7). Il secondo profilo (i.e. il principio della necessaria programmazione sanitaria) è, invece, perseguito con l'adozione di un piano annuale preventivo, finalizzato ad un controllo tendenziale sul volume complessivo della domanda quantitativa delle prestazioni mediante la fissazione dei livelli uniformi di assistenza sanitaria e l'elaborazione di protocolli diagnostici e terapeutici, ai quali i medici di base sono tenuti ad attenersi, nella prescrizione delle prestazioni.

Il suddetto piano preventivo, previsto inizialmente per le sole aziende ospedaliere (L. 23 dicembre 1994, n. 724, art. 6, comma 5), è stato esteso dalla L. 28 dicembre 1995, n. 549, art. 2, comma 8, a tutti i soggetti, pubblici e privati, accreditati. Il principio della pianificazione preventiva è stato poi confermato, con significative modifiche, dalla L. 23 dicembre 1996, n. 662, art. 1, comma 32. L'evoluzione della disciplina della programmazione sanitaria è stata in seguito caratterizzata dal progressivo accentuarsi del carattere autoritativo della pianificazione, definitivamente innestatosi nel modello "consensualistico" delineato dal d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502. In particolare la L. 27 dicembre 1997, n. 449, art. 32, comma 8, ha sancito definitivamente il carattere autoritativo della pianificazione rimessa alla Regione, tenuta a fissare i limiti di spesa ed a determinare le risorse da destinare alle prestazioni sanitarie, avendo presente che non è possibile contare su risorse illimitate (Cons. Stato, sez. 5^a, n. 418/2002). All'esercizio unilaterale del potere da parte dell'autorità regionale si accompagna e segue quello di eguale natura espresso in sede applicativa dalle singole Aziende sanitarie. La fissazione di limiti rigidi di spesa per ciascun operatore sanitario, senza la previsione di qualsivoglia possibilità di negoziazione, discende dal fatto che la ASL prima di contrattare è tenuta a fissare il volume delle prestazioni da acquistare, che non può essere superato a contrattazione conclusa (Tar Puglia, Lecce, sez. 2^a, n. 8963/2003). Il modello contrattuale, introdotto con il d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 8 quinquies, si innesta, così facendo, in un contesto ordinamentale nel quale il limite massimo del-

la spesa sostenibile fa parte in maniera ineludibile dell'oggetto della contrattazione ed è il frutto dell'esercizio di un potere autoritativo di carattere regionale. Dal panorama normativo tracciato emerge, quindi, che il diritto alla salute, di cui all'art. 32 Cost., è tutelato non incondizionatamente ma compatibilmente con altre esigenze, prima fra tutte quella relativa alla disponibilità dei mezzi finanziari, secondo l'art. 81 Cost.. Le limitazioni derivanti dalla limitatezza delle risorse finanziarie pubbliche disponibili sono state più volte sottoposte al vaglio della Corte costituzionale, che ne ha sempre confermato la legittimità (cfr., tra le altre, Corte Cost. n. 455/1990; Id., n. 247/1992; Id., n. 304/1994; Id., n. 509/2000; Id., n. 257/2007), consentendo di affermare il fondamentale principio dell'invalidità del limite di spesa.

In forza di tale principio, infatti, "non è pensabile di poter spendere senza limite, avendo riguardo soltanto ai bisogni quale ne sia la gravità e l'urgenza; è viceversa la spesa a dover essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie, da determinarsi previa valutazione delle priorità e delle compatibilità e tenuto ovviamente conto delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute, certamente non compromesse con le misure ora in esame" (cfr. anche Corte cost., 23/7/1992, n. 356). Anche il giudice amministrativo ha condiviso la linea interpretativa sopra esposta, in quanto è la sola che consente di bilanciare il "nucleo irriducibile" del diritto alla salute con i limiti imposti da imprescindibili esigenze di equilibrio finanziario (si veda Cons. St. Ad. Plen., 2 maggio 2006, n. 8).

Alla stregua di detta disciplina spetta ad un atto autoritativo e vincolante di programmazione regionale, e non già ad una fase concordata e convenzionale, la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni (Consiglio Stato, sez. 5[^], 25 gennaio 2002, n. 418).

Il valore autoritativo e vincolante delle determinazioni in tema di limiti delle spese sanitarie rappresenta, quindi, un dato inabdicabile nella misura in cui la fissazione dei limiti di spesa si atteggia ad adempimento di un obbligo che influisce in modo pregnante sulla possibilità stessa di attingere le risorse necessarie per la remunerazione delle prestazioni erogate (Consiglio Stato, sez. 5[^], 25 gennaio 2002, n. 418 cit.).

Le Regioni, nell'esercitare detta potestà programmatica, godono, quindi, di un ampio potere discrezionale, chiamato a bilanciare interessi diversi, ossia l'interesse pubblico al contenimento della spesa, il diritto degli assistiti alla fruizione di prestazioni sanitarie adeguate, le legittime aspettative degli operatori privati che ispirano le loro condotte ad una logica imprenditoriale e l'assicurazione dell'efficienza delle strutture pubbliche che costituiscono un pilastro del sistema sanitario universalistico.

In forza del suddetto quadro normativo si è venuto ad accentuare ulteriormente il modello bifasico plasmato dalla citata L. 27 dicembre 1997, n. 449, atteso che la Regione non solo definisce unilateralmente il tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni ed i preventivi annuali delle prestazioni, ma vincola la successiva contrattazione dei piani determinandone modalità ed indirizzi. In particolare, con tale atto l'amministrazione regionale è chiamata a fissare, in forza di un'adeguata istruttoria, le diret-

tive da seguire nella successiva negoziazione dei piani annuali e, quindi, in sede di determinazione consensuale delle quantità e tipologie di prestazioni erogabili dal singolo operatore. L'atto programmatico regionale rappresenta, in definitiva, un primo e fondamentale strumento di orientamento per le strutture sanitarie pubbliche e private. Tanto premesso, nel caso di specie, costituisce circostanza incontestata e documentalmente provata che le pretese pecuniarie di parte opposta originano da prestazioni rese oltre i limiti del budget annualmente prefissati. Ne consegue, stante l'ineludibile e insuperabile limite rappresentato dalla preventiva determinazione del tetto massimo di spesa, nonché la sua stessa inderogabilità, in difetto di un atto autoritativo in tal senso, che le stesse non possono ritenersi contrattualmente giustificate neppure a fronte delle lamentate esigenze di urgenza e indifferibilità sottese alla tutela del diritto alla salute, per come prospettato da parte opposta, atteso che, per come sopra osservato dalla stessa Corte Costituzionale, la tutela del diritto alla salute non può avere carattere assoluto (Corte cost., 23.07.1992, n. 356). A fronte della pattuizione contrattuale intercorsa tra le parti, pertanto, le ulteriori prestazioni sanitarie erogate oltre i limiti determinati dalla struttura bifasica del regime di accreditamento per quel che concerne il tetto di spesa annuo, sono prive di giustificazione giuridica, di talché la domanda di esatto adempimento, formulata in via principale, da parte opposta è del tutto infondata.

L'esistenza di un titolo contrattuale alla base della disciplina dei rapporti giuridici tra le parti per gli anni di riferimento inibisce, in radice, la valutazione di ammissibilità dell'azione di indebito arricchimento ex art. 2041 c.c., per difetto del carattere di residualità. La liquidazione delle spese segue la soccombenza.

P.Q.M.

il Tribunale di Crotone, sezione civile, definitivamente pronunciando, così provvede:

- accoglie l'opposizione proposta dall'ASP di (*OMISSIS*) e, per l'effetto, revoca il decreto ingiuntivo n. 147/2021;
- condanna parte opposta a rifondere a parte opponente le spese di lite che liquida in Euro 5800,00, oltre a rimborso forfettario al 15% delle spese generali, IVA e CPA come per legge, oltre esborsi;

Sentenza resa ex art. 281-sexies c.p.c., pubblicata mediante lettura in udienza ed allegazione al verbale.

Così deciso in Crotone, il 12 ottobre 2022.

Depositato in Cancelleria il 12 ottobre 2022