

TAR Campania – Sezione I – sentenza n. 618 del 28 gennaio 2021

PRESTAZIONI EROGATE DAGLI OPERATORI SANITARI ACCREDITATI OLTRE I TETTI DI SPESA PRESTABILITI

In linea generale va riconosciuta all'amministrazione regionale un'ampia discrezionalità, nella previsione del dimensionamento e dei meccanismi di attribuzione delle risorse disponibili, con l'obiettivo di bilanciare molteplici e spesso contrapposti interessi di rilevanza anche costituzionale, quale quelli al contenimento della spesa in base alle risorse concretamente disponibili, quelli relativi alla esigenza di assicurare prestazioni sanitarie quantitativamente e qualitativamente adeguate agli assistiti, quelli delle strutture private operanti secondo logiche imprenditoriali, quelli delle strutture pubbliche vincolate all'erogazione del servizio nell'osservanza dei principi di efficienza e buon andamento.

Non è predicabile una pretesa delle strutture che abbiano registrato eventuali sforamenti alla attribuzione di risorse aggiuntive derivanti da eventuali sottoutilizzi.

In altri termini, ogni erogatore privato che operi in regime di accreditamento non può che attenersi al proprio budget assegnato, senza poter fare affidamento su eventuali risparmi conseguiti da altri operatori sanitari, salve eventuali ed ulteriori determinazioni dell'amministrazione sanitaria che vi provvede nell'esercizio di un potere discrezionale di programmazione sanitaria.

Il Tribunale Amministrativo Regionale della Campania (Sezione Prima) ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 97 del 2019, proposto da Studio di Radiologia Prof. V. Muto S.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dall'avvocato Andrea Abbamonte, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso il suo studio in Napoli, via Melisurgo, 4;

contro

Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro Sanitario Regione Campania, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Napoli, domiciliataria ex lege in Napoli, via Armando Diaz, 11;

Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dall'avvocato Angela Ferrara, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso lo studio dell'avvocato Gabriella Carandente, in Napoli, piazza Carità, 32;

nei confronti

Regione Campania, Ministero della Salute, in persona dei legali rappresentanti pro tempore, non costituiti in giudizio;

per l'annullamento

1. del decreto – D.C.A. - n. 77 del 9.10.2018 e relativo Allegato n.1, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 80 del 5.11.2018, con cui il Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del Settore Sanitario della Regione Campania ha autorizzato le AA.SS.LL. di Caserta, Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud e Salerno a stipulare contratti integrativi per la branca di radioterapia per gli esercizi 2014-2015-2016-2017 nei limiti esposti nella colonna E) dell'Allegato n.1 al decreto, ed ha imposto alle predette AAS-SLL di accantonare l'eventuale maggiore remunerazione dovuta nel caso in cui si dovesse applicare il criterio della remunerazione “per ogni focolaio trattato” secondo gli importi indicati per singola ASL nella colonna G) dell'Allegato n.1;
2. di ogni ulteriore atto presupposto, preparatorio, connesso, conseguente e/o consequenziale, comunque lesivo degli interessi del ricorrente, ivi inclusa:
 - a. della nota del Ministero della Salute prot. n. 10955 del 5.4.2017 avente ad oggetto “Prestazioni di Radioterapia- Legittima interpretazione”, richiamata in stralcio nel provvedimento impugnato sub 1, nella parte in cui, con riferimento alle prestazioni 92.29.1, 2, 3, 7, 8 e 9, avrebbe precisato che esse “...sono propedeutiche al trattamento di radioterapia; mentre quest'ultimo si articola in più prestazioni da remunerare singolarmente (la tariffa è indicata “per seduta”), le prestazioni propedeutiche sono da intendersi come riferite all'intero trattamento di un focolaio e pertanto sono oggetto di tariffazione una sola volta , anche quando ripetute più di una volta...”;
 - b. del contratto integrativo stipulato per l'esercizio 2014 in data 15.11.2018, se ed in quanto lo si ritiene sottoscritto in esecuzione del decreto commissariale n. 77/2018, richiamato nel contratto ed oggetto di impugnativa sub 1;
 - b.1. del decreto del Commissario ad Acta n. 129 del 31.10.2014, in esecuzione del quale è stato stipulato il contratto integrativo per l'annualità 2014;
 - c. del contratto integrativo stipulato per l'esercizio 2015 in data 15.11.2018, se ed in quanto lo si ritiene sottoscritto in esecuzione del decreto commissariale n. 77/2018, richiamato nel contratto ed oggetto di impugnativa sub 1;
 - c.1. del decreto del Commissario ad Acta n. 8 del 16.02.2016, in esecuzione del quale è stato stipulato il contratto integrativo per l'annualità 2015;
 - d. del contratto integrativo stipulato per l'esercizio 2016 in data 15.11.2018, se ed in quanto lo si ritiene sottoscritto in esecuzione del decreto commissariale n. 77/2018, richiamato nel contratto ed oggetto di impugnativa sub 1;
 - d.1. del decreto del Commissario ad Acta n.89 dell'8.08.2016, in esecuzione del quale è stato stipulato il contratto integrativo per l'annualità 2016;
 - e. della deliberazione del D.G. della ASL Napoli 1 n. 937 dell'8.05.2018, che ha asseverato i dati per liquidazione delle prestazioni di radioterapia erogate con riferimento alle annualità 2014/2017, applicando alle prestazioni 92.29.1, 2, 3, 7, 8, e 9 il criterio di una prestazione per paziente trattato, nella parte in cui indica, in apposita colonna, gli importi asseritamente disponibili per la stipula di contratti integrativi relativi alle annualità 2014-2015-2016.
 - f. della nota prot. 3062/DS del 27.11.2018, con la quale la ASL Napoli 1 ha addebitato al Centro ricorrente la somma di €. 50.000,00, quale recupero per le prestazioni di radioterapia rese nel-

l'anno 2014, rappresentando in motivazione che l'importo complessivo ancora da recuperare, al netto dei 50.000,00 euro addebitati, sarebbe pari ad € 1.489.577,16.

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio del Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro Sanitario Regione Campania e dell'Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 13 gennaio 2021 - svoltasi con le modalità di cui all'art. 25 del D.L. n.137/2020 convertito dalla L. n. 176/2020 e al D.P.C.S. del 28.12.2020 - il dott. Gianluca Di Vita;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

Il giudizio in esame ha ad oggetto il DCA n. 77 del 9.10.2018 e gli ulteriori atti indicati in epigrafe, con cui il Commissario ad Acta per l'Attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del Settore Sanitario della Regione Campania – rilevata l'esistenza di economie di spesa conseguite nel 2014 per prestazioni di assistenza ambulatoriale e ospedaliera per sottoutilizzi da parte delle strutture private accreditate - ha autorizzato le AA.SS.LL. a stipulare contratti integrativi per le branche di dialisi e radioterapia (nel cui ambito, viceversa, si sono registrati sforamenti) per gli esercizi 2014-2015-2016-2017 nei limiti esposti nel decreto.

Inoltre, il centro ricorrente estende l'impugnazione alla nota prot. n. 3062/DS del 27.11.2018 con cui l'ASL Napoli 1 ha proceduto al recupero per prestazioni di radioterapia rese nel 2014.

Con il primo motivo di gravame parte ricorrente lamenta che il budget integrativo per la radioterapia è stato determinato con riferimento ai risparmi di spesa (sottoutilizzi limiti di spesa 2014 per prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera) mentre, al contrario, l'unico parametro doveva essere costituito dal fabbisogno assistenziale, criterio che avrebbe condotto al pagamento integrale di tutte le prestazioni di radioterapia effettuate nel periodo 2014-2017.

Con la seconda e terza censura il Centro Muto si duole che l'ASL abbia effettuato i conteggi relativi agli accordi integrativi di spesa per il 2014 in base al criterio di liquidazione di una prestazione di schermatura per "intero trattamento" in asserito contrasto con quanto statuito da questo TAR con sentenza n. 1/2017, confermata dal CDS con sentenza n. 6875/2018 che ha ritenuto illegittimo il recupero di prestazioni riferite alla predetta annualità per violazione del principio di irretroattività e di affidamento.

Con il quarto profilo di illegittimità la ricorrente contesta l'illegittimità dell'attività di recupero (€ 50.000) delle prestazioni di radioterapia rese nel 2014, siccome attuata in violazione dell'ordinanza cautelare di questo TAR n. 912/2018 (resa nel ricorso R.G. 2036/2018 accolto in parte con sentenza di questo Tribunale n. 1666/2019) per violazione dell'affidamento riposto dalla

società nella spettanza di crediti riferiti a prestazioni sanitarie rese in pregresse annualità, regolarmente remunerate dall'amministrazione sanitaria.

L'ASL eccepisce l'inammissibilità del ricorso per carenza di interesse perché il Centro Muto ha già sottoscritto i contratti integrativi riferiti al 2014, 2015 e 2016 che prevedono somme remunerative dello sfioramento rispetto ai tetti di spesa assegnati impegnandosi, quindi, al rispetto delle relative previsioni. Nel merito, replica alle censure e conclude per il rigetto del gravame.

All'udienza pubblica del 13.01.2021 la causa è stata trattenuta in decisione.

DIRITTO

Va premesso che si controverte della legittimità della programmazione sanitaria in materia di contrattazione integrativa per la remunerazione delle prestazioni erogate dagli operatori sanitari accreditati oltre i tetti di spesa prestabiliti, per effetto del reimpiego di somme derivanti dai sottoutilizzi registrati in altre branche nonché della nota di addebito in epigrafe emessa a carico della istante.

Giova preliminarmente precisare che il gravame in trattazione segue ad altri analoghi giudizi proposti innanzi a questo Tribunale dalla medesima società ricorrente avverso atti di recupero posti in essere dall'amministrazione sanitaria per prestazioni di radioterapia riferite a diverse annualità (R.G. n. 6076/2015; n. 5810/2016; n. 2219/2017). In particolare, con tali ricorsi lo Studio Muto s.r.l. ha contestato, tra l'altro, il criterio utilizzato dall'ASL Napoli 1 Centro per la determinazione del fatturato liquidabile.

Questo Tribunale ha definito tali giudizi con sentenze n. 1/2017, n. 2428/2017, n. 1857/2018.

Per quanto rileva nella presenta causa, con tali decisioni sono stati espressi i principi di diritto di seguito riportati:

- il criterio di liquidazione applicato dall'amministrazione e contestato dalla parte ricorrente (una prestazione per l'intero trattamento), prima di essere ribadito in Campania con delibera giunta n. 431/2015, è stato previsto a livello nazionale con il nomenclatore tariffario del 1996 ed è stato confermato successivamente con D.M. del 18 ottobre 2012; a tale catalogo si è attenuato il Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario con nota prot. n. 2864 del 23 luglio 2015, con la quale le Aziende Sanitarie Locali sono state invitate a liquidare le prestazioni in esame contemplando una prestazione di schermatura personalizzata per l'intero trattamento;
- difatti, con D.M. 22 luglio 1996 è stato approvato il nomenclatore tariffario delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabile nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale; per tutte le discipline, il provvedimento riporta le prestazioni erogabili con oneri a carico del servizio sanitario nazionale indicando sia la relativa tariffa sia la relativa modalità di applicazione;
- l'Allegato 1 a tale decreto ministeriale riporta per le prestazioni in contestazione la seguente modalità di applicazione della tariffa: "intero trattamento", da intendersi come termine descrittivo della prestazione che non implica una variazione della scelta del codice (cfr. legenda del citato decreto ministeriale);

- l'espressione "intero trattamento" sottintende un numero variabile di applicazioni, secondo le concrete indicazioni del competente personale medico;
- il successivo D.M. 18 ottobre 2012 ha rimodulato le tariffe, senza tuttavia, riportare le specifiche sulle relative modalità di applicazione, indicazioni che, seppure omesse, non possono ritenersi abrogate per effetto del nuovo provvedimento ministeriale;
- in altri termini, il D.M. del 2012 ha proceduto ad un mero aggiornamento delle tariffe, in alcuni casi aumentandole, senza alcuna modifica delle caratteristiche e delle altre condizioni stabilite per ciascuna prestazione nel precedente nomenclatore del 1996; tanto risulta confermato dalle premesse del D.M., laddove si prevede che "Considerato che, nelle more di una organica revisione della definizione dei Livelli essenziali di assistenza e delle correlate prestazioni, con particolare riferimento alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, l'aggiornamento tariffario può riguardare esclusivamente le prestazioni e le corrispondenti tariffe riportate nel decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale 14 settembre 1996, n. 216";
- il fatto che le nuove tecnologie IMRT, IGRT, V-MAT consentano l'effettuazione di schermature in modo automatico, e non più manuale, tramite adeguamenti successivi del collimatore multi lamellare governati dal software e strumenti elettronici di precisione non consente - alla luce dell'attuale quadro normativo di cui al D.M. 18 ottobre 2012 - di procedere alla indiscriminata moltiplicazione delle prestazioni di schermatura erogabili a carico delle finanze pubbliche, grazie alle prerogative automatizzate della macchina: ciò in quanto, ai fini dell'erogazione a spese del servizio sanitario nazionale resta pur sempre in vigore il parametro di riferimento costituito dall'"intero trattamento" fissato nelle disposizioni ministeriali;
- qualora l'attività di recupero relativa alle prestazioni rese in eccesso avvenga a breve distanza di tempo, non sussiste lesione dell'affidamento in ordine alla legittimità delle prestazioni di radioterapia remunerate in violazione del criterio tariffario indicato in sede ministeriale (decreti ministeriali del 1996 e del 2012) e recepito a livello regionale con la delibera giunta n. 431/2015.

Tanto premesso, il ricorso è in parte infondato e, per il resto improcedibile; per l'effetto, può prescindere dall'esame dell'eccezione di inammissibilità sollevata dall'ASL.

Il primo motivo di gravame è infondato.

Non è condivisibile il presupposto logico sul quale si fonda il ragionamento di parte ricorrente che, invero, aspira all'integrale remunerazione delle prestazioni erogate nel periodo 2014-2017, anche di quelle rese in eccesso rispetto al criterio di liquidazione riportato all' "intero trattamento" recepito nel nomenclatore tariffario e ritenuto legittimo da questo TAR Sez. I, n. 1/2017; n. 1857/2018, confermate in appello dal Consiglio di Stato (Sez. III, n. 6875/2018; n. 182/2019).

Invero, assecondando l'ermeneutica sottesa al ricorso, si consentirebbe, per il tramite della ripartizione dei sottoutilizzi in sede di contrattazione integrativa, l'aggiornamento del predetto criterio di quantificazione delle risorse da destinare al settore della radioterapia.

Si vuol dire che anche la stipula dei contratti integrativi soggiace, quanto al calcolo del fatturato liquidabile e dell'eventuale sfioramento, all'applicazione dei criteri di liquidazione predetermi-

nati dal D.M. 18.10.2012, dal D.M. 22.07.1996 e dalla D.G.R. n. 431/15 già favorevolmente scrutinati nei precedenti giudizi.

In linea generale va riconosciuta all'amministrazione regionale un'ampia discrezionalità, nella previsione del dimensionamento e dei meccanismi di attribuzione delle risorse disponibili, con l'obiettivo di bilanciare molteplici e spesso contrapposti interessi di rilevanza anche costituzionale, quale quelli al contenimento della spesa in base alle risorse concretamente disponibili, quelli relativi alla esigenza di assicurare prestazioni sanitarie quantitativamente e qualitativamente adeguate agli assistiti, quelli delle strutture private operanti secondo logiche imprenditoriali, quelli delle strutture pubbliche vincolate all'erogazione del servizio nell'osservanza dei principi di efficienza e buon andamento.

Tenuto conto della natura discrezionale del potere di programmazione sanitaria, va certamente affermata la legittimità della scelta di destinare eventuali economie registrate in alcuni settori sanitari al finanziamento di prestazioni di emodialisi e radioterapia trattandosi, come noto, di trattamenti c.d. "salvavita" (TAR Campania, Napoli, Sez. I, n. 1146/2014).

Tuttavia, non è predicabile una pretesa delle strutture che abbiano registrato eventuali sforamenti alla attribuzione di risorse aggiuntive derivanti da eventuali sottoutilizzi. La diversa ermeneutica collide con il potere di programmazione regionale e, inoltre, con il principio secondo cui i soggetti erogatori delle prestazioni sono tenuti ad effettuare le opportune programmazioni della rispettiva attività sulla base delle risorse loro assegnate (Consiglio di Stato, Sez. III, n. 3327/2013; n. 679/2013).

In altri termini, ogni erogatore privato che operi in regime di accreditamento non può che atternersi al proprio budget assegnato, senza poter fare affidamento su eventuali risparmi conseguiti da altri operatori sanitari, salve eventuali ed ulteriori determinazioni dell'amministrazione sanitaria che vi provvede nell'esercizio di un potere discrezionale di programmazione sanitaria.

Non hanno pregio la seconda e la terza censura.

Il provvedimento giudiziale di cui parte ricorrente lamenta l'elusione riguardava l'illegittimità del recupero di prestazioni già erogate dal centro nel 2014 e remunerate dall'amministrazione.

Viceversa, nel caso in esame, si controverte di somme integrative riconosciute alla società ricorrente individuate in applicazione del criterio "intero trattamento" (a prescindere quindi dal numero di applicazioni) ritenuto legittimo da questo Tribunale in base al nomenclatore tariffario.

Il quarto motivo di gravame è improcedibile per sopravvenuta carenza di interesse.

Difatti, l'ASL ha riferito che la nota di addebito prot. n. 3062/DS del 27.11.2018 per € 50.000,00 (relativa a prestazioni del 2014) è stata ritirata in autotutela, con disposizione di riaccredito comunicata al legale rappresentante dello Studio Muto con nota A.S.L. prot. n. 173/DS del 17.01.2019.

In conclusione, richiamate le svolte considerazioni, il ricorso si palesa in parte infondato e, per il resto, improcedibile pur potendosi disporre, in ragione della e peculiarità delle questioni di diritto, la compensazione delle spese processuali tra le parti costituite.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale della Campania (Sezione Prima), definitivamente pronunciando sul ricorso in epigrafe, in parte lo rigetta e in parte lo dichiara improcedibile.

Spese compensate.

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

Così deciso in Napoli nella camera di consiglio del giorno 13 gennaio 2021 - svoltasi con le modalità di cui all'art. 25 del D.L. n.137/2020 convertito dalla L. n. 176/2020 e al D.P.C.S. del 28.12.2020 - con l'intervento dei magistrati:

Salvatore Veneziano, Presidente
Gianluca Di Vita, Consigliere, Estensore
Maurizio Santise, Consigliere

L'ESTENSORE IL PRESIDENTE

Gianluca Di Vita Salvatore Veneziano