

N. 00877/2012 REG.PROV.COLL.

N. 00660/2006 REG.RIC.



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia

(Sezione Prima)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 660 del 2006, proposto da:  
Italia Hospital S.p.A., rappresentata e difesa dagli avv.ti Riccardo Villata e Andreina Degli Esposti,  
con domicilio eletto presso il loro studio, in Milano, Via S. Barnaba, 30

contro

Regione Lombardia, rappresentata e difesa dagli avv.ti Pio Dario Vivone e Maria Emilia Moretti,  
con domicilio eletto in Milano, presso l'Avvocatura Regionale, Via F. Filzi n. 22;  
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Como

per l'annullamento

- della d.G.R. 14 dicembre 2005 n. 8/1375, recante “determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio-sanitario regionale per l'esercizio 2006”;
- dei successivi atti con cui sono stati determinati i volumi di attività erogabile per l'anno 2006 da parte della struttura ricorrente, ivi comprese le clausole dell'accordo integrativo del contratti di servizio sottoscritto in data 28 dicembre 2005 tra la Asl provincia di Como e la ricorrente;
- di ogni ulteriore atto presupposto, connesso e consequenziale, con particolare riferimento alle determinazioni contenute nel documento di programmazione e coordinamento dei servizi sanitari e socio-sanitari dell'Asl provincia di Como.

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio di Regione Lombardia;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 8 febbraio 2012 il dott. Roberto Lombardi e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

#### FATTO

La società per azioni Italia Hospital, con ricorso ritualmente notificato e depositato in data 9 marzo 2006, impugnava la delibera della giunta della regione Lombardia n. 8/1375 del 14 dicembre 2005, chiedendone l'annullamento, congiuntamente a tutti gli atti successivi ed integrativi emanati sulla base e in attuazione della suddetta delibera dalla Asl della provincia di Como. L'azione di annullamento, nello specifico, era sorretta da una pluralità di motivi che attenevano, sostanzialmente, alla violazione – o comunque all'applicazione irrazionale e contraddittoria - dei criteri e dei principi di legge, oltre che di alcuni precisi vincoli normativi, che sorreggono il sistema sanitario nazionale con riferimento all'accreditamento istituzionale dei soggetti erogatori pubblici e privati e alla concreta erogazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera (con i relativi meccanismi di rimborso) in nome e per conto del servizio sanitario nazionale stesso.

In particolare, la ricorrente contestava la delibera di cui in epigrafe, in quanto questa avrebbe introdotto una disciplina che, da un lato, proclamerebbe, in linea di principio, la necessità per le ASL ed i soggetti erogatori di negoziare i volumi delle prestazioni erogabili, dall'altro, introdurrebbe sia per l'attività ambulatoriale e di diagnostica che per quella di ricovero vincoli talmente stringenti e penetranti da impedire, di fatto, il corretto esplicarsi di tale contrattazione. Ne sarebbe derivata, pertanto, una disciplina di cornice – all'interno della quale avrebbe dovuto poi operare la singola ASL competente per territorio – in contrasto con le disposizioni di legge che regolano il sistema dell'accreditamento in sanità, con particolare riferimento all'introduzione di un divieto assoluto di superamento del tetto di spesa "individuale".

Costituitasi in giudizio la Regione Lombardia, che resisteva al ricorso, la causa veniva discussa e trattenuta per la decisione di merito nella pubblica udienza dell'8 febbraio 2012.

#### DIRITTO

Va preliminarmente rigettata la eccezione di inammissibilità proposta dalla difesa della Regione Lombardia. Appare infatti privo di fondamento il rilievo per il quale la ricorrente, non impugnando il contratto stipulato in data 29 marzo 2006 con la competente ASL, disciplinante i rapporti tra la parte pubblica e la struttura accreditata per l'intera annualità (contratto che ha "assorbito" il primo contratto del dicembre 2005 di cui di seguito), avrebbe attestato una carenza di interesse ad agire anche con riferimento alla richiesta di annullamento della determinazione dirigenziale del 14 dicembre 2005 e delle clausole dell'accordo integrativo del contratto di servizio sottoscritto in data 28 dicembre 2005 tra la ASL della Provincia di Como e la ricorrente stessa. Appare evidente, infatti, come il contratto del marzo del 2006, atto paritetico, abbia costituito mera specificazione negoziale e dovuta, in termini concreti, delle indicazioni contenute nella delibera regionale impugnata – il cui valore lesivo è stato censurato in via astratta ed autonoma -; d'altronde, la sottoscrizione di tale contratto non può neanche considerarsi come una manifestazione di acquiescenza alle regole imposte per la sua stipulazione, come peraltro specificato dalla stessa ricorrente in una postilla al contratto stesso.

Parimenti, l'altra eccezione in rito sollevata dalla resistente in giudizio con riferimento ad una presunta improcedibilità per sopravvenuta carenza di interesse – in relazione alla realizzazione di effetti pratici lontani e comunque decisamente migliori rispetto a quelli paventati dalla ricorrente, a seguito dell'attuazione delle regole stabilite dalla determinazione contestata –, può, al limite, essere oggetto di valutazione in ordine alla razionalità/irrazionalità del sistema di rimborsi escogitato dalla Regione, ma non è certo indice di un'intervenuta mancanza di interesse ad ottenere il bene della vita richiesto; le censure della ricorrente si sono appuntate, infatti, sulla predisposizione di parametri oggettivamente pregiudizievoli per i suoi interessi economici (in quanto di per sé limitativi dell'utile conseguibile) ed in contrasto con gli scopi perseguiti dalle norme di settore.

Nel merito, il ricorso è infondato.

Con il primo motivo la ricorrente ha denunciato la violazione da parte della Regione delle disposizioni di legge che regolano il sistema dell'accreditamento in sanità, poiché nella delibera contestata il suddetto ente pubblico avrebbe introdotto un divieto assoluto di superamento del cd. tetto di spesa individuale. E' contestata, in particolare, la violazione dei principi fondamentali della riforma sanitaria contenuta nel d.lgs. n. 502/1992 e la falsa applicazione dell'art. 1, comma 32, della L. n. 662/96, e dell'art. 32, comma 8, della L. n. 449/1997, oltre alla violazione degli artt. 23, 3 e 97 della Costituzione, sotto il profilo della discriminazione arbitraria tra soggetti erogatori. Sono altresì individuati, anche se solo in modo generico, profili di eccesso di potere sotto il profilo del difetto di motivazione e di istruttoria, oltre che di travisamento dei fatti ed illogicità manifesta.

L'art. 1, comma 32, della L. n. 662/96 stabilisce due importanti principi in materia di prestazioni sanitarie e limiti di spesa. Da un lato, attribuisce alle Regioni, nell'ambito delle funzioni loro assegnate dal d.lgs. n. 502/1992, il compito di individuare, nel rispetto dei livelli di spesa stabiliti per l'anno precedente, le quantità e le tipologie di prestazioni sanitarie che possono essere erogate nelle strutture pubbliche e in quelle private. Dall'altro, dispone che la contrattazione dei piani preventivi annuali previsti dalla normativa di riferimento debba essere realizzata in conformità a tali indicazioni, con la fissazione del limite di spesa massimo sostenibile.

Va aggiunto, per completezza, che l'ambito delle funzioni attribuite alle Regioni dalla legge di riforma del sistema sanitario nazionale concerne la “determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi e sull'attività destinata alla tutela della salute e dei criteri di finanziamento delle unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere” (art. 2, comma 2 del d.lgs. n. 502/1992), con attribuzione, di conseguenza, nei limiti di spesa di volta in volta stabiliti sulla base delle norme di raccordo e contenimento riguardanti la finanza pubblica, di un ampio raggio di discrezionalità nella scelta di tale organizzazione.

L'art. 32, comma 8, della L. n. 449/1997, a sua volta, statuisce che, nell'ambito della programmazione sanitaria – corollario necessario del potere di organizzazione regionale in materia -, le Regioni individuino preventivamente, e per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata, da un lato, i limiti massimi di spesa compatibile con la dotazione del fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, dall'altro, gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all'art. 1 comma 32 della L. n. 662/96.

Ne deriva un procedimento decisionale in materia di volumi di attività erogabile per il singolo anno da ciascuna struttura sanitaria (sia pubblica che privata) che appare ancorato ad un duplice presupposto, ovvero quello di assicurare livelli essenziali ed uniformi sul territorio nazionale, tali cioè da garantire il diritto alla salute (inteso anche come possibilità di accesso equa, dignitosa e non discriminatoria alle prestazioni sanitarie), e contestualmente di garantire una piena compatibilità tra i “budget” individuali e le risorse finanziarie destinate al servizio sanitario nazionale. Tali

presupposti sono inscindibilmente legati tra di loro, nell'ambito dei principi elaborati in materia sanitaria dal d.lgs. n. 502/1992, mediante la nozione di "contestualità", vale a dire di valutazione congiunta e contemporanea.

Alla luce di tale ricostruzione del sistema normativo di settore, appare pertanto privo di pregio il motivo di ricorso in esame. Non risulta, infatti, violare i suddetti principi e le suddette norme, una delibera come quella emanata dalla Regione Lombardia in data 14 dicembre 2005, nella quale, accanto ad una fissazione di limiti invalicabili di spesa, viene lasciata alle Asl una discrezionalità, seppur limitata, di adeguamento con riferimento a criteri di massima e caratteristiche concrete del servizio erogato.

In particolare, le Asl potevano utilizzare, per l'anno 2006 (anno di interesse per la vicenda in esame) una quota aggiuntiva di 14 punti percentuali da assegnare, per le attività ambulatoriali, a fronte di specifici progetti definiti dalle stesse aziende sanitarie territoriali e finalizzati a risolvere gli squilibri tra la domanda e l'offerta e la durata dei tempi di attesa. Non sembra pertanto violato, a tale riguardo, il cd. principio di contrattazione, essendo stato lasciato un significativo spazio di adeguamento, pur nel doveroso rispetto dei limiti di stanziamento e compatibilità con la finanza pubblica, rispetto che, come detto, assume un ruolo assolutamente preponderante nell'orientare le decisioni pubbliche secondo il progetto di riforma del servizio sanitario nazionale.

Parimenti, con riguardo alle attività di ricovero e cura, la Regione ha previsto, nella delibera contestata dal ricorrente, la possibilità per l'Asl "contrattante" di utilizzare 4 punti percentuali delle risorse del 2006 ai fini di attribuzione aggiuntiva alle singole strutture, sulla base di "specifiche valutazioni di tipo clinico epidemiologico e per risolvere eventuali criticità relative ai tempi di attesa e tenendo conto della necessità di tendere al riequilibrio del costo dei ricoveri/residente rispetto alla media regionale".

Tali criteri di assegnazione aggiuntiva di risorse non appaiono di per sé irrazionali né carenti sotto il profilo motivazionale, trattandosi di criteri che si saldano coerentemente con l'altro dei due presupposti fondanti il procedimento decisionale in materia di volumi di attività erogabile per il singolo anno da ciascuna struttura sanitaria (sia pubblica che privata), ovvero quello di assicurare livelli essenziali ed uniformi sul territorio nazionale, tali cioè da garantire il diritto alla salute (inteso anche come possibilità di accesso equa, dignitosa e non discriminatoria alle prestazioni sanitarie).

Prive di pregio sono pertanto le censure volte a contestare la scelta dei criteri operativi della singola contrattazione a livello locale, trattandosi di valutazioni ampiamente discrezionali che, al di fuori di una diretta incompatibilità con i principi regolanti la materia (incompatibilità che, come appena evidenziato, non appare esservi), attengono senz'altro al merito dell'attività amministrativa e come tali non sono censurabili nella presente sede.

Con il secondo motivo, la ricorrente ha evidenziato un eccesso di potere sotto il profilo della contraddittorietà emergente tra la previsione contenuta nella delibera impugnata – allorché, con riferimento alle attività di ricovero e cura, alle ASL era stata conferita la facoltà di attribuire in sede di negoziazione quattro punti percentuali delle risorse 2006 alle strutture accreditate – e la mancanza concreta di tale possibilità secondo quanto riportato nel facsimile del contratto integrativo, con l'inevitabile corollario di una intervenuta rigidità del tetto di spesa nonostante le dichiarazioni di principio della Regione.

Anche tale motivo, peraltro, non coglie nel segno, in relazione alla circostanza per cui, nel medesimo schema di contratto in esame, all'art. 4 sono state previste ulteriori quote di risorse (in euro) relative alle attività di ricovero da assegnare sulla base di specifici progetti da ancorare al

raggiungimento degli obiettivi di cui si è già diffusamente discusso, progetti che parrebbero, peraltro, essere stati in concreto realizzati dalla ricorrente.

Privi di pregio appaiono anche il terzo, il quarto e il quinto motivo di ricorso, che per semplicità espositiva possono essere affrontati insieme. In particolare, risulta in parte inammissibile e in parte destituito di fondamento l'ultimo motivo di ricorso, allorché prospetta una sorta di impugnazione preventiva delle previsioni contenute nell'allegato 3 della d.g.r. 1375/05, laddove interpretate come revoca di precedenti disposizioni (il che, peraltro, non è), mentre non appaiono in contrasto con le norme che regolano il servizio sanitario nazionale né la previsione di un tetto trimestrale pari a 3/12 di quanto negoziato per l'anno 2005, misura che è stata semplicemente volta ad autorizzare in via provvisoria la continuità nell'erogazione delle prestazioni (terzo motivo di ricorso), né la previsione di copertura degli oneri contrattati solo per le aziende ospedaliere pubbliche, trattandosi di ragionevole misura volta a soddisfare l'esigenza che specifici oneri contrattuali siano debitamente rendicontati, senza che vengano in evidenza profili giuridicamente rilevanti di sperequazione giuridica ed economica tra strutture pubbliche e private (quarto motivo di ricorso). D'altra parte, la pretesa alla piena parità di trattamento tra strutture sanitarie pubbliche e strutture sanitarie private è stata superata dalla più recente giurisprudenza del Consiglio di Stato, secondo cui l'importanza degli obiettivi di contenimento della spesa sanitaria è tale da escludere che esista un principio vincolante di parità di trattamento tra le suddette strutture (cfr. Cons. di Stato, sez. V, 4 ottobre 2007 n. 5134, e Cons. di Stato n. 4077 del 25/8/2008).

Le spese di lite seguono la soccombenza, e sono liquidate come da dispositivo.

P.Q.M.

il Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia (Sezione I),

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

Condanna la ricorrente Italia Hospital S.p.A. al pagamento delle spese del presente giudizio, che liquida in via equitativa in € 4.000, oltre I.V.A. e C.P.A. come per legge, se dovuti.

Così deciso in Milano nella camera di consiglio del giorno 8 febbraio 2012 con l'intervento dei magistrati:

Francesco Mariuzzo, Presidente

Raffaello Gisondi, Primo Referendario

Roberto Lombardi, Referendario, Estensore

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 20/03/2012

IL SEGRETARIO

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