

Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Oggetto: Esecuzione sentenza Consiglio di Stato, Sezione III, n. 5899/14.

Riconoscimento del livello massimo di finanziamento delle prestazioni rese extra budget dall'Ospedale Classificato Congregazione Figlie di Nostra Signora al Monte Calvario (Cristo Re) per l'anno 2006.

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTI per quanto riguarda i poteri

- la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n.3;
- lo Statuto della Regione Lazio 11 novembre 2001, n. 1 “*Nuovo Statuto della Regione Lazio*” e s.m.i.;
- la Legge Regionale 18 febbraio 2002 n. 6 e s. m. i.;
- il Regolamento Regionale 6 settembre 2002, n. 1 e s. m. i., con particolare riferimento all’art. 98;
- la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 aprile 2018 con cui il Presidente della Regione Lazio Nicola Zingaretti è stata nominato Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario della Regione Lazio;
- la DGR n. 203/2018 di modifica del regolamento generale di organizzazione riorganizzazione delle Direzioni regionali Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale” e D.G.R. 252/2018 di differimento al 6 giugno 2018 del termine di entrata in vigore della D.G.R. 203/2018;
- la DGR del 1 giugno 2018, n. 252 “Modifiche alla deliberazione di Giunta Regionale n. 203 del 24 aprile 2018”, con la quale si è provveduto a posticipare il termine previsto per le modifiche dell’assetto organizzativo delle strutture della Giunta Regionale dal 1 giugno 2018 al 6 giugno 2018;
- la DGR del 5 giugno 2018, n. 271 con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria al dott. Renato Botti;
- la Direttiva del Segretario Generale del 6 giugno 2018, prot. n. 33759;
- la Determinazione G07633 del 13 giugno 2018, recante: “Istituzione delle strutture organizzative di base denominate «Aree» e «Uffici» della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria - Recepimento della direttiva del Segretario Generale del 6 giugno 2018, prot. n. 337598”;
- la Determinazione G12275 del 2 ottobre 2018 avente ad oggetto: “Riorganizzazione delle strutture organizzative della Direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria – Recepimento della Direttiva del Segretario Generale del 3 agosto 2018, prot. n. 484710, come modificata dalla Direttiva del 27 settembre 2018, n. 590257”;

VISTI per quanto riguarda il Piano di Rientro

- l’articolo 8, comma 1 della legge 5 giugno 2003, n. 131;
- l’articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;
- le Deliberazioni della Giunta Regionale n. 66 del 12 febbraio 2007 avente ad oggetto: “*Approvazione del “Piano di Rientro...”*” e n. 149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: “*Presenza d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio....omissis... Approvazione del “Piano di Rientro...”*”;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;

VISTI per quanto riguarda la disciplina di cui al D. Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”, ed in particolare:

- l'art. 8 *quater* comma 2 che 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 al suddetto art. 8 *quinquies*;
- l'articolo 8 *quater*, comma 8 del D. Lgs. n. 502/92 e s. m. i. per cui, in presenza di una capacità produttiva superiore al fabbisogno determinato in base ai criteri di cui al comma 3, lettera b), le Regioni e le unità sanitarie locali, attraverso gli accordi contrattuali di cui all'art. 8 *quinquies*, sono tenute a porre a carico del servizio sanitario nazionale un volume di attività comunque non superiore a quello previsto dagli indirizzi della programmazione nazionale;
- l'art. 8 *quinquies*, comma 2, del D. Lgs. n. 502/92 che prevede la stipula di contratti con le strutture private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro associazioni rappresentative a livello regionale, che indicano, tra l'altro:
 - il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali (art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera d);
 - la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni, concordato ai sensi della lettera d), prevedendo che, in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno dei valori unitari dei tariffari regionali, per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera, delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché delle altre prestazioni comunque remunerate a tariffa, il volume massimo di prestazioni remunerate, di cui alla lettera b), si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti indicati alla lettera d), ...*omissis*...(art. 8 *quinquies*, comma 2, lettera e- bis);

RILEVATO che la recente giurisprudenza amministrativa ha precisato che “...*omissis*... *chi intende operare nell'ambito della sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa sanità pubblica è costretta, dovendo comunque e in primo luogo assicurare, pur in presenza di restrizioni finanziarie, beni costituzionali di superiore valore quali i livelli essenziali relativi al diritto alla saluteomissis... in alternativa agli operatori resta la scelta di agire come privati nel privato*” (Ordinanza Consiglio di Stato n. 906/2015; sentenza TAR Abruzzo n. 585/2015) et al);

VISTA la DGR n. 143/2006, avente ad oggetto “*Ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa e territoriale*”;

VISTA la Determinazione Laziosanità n. 1598 del 7.6.2006 in ordine alle indicazioni sulle modalità di svolgimento dei controlli in attuazione della DGR n.143/2006;

PRESO ATTO che, in attuazione del Decreto del Ministero della Salute 21 novembre 2005 “*Aggiornamento dei sistemi di classificazione adottati per la codifica delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e per la remunerazione delle prestazioni ospedaliere*” e dell’Intesa Stato/Regioni sancita il 16 giugno 2005, dal 1 gennaio 2006 è entrata

in vigore la versione 19 del sistema di classificazione DRG, basata sulla versione ICD-9-CM/2002;

CONSIDERATO

che con ricorso dinanzi al TAR Lazio, sede di Roma, la Congregazione Figlie di Nostra Signora al Monte Calvario, nella qualità di proprietaria e gestore dell'Ospedale Classificato Cristo Re, impugnava la Deliberazione di Giunta Regionale n. 143 del 22/03/2006, e detto giudizio si concludeva con la sentenza n. 1387 del 15/02/2007, favorevole per l'Amministrazione pubblica;

che, a seguito dell'appello proposto dalla Congregazione, con sentenza 28/11/2014 n. 5899 il Consiglio di Stato, sez. III, riformava la sentenza di I grado e annullava, per quanto di ragione, la delibera regionale n. 143/2006;

che con ricorso dinanzi al Consiglio di Stato, sez. III (R.G. n. 4550/2018), la Congregazione Figlie di Nostra Signora al Monte Calvario, in Concordato Preventivo n. 28/2012, proponeva ricorso per l'ottemperanza della sentenza n. 5899/2014, chiedendo altresì il pagamento dell'importo a titolo di differenza tra il *budget* attribuito dall'Amministrazione e le prestazioni asseritamente erogate dall'Ospedale Cristo Re nell'anno 2006;

TENUTO CONTO

che la citata sentenza 5899/2014 ha ritenuto la delibera regionale illegittima nella parte in cui ha assegnato un tetto di spesa invalicabile senza tenere conto della natura delle prestazioni rese da una struttura ospedaliera considerata equiparata, fermo ogni controllo dell'amministrazione sull'effettività (e sull'appropriatezza) delle prestazioni rese e, quindi, sulla loro possibile remunerazione;

che a seguito di analogo contenzioso promosso dalla Congregazione per ottenere il riconoscimento dell'importo a titolo di differenza tra il *budget* attribuito dall'Amministrazione e le prestazioni asseritamente erogate dall'Ospedale Cristo Re nell'anno 2007 (sentenza n. 8544/2012), la Regione, al fine di ottemperare alla sentenza del Tar Lazio, Roma, n. 11231/2016, ha adottato il DCA n. 86 del 10/03/2017;

che la Congregazione ha impugnato anche il suddetto decreto regionale, chiedendone la declaratoria di nullità nell'ambito del giudizio per l'ottemperanza al giudicato formatosi sulle sentenze Tar n. 8544/2012 e n. 11231/2016 (RG 4835/2017);

che il Tar Lazio, Roma, sez. III *quater*, ha respinto il suindicato ricorso pronunciandosi con la sentenza n. 307/2019, nella quale ha così precisato:

“Nell'eseguire la sentenza più volte menzionata la Regione ha precisato nelle premesse del provvedimento impugnato che: “in ottemperanza alla sentenza in oggetto, si ritiene di poter remunerare solo le prestazioni erogate nel 2007 in regime di emergenza/urgenza, non programmabili e non rifiutabili, sul presupposto che tali attività presentino il carattere di imprevedibilità e, come tali, possano, eccezionalmente e ai soli fini dell'obbligo di esecuzione ai giudicati amministrativi, essere riconosciute oltre il tetto di spesa fissato nell'anno suindicato per il predetto Ospedale Classificato, in quanto non consentono l'erogazione programmata nell'ambito del budget di cui al contratto, né il reperimento in tempo utile di altra struttura capiente;”.

Specie avuto riguardo a tale ultima osservazione, la giustificazione nel suo complesso consente di rigettare le prospettazioni di parte ricorrente, come tendenti a porre in evidenza la nullità del provvedimento adottato per violazione ed elusione delle statuizioni recate dalle sentenze n. 8544/2012 e di ottemperanza n. 11231/2016.

Infatti la prima pronuncia pone proprio in risalto che comunque anche con l'entrata in vigore della legge n. 133/2008 (Legge di stabilità 2009) non è "teorizzabile l'interruzione delle prestazioni agli assistiti al raggiungimento di un ipotetico limite eteronomamente fissato" e che comunque l'Ospedale Classificato "non può sottrarsi al dovere, non negoziabile, di erogare il servizio pubblico a tutti gli utenti" notazioni dalle quali deriva che le prestazioni di emergenza/urgenza sono quelle la cui remunerazione è indefettibile da parte della Regione.

D'altra parte l'atto gravato ponendo in risalto che i competenti uffici della Regione dovranno verificare le prestazioni erogate nel 2007 dalla struttura de qua oltre il tetto di spesa assegnato dalla Regione, non specificando il settore nel quale l'emergenza/urgenza possa essersi verificato, si pone come trasversale rispetto a tutti i tipi di prestazioni effettuati, non apparendo quindi dimostrata la lesività del provvedimento in questione, come escludente di un certo tipo di prestazione piuttosto che di un'altra ricompresa nella delibera n. 436/2007 già annullata con precedenti pronunce.

2. Per le superiori considerazioni, comunque, il ricorso va respinto."

che la tesi della ricorrente si fonda sull'orientamento della giurisprudenza amministrativa secondo cui, in tema di equiparazione degli Ospedali Classificati alle strutture pubbliche e di applicabilità a questi dei "tetti di spesa", prima dell'entrata in vigore del D.L. n. 112/2008 (convertito nella L. n. 133/2008) il "tetto di spesa" per i Classificati opera ma con modalità tecniche diverse dall'assoluta inderogabilità, dovendo la "eventuale" maggiore remunerazione a consuntivo corrispondere comunque in modo puntuale alle "disponibilità finanziarie" della Regione; in sostanza, prima del 2008 vi era solo la mera "possibilità" – e, dunque, non l'obbligo – che le prestazioni rese oltre i volumi predeterminati in sede di programmazione nazionale e regionale potessero essere remunerate (CdS, Ad. Pl., parere n. 5/2013; CdS, sez. V, n. 1514, 16/03/2010; n. 1858, 22/04/2008, che hanno altresì precisato che per gli ospedali classificati "non è neppure teorizzabile l'interruzione delle prestazioni agli assistiti al raggiungimento di un ipotetico limite eteronomamente fissato");

CONSIDERATO altresì

che il Consiglio di Stato ha fornito ulteriori e più precisi criteri interpretativi utili a guidare la presente decisione, e precisamente, fra tanti,

- che è pacifico che non esiste un obbligo dello Stato e/o della Regione di ripianare le spese degli Ospedali Classificati, in quanto "il ripianamento compete al soggetto che ha la proprietà degli stessi, mentre le strutture private, per quanto classificate, hanno una diversa proprietà alla quale compete, ai sensi della normativa generale, il prendere in considerazione la copertura delle eventuali perdite riscontrate" (CdS, sez. V, sent. 21/11/2011 n. 6130, pure resa proprio nei confronti della Congregazione ricorrente e CdS, sez. III, sent. n. 5899/2014);

- che, oltretutto, "come ha ribadito la consolidata giurisprudenza (vedasi CdS Sez. III n. 697/2013) risulta evidente che la Regione si debba far carico degli oneri connessi alla erogazione di prestazioni sanitarie da parte delle aziende ospedaliere pubbliche e che comunque non sussiste obbligo di ripiano neppure nei confronti delle Aziende ospedaliere pubbliche posto che nei confronti di esse la decisione della regione di procedere al ripiano delle perdite non è configurabile come riconoscimento di maggiori oneri rispetto a quelli programmati, bensì come ristoro del capitale netto" (CdS, sez. III, sent. 20/05/2017 n. 109);

che il Consiglio di Stato, sez. III, con la sentenza n. 109/2017, ha indicato (i) che la stipula del contratto *ex art 8 quinquies* L. n. 833/78 è obbligo e limite invalicabile anche per gli Ospedali Classificati, ritenendo che il D.L. n. 112/2008 (convertito in legge n. 133/2008) è, sul punto, confermativo del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. (già valendo, quindi, anche per i Classificati il disposto di cui all'art. 8 *quinquies* e i relativi tetti di spesa) e (ii) che al di fuori delle prestazioni previste in tariffa stanno le "funzioni", la remunerazione delle quali ha carattere sostitutivo e comune "viene erogata dalla regione nel rispetto dei vincoli di bilancio", sempre entro un tetto di spesa preventivamente fissato;

TENUTO CONTO peraltro dell'orientamento assunto negli ultimi anni dal Giudice civile, che, in senso più favorevole all'amministrazione pubblica, ritiene sottoposti ai tetti di spesa stabiliti dalla Regione anche gli Ospedali Classificati, precisando tra l'altro che "*...gli ospedali privati classificati [equiparati] alle strutture pubbliche trovano un insuperabile limite normativo nella esistenza di un sistema di remunerazione ancorato a tariffe predeterminate con riferimento ad un tetto omnicomprensivo di spesa, il quale nell'attuale sistema, quale sopra tratteggiato, è indefettibile*" (da ultimo, le recenti sentenze del Trib. Roma, II sez. civ., nn. 1521/2014, 25077/2015, 8837/2016, 11790/2016, 12651/2016; conforme, Corte d'Appello Roma, I sez. civ., n. 6915/2016);

VISTO il parere dell'Avvocatura regionale, reso con nota prot. n. 55281 del 2 febbraio 2016 e la successiva sua integrazione, con nota prot. n. 379299 del 17 luglio 2016;

RIBADITO che coperte dal bilancio regionale sono solo le prestazioni che riguardano le attività remunerate a tariffa e per le quali è stabilito il relativo *budget* nonché le attività che sono ricomprese e remunerate nelle "funzioni", anch'esse sottoposte a un limite massimo di spesa preventivamente fissato dalla Regione;

RITENUTO che, in ottemperanza alla sentenza in oggetto, si ritiene di poter remunerare solo le prestazioni erogate nel 2006 in regime di emergenza/urgenza, non programmabili e non rifiutabili, sul presupposto che tali attività presentino il carattere di imprevedibilità e, come tali, possano, eccezionalmente e ai soli fini dell'obbligo di esecuzione ai giudicati amministrativi, essere riconosciute oltre il tetto di spesa fissato nell'anno suindicato per il predetto Ospedale Classificato, in quanto non consentono l'erogazione programmata nell'ambito del *budget* di cui al contratto, né il reperimento in tempo utile di altra struttura capiente;

RIBADITO che la Regione Lazio, essendo in Piano di rientro, è tenuta al rispetto dei rigidi vincoli di bilancio imposti dallo stesso, al fine di assicurare la copertura finanziaria necessaria al raggiungimento delle finalità pubbliche a tutela del diritto alla salute dei cittadini;

STABILITO pertanto che, in considerazione di tutto quanto sopra, al fine di ottemperare alla sentenza del Consiglio di Stato, Sezione III, n. 5899/14, è necessario dare mandato alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria per l'assolvimento dei seguenti adempimenti, da concludersi entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente decreto:

- a) verifica, anche attraverso la competente ASL di riferimento, delle prestazioni erogate nel 2006 dalla struttura *de qua*, oltre il tetto di spesa assegnato dalla Regione, che presentino il carattere della inevitabilità in quanto rese in emergenza/urgenza e, quindi, non programmabili e non rifiutabili;
- b) quantificazione economica di tali prestazioni, valorizzando le stesse alle tariffe all'epoca

vigenti e liquidazione dei relativi importi, previo accertamento del soggetto effettivo titolare dell'eventuale credito nonché verifica di eventuali cessioni;

DECRETA

per i motivi espressi in premessa:

- di riconoscere, in ottemperanza alla sentenza in oggetto, la remunerabilità delle prestazioni extra budget erogate dall'Ospedale Classificato Cristo Re nel 2006, in regime di emergenza/urgenza, non programmabili e non rifiutabili, sul presupposto che tali attività presentino il carattere di imprevedibilità e, come tali, possano, eccezionalmente e ai soli fini dell'obbligo di esecuzione ai giudicati amministrativi, essere riconosciute oltre il tetto di spesa fissato nell'anno suindicato per il predetto Ospedale, in quanto non consentono l'erogazione programmata nell'ambito del *budget* di cui al contratto, né il reperimento in tempo utile di altra struttura capiente;
- di dare mandato alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria per l'assolvimento dei seguenti adempimenti, da concludersi entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente decreto:
 - a) verifica, anche attraverso la competente ASL di riferimento, delle prestazioni erogate nel 2006 dalla struttura *de qua*, oltre il tetto di spesa assegnato dalla Regione, che presentino il carattere della inevitabilità in quanto rese in emergenza/urgenza e, quindi, non programmabili e non rifiutabili;
 - b) quantificazione economica di tali prestazioni, valorizzando le stesse alle tariffe all'epoca vigenti e liquidazione dei relativi importi, previo accertamento del soggetto effettivo titolare dell'eventuale credito nonché verifica di eventuali cessioni;

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni, ovvero, ricorso Straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente decreto sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regione Lazio.

NICOLA ZINGARETTI

