

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 23 dicembre 2019, n. U00513

Esecuzione sentenza del Tar Lazio Sez. II quater n. 8810 del 2012 - Riconoscimento del livello massimo di finanziamento delle prestazioni rese extra budget dall'Ospedale "Madre Giuseppina Vannini", per l'anno 2007.

Oggetto: Esecuzione sentenza del Tar Lazio Sez. II quater n. 8810 del 2012 - Riconoscimento del livello massimo di finanziamento delle prestazioni rese extra budget dall'Ospedale "Madre Giuseppina Vannini", per l'anno 2007.

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 confermato 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’art. 120 della Costituzione;
- 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: “*Presa d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio....omissis... Approvazione del “Piano di Rientro...”*”;
- l’articolo 1, comma 796, lettera b) della legge 27 dicembre 2006, n. 296;
- il Decreto Legge 1 ottobre 2007, n. 159 convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;
- la legge 23 dicembre 2009, n. 191;
- il DCA n. 247 del 25 luglio 2014 avente ad oggetto: “*Adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Lazio*” come modificato ed integrato dai DCA n. 368/2014, 412/2014, 230/2015, 267/2015, 270/2015, 373/2015 e 584/2015 e da ultimo dal DCA 52/2017 di approvazione dei P.O. 2016-2018;

- il DCA n. 52 del 22 febbraio 2017, avente ad oggetto: *“Adozione del programma Operativo 2016-2018 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi della Regione Lazio nel settore sanitario denominato Piano di Riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale”*;
- Il DCA n. 303 del 25 luglio 2019, avente ad oggetto: *“Adozione del piano di rientro “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021” ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo.”*;
- il DCA n. 469 del 14 novembre 2019 avente ad oggetto: *Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del SSR 2019-2021”* , che ha modificato il DCA n. 303/2019 recependo le osservazioni dei Ministeri vigilanti;

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 *quinqües*;
- 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 *quinqües*, 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 *quinqües*, 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 *quinqües*, 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 *quinqües*, 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);

VISTA la DGR n. 436/2007, avente ad oggetto *“Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere e di assistenza specialistica ambulatoriale dei soggetti erogatori pubblici e privati per l’anno 2007. Attuazione del Piano di rientro di cui all’accordo sottoscritto ai sensi dell’art 1 comma 180 L. 311/2004: obiettivi specifici 1.2 - 1.3. - 2.2”*;

VISTO il DCA n. 479/2013, recante *“Rideterminazione del tariffario regionale per la remunerazione delle prestazioni di riabilitazione e lungodegenza post-acuzie anni 2007-2011”*;

CONSIDERATO

che con ricorso dinanzi al TAR Lazio, sede di Roma (R.G. n. 10102/2007), l’Istituto Figlie di San Camillo — proprietario dell’Ospedale “Madre Giuseppina Vannini”, con sede in Roma, Via Acqua Bullicante n. 4 - C.F. 01588540581, ha impugnato la delibera della Giunta Regionale del Lazio n. 436/07;

che detto giudizio si è concluso con la sentenza n. 8810/2012, con la quale il Giudice amministrativo ha in parte dichiarato improcedibile il ricorso e in parte lo ha accolto, e, per l’effetto, ha annullato i budget assegnati alla ricorrente per l’anno 2007;

che con ricorso dinanzi al TAR Lazio, Roma (RG n.2088/2019) il suddetto Istituto ha agito per l’ottemperanza della sentenza n. 8810/2012;

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 in tema di equiparazione degli Ospedali Classificati alle strutture pubbliche il Consiglio di Stato, negli ultimi anni, ha assunto posizioni non uniformi, intervenendo, dapprima, con la sentenza n. 109/2017, nella quale, pronunciandosi sulla DGR n. 143/06, relativa al budget dell’anno 2006, ha precisato: (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 comunque *“viene erogata dalla Regione nel rispetto dei vincoli di bilancio”*, sempre entro un tetto di spesa preventivamente fissato; e poi, recentemente, con la sentenza n. 4460/2019, con la quale, invece, ha disposto l’annullamento della DGR n. 174/08, relativa al budget delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l’anno 2008, ritenendo che *“prima del d.l. 112/2008, convertito nella legge 133/2008, spettava agli ospedali classificati la remunerazione delle prestazioni erogate oltre i volumi predeterminati in sede di programmazione nazionale e regionale, nonché negli accordi contrattuali, ed è soltanto a seguito della diversità di trattamento tra le strutture pubbliche e le strutture private introdotta dal decreto legge del 2008 che tale effetto, tra quelli che tradizionalmente si facevano discendere dall’equiparazione degli ospedali classificati a quelli pubblici (cfr. V, nn. 1858/2008 e 1514/2010), è venuto meno, in quanto incompatibile con la nuova disciplina...(omissis)...Dunque, la delibera impugnata sconta, a monte, un difetto di impostazione, derivante dall’erronea pretesa di inquadrare, almeno sino al dl. 112 del 2008, gli ospedali classificati tra gli operatori privati (...)*”. La medesima pronuncia sottolinea, tuttavia, che *“Resta fermo ogni controllo dell’Amministrazione sull’effettività (e sull’appropriatezza) delle prestazioni rese e, quindi, sulla loro possibile remunerazione, anche in eccedenza rispetto al tetto*

di spesa assegnato, tenendo anche conto del momento di entrata in vigore del nuovo regime normativo introdotto con il dl. 112 del 2008”;

che il Consiglio di Stato ha fornito ulteriori 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; CdS, sez. III, sent. n. 5899/2014);

- *“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);

- *“...l’equiparazione fra le strutture ospedaliere pubbliche e quelle private classificate, anche prima della riforma del 2008, non investe il diverso tema del ripianamento dei possibili disavanzi di gestione (cfr. Cons. Stato, sez. III, nn. 86/2018; 5771/2015; 5901/2014; 5900/2014; 697/2013, 735/2013)”;*

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 omnicomprendente 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);

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 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;

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 Tar del Lazio, sez. III quater, n. 8810/2012, è necessario investire gli uffici competenti dei seguenti adempimenti, da concludersi entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente decreto:

- verifica delle prestazioni erogate nel 2007 dalla struttura *de qua* oltre il tetto di spesa assegnato dalla Regione, che presentino i caratteri della “inevitabilità” e della “imprevedibilità”, in quanto rese in emergenza/urgenza e, quindi, non programmabili e non rifiutabili;
- quantificazione economica di tali prestazioni, valorizzando le stesse alle tariffe all’epoca vigenti e liquidazione dei relativi importi;

DECRETA

per i motivi espressi in premessa:

- di riconoscere, in ottemperanza alla sentenza in oggetto, la remunerabilità delle prestazioni extra budget erogate dall'Ospedale "Madre Giuseppina Vannini" nell'anno 2007, in regime di emergenza/urgenza, non programmabili e non rifiutabili, sul presupposto che tali attività presentino i caratteri della inevitabilità e 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 investire gli uffici competenti dei seguenti adempimenti, da concludersi entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente decreto:
 - verifica delle prestazioni erogate nel 2007 dalla struttura *de qua* oltre il tetto di spesa assegnato dalla Regione, che presentino i caratteri della “inevitabilità” e della “imprevedibilità”, in quanto rese in emergenza/urgenza e, quindi, non programmabili e non rifiutabili;
 - quantificazione economica di tali prestazioni, valorizzando le stesse alle tariffe all’epoca vigenti e liquidazione dei relativi importi.

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