

SANITA': Servizio sanitario nazionale - Regime di accreditamento - Necessità di un provvedimento concessorio per l'insorgenza delle prestazioni a carico della Regione - Configurabilità di un accordo per *facta concludentia* tra struttura accreditata e Regione - Esclusione.

Cass. civ., Sez. I, 25 marzo 2022, n. 9739

- in *Guida al diritto*, 19, 2022, pag. 80.

*“[...] Nell'ambito del servizio sanitario nazionale, il D.Lgs. n. 502 del 1992, art. 8, come integrato dalla L. n. 724 del 1994, art. 6, nel prevedere la necessità di un provvedimento concessorio di accreditamento per l'accesso alla qualifica di erogatore del servizio, comporta che non può essere posto a carico delle Regioni alcun onere di erogazione di prestazioni sanitarie in assenza di un provvedimento amministrativo regionale che riconosca alla struttura la qualità di soggetto accreditato ed al di fuori di singoli e specifici rapporti contrattuali intesi a regolare il volume massimo delle prestazioni erogate, i requisiti del servizio e l'ammontare dei corrispettivi, dovendosi, in ogni caso, escludere, ai sensi del citato D.Lgs. n. 502 del 1992, art. 8 quinquies, che possano validamente concludersi accordi contrattuali per *facta concludentia*, atteso che, in base al disposto del R.D. n. 2440 del 1923, artt. 16 e 17, tutti i contratti con la P.A. devono rivestire, a pena di nullità, la forma scritta [...]”.*

Svolgimento del processo

Che:

Con decreto del 2008 il Tribunale di Napoli ingiunse all'Azienda sanitaria locale Napoli il pagamento della somma di Euro 1.118.203,00, oltre interessi ex L. n. 231 del 2002, in favore della Casa di cura Villa Albina delle Figlie di Nostra Signora del Sacro Cuore, a titolo di corrispettivo delle prestazioni sanitarie erogate nel 2006 in regime di accreditamento provvisorio, L. n. 724 del 1994, ex art. 6, comma 6.

L'Asl propose opposizione, assumendo il difetto di legittimazione attiva della ricorrente e la mancata prova della sottoscrizione del contratto e, in particolare, del mancato superamento della c.o.m. e del tetto di spese.

Il Tribunale rigettò l'opposizione; l'Asl propose appello che, con sentenza dell'11.5.2016, fu accolto, con rigetto della domanda della parte ricorrente con decreto ingiuntivo, osservando che: ritenuta infondata l'eccezione di difetto di legittimazione attiva, parte appellata non aveva dimostrato gli

elementi costitutivi del diritto fatto valere, circa la stipula del contratto sottoscritto con l'Asl (OMISSIS) per il 2006, e il mancato superamento del tetto di spesa e della c.o.m., non essendo sufficienti a tal fine le fatture prodotte.

La citata casa di cura ricorre in cassazione con quattro motivi, illustrati con memoria. La Asl (OMISSIS) resiste con controricorso.

Motivi della decisione

Che:

Il primo motivo denuncia violazione della L. n. 724 del 1994, art. 6, comma 1, D.Lgs. n. 502 del 1992, art. 8 quinquies e art. 115 c.p.c., avendo la Corte d'appello ritenuto non provato il rapporto d'accreditamento con l'Asl (OMISSIS), fatto che, a suo dire, emergerebbe dalle stesse difese della controparte; al riguardo, la ricorrente assume che la Corte territoriale avrebbe errato confondendo la questione del rapporto d'accreditamento con l'altra riguardante il diritto al pagamento delle prestazioni, nel senso che la Casa di cura era soggetto accreditato per fornire le prestazioni sanitarie, come desumibile dall'atto di assenso alla cessione di ramo d'azienda emesso dell'Asl nel 2007.

Il secondo motivo denuncia violazione degli artt. 1218, 2697, c.c., D.Lgs. n. 502 del 1992, art. 8 quinquies, in quanto il giudice di secondo grado aveva ommesso di rilevare che tra le parti non era mai stato stipulato alcun contratto per il 2006, nè l'Asl aveva mai invitato la ricorrente al relativo adempimento - atteso che il relativo onere della prova gravava sull'Asl - sicchè era applicabile al rapporto tra le parti la DGRC n. 800/06 sulla determinazione del tetto delle spese, in mancanza cioè di un rifiuto del creditore alla stipula del suddetto contratto.

Il terzo motivo denuncia la violazione del R.D. n. 2440 del 1923, artt. 16 e 17, per aver la Corte d'appello ritenuto necessario, al fine del diritto al richiesto pagamento, la stipula di un contratto scritto ad substantiam, in quanto il rapporto provvisorio d'accreditamento tra le parti aveva origine dalle convenzioni originarie e poi sancito dalla legge (essendo il contratto necessario nelle sole ipotesi di prestazioni superiori al tetto di spesa o di natura diversa).

Il quarto motivo denuncia violazione dell'art. 2697 c.c., D.Lgs. n. 502 del 1992, artt. 8 ter e 8 quater, per aver la Corte territoriale ritenuto che fosse onere della ricorrente provare il mancato superamento del tetto delle spese, trattandosi invece di fatto estintivo del diritto fatto valere dalla ricorrente, che invece avrebbe dovuto provare l'Asl (OMISSIS), in possesso dei relativi dati.

I quattro motivi, esaminabili congiuntamente poichè tra loro connessi, sono infondati. Invero, la ricorrente si duole, in sostanza, che la Corte d'appello abbia errato nel ritenere che: il diritto fatto valere dalla parte ricorrente presupponeva la stipula di contratto scritto con l'Asl (OMISSIS); la prova del mancato superamento del tetto delle spese gravasse sulla struttura privata.

Al riguardo, va osservato che l'obbligo per la struttura privata, già titolare di convenzione esterna ex lege n. 833 del 1978, di stipulare apposito contratto in forma scritta con la Asl territorialmente competente sussiste anche durante il regime di accreditamento provvisorio o transitorio; con esso, per un verso, la struttura accetta e si vincola a rispettare le tariffe, le condizioni di determinazione della eventuale regressione tariffaria, nonché i limiti alla quantità di prestazioni erogabili alla singola struttura, fissati in relazione ai tetti massimi di spesa per l'anno di esercizio; per l'altro, l'ente pubblico assume l'obbligazione di pagamento dei corrispettivi in base alle tariffe previste per le prestazioni effettivamente erogate agli utenti del Servizio sanitario regionale, vincolandosi ad eseguirla secondo le modalità ed i tempi indicati nel contratto, che siano stati convenzionalmente stabiliti ovvero risultino applicabili in virtù di integrazione legislativa (Cass., n. 17588/18). Nell'ambito del servizio sanitario nazionale, il D.Lgs. n. 502 del 1992, art. 8, come integrato dalla L. n. 724 del 1994, art. 6, nel prevedere la necessità di un provvedimento concessorio di accreditamento per l'accesso alla qualifica di erogatore del servizio, comporta che non può essere posto a carico delle Regioni alcun onere di erogazione di prestazioni sanitarie in assenza di un provvedimento amministrativo regionale che riconosca alla struttura la qualità di soggetto accreditato ed al di fuori di singoli e specifici rapporti contrattuali intesi a regolare il volume massimo delle prestazioni erogate, i requisiti del servizio e l'ammontare dei corrispettivi, dovendosi, in ogni caso, escludere, ai sensi del citato D.Lgs. n. 502 del 1992, art. 8 quinquies, che possano validamente concludersi accordi contrattuali per facta concludentia, atteso che, in base al disposto del R.D. n. 2440 del 1923, artt. 16 e 17, tutti i contratti con la P.A. devono rivestire, a pena di nullità, la forma scritta (Cass., n. 7019/20; n. 12316/15).

Ora, è evidente che i principi fissati dalle citate sentenze depongono a favore della tesi dell'Asl, nel senso che la mancanza di un contratto scritto con la stessa da parte del soggetto accreditato costituisca fatto impeditivo del diritto azionato dalla ricorrente il cui onere della prova non può non gravare sul creditore. Peraltro, la sentenza di questa Corte, n. 17991/15, citata nel ricorso, conferma i suddetti principi; in realtà, la ricorrente ha travisato la proposizione contenuta in tale sentenza secondo la quale: "la mancata sottoscrizione del contratto con le Asl non determina l'inapplicabilità della nuova normativa, ma anzi lo espone eventualmente alla sospensione dell'esercizio", che va piuttosto intesa nel senso, appunto, che in mancanza del contratto scritto non sussiste un regolare rapporto contrattuale, ma non certo che del contratto non vi sia necessità, cioè che esso non sia elemento costitutivo del diritto al pagamento.

Parimenti, quale conseguenza della suddetta argomentazione, la prova del mancato superamento del tetto di spese grava sul creditore, sebbene tale rilievo sia di fatto assorbito dalla mancanza del contratto scritto.

Le spese seguono la soccombenza.

P.Q.M.

La Corte rigetta il ricorso e condanna la parte ricorrente al pagamento, in favore della parte controricorrente, delle spese del giudizio che liquida nella somma di Euro 13.200,00 di cui Euro 200,00 per esborsi, oltre alla maggiorazione del 1513/0 quale rimborso forfettario delle spese generali ed accessori di legge.

Ai sensi del D.P.R. n. 115 del 2002, art. 13, comma 1 quater, dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte della ricorrente, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso principale, a norma dello stesso art. 13, comma 1 bis, ove dovuto.

Conclusione

Così deciso in Roma, nella Camera di consiglio, il 20 gennaio 2022.

Depositato in Cancelleria il 25 marzo 2022