



Assistenza sanitaria agli stranieri e tetti di spesa delle prestazioni sanitarie

di Valerio Sotte, Collaboratore amministrativo professionale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali

Consiglio di Stato – sez. III – 22 gennaio 2018, sentenza n. 372

Casa di Cura Madonna del Rimedio S.p.A. (avv. Porcu) c. Azienda Sanitaria Locale n. 5 di Oristano (non costituita) e Azienda per la Tutela della Salute Sardegna (avv. Miscali) e nei confronti di M.C.M. (non costituita).

I tetti di spesa sanitaria indicano i volumi massimi invalicabili di prestazioni remunerabili dal SSR e sono stabiliti dall'Amministrazione regionale con atti autoritativi e vincolanti di programmazione, aventi natura discrezionale, al fine di realizzare insopprimibili esigenze di equilibrio della finanza pubblica, nonché di razionalizzazione delle articolazioni sanitarie pubbliche e private.

La struttura sanitaria privata impugna la sentenza del giudice di prime cure, che ha ritenuto legittima la determinazione commissariale dell'ASL n. 5 di Oristano nella parte in cui ha decurtato dal tetto di spesa per le prestazioni di nefrologia e dialisi (per l'anno 2016), tra l'altro, l'importo di € 20.025,00 per le prestazioni erogate ai pazienti stranieri con diritto all'assistenza.

La struttura ricorrente lamenta la violazione del contratto concluso *inter partes*, ai sensi dell'art. 8-*quinquies*, comma 2, d.lgs. n. 502/1992 che prevede "...d) stranieri con diritto all'assistenza. Il volume fatturato relativo alle prestazioni del punto d) non verrà conteggiato nel tetto di spesa".

In sostanza, per la ricorrente, le prestazioni sanitarie erogate in favore degli stranieri aventi diritto all'assistenza sarebbero a carico del Servizio sanitario nazionale (SSN) e la struttura sanitaria sarebbe tenuta ad erogarle, poiché non concorrerebbero a formare il tetto di spesa annuo e, pertanto, dovrebbero essere remunerate in aggiunta. Quindi, la motivazione della sentenza impugnata sarebbe errata laddove lascia intendere che l'importo suddetto non sarebbe a carico della ASL (e del SSN) e che la struttura sanitaria non avrebbe titolo per il pagamento.

Il Consiglio di Stato conferma la sentenza di primo grado, in quanto il tetto di spesa annuo è stato esattamente individuato e la detrazione appare legittimamente applicata.

La disposizione contrattuale, che esclude dal conteggio del tetto di spesa le prestazioni erogate agli stranieri, va intesa nel senso che queste ultime non concorrono alla formazione del budget annuale, poiché si applica un regime di retribuzione differente, ai sensi del d.lgs. n. 286/1998.

La sentenza in commento affronta il tema dei tetti di spesa delle prestazioni sanitarie, in stretta connessione con le modalità di remunerazione delle cure erogate ai pazienti stranieri extracomunitari.

Il principio della programmazione, che oggi regola (o ambisce a regolare) la spesa sanitaria, implica che il corrispettivo, per ciascun soggetto erogatore di assistenza nell'ambito del Servizio sanitario regionale (SSR), sia determinato in anticipo a fronte delle attività da eseguire nell'anno e sia globalmente individuato con l'applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo contrattuale - *cfr.* art. 8-*quinquies*, comma 2, lett. d), d. lgs. n. 502/1992 -.

I tetti di spesa sanitaria indicano i volumi massimi invalicabili di prestazioni remunerabili dal SSR e sono stabiliti dall'Amministrazione regionale con atti autoritativi e vincolanti di programmazione, aventi natura discrezionale, al fine di realizzare insopprimibili esigenze di equilibrio della finanza pubblica, nonché di razionalizzazione delle articolazioni sanitarie pubbliche e private - *cfr.* Cons. St., sez. III, 19 dicembre 2016, n. 5371 e 8 giugno 2016, n. 2444 -.

In tal modo, anche quando sono fissati nel corso dell'esercizio finanziario, come avvenuto nella fattispecie in esame, dispiegano comunque i propri effetti anche sulle prestazioni già erogate dalle strutture sanitarie - *cfr. ex multis*, Cons. St., Ad. Plen. 3 aprile 2012, n. 3, id., 12 aprile, n. 4, Consiglio di

Stato, sez. III, 7 marzo 2012, n. 1289; 23 dicembre 2011, n. 6811; 7 dicembre 2011, n. 6454; 17 ottobre 2011, n. 5550; 29 luglio 2011, n. 4529; sez. V, 8 marzo 2011, n. 1431; 28 febbraio 2011, n. 1252 -.

La fissazione dei tetti di spesa, anche in una fase avanzata dell'anno al quale si riferiscono, è legittima.

Con le decisioni dell'Adunanza Plinaria del Consiglio di Stato, nn. 3-4/2012, è stata affermata la legittimità della deliberazione regionale che fissa i tetti di spesa in corso d'anno, precisando che la tutela dell'affidamento degli operatori economici privati, ancorato alle decurtazioni imposte dalle norme finanziarie al tetto valevole per l'anno precedente, richiede che le ulteriori decurtazioni, ove retroattive, siano contenute, salvo congrua istruttoria e valutazione comparativa, nei limiti imposti dai tagli stabiliti dalle disposizioni finanziarie conoscibili dalle strutture private all'inizio e nel corso dell'anno. La discrezionalità della regione conosce, pertanto, un ridimensionamento tanto maggiore quanto maggiore sia il ritardo nella fissazione dei tetti. La finalità è quella di evitare che il taglio effettuato tardivamente possa ripercuotersi sulle prestazioni già erogate dalle strutture private, nella ragionevole aspettativa dell'ultrattività della disciplina già fissata per l'anno precedente.

Il principio della osservanza del tetto di spesa rappresenta, pertanto, un vincolo ineludibile, che delinea la misura delle prestazioni sanitarie che il SSN può erogare e che può quindi permettersi di acquistare da ciascun erogatore privato - Cons. St., sez. III, 10 aprile 2015, n. 1832 e 10 febbraio 2016, n. 568 -. Il rispetto del tetto di spesa costituisce un vero e proprio obbligo in capo alla struttura sanitaria sulla cui esclusiva responsabilità ricadono i relativi sforamenti.

L'altro tema rilevante è quello dell'assistenza sanitaria agli stranieri presenti sul territorio italiano, che necessita di alcune puntualizzazioni, al fine di comprendere nel dettaglio gli effetti applicativi della sentenza in commento.

I cittadini, assistiti da uno Stato dell'Unione Europea e dello Spazio Economico Europeo (Islanda, Liechtenstein, Norvegia) e dalla Svizzera (a partire dal 1 giugno 2002), usufruiscono dell'assistenza sanitaria se sono in possesso della Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) o dell'[attestato di diritto](#): sia la Tessera che l'attestato citati garantiscono l'assistenza alle stesse condizioni previste per gli assistiti dal SSN, in forma diretta, nei limiti e con le modalità fissate dai Regolamenti CE n. 883/2004 e n. 987/2009.

Allo stesso modo, è garantita l'assistenza sanitaria in forma diretta agli stranieri extracomunitari, originari di Stati con cui l'Italia ha stipulato trattati ed accordi internazionali di sicurezza sociale – ad es., Argentina, Australia, Brasile, Capo Verde, Città del Vaticano – Santa Sede, Paesi ex-Jugoslavia, Principato di Monaco, San Marino e Tunisia -.

Gli stranieri extracomunitari regolarmente presenti in Italia, non appartenenti ai Paesi convenzionati di cui sopra, possono accedere alle strutture del SSN con modalità diverse a seconda del motivo del

soggiorno. L'iscrizione obbligatoria o volontaria al SSN comporta la parità di trattamento rispetto ai cittadini italiani, per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata ed alla sua validità temporale.

L'art. 35, comma 1, d. lgs. n. 286/1998, prevede, inoltre, l'assistenza sanitaria per gli stranieri extracomunitari non iscritti al SSN, garantendo le prestazioni sanitarie dietro pagamento, all'azienda sanitaria locale competente, delle tariffe determinate dalle singole regioni e dalle province autonome, secondo quanto previsto dal d. lgs. n. 502/1992.

Infine, il decreto citato assicura agli stranieri, presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno (c.d. stranieri irregolari), nei presidi pubblici e privati accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio ed estende i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva. A tal fine, lo straniero dovrà richiedere presso qualsiasi Azienda sanitaria locale un tesserino, chiamato S.T.P. (Straniero Temporaneamente Presente), valido sei mesi e rinnovabile.

È quest'ultima la fattispecie che rileva e che delimita l'ambito di applicazione della sentenza in esame.

Il Collegio ritiene che *«a parte gli specifici accordi esistenti tra lo Stato Italiano e gli Stati di origine dei pazienti, la remunerazione degli oneri sanitari per le prestazioni in favore di cittadini stranieri, comunque presenti sul territorio nazionale, avviene ai sensi dell'art. 35, commi 3 e 6, del d.lgs. n. 286, del 25 luglio 1998, (T.U. dell'immigrazione) con riferimento alle speciali quote vincolate del Fondo sanitario nazionale, destinate a garantire le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o comunque essenziali. Per questo il contratto esclude che il volume fatturato relativo alle prestazioni in esame non possa comportare alcun incremento del tetto di spesa»*.

In tal senso i giudici amministrativi interpretano la clausola del contratto stipulato tra la struttura sanitaria appellante e la ASL n. 5 di Oristano, ovvero nel senso di ritenere che le spese relative alle prestazioni erogate ai cittadini stranieri di cui sopra non concorrono alla formazione del tetto di spesa annuale, in virtù del regime di retribuzione differente, delineato dalla normativa contenuta nel d. lgs. n. 286/1998.

Invero, dal tenore letterale del c.d. Testo unico sull'immigrazione sembrerebbe desumersi un doppio o, comunque, un distinto regime di finanziamento delle prestazioni erogate agli stranieri: gli oneri per le prestazioni urgenti o essenziali a carico del Ministero dell'interno, gli oneri per le prestazioni elencate nell'art. 35, comma 3, del decreto citato, soltanto nei confronti degli stranieri privi di risorse economiche sufficienti, a carico del Ministero della salute (*rectius* Fondo sanitario nazionale).

Senonchè, l'art. 32, comma 1, d.l. n. 50/2017 *“Disposizioni urgenti in materia finanziaria, iniziative a favore degli enti territoriali, ulteriori interventi per le zone colpite da eventi sismici e misure per lo sviluppo”*, convertito dalla l. n. 96/2017, ha disposto, a partire dal 1 gennaio 2017, il trasferimento di tutte

le competenze relative al finanziamento delle prestazioni ospedaliere urgenti o comunque essenziali e quelle nei confronti degli stranieri privi di risorse economiche sufficienti, previste dall'art. 35, comma 6, d. lgs. n. 286/1998, al Ministero della salute.

Riferimenti bibliografici:

- F., BIONDI DAL MONTE, *Dai diritti sociali alla cittadinanza: La condizione giuridica dello straniero tra ordinamento italiano e prospettive sovranazionali*, Torino, 2014

Precedenti giurisprudenziali:

- Cons. Stato, sez. III, 19 dicembre 2016, n. 5371 e 8 giugno 2016, n. 2444;
- Cons. Stato, Ad. Plen. 3 aprile 2012, n. 3;
- Cons. Stato, Ad. Plen., 12 aprile, n. 4;
- Cons. Stato, sez. III, 7 marzo 2012, n. 1289;
- Cons. Stato, sez. III 23 dicembre 2011, n. 6811;
- Cons. Stato, sez. III 7 dicembre 2011, n. 6454;
- Cons. Stato, sez. III 17 ottobre 2011, n. 5550;
- Cons. Stato, sez. III 29 luglio 2011, n. 4529;
- Cons. Stato, sez. V, 8 marzo 2011, n. 1431;
- Cons. Stato, sez. V 28 febbraio 2011, n. 1252;
- Cons. Stato, sez. III, 10 aprile 2015, n. 1832;
- Cons. Stato, sez. III, 10 febbraio 2016, n. 568;