

LA LOGICA CONTRATTUALE ED I VINCOLI PUBBLICISTICI NEL RAPPORTO CON LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE ED I LORO TETTI DI SPESA. ANNOTAZIONI ALLA SENTENZA CORTE APPELLO DI NAPOLI N. 6580 DEL 2025¹

di *Andrea Patanè*

Ricercatore di Diritto Costituzionale e Pubblico

Università degli Studi di Bergamo

SOMMARIO

1. Genesi e caso della controversia come premessa alla questione del rapporto tra strutture private accreditate e SSN.
2. Inquadramento di contesto del pluralismo nel Servizio sanitario nazionale tra Sanità pubblica e privato accreditato.
 - 2.1 La disciplina contrattuale dei tetti di spesa tra obblighi di comunicazione, regressione tariffaria e clausole di salvaguardia.
 - 2.2 Il quadro normativo dell'accreditamento istituzionale, la sequenza delle "tre A", autorizzazione, accreditamento e accordo contrattuale, ed il vincolo economico delle transizioni commerciali.
3. La sentenza Corte appello di Napoli n. 6580 che conferma la decisione del Tribunale.
 - 3.1. Il superamento del tetto di spesa come fatto impeditivo e il ruolo degli obblighi informativi tra comunicazione e affidamento.
 - 3.2. La regressione tariffaria come strumento necessario e non facoltativo.
4. Considerazioni conclusive sul dovere di tempestiva comunicazione del consumo del budget quale presidio di legalità, correttezza e tutela dell'affidamento nei rapporti tra ASL e strutture accreditate

ABSTRACT

La sentenza della Corte d'Appello di Napoli n. 6580 del 2025 chiarisce le dinamiche contrattuali tra le Aziende Sanitarie Locali e le strutture private accreditate, affrontando la complessa questione della remunerabilità delle prestazioni sanitarie erogate oltre il tetto di spesa. Nel rigettare l'appello di un'ASL campana che aveva negato il saldo a un centro diagnostico, i giudici stabiliscono che il mero superamento del budget non giustifica automaticamente il mancato compenso, costituendo un fatto impeditivo che l'ente pubblico ha l'onere di provare formalmente. L'amministrazione deve rispettare rigorosi obblighi informativi, comunicando preventivamente e tempestivamente il progressivo esaurimento dei fondi per tutelare la buona fede e l'affidamento del contraente privato. Qualora l'ASL ometta tale monitoraggio essenziale, non può semplicemente rifiutarsi di pagare le prestazioni eseguite extra-tetto, ma ha il preciso dovere contrattuale di adottare un formale e proporzionale provvedimento di regressione tariffaria per ricondurre la spesa nei limiti programmati. Infine, la pronuncia conferma sia la giurisdizione del giudice ordinario per tali controversie sia l'applicabilità degli interessi di mora sulle transazioni commerciali, ribadendo che l'esigenza pubblica di contenimento della spesa deve sempre conciliarsi con il principio di legalità, la correttezza procedimentale e la tutela dei diritti patrimoniali delle strutture convenzionate che operano nel pluralistico sistema del Servizio Sanitario Nazionale

Contractual logic and public constraints in relations with accredited private institutions and their spending caps. Notes on Naples Court of Appeal Judgment no. 6580 of 2025

The judgment of the Court of Appeal of Naples No. 6580 of 2025 clarifies the contractual dynamics between Local Health Authorities (ASL) and accredited private facilities, addressing the complex issue of the remunerability of healthcare services provided beyond the spending cap. In rejecting the appeal of a Campanian ASL that had denied the final payment to a diagnostic center, the judges established that the mere exceeding of the budget does not automatically justify the non-payment, as it constitutes an impeditive fact that the public entity has the burden to formally prove. The administration must comply with strict informative obligations, communicating in advance and in a timely manner the progressive exhaustion of funds to protect

¹ L'articolo è stato sottoposto a referaggio a doppio cieco come stabilito dalla procedura pubblicata in www.dirittoeconiti.it

the good faith and reliance of the private contracting party. If the ASL omits this essential monitoring, it cannot simply refuse to pay for the services performed beyond the cap, but has a precise contractual duty to adopt a formal and proportional measure of tariff regression to bring the expenditure back within the programmed limits. Finally, the ruling confirms both the jurisdiction of the ordinary judge for such disputes and the applicability of default interest on commercial transactions, reiterating that the public need to contain spending must always be reconciled with the principle of legality, procedural correctness, and the protection of the patrimonial rights of the affiliated facilities operating within the pluralistic system of the National Health Service.

1. Genesi e caso della controversia come premessa alla questione del rapporto tra strutture private accreditate e SSN.

La sentenza in commento affronta una delle questioni più controverse nel sistema dell'accreditamento sanitario, ossia quella relativa alla remunerabilità delle prestazioni rese oltre il tetto di spesa e alle condizioni alle quali l'azienda sanitaria può legittimamente opporre tale limite al pagamento. La decisione in esame scaturisce dall'appello, proposto da un'azienda sanitaria locale della Regione Campania, avverso la sentenza di primo grado, che aveva accolto la domanda di pagamento avanzata da un centro diagnostico privato accreditato per prestazioni sanitarie erogate nei mesi di maggio e giugno 2017.² La struttura privata convenzionata, in virtù del contratto sottoscritto con l'ASL Napoli 1 il 7 dicembre 2017, aveva emesso due fatture per un importo complessivo di 32.133,98 euro a titolo di saldo delle prestazioni sanitarie erogate nella branca di «*patologia clinica laboratorio di analisi*». L'ASL, costituitasi in giudizio, solleva svariate eccezioni; anzitutto eccepisce la mancata prova da parte della struttura privata convenzionata della corrispondenza tra le prestazioni effettuate a quelle rientranti nel regime di convenzionamento, ma soprattutto il mancato rispetto della capacità massima operativa e dei tetti di spesa di branca da parte del Centro sanitario privato che propone il ricorso.

A sostegno dell'eccezione di superamento del tetto di spesa, l'ASL produce in giudizio la nota,³ con cui il Direttore Generale comunica alle strutture accreditate che in data 11 giugno 2017 si raggiunge il limite di spesa assegnato per il secondo trimestre 2017 alla branca di riferimento, e la nota,⁴ con cui si comunica l'impossibilità di procedere al pagamento a causa del superamento del tetto di spesa. Il Tribunale di Napoli, con sentenza n. 4699 del 2022, accoglie la domanda della struttura privata, condannando l'ASL al pagamento di € 27.004,53 (tenuto conto del sopravvenuto pagamento parziale in corso di causa), oltre interessi.⁵ E' subito rilevante segnalare che il Tribunale ritiene provata l'esistenza del rapporto di accreditamento e l'esecuzione delle prestazioni e invece, di contro, qualifica come non assolto l'onere della prova incombente sull'ASL di dimostrare l'avvenuto superamento del tetto di spesa con adeguata documentazione. Tra le argomentazioni, il Tribunale di prima istanza ritiene che l'ASL non abbia adottato alcuna deliberazione di accertamento della regressione tariffaria necessaria per ricondurre la spesa nei limiti del budget trimestrale.

Avverso tale decisione l'ASL propone appello, articolato su sei diversi motivi che in questa sede è opportuno elencare a beneficio del lettore: difetto di giurisdizione del giudice ordinario; erronea valutazione delle prove sul superamento del tetto di spesa; erronea qualificazione del proprio inadempimento per mancata tempestiva comunicazione e omessa applicazione della regressione tariffaria; erronea riconduzione della fattispecie all'ipotesi di cui all'art. 5, comma 3, lett. a) anziché lett. b) del contratto; mancata considerazione della clausola di salvaguardia di cui all'art. 11 del contratto; erroneo riconoscimento degli interessi ex Decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231.

² Per motivi di riservatezza la sentenza ha omissis i riferimenti al nome della struttura coinvolta che verrà pertanto indicata genericamente.

³ Per un approfondimento, prot. n. 53897 del 31 luglio 2017.

⁴ Prot. n. 1970 del 26 ottobre 2017.

⁵ Così come previsto dal D.Lgs. 9 ottobre 2002 n. 231.

Tuttavia, la Corte d'Appello di Napoli rigetta integralmente l'appello, confermando la pronuncia di primo grado. La Corte di secondo grado esamina e rigetta tutti i motivi di gravame proposti dall'ASL ad iniziare dall'eccepito difetto di giurisdizione. Sul punto la Corte richiama l'orientamento consolidato secondo cui la controversia si colloca nell'area della giurisdizione ordinaria avendo ad oggetto l'esecuzione di un accordo contrattuale con contenuto meramente patrimoniale, senza alcuna implicazione di poteri autoritativi e discrezionali della pubblica amministrazione. Sul punto i Giudici affermano che *«nella fattispecie si controverte sull'esecuzione di un accordo contrattuale intercorso tra le parti, avente contenuto meramente patrimoniale, senza alcuna implicazione di poteri autoritativi e discrezionali della p.a.»*.

Rigettando anche gli altri motivi di appello, che si analizzeranno nel prosieguo del lavoro, la Corte partenopea conferma la decisione di primo grado, affermando un principio di particolare rilievo e cioè che il vincolo del tetto di spesa non è di per sé sufficiente a escludere il diritto al corrispettivo, essendo necessario che l'ASL dimostri sia lo sforamento sia il corretto esercizio dei poteri previsti dal regolamento contrattuale. La pronuncia si inserisce in un filone giurisprudenziale ormai consolidato, ma ne sviluppa le implicazioni sistematiche, contribuendo a chiarire il rapporto tra programmazione pubblica della spesa sanitaria e disciplina negoziale del rapporto.

2. Inquadramento di contesto del pluralismo nel Servizio sanitario nazionale tra Sanità pubblica e privato accreditato.

Il presente commento alla sentenza della Corte di Appello di Napoli n. 6580 del 2025 deve essere inquadrato all'interno della più ampia e rilevante questione del rapporto che intercorre tra l'erogazione dei servizi sanitari e le strutture private accreditate.⁶ Una distinzione, quella tra erogazione dei servizi da parte delle strutture sanitarie pubbliche e quelle private che non può prescindere dalla distinzione tra il privato profit e quello no profit, le cui considerazioni di fondo non si possono effettuare in questo lavoro ma che rappresentano uno dei cardini nella valutazione delle attività private in ambito sanitario.⁷ Allo stesso modo, la situazione generale del contesto della tutela della salute, con le sue problematiche di finanziamento, soprattutto per quei territori con meno capacità economica, rappresenta la situazione generale di contesto, anzitutto sociale prima che normativo, all'interno del quale si inserisce la sentenza in commento. Il Servizio sanitario nazionale, si connota, sin dalla sua originaria configurazione, per una struttura intrinsecamente pluralistica, nella quale la tutela della salute, affidata alla Repubblica, così come sancito dall'articolo 32 Cost. in quanto diritto fondamentale, non è attribuita in via esclusiva all'organizzazione pubblica di Stato e Regioni, bensì è definita attraverso il concorso di una pluralità di soggetti pubblici e privati. In particolare, le riforme degli anni '90 hanno inteso rafforzare questo meccanismo pluralista di tutela della salute.⁸

In tale prospettiva, il Servizio sanitario nazionale deve essere inteso come un sistema nel quale l'unitarietà dell'interesse perseguito si accompagna alla differenziazione dei modelli organizzativi e gestionali.⁹ Le riforme degli anni Novanta hanno segnato il passaggio da un modello

⁶ Per un commento subito dopo la riforma si veda F. TRIMARCHI BANFI, *Pubblico e privato nella sanità: autorizzazioni e convenzioni nel sistema della riforma sanitaria*, Milano, Giuffrè, 1990.

⁷ F. BOTTO, *Non profit organizations, ricerca, sanità e attività di impresa: il caso dell'Istituto Sieroterapico Milanese Serafino Belfanti*, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, n. 3, 2024, pp. 537-549; L. COSTIGLIOLO, *Tutela della concorrenza e principi di solidarietà e sussidiarietà orizzontale: il caso degli affidamenti dei servizi di ambulanza alle organizzazioni di volontariato*, in *Corti Supreme e Salute*, n. 3, 2023, pp. 559-576; E. ROSSI, *La partecipazione degli enti privati all'organizzazione dei servizi socio-sanitari in Toscana*, in *Istituzioni del Federalismo*, n. 3, 2016, pp. 805-834.

⁸ Sul punto si vedano i molteplici contributi in R. BALDUZZI, a cura di, *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna, Il mulino, 2012. Di recente A. NAPOLITANO, *La dimensione multilivello del diritto alla salute. Esigenze di tutela e vincoli di sistema*, Napoli, Editoriale Scientifica, 2025.

⁹ Osservatorio sulla sanità privata in Italia e in Lombardia, Rapporto CERGAS Bocconi, 2018, ove si evidenzia come la tutela della salute costituisca obiettivo dell'intero sistema sociale e non del solo settore pubblico.

fondato su logiche convenzionali ad un sistema imperniato sull'accreditamento istituzionale e sulla contrattualizzazione dei rapporti, determinando una trasformazione profonda del ruolo della sanità privata. Quest'ultima, da posizione meramente integrativa rispetto all'offerta pubblica, è progressivamente divenuta componente strutturale del sistema, inserendosi in una logica di integrazione funzionale.¹⁰ Sono svariati i motivi che hanno indotto il legislatore regionale e le amministrazioni a rafforzare, specialmente in alcune Regioni, le convenzioni con strutture private.

Per un verso questa scelta è argomentata attraverso proposte amministrativamente finalizzate a rispondere ad una crescente complessità della domanda; pertanto, l'interesse è quello di sottoscrivere convenzioni con strutture capaci di supportare e affiancare l'offerta pubblica in materia di servizi sanitari.¹¹ In questa cornice, la sanità privata convenzionata non si configura come mero prestatore esterno, ma come parte integrante del Servizio sanitario, contribuendo, in misura significativa, all'erogazione delle prestazioni e alla realizzazione dei livelli essenziali di assistenza. I dati confermano, soprattutto in alcune Regioni, tale circostanza, evidenziando come il privato accreditato rappresenti una quota rilevante dell'offerta sanitaria complessiva, sia in ambito ospedaliero sia territoriale, operando stabilmente all'interno del sistema pubblico di finanziamento e regolazione.¹²

Di contro, non mancano argomentazioni critiche in relazione alla circostanza che un sistema fondato su molteplici convenzioni con il privato, se non inserite in un'architettura programmatica di ampio respiro e fortemente ancorata ai principi della l. n. 833 del 1978 può dare origine a storture rilevanti.¹³ Difatti, il modello pluralistico così delineato non è esente da tensioni. Da un lato, permangono le esigenze di programmazione e contenimento della spesa pubblica, che si traducono nell'adozione di strumenti quali i tetti di spesa;¹⁴ dall'altro, emerge con crescente evidenza la presenza sistemica del privato accreditato, non solo in termini di ampliamento dell'offerta, ma anche quale fattore di competizione nei confronti del settore pubblico. Si ribadisce come ne deriva un assetto nel quale il pluralismo degli operatori non rappresenta un elemento accessorio, ma un tratto strutturale del Servizio sanitario, funzionale alla stessa effettività del diritto alla salute. In tale contesto, le controversie relative alla remunerazione delle prestazioni rese dalle strutture accreditate, come quella oggetto della sentenza in commento, si collocano all'intersezione tra la dimensione pubblicistica della programmazione sanitaria e quella negoziale del rapporto contrattuale, rappresentando, di conseguenza, un arresto giurisprudenziale di rilevante importanza. Al legislatore spetta, pertanto, di valutare come rispondere alle necessità di un costante bilanciamento tra esigenze di contenimento della spesa e tutela dell'affidamento del contraente privato.

2.1 La disciplina contrattuale dei tetti di spesa tra obblighi di comunicazione, regressione tariffaria e clausole di salvaguardia.

¹⁰ C. BOTTARI, E. CATERINI, E. JORIO, *Il miglioramento del sistema pubblico passa attraverso il privato investitore in Sanità Pubblica e Privata*, n. 1, 2023, pp. 5-11.

¹¹ A. Giannelli, *Il Sistema sanitario della regione Lombardia, tra "sussidiarietà competitiva" e "sussidiarietà partecipativa"*, in *Federalismi.it*, n. 12, 2024, pp. 226-257.

¹² Osservatorio sulla sanità privata in Italia e in Lombardia, op cit. ove si documenta la rilevanza quantitativa e funzionale delle strutture private accreditate nel SSN. In tale prospettiva, i servizi sanitari privati sono stati efficacemente qualificati come generatori di valore sociale, in quanto capaci di coniugare qualità delle prestazioni, uso efficiente delle risorse e capacità di intercettare bisogni sempre più complessi e personalizzati. Si vedano anche i dati pubblicati nel volume Censis, *Il valore sociale dell'ospedalità privata nella sanità pluralista*, FrancoAngeli, Milano, 2018, ove si sottolinea come il pluralismo degli operatori e la presenza del privato accreditato contribuiscano alla qualità, all'efficienza e alla sostenibilità del sistema sanitario.

¹³ M. CONTICELLI, *Privato e Pubblico nel Servizio Sanitario*, Milano, Giuffrè, 2012; in chiave critica V. PAMPANIN, *Verso un SSN "a trazione privata" tra equivoci e dogmi: brevi riflessioni sulla necessità di rimediare il ruolo del privato in sanità*, in *Ambientediritto*, n. 3, 2025, pp. 489-524.

¹⁴ Sul punto sia concesso rinviare ad A. PATANÈ, *I Piani di rientro sanitari*, Pisa, Pacini Giuridica, 2024.

Come già riferito, la disciplina dei rapporti tra ASL e strutture sanitarie private convenzionate si fonda sul combinato disposto di diverse previsioni normative che incrociano sia la legislazione statale che quella regionale.¹⁵ A ciò si deve aggiungere la normativa regionale in materia di programmazione sanitaria e tetti di spesa.¹⁶ Infine, è necessario verificare quanto contenuto nei contratti stipulati tra le parti, che recepiscono le previsioni normative e le declinano operativamente.

Nel caso specifico della sentenza in commento, i contratti prevedevano all'art. 5, co. 3, due distinte ipotesi: a) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione preventiva effettuata dall'ASL, si applica la regressione tariffaria alle prestazioni erogate dall'inizio dell'anno fino alla data prevista di esaurimento del limite di spesa, mentre nulla spetta per le prestazioni rese oltre la data prevista; b) qualora l'esaurimento del limite di spesa si sia verificato a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione comunicata dall'ASL, nulla spetta per le prestazioni rese oltre la data consuntiva di esaurimento. Inoltre, l'art. 5 bis, dei contratti, introdotto specificamente per il 2017, prevedeva l'applicazione trimestrale della regressione tariffaria, ripartendo il limite di spesa annuale in undicesimi.¹⁷

Un aspetto centrale della pronuncia consiste nella circostanza che nel contratto sussisteva l'obbligo, posto a carico dell'ASL, di comunicare mensilmente a ciascun centro privato *«la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa»* e *«la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo»*.¹⁸

Sul punto, la giurisprudenza chiarisce che tale obbligo di comunicazione ha una funzione essenziale nel sistema in quanto consente alle strutture accreditate di regolare la propria attività imprenditoriale in relazione al progressivo consumo del budget disponibile e di evitare di erogare prestazioni che potrebbero non essere remunerate.¹⁹ Come rileva la Corte nella sentenza in commento, *«laddove manchi il monitoraggio o lo stesso non sia tempestivo, viene a mancare quella data presuntiva di sfioramento del budget trimestrale che funge da spartiacque tra l'onere di applicare la regressione e il diritto dell'ASL a non remunerare le prestazioni eseguite dopo la data effettiva di superamento del tetto. In mancanza di monitoraggio, l'ASL è obbligata a riportare il fatturato complessivo di ciascuna branca nei limiti del tetto tramite la regressione tariffaria e non può rifiutarsi di pagare le prestazioni ultra-tetto, perché il contratto configura la comunicazione della data presuntiva di sfioramento come un presupposto necessario del diritto di astenersi dal pagamento»*.

Sul punto, occorre altresì segnalare come la giurisprudenza amministrativa affronti di recente la questione della legittimità delle clausole di salvaguardia inserite nei contratti di accreditamento sanitario. In particolare, il Consiglio di Stato, con la sent. n. 6412 del 2024, ritiene legittime le clausole di salvaguardia contenute nelle convenzioni di accreditamento, sostenendo che *«la sottoscrizione di tali clausole configura uno schema tipico di acquiescenza, attraverso il quale il soggetto privato manifesta in maniera inequivocabile la volontà di rinunciare, sul piano sostanziale, alla posizione giuridica asseritamente lesa e, sul piano processuale, al diritto di ricorrere»*. Analogamente, il TAR Sicilia-Palermo, con la sent. n. 280 del 2025 conferma che tali clausole sono *«meramente ricognitive dell'effetto preclusivo dell'iniziativa impugnatoria»* e non comportino *«indebita compressione del diritto di agire in giudizio dell'operatore privato, il quale ben può valutare il proprio interesse a coltivare il contenzioso in atto e, quindi, a non sottoscrivere la clausola e l'intero accordo»*.

Tuttavia, tale orientamento della giurisprudenza amministrativa si pone su un piano diverso rispetto alla questione trattata nella sentenza in commento. Mentre il giudice amministrativo valuta

¹⁵ Infra par. I.

¹⁶ Si vedano le delibere della Giunta Regionale della Campania, in particolare la D.G.R.C. n. 1268/2008.

¹⁷ Così è riportato nella sentenza rispetto a quanto previsto nei contratti, (3/11 per il primo trimestre, 6/11 per il secondo, 8/11 per il terzo, 11/11 per il quarto), quest'ultimo, *«per tener conto del minor fabbisogno che, generalmente, si registra nel periodo estivo»*

¹⁸ Art. 5, co. 3 del contratto, così come riportato in sentenza.

¹⁹ Si veda sul punto Sent. Tribunale Santa Maria Capua Vetere, n. 1657 del 2024.

la legittimità della clausola di salvaguardia a monte, quale condizione per accedere al convenzionamento, tipico esercizio di potere pubblicistico, il giudice ordinario, come nella presente sentenza, interviene a valle, nella fase di esecuzione del rapporto contrattuale, verificando se l'ASL abbia correttamente adempiuto agli obblighi procedurali e dunque provveduto alle comunicazioni preventive e all'adozione della regressione tariffaria, previsti dal contratto stesso. In questa diversa prospettiva, la Corte d'Appello distingue, in modo condivisibile, i provvedimenti a monte della stipula con la determinazione dei tetti di spesa annuali o trimestrali, oggetto della rinuncia ex art. 11 del contratto, dalle azioni relative alla fase esecutiva del rapporto e al pagamento dei corrispettivi per prestazioni eseguite, rispetto alle quali la clausola di salvaguardia non può operare, trattandosi di diritti patrimoniali sorti dall'esecuzione del contratto e tutelati in sede di giurisdizione ordinaria.

2.2 Il quadro normativo dell'accreditamento istituzionale, la sequenza delle "tre A", autorizzazione, accreditamento e accordo contrattuale, ed il vincolo economico delle transizioni commerciali.

Considerato quanto già detto e cioè che la sentenza in commento incrocia in modo rilevante il sistema dei rapporti tra Servizio Sanitario Nazionale e strutture sanitarie private convenzionate è necessario ribadire come questo è un impianto che si fonda su una triplice condizione cumulativa, codificata dall'evoluzione normativa del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 a cui è stata data una lettura da parte della giurisprudenza di merito, nel senso per cui *«il diritto dell'erogatore privato alla percezione dei corrispettivi per le prestazioni rese non dipende soltanto dall'esistenza di un contratto (...), ma anche dalla sussistenza di un provvedimento di autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie (art. 8-ter) e di un provvedimento di accreditamento istituzionale (art. 8-quater)»*.²⁰ Secondo questa interpretazione il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, art. 8-ter, prevede il rilascio dell'autorizzazione quale titolo abilitativo necessario per l'esercizio di attività sanitarie, subordinato alla verifica del possesso di requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi. L'accreditamento istituzionale costituisce il provvedimento concessorio con cui la Regione abilita la struttura privata autorizzata ad inserirsi nel SSN, verificando il possesso di requisiti ulteriori di qualificazione, la funzionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e i risultati raggiunti. Tuttavia, un principio cardine, rispetto alla sentenza in commento è 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 all'art. 8-quinquies»*,²¹ in altre parole, l'accreditamento da solo non fa sorgere alcun diritto al pagamento. Tale principio è ulteriormente chiarito dalla Cassazione per cui *«il mero accreditamento istituzionale non fa sorgere né il diritto delle aziende sanitarie di esigere l'erogazione del servizio da parte delle strutture accreditate, né il diritto di queste ultime di esigere il corrispettivo per l'eventuale erogazione delle prestazioni in mancanza della stipulazione di accordi contrattuali»*.²²

L'art. 8-quinquies disciplina la stipulazione di contratti tra Regioni o ASL e strutture private accreditate, prevedendo che tali accordi debbano indicare: a) i requisiti del servizio da garantire e cioè modalità organizzative, standard qualitativi, funzioni di coordinamento; b) il volume massimo di prestazioni da assicurare (annuale, infrannuale, per tipologie di prestazioni); c) i limiti di spesa (rapportati ai fabbisogni programmati e alle risorse disponibili); d) il corrispettivo preventivato, da verificare a consuntivo. A ciò si aggiunga che è richiesta la forma scritta a pena di nullità, in attuazione del principio di trasparenza della attività amministrativa quale espressione del principio costituzionale di buon andamento ex art. 97 Cost., e non è surrogabile mediante comportamenti concludenti o esecuzione delle prestazioni ex art. 1327 cod. civ. In questa direzione per le strutture già

²⁰ Come chiarito, Corte Cass. sent. n. 21807 del 2025.

²¹ Come affermato Corte Cass. sent. n. 6003 del 2022.

²² Corte Cass. sent. n. 49 del 2023.

convenzionate che accettassero il sistema di remunerazione a prestazione in base a tariffe era previsto un accreditamento temporaneo pressoché automatico, che prescindeva dall'adozione di un formale provvedimento regionale di accreditamento, distinguendosi dall'accREDITAMENTO provvisorio ex art. 8-quater, co. 7, D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, riservato invece alle nuove strutture.

L'altro profilo normativo, che è centrale rispetto alla sentenza in commento, riguarda l'applicabilità degli interessi di mora disciplinati dal D.Lgs. 9 ottobre 2002, n. 231.²³ È la stessa legislazione che, nell'art. 2 del D.Lgs. 9 ottobre 2002 n. 231, definisce la nozione di "transazione commerciale" in cui si chiarisce che la transazione commerciale è il contratto tra imprese o tra imprese e pubbliche amministrazioni, che comporta la consegna di merci o la prestazione di servizi contro pagamento di un prezzo. L'art. 4 del D.Lgs. 9 ottobre 2002 n. 231 prevede la decorrenza automatica degli interessi moratori alla scadenza del termine contrattuale di pagamento, senza necessità di costituzione in mora. L'art. 5 del D.Lgs. 9 ottobre 2002 n. 231 stabilisce che il saggio degli interessi moratori è pari al tasso di riferimento maggiorato di otto punti percentuali²⁴ La Corte, nella sentenza in commento, afferma che *«costituisce ormai ius receptum l'applicabilità degli interessi ex d.lgs 231/2002 nei rapporti tra i centri accreditati e le aziende sanitarie, peraltro espressamente pattuiti in contratto»*.

La questione dell'applicabilità del D.Lgs. 9 ottobre 2002 n. 231 ai rapporti tra strutture sanitarie accreditate e ASL trova definitiva soluzione con la pronuncia delle Sezioni Unite della Cassazione n. 35092 del 20 dicembre 2023, in cui le Sezioni Unite ribadiscono che *«Le prestazioni sanitarie erogate ai fruitori del SSN dalle strutture private accreditate, sulla base di un contratto scritto concluso dopo l'8 agosto 2002 accessivo alla concessione che ne regola il rapporto di accreditamento, rientrano nella nozione di transazione commerciale di cui al D.Lgs. n. 231 del 2002, art. 2, avendo le caratteristiche di un contratto a favore di terzo ad esecuzione continuata per il quale alla erogazione della prestazione in favore del privato da parte della struttura accreditata corrisponde la previsione dell'erogazione di un corrispettivo da parte dell'amministrazione pubblica»*.²⁵ Il principio è ribadito da Cass. sent. n. 1383 del 2025, che chiarisce come *«l'elemento dirimente ai fini dell'applicabilità della disciplina sulle transazioni commerciali è costituito dall'esistenza di una specifica convenzione stipulata tra la struttura privata e l'azienda sanitaria di riferimento»*, distinguendo tale fattispecie dal rapporto tra ASL e farmacie, per le quali si esclude l'applicabilità del D.Lgs. 9 ottobre 2002 n. 231 in quanto operano come «segmento del SSN» sulla base di accordi normativizzati e non di contratti individuali.²⁶

Tale orientamento riceve costante conferma dalla giurisprudenza successiva, l'unica eccezione, che è opportuno segnalare, attiene invece all'esclusione dei rapporti tra ASL e farmacie, in quanto quest'ultime operano con accordi normativizzati del SSN", mentre le strutture accreditate mantengono natura imprenditoriale con contratti specifici.²⁷

3. La sentenza Corte appello di Napoli n. 6580 che conferma la decisione del Tribunale.

Come già anticipato, la Corte di secondo grado esamina e rigetta tutti i motivi di gravame proposti dall'ASL. Quanto al primo motivo, il difetto di giurisdizione del giudice ordinario, la Corte richiama l'orientamento consolidato secondo cui la controversia si colloca nell'area della giurisdizione ordinaria quando ha ad oggetto l'esecuzione di un accordo contrattuale avente contenuto meramente patrimoniale, senza implicazione di poteri autoritativi e discrezionali della pubblica amministrazione.

²³ Attuazione della direttiva 2000/35/CE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali, successivamente modificato dal D.Lgs. 9 novembre 2012 n. 192 in attuazione della direttiva 2011/7/UE.

²⁴ Per contratti con pubbliche amministrazioni, la maggiorazione è stata ulteriormente incrementata.

²⁵ Corte Cass. sez. un. n. 35092 del 2023.

²⁶ Corte Cass. sez. un. n. 26496 del 2020.

²⁷ Sul punto si vedano la sentenza Corte Cass. sez. un. n. 26496 del 2020 in cui si esclude, invece, l'applicabilità del D.Lgs. 9 ottobre 2002 n. 231.

I Giudici infatti affermano che *«nella fattispecie si controverte sull'esecuzione di un accordo contrattuale intercorso tra le parti, avente contenuto meramente patrimoniale, senza alcuna implicazione di poteri autoritativi e discrezionali della p.a»*.

Rigettando anche gli altri motivi di appello, che si analizzeranno nel prosieguo, la Corte partenopea afferma un principio di particolare rilievo: il vincolo del tetto di spesa non è di per sé sufficiente a escludere il diritto al corrispettivo, essendo necessario che l'ASL dimostri sia lo sfioramento sia il corretto esercizio dei poteri previsti dal regolamento contrattuale. La pronuncia si inserisce così in un filone giurisprudenziale ormai consolidato, ma ne sviluppa le implicazioni sistematiche, contribuendo a chiarire il rapporto tra programmazione pubblica della spesa sanitaria e disciplina negoziale del rapporto.

3.1. Il superamento del tetto di spesa come fatto impeditivo e il ruolo degli obblighi informativi tra comunicazione e affidamento.

Con riferimento alla qualificazione dello sfioramento del tetto di spesa la Corte ribadisce che esso costituisce un fatto impeditivo della pretesa creditoria, con conseguente applicazione della regola generale sull'onere della prova. Tale impostazione si pone in linea con la natura contrattuale del rapporto, in quanto evita di configurare il limite di spesa come elemento strutturale del diritto al compenso, riconducendolo, piuttosto, a un fatto esterno idoneo a paralizzarne gli effetti. Ne deriva un significativo rafforzamento della posizione del creditore, poiché l'amministrazione non può limitarsi ad allegare genericamente lo sfioramento, ma deve fornirne una prova puntuale e rigorosa. Sulla questione centrale dell'onere probatorio, la Corte richiama l'orientamento ormai consolidato della giurisprudenza di legittimità, ribadendo il principio secondo cui il superamento del tetto di spesa costituisce un fatto impeditivo della pretesa creditoria, il cui onere della prova grava sull'azienda sanitaria locale debitrice. Il riferimento effettuato dai Giudici di appello è quello alla Cassazione Civile,²⁸ secondo cui *«il predetto onere grava sul debitore, costituendo lo sfioramento del limite di spesa non un elemento costitutivo, bensì un fatto impeditivo della pretesa creditoria»*.

La Corte ricostruisce poi puntualmente il meccanismo contrattuale applicabile ai rapporti tra ASL e centri accreditati per l'anno 2017, richiamando l'art. 5, co. 3 del contratto, che prevede l'obbligo dell'ASL di comunicare mensilmente a ciascun centro privato *«la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa»* e *«la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo»*. Le due ipotesi previste per le prestazioni rese dopo il superamento del tetto a) quando l'esaurimento del limite si verifica a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione preventiva, si applica la regressione tariffaria unica alle prestazioni erogate dall'inizio dell'anno fino alla data prevista di esaurimento, mentre nulla spetta per le prestazioni rese oltre la data prevista; b) quando l'esaurimento si verifica a consuntivo in data successiva rispetto all'ultima data di previsione comunicata, nulla spetta per le prestazioni rese oltre la data consuntiva. La Corte esamina inoltre l'art. 5 bis, introdotto specificamente per l'anno 2017, che prevede l'applicazione trimestrale della regressione tariffaria *«in sede di liquidazione dei saldi trimestrali»*, ripartendo il limite di spesa annuale in undicesimi.

Come si evince da quanto fin qui riportato il punto centrale della decisione riguarda la funzione degli obblighi di comunicazione preventiva del consumo del budget e della data di esaurimento del tetto. La Corte di appello valorizza suddetti obblighi quale elemento essenziale dell'equilibrio contrattuale, evidenziando come la loro omissione incida direttamente sulla posizione della struttura accreditata, la quale, in assenza di informazioni tempestive, è indotta a proseguire l'attività erogativa. Si afferma, così, un principio di tutela dell'affidamento qualificato del contraente privato, che trova fondamento nei canoni di buona fede e correttezza nell'esecuzione del contratto. In tale prospettiva, il tetto di spesa non opera come limite automatico, ma come vincolo che deve essere reso conoscibile e prevedibile attraverso un corretto adempimento degli obblighi informativi.

²⁸ Rispettivamente riportato nelle ordinanze n. 10182 del 16 aprile 2021 e n. 29474 del 14 novembre 2024.

Sul punto la Corte rileva che, nel caso di specie, per il secondo trimestre 2017, l'ASL omette la comunicazione preventiva della data di sfioramento presuntivo del tetto di spesa, ed infatti la sentenza rileva espressamente che si è verificata la *«diversa fattispecie di mancata comunicazione della data prevista di raggiungimento del limite di spesa»*. Pertanto, rilevano i giudici, l'ASL comunica²⁹ solo a posteriori, cioè dopo l'erogazione delle prestazioni, che in data 11 giugno 2017 si raggiunge il limite di spesa per il secondo trimestre 2017.

Inoltre, è da segnalare come non risulta mai adottato un provvedimento di applicazione della regressione tariffaria unica. Pertanto, la sentenza sancisce che *«in mancanza di una tempestiva comunicazione della data prevista di superamento del tetto di spesa deve operare (...) la previsione contenuta nell'art. 5 punto 3 lettera a), sicché non può escludersi sic et simpliciter il pagamento dei compensi, ma occorre far luogo alla regressione tariffaria di cui all'allegato C della D.G.R.C. n. 1268/08. In difetto di delibera che applica la regressione tariffaria, sono dovuti i compensi richiesti dal Centro»*.

L'omessa comunicazione preventiva dell'ASL integra, pertanto, non solo un inadempimento contrattuale ai sensi degli artt. 1176 e 1375 c.c. (obblighi di buona fede ed esecuzione secondo correttezza), ma determina la lesione dell'affidamento qualificato del contraente privato, il quale, confidando sulla regolarità del sistema di monitoraggio contrattualmente previsto, prosegue l'erogazione delle prestazioni nella legittima aspettativa della loro remunerabilità. La motivazione è particolarmente significativa laddove sottolinea che il Centro, *«proprio in mancanza delle suindicate comunicazioni, non consapevole del raggiungimento del tetto di spesa, ha continuato a rendere le prestazioni della branca oggetto del contratto»*.

3.2. La regressione tariffaria come strumento necessario e non facoltativo.

Un altro motivo, rigettato in sede di appello, attiene alla regressione tariffaria come strumento fisiologico di gestione dello sfioramento del tetto. La regressione non è configurata come mera facoltà dell'amministrazione, bensì come meccanismo necessario, destinato a sostituire il rifiuto integrale del pagamento nei casi di mancata comunicazione preventiva. Diversamente da quanto sostenuto dagli appellanti, la Corte precisa che tale meccanismo non è autoapplicativo, richiedendo l'adozione di un provvedimento espresso, idoneo a determinare la percentuale di riduzione applicabile. Ne consegue che, in assenza di tale provvedimento, l'ASL non può unilateralmente escludere la remunerazione delle prestazioni, con conseguente permanenza dell'obbligazione originaria. La regressione tariffaria costituisce uno strumento tecnico-giuridico previsto dalla normativa regionale campana³⁰ e dai contratti stipulati tra ASL e centri accreditati, finalizzato a garantire il rispetto dei limiti di spesa programmati.

Come chiarito dalle Sezioni Unite della Corte di Cassazione,³¹ la regressione tariffaria costituisce espressione di un potere autoritativo dell'ASL, quale corollario del potere di fissazione dei tetti di spesa. Il meccanismo della regressione tariffaria si fonda su un criterio di proporzionalità per cui ciascun centro concorre alla riduzione del fatturato complessivo in misura proporzionale al suo apporto al superamento del tetto di branca. In altri termini, la regressione *«mira ad individuare l'apporto di ciascun centro al superamento del tetto di branca, con la conseguenza che la riduzione del fatturato avviene in misura proporzionale al detto apporto, penalizzando i centri che hanno contribuito in misura maggiore allo sfioramento del budget»*.³² Le modalità applicative della regressione sono stabilite dall'allegato C della D.G.R.C. n. 1268/2008, che affida ad un tavolo tecnico paritetico, costituito presso ciascuna ASL, il compito di individuare le regressioni utili al rispetto dei

²⁹ Con nota prot. n. 53897 del 31 luglio 2017.

³⁰ In particolare, dalla D.G.R.C. n. 1268/2008.

³¹ Si veda sul punto la sentenza Corte Cass. n. 28053 del 2018.

³² Si veda sentenza Corte d'Appello di Napoli n. 3768 del 2025.

limiti di spesa sulla base del monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate. La giurisprudenza ha chiarito che la regressione tariffaria costituisce un meccanismo tecnico complesso che può essere definitivamente accertato solo a posteriori, all'esito di un procedimento destinato a sfociare in un atto unilaterale dell'azienda sanitaria locale.³³

La giurisprudenza di merito è concorde nel ritenere che, in caso di superamento del tetto di spesa, l'ASL non può semplicemente negare il pagamento delle prestazioni rese oltre la data di effettivo sforamento, ma deve necessariamente applicare la regressione tariffaria secondo le modalità previste dalla normativa regionale e dai contratti. Tale principio è affermato da numerose pronunce richiamate anche dal giudice di primo grado.³⁴ La ratio di tale orientamento è chiara: è quello per cui il superamento del tetto di spesa in data anteriore a quella comunicata in via preventiva non è, di per sé, circostanza sufficiente per giustificare il mancato pagamento delle prestazioni rese tra la data effettiva di superamento del tetto e la data comunicata in sede di monitoraggio. L'ASL deve invece applicare la regressione tariffaria, che costituisce lo strumento contrattualmente previsto per ricondurre il fatturato complessivo nei limiti del budget.

Nel caso in esame la sentenza di primo grado, confermata dalla Corte d'Appello, ritiene che *«sino a quando il relativo potere non venga esercitato, persiste il diritto del singolo centro di ottenere il pagamento del corrispettivo delle prestazioni rese in quanto soltanto l'esercizio della regressione consente all'ASL di modificare, in via autoritativa, il diritto di credito del privato, abbattendo l'intero fatturato annuo o trimestrale dei centri mediante l'applicazione della percentuale necessaria a riportare la spesa sanitaria nei limiti del budget stanziato per l'anno o per il trimestre di riferimento»*.

Un ulteriore profilo di rilievo affrontato dalla sentenza in commento riguarda l'applicabilità degli interessi di cui al D.Lgs. n. 231 del 9 ottobre 2002³⁵ ai crediti vantati dalle strutture sanitarie accreditate nei confronti delle ASL. La Corte richiama l'orientamento ormai consolidato delle Sezioni Unite della Cassazione, secondo cui *«costituisce ormai ius receptum l'applicabilità degli interessi ex d.lgs. 231/2002 nei rapporti tra i centri accreditati e le aziende sanitarie, peraltro espressamente pattuiti in contratto»*.³⁶ Tale orientamento riconosce che le prestazioni sanitarie erogate in regime di accreditamento costituiscono transazioni commerciali ai sensi del D.Lgs. n. 231/2002, con conseguente applicabilità della disciplina sugli interessi moratori in caso di ritardo nel pagamento.

Sul punto la decisione evidenzia un fenomeno di particolare interesse teorico, ossia la procedimentalizzazione della fase esecutiva del contratto pubblico. Pur operando nell'ambito di un rapporto negoziale, l'amministrazione conserva poteri incidenti sull'equilibrio del sinallagma, il cui esercizio è però subordinato al rispetto di specifiche forme procedimentali. In tal modo, la Corte delinea un modello ibrido, nel quale il rapporto è regolato da norme civilistiche quanto alla struttura dell'obbligazione, ma l'esercizio dei poteri modificativi è vincolato a regole pubblicistiche. La mancata osservanza di tali regole comporta l'inefficacia degli effetti limitativi del tetto di spesa.

Infine, è rilevante, nell'inquadramento complessivo della sentenza rispetto ai rapporti tra Aziende sanitarie e privati accreditati, come la Corte escluda che note interne, verbali o comunicazioni tardive possano sostituire il procedimento previsto, negando loro efficacia impeditiva del credito. Si assiste così a un ridimensionamento delle forme di autotutela unilaterale, in favore di un modello in cui l'amministrazione è vincolata al rispetto di atti tipici e formalizzati. Il fallimento della prova dello sforamento e della procedura. Sotto il profilo probatorio, entrambi i giudici convergono nel ritenere inidonea la documentazione prodotta dall'ASL. Il Tribunale qualifica già le note interne come mere comunicazioni unilaterali, prive di valore probatorio sufficiente. La Corte d'Appello conferma tale valutazione, aggiungendo che non è presente la prova della comunicazione preventiva ed il provvedimento di regressione, pertanto è assente l'intero procedimento necessario

³³ Corte d'Appello di Napoli, sent. n. 4240 del 2025.

³⁴ Tribunale di Napoli, sentenza n. 483 del 2019, Tribunale di Napoli, sent. n. 6882 del 2018, Tribunale di Napoli, sent. n. 9869 del 2018.

³⁵ Attuazione della direttiva 2000/35/CE relativa alla lotta contro i ritardi di pagamento nelle transazioni commerciali.

³⁶ Cassazione Civile, Sez. Un., sent. n. 7163 del 2023, confermata da Cass. ordinanza n. 29472 del 2024.

integrando una situazione di inadempimento da parte dell'ASL non solo sostanziale ma anche procedimentale.

4. Considerazioni conclusive sul dovere di tempestiva comunicazione del consumo del budget quale presidio di legalità, correttezza e tutela dell'affidamento nei rapporti tra ASL e strutture accreditate

La sentenza della Corte d'Appello di Napoli per un verso consolida un orientamento volto a ricondurre i rapporti tra ASL e strutture accreditate nell'alveo di una logica contrattuale procedimentalizzata, nella quale il perseguimento dell'interesse pubblico al contenimento della spesa deve conciliarsi con la tutela dell'affidamento del contraente, per altro, si inserisce nel panorama giurisprudenziale come una pronuncia innovativa rispetto alla vincolatività per le aziende sanitarie con riferimento alla necessità di rispettare i limiti di spesa. Il principio che ne emerge può essere sintetizzato nell'interpretazione per cui il tetto di spesa non è un limite automatico ed autoesecutivo, ma un vincolo che incide sul diritto al corrispettivo solo se attuato nel rispetto delle regole contrattuali e procedurali. In tale prospettiva, la decisione prima del Tribunale e poi della Corte d'Appello, contribuisce a rafforzare un modello di amministrazione che, pur perseguendo finalità pubbliche, è tenuta a operare secondo criteri di legalità, trasparenza e correttezza, propri anche del diritto privato. Pertanto, la sentenza, anzitutto rafforza un orientamento, ormai consolidato, in materia di rapporti tra strutture sanitarie accreditate e aziende sanitarie locali. Allo stesso tempo disegna una linea di demarcazione e traccia una strada per le Aziende sanitarie. Da un lato, ovverosia, la necessità di garantire il contenimento della spesa sanitaria entro i limiti di budget programmati, in attuazione dei principi di programmazione economica in materia sanitaria attribuiti alle Regioni. Dall'altro, la necessità di garantire la tutela dei diritti delle strutture private accreditate, che erogano prestazioni essenziali nell'ambito del servizio sanitario nazionale e devono poter fare legittimo affidamento sulla remunerazione delle prestazioni eseguite in buona fede. Come statuisce la Corte d'Appello, *«tanto non è incompatibile con il potere di programmazione economica in materia sanitaria attribuito alle singole Regioni, né scalfisce il principio in base al quale le remunerazioni spettanti ai centri non possono superare il tetto (annuale o trimestrale) di branca, considerato che con la stipula dei contratti le ASL si vincolano al regolamento contrattuale, con la conseguenza che per riportare la spesa nei limiti del tetto devono osservare quanto stabilito in contratto»*. Pertanto, la pronuncia pone un accento di indiscutibile rilievo rispetto alla regressione tariffaria quale strumento tecnico-giuridico posto a presidio dell'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale, sancendo che la regressione non costituisce una mera facoltà dell'ASL, ma un vero e proprio obbligo contrattuale che l'amministrazione deve rispettare quando ricorrano le condizioni previste dal contratto.

Nel caso analizzato il Giudice di appello sancisce chiaramente che l'esercizio del potere di applicare la regressione tariffaria deve avvenire secondo le modalità procedurali previste dalla normativa regionale che richiedono la convocazione del tavolo tecnico paritetico e la formale determinazione delle percentuali di regressione applicabili a ciascun centro in relazione al suo specifico apporto al superamento del tetto di branca. Di conseguenza, il principio che viene in rilievo è che la mancata adozione del provvedimento di applicazione della regressione tariffaria costituisce una violazione degli obblighi contrattuali da parte dell'ASL e non può tradursi in un pregiudizio per le strutture accreditate che erogano prestazioni in assenza di comunicazioni preventive. Difatti, è puntuale la conclusione a cui giunge la Corte d'Appello ed attiene al rispetto del ruolo essenziale delle comunicazioni preventive che l'ASL deve inviare ai centri accreditati. Tali comunicazioni, afferma chiaramente il Giudice, non costituiscono un mero adempimento formale, ma svolgono una funzione sostanziale nel sistema perché consentono alle strutture accreditate di modulare la propria attività imprenditoriale in relazione al progressivo consumo del budget disponibile e di evitare di trovarsi nella situazione di aver erogato prestazioni per le quali non viene riconosciuto alcun corrispettivo. La mancata effettuazione tempestiva di tali comunicazioni da parte dell'ASL comporta

che le strutture accreditate proseguano in buona fede nell'erogazione delle prestazioni, facendo legittimo affidamento sulla remunerabilità delle stesse. Pertanto, ed è questo uno degli elementi da registrare come punto di snodo della sentenza, *«laddove manchi il monitoraggio o lo stesso non sia tempestivo, viene a mancare quella data presuntiva di sfioramento del budget trimestrale che funge da spartiacque tra l'onere di applicare la regressione e il diritto dell'ASL a non remunerare le prestazioni eseguite dopo la data effettiva di superamento del tetto»*.

Inoltre, l'arresto giurisprudenziale è incisivo nell'affermare come le comunicazioni postume dell'ASL, con cui viene accertato a consuntivo il superamento del tetto di spesa in una data anteriore a quella della comunicazione, non sono sufficienti a esonerare l'amministrazione dall'obbligo di applicare la regressione tariffaria. Pertanto, le note con cui l'ASL comunica, dopo l'erogazione delle prestazioni, che il tetto di spesa risulta raggiunto in una determinata data e che pertanto le prestazioni successive non sono remunerate, costituiscono, secondo i Giudici, mere comunicazioni, che, in quanto provenienti dalla stessa parte che intende usarle a fini istruttori e in quanto sprovviste di riscontri documentali, non sono dotate di adeguata forza probatoria. Analogamente, le note di credito emesse dall'ASL, per decurtare il fatturato del centro accreditato, non possono supplire alla mancata adozione del formale provvedimento di applicazione della regressione tariffaria secondo le modalità previste dalla normativa regionale.

Rimanendo in tema di potere contrattuale da parte delle ASL, la Corte definisce un limite in ordine alle clausole con cui il centro accreditato dichiara di accettare i provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e di rinuncia ai relativi contenziosi. Sul punto, l'interpretazione è quella per cui i provvedimenti che determinano il contenuto del contratto non si possono estendere alla fase esecutiva del rapporto. Pertanto, la rinuncia all'azione riguarda i provvedimenti a monte della stipula del contratto, ma non può limitare le azioni volte ad ottenere il pagamento dei corrispettivi per le prestazioni eseguite, che attengono, invece, alla fase di esecuzione del rapporto contrattuale. Tale interpretazione appare conforme al principio generale secondo cui le rinunce ai diritti devono essere interpretate restrittivamente e non possono estendersi a fattispecie diverse da quelle espressamente contemplate. Per questo, la sentenza si inserisce in un consolidato orientamento giurisprudenziale che delinea progressivamente i principi applicabili ai rapporti tra strutture sanitarie accreditate e aziende sanitarie locali, contemperando le esigenze di contenimento della spesa sanitaria con la tutela dei diritti delle strutture private che operano nell'ambito del servizio sanitario nazionale. Dunque, è chiarito come l'onere probatorio, statuito dalla giurisprudenza, fa gravare sull'ASL l'onere di dimostrare il superamento del tetto di spesa quale fatto impeditivo della pretesa creditoria. La regressione tariffaria rappresenta, dunque, uno strumento per ricondurre la spesa nei limiti del budget, ma questo meccanismo deve essere attivato esclusivamente secondo le modalità procedurali previste, quali l'onere di comunicazione di cui si è riferito.

Per i motivi citati, la sentenza in commento rappresenta, pertanto, un monito per le strutture accreditate affinché queste operino con maggiore certezza del diritto per gli operatori, a beneficio delle aziende sanitarie dei privati accreditati e di conseguenza dell'intero Servizio sanitario e dunque a garanzia dei cittadini. L'amministrazione non può sottrarsi agli obblighi contrattuali assunti mediante la semplice invocazione dell'esigenza di rispettare i tetti di spesa programmati, deve invece attivarsi tempestivamente per comunicare ai centri accreditati l'andamento del consumo del budget, consentendo loro di regolare di conseguenza la propria attività, e deve applicare correttamente la regressione tariffaria quando ricorrano le condizioni previste dalla normativa regionale e dai contratti. Il rispetto delle regole contrattuali e procedurali da parte delle aziende sanitarie locali costituisce un presupposto essenziale per la legittimità dell'esercizio dei poteri di contenimento della spesa sanitaria. Di contro, la mancata osservanza di tali obblighi da parte dell'ASL non può tradursi in un pregiudizio per le strutture accreditate, che erogano prestazioni essenziali nell'ambito del servizio sanitario nazionale facendo legittimo affidamento sulla loro remunerabilità.

In conclusione, la sentenza qui annotata rappresenta un importante contributo alla definizione del corretto equilibrio tra le esigenze di contenimento della spesa sanitaria e la tutela dei diritti delle

strutture private accreditate, che rappresentano, uno strumento importante nell'erogazione di prestazioni sanitarie.