

[Torna alla pagina precedente](#)N. 03806/2015REG.PROV.COLL.
N. 00152/2015 REG.RIC.

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Consiglio di Stato

in sede giurisdizionale (Sezione Terza)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 152 del 2015, proposto da:

Consorzio San Raffaele, rappresentato e difeso dall'avv. Gianluigi Pellegrino, con domicilio eletto presso Gianluigi Pellegrino in Roma, corso del Rinascimento, 11;

contro

ASL di Brindisi, rappresentata e difesa dall'avv. Sante Nardelli, con domicilio eletto presso Alfredo Placidi in Roma, Via Cosseria, 2;

per la riforma

della sentenza del T.A.R. PUGLIA - SEZ. STACCATA DI LECCE, SEZIONE II, n. 01741/2014, resa tra le parti, concernente erogazione prestazioni sanitarie;

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio dell'ASL di Brindisi;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 20 maggio 2015 il Cons. Pierfrancesco Ungari e uditi per le parti gli avvocati Gianluigi Pellegrino e Sante Nardelli;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

1. All'origine della controversia, secondo la prospettazione del Consorzio San Raffaele, odierno appellante, vi è la circostanza che, a differenza di quanto avverrebbe da parte delle altre ASL pugliesi, per la r.s.a. di Ostuni (gestita dal Consorzio), la Unità Valutativa Multidimensionale della ASL di Brindisi trascurerebbe di verificare periodicamente l'andamento del Progetto Assistenziale Individualizzato dei ricoverati, e, alla fine del periodo di durata del ricovero prevista, non procederebbe tempestivamente alla dimissione o alla proroga.

Trattandosi per lo più di pazienti inabili e privi di riferimenti familiari, il Consorzio non può mettere costoro in strada (oltretutto, si profilerebbe il reato di abbandono di incapace). Ne consegue che, non venendo remunerati dalla ASL i ricoveri eccedenti la durata prestabilita, i relativi oneri finiscono col ricadere, impropriamente, sulla gestione della r.s.a.

2. Al riguardo, la ASL, pur affermando che negli ultimi anni dalla UVM ha effettuato numerose verifiche sui PAI dei pazienti ricoverati nella r.s.a di Ostuni, sottolinea che tutte le patologie trattate

in r.s.a. (Alzheimer e non) sono cronico-degenerative e senza alcuna possibilità di guarigione, che i PAI sono per definizione limitati nel tempo, che le dimissioni dei pazienti devono essere concordate e presuppongono quindi la leale collaborazione tra UVM, concessionario del servizio r.s.a. e famiglia del paziente.

Lamenta che, viceversa, l'unica attività svolta dal Consorzio nell'imminenza della scadenza del ricovero, consisterebbe nella sollecitazione alle famiglie affinché richiedano la proroga della permanenza in r.s.a.

3. Il Consorzio ha chiesto l'accertamento del proprio diritto-dovere di garantire le prestazioni assistenziali a tutti i pazienti ammessi, sino a quando gli stessi mantengano i requisiti di ammissione e non venga accertato dalla ASL che siano dimissibili. Vale a dire, sotto il profilo patrimoniale, l'accertamento dell'obbligo della ASL di remunerare i ricoveri che, nelle more di una nuova valutazione da parte della ASL, si protraggono oltre la scadenza dell'originaria ammissione.

4. Il TAR Puglia, con la sentenza appellata (Lecce, II, n. 1741/2014), ha respinto il ricorso, affermando in sintesi che:

(a) - la tesi del ricorrente, secondo la quale i ricoveri nelle r.s.a. devono considerarsi fisiologicamente a tempo indeterminato, non trova conforto nel quadro normativo di riferimento (Piano regionale di salute approvato con la l.r. 23/2008; art. 10 del reg. reg. 8/2002, come interpretato dalla circolare regionale di cui alla nota prot. 24/3768 del 18 aprile 2006, e richiamato dall'art. 16 del contratto relativo al servizio di gestione della r.s.a. di Ostuni stipulato con la ASL);

(b) - nessuna disposizione impone alla UVM di operare una nuova valutazione a ridosso della scadenza del termine già determinato all'atto dell'ammissione alla r.s.a., per cui deve ritenersi legittimo il comportamento dell'organo che, sulla base di valutazioni medico-scientifiche, ritenga appropriato un periodo "dalla durata limitata e predefinita" ritenendo non necessarie successive rivalutazioni;

(c) - nessuna censura può essere mossa nei confronti del Consorzio San Raffaele qualora proceda a dimettere pazienti alla scadenza del periodo definito dall'UVM all'atto dell'ammissione alla struttura e successivamente non prorogata, e ciò anche in considerazione della disposizione dell'art. 16 del contratto, cit.

5. Il Consorzio ha appellato la sentenza, ribadendo le proprie tesi, integrate da critiche alle argomentazioni del TAR, come appresso indicato.

6. La ASL controdeduce puntualmente, aderendo all'impostazione della sentenza, e sottolineando in particolare che:

(d) - il ricorso è un tentativo di legittimare *ex post* la prassi disinvolta del trattenimento in r.s.a. dei pazienti dopo la scadenza del PAI e dare fondamento giuridico alle pretese creditorie per le rette relative a detti periodi, altrimenti non dovute;(e) - infatti, a seguito del riscontro di inadempienze della r.s.a rispetto agli accordi contrattuali (ricoveri "anomali" - per procrastinamento delle dimissioni, senza autorizzazione; per mancanza di autorizzazione; per rifiuto di dimissioni già disposte - pari a 342 su 540, nel periodo 2009/2012 - cfr. relazione in data 30 gennaio 2013, depositata in primo grado), è emerso un credito della ASL, per detto periodo, pari ad euro 71.107,51 - pari alla differenza tra quanto percepito e quanto effettivamente spettante (cfr. deliberazione n. 1278/2013);

(f) - nel merito, è l'eventuale proroga del trattamento che richiede una nuova determinazione della ASL, non la dimissione del paziente alla scadenza del PAI; dalla disciplina vigente (Piano regionale di salute approvato con l.r. 23/2008, punto 2.4.7. e 3.2.2.; art. 10 del reg. reg. 8/2002; circolare regionale prot. 24/3768 in data 18 aprile 2006, e nota AOO 151.6682 in data 8 luglio 2009),

emerge univocamente che il ricovero nelle r.s.a. della Puglia (che sono classificate quali strutture di livello medio-alto ed effettuano prestazioni a favore di disabili gravi in regime residenziale – cfr. d.G.R. n. 698/2003 – finalizzate al recupero dell'autonomia ed in funzione del raggiungimento o mantenimento del miglior livello possibile di qualità della vita – cfr. art. 5, reg. cit. – e godono di tariffe assai più elevate di quelle riconosciute alle Case protette convenzionate) non può beneficiare *a priori* dell'opzione di una indefinita continuità;

(g) – nei fatti, l'UVM ha effettuato oltre 250 rivalutazioni ed altre verifiche, che hanno condotto a proroghe, oppure a dimissioni programmate verso altre strutture socio-sanitarie a minore intensità assistenziale (r.s.s.a. o a.d.i.).

7. Il Collegio ritiene anzitutto di precisare che la controversia non esula dalla giurisdizione del giudice amministrativo in materia di servizio pubblico sanitario, posto che riguarda la definizione dei rapporti tra ASL e struttura privata accreditata, sulla base di un'interpretazione della portata applicativa dell'accordo contrattuale alla luce delle disposizioni che disciplinano l'erogazione delle prestazioni a carico del SSR.

Viene chiesto l'accertamento, non dell'obbligo di pagare determinati corrispettivi, ma dei criteri organizzativi che regolano il rapporto di servizio, e dei reciproci diritti ed obblighi che ne conseguono; la spettanza o meno di determinati corrispettivi dipenderà poi dall'individuazione di detti criteri, ma non è una conseguenza automatica della decisione di questa controversia.

Più precisamente, ad avviso del Collegio, la pretesa dedotta in giudizio, richiede di stabilire se, una volta scaduto il PAI sulla base del quale era stato disposto il ricovero, qualora non sia intervenuta una valutazione aggiornata dell'UVM sulle condizioni del paziente ed una decisione sulla collocazione futura con esse coerente, la ASL – come ha sostanzialmente ritenuto il TAR – possa ritenersi estranea alla continuazione o meno del ricovero ed ai suoi effetti economici (che resterebbe demandata al rapporto tra la r.s.a. e il paziente e/o i suoi familiari), o invece debba far fronte agli oneri del ricovero fino a che l'UVM non disponga responsabilmente la dimissione del paziente o la proroga del ricovero.

Sono evidentemente estranee alla controversia le inadempienze della r.s.a rispetto agli accordi contrattuali, lamentate dalla ASL ma non divenute oggetto di rituale domanda.

8. Ciò premesso, la sentenza appellata riposa sul presupposto che la dimissione degli assistiti dopo la scadenza del periodo di ricovero autorizzato (e non tempestivamente prorogato) sia una sorta di effetto automatico, legittimo e coerente con le disposizioni vigenti.

Il Collegio rileva che nelle r.s.a., in base all'art. 2 del reg. reg. 2/2002, sono ospitati: (a) – *“persone (...) portatrici di alterazioni morbose stabilizzate o morfo-funzionali (...)che necessitano di trattamenti terapeutici protratti nel tempo; (b) – persone anziane che presentano patologie cronico-degenerative che non necessitano di assistenza ospedaliera, ivi compresi soggetti affetti da patologie psico-geriatriche (demenza senile); (c) – persone adulte colpite da handicap (...)in condizioni di non autosufficienza o affette da malattie croniche; (d) – persone adulte portatrici di disturbi psichiatrici in condizioni di non autosufficienza o affetti da malattie croniche, per le quali sia stata esclusa la possibilità di utilizzare altre soluzioni terapeutico-assistenziali”*.

L'elencazione sembra al Collegio di per sé eloquente circa la non alta probabilità che, alla scadenza del periodo di ricovero previsto nel PAI, i ricoverati possano essere restituiti ad una vita autonoma o reinseriti senz'altro nell'ambito familiare.

Sembra invece assai probabile che al primo periodo di ricovero ne debba seguire un altro, o quanto meno risulti appropriata per i pazienti una sistemazione alternativa (passaggio in una r.s.s.a., o rientro a domicilio sostenuto da interventi quali l'assistenza domiciliare integrata o l'assistenza domiciliare sanitaria). Anche la difesa della ASL concorda su questo.

Tali possibilità alternative, presuppongono comunque una valutazione medica aggiornata del paziente in prossimità del momento della possibile dimissione.

Pertanto, far discendere dalla scadenza delle previsioni di un accertamento medico con prescrizioni ad efficacia (intrinsecamente) temporanea, e dalla mancanza di un espresso obbligo di procedere ad un nuovo accertamento, l'effetto della cessazione dell'assistenza in regime di accreditamento (fino a nuova, eventuale valutazione delle strutture sanitarie), denota un approccio di tipo burocratico che non tiene conto del contesto di riferimento e degli interessi coinvolti.

9. Comunque, l'affermazione della mancanza, alla scadenza, di un obbligo di intervento dell'UVM, non sembra coerente nemmeno con quanto testualmente previsto dalle disposizioni vigenti, invocate dalla ASL. Infatti, come ha prospettato l'appellante:

(h) - le Linee guida regionali per l'accesso ai servizi sanitari territoriali ed alla rete integrata dei servizi socio-sanitari, approvate con d.G.R. n. 691 in data 12 aprile 2011 (non considerate, almeno espressamente, dal TAR), prevedono che l'UVM svolga i seguenti compiti: “ ... e) *definisce i tempi e le modalità per la verifica e l'aggiornamento del PAI*; f) *verifica periodicamente l'andamento del PAI al fine di aggiornarlo e/o prorogarlo*; g) *procede alla dimissione protetta, programmata e concordata.*” (pag. 13, del testo depositato in giudizio); come sembra evidente, le Linee guida descrivono la sequenza logico cronologica degli adempimenti spettanti all'organo, definita “*équipe multiprofessionale, a composizione variabile in relazione al bisogno della persona*”, cui spetta di valutare i bisogni sanitari-sociosanitari complessi, fornire le risposte a detti bisogni elaborando il PAI, fungere da filtro per l'accesso alla rete dei servizi sanitari-sociosanitari di natura domiciliare, semiresidenziale e residenziale extraospedaliera a carattere integrato, ed esercitare attraverso la presa in carico la funzione di committenza, propria della Direzione del Distretto (idem, pag. 12); nell'allegato C – “*Procedure di accesso ai servizi ...*”, è previsto anche che la UVM “*verifica e aggiorna almeno trimestralmente, l'andamento del Progetto Assistenziale Individualizzato*” e “*procede alla dimissione concordata*” (idem, pag. 31);

(i) - il Piano regionale della salute 2008/2010, approvato con la l.r. 23/2008, onerava il Distretto di assicurare la continuità delle cure nei passaggi tra i diversi setting assistenziali al fine, tra l'altro, di evitare che il paziente e la famiglia si trovino da soli a ricercare le soluzioni possibili per i problemi da risolvere (punto 2.4.1.) e procedere alla dimissione concordata, verso eventualmente il domicilio o altre strutture assistenziali a minore intensità (r.s.a.); e prevedeva, in particolare (2.4.5.), che l'UVM “*verifica e aggiorna l'andamento del progetto personalizzato*” e “*procede alla dimissione concordata*” (pag. 16913 BUR n. 150/2008);

(l) - il regolamento regionale 2/2002, tra i compiti dell'UVM, indica (art. 10) “ ... b) *controllo sull'andamento del piano individuale degli interventi anche in funzione dell'indicazione delle possibili soluzioni alternative*; c) *previsione della durata degli interventi in regime residenziale*; ...”;

(m) - lo stesso contratto per la gestione della r.s.a. di Ostuni del 6 novembre 2008, prevede, all'art. 15, che “*l'accesso e le dimissioni dalla RSA sono disposti dall'Unità valutativa ... previa valutazione del caso da cui devono emergere, come fattori determinanti della scelta, il grado di non autosufficienza e l'impossibilità, anche temporanea, dell'utente ad usufruire ...*” (laddove l'art. 16, richiamato dal TAR, stabilisce che le attività di verifica e controllo sulle modalità di accesso e dimissione sono effettuate dall'Unità Valutativa, secondo le disposizioni del regolamento regionale approvato con d.G.R. 210/2002 – vale a dire, il reg. 2/2002);

10. D'altra parte, non è in discussione che – come enfatizzato dal TAR, a supporto della tesi cui ha aderito - il ricovero in r.s.a. debba di regola (o meglio, auspicabilmente) protrarsi per una durata limitata e predefinita.

Ciò, tuttavia, non significa affatto che detta durata debba (e, prima ancora, possa) essere sempre

stabilita *una tantum*; al contrario, è indiscutibilmente prevista la possibilità di proroga; e quindi ai fini della controversia non rileva quanto previsto, nel senso della predeterminazione della durata, dalla circolare regionale in data 18 aprile 2006, e dall'art. 10 del regolamento regionale 2/2002, citati.

11. Occorre invece stabilire se l'ASL debba sostenere i costi del ricovero, anche dopo la scadenza del periodo autorizzato, nelle more della verifica del PAI da parte dell'UVM e fino all'eventuale decisione dell'UVM in ordine alla proroga del trattamento oppure alla dimissione protetta, programmata e concordata.

A tale questione, in base alle previsioni delle Linee guida, del Piano regionale della salute 2008-2010, del regolamento 2/2002 e dello stesso contratto per la gestione della r.s.a., sopra ricordate (e prima ancora, in base ai principi generali in tema di tutela della salute e di continuità delle prestazioni sanitarie ed assistenziali), deve darsi risposta positiva.

In particolare, va affermato che l'obbligo di verifica ed aggiornamento è testualmente sancito, che la cadenza periodica della verifica va rapportata alla durata del trattamento prevista dal piano ed alle condizioni del paziente, e che il termine trimestrale esprime il periodo massimo in cui di regola il piano può essere attuato senza che vi sia bisogno di verifica.

12. In conclusione, se la verifica è obbligatoria e necessaria ai fini della proroga del trattamento oppure della dimissione del paziente alla scadenza, ne deriva che la verifica va effettuata (almeno ogni tre mesi, e comunque) tempestivamente rispetto alla scadenza stessa.

Fino a che la ASL (UVM) non compie la verifica, la r.s.a. non è abilitata a sostituirsi alla ASL (UVM) nel valutare le condizioni e le esigenze del paziente. Se, salvo specifica contraria prescrizione, può presumersi che un prolungamento del ricovero e del trattamento non comportino danni, ma vantaggi per il paziente, non può invece presumersi altrettanto per una dimissione decisa da parte della r.s.a. unilateralmente (senza una decisione ed assunzione di responsabilità del paziente e dei famigliari). Peraltro, una simile decisione, in mancanza della possibilità o della disponibilità della famiglia a prendersi cura del paziente, o di un'autorizzazione al ricovero presso una diversa struttura o al ricorso all'assistenza domiciliare, equivarrebbe davvero a mettere il paziente "in mezzo ad una strada" (con ogni intuibile conseguenza giuridica, a tacere della distonia rispetto ad elementari regole di solidarietà).

In estrema sintesi, la scelta tra le due opzioni applicative – alla scadenza del piano assistenziale, è l'eventuale proroga del trattamento, oppure è la dimissione del paziente, che richiede, per poter essere legittimamente disposta, una nuova determinazione dell'UVM – deve essere risolta a favore della seconda, per le considerazioni esposte, derivanti dalle primarie esigenze di tutela del paziente.

13. Va dunque affermato l'obbligo della ASL (UVM) di procedere alla verifica, in prossimità della scadenza del PAI e con anticipo adeguato a consentire che la eventuale dimissione del paziente avvenga in modo tempestivo e proficuo, secondo la destinazione consona alla sua attuale condizione. La misura di tale anticipazione temporale potrà essere disciplinata mediante un'integrazione dell'accordo contrattuale, con riferimento alle diverse situazioni e sulla base dello scambio di informazioni a ciò finalizzate. Fermo restando che, in mancanza di tempestiva verifica, il tempo trascorso fino alla dimissione concordata dovrà ritenersi compreso in quello autorizzato e soggetto a remunerazione.

Nei sensi esposti, l'appello deve essere accolto e, in riforma della sentenza appellata, deve essere accertato il diritto dell'appellante.

14. Può aggiungersi che l'applicazione dei correttivi ipotizzati dalla difesa della ASL per disincentivare eventuali comportamenti non collaborativi e speculativi della r.s.a., esula dal presente

giudizio, apparendo detti correttivi inevitabilmente legati, o ad una integrazione del contratto nell'ambito dell'accreditamento (come per l'applicazione, alla scadenza, di tariffe più basse, relative ai pazienti non Alzheimer o agganciate a quelle delle strutture socio-assistenziali con ricovero a tempo indeterminato, come le r.s.s.a. e le case protette), o addirittura ad una modifica normativa (come per la messa a carico della famiglia dei costi di trattenimento in r.s.a.).

15. La novità delle questioni affrontate induce a disporre la compensazione delle spese di giudizio.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sull'appello, come in epigrafe proposto, lo accoglie e, per l'effetto, in riforma della sentenza appellata, accerta e riconosce il diritto del ricorrente nei sensi e limiti indicati in parte motiva.

Spese compensate.

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall'autorità amministrativa.

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 20 maggio 2015 con l'intervento dei magistrati:

Gianpiero Paolo Cirillo, Presidente

Angelica Dell'Utri, Consigliere

Lydia Ada Orsola Spiezia, Consigliere

Alessandro Palanza, Consigliere

Pierfrancesco Ungari, Consigliere, Estensore

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 03/08/2015

IL SEGRETARIO

(Art. 89, co. 3, cod. proc. amm.)