Civile Sent. Sez. U Num. 20401 Anno 2019
Presidente: [redacted]
Relatore: [redacted]
Data pubblicazione: 26/07/2019

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

SENTENZA

sul ricorso 27350-2017 proposto da:

ASL DI LECCE (AZIENDA SANITARIA LOCALE DI LECCE), in persona del legale rappresentante pro tempore, elettivamente domiciliata in ROMA, [redacted] presso lo studio dell'avvocato [redacted] rappresentata e difesa dall'avvocato [redacted]

- ricorrente -

contro

FONDAZIONE ISTITUTO OSPEDALIERO DI SOSPIRO ONLUS, in persona del Presidente pro tempore, elettivamente domiciliata in ROMA, [redacted] presso lo studio dell'avvocato

329/19

E. R.

[redacted]ne la rappresenta e difende unitamente all'avvocato[redacted];

- controricorrente -

avverso la sentenza n. 1311/2017 della CORTE D'APPELLO di BRESCIA, depositata il 07/09/2017.

Udita la relazione della causa svolta nella pubblica udienza del 04/06/2019 dal Consigliere[redacted];

udito il Pubblico Ministero, in persona dell'Avvocato Generale [redacted]che ha concluso per il rigetto del ricorso;

uditi gli avvocati[redacted] e[redacted]i.

I FATTI DI CAUSA

1. - Nel 2012, la Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus otteneva nei confronti della ASL di Lecce un decreto ingiuntivo per il pagamento delle rette insolute di ricovero del paziente G., dal 1974 ricoverato nella struttura per grave disabilità psichica, relative agli anni 2010-2011.

2. - La ASL di Lecce proponeva opposizione, eccependo *in limine* il difetto di giurisdizione dell'autorità giudiziaria ordinaria; faceva presente di aver ricevuto il rimborso dalla ASL di provenienza del paziente (Cremona) quanto alla componente sanitaria della prestazione, e che la residua componente assistenziale, oggetto del decreto ingiuntivo, fosse a carico dell'assistito o del Comune di provenienza se questo fosse stato indigente.

3.- il Tribunale adito affermava la propria giurisdizione e, dopo aver qualificato le prestazioni erogate al lungodegente oggetto del decreto

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

ingiuntivo come prestazioni socioassistenziali ad elevata integrazione sanitaria, a carico esclusivo dello Stato, rigettava l'opposizione.

4.- la Corte d'Appello di Brescia rigettava l'impugnazione della ASL, ribadendo in primo luogo la giurisdizione del giudice ordinario, sulla base della ricostruzione dell'orientamento di legittimità in materia, affermando che la domanda giudiziale di un ente gestore diretta al rimborso di rette di degenza per le anticipate attività di assistenza e cure sanitarie a favore di un soggetto disabile psichico permane nella giurisdizione ordinaria perché non implica alcun sindacato su atti provvedimentali essendo quanto si richiede il corrispettivo di una obbligazione *ex lege*, in quanto prestazioni di integrazione socio-sanitaria; affermava poi che l'obbligazione *ex lege* nasce nel momento dell'accoglimento del paziente nella struttura, individuando come obbligata la struttura sanitaria di residenza originaria del paziente, a prescindere dall'eventuale successivo trasferimento della residenza di questi.

5. - La ASL di Lecce propone ricorso per cassazione, articolato in tre motivi, tempestivamente notificato il 13.11.2017, nei confronti della Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus, per la cassazione della sentenza n. 1311 del 2017 della Corte d'Appello di Brescia, notificata il 14.9.2017, con la quale veniva rigettata l'eccezione di difetto di giurisdizione del giudice ordinario adito, sollevata dalla ASL già in primo grado e riproposta in appello.

6. - Resiste al ricorso la Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus con controricorso.
Entrambe le parti hanno depositato memoria.

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

RAGIONI DELLA DECISIONE

1. - Con il **primo motivo**, la ASL denuncia la violazione o falsa applicazione dell'art. 133, primo comma, lett. c) e dell'art. 133, primo comma, lett. a) n. 2 del codice amministrativo.

   Afferma che l'assunzione dal parte del SSN delle spese di ricovero e cura dei pazienti prestate da strutture private non discende direttamente dalla legge ma è condizionata al rispetto di un apposito procedimento, che passa per le fasi di autorizzazione – accreditamento presso il SSN e di stipula di una convenzione contrattuale tra la struttura privata erogatrice del servizio e la ASL, ed evidenzia che nella specie mancherebbe l'accreditamento della struttura, operante in provincia di Cremona, presso la ASL di Lecce, la quale non potrebbe essere obbligata a pagare in base al convenzionamento tra la struttura e la diversa ASL di Cremona.

2. - Quindi, riproponendo la censura di **difetto di giurisdizione** già proposta nei gradi di merito, afferma che in realtà non si discute del diritto del paziente alla prestazione, che è stata erogata e della quale non è mai stato chiesto il rimborso direttamente al paziente, ma del rapporto concessorio tra le ASL e le strutture sanitarie private convenzionate, sul quale deve poter giudicare il g.a. per individuare quale è la ASL obbligata al pagamento: competenza esclusiva del g.a. ex art. 133 co. 1 lett. a) n. 2.

3. - Con il **secondo motivo**, la ricorrente deduce la violazione o falsa applicazione dell'art. 115 c.p.c. nonchè la violazione dell'art. 19 comma 13 della l.r. 33 del 2009 e dell'art. 13 della l.r. 31 del 1997 della Regione Lombardia.

   Rileva che la corte d'appello ha qualificato le prestazioni erogate in favore del G. come di natura socio-assistenziale, ad elevata

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

integrazione sanitaria, come tali erogate dalle aziende sanitarie e a carico del fondo sanitario, affermando che, per individuare il responsabile della spesa, debba farsi riferimento al collegamento territoriale esistente al momento del ricovero.

Richiamando la normativa regionale, la ricorrente sostiene invece che debba farsi riferimento, quanto alle prestazioni delle quali si chiede il pagamento, alla residenza del paziente in riferimento al periodo per il quale viene chiesto il pagamento stesso: trattandosi di paziente già ricoverato in struttura lombarda e residente anagraficamente in un comune della Lombardia al 31.12.1998, ritiene che lo stesso sia a carico della ASL di residenza al momento della erogazione della prestazione e non della Asl di provenienza al momento del primo ricovero.

Rileva anche che la ASL di Cremona le ha rimborsato la quota delle prestazioni a carico del SSN, rimanendo a suo carico la sola quota integrativa, e sostiene che, ove il ricorso fosse rigettato, la ASL Lecce si troverebbe a pagare per prestazioni assistenziali-sanitarie per le quali non ha ricevuto le relative risorse.

4. - Con il **terzo motivo**, deduce la violazione degli artt. 8 *bis*, 8 *ter*, 8 *quinquies* del d.lgs. n. 502 del 1992, in relazione all'art. 360 n. 3 c.p.c. riproponendo la tesi per cui la struttura che ha ottenuto l'emissione del decreto ingiuntivo nei suoi confronti non è accreditata con la Regione Puglia né convenzionata con la ASL di Lecce, e per questo non potrebbe pretendere il rimborso delle prestazioni erogate. Ne conseguirebbe l'inesigibilità del credito vantato dalla struttura di lungodegenza nei confronti della ASL di Lecce.

5. - Nel suo **controricorso,** la clinica Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro Onlus puntualizza che il G., affetto da disabilità psichica grave, veniva ricoverato dal 1974, all'età di dieci anni, presso la

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

medesima struttura convenzionata in provincia di Cremona, allora denominata Istituto Ospedaliero di Sospiro, proveniente da Lecce, con ricovero autorizzato dalla Regione Puglia e spese gravanti sulle Asl pugliesi che negli anni si sono succedute a seguito delle variazioni intervenute nella organizzazione del SSN, fino a gravare ultimamente sulla Asl di Lecce che, dopo aver pagato per alcuni anni, interrompeva il pagamento. La contoricorrente segnala la pendenza di un altro giudizio, sospeso in attesa della definizione del presente perché avente ad oggetto una opposizione a decreto ingiuntivo per un periodo di retta successivo a quello richiesto con questo.

In relazione ai motivi di ricorso, evidenzia che, come statuito dai giudici di merito ed accertato anche a mezzo di c.t.u., stante la natura prevalentemente sanitaria delle prestazioni erogate, si trattava di una obbligazione *ex lege*, e non fondata su accordi contrattuali o sulla discrezionalità della p.a.

Sul secondo motivo, evidenza che l'obbligazione *ex lege* nasce nel momento del primo ricovero, a carico della Asl nella cui circoscrizione territoriale sia residente il paziente: e al momento del suo primo ricovero, il paziente, allora minore, era residente in Puglia.

6. - Il **primo motivo** è **infondato.**

Non è oggetto di contestazione che le prestazioni erogate al paziente G. da parte della Onlus controricorrente, delle quali la Onlus chiede il pagamento alla ASL, debbano essere qualificate, secondo quanto affermato dalla sentenza di appello sulla base della c.t.u. in quella sede esperita, non in termini di prestazioni alberghiere, né di prestazioni esclusivamente socio-assistenziali, ma socio-assistenziali ad elevata integrazione sanitaria.

Si tratta quindi di prestazioni integralmente a carico, come quelle di natura esclusivamente sanitaria, del Servizio Sanitario Nazionale (in base alla tabella allegata al DPCM 14.2.2001) in quanto fanno parte

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

dei L.E.A.- livelli essenziali di assistenza sanitaria, e neppure in parte a carico dell'assistito.

L'erogazione di tali prestazioni costituisce pertanto un diritto soggettivo del privato nei confronti della p.a., come più volte affermato dalla giurisprudenza di legittimità.

Ne consegue che la giurisdizione in merito appartiene al giudice ordinario, alla luce della consolidata precedente giurisprudenza di questa Corte (formatasi anche in relazione a numerose cause in cui era parte la stessa Fondazione controricorrente, che da anni opera nel capo del ricovero di lungodegenti con problemi psichici), rispetto alla quale non sussistono ragioni per discostarsi. Queste Sezioni Unite (Cass. S.U. 30 luglio 2008 n. 20586, e, già prima, Cass. S.U. n. 14986 del 2005), decidendo su una fattispecie analoga a quella in esame, nella quale, fra l'altro, era parte la stessa Fondazione Istituto Ospedaliero di Sospiro controricorrente nel presente giudizio, ha affermato che, alla luce della sentenza della Corte costituzionale n. 204 del 2004, che ha dichiarato la parziale incostituzionalità dell'art. 33 del d.lgs. n. 80 del 1998, come modificato dall'art. 7 della legge n. 205 del 2000, la controversia introdotta da un istituto di cura nei confronti del Comune e della ASL, per il pagamento di rette di degenza relative a pazienti ricoverati per problemi psichici (nel caso in esame si trattava di "debolezza mentale e grave frenesia ed epilessia") - esclusa, dopo il radicale mutamento del sistema di custodia e cura degli alienati verificatosi con l'entrata in vigore della legge n. 180 del 1978 e con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale da parte della legge n. 833 del 1978, l'applicabilità dell'art. 7 della legge n. 36 del 1904 e dell'art. 29 del r.d. n. 1054 del 1924, che prevedevano la giurisdizione amministrativa - rientra nella giurisdizione del giudice ordinario, sia nel caso in cui si ritenga che la prestazione in favore del ricoverato integri una prestazione sanitaria, sia nel caso in cui sia ritenuto prevalente il carattere socio-

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

assistenziale di tale prestazione. In entrambi i casi, infatti, il rapporto dedotto in giudizio non si ricollega ad un esercizio di poteri autoritativi dell'amministrazione in quanto non implica alcun sindacato su provvedimenti della Pubblica Amministrazione.

Con successiva sentenza resa in sede di conflitto negativo di giurisdizione (Cass. n. 22033 del 2014), che vedeva tra le parti sempre la Fondazione Onlus di Sospiro, questa Corte ha affermato che la controversia promossa da un istituto di cura nei confronti della ASL per il pagamento delle rette di degenza (comprensive delle spese di ricovero, assistenza e cure a favore di soggetto oligofrenico) dei malati psichici appartiene alla giurisdizione del giudice ordinario, non implicando alcun sindacato di atti provvedimentali, e non afferendo a rapporti costituiti o modificati da atti di tale specie, avendo la parte ricorrente richiesto il corrispettivo per un'obbligazione di natura assistenziale, ricollegantesi a presupposti prefigurati dalla legge.

La sentenza da ultimo citata valorizza la precedente affermazione contenuta in Cass. S.U. 1 luglio 2009 n. 15377, secondo la quale la disciplina legislativa di cui alle leggi n. 833 del 1978 e n. 180 del 1978 art. 2 e segg. configura espressamente le prestazioni ivi previste come oggetto di diritto delle persone, senza che la nascita di tale diritto sia condizionata all'emanazione di atti discrezionali.

7. - Sulla questione occorre ricordare che la giurisprudenza amministrativa (tra le altre, v. Consiglio di Stato, III; sentenza n. 4273 del 2013 e sentenza n. 930 del 2013, citata anche dalla sentenza impugnata) è viceversa in prevalenza orientata nel senso che la controversia appartenga alla giurisdizione del giudice amministrativo e che l'obbligazione di pagamento permanga in capo alla ASL di originaria residenza del paziente per tutta la degenza, a prescindere dai successivi cambi di residenza. Nella giurisprudenza amministrativa appare ormai consolidata l'affermazione secondo cui

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

la tutela del diritto alla salute, pur imposta a livello costituzionale dall'art. 32 Cost., non può essere incondizionata ma debba subire ragionevoli modulazioni in relazione alle esigenze di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica, indispensabili nella ricostruzione del giudice amministrativo per garantire la disponibilità delle risorse necessarie alla continuità stessa dei servizi erogati all'utenza, ferma restando, comunque, la necessità di non scalfire il "nucleo essenziale" del diritto tutelato.

8.-Non si pone in contrasto con il consolidato orientamento di questa Corte la recente pronuncia Cass. n. 30171\2018, che vede ricorrente sempre la Fondazione di Sospiro per analogo tipo di prestazioni e ne rigetta il ricorso confermando la pronuncia di merito che ha dichiarato il difetto di giurisdizione del giudice ordinario: in quel caso era stata la stessa Onlus che, per le rette non pagate ed anche per quelle maturande, aveva preventivamente adito il TAR (che, ritenendo la propria giurisdizione, rigettava la domanda nel merito, qualificando le prestazioni erogate come socio assistenziali, e quindi a carico del paziente ove non indigente, e non a prevalente carattere sanitario) e poi per le annualità successive si era rivolta al giudice ordinario, che aveva rilevato l'intervenuto formarsi del giudicato esterno sulla giurisdizione amministrativa.

9.- Il secondo motivo, volto a sostenere la carenza di legittimazione passiva della ASL di residenza originaria del ricoverato, è invece **fondato**.

La questione che pone è relativa alla individuazione, sulla base delle leggi applicabili, della ASL obbligata a corrispondere il corrispettivo alla società privata che ha erogato la prestazione di assistenza con prevalenza socio-sanitaria al paziente in condizioni di disabilità psichica, se sia la ASL di originaria residenza del malato al momento

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

del suo primo ricovero presso la struttura (trattandosi di pazienti con gravi disabilità psichiche, si tratta in genere di strutture di lungodegenza), o la ASL di residenza del paziente nel periodo in relazione al quale si richiedono le prestazioni.

In tema di prestazioni sanitarie rese in regime di convenzione, la ASL tenuta al rimborso va individuata in base alla legge regionale del luogo ove è stata resa la prestazione, come ricostruito da ultimo da Cass. n. 19353 del 2017.

Si tratta di prestazioni a carico del SSN, per le quali l'erogazione dell'assistenza sanitaria è governata dal principio dell'universalità, in base la quale ogni cittadino ha diritto a rivolgersi alla ASL che preferisce, come pure ad una struttura privata accreditata, e sinanche a medici e ad ospedali stranieri, quando le relative prestazioni non siano disponibili in Italia. L'accettazione dell'assistito da parte della struttura prescelta è insindacabile da parte delle ASL, che non hanno nessuna discrezionalità amministrativa al riguardo, ma soltanto, al massimo, una discrezionalità tecnica (v. Corte cost. n. 267 del 1998).

Poiché la materia dei rimborsi delle strutture private accreditate è di competenza regionale, bisogna far riferimento alla normativa regionale, ed in particolare alle norme vigenti nel luogo dove si è svolto il fatto generatore dell'obbligazione, ex art. 1173 c.c. (come tale intendendosi il ricovero dell'assistito presso la struttura privata accreditata che ha erogato le prestazioni).

Quindi, nel caso di specie, occorre far riferimento alla legge regionale della Regione Lombardia. La norma da applicare è dunque la norma regionale vigente al momento del periodo di ricovero cui ci si riferisce, ovvero l'art. 19 della legge reg. Lombardia n. 33 del 1999 (T.U. in materia sanitaria), denominata *Finanziamento del servizio sanitario e sociosanitario regionale*, il cui comma 13 così recita:

13. I soggetti erogatori, pubblici e privati, sono remunerati dalle ASL nel cui territorio sono ubicati per tutte le prestazioni erogate a

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

prescindere dalla residenza dei cittadini. Eventuali acconti riferiti alla predetta remunerazione possono essere erogati nella misura e con le modalità stabilite dalla Giunta regionale. La Regione, anche mediante le ASL, remunera le eventuali funzioni non tariffabili riconosciute ai soggetti erogatori. Per gli assistiti provenienti da altre regioni la remunerazione è effettuata dalla regione che stabilisce le modalità di compensazione con le regioni di provenienza degli oneri afferenti alla mobilità sanitaria attiva e passiva; le prestazioni erogate nelle strutture di riabilitazione extraospedaliera già convenzionate ex art. 26 della legge 23 dicembre 1978 n. 833 (Istituzione del servizio sanitario nazionale), nelle residenze sanitarie assistenziali, nelle strutture sociosanitarie per disabili e nelle comunità terapeutiche per tossicodipendenti sono remunerate dalla ASL di residenza dell'utente.

In questo senso prevedeva del resto anche la precedente L.R. Lombardia n. 31 del 1997, art. 13, comma 17, citata dalla sentenza d'appello: *"I soggetti erogatori, pubblici e privati, sono remunerati dalle ASL nel cui territorio risiede l'assistito cui è resa la prestazione, sulla scorta di adeguata documentazione ..."Le diverse regioni provvedono poi tra di loro a regolare la spesa col meccanismo della compensazione"*.

Le norme citate radicano quindi il collegamento territoriale atto ad individuare l'ente obbligato (in particolare, in riferimento agli assistiti provenienti dalle altre regioni) nella ASL di residenza dell'assistito.

Quindi, si apre l'ulteriore problema posto dal motivo di ricorso: per individuare il soggetto responsabile, occorre far riferimento alla ASL di originaria residenza al momento del ricovero o la ASL del luogo in cui il paziente è residente in riferimento al periodo di prestazioni delle quali si chiede il rimborso?

Conformemente a quanto deciso, di recente, da Cass. n. 19353 del 2017, deve ritenersi che le norme di riferimento sopra indicate della Regione Lombardia non impongano alcun radicamento della

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

obbligazione in capo all'originario luogo di residenza del paziente, ma che, qualora questi, stabilmente ricoverato presso una struttura, abbia conseguentemente spostato nel Comune ove si trova la struttura la sua residenza (in base a quanto prescritto dal regolamento anagrafico della popolazione, d.P.R. n. 233 del 1989, anche a seguito delle modifiche introdotte con il successivo d. P.R. n.126 del 2015), la ASL responsabile della obbligazione ex lege non sia più quella di originaria residenza, ma quella della residenza attuale, ovvero del luogo in cui il paziente risiede nel periodo in cui ha fruito della prestazione della quale si chiede il compenso.

L'individuazione dell'obbligato nella ASL di residenza del paziente nel periodo cui si riferiscono le prestazioni discende dai seguenti riferimenti normativi:

- l'art. 19, commi 3 e 4, della I. 23.12.1978 n. 833 afferma che *"gli utenti del servizio sanitario nazionale sono iscritti in appositi elenchi periodicamente aggiornati presso l'unità sanitaria locale nel cui territorio hanno la residenza*", e che "*gli utenti hanno diritto di accedere, per motivate ragioni o in casi di urgenza o di temporanea dimora in luogo diverso da quello abituale, ai servizi di assistenza di qualsiasi unità sanitaria locale*", lasciando alle legge regionale il compito di stabilire "*i casi in cui è ammesso il ricovero in ospedali pubblici, in istituti convenzionati o in strutture ospedaliere ad alta specializzazione ubicate fuori del proprio territorio*" (art. 25, comma 14, I. 833/78, cit.);

  in seguito, l'art. 12, comma 3, lettera (b), d. Igs. 502/92, stabilì che il fondo sanitario nazionale è ripartito tra le regioni tenendo conto della "*mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le regioni e le province autonome*", e norma analoga è

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

dettata dall'art. 17, comma 3, I. 887/94, con riferimento ai ricoveri ospedalieri.

Ad esse si aggiunga l'art. 4 del d.P.R. n. 126 del 2015, di modifica del regolamento anagrafico della popolazione, che ha introdotto l'art. 10 bis nel precedente regolamento anagrafico n. 223 del 1989, in base al quale: «Art. 10-bis (Posizioni che non comportano mutazioni anagrafiche). - 1. Non deve essere disposta, ne' d'ufficio, ne' a richiesta dell'interessato, la mutazione anagrafica, per trasferimento di residenza, delle seguenti categorie di persone: a) militari di leva, di carriera, o che abbiano, comunque, contratto una ferma, pubblici dipendenti, personale dell'arma dei carabinieri, della polizia di Stato, della guardia di finanza, distaccati presso scuole per frequentare corsi di avanzamento o di perfezionamento; b) ricoverati in istituti di cura, di qualsiasi natura, purche' la permanenza nel comune non superi i due anni, a decorrere dal giorno dell'allontanamento dal comune di iscrizione anagrafica (con regolamentazione che sostituisce quella presente nel precedente art. 8 del d.P.R. n. 233 del 1989).

Tutte tali previsioni sarebbero inutili, come osservato da Cass. n. 19353 del 2017, se ogni ASL fosse tenuta "in sempiterno" a sostenere i rimborsi per le prestazioni erogate ai suoi iscritti fuori regione, anche quando costoro dovessero cambiare residenza. Le norme sopra trascritte, per contro, rendono palese che il trasferimento effettivo della residenza anagrafica comporta il trasferimento dell'obbligo di pagamento del contributo, a carico della ASL di nuova residenza, che è l'unica in grado di controllare le esigenze sanitarie del territorio, in conformità alle obiettive esigenze di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica in materia sanitaria.

Se così non fosse, nel caso di malati lungodegenti o cronici, ove l'ammalato muti residenza, tutte le ASL dei successivi luoghi di residenza sarebbero indotte a non verificare se il paziente abbia ancora bisogno del ricovero o meno, fidando nel fatto che tutti gli oneri resteranno sempre a carico della ASL che per prima dispose il ricovero.

Corte di Cassazione - copia non ufficiale

10. -L'esame del terzo motivo è superfluo, rimanendo assorbito dall'accoglimento del secondo.

11. - In accoglimento del secondo motivo di ricorso, rigettato il primo, assorbito il terzo, la sentenza impugnata è cassata e la causa rinviata alla Corte d'Appello di Brescia in diversa composizione.

In ragione delle diverse affermazioni esistenti nella giurisprudenza ordinaria e amministrativa sulla questione oggetto del ricorso, le spese del presente giudizio sono compensate.

P.Q.M.

Rigetta il primo motivo di ricorso, accoglie il secondo, assorbito il terzo. Cassa la sentenza impugnata e rinvia alla Corte d'Appello di Brescia in diversa composizione. Compensa le spese.

Così deciso nella camera di consiglio della Corte di cassazione il 4 giugno 2019

Corte di Cassazione - copia non ufficiale