

N. 04910/2015 REG.PROV.COLL.
N. 00551/2015 REG.RIC.



R E P U B B L I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale della Campania

(Sezione Prima)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 551 del 2015, proposto da:
Casa di Cura Villa Cinzia s.r.l., in persona del legale rappresentante p.t.,
rappresentato e difeso dall'avv. Arturo Umberto Meo, con domicilio
eletto presso lo studio dell'avv. Andrea Abbamonte in Napoli, via
Melisurgo, 4;

contro

Regione Campania, in persona del Presidente p.t., rappresentato e
difeso dall'avv. Edoardo Barone, con domicilio eletto presso
l'Avvocatura Regionale, in Napoli, via S. Lucia, 81;

Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del
Settore Sanitario della Regione Campania, rappresentato e difeso per
legge dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Napoli, domiciliato in
Napoli, Via Diaz, 11;

A.S.L. Napoli 1 Centro, in persona del legale rappresentante p.t., non
costituito in giudizio;

nei confronti di

Clinica Sanatrix s.p.a., in persona del legale rappresentante p.t., non costituito in giudizio;

per l'annullamento

del decreto del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore sanitario della Regione Campania n. 144 del 18 novembre 2014, pubblicato sul B.U.R.C. n. 80 del 27 novembre 2014, avente ad oggetto la definizione per l'esercizio 2014 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati, per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera;

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio della Regione Campania e del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario della Regione Campania;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 7 ottobre 2015 il dott. Gianluca Di Vita e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

La Casa di Cura Villa Cinzia s.r.l. - struttura sanitaria privata istituzionalmente accreditata con l'A.S.L. Napoli 1 per attività di regime di ricovero ospedaliero - impugna, chiedendone l'annullamento, il decreto del Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore sanitario della Regione Campania n. 144/2014 avente per oggetto l'assegnazione, per ciascuna casa di cura, del tetto di

spesa per l'esercizio finanziario 2014 e l'allegato schema di contratto ex art. 8 *quinquies* del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502.

La società ricorrente affida il gravame ai seguenti profili di illegittimità: violazione e falsa applicazione del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, violazione e falsa applicazione dei decreti commissariali n. 91/2013 e n. 100/2013, eccesso di potere per illogicità e incongruità manifesta, ingiustizia manifesta e contraddittorietà; eccesso di potere per difetto di istruttoria e per mancata comparazione degli interessi contrapposti; illegittimità dello schema di contratto, limitatamente alla clausola di salvaguardia e alla spesa per mobilità; illegittimità per mancata previsione di criteri di remunerazione delle prestazioni eventualmente rese in eccesso rispetto ai limiti di spesa preventivamente programmati.

Si sono costituiti in giudizio la Regione Campania ed il Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario chiedendo la reiezione del gravame.

All'udienza pubblica del 7 ottobre 2015 la causa è stata trattenuta in decisione.

DIRITTO

Con il primo motivo di gravame la Casa di Cura Villa Cinzia espone che, con decreto sindacale n. 1270 del 10 settembre 1996, è stata accreditata per n. 45 posti letto e, in seguito, con atto di fusione del 20 ottobre 2006 rep. n. 57349, ha incorporato la clinica Villa Margherita s.r.l., già accreditata per n. 30 posti letto. Aggiunge che, con decreto del commissario ad acta n. 118 del 31 ottobre 2014, ha conseguito l'accreditamento istituzionale per attività di regime di ricovero ospedaliero con numero 75 posti letto (45 propri + 30 posti letto della casa di cura incorporata).

Tanto premesso, l'istante lamenta che con l'impugnato decreto

commissariale n. 144 del 18 novembre 2014, il tetto di spesa riconosciuto per il 2014 (euro 5.323.540,00) sarebbe sostanzialmente il medesimo del 2013, anno in cui la ricorrente operava con n. 45 posti letto accreditati. Il provvedimento impugnato non avrebbe tenuto conto dell'incremento dei posti letto accreditati nell'anno 2014 mentre, secondo la prospettazione di parte ricorrente, il tetto di spesa già riconosciuto per il 2013 doveva essere incrementato per un ammontare corrispondente al budget assegnato alla casa di cura Villa Margherita fino all'avvenuta fusione per incorporazione (euro 3.500.000,00).

La ricorrente sostiene che, oltre che risultare coerente con la propria attuale dimensione strutturale e con il contenuto degli atti autorizzativi, l'attribuzione di risorse adeguate non avrebbe alcun impatto sul vincolo di spesa e sul fabbisogno assistenziale poiché il tetto di spesa al quale aspira la deducente (circa euro 9.000.000,00) sarebbe pari alla somma dei budget già riconosciuti alle due case di cura fuse per incorporazione in una unica struttura (euro 5.500.000,00 per Villa Cinzia ed euro 3.500.000,00 per Villa Margherita).

In punto di diritto, la ricorrente lamenta pertanto la contraddittorietà, il difetto di istruttoria, il travisamento dei presupposti fattuali e giuridici dell'azione amministrativa.

La censura è priva di pregio.

Con riguardo alla determinazione del tetto di spesa sanitario per le strutture private accreditate istituzionalmente, il dato normativo di riferimento è costituito dall'art. 15 del D.L. 6 luglio 2012 n. 95 convertito in legge, con modifiche, dalla L. 7 agosto 2012 n. 135.

Il comma 14 della richiamata disposizione prevede, per l'anno 2014, una riduzione dei tetti di spesa sanitaria rispetto agli anni precedenti, specificando che *"a tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti"*

nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014”.

In base a tale disposto normativo, il decreto commissariale n. 144/2014 ha applicato alla casa di cura ricorrente la riduzione prescritta dalla richiamata disposizione benché, come si legge nell'atto, tale percentuale sia stata in parte compensata dalle economie di settore conseguenti alla riallocazione delle risorse originariamente destinate ad altre strutture sanitarie non più operanti o non più accreditate (Villa Russo e Villa Alba).

Non è quindi condivisibile l'assunto sul quale si fonda il ragionamento della ricorrente, ovvero che il tetto di spesa dovrebbe essere incrementato con il budget assegnato alla casa di cura Villa Margherita: peraltro, tale dato economico non risultava neppure nella spesa sanitaria del 2013 (cui applicare la riduzione percentuale ai sensi dell'art. 15, comma 14, del D.L. n. 95/2012) poiché, come si è visto, tale struttura non era più operativa essendosi fusa per incorporazione con la società ricorrente nel 2006.

L'ermeneutica sostenuta nel ricorso avrebbe l'effetto di incrementare il tetto di spesa del 2014 per un importo corrispondente al budget riconosciuto alla società Villa Margherita nel 2006, di fatto vanificando la riduzione dovuta alla *spending review* e normativamente fissata al fine di attuare il razionale contenimento della spesa sanitaria nella Regione

Campania.

Non è meritevole di accoglimento il secondo profilo di illegittimità con cui parte ricorrente censura la tardività dell'atto di programmazione della spesa sanitaria, siccome adottato alla fine dell'anno finanziario.

In argomento, non vi sono ragioni per discostarsi del consolidato indirizzo giurisprudenziale secondo cui, da un lato, il segnalato ritardo non è tale da determinare di per sé alcuna decadenza nell'esercizio della funzione amministrativa *de qua* e, dall'altro, come chiarito dall'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato nella decisione del 2 maggio 2006 n. 8, la retroattività dell'atto di determinazione della spesa non vale ad impedire agli interessati di disporre di un qualunque punto di riferimento regolatore per lo svolgimento della loro attività. Difatti, è evidente che in un sistema nel quale è fisiologica la sopravvenienza dell'atto determinativo della spesa solo in epoca successiva all'inizio di erogazione del servizio, gli interessati potranno aver riguardo - fino a quando non risulti adottato un provvedimento - all'entità delle somme contemplate per le prestazioni dei professionisti o delle strutture sanitarie dell'anno precedente, diminuite, ovviamente, della riduzione della spesa sanitaria effettuata dalle norme finanziarie dell'anno in corso. Nel caso di specie, vi è solo da rimarcare che, nella sostanza, l'atto commissariale conferma per la ricorrente il budget relativo al 2013 onde può ritenersi che la programmazione delle risorse non abbia inciso sulle legittime aspettative dell'operatore, potendo questi fare affidamento sui dati riferiti al precedente esercizio e sostanzialmente riconfermati.

Con una terza censura la società esponente contesta, assumendone il contrasto con il diritto di difesa costituzionalmente tutelato, la legittimità dello schema di contratto ai sensi dell'art. 8 *quinquies* del D.Lgs. n. 502/1992, nella parte in cui contempla una clausola di

salvaguardia con cui le strutture chiamate alla relativa sottoscrizione si impegnano ad accettare il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa e di determinazione delle tariffe (art. 11).

Il rilievo è privo di pregio, ritenendo il Collegio che, lungi dal costituire formale acquiescenza e inibire le garanzie costituzionali di difesa, tale clausola di salvaguardia debba essere piuttosto intesa come impegno rafforzativo al rispetto dei vincoli di spesa esistenti in materia sanitaria, specie in un ambito regionale, come quello campano, sottoposto al piano di rientro (cfr. Consiglio di Stato, Sez. III, ordinanza n. 5427 del 27 novembre 2014).

Con la quarta censura la Casa di Cura Villa Cinzia espone che il decreto impugnato ricomprende nei tetti di spesa del 2014 anche le spese per prestazioni sanitarie erogate in favore di cittadini che risiedono in altre Regioni: secondo la ricorrente tale previsione sarebbe illegittima perché sottrarrebbe tale budget alla popolazione residente in Campania e, altresì, in quanto non terrebbe conto dei meccanismi di compensazione interregionale per la mobilità sanitaria per prestazioni rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quello di residenza.

L'argomentazione non coglie nel segno.

La Sezione osserva che non esiste nessuna disposizione normativa, statale o regionale, che impone alle Regioni di sottrarre tali categorie di prestazioni alla previa fissazione di volumi e limiti di spesa in sede di programmazione. Si aggiunga poi che, sotto il profilo strettamente economico, se è pur vero (come evidenzia parte ricorrente) che alla spesa devono provvedere le Regioni di residenza degli assistiti, si deve tuttavia considerare che i relativi rimborsi sono corrisposti solo a consuntivo e dopo una operazione di compensazione che, per la sua

complessità, è disciplinata da apposite linee guida approvate dalla Conferenza delle Regioni.

Di conseguenza, ogni Regione, deve remunerare immediatamente le proprie case di cura per le prestazioni fornite ai pazienti che provengono da altre Regioni, a fronte di un rimborso che è concesso dalla Regione di residenza degli assistiti, se non ci sono contestazioni, solamente a distanza di tempo. E ciò evidentemente non è irrilevante soprattutto per le Regioni che sono state commissariate e che sono sottoposte al piano di rientro e che, a volte, hanno difficoltà anche ad erogare, nei tempi previsti, le risorse assegnate alle proprie strutture accreditate.

Con l'ultimo motivo di diritto l'istante si duole della mancata previsione di criteri di remunerazioni di eventuali prestazioni extra budget.

La censura è infondata alla luce del chiaro disposto dell'art. 8 *quater* del D.Lgs. 502/1992 secondo cui *"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'articolo 8- quinquies"*.

Dall'esame dell'articolo emerge chiaramente che le prestazioni erogate in eccesso rispetto ai limiti di spesa previamente determinati non comportano automaticamente il diritto delle strutture sanitarie alla relativa remunerazione.

Difatti, l'accreditamento istituzionale, ottenuto attraverso la verifica di tutti i requisiti richiesti per poter erogare prestazioni per il servizio sanitario pubblico, consente di essere fra i soggetti potenziali erogatori di prestazioni per il servizio sanitario nazionale e deve, pertanto, essere qualificato come condizione essenziale all'ammissione in partecipazione all'erogazione delle prestazioni garantite dal servizio sanitario nazionale,

ma non è tuttavia condizione sufficiente, essendo a tal fine necessaria, preliminarmente, la sottoscrizione di apposito contratto di cui all'articolo 8 *quinquies* del D.Lgs. n. 502/1992 preordinato alla fissazione delle condizioni contrattuali determinate dalla necessità del rispetto dei limiti del budget di spesa disponibile (Consiglio di Stato, Sez. III, 3248/2013).

L'articolo 8 *quinquies* pone, pertanto, il rapporto di accreditamento su una base negoziale per cui al di fuori del contratto, la struttura accreditata non è obbligata a erogare prestazioni agli assistiti del servizio sanitario regionale e, per converso, l'amministrazione sanitaria non è tenuta a pagare la relativa remunerazione dovendosi escludere che quest'ultima possa essere costretta ad acquistare prestazioni sanitarie in esubero rispetto alle esigenze programmate o in eccesso rispetto alle risorse finanziarie disponibili.

In conclusione, non resta che ribadire l'infondatezza del ricorso pur stimandosi equo, all'esito di una complessiva valutazione dei fatti di causa, disporre l'integrale compensazione delle spese processuali tra le parti costituite in giudizio.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale della Campania (Sezione Prima), definitivamente pronunciando, respinge il ricorso in epigrafe.

Spese compensate.

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

Così deciso in Napoli nella camera di consiglio del giorno 7 ottobre 2015 con l'intervento dei magistrati:

Cesare Mastrocola, Presidente

Ida Raiola, Consigliere

Gianluca Di Vita, Primo Referendario, Estensore

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 21/10/2015

IL SEGRETARIO

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

N. 05407/2015 REG.PROV.COLL.
N. 00216/2015 REG.RIC.



R E P U B B L I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale della Campania

(Sezione Prima)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 216 del 2015, proposto da:
Centro Gestione Ricerche Cangiano Srl, Centro Polidiagnostico Srl e
Istituto Diagnostico Varelli Srl, ciascuno in persona del legale
rappresentante pro tempore, rappresentati e difesi dagli avv.ti Dario
Alessandro Ricciardi e Fabio Musto, con i quali elettivamente domicilia
in Napoli alla via Posillipo n.394;

contro

Regione Campania, in persona del legale rappresentante pro tempore,
rappresentata e difesa dagli avv.ti Giuseppe Calabrese e Alberto
Armenante, con i quali elettivamente domicilia in Napoli alla via S.Lucia
n.81 presso l'Avvocatura Regionale;

Commissario ad acta per la prosecuzione del Piano di Rientro del
Settore Sanitario in Campania, in persona del legale rappresentante pro
tempore, rappresentato e difeso per legge dall'Avvocatura Distrettuale
dello Stato, presso la quale ope legis domicilia in Napoli alla via Diaz n.

11;

Asl 106 - Napoli 1;

per l'annullamento

1. del decreto commissariale n. 129 del 31.10.2014 avente ad oggetto: definizione per l'esercizio 2014 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nelle parti in cui: a) ha destinato ai centri accreditati con il S.S.R., nella branca della patologia clinica, ricadenti nell'ambito territoriale dell'ASL Napoli 1 Centro €263.644,00#, quale budget per le prestazioni da rendere ai pazienti provenienti da altre regioni, rispetto ad un tetto complessivo superiore a €30.000.000,00#; b) ha inserito nello schema di contratto tra le ASL regionali e le strutture private provvisoriamente accreditate per l'anno 2014 il seguente art. 11: "con la sottoscrizione del presente contratto la struttura, operante nel territorio della sottoscritta ASL, accetta espressamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto e/o provvedimento agli stessi collegati e/o presupposti, in quanto costituenti parte integrante necessaria del sottoscrivendo contratto"; c) ha stabilito al punto 9 che "le strutture che non sottoscrivono, ovvero che appongono riserve alla formulata proposta contrattuale, saranno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture dal 1° ottobre 2014 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del Servizio Sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8 – quinquies, comma 2 quinquies, del d.lgs 502";

2. di tutti gli atti presupposti nonché degli atti connessi, collegati e

conseguenziali

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio della Regione Campania e del Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro del Settore Sanitario in Campania;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Giudice relatore nell'udienza pubblica del giorno 7 ottobre 2015 la dott.ssa Ida Raiola e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

Con ricorso notificato in data 31/12/2014 e 02/01/2015 e depositato in data 17/01/2015, i ricorrenti premettevano in fatto:

-di essere centri sanitari provvisoriamente accreditati con il S.S.R., nella branca della patologia clinica e ricadenti nell'ambito territoriale dell'Asl Napoli 1 Centro;

-di effettuare prestazioni in regime di convenzionamento entro i limiti di spesa assegnati dalle resistenti, calcolati in base a parametri predeterminati;

-che, in particolare, una volta fissato il tetto di spesa di ciascuna ASL, lo stesso veniva suddiviso in una quota da destinare ai pazienti residenti nel territorio dell'ASL di competenza, in un'altra da destinare ai pazienti di altre ASL regionali e un'altra quota per i pazienti residenti in altre regioni.

-che le prestazioni in regime di convenzione, il loro numero nonché il relativo budget erano indicati nelle tabelle allegate al provvedimento in

epigrafe e recepiti in occasione dei contratti unilateralmente predisposti dalle ASL per regolare i volumi e le tipologie di prestazioni erogate agli utenti;

-che le risorse per le prestazioni di cui beneficiano cittadini di altre Regioni erano destinate a compensazione dei crediti e debiti tra Regioni, ovvero in debiti a carico della regione di provenienza del paziente e a favore della Regione Campania;

-che, perciò, questa particolare voce di spesa spese concorreva solo virtualmente alla determinazione del limite di spesa, come poteva rilevarsi anche dall' art. 5 punto 5 dello schema di contratto allegato al provvedimento in epigrafe;

-che la delibera di Giunta Regionale n. 517/2007 aveva introdotto il criterio di implementazione del tetto fissato per le prestazioni rese a cittadini residenti in altre regioni, in misura corrispondente ai maggiori costi che la Regione è tenuta a sostenere per prestazioni erogate dai cittadini campani in altre regioni;

-che essi ricorrenti erano un centro di alta specializzazione che negli ultimi anni avevano registrato un incremento dei pazienti extraregionali, tanto da superare nel primo semestre la quota riservata a tal fine dall'Asl resistente nel anno 2013.

-che il budget assegnato era di circa €250.000,00# a fronte di un tetto di spesa complessiva superiore a €30.000.000,00#, somma che la PA già conosceva essere esaurita nel primo quadrimestre dell'anno di riferimento;

-che il provvedimento impugnato ha previsto un incremento della spesa per la branca della dialisi ambulatoriale e della radioterapia in considerazione del tendenziale costante aumento di queste prestazioni e del loro carattere di assoluta necessità per il paziente e viceversa una

riduzione per la branca di fisiokinesiterapia sulla base di opposte considerazioni;

-che, nonostante una quantità inferiore di oltre il 50% rispetto alla patologia clinica (poco meno di 14 milioni di euro a fronte di più di 30), il budget riservato per i pazienti di fuori regione era, nei settori dianzi menzionati, di circa 5.5 milioni di euro, poco inferiore a quello riservato ai pazienti residenti nella ASL (6,8 milioni di euro) e quasi il quintuplo di quello previsto per i pazienti di altre ASL regionali (€ 1.100.000,00).

Tanto premesso in fatto, parte ricorrente articolava le seguenti censure in diritto:

I. Violazione e falsa applicazione dei DD.LGS. nn. 502/92 e 22/99 - Violazione del giusto procedimento - Difetto e carenza di motivazione - Contraddittorietà; disparità di trattamento - Ingiustizia manifesta - Violazione e falsa applicazione di precedenti provvedimenti - Erroneità di presupposti – Sviamento in quanto il budget destinato a parte ricorrente sarebbe insufficiente rispetto alle effettive necessità, così come risultante in basi ai dati della spesa corrente, non solo per gli anni precedenti ma anche per l'anno in corso, con violazione delle norme che stabiliscono la ripartizione dei tetti di spesa con riferimento all'andamento della spesa corrente, tenuto conto che l'art.8 sexties d.lgs. 502/92 punto 8 stabilisce che le regioni, nel ambito dei criteri stabiliti dal ministero della sanità, per le prestazioni sanitarie rese dalle regioni a cittadini di regioni diverse, possono porre in essere intese e politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione nonché l'impiego efficiente delle relative strutture.

Si costituivano la Regione Campania, il Presidente della Regione in qualità di Commissario ad acta della Regione per la prosecuzione del

piano di rientro del settore sanitario e l'azienda Sanitaria Locale Napoli 1 Centro, che resistevano al ricorso e ne chiedevano il rigetto, rilevandone l'inammissibilità e l'infondatezza.

Con ordinanza presidenziale n. 912/2015 venivano disposti incompetenti istruttori.

All'udienza pubblica del 7 ottobre 2015, la causa passava in decisione.

DIRITTO

Il ricorso è infondato e va rigettato.

Il Collegio osserva che non merita condivisione la doglianza attorea, formulata con il primo motivo di ricorso, secondo la quale, con riguardo alla cd. mobilità attiva extraregionale, non sarebbe ragionevole, in forza della previsione di un meccanismo di compensazione tra le poste attive e passive facenti capo alle varie Regioni (interessate, sia pure in misura diversa, sia dalla mobilità attiva che passiva), prevedere il limite dei cd. tetti di spesa, alle luce delle considerazioni formulate in merito dal Consiglio di Stato, che la Sezione ritiene di far proprie: "in linea generale, non può ritenersi irrilevante per una Regione che le prestazioni sanitarie siano erogate in favore dei residenti nella stessa regione ovvero in favore dei residenti di altre regioni tenuto conto dell'interesse, proprio di ogni Regione, di soddisfare innanzitutto le esigenze sanitarie dei propri residenti", dal momento che l'erogazione di prestazioni in favore di cittadini residenti in altre Regioni incide sicuramente, seppure in maniera indiretta, "sul piano della fiscalità regionale", con la conseguenza che "tutto il sistema dei tetti di spesa regionali risulterebbe vanificato se non venissero limitate anche le prestazioni erogabili in favore di soggetti residenti in regioni diverse" (Cons. Stato, sez. III, 1° febbraio 2012 n.495).

Neppure può essere condivisa la doglianza, trasfusa nel secondo motivo

di ricorso, incentrata sull'asserita irragionevolezza dei criteri di determinazione dei cd. tetti di spesa e sulla insufficienza di questi ultimi. A riguardo, il Tribunale si richiama al proprio consolidato orientamento (cfr. ex multis, Tar Campania Napoli, I sez., n. 4716/2014) dal quale non vi è motivo di discostarsi a tenore del quale la fissazione di un limite quantitativo massimo nell'erogazione della spesa sanitaria costituisce espressione di un potere discrezionale di cui dispone l'autorità amministrativa in materia di programmazione finanziaria, potere che risponde a specifiche esigenze di razionalizzazione e contenimento della anzidetta spesa sanitaria.

Orbene, al fine di programmare con la massima precisione possibile i flussi finanziari necessari per il rimborso delle prestazioni rese dai centri accreditati, il criterio stabilito è di carattere "storico", essendo risultato quello maggiormente attendibile per garantire una corrispondenza almeno tendenziale tra fra il volume delle prestazioni già erogate da ciascun centro in un determinato arco temporale e il volume delle prestazioni che il medesimo centro andrà ad erogare per il futuro.

Ciò posto, proprio perché si tratta di un criterio astratto destinato ad operare in una variegata serie di fattispecie concrete, vi possono essere delle situazioni nella quali l'applicazione rigida del criterio comporta esiti irragionevoli, come, ad esempio, nel caso in cui un centro abbia sospeso l'attività per lavori di adeguamento strutturale. Proprio per evitare tali inaccettabili esiti ermeneutici, le determine commissariali hanno introdotto delle eccezioni all'applicazione del criterio generale, ogni qual volta lo stesso avesse potuto generare un risultato falsato rispetto alle reali esigenze di fabbisogno cui è orientata la capacità produttiva della struttura interessata.

Non risulta che le strutture ricorrenti siano state interessate da alcuna

vicenda eccezionale, tale da rendere, in concreto, inapplicabile il criterio generale.

Né può fondatamente sostenersi, per le considerazioni già formulate innanzi quanto al rilievo sul piano dei flussi finanziari della mobilità attiva extra regionale, che le prestazioni socio-assistenziali ai cittadini extra-Regione, sfuggano, per natura, a qualsiasi limitazione in termini di spesa e di volume di prestazioni. Infatti, tutte le prestazioni erogate dal servizio pubblico incontrano un limite, determinato discrezionalmente dall'autorità pubblica nell'esercizio del potere di allocazione delle limitate risorse finanziarie: tale potere è sindacabile nei limiti propri del giudizio di legittimità, ma non se ne può radicalmente contestare il fondamento. Ciò non senza rilevare che la contestazione prospettata dalle ricorrenti circa l'asserita disparità di trattamento in danno dei pazienti extraregionali in relazione a talune tipologie di prestazioni sanitarie risulta formulata in maniera piuttosto generica e, perciò, inidonea a far cogliere aspetti di palese irragionevolezza nelle determinazioni dell'Amministrazione.

Quanto, infine, alla contestazione, relativa alla legittimità dell'art.11 dello schema di convenzione da stipularsi tra le strutture sanitarie e le ASL competenti, la Sezione non ha motivo di discostarsi dal proprio orientamento, condiviso anche dal Consiglio di Stato, secondo cui la clausola in parola ha natura di clausola di salvaguardia, la quale "lungi dal costituire formale acquiescenza ed inibire le garanzie costituzionali di difesa, deve essere piuttosto intesa come impegno rafforzativo al rispetto dei vincoli di spesa esistenti in materia sanitaria, specie in ambito regionale sottoposto a piano di rientro" (TAR Campania, Napoli. Sez. I, ord. 5736/2014; Cons. Stato, sez. III, 27 novembre 2014 n. 5427).

Avuto riguardo alla natura degli interessi coinvolti e alla complessità della materia, si stima equo compensare tra le parti le spese di giudizio.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale della Campania, sede di Napoli (Sezione Prima),

definitivamente pronunciando sul ricorso, come in epigrafe proposto, lo rigetta.

Compensa tra le parti le spese di giudizio.

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

Così deciso in Napoli nella camera di consiglio del giorno 7 ottobre 2015 con l'intervento dei magistrati:

Cesare Mastrocola, Presidente

Ida Raiola, Consigliere, Estensore

Gianluca Di Vita, Primo Referendario

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 20/11/2015

IL SEGRETARIO

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