

**CONSIGLIO DI STATO - Sezione III - sentenza n. 6936 dell'11 novembre 2020**

**SE LA P.A. HA STABILITO IL FABBISOGNO DI PRESTAZIONI, TALE FABBISOGNO VA GARANTITO, ALMENO "TENDENZIALMENTE"**

*Il potere discrezionale di programmazione inerente la determinazione dei tetti di spesa, pur nella emergenza dell'attuazione dei piani di rientro, deve svolgersi contemperando la necessità del contenimento della spesa pubblica con l'offerta al cittadino di prestazioni sanitarie adeguate, nonché, per quanto possibile, con le aspettative legittime degli operatori privati accreditati che ispirano le proprie scelte ad una logica imprenditoriale, in vista dell'obiettivo prioritario che i provvedimenti programmatori offrano adeguata soddisfazione ai fabbisogni LEA e comportino la migliore organizzazione del servizio sanitario pubblico.*

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza) ha pronunciato la presente

**SENTENZA**

sul ricorso numero di registro generale 2385 del 2019, proposto da

A.C. ed altri, in persona dei rispettivi legali rappresentanti pro tempore, rappresentati e difesi dagli Avvocati Gianluca Rubino e Sergio Santoro, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto presso lo studio dell'Avvocato Gianluca Rubino in Cosenza, via L. De Franco;

*contro*

Regione Calabria - Dipartimento della Salute e Politiche Sanitarie, in persona del presidente pro tempore, non costituita in giudizio;

Ministero della Salute, in persona del Ministro pro tempore, Ministero dell'Economia e delle Finanze, in persona del Ministro pro tempore, Presidenza del Consiglio dei Ministri, in persona del Presidente del Consiglio pro tempore, Commissario ad acta piano di rientro dai disavanzi sanitari pro tempore della Regione Calabria, rappresentati e difesi dall'Avvocatura Generale dello Stato, domiciliataria ex lege in Roma, via dei Portoghesi, 12;

*nei confronti*

Azienda O.C., ed altri Istituto Ortopedico del Mezzogiorno D'Italia, in persona dei rispettivi legali rappresentanti pro tempore, non costituiti in giudizio;

*per la riforma*

della sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale per la Calabria (Sezione Seconda) n. 2144/2018, resa tra le parti, concernente l'annullamento del D.C.A. n. 172 del 10 ottobre 2018 del Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro del settore sanitario della Regione Calabria, nonché degli atti collegati, quali il D.C.A. n. 87/2018 (già annullato) per la definizione dei livelli massimi di finanziamento per l'acquisto di prestazioni per pazienti acuti e post-acuti da strutture private accreditate.

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio del Ministero della Salute, del Ministero dell'Economia e delle Finanze, della Presidenza del Consiglio dei Ministri e del Commissario ad acta piano di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Calabria;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 8 ottobre 2020 il Consigliere Paola Alba Aurora Pulitatti e udito per gli appellanti l'Avvocato Gianluca Rubino;

### **Svolgimento del processo**

1. Con ricorso al TAR per la Calabria, n.r.g. 1470/2018, le associazioni di categoria A.C., F.C., le strutture ambulatoriali in epigrafe (tutti laboratori accreditati con il SSN per prestazioni di specialistica ambulatoriale) e vari cittadini calabresi hanno impugnato il D.C.A. n. 172 del 10 ottobre 2018, con il quale il Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di rientro dai disavanzi del SSR calabrese, a seguito dell'annullamento giurisdizionale del precedente D.C.A. n. 72/2018, ha fissato nella stessa misura di Euro 60.918.681,67 (al netto da ticket) il livello massimo di finanziamento per l'annualità 2018 da corrispondere alle strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale, compresi gli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (A.P.A.) e i Pacchetti Ambulatoriali Complessi (P.A.C.). Lo stesso D.C.A. n. 172/2018 veniva impugnato anche da altre strutture laboratoristiche con ricorso r.n.g. 1372/2018.

2. Con la sentenza in epigrafe, il TAR, ha rigettato il ricorso attraverso il richiamo alla sentenza n. 2140/2018, con la quale è stato contestualmente respinto il ricorso "gemello" n.r.g. 1372/2018, stante la coincidenza dell'impugnazione.

3. Nel corso del parallelo giudizio, il TAR ha disposto istruttoria e acquisito i chiarimenti forniti con nota del Commissario ad acta prot. n. (...) del 23 novembre 2018.

Con la citata sentenza n. 2140/2018, il TAR ha rigettato il ricorso ritenendo che, al fine di redigere la Tabella di pag. 5, il Commissario ha elaborato correttamente le proiezioni per il 2018 a partire dai dati parziali forniti dalle singole aziende sanitarie circa le prestazioni di specialistica ambulatoriale a disposizione al tempo, tenendo conto delle misure concretamente poste in essere per ottenere l'aumento del volume di prestazioni nella misura programmata del 20% rispetto all'anno precedente.

Le osservazioni delle ricorrenti circa l'intrinseca attendibilità dei dati contenuti nella citata Tabella e nelle note aziendali acquisite in giudizio, viceversa, non sono state accolte dal momento che si tratterebbe di contestazione di atti pubblici, assistiti da fede privilegiata.

Il TAR, inoltre, ha ritenuto superata la criticità riferibile alla mancanza di riferimenti concreti alle misure adottate al fine di implementare la produttività della rete pubblica, tenuto conto di quanto riferito dalle aziende sanitarie in ordine alle innovative soluzioni organizzative adottate nel corso del 2018.

3.1. Con la sentenza in epigrafe, il TAR ha anche respinto le ulteriori censure mosse dalle odierne appellanti rilevando che gli strumenti della programmazione non hanno carattere inderogabile, potendo essere modificati e la disposizione del decreto impugnato che statuisce l'invalicabilità del "limite massimo di finanziamento assegnato dalle A. alle singole strutture private accreditate" è pienamente in linea con la ratio di tutela della finanza pubblica sottesa al tetto di spesa, laddove invece meccanismi di remunerazione extra budget (quali l'istituto della regressione tariffaria) hanno rilevanza residuale ed eventuale.

4. Nel giudizio di primo grado, le ricorrenti evidenziavano, tra l'altro, che il programma operativo 2016-2018 ha preventivato la spesa annuale per l'acquisto, dal settore privato accreditato, di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale con riferimento al triennio 2016-17-18, determinando un abbattimento annuale di circa Euro.4.000.000,00 con riferimento al tetto di spesa stabilito per l'esercizio 2015 (da Euro 67.499.000 fissato per il 2015 ad Euro 63.357.000,00 per gli anni 2016) e poi mantenendo tale livello (63.357.000,00) per il 2017 ed il 2018 cui si aggiunge un milione di Euro da accantonamenti, per un totale di 64,457 milioni di Euro. Nello stesso Programma Operativo, l'assegnazione delle risorse per le prestazioni sanitarie ospedaliere, compresi A.P.A. e P.A.C., è fissata per il triennio 2016-2018 in 189,9 milioni di Euro, a cui si aggiungono 4,486 milioni per la valorizzazione dei posti letto in terapia intensiva e UTIC, per un totale di 194,386 milioni di Euro.

Muovevano, quindi, varie e articolate censure all'operato del Commissario ad acta.

5. Con l'appello in esame, le ricorrenti denunciano l'erroneità e ingiustizia della sentenza impugnata, di cui chiedono la riforma.

6. Con ordinanza cautelare n. 7562 del 17 ottobre/6 novembre 2019, questa Sezione ha disposto in via istruttoria l'acquisizione di una dettagliata relazione da parte del Commissario ad acta per il piano di rientro dai disavanzi sanitari della Regione Calabria, in ordine alle misure adottate per l'implementazione del settore pubblico e ai dati inerenti la spesa delle strutture pubbliche, anche alla luce delle deduzioni svolte da parte appellante, analogamente a quanto stabilito con ordinanza collegiale nel giudizio d'appello n.r.g. 1218 del 2019 avverso la richiamata sentenza n. 2140/2018.

L'ordine istruttorio è stato reiterato con D.P. n. 33 del 2020 del 13 gennaio 2020.

7. Con memoria depositata il 15 gennaio 2020, le società appellanti, nel rappresentare che, in esito all'istruttoria disposta, alcun deposito è stato effettuato dall'Amministrazione intimata, hanno insistito per l'accoglimento dell'appello con vittoria di spese.

8. Alla pubblica udienza dell'8 ottobre 2020, la causa è stata trattenuta in decisione.

### **Motivi della decisione**

1. L'appello merita accoglimento.

2. Le società ricorrenti hanno dedotto i seguenti motivi:

D) la Sentenza appellata contraddice palesemente il dictum della sentenza n. 1640/2019 emessa pochi giorni prima dal TAR, medesima sezione e medesimo collegio.

2.1. Con la ricordata sentenza n. 1640/2018, il TAR aveva annullato il Decreto del Commissario n. 72/2018, che fissava il finanziamento per l'acquisto dai privati di prestazioni di specialistica ambulatoriale per il 2018, affermando che: "- la scelta di modificare la programmazione per il periodo 2016-2018 con una ulteriore ed immediata riduzione delle risorse da destinare all'acquisto di prestazioni da privati per l'anno 2018, senza pregiudizio per i livelli essenziali dell'assistenza, si giustifica essenzialmente sulla possibilità di ottenere un proporzionale incremento della capacità produttiva pubblica, che però è un dato meramente ipotetico ed indimostrato, sia sotto il profilo della stima puntuale della capacità erogativa potenziale della rete pubblica, sia sotto il profilo della individuazione e della attuazione di concrete misure idonee ad ottenere un tale incremento".

Anche in quel giudizio, il Commissario ad acta non aveva ottemperato alla richiesta istruttoria di esibire in giudizio i "documenti comprovanti la predisposizione di concrete azioni volte a garantire nel 2018 un incremento della produzione di prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte delle strutture pubbliche in misura tale da compensare i tagli al budget riservato all'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale da privati rispetto all'importo programmato con il P.O. 2016/2018".

Il decreto 172/2018 ha confermato il livello massimo di finanziamento per l'annualità 2018 nella medesima misura già fissata dal D.C.A. n. 72 annullato, sulla scorta di un duplice presupposto: - è stato accertato un incremento di prestazioni da parte delle strutture pubbliche rispetto all'anno 2017, in ragione dei dati contenuti nella Tabella riportata alla pagina 5 del decreto; - i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie regionali sono stati onerati dell'obbligo di "pianificare, in concreto, azioni di intervento mirate ad aumentare almeno del 20% circa il volume delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate presso strutture pubbliche, sia ospedaliere che territoriali, garantendo un'offerta congrua rispetto alla domanda e soprattutto efficiente, efficace ed appropriata ai bisogni di salute della popolazione e il rispetto dei tempi di attesa".

Il TAR ha richiesto chiarimenti circa l'attendibilità e la fondatezza dei presupposti motivazionali del D.C.A. n. 172/2018, avendo rilevato, per un verso, la mancanza di concreti dati istruttori che potessero offrire "puntuale contezza" degli interventi volti ad aumentare la produttività del sistema nei termini indicati dal Commissario ad acta, e, per altro verso, che "la tabella sviluppata nel D.C.A. 172/2018 - avente ad oggetto le proiezioni di incremento delle prestazioni tra l'anno 2017 e l'anno 2018 - riporta dati non immediatamente intellegibili, che sembrano non rispondere a criteri di proporzionalità.

In esito all'ordine istruttorio, il Commissario ad acta ha prodotto la relazione di cui alla nota prot. n. (...) del 23.11.2018, con cui ha precisato che "al fine di redigere la Tabella suddetta, ha richiesto alle singole aziende i dati delle prestazioni di specialistica ambulatoriale diretta del 2018, a disposizione al tempo, mettendole a confronto con quelle del 2017 definitive. Le prestazioni del 2018 risultate già erogate sono state quindi proiettate a fine anno 2018 con proporzioni lineari (conservative quindi). Alcune aziende, A.K., A.C., A.V., AO CZ e AOU MD avendo i dati relativi al periodo dall'1.01.2018 al 31.08.2018 hanno in proiezione diviso per 8 e moltiplicato per 12; A.C. e AO CS, avendo i dati al 31/07/2018 hanno diviso per 7 e moltiplicato per

12; l'A.R. avendo i dati al 30.06.2018 ha diviso per 6 e moltiplicato per 12. L'AO di RC ha fornito una proiezione sulla base dei provvedimenti in atto, come da nota in calce alla tabella di pag. 5."

Nel contempo, il Commissario ad acta ha allegato alla relazione depositata in giudizio n. 11 note inoltrate dalle Aziende sanitarie regionali, con cui ciascuna di esse ha formalmente attestato i dati relativi alla produttività nel periodo gennaio-settembre 2018, nonché le misure poste in essere per ottenere l'aumento del volume di prestazioni previsto con il D.C.A. n. 172/2018.

Tenendo conto di tale documentazione e della relazione del Commissario, il TAR ha respinto il ricorso, ritenendo superate le lacune e contraddittorietà riscontrate e coerenti i dati contenuti nella tabella riportata a pag. 5 del decreto impugnato, la cui apparente discordanza sarebbe derivata dal fatto che le singole aziende sanitarie non hanno fatto riferimento al medesimo periodo di tempo ai fini dello sviluppo in termini proporzionali del numero di prestazioni per l'anno 2018.

Ritiene il Collegio che con il Decreto 172/2018 impugnato il Commissario abbia integrato la carente motivazione del precedente provvedimento (D.C.A. 72/2018) mediante l'inserimento dei dati della istruttoria compiuta, presenti nel modello informativo ministeriale STS.21, nonché riportando nella tabella di pag. 5 un quadro dei dati della produzione delle strutture pubbliche nel 2017 e nella prima parte del 2018 (fino ad agosto).

Tuttavia, sussiste la dedotta violazione del precedente giudicato sotto il profilo della contraddittorietà dei dati posti a fondamento delle valutazioni compiute, alla luce delle produzioni documentali acquisite in giudizio, nonché alla luce dell'inattendibilità e scarsa concretezza della previsione di un incremento del 20% della produttività delle strutture pubbliche nel 2018, come meglio si dirà nel prosieguo, con conseguente irrealistica previsione di conseguimento dei LEA, stante il taglio della spesa per l'acquisto delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da privati, aggravata, come si dirà, dall'accorpamento della spesa per P.A.C. e A.P.A.

3. Con altri motivi, le società ricorrenti lamentano l'omessa pronuncia della sentenza impugnata su ulteriori censure non correttamente esaminate:

I) grave violazione del diritto alla salute dei cittadini calabresi;

II) violazione della legge di stabilità;

III) violazione del d.lgs. n. 502 del 1992, all'art. 8-quinquies, comma 1;

IV) incompetenza del Commissario ad emettere l'atto impugnato.

3.1. Con riguardo al primo profilo, con il ricorso introduttivo le ricorrenti avevano dedotto il vizio di illogicità della motivazione dell'atto impugnato e di contraddizione, laddove operava una netta, ingiustificata e contraddittoria inversione di marcia rispetto al precedente D.C.A. n. 32/2017, con il quale il Commissario ad Acta aveva individuato il fabbisogno standard per ciascun abitante della Regione Calabria in n. 12 prestazioni pro-capite, di cui 3,1 per la diagnostica strumentale, clinica; n. 0,6 per la diagnostica per immagini e n. 8,3 per la diagnostica di laboratorio.

Ed infatti, per effetto delle decurtazioni al tetto di spesa 2018, siccome operate con l'impugnato decreto, la Regione non ha potuto garantire i livelli essenziali di assistenza neppure nella misura

(già di per sé insufficiente) decretata dal Commissario ad Acta con il citato DCA 32/2017, ovvero 12 prestazioni pro-capite.

In data 7.12.2018, la stessa Presidenza del Consiglio dei Ministri ha motivato le ragioni della rimozione del Commissario ad acta con il mancato raggiungimento dei LEA e degli obiettivi del mandato conferito nel 2015 (cfr. Delibera della Presidenza del Consiglio dei Ministri del 7.12.2018 DICA 0023501 P-4.8.3.7 DEL 14.12.2018).

Il SSR è concepito in modo che le strutture pubbliche e quelle private accreditate agiscano in modo complementare per erogare le prestazioni ai cittadini; in Calabria, nelle attuali condizioni delle strutture pubbliche, un blocco totale delle strutture private accreditate comporterebbe matematicamente l'impossibilità di garantire ai cittadini le prestazioni necessarie in tempi compatibili con le loro esigenze.

Il cittadino, a prescindere che sia indigente o meno, non può tollerare un'attesa di svariati mesi per prestazioni per le quali una mancata esecuzione in tempi ragionevoli può determinare conseguenze mortali per il paziente.

3.2. Con riguardo al secondo profilo, secondo le ricorrenti, il D.C.A. 172/2018 insieme al D.C.A. 87/2018 (in corso di sostituzione con le medesime cifre) violano la legge di stabilità 2016 per quasi 20 milioni di Euro, come ampiamente documentato nel ricorso.

La sentenza impugnata ha erroneamente richiamato la pronuncia della Corte Costituzionale 203/2016.

Il D.C.A. 172/2018 e l'attribuzione di risorse all'ospedalità privata, di cui al D.C.A. 87/2018 violano in modo oggettivo ed inequivocabile il D.L. n. 95 del 2012 e s.m.i., in particolare, la L. n. 208 del 2015, e le risorse per l'ospedalità privata non hanno una legittima copertura economica.

3.3. Con riguardo al terzo profilo di censura, le ricorrenti affermano che il meccanismo per la remunerazione delle prestazioni eccedenti il tetto del singolo erogatore, previsto dal d.lgs. n. 502 del 1992, permette la continuità nell'erogazione delle prestazioni e la "sana competizione" tra le strutture.

Il D.C.A. 172/2018, invece, contraddittoriamente, pur richiedendo alle A. di "introdurre meccanismi di concorrenzialità" (pag. 7), precisa poi a pag. 8 che "il livello massimo di finanziamento assegnato alle singole A. deve ritenersi limite invalicabile, così come è invalicabile il limite massimo di finanziamento assegnato dalle A. alle singole strutture private accreditate che insistono sul proprio territorio".

3.4. I ricorrenti hanno evidenziato, infine, l'incompetenza del Commissario ad adottare un atto di natura evidentemente politica, come i D.C.A. 172/2018 e 87/2018, senza il supporto della Regione Calabria.

Il ruolo del Commissario ad Acta è, infatti, quello di adottare tutti gli atti amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi previsti nel Piano di rientro, ma il potere di programmazione e di valutazione delle politiche da adottare è invece attribuito alla Regione.

4. Il Collegio ritiene fondate le censure di illogicità/irrazionalità della motivazione dell'impugnato provvedimento e di violazione del diritto alla salute per "sotto-finanziamento del sistema".

Come affermano le ricorrenti, una volta che la P.A. ha stabilito il fabbisogno di prestazioni, tale fabbisogno va garantito, almeno "tendenzialmente".

4.1. Si richiamano le medesime argomentazioni svolte a sostegno dell'accoglimento dell'appello r.g.n. 2019/1812.

4.2. Come è evidente, oggetto della controversia è la riduzione delle risorse destinate per il 2018 all'acquisto da privati delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, giustificata dall'incremento presunto della produttività delle strutture pubbliche, nella misura ipotizzata del 20%, che dovrebbe "compensare" detta riduzione, senza che a supporto di tale ipotesi programmatica siano stati adottati dati corretti e concrete azioni in atto, e senza che l'intera previsione consenta di soddisfare una adeguata offerta sanitaria, nel rispetto degli standard minimi di qualità di prestazioni specialistiche ambulatoriali per abitante individuati dal D.C.A. n. 32/2017 (12 prestazioni standard/abitante, di per sé inferiore al valore nazionale medio di 16,75).

4.3. Giova, sotto questo profilo, puntualizzare, preliminarmente, che la riduzione del budget fissato dal Commissario ad acta per il 2018 non raggiunge la drastica percentuale rappresentata dagli appellanti.

Difatti, con il D.C.A. 128 del 16 ottobre 2017, il livello massimo di finanziamento per le strutture private per il 2017 era fissato in Euro 51.210.675 (al netto da ticket) e 55.472.306 al lordo (il decreto commissariale aveva superato indenne il giudizio di legittimità - cfr. sentenza TAR Calabria, CZ, II Sez. n. 1076 del 16.05.2018).

Con D.C.A. n. 25 del 24 febbraio 2016, lo stesso tetto di spesa netto era stato fissato in Euro 63.357.461 per il 2016.

Con il D.C.A. 172/2018 impugnato, la spesa netta è fissata in Euro 60.918.681, con una riduzione di circa il 5% rispetto al 2016 ed un incremento rispetto al 2017.

Il D.C.A. 172/2018 segue all'annullamento in via giurisdizionale del precedente D.C.A. 72/2018, col quale il Commissario aveva fissato nella medesima misura il budget assegnato all'acquisto di prestazioni specialistiche ambulatoriali per il 2018 (cfr. TAR Calabria, CZ, Sez. II, n. 1640/2018 e C.d.S., Sez. III, n. 7551/2019 del 17 ottobre 2019 che ha dichiarato inammissibile l'appello).

Va, però, considerato che con il D.C.A. 72 del 2018 la riduzione del budget si è determinata quale effetto dell'inclusione, nel tetto di spesa della specialistica ambulatoriale, delle risorse erogate per le prestazioni ambulatoriali accorpate (cosiddette APA) e complesse (cosiddette PAC), in precedenza incluse nel budget programmato per l'ospedalità privata.

4.4.- Le società ricorrenti contestano puntualmente l'asserito incremento delle prestazioni garantite dal servizio pubblico, circostanza in ordine alla quale è stata disposta istruttoria, come già detto, rimasta inadempita.

5. Tanto premesso, il Collegio osserva preliminarmente che, in linea di principio, è condivisibile la tesi degli appellanti secondo cui il potere discrezionale di programmazione inerente la determinazione dei tetti di spesa, pur nella emergenza dell'attuazione dei piani di rientro, deve svolgersi contemperando la necessità del contenimento della spesa pubblica con l'offerta al cittadino di prestazioni sanitarie adeguate, nonché, per quanto possibile, con le aspettative legittime degli operatori privati accreditati che ispirano le proprie scelte ad una logica imprenditoriale, in vista

dell'obiettivo prioritario che i provvedimenti programmatori offrano adeguata soddisfazione ai fabbisogni LEA e comportino la migliore organizzazione del servizio sanitario pubblico (C.d.S. A.P. n. 3 del 12.04.2012).

Lo stesso Commissario, nelle premesse del D.C.A. 172/2018 impugnato, rileva che ha ricevuto dal Governo "l'incarico prioritario di adottare e attuare i programmi operativi e gli interventi necessari a garantire in maniera uniforme sul territorio regionale l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza sicurezza e qualità nell'ambito della cornice normativa vigente".

Tra le azioni per il conseguimento dell'obiettivo il Commissario espressamente ricomprende la "razionalizzazione e contenimento della spesa per l'acquisto di beni e servizi" e il "completamento del riassetto della rete laboristica e di assistenza specialistica ambulatoriale".

Il programma operativo 2016-2018, approvato con D.C.A. 119 del 4.11.2016, ha previsto tra l'altro il rispetto dei limiti di acquisto delle prestazioni da privato in coerenza con la programmazione regionale, limiti dettati dall'art. 15, comma 14, D.L. n. 95 del 2012 (che ha previsto la riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto da privati per la specialistica ambulatoriale in misura percentuale fissa, nella misura, 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).

Con D.C.A. n. 32/2017, il fabbisogno regionale di prestazioni di specialistica ambulatoriale è stato stimato per il 2017 in numero di 28.375.502, sulla base del criterio pro capite di 12 prestazioni per abitante, chiarendo però che il relativo finanziamento potrà essere inferiore al "fabbisogno teorico definito" in modo da renderlo compatibile con le reali risorse disponibili.

5.1. Nel D.C.A. 172/2018 impugnato si dà atto che, nel 2017, dai dati desunti dal modello informativo ministeriale STS.21 risulta che tutte le attività delle strutture pubbliche e private in attività clinica di laboratorio e diagnostica per immagini e strumentali sono pari a 27.291.805 (cui devono aggiungersi 3.016.122 prestazioni a valenza clinico assistenziale eseguite in unità di pronto soccorso o medicina d'urgenza) e, quindi, sostanzialmente sarebbe stato assicurato lo standard di 12 prestazioni pro capite, previsto dal D.C.A. 32/2017.

Nella tabella di pag. 5 del Decreto 172/2018, il Commissario riporta i dati, differenziati da Azienda ad Azienda, delle prestazioni di specialistica ambulatoriale diretta, pari a 10.173.146 per il 2017 e in previsione per il 2018 pari a 10.336.835, tenuto conto delle proiezioni effettuate sulla base dei dati disponibili per periodi parziali, diversi per ciascuna Azienda territoriale e, comunque, non oltre giugno 2018.

Il Commissario ha fatto obbligo ai Direttori Generali delle A. e AO di pianificare azioni di intervento mirate ad aumentare del 20% circa il volume delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate presso strutture pubbliche, garantendo un'offerta congrua efficace e appropriata e il rispetto dei tempi di attesa previsti.

5.2. La tesi che gli appellanti intendono dimostrare è l'evidente inattendibilità dei dati posti a base della riduzione del finanziamento per il 2018 destinato all'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale, rispetto ai precedenti parametri di riferimento, con l'aggravante della

irrealistica previsione di un parallelo incremento delle prestazioni da parte del settore pubblico di circa il 20%.

Le questioni su cui la Sezione ha ritenuto necessario l'approfondimento istruttorio sono rimaste insolute.

Ai sensi dell'art. 64, comma 4, c.p.a., la valutazione del comportamento inerte tenuto dall'Amministrazione, a fronte di un ordine istruttorio reiterato da parte di questo Consiglio di Stato, comporta che deve ritenersi non dimostrata la coerenza e logicità della motivazione in ordine a quell'incremento della produttività delle strutture pubbliche posto a fondamento della riduzione delle risorse destinate per il 2018, rispetto agli anni precedenti, all'acquisto da privati delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, con conseguente compromissione del raggiungimento dei LEA nella Regione, punto determinante su cui era incentrata la disposta istruttoria.

Invero, i dati posti a fondamento del D.C.A. 172/18 sono rimasti contraddittori anche dopo l'acquisizione dei chiarimenti in primo grado, su cui il TAR ha fondato il rigetto del ricorso.

Dato certo è, invece, che nel 2017, la Regione Calabria rappresenta il fanalino di coda, insieme alla Campania, nel raggiungimento dei LEA (livelli essenziali di assistenza, ovvero prestazioni di assistenza sanitaria garantite attraverso il servizio sanitario nazionale, ex art. 1 d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 6, comma 1 DL 18.09.2001, n. 347, DPCM 29.11.2001 e DPCM 12 gennaio 2017), come risulta dal Documento redatto dal Comitato LEA finalizzato al monitoraggio attraverso apposita "griglia", pubblicato nel febbraio 2019 sul sito del Ministero della Salute, in cui viene assegnato alla Calabria il punteggio negativo di 136 (positivo a partire da 160) perché "risulta sotto la soglia di adempienza e in lieve flessione rispetto al 2015".

5.3. Il Collegio, pertanto, a fronte degli argomenti ed elementi di prova forniti dalle ricorrenti e sulla base degli atti prodotti in giudizio ritiene fondate anche le censure mosse col secondo e terzo motivo di appello.

A tal fine, il Collegio ha valorizzato i seguenti elementi agli atti:

- dalle certificazioni prodotte in esecuzione dell'ordinanza TAR 484/2018 dalle varie Aziende regionali si evince un incremento di prestazioni nel 2018 (periodo gennaio -settembre) in media del 7-8%, e nel solo caso dell'Azienda ospedaliera "Mater Domini" di Catanzaro del 14%, con punte superiori al 21% solo nei mesi di giugno/luglio (mesi in cui i privati hanno effettuato una serrata e, dunque, non significativi);

- nel 2018 le prestazioni riferite a tutta la Regione, come risultanti dagli atti rilasciati dall'A.R. e depositati nel ricorso r.g.n. 1812 del 2019, ammontano a 2.436.945 nel I trimestre e rapportati ai 12 mesi ammontano a 9.747.780; mentre secondo i dati forniti dal Commissario con la tabella di pag. 5 dell'impugnato decreto le prestazioni rese dalle strutture pubbliche nei primi 8 mesi 2018, sono 6.675.286 e, rapportate ai 12 mesi, sarebbero 10.936.835.

È evidente la discordanza tra tali dati ufficiali.

Nella relazione/memoria del 23.11.2018, il Commissario sostiene che "in forza delle certificazioni fornitegli dalle A.O. del territorio Calabrese" le prestazioni ambulatoriali e di laboratorio standard pro capite pari a 12, e quindi 24.000.000 circa, è ampiamente superato in Calabria come dimostrato dai dati del modello ministeriale STS21 e dai dati dei Pronto soccorso (dati in-

seriti nel DCA 172/2018) che certificano oltre 15 prestazioni pro capite al netto, peraltro, delle prestazioni che i cittadini intendono pagare autonomamente. I dati forniti dalle strutture private e tratte dai flussi SOGEI sono ampiamente sottostimati,....".

Il consulente tecnico di parte (nella consulenza depositata nel ricorso r.g.n. 2019/1812) argomenta che secondo tale stima, nel 2017, le prestazioni del settore privato dovrebbero ammontare a 13.826.854; tuttavia, l'A., in sede di accesso agli atti, ha indicato che le prestazioni fornite dalle strutture private ammontano a 11.522.889.

La sommatoria tra le dette prestazioni (pubblico/privato), dà un risultato di 21.170.961, ovvero sia 2.829.039, pari al 12.36%, circa in meno rispetto a quanto si assume in relazione (24.000.000 circa). Posto che la popolazione residente in Calabria è pari a 1.970.521 (dato riportato nella tabella DCA 32/2017), il rapporto prestazioni LEA effettivo è pari a 10.74 per abitante.

L'erroneità del dato si riflette sulla proiezione che il Commissario propone per il 2018, ovvero l'incremento del 20% delle prestazioni a cura delle strutture pubbliche al fine di sopperire al taglio della spesa per l'acquisto di prestazioni dal settore privato/accreditato.

Conclude il consulente di parte che, data la popolazione, il rispetto dei LEA (12 per abitante) per il 2018 comporterebbe la garanzia di un totale di prestazioni pari a 23.646.252; l'aumento del 20% rispetto al precedente anno delle prestazioni da parte del settore pubblico non consentirebbe, in ogni caso, il raggiungimento di detto risultato.

5.4. In ogni caso, il Collegio ritiene che sulla base dei soli dati forniti dal Commissario nella tabella di pag. 5 del D.C.A. 172/2018 con riguardo alla specialistica ambulatoriale diretta nel 2017 (e sulla base delle proiezioni al 31.12.2018, su cui sono stati forniti chiarimenti in I grado), nonché sulla base della relazione commissariale depositata dinanzi al TAR e delle 11 note delle Aziende sanitarie allegate, non è possibile attribuire attendibilità alla programmata maggiore produttività delle Aziende nel valore del 20% stimato.

Dalla Tabella risulta che le Aziende sanitarie nel 2017 hanno prodotto 10.173.146 prestazioni e nel 2018 si prevede un volume di 10.936.835 prestazioni, con un incremento rispetto al 2017 palesemente inferiore al 20% (se fosse rispettata tale percentuale, infatti, il risultato dovrebbe essere 12.207.775 prestazioni nel 2018).

Il miglioramento delle performances delle strutture pubbliche è solo un dato programmatico, a sostegno del quale non vengono indicate concrete misure già adottate dalle Aziende e produttive di effetti, se non con poche eccezioni.

Anche le soluzioni organizzative asserite dal Commissario nella relazione del 23.11.2018 non sono realistiche (cfr., a titolo esemplificativo, la nota di attestazione resa dal GOM di Reggio Calabria a sostegno della relazione depositata nel ricorso r.n.g. 2019/1218).

Solo in data 27.12.2018, con deliberazione 784/2018 del Direttore Generale del GOM di Reggio Calabria è stata effettuata la programmazione di copertura degli organici del triennio 2018/2020. Nella relazione illustrativa di accompagnamento si legge di una "criticità organizzativa che ha provocato seri problemi alla continuità produttiva del GOM e che la carenza di personale del GOM crea uno stagnamento nel rendimento aziendale attribuibile a varie figure professionali:

"dirigenti medici, collaboratori professionali, sanitari infermieri, tecnici di radiologia di laboratorio e della riabilitazione tutta e personale amministrativo".

Nel prospetto riepilogativo 2018/2020 allegato si delineano i valori minimi necessari per potenziare il personale e tra i posti da coprire perché deficitari vi sono ben 85 posti (per tecnici, collaboratori, personale infermieristico e dirigenti medici) per i laboratori di analisi, le radiologie, i laboratori di genetica, medicina nucleare e i reparti di fisioterapia (vedi tabella allegata alla delibera).

Solo in medicina nucleare difettano 7 tecnici su 10 in organico, e 3 infermieri su 6; mentre in radiologia mancano 9 medici su 20 e altrettanti tecnici abilitati; nei laboratori di analisi la situazione è ancora più disastrosa in quanto su un organico 69 elementi - tecnici-collaboratori-dirigenti medici- ve ne sono appena 40 con una vacanza complessiva di 29 unità di personale, di cui 5 dirigenti medici e 11 medici biologi.

5.5. In definitiva, sulla base dell'iter istruttorio svolto è difficile ipotizzare l'incremento del 20% del volume dell'offerta di prestazioni di specialistica ambulatoriale da parte delle strutture pubbliche.

Per quanto il taglio della spesa per l'acquisto di prestazioni sanitarie da privati sia imposto da norme statali in una certa misura percentuale rispetto ai precedenti budget contabilizzati (cfr. il richiamato art. 15, comma 14, DL 6.07.2012, n. 95, e l'art. 9 quater, comma 7, del D.L. n. 78 del 2015 convertito in L. n. 125 del 2015 che impone l'ulteriore riduzione dell'1% rispetto al valore complessivo della spesa consuntiva per il 2014), deve ritenersi che concretamente il taglio della spesa pubblica per acquisiti di servizi da privati deve essere adeguatamente compensato da un effettivo e verificato incremento di produttività del settore pubblico, in modo da non compromettere l'efficienza del Servizio Sanitario che deve essere, comunque, in grado di assicurare l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in termini di quantità e qualità, almeno tendenzialmente, nella misura fissata.

Il mancato adeguamento delle strutture pubbliche comporterebbe un peggioramento nell'efficienza del sistema sanitario regionale calabrese, già al di sotto dello standard individuato in sede di programmazione regionale ed inferiore, come si è detto, alla media nazionale.

5.6. Tali considerazioni non vengono superate dai chiarimenti forniti dal Commissario con la relazione del 23 settembre 2018, depositata in primo grado a seguito di istruttoria, nel giudizio definito con la sentenza n. 1640/2019, richiamata nella motivazione della sentenza appellata.

A parte il chiarimento esauriente reso con riferimento allo sviluppo dei dati numerici delle prestazioni dirette relative al 2018 (i dati parziali forniti dalle Aziende sanitarie sono stati proiettati a fine anno 2018 con proporzioni lineari-conservative); sul punto dei LEA, invece, i chiarimenti resi dal Commissario non appaiono esaurienti.

Non convince quanto si legge nella relazione (PUNTI 1-5) con riguardo alla finalità di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza solo in minima parte con le prestazioni ambulatoriali e di laboratorio, mentre sarebbero garantiti in modo più significativo con l'attività di Assistenza territoriale (RSA, Residenze per disabili, Hospice, Assistenza Domiciliare, riabilitazione, screen-

ing oncologici etc) e in gran parte con l'attività di ricovero che si è inteso privilegiare per contrastare la mobilità passiva.

Tale operazione contrasta però con il contenuto del DCA 32/2017, con il quale è stato stimato in 28.375.502 prestazioni (non raggiunte) il fabbisogno regionale di specialistica ambulatoriale, al netto da ricoveri e assistenza territoriale.

E ancora, il Commissario afferma che "Il numero di prestazioni ambulatoriali e di laboratorio standard pro capite pari a 12, e quindi 24.000.000 circa, è ampiamente superato in Calabria come dimostrato dai dati del modello ministeriale 51521 e dai dati dei Pronto soccorso (dati inseriti nel DCA 172/2018) che certificano oltre 15 prestazioni pro capite al netto, peraltro, delle prestazioni che i cittadini intendono pagare autonomamente. I dati forniti dalle strutture private e tratte dai flussi SOGEI sono ampiamente sottostimati, in quanto, come dimostrato dalla tabella allegata alla nostra prot. n. (...) del 18.07.2018 relativa all'A.C. che qui rialleghiamo, solo il 2,35% degli utenti del settore privato diagnostica di laboratorio paga il ticket (11Euro/ricetta) come se gli esenti ticket fossero il 97, 65% sottraendo in tal modo risorse al SSR, IVA allo Stato e nascondendo prestazioni erogate, che sfuggono ai flussi SOGEI (le ricette vengono strappate) che non sfuggono al modo STS21 del Ministero (*omissis*) PUNTO 7 - Le Aziende sono state dotate di risorse umane e strumentali per aumentare le loro prestazioni, come dimostrato dalle relazioni delle Aziende allegate tanto è vero che nel periodo di serrata delle strutture private il Servizio pubblico ha facilmente sopperito all'assenza dei privati."

Siffatte affermazioni sono contraddette dai dati SOGEI prodotti nel ricorso r.g.n. 2019/1812 e dalle conclusioni del Comitato LEA, di cui al documento pubblicato sul sito del Ministero della Salute a febbraio 2019.

5.7. Inoltre, per effetto dell'illegittima inclusione nel tetto di spesa delle prestazioni A.P.A. e P.A.C., in passato finanziate nell'ambito delle prestazioni ospedaliere, rimane penalizzato il settore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, con illegittimo vantaggio per le strutture che erogano prestazioni ospedaliere, i cui budget sono indirettamente così aumentati.

La manovra di razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria, messa in atto con il D.L. n. 95 del 6 luglio 2012, convertito in L. 7 agosto 2012, n. 135, nell'ambito del più generale obiettivo di revisione della spesa pubblica, ha previsto che le regioni operano la riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri e verificano, sotto il profilo assistenziale e gestionale, la funzionalità delle piccole e grandi strutture ospedaliere pubbliche, promuovendo il passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, e favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare (art. 15, comma 13, lett. c).

Con D.M. n. 70 del 2 aprile 2015, è stato approvato il regolamento recante la ridefinizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera e all'appendice 2, "chirurgia ambulatoriale", si definiscono gli interventi di chirurgia ambulatoriale semplice e complessa, a seconda che si tratti di interventi che necessitano o meno della presenza dell'anestesia e richiedano o meno esami di laboratorio o strumentali.

Entrambi tali tipi di prestazioni non richiedono il ricovero; alcune possono però essere erogate solo in ambulatori protetti, situati all'interno di strutture autorizzate al ricovero.

Trattandosi di prestazioni chirurgiche che, grazie all'evoluzione tecnico-scientifico, possono ormai essere eseguite senza ricovero con sicurezza e qualità adeguate, ne viene prevista la migrazione nell'ambito dell'area delle prestazioni ambulatoriali.

Con D.C.A. 64/2016 del 5 luglio 2016 si è proceduto in Calabria all'attuazione del citato art. 15, comma 13, del D.L. n. 95 del 2012 e del D.M. n. 70 del 2015, prevedendo il fabbisogno di prestazioni ospedaliere appropriate.

Alla razionalizzazione della rete assistenziale ospedaliera, in linea con gli indirizzi nazionali, consegue la promozione del processo di deospedalizzazione, ossia del passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale (cfr. di recente, DCA 82 del 8 maggio 2019, recante riordino attività di chirurgia ambulatoriale - Accorpamenti prestazioni ambulatoriali).

Alla luce di tale processo riorganizzativo, appare coerente e giustificata la previsione di definizione dei livelli massimi di finanziamento delle prestazioni ambulatoriali tenendo conto anche degli accorpamenti con A.P.A. e P.A.C., prestazioni di chirurgia specialistica ambulatoriale semplice o complessa.

Tuttavia, appare, altrettanto, logico e coerente che nel fissare i limiti di finanziamento per ciascun settore assistenziale coinvolto dalla manovra di razionalizzazione, quello ospedaliero e quello della specialistica ambulatoriale, si tenga adeguatamente conto della spesa necessaria all'acquisto delle prestazioni A.P.A. e P.A.C., ovvero della quota di finanziamento inserita precedentemente all'interno del budget destinato all'acquisto di prestazioni di ospedalizzazione e ora attratta nell'area del finanziamento delle prestazioni ambulatoriali, pur con l'inevitabile risparmio di spesa che deriva dalla "deospedalizzazione".

Va rilevato, difatti, che i decreti commissariali precedenti al D.C.A. 72/2018 e al D.C.A. 172/2018, che fissavano il livello massimo di finanziamento alle strutture erogatrici di prestazioni di assistenza specialistica non vi ricomprendevano le prestazioni A.P.A. e P.A.C. (cfr. per l'anno 2016, D.C.A. 25 del 24.02.2016, e per il 2017, D.C.A. 128 del 16.10.2017); mentre per le stesse annualità, il D.C.A. 27 del 24.02.2016, che fissava per il 2016 il budget per le strutture erogatrici di assistenza ospedaliera in Euro 189.970,059 e il D.C.A. 135 del 20.12.2016, che fissava il medesimo budget per il 2017 in Euro 203.691.329, espressamente vi ricomprendevano il finanziamento di prestazioni A.P.A. e P.A.C.

D'altra parte, il DCA 70/2018, nel fissare in Euro 196.894.318,33 il limite massimo di finanziamento delle prestazioni ospedaliere, rinviava a successivo decreto la quantificazione del volume massimo di acquisto delle prestazioni trasferite al setting ambulatoriale A.P.A. e P.A.C..

Il D.C.A. 87 del 24.04.2018, che ha annullato in autotutela il precedente D.C.A. 70/2018 (per ragioni qui non rilevanti) ha rideterminato il detto limite di finanziamento in Euro 196.878.864 e ha dato atto espressamente che con il D.C.A. n. 72 (il cui budget è stato sostanzialmente riprodotto nel D.C.A. 128/2018, oggetto del presente giudizio) è stato quantificato il volume massimo di acquisto per le prestazioni A.P.A. e P.A.C..

Da un semplice confronto delle cifre, sembra palese che nessun finanziamento è stato sostanzialmente dedicato a tali gruppi di prestazioni (A.P.A. e P.A.C.) nel 2018, o un finanziamento

esiguo: sottratti al budget per l'acquisto di prestazioni di assistenza ospedaliera (ridotto rispetto all'anno precedente, secondo i vincoli normativi vigenti), tali prestazioni sono state accorpate al budget dell'assistenza ambulatoriale specialistica, a sua volta accresciuto in minima parte rispetto al 2017, ma ridotto sensibilmente rispetto al 2016.

In conclusione, anche le censure svolte col secondo e terzo motivo di appello vanno accolte.

6. Quanto alla censura concernente la clausola contenuta nel D.C.A. 172/2018, ossia il divieto rivolto ai Direttori delle Aziende di superamento dei budget di ciascuna struttura accreditata e ai conseguenti limiti contrattuali, va rilevato che si tratta di clausola non dispositiva e innovativa, che semplicemente richiama disposizioni vigenti.

Il divieto scaturisce direttamente dalla Legge e trova attuazione nei precedenti D.C.A. 78 del 6.07.2015 e 92 del 2.09.2015, richiamati dal D.C.A. 172/2018 e non impugnati.

La censura è dunque inammissibile, e comunque, infondata.

6.1. Il D.C.A. 172, oggetto di impugnazione nel presente giudizio, concerne solo la fissazione del livello massimo di finanziamento alle Aziende sanitarie regionali per gli acquisti di prestazioni di specialistica ambulatoriale e saranno poi queste ultime Aziende a procedere autonomamente agli acquisti e alla stipula dei contratti, ex art. 8-quinquies d.lgs. n. 502 del 1992, secondo lo schema tipo di contratto approvato con i richiamati D.C.A. 78 e 92 del 2015, in cui si dà atto " che la definizione dei budget rappresenta il livello massimo di spesa a carico del SSR nell'ambito del quale sono considerate riconoscibili e remunerabili esclusivamente le prestazioni erogate ai sensi della normativa vigente di riferimento" e che "il tetto massimo fissato dal contratto deve comunque riassorbire le Prestazioni Sanitarie e socio sanitarie già eventualmente svolte dall'Erogatore, in regime di prorogatio, commisurato mensilmente al budget definito l'anno precedente".

6.2. In ogni caso, la clausola contrattuale inserita nello schema tipo di contratto trova il suo fondamento, a livello normativo, nell'art. 8 quinquies, comma 2, del D.Lgs. n. 502 del 1992, il quale prevede la stipula di contratti con le strutture private che indicano, tra l'altro, il corrispettivo preventivato, a fronte delle attività concordate, risultante dalla applicazione dei valori tariffari delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo, e la modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite di remunerazione delle strutture correlato ai volumi di prestazioni.

L'art. 8 quinquies, comma 2-quater sancisce il principio che la contrattazione sia attuata in coerenza con la Programmazione sanitaria regionale e sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla Programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio.

L'art. 32, comma 8, della L. n. 449 del 1997 dispone che le Regioni individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata i limiti massimi annuali di spesa sostenibili con il Fondo Sanitario nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione.

Inoltre, il D.L. 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla L. 15 luglio 2011, n. 111 ed in particolare l'art. 17 comma 1 lett a) prevede che le regioni adottano tutte le misure necessarie a garantire il conseguimento degli obiettivi di risparmio programmati, intervenendo an-

che sul livello di spesa per gli acquisti delle prestazioni sanitarie presso gli operatori privati accreditati.

6.3. La giurisprudenza di questa Sezione ha precisato nei dettagli le conseguenze della normativa con espresso riferimento alle procedure autoritative adottate non solo con riferimento al livello delle prestazioni ammesse al rimborso, ma anche alla fissazione dei tetti di spesa per ciascuna struttura e alla rideterminazione delle tariffe secondo il sistema della regressione tariffaria (oltre a Adunanza plenaria, decisione 2 maggio 2006, n. 8, poi confermate e rafforzate dalle sentenze della stessa Adunanza plenaria del 12 aprile 2012, n. 3 e n. 4, si vedano con particolare riferimento al caso in esame, ai sensi dell'art. 88, comma 2, lett. d), c.p.a., le seguenti sentenze: Cons. St., sez. III, 6 giugno 2011, n. 3372; Cons. St., sez. III, 1 agosto 2011, n. 4551 e, tra quelle più recenti: Cons. St., sez. III, 7 gennaio 2014, n. 2; Cons. St., sez. III, 22 gennaio 2014, n. 296; Cons. St., sez. III, 2 aprile 2014, n. 1582; Cons. St., sez. III, 6 febbraio 2015, n. 604; Cons. St., sez. III, 27 febbraio 2015, n. 982; Cons. St., sez. III, 7 dicembre 2015, n. 5539; Cons. St., sez. III, 17 dicembre 2015, n. 5731; Cons. St., sez. III, 3 febbraio 2016, n. 431; Cons. St., sez. III, 4 febbraio 2016, n. 450; Cons. St., sez. III, 25 marzo 2016, n. 1244).

Questa Sezione ha, peraltro, già rilevato che la facoltà, per le Regioni, di determinare criteri per la remunerazione delle prestazioni erogate al sopra del tetto di spesa previsto dall'art. 8-quinquies, comma 1, lett. d), del d.lgs. n. 502 del 1992 non implica che alle stesse Regioni sia precluso, in circostanze particolarmente "stringenti" come quelle determinate dal Piano di rientro, di stabilire legittimamente il criterio secondo cui nessuna remunerazione è prevista (Cons. St., sez. III, 25 marzo 2016, n. 1244).

Si è precisato anche che rispetto alla preesistente legislazione, la normativa in tema di piano di rientro comporta precisi e ulteriori effetti giuridici nel rendere vincolanti gli obiettivi di contenimento finanziario e nell'imporre alla Regione di adottare prioritariamente i provvedimenti adeguati ad ottenere il contenimento delle spese in essere nella misura richiesta, salvo il rispetto dei livelli essenziali di assistenza e secondo i fondamentali criteri di ragionevolezza, logicità e non travisamento dei fatti nel bilanciamento degli interessi ( A.P. n. 3/2012).

7. In conclusione, l'appello va accolto nei limiti di cui in motivazione, assorbiti gli ulteriori profili di censura.

8. Le spese di giudizio si compensano tra le parti in considerazione delle questioni trattate.

#### **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 annulla il D.C.A. 172/2018 impugnato.

Spese compensate.

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

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 8 ottobre 2020