

TAR Campania - Sezione I - sentenza n. 4430 del 18 settembre 2017

CONTROLLI, CONTABILITÀ E FINANZIAMENTI

Nel sistema sanitario è di fondamentale importanza il collegamento tra responsabilità e spesa; l'autonomia dei vari soggetti ed organi operanti nel settore non può che essere correlata alle disponibilità finanziarie e non può prescindere dalla limitatezza delle risorse e dalle esigenze di risanamento del bilancio nazionale (d.lgs. n. 502/1992).



Il Tribunale Amministrativo Regionale della Campania - (Sezione Prima) - ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 6664 del 2011, integrato da motivi aggiunti, proposto da: Centro Fisiovesuviano di Medicina Fisica e Riabilitativa S.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'avv. Arturo Umberto Meo, con il quale elettivamente domicilia in Napoli alla via Melisurgo n. 4 presso lo studio dell'avv. Andrea Abbamonte; *contro*

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

Commissario Straordinario per l'attuazione del piano di rientro della Sanità della Regione Campania, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Napoli, presso la quale domicilia in Napoli alla via Diaz n. 11;

ASL Napoli 3 Sud, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dagli avv.ti Rosa Anna Peluso e Chiara Di Biase, con domicilio legale in Napoli, presso Segreteria TAR;

nei confronti di

Centro CA.MAD e Centro Dimensione Azzurra, ciascuno in persona del legale rappresentante pro tempore, non costituiti in giudizio;

per l'annullamento

quanto al ricorso principale:

1. del decreto del Commissario ad acta per il piano di rientro del Settore Sanità Regione Campania (d'ora in poi, DCA) del 5 aprile 2011 n. 25 e relativi allegati, pubblicato in BURC in data 9.05.2011, avente ad oggetto la definizione per l'esercizio 2011 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 e ex art. 44 e/o alla ma-

macroarea della salute mentale e socio sanitario, nella parte in cui fissano per il centro ricorrente, per l'anno 2011, per le prestazioni di FKT ex art. 44, un tetto al netto del ticket e al lordo dello sconto e quota ricetta, pari a € 8.500,00#, mentre per le prestazioni di riabilitazione ex art. 26, un tetto pari a € 542.908,00#, comprensivo di quelle ambulatoriali, domiciliari e semiresidenziali;

2. della nota della ASL Napoli 3 sud, prot. n. 1586 del 13.07.2011, avente ad oggetto “Superamento del tetto di spesa anno 2011 per le prestazioni ex art. 44”;
3. della nota della ASL Napoli 3Sud, prot. n. 10568/A del 18 luglio 2011, avente ad oggetto “fatturati semestre 2011 – sfioramento del tetto – sbilanciamento FKT amb./dom.”;
4. di tutti gli altri atti, ancorché interni e non noti, comunque connessi, presupposti e/o consequenziali, lesivi degli interessi della ricorrente quanto al ricorso per motivi aggiunti;
5. del decreto del Commissario ad acta per il piano di rientro del Settore Sanità Regione Campania (d'ora in poi, DCA) del 20 dicembre 2011 n. 86, pubblicato in BURC in data 27.12.2011, avente ad oggetto la definizione per l'esercizio 2011 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 e ex art. 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario;
6. degli allegati al suddetto decreto a, recante “Nota metodologica, Casi particolari, Richieste di Rettifica e Ricorsi contro il D.C. n. 25 del 5 aprile 2011 e, per alcune strutture, contro i decreti, 37/2010 e 74/2010” e B, recante “Deroghe al divieto di erogare prestazioni di riabilitazione ex art. 26 domiciliari in numero superiore rispetto a quelle ambulatoriali”;
7. dei conteggi contenuti negli allegati da 1 a 5 nella parte in cui i tetti di spesa per il centro ricorrente risultano aumentati per l'anno 2011, relativamente alle prestazioni di FKT ex art. 44 di una somma pari asolo a € 46.600,00# e relativamente alle prestazioni ex art. 26, di una somma pari solo a € 131.092,00# di cui € 63.092,00# per quelle ambulatoriali e domiciliari e € 68.000,00# per quelle residenziali e semiresidenziali;
8. di tutti gli altri atti, ancorché interni e non noti, comunque connessi, presupposti e/o consequenziali, lesivi degli interessi della ricorrente.

Visti il ricorso, i motivi aggiunti e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio della Regione Campania e del Commissario Straordinario per l'attuazione del Piano di Rientro Sanità Campania e della ASL Napoli 3 Sud;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Giudice relatore nell'udienza pubblica del giorno 19 luglio 2017 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 principale spedito per la notifica a mezzo del servizio postale in data 27.12.2011 e depositato in data 28.12.2011, parte ricorrente esponeva in fatto:

- di essere una struttura sanitaria erogante in regime di provvisorio accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale e, per esso, con la ASL Napoli 3 prestazioni di assistenza riabilitativa, in particolare (trattamenti riabilitativi di semiconvitto, domiciliari e ambulatoriali, ex art. 26 l. 833/1978 e l.r. 11/1984 e prestazioni di Fiosiokinesiterapia (FKT) ex art. 44 l. 833/1978;
- di essere un punto di riferimento nell'area territoriale della ASL Napoli 3 SUD (ex ASL Napoli 4) e, in particolare, dell'ex distretto n. 33 di San Giuseppe Vesuviano;
- di aver proposto ricorso straordinario al Capo dello Stato, con atto notificato in data 29 luglio 2011, avverso gli atti indicati ai numeri da 1 a 4 dell'epigrafe;
- che, a seguito dell'atto di opposizione della Regione Campania, notificato in data 31.10.2011, aveva dovuto provvedere a riassumere il procedimento dinanzi a questo Tribunale Amministrativo Regionale;
- che, con l'anzidetto gravame, essa ricorrente aveva lamentato l'illegittima attribuzione di un budget annuo di € 8.500,00# per le prestazioni di FKT (art.44 l.833/1978) e di € 542.908,00# per le prestazioni di riabilitazione (art. 26 l. 833/1978);
- che, infatti, l'organo commissariale aveva omesso di considerare le vicende occorse ad essa ricorrente, le quali si erano tradotte in una sospensione dell'attività, dovuta ad un atteggiamento dilatorio della ASL competente al rilascio della nuova autorizzazione a seguito del trasferimento in una nuova struttura, dal marzo 2008 al marzo 2010,
- che, in particolare, il nuovo decreto autorizzativo della ASL era intervenuto in data 10 febbraio 2010 (decreto del 10.02.2010 n. 11), sicché l'erogazione delle prestazioni FKT era ripresa in data 30 marzo 2010 e di quelle riabilitative solo in data 30 agosto 2010,
- che, al momento della sospensione dell'attività, essa istante era dotata di un tetto di spesa adeguato alla COM, pari a € 1.000.000,00# di euro per le prestazioni di riabilitazione e di € 380.000,00# per le prestazioni FKT;
- che, pertanto, gli atti impugnati erano da considerarsi illegittimi, perché illegittimo era il criterio utilizzato dalla Regione nella determinazione dei tetti di spesa per l'anno 2011, in quanto ancorato al dato del fatturato 2008 e del I semestre 2009 e 2010, in concreto inapplicabile ad essa ricorrente.

Tanto premesso in fatto, parte ricorrente articolava plurime censure in diritto sotto il profilo della violazione di legge e dell'eccesso di potere, declinato secondo varie figure sintomatiche.

Con ricorso per motivi aggiunti notificato in data 24 febbraio 2012 e depositato in data 9 marzo 2012, parte ricorrente impugnava gli atti indicati ai numeri da 5 a 8 dell'epigrafe, lamentando che l'incremento dei tetti di spesa riconosciuto in favore di essa istante con il DCA n. 25/2011 di una somma pari a € 46.600,00# per le prestazioni FKT e di € 131.092,00# per le prestazioni di riabilitazione ambulatoriali e domiciliari e di € 68.000,00# per quelle residenziali e semiresidenziali, era da considerarsi insignificante e non rispondente alla capacità produttiva di essa ricorrente.

Tanto premesso in fatto, parte ricorrente articolava plurime censure di legittimità sotto il profilo della violazione di legge e dell'eccesso di potere, declinato secondo varie figure sintomatiche.

Si costituivano e resistevano in giudizio la ASL Napoli 3 e la Regione Campania.

All'udienza pubblica del 19 luglio 2017, la causa passava in decisione.

DIRITTO

Il gravame, articolato in ricorso principale e ricorso per motivi aggiunti, è infondato e va rigettato. Con entrambe le impugnative e prospettando plurimi motivi di doglianza in punto di legittimità degli atti indicati in epigrafe, parte ricorrente lamenta sostanzialmente l'erroneità e l'irragionevolezza del criterio adottato dall'organo commissariale straordinario - designato dall'Amministrazione statale per attuare il rientro dai disavanzi del Settore Sanitario della Regione Campania – nella determinazione del limite di spesa fissato, in relazione all'anno 2011, per le strutture accreditate con il Servizio sanitario regionale per le prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 e ex art. 44 l. 833/1978.

La difesa attorea evidenzia, in particolare, che la considerazione ai fini della individuazione del limite in parola del dato storico rappresentato dal fatturato di ciascuna struttura sanitaria nell'anno 2008 e nel I semestre degli anni 2009 e 2010 avrebbe pregiudicato essa ricorrente, rimasta inattiva – a causa del trasferimento in nuova sede e delle connesse lungaggini burocratiche addebitabili alla ASL competente – dal marzo 2008 al marzo 2010.

Il Tribunale osserva, in via generale, che il criterio qui contestato è stato già oggetto di disanima da parte della Sezione ed è andato esente dai denunciati vizi di legittimità (cfr. TAR Napoli, sez. I, 3.11.2015 nn. 5096, 5097 e 5098).

Deve premettersi, al riguardo, che in base all'art. 32, comma 8, della legge n. 449 del 1997, “le regioni ... individuano preventivamente per ciascuna istituzione sanitaria pubblica e privata, ivi compresi i presidi sanitari ospedalieri di cui al comma 7, o per gruppi di istituzioni sanitarie, i limiti massimi annuali di spesa sostenibile con il Fondo sanitario e i preventivi annuali delle prestazioni, nonché gli indirizzi e le modalità per la contrattazione di cui all'art. 1, co. 32, della legge 23.12.1996, n. 662”. Il valore vincolante delle determinazioni in tema di limiti di spesa esprime la necessità che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria.

Nell'evoluzione della legislazione sanitaria si è progressivamente imposto il principio della programmazione, con carattere autoritativo e vincolante, allo scopo di realizzare un contenimento della spesa pubblica ed una razionalizzazione del sistema sanitario attese le insopprimibili esigenze di (ri)equilibrio finanziario.

La stessa Corte costituzionale, nel valutare le linee fondamentali del nuovo assetto del sistema sanitario, ha sottolineato l'importanza del collegamento tra responsabilità e spesa ed ha evidenziato come l'autonomia dei vari soggetti ed organi operanti nel settore non può che essere correlata alle disponibilità finanziarie e non può prescindere dalla limitatezza delle risorse e dalle esigenze di risanamento del bilancio nazionale (cfr. Corte Cost., 28.07.1995, n. 416). In particolare la Corte ha ribadito che “non è pensabile di poter spendere senza limite, avendo riguardo soltanto ai bisogni quale ne sia la gravità e l'urgenza; è viceversa la spesa a dover essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie, da determinarsi previa valutazione delle priorità e delle compatibilità e tenuto ovviamente conto delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute, certamente non compromesse con le misure ora in esame” (cfr. anche Corte Cost., 23.07.1992, n. 356).

La linea interpretativa rappresentata in questa sede è, d'altra parte, la sola che consente di bilanciare il “nucleo irriducibile” del diritto alla salute con i limiti imposti da imprescindibili esigenze di equilibrio finanziario (cfr. Consiglio di Stato, A.P., 2.05.2006, n. 8).

Quanto all'esercizio della potestà programmatica, va riconosciuta all'amministrazione regionale un'ampia discrezionalità, nella previsione del dimensionamento e dei meccanismi di attribuzione delle risorse disponibili, con l'obiettivo di bilanciare molteplici e spesso contrapposti interessi di rilevanza anche costituzionale, quali quelli al contenimento della spesa in base alle risorse concretamente disponibili, quelli relativi all'esigenza di assicurare prestazioni sanitarie quantitativamente e qualitativamente adeguate agli assistiti, quelli delle strutture private operanti secondo logiche imprenditoriali, nonché quelli delle strutture pubbliche vincolate all'erogazione del servizio nell'osservanza dei principi di efficienza e buon andamento.

Senonché la determinazione dei limiti di spesa risulta nella specie congruamente giustificata dall'esigenza preminente di mirare al contenimento della spesa, adottando quale criterio fondamentale il riferimento ai fatturati storici rimodulati in relazione alle risorse rese disponibili dalle norme finanziarie dell'anno in corso, nonché dagli obiettivi e dai vincoli di bilancio, con la fissazione di riduzioni percentuali rispetto ai tetti fissati per l'esercizio 2010 e con l'attribuzione di tetti individuali ai singoli centri sulla base dei dati di spesa consuntivi dell'intero anno 2008, del primo semestre 2009 e del primo semestre 2010.

Con il decreto n. 86 del 2011, i budget individuali sono stati ricalcolati sulla base dei dati di fatturato riconosciuto liquidabile a ciascuna struttura negli anni 2007-2010, all'esito di tutti i controlli delle aziende sanitarie e, quindi, al netto di *overcom*, *overselling* e regressioni tariffarie.

Ne discende che, in presenza di tetti individuali, il meccanismo della regressione tariffaria non può che essere applicato sui singoli budget di struttura, non potendo evidentemente più farsi riferimento al cd. tetto di macroarea che ha caratterizzato le annualità precedenti al 2010.

In tale quadro, la programmazione sanitaria tendenziale sul volume complessivo delle prestazioni erogabili è ricavabile, sia pure in via indiretta e mediata, dal valore delle prestazioni stesse mediamente risultante dal tariffario vigente, che determina la domanda globale di prestazioni che l'amministrazione regionale ha la possibilità di acquistare dagli operatori privati attingendo alle limitate risorse disponibili, tenuto conto delle esigenze assistenziali espresse a livello aziendale; ciò fermo restando che il settore pubblico è comunque tenuto ad offrire l'erogazione delle prestazioni necessarie anche in esubero rispetto ai volumi programmati, con conseguente inconsistenza/irrelevanza del dedotto profilo di carente stima del fabbisogno prestazionale.

Peraltro, l'art. 8-quinquies, co. 2, lett. e-bis), del d.lgs. n. 502 del 1992 prescrive che i contratti con le strutture accreditate devono prevedere, tra le modalità con cui viene comunque garantito il rispetto del limite concordato di remunerazione, che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie, il volume massimo di prestazioni remunerate è rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa, fatta salva la possibile stipula di accordi integrativi, nel rispetto comunque dell'equilibrio economico-finanziario programmato.

Né è ravvisabile alcuna sottovalutazione delle esigenze di continuità assistenziale e di generale garanzia dell'assistenza sanitaria ai cittadini nel rispetto del principio di libera scelta.

Invero l'autorità commissariale, titolare di potere autoritativo in materia, ha unilateralmente provveduto alla fissazione dei limiti di spesa anche perché risulta di fatto vincolata da rigide esigenze di contenimento e riduzione dei costi derivanti dalla complessa situazione finanziaria che ha colpito il settore della sanità regionale.

Infatti, la legge n. 311 del 2004 (legge finanziaria per il 2005), all'art. 1, co. 173, ha subordinato l'accesso delle singole regioni al finanziamento integrativo a carico dello Stato alla stipula ed al rispetto di una precisa intesa tra lo Stato e le Regioni, diretta a contenere la dinamica dei costi attraverso una serie di misure ivi indicate.

In particolare, la lett. f) del predetto comma 173 stabilisce l'obbligo in capo alle regioni di garantire, in occasione della programmazione regionale, l'equilibrio economico-finanziario delle proprie aziende sanitarie e ospedaliere, in sede sia di preventivo annuale sia di conto consuntivo, e prevede l'obbligatorietà dell'adozione di misure per la riconduzione della gestione in pareggio in ipotesi di squilibrio della stessa.

Con delibera di Giunta Regionale n. 460 del 20 marzo 2007 è stato, poi, approvato l'accordo, stipulato in data 13 marzo 2007 (ai sensi dell'art. 1, co. 180, della legge n. 311 del 2004) dalla Regione Campania con il Ministro della Salute ed il Ministro dell'Economia e delle Finanze, per l'approvazione del piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del servizio sanitario regionale con l'individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario.

Il piano di rientro, a sua volta, pone specifici vincoli strumentali al conseguimento del predetto equilibrio sempre nell'ottica, però, del mantenimento dei livelli essenziali di assistenza.

Ebbene, il sistema di programmazione è incentrato su di un modello bifasico, in seno al quale alla ricordata fase autoritativa regionale segue un momento di negoziazione su base territoriale con le singole strutture.

In forza di tale modello bifasico, l'amministrazione regionale non solo definisce unilateralmente il tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario, ma vincola la successiva contrattazione con le strutture determinandone modalità ed indirizzi.

Senonché le controparti private hanno comunque la facoltà, in base alla propria autonomia negoziale, di aderire o meno allo schema contrattuale predisposto dall'amministrazione.

Infatti, l'art. 8-quater del d.lgs. n. 502 del 1992 sancisce il principio che “la qualità di soggetto accreditato non costituisce vincolo per le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale a corrispondere la remunerazione delle prestazioni erogate, al di fuori degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies”. L'art. 8-bis del d.lgs. n. 502 del 1992 ulteriormente precisa che l'esercizio di attività sanitarie per conto ed a carico del servizio sanitario nazionale è subordinato, non solo all'autorizzazione per la realizzazione e l'esercizio della struttura sanitaria ed al suo accreditamento istituzionale, ma anche alla “stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies”. Quest'ultima disposizione pone il rapporto di accreditamento su una base saldamente negoziale: al di fuori del contratto la struttura accreditata non è obbligata ad erogare prestazioni agli assistiti del servizio sanitario regionale e, per converso, l'amministrazione sanitaria non è tenuta a pagare la relativa remunerazione. Inoltre, è lo stesso art. 8-quinquies a prevedere

espressamente la sospensione dell'accreditamento, in caso di mancata stipula degli accordi contrattuali.

Ne consegue che l'acquisto delle prestazioni sanitarie da parte dell'amministrazione presuppone tassativamente la stipulazione dell'accordo contrattuale, in mancanza del quale l'attività sanitaria non può essere esercitata per conto e a carico del servizio sanitario nazionale. La struttura sanitaria che vuole operare nell'ambito del servizio sanitario nazionale ha quindi l'onere non solo di conseguire l'accreditamento, ma anche di stipulare l'accordo contrattuale.

La determinazione dei limiti e delle condizioni delle prestazioni che l'azienda sanitaria è disposta ad acquistare, costituisce un vincolo contrattuale che il centro accreditato può liberamente accettare o rifiutare, se l'accordo non viene ritenuto conveniente, per cui, in definitiva, l'erogazione di prestazioni per conto del servizio sanitario nazionale è comunque frutto di una scelta della struttura privata.

In tale contesto, non sussiste possibilità alcuna per costringere uno dei contraenti, nella specie l'azienda sanitaria, ad impegnare somme superiori rispetto alle risorse disponibili (cfr. Consiglio di Stato, Sez. V, 23.05.2005, n. 2581).

L'unico rimedio a disposizione del centro accreditato è che esso, a differenza delle strutture pubbliche, non ha l'obbligo di rendere le prestazioni agli assistiti se non nel quadro di un accordo contrattuale con l'azienda sanitaria ed entro il limite di spesa da questo contemplato, risultando nella specie recessiva ogni esigenza di continuità assistenziale rappresentata dalla singola struttura privata (cfr. Consiglio di Stato, Sez. V, 30.04.2003, n. 2253).

Sotto altro versante, l'assistenza sanitaria ai cittadini risulterebbe sufficientemente garantita dalle strutture private addivenute alla stipula degli accordi contrattuali e da quelle pubbliche comunque tenute all'erogazione delle prestazioni richieste.

È da escludere, inoltre, che la programmazione finanziaria possa formare oggetto di una funzione negoziata con le associazioni di categoria, ciò non senza rilevare che non è, comunque, mancata una consultazione di queste ultime, che sono state sentite in un incontro tenutosi il 24 marzo 2011 (cfr. documentazione prodotta dalla ASL resistente).

Orbene, il contraddittorio procedimentale richiede che le parti siano messe in grado di partecipare al procedimento, ferma restando la piena autonomia delle rispettive scelte in ordine alle concrete posizioni da assumere.

Nel contempo, resta tuttavia salva la potestà dell'autorità amministrativa di adottare le proprie determinazioni nonostante la mancata condivisione delle associazioni di categoria.

Né può tacersi che l'autorità commissariale, anche dopo l'emanazione del decreto n. 25 del 2011, non ha mancato di proseguire e di approfondire il dialogo con le associazioni di categoria, esaminandone le istanze e pervenendo alle modificazioni introdotte con il decreto commissariale n. 86 del 2011, provvedendo all'aumento dei budget per alcune strutture – e, tra queste, anche la ricorrente - in considerazione di specifiche peculiarità segnalate.

Si rammenta che l'utilizzo dei dati, sia pure parziali e provvisori, disponibili al momento dell'istruttoria dei decreti impugnati risponde essenzialmente all'esigenza di pervenire con un ragionevole anticipo alla definizione del quadro programmatico in corso d'anno da offrire a tutti

gli operatori del settore, ferma restando l'opportunità degli eventuali aggiustamenti delle determinazioni adottate all'esito della conoscenza dei dati consuntivi definitivi.

Infatti, nella specie l'autorità commissariale si è tempestivamente attivata, evitando di incidere sulle legittime aspettative e sull'affidamento degli operatori privati mediante misure operanti in via retroattiva con riguardo a prestazioni sanitarie già erogate, in conformità con i principi di recente enunciati dall'Adunanza Plenaria ed invocati dallo stesso centro ricorrente (cfr. Consiglio di Stato, A.P., 12.04.2012 n. 4).

Più in dettaglio, non sembra irragionevole che il percorso che ha condotto alla definitiva elaborazione dei tetti di struttura, anche in ragione dei nuovi criteri – quali la riconversione delle prestazioni riabilitative verso quelle socio-sanitarie – risulti contrassegnato da successive tappe che erano da tempo conosciute dagli operatori del settore, avendo l'amministrazione regionale dapprima posto budget iniziali (decreti n. 37 del 2010 per l'esercizio 2010 e n. 25 del 2011 per l'esercizio 2011) e, infine, approvato i dati definitivi dopo la consultazione delle associazioni di categoria.

Come anche il Consiglio di Stato (Sez. III, 30.11.2012, n. 6136) ha avuto modo di affermare, è comunque logico ritenere che i nuovi parametri possano essere perfezionati dopo la loro prima applicazione, in conseguenza dell'esigenza di far fronte ad un sistema che richiede tempi tecnici non comprimibili in relazione alle varie fasi procedurali previste dalla legge, le quali fisiologicamente si svolgono solo in epoca successiva all'inizio dell'erogazione del servizio.

In particolare, la conoscenza del dato finanziario di riferimento viene compiutamente definita in corso d'anno (cfr. Consiglio di Stato, A.P. n. 4 del 2012 cit.), con la conseguenza che non è affatto illogico che l'esercizio del potere programmatico si correli dinamicamente all'acquisizione di tale dato.

Quanto alla determinazione del fatturato riconosciuto ad ogni singolo centro negli anni pregressi, quale base di calcolo per l'assegnazione del tetto di struttura, dagli atti di causa emerge che l'amministrazione ha considerato il fatturato al netto dello sfioramento della c.o.m. (cd. fatturato *overcom*) e del limite di incremento del 10% (cd. fatturato *overselling*).

Tale modalità di computo, che rientra nell'ampia discrezionalità tecnica connessa all'esercizio del potere di programmazione sanitaria, non appare irragionevole poiché tiene debitamente conto dei volumi di prestazioni riconoscibili alla singola struttura, al di là della sua modalità di remunerazione (piena o decurtata per effetto della regressione tariffaria).

Orbene, non è manifestamente illogico ed irragionevole che i budget di struttura vengano distribuiti sulla base della media dei fatturati registrati nel periodo pregresso.

Per l'anno 2011, il criterio adottato è stato quello di utilizzare quale base di computo il fatturato triennale, introducendo una sostanziale modifica sul punto, stabilendo, come già accennato, che il tetto di struttura del 2011 debba calcolarsi in base ai dati di fatturato riconosciuto liquidabile a ciascuna struttura negli anni 2007-2010, all'esito di tutti i controlli dell'azienda sanitaria e, quindi, al netto delle prestazioni *overcom*, *overselling* e RTU.

Tuttavia in esso è stato precisato che, in caso di difficoltà di acquisizione di tutti i dati definitivi per ciascuna annualità, si sarebbero utilizzati i dati provvisori, salvo il limite del budget già assegnato (rettifica solo in *melius*).

Pertanto, per un verso, il metodo utilizzato è strettamente connesso con la difficoltà di ottenere tempestivamente i dati di fatturato dell'anno precedente, epurati dalle prestazioni indebite (*overselling*, *overcom* e RTU) ed implementati per effetto del riconoscimento retroattivo della c.o.m. di alcuni centri, onde non è irragionevole che l'amministrazione abbia sollecitamente determinato tetti di struttura provvisori, quale punto di riferimento tendenziale per l'operato del singolo centro, e mediante *step* successivi abbia modificato e rettificato (peraltro solo in *bonam partem*) la determinazione dei tetti di struttura. Per altro verso, la mancata acquisizione di dati definitivi non risulta aver pregiudicato le singole strutture, le quali anzi hanno potuto ottenere aumenti grazie alla nuova base di calcolo, cioè il fatturato 2007-2010, e grazie al divieto di variazioni in riduzione.

Venendo al caso specifico della ricorrente, il Tribunale osserva che l'operato dell'Amministrazione – la quale, con il decreto commissariale n. 86/2011, ha incrementato il limite di spesa assegnatogli (con il DCA n. 25/2011) sia per le prestazioni di riabilitazione che per quelle di fisio-kinesiterapia - appare corretto ove si tenga conto della circostanza di fatto - di certo non imputabile all'organo commissariale, ma univocamente riconducibile alla struttura sanitaria - della sospensione dell'attività del centro sino al marzo 2010 (determinata dalla necessità di allocazione in una nuova sede, essendo state riscontrate delle carenze strutturali e documentali in quella precedente a seguito di un'ispezione eseguita in data 28.02.2008, cfr. premessa in fatto della autorizzazione ASL distretto 82 del 2010, nella produzione di parte ricorrente del 28.12.2011) e della ripresa di essa solamente a partire dall'aprile 2010, cosicché l'Amministrazione non avrebbe potuto che considerare questo solo dato fattuale, in mancanza di parametri alternativi provvisti dei necessari caratteri di oggettività e verificabilità.

Né – diversamente da quanto sembra adombrare la difesa della ricorrente – vi era un precedente tetto di spesa individuale da tener presente nel corso dell'istruttoria in luogo o accanto al fatturato prodotto, posto che proprio nell'anno 2010 vi è stata la transizione dal sistema del cd. tetto di branca a quello del cd. tetto di struttura (*budget* individuale della struttura).

Per altro, la considerazione di un arco temporale pluriennale (fatturato 2007-2010) ha garantito il riassorbimento di eventuali eventi contingenti, ma di breve periodo, che avessero colpito la capacità operativa delle strutture sanitarie senza, però, inficiarne la reale attitudine alla erogazione di prestazioni agli assistiti.

Il gravame va, dunque, respinto.

Tenuto conto della complessità delle questioni esaminate e decise, 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.

Spese compensate.

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

Così deciso in Napoli nella camera di consiglio del giorno 19 luglio 2017