



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 per il Veneto

(Sezione Terza)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso straordinario al Capo dello Stato trasposto in sede giurisdizionale numero di registro generale 10 del 2013, integrato da motivi aggiunti, proposto da: Associazione Italiana Ospedalita' Privata - sede regionale del Veneto e Casa di Cura Santa Maria Maddalena S.p.A., rappresentate e difese dagli avv.ti Giuseppe Gortenuiti, Giovanni Sala e Franco Zambelli, con domicilio eletto presso lo studio di quest'ultimo in Venezia - Mestre, via Cavallotti, 22;

contro

Regione Veneto, in persona del Presidente pro tempore, rappresentata e difesa dagli avv.ti Ezio Zanon, Emanuele Mio e Cristina Zampieri, domiciliata in Venezia, Cannaregio, 23;
Azienda Ulss n. 18 di Rovigo, non costituitasi in giudizio;

nei confronti di

Istituto di Ricovero e cura san Camillo, rappresentato e difeso dagli avv.ti Silvia Muttoni e Francesca Mazzonetto, con domicilio eletto presso la Segreteria del T.A.R.;

per l'annullamento

A) quanto al ricorso originario:

- della deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 832 del 15/5/2012, pubblicata il 5/6/2012 sul BURV avente ad oggetto: "Assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale erogata nei confronti dei cittadini residenti nel Veneto, criteri e determinazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori ospedalieri privati accreditati equiparati e non equiparati al pubblico per l'anno 2012, per la definizione degli accordi di cui all'art. 9 quinquies D.lgs. n. 502/1992: individuazione delle funzioni a valenza provinciale e sovra provinciale ed assegnazione delle risorse economiche per lo svolgimento delle stesse" con la quale sono stati definiti, per l'anno 2012, il numero massimo dei ricoveri ed i tetti massimi di spesa per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale delle strutture ospedaliere private accreditate per le prestazioni da erogare a favore dei cittadini veneti.

B) quanto ai motivi aggiunti:

- della deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 2096 del 17/10/2012, avente ad oggetto "Rideterminazione dei tetti di spesa per l'assistenza ambulatoriale degli erogatori ospedalieri privati accreditati ed ulteriori disposizioni a parziale modifica della DGR n. 832 del 15.5.2012. Rideterminazione dei tetti di spesa per l'attività di riabilitazione extraospedaliera presso Istituti e Centri, ex art. 26 della L. 833/78, accreditati, a parziale modifica della DGR n. 990 del 5.6.2012".

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

Visti gli atti di costituzione in giudizio della Regione Veneto e dell'Istituto di ricovero e cura San Camillo;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 17 ottobre 2013 il dott. Stefano Mielli e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

La sezione regionale dell'associazione italiana ospedalità privata (AIOP), rappresentativa delle case di cura private operanti nel Veneto, e la Casa di cura S. Maria Maddalena Spa di Occhiobello, con ricorso straordinario al Capo dello Stato in epigrafe indicato, trasposto in sede giurisdizionale avanti a questo Tribunale, impugnano la deliberazione della Giunta regionale n. 832 del 15 maggio 2012, con la quale, per l'anno 2012, sono stati fissati i criteri e determinati i volumi di attività e i tetti di spesa degli erogatori ospedalieri privati, per le seguenti censure:

I) perplessità, carenza di istruttoria e di motivazione in quanto non è indicato come sono stati calcolati il numero massimo dei ricoveri e i tetti massimi di spesa che per talune strutture hanno avuto un decremento, in alcuni casi consistente, rispetto all'anno precedente, mentre in altri casi hanno avuto confermati i livelli precedenti;

II) violazione degli artt. 32, 41 e 97 della Costituzione, dell'art. 19, comma 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, illogicità e irragionevolezza in quanto dalla documentazione relativa all'istruttoria messa successivamente a disposizione dalla Regione risulta che la riduzione del budget colpisce solo le strutture private che operano in Ulss con una situazione economica giudicata negativa e che al contempo siano in una condizione di sottoutilizzo delle strutture ospedaliere, perché in tal modo vengono scaricati sul settore privato i costi dell'inefficienza delle strutture pubbliche, e vengono penalizzate le strutture accreditate dotate di maggiore funzionalità, in quanto tali capaci di attrarre pazienti, incidendo negativamente sui livelli di qualità ed efficacia del servizio sanitario;

III) violazione degli artt. 32, 41 e 97 della Costituzione, degli artt. 4 e 8 quinquies del Dlgs. 30 dicembre 1992, n. 502, illogicità, contraddittorietà e irragionevolezza, nonché violazione del principio di affidamento, difetto di istruttoria e di motivazione perché da un lato viene correttamente previsto che fino all'entrata in vigore della nuova deliberazione valgono i budget della disciplina previgente, dall'altro si dispone che non sono possibili compensazioni tra i due diversi periodi, senza tener conto che la prestazione dei servizi sanitari subisce fisiologiche contrazioni nei mesi estivi e che deve quindi essere assicurata la possibilità di un recupero negli ultimi mesi dell'anno;

IV) travisamento, illogicità ed ingiustizia manifesta perché viene previsto che la completa integrazione tramite il centro unico di prenotazione dell'azienda Ulss territorialmente competente sia vincolante al fine dell'utilizzo da parte di ciascun erogatore privato dei budget, senza tener conto che in alcune Ulss non esiste un sistema di prenotazione integrato per responsabilità delle strutture pubbliche che non hanno ancora attivato una idonea informatizzazione del sistema.

Successivamente, con deliberazione della Giunta regionale n. 2096 del 17 ottobre 2012, la Regione, per superare le problematiche derivanti dall'applicazione del frazionamento temporale nella determinazione dei tetti di attività, ha consentito la somma dei budget e dei tetti di attività risultanti dai due periodi prima separati (ante e post l'applicazione della deliberazione della Giunta regionale n. 832 del 15 maggio 2012) "fermo restando il limite indicato nella DGR n. 832/2012".

Lamentando che per effetto della determinazione di far valere i limiti di nuova introduzione previsti dalla deliberazione della Giunta regionale n. 832 del 15 maggio 2012 per l'intero anno, e non come prima per il solo periodo successivo alla sua entrata in vigore, si rendono retroattivi i nuovi tetti, i ricorrenti con motivi aggiunti impugnano la deliberazione della Giunta regionale n. 2096 del 17 ottobre 2012 per le censure di contraddittorietà con la precedente deliberazione, che

sanciva la propria irretroattività, di contraddittorietà tra motivazione e dispositivo, di violazione del principio di tutela dell'affidamento e per irragionevolezza.

Si è costituita in giudizio la Regione Veneto eccependo l'improcedibilità dell'intero ricorso perché successivamente sono state adottate una serie di deliberazioni che riguardano gli erogatori ospedalieri privati accreditati che hanno comportato il venir meno dell'interesse alla definizione del ricorso, e in particolare l'improcedibilità della censura di cui al terzo motivo del ricorso originario perché superata dalla sopravvenuta deliberazione della Giunta regionale n. 2096 del 17 ottobre 2012.

Si costituita in giudizio anche la Fondazione Ircss Ospedale San Camillo, notiziata del ricorso in quanto controinteressata, che ha eccepito la propria estraneità al giudizio, concludendo per il suo rigetto.

Alla pubblica udienza del 17 ottobre 2013, la causa è stata trattenuta in decisione.

DIRITTO

1. Va accolta la domanda proposta dalla Fondazione Ircss "Ospedale San Camillo" di essere estromessa dal giudizio in quanto la medesima non riveste la qualifica di controinteressata essendo impugnato un atto che, benché unico per tutti gli operatori, si sostanzia in un atto plurimo per quanto concerne la determinazione dei singoli budget (cfr. Consiglio di Stato, Adunanza Plenaria, 2 maggio 2006, n. 8), e non è pertanto configurabile in concreto in capo ad essa la titolarità di un interesse sostanziale alla conservazione della validità del provvedimento impugnato.

1.2 L'eccezione con la quale la Regione eccepisce l'improcedibilità dell'intero ricorso perché sono intervenute diverse deliberazioni sulla stessa materia che hanno soddisfatto le pretese delle parti ricorrenti deve essere respinta.

Come è noto l'improcedibilità del ricorso per sopravvenuta carenza di interesse si verifica quando divenga certa e definitiva l'inutilità della sentenza perché è

intervenuto un mutamento della situazione di fatto o di diritto presente al momento della presentazione del ricorso che faccia venir meno l'effetto del provvedimento impugnato, ovvero perché è stato adottato dall'Amministrazione un provvedimento idoneo a ridefinire l'assetto degli interessi in gioco.

Nel caso di specie nessuna delle circostanze allegare dalla Regione presenta tali caratteristiche.

Infatti le deliberazioni richiamate dalla Regione sono intervenute ad acquistare da alcune strutture dei pacchetti di prestazioni aggiuntive, hanno assegnato somme aggiuntive ai tetti di spesa per l'assistenza ambulatoriale, e hanno previsto la possibilità di avvalersi della quota finanziaria del budget di attività ospedaliera non utilizzata in aggiunta al budget ambulatoriale, ma nessuna ha inciso sulla validità o efficacia della deliberazione impugnata con il ricorso originario.

I ricorrenti, pertanto, continuano ad avere interesse alla definizione nel merito del ricorso.

1.3 Deve invece essere dichiarata l'improcedibilità del solo terzo motivo di ricorso, con il quale i ricorrenti lamentano l'illegittimità della deliberazione n. 832 del 15 maggio 2012, nella parte in cui non consentiva la compensabilità dei budget dell'anno 2012, antecedenti e successivi alla sua entrata in vigore.

Infatti, come precisato nella parte narrativa in fatto, la successiva deliberazione n. 2096 del 17 ottobre 2012, ha superato tale previsione, ammettendo espressamente la compensazione dei budget riferiti ai due periodi dell'anno 2012 (ante e post l'applicazione della deliberazione della Giunta regionale n. 832 del 15 maggio 2012).

2. Nel merito il ricorso ed i motivi aggiunti sono infondati e devono essere respinti.

Con il primo motivo i ricorrenti lamentano i vizi di perplessità, carenza di istruttoria e di motivazione in quanto la deliberazione n. 832 del 15 maggio 2012

non indica quali siano i criteri e le ragioni poste a supporto della fissazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa, dato che a livello regionale non tutte le strutture sono penalizzate allo stesso modo, mentre con il secondo motivo contestano l'illogicità e l'irragionevolezza dei criteri adottati in concreto dalla Regione, conosciuti solo a seguito dell'esercizio del diritto di accesso, dai quali risulta che sono state colpite solo le strutture private che operano in una Ulss con una situazione economica giudicata negativa e che presenta una condizione di sottoutilizzo dei posti letto disponibili.

2.1 Tali censure non possono essere condivise.

Va premesso che il legislatore con gli artt. 32, comma 8, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, 12, comma 3, del Dlgs 23 dicembre 1992, n. 502 e 39 del Dlgs. 15 dicembre 1997, n. 446, come è stato rimarcato anche dalla più recente giurisprudenza (cfr. Consiglio di Stato, Adunanza Plenaria, 12 aprile 2012, n. 3; id. 2 maggio 2006, n. 8; Consiglio Stato, sez. V, 25 gennaio 2002, n. 418; Corte Cost. 26 maggio 2005, n.200; id. 28 luglio 1995, n. 416; id. 23 luglio 1992, n. 356), ha disposto che, in condizioni di scarsità di risorse e di necessario risanamento del bilancio, anche il sistema sanitario non può prescindere dall'esigenza di perseguire obiettivi di razionalizzazione finalizzati al raggiungimento di una situazione di equilibrio finanziario attraverso la programmazione e pianificazione autoritativa e vincolante dei limiti di spesa dei vari soggetti operanti nel sistema.

Le deliberazioni impugnate costituiscono espressione di tale potere programmatico che si identifica nella fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni e nella determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni.

Si tratta dell'esercizio di un potere connotato da ampi margini di discrezionalità, posto che deve bilanciare interessi diversi e per certi versi contrapposti, ovvero l'interesse pubblico al contenimento della spesa, il diritto degli assistiti alla

fruizione di adeguate prestazioni sanitarie, le aspettative degli operatori privati che si muovono secondo una legittima logica imprenditoriale e l'assicurazione della massima efficienza delle strutture pubbliche che garantiscono l'assistenza sanitaria a tutta la popolazione secondo i caratteri tipici di un sistema universalistico.

Ciò premesso, in ordine al dedotto difetto di motivazione, va osservato che la deliberazione con la quale sono stati fissati i criteri e determinati i volumi di attività e i tetti di spesa degli erogatori ospedalieri privati, non necessita di una specifica motivazione oltre quella che può ricavarsi dai criteri generali, perché, essendo un atto a contenuto generale, soggiace all'art. 3, comma 2, della legge 7 agosto 1990, n. 241 (mentre costituisce un atto plurimo solo per quanto attiene alla determinazione dei budget riconosciuti ai singoli operatori: cfr. Consiglio di Stato, Adunanza Plenaria, 2 maggio 2006, n. 8; Tar Lazio, Roma, Sez. III, 5 aprile 2006, n. 2427).

Orbene, il Collegio ritiene che la deliberazione e gli atti dalla stessa richiamati (in particolare il nuovo Piano regionale socio sanitario approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 15/DDL del 26 luglio 2011), contrariamente a quanto dedotto dai ricorrenti, rechino una sufficiente indicazione degli obiettivi, delle linee di indirizzo e dei criteri generali seguiti nell'impostazione della programmazione regionale, in ordine ai profili oggetto di contestazione da parte dei ricorrenti.

Infatti la deliberazione sottolinea che il perseguimento degli interessi collettivi e pubblici compresenti nella materia non può restare subordinato e condizionato agli interessi privati i quali, per quanto meritevoli di tutela, risultano cedevoli; che vi è la necessità di rivedere l'offerta complessiva delle prestazioni messe a disposizione dai soggetti privati utilizzando al meglio le potenzialità delle strutture pubbliche al fine di garantire il loro massimo rendimento a fronte degli ingenti investimenti effettuati in termini finanziari ed organizzativi; che è necessario tener conto delle peculiarità che caratterizzano le singole realtà locali.

Il Piano socio sanitario regionale 2012 - 2016 (adottato con la deliberazione della Giunta regionale n. 15/DDL del 26 luglio 2011 ed in seguito divenuto la legge regionale 29 giugno 2012, n. 23), a sua volta, con riguardo all'ospedalità privata accreditata, nell'ambito del paragrafo 3.2.3, afferma che ad essa va riconosciuto un ruolo di supporto al sistema pubblico, e che l'assistenza ospedaliera privata, in quanto parte del sistema complessivo, deve considerarsi complementare all'offerta pubblica.

Pertanto il Collegio, rilevata l'esistenza di tali riferimenti nella deliberazione e negli atti programmatici da essa richiamati, ritiene che tali elementi costituiscano una sufficiente indicazione dei criteri generali adottati nell'individuazione dei tetti e dei budget.

La censura di difetto di motivazione di cui al primo motivo deve quindi essere respinta.

2.2 Parimenti non può essere accolto il secondo motivo con il quale i ricorrenti contestano i criteri in concreto adottati, lamentando l'illogicità e l'irragionevolezza della scelta, emersa nei dettagli dalla messa a disposizione, a seguito della domanda di accesso, della documentazione utilizzata dalla Regione in fase istruttoria, di differenziare la programmazione tenendo conto della situazione economico finanziaria e patrimoniale di ciascuna Ulss, e di concentrare le riduzioni di budget nei confronti delle strutture private ricomprese nell'ambito di pertinenza di Ulss con situazione economica negativa e che al contempo abbiano un margine di utilizzo dei posti letto nelle proprie strutture ospedaliere.

Nel dettaglio le Ulss sono state suddivise in tre categorie: con situazione economica non negativa, negativa e altamente negativa a seconda della situazione economico finanziaria e patrimoniale; è stata valutata la capacità delle strutture pubbliche di assorbire ricoveri che prima erano effettuati dalle strutture private parametrandola ad un tasso di occupazione dei posti letto del 90%; infine,

considerata la tariffa media per ricovero per ciascuna struttura accreditata per l'area chirurgica e moltiplicato questo dato per il numero di interventi da trasferire alla struttura pubblica, si è determinata la riduzione del budget.

Il Collegio ritiene che i criteri adottati siano privi di profili di manifesta illogicità o irragionevolezza, in quanto il tasso di scopertura dei posti letto costituisce un parametro che risulta indicativo dei volumi complessivi dell'effettiva domanda di prestazioni sanitarie in un determinato territorio, e la scelta di attuare una programmazione dei fabbisogni e dei tetti dei budget delle strutture accreditate a livello sub regionale per ciascuna Ulss, anziché in modo complessivo ed indifferenziato a livello regionale suddividendo poi i tagli in modo omogeneo tra tutte le strutture della Regione, corrisponde all'obiettivo di intervenire ad apportare correzioni nelle singole situazioni che presentino maggiori necessità di risanamento, senza creare squilibri alle situazioni territoriali che sono in linea con gli obiettivi della programmazione regionale.

In definitiva quindi, va osservato che l'adozione di tali criteri costituisce legittimo esercizio degli ampi margini di discrezionalità di cui gode la Regione in materia, risulta coerente con gli obiettivi e i criteri enunciati nella deliberazione e nel Piano socio sanitario sopra richiamati, e con la scelta di sfruttare il più possibile il rendimento e l'efficienza delle strutture pubbliche in un'ottica di razionalizzazione e contenimento della spesa sanitaria, mentre le censure volte a lamentare una diminuzione (allo stato non dimostrata) dei livelli di qualità ed efficacia complessiva del servizio sanitario non possono essere oggetto di un sindacato di legittimità quale quello demandato al giudice amministrativo, perché attengono al merito delle scelte dell'azione amministrativa.

Ne discende che anche le censure di cui al secondo motivo devono essere respinte.

3. Il quarto motivo, con il quale i ricorrenti lamentano l'illegittimità della previsione di subordinare l'utilizzo del budget all'integrazione del centro unico di prenotazione dell'Ulss competente, è infondato.

Infatti, come chiarito dalla Regione nelle proprie difese, un'interpretazione sistematica della previsione porta ad escludere che siano ravvisabili le illegittimità denunciate, atteso che il vincolo può operare solo se l'Ulss competente per territorio abbia già provveduto agli adempimenti che spettano alla parte pubblica, mentre non può operare nei casi in cui particolari difficoltà tecniche abbiano impedito di completare l'integrazione.

4. Con le censure di cui ai motivi aggiunti i ricorrenti lamentano l'illegittimità della deliberazione della Giunta regionale n. 2096 del 17 ottobre 2012, con la quale la Regione, per superare le problematichità derivanti dall'applicazione del frazionamento temporale per la determinazione dei tetti di attività, ha consentito la somma dei budget e dei tetti di attività risultanti dai due periodi prima separati, nella parte in cui contiene l'espressione "fermo restando il limite indicato nella DGR n. 832/2012", perché in tal modo è stato reso retroattivo il tetto di spesa anche relativamente ai mesi antecedenti all'entrata in vigore della deliberazione della Giunta regionale n. 832 del 15 maggio 2012.

Tali doglianze devono essere respinte, in quanto una successiva deliberazione della Giunta regionale, essendo fonte di pari grado, può sempre modificare le determinazioni precedenti e, come chiarito dalla giurisprudenza, la fissazione in corso dell'anno di tetti che dispieghino i propri effetti anche sulle prestazioni già erogate, non può considerarsi in quanto tale affetta da illegittimità (cfr. Consiglio di Stato, Adunanza Plenaria, 12 aprile 2012, n. 3; id. 2 maggio 2006, n. 8; Consiglio di Stato, Sez. III, 7 marzo 2012, n. 1289; id. 23 dicembre 2011, n. 6811; id. 7 dicembre 2011, n. 6454; id. 17 ottobre 2011, n. 5550).

In definitiva, deve essere disposta l'estromissione dal giudizio della Fondazione Ircss "Ospedale San Camillo", deve essere dichiarata l'improcedibilità, per sopravvenuta carenza di interesse, del terzo motivo del ricorso originario, mentre i restanti motivi, ivi compresi i motivi aggiunti, devono essere respinti.

Le spese di giudizio seguono la soccombenza e sono liquidate in dispositivo.

P.Q.M.

Il Tribunale amministrativo regionale per il Veneto, III Sezione, definitivamente pronunciando sul ricorso in epigrafe, estromette dal giudizio la Fondazione Ircss "Ospedale San Camillo", e lo dichiara in parte improcedibile e in parte lo respinge, nel senso precisato in motivazione.

Condanna i ricorrenti alla rifusione delle spese di lite in favore della Regione e della Fondazione Ircss "Ospedale San Camillo", liquidandole per ciascuna in € 3000,00 (tremila//00) per spese, diritti ed onorari, oltre, ove dovuti, i.v.a. e c.p.a..

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

Così deciso in Venezia nella camera di consiglio del giorno 17 ottobre 2013 con l'intervento dei magistrati:

Giuseppe Di Nunzio, Presidente

Stefano Mielli, Consigliere, Estensore

Marco Morgantini, Consigliere

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 13/11/2013

IL SEGRETARIO

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