



**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 numero di registro generale 498 del 2013, proposto da:  
Casa di Cura S. Maria Maddalena S.p.A., rappresentata e difesa dagli avv.ti  
Giuseppe Gortenuti, Giovanni Sala e Franco Zambelli, con domicilio eletto presso  
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, Cristina Zampieri ed Emanuele Mio, domiciliata in  
Venezia, Cannaregio, 23;  
Azienda Ulss n. 18 di Rovigo, non costituitasi in giudizio;

***per l'annullamento***

della deliberazione della Giunta Regionale del Veneto n. 2719 del 24 dicembre  
2012, pubblicata sul B.U.R.V. n. 6 del 18 gennaio 2013, avente ad oggetto  
"erogatori ospedalieri privati accreditati trasferimento della quota finanziaria del  
budget di attività ospedaliera non utilizzata in aggiunta al budget ambulatoriale  
dell'anno 2012 DGR n. 832 del 15 maggio 2012".

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio della Regione Veneto;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 19 febbraio 2014 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 Casa di Cura privata Santa Maria Maddalena Spa è una struttura sanitaria accreditata con il servizio sanitario regionale ed ha sede nel territorio del Comune di Occhiobello, nella Provincia di Rovigo, ai confini con la Provincia di Ferrara della Regione Emilia Romagna.

La Regione Veneto, con deliberazione della Giunta regionale n. 832 del 15 maggio 2012, ha assegnato a ciascuna struttura sanitaria accreditata il budget per l'anno 2012, determinando il tetto massimo non superabile di prestazioni sanitarie erogabili con oneri a carico del servizio sanitario regionale, in modo separato per l'assistenza ospedaliera e per l'assistenza ambulatoriale.

La deliberazione, al fine di favorire il decremento del numero di ricoveri e ridurre le liste d'attesa per prestazioni di carattere ambulatoriale, ha consentito per l'anno 2012 di trasferire la quota finanziaria del budget di attività ospedaliera non utilizzata, in aggiunta al budget ambulatoriale dell'anno in corso, previa autorizzazione regionale, con la precisazione che i nuovi budget risultanti da tali trasferimenti avrebbero in seguito costituito i nuovi budget di riferimento dell'erogatore.

Con note del 4 e 20 settembre 2012, la ricorrente ha presentato alla Regione domanda per trasferire dal budget per l'attività ospedaliera relativa ai pazienti veneti a quello per l'attività ambulatoriale relativa ai pazienti veneti una quota di € 500.000, ed una quota di € 500.000 dal budget per l'attività ospedaliera relativa ai pazienti veneti a quello per l'attività ambulatoriale relativa ai pazienti dell'Emilia Romagna.

La Regione, con deliberazione n. 2719 del 24 dicembre 2012, ha respinto l'istanza in ragione del parere negativo espresso in proposito dal Direttore generale dell'Ulss n. 18 di Rovigo.

Il parere è motivato sul rilievo che per l'assistenza ospedaliera nel territorio si è registrato il raggiungimento di un punto di equilibrio considerato ottimale dalla programmazione regionale di 140 ricoveri per 1000 abitanti, e che per l'assistenza ambulatoriale si è invece rilevato un eccesso di offerta, perché, a fronte dell'obiettivo ottimale di 4 prestazioni per assistito, vi è stato un tasso del 6,01.

Con il ricorso in epigrafe tale deliberazione è impugnata per le seguenti censure:

I) violazione degli artt. 32, 41 e 97 della Costituzione, illogicità ed irragionevolezza per il ritardo con il quale è stata assunta la determinazione in merito all'istanza di trasferimento dei budget per l'attività ospedaliera all'attività ambulatoriale, dato che la relativa deliberazione è del 24 dicembre 2012, nonostante la deliberazione n. 832 del 15 maggio 2012, ponesse come riferimento temporale il mese di settembre 2012, e per la mancata considerazione che i trasferimenti di budget richiesti non avrebbero comportato un aggravio per la spesa regionale, ed anzi il trasferimento del budget per l'assistenza ospedaliera ai pazienti veneti al budget per l'assistenza ambulatoriale ai pazienti dell'Emilia Romagna avrebbe comportato un risparmio di spesa;

II) violazione della deliberazione della Giunta regionale n. 832 del 15 maggio 2012, della deliberazione n. 1180 del 25 giugno 2012, difetto di istruttoria ed

irragionevolezza perché il parere del Direttore generale e la deliberazione n. 2719 del 24 dicembre 2012, erroneamente affermano, per respingere l'istanza di trasferimento del budget per l'assistenza ospedaliera ai pazienti veneti al budget per l'assistenza ambulatoriale ai pazienti dell'Emilia Romagna, che tale facoltà non è prevista dalle deliberazioni che disciplinano la materia, in quanto, al contrario, la deliberazione della Giunta regionale n. 1180 del 25 giugno 2012, che ha dato attuazione all'accordo quadro tra le Regioni interessate per gli scambi di prestazioni sanitarie rivolte ai rispettivi cittadini residenti, ha stabilito che, per quanto riguarda i trasferimenti dell'attività tra il tetto ospedaliero ed il tetto ambulatoriale, si fa riferimento alla deliberazione n. 832 del 15 maggio 2012, estendendo il relativo regime;

III) contraddittorietà, illogicità, difetto di istruttoria e sviamento in quanto il parere del Direttore generale, nel respingere l'istanza di trasferimento di una quota di budget per l'attività ospedaliera relativa ai pazienti veneti a quello per l'attività ambulatoriale relativa ai pazienti veneti, fa riferimento alla necessità di non introdurre elementi che allontanino dal raggiungimento degli obiettivi considerati ottimali dalla programmazione regionale, senza considerare che l'autorizzazione di quanto richiesto non avrebbe comportato alcun aggravio di spesa, che nell'Ulss n. 18 si sono palesati degli allungamenti dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali, e che in altre Ulss il trasferimento è stato autorizzato.

Si è costituita in giudizio la Regione replicando alle censure proposte e concludendo per la reiezione del ricorso.

## DIRITTO

1. Il ricorso è infondato e deve essere respinto.

Con il primo motivo la ricorrente lamenta il ritardo con il quale la Regione si è determinata in ordine all'istanza presentata.

Sul punto va osservato che è vero che la deliberazione della Giunta regionale n. 832 del 15 maggio 2012, contiene l'indicazione che il meccanismo del trasferimento del budget va attuato entro il mese di settembre 2012, e che rispetto a questo termine la deliberazione del 24 dicembre è tardiva.

Tuttavia va osservato che nel contesto del procedimento il termine non ha carattere perentorio ma ordinatorio, e la sua violazione comporta pertanto un'irregolarità della procedura, ma non determina di per sé l'illegittimità del provvedimento tardivamente adottato (ex pluribus cfr. Consiglio di Stato sez. IV, 26 giugno 2013, n. 3519; Consiglio di Stato sez. VI 20 giugno 2012 n. 3592), ferma restando la sanzionabilità del ritardo, ove ne ricorrano i presupposti, sotto altri profili (mediante i rimedi contro il silenzio prima dell'adozione dell'atto finale o sotto il profilo di eventuali responsabilità di carattere risarcitorio per eventuali danni da ritardo).

Peraltro va anche rilevato che non tutto il ritardo risulta imputabile all'Amministrazione regionale, atteso che dalla documentazione versata in atti risulta che il parere dell'Ulss è stato reso in data 10 ottobre 2012, che nella domanda presentata vi erano delle carenze formali, in quanto non era stata data una specifica indicazione del riparto del budget da trasferire all'interno delle macroaree dell'attività ambulatoriale, e che vi è stata quindi la richiesta di un'integrazione documentale alla quale la ricorrente ha risposto il 19 novembre 2012.

La censura contenuta nel primo motivo, con la quale la ricorrente lamenta l'illegittimità della determinazione regionale perché adottata oltre il mese di settembre 2012, deve pertanto essere respinta.

2. Con il secondo motivo la ricorrente lamenta l'erroneità delle motivazioni contenute nel parere del Direttore generale poste a sostegno del diniego di trasferimento di una quota del budget per l'attività ospedaliera in favore dei

pazienti veneti, al budget per l'attività ambulatoriale rivolta in favore dei pazienti dell'Emilia Romagna.

In particolare tale parere motiva il diniego di trasferimento sul rilievo che tale fattispecie non è prevista dalla disciplina di settore.

La ricorrente confuta la correttezza di tale affermazione ricordando che al contrario la deliberazione della Giunta regionale n. 1180 del 25 giugno 2012, la quale ha dato attuazione all'accordo quadro tra le Regioni interessate per gli scambi di prestazioni sanitarie rivolte ai rispettivi cittadini residenti, ha stabilito che per quanto riguarda i trasferimenti dell'attività tra il tetto ospedaliero ed il tetto ambulatoriale si fa riferimento alla deliberazione n. 832 del 15 maggio 2012, e che a tale dato non può essere attribuito altro significato di ammettere anche tale tipologia di trasferimento del budget.

La censura è infondata e deve essere respinta, perché si basa su una lettura parziale della deliberazione della Giunta regionale n. 1180 del 25 giugno 2012, e non tiene conto delle modalità di funzionamento dell'accordo quadro tra le Regioni interessate per gli scambi di prestazioni sanitarie rivolte ai rispettivi pazienti residenti (cfr. Tar Veneto, Sez. III, 22 aprile 2009, n.1229).

2.1 Sul punto va osservato che, come è noto, l'organizzazione ed il finanziamento del servizio sanitario nazionale da parte dello Stato a ciascuna Regione avviene mediante l'attribuzione di quote pro-capite per ciascun cittadino residente.

Per svariati motivi e anche per libera scelta un cittadino residente in una Regione può decidere di fruire di prestazioni sanitarie in una Regione diversa.

La Regione di residenza sopporta i costi finanziari della prestazione sanitaria di cui fruiscono i propri cittadini in altra Regione (l'art. 12, comma 3, lett. c, del Dlgs. 30 dicembre 1992, n. 502, dispone infatti che il fondo sanitario nazionale è ripartito anche tenendo conto della "mobilità sanitaria per tipologia di prestazioni, da compensare, in sede di riparto, sulla base di contabilità analitiche per singolo caso

fornite dalle unità sanitarie locali e dalle aziende ospedaliere attraverso le regioni e le province autonome”).

Tuttavia la Regione che ne sopporta i costi, non può esercitare alcuna forma di controllo sulle prestazioni erogate da strutture ubicate in altra Regione, che finiscono per costituire una variabile all’offerta dei propri servizi su cui la programmazione politico - istituzionale di carattere territoriale non riesce ad influire, dato che tali forme di programmazione, verifica e controllo presuppongono che le strutture siano ubicate nel territorio della Regione che esercita i poteri autoritativi, e non possono invece essere esercitate nei confronti di strutture ubicate in altre Regioni.

Per ovviare alle criticità determinate dalla discrasia tra organizzazione e finanziamento su base regionale del servizio sanitario, e libertà di scelta del cittadino del luogo di cura e delle strutture pubbliche o private presso cui fruire delle prestazioni sanitarie, il legislatore statale all’art. 8 sexies, del Dlgs. n. 502 del 1992, come introdotto dal Dlgs. n. 229 del 1999, ha previsto che “il Ministro della sanità, d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l’Agenzia per i servizi sanitari regionali, con apposito decreto, definisce i criteri generali per la compensazione dell’assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza. Nell’ambito di tali criteri, le regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l’autosufficienza di ciascuna regione, nonché l’impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale”.

Il Ministero non ha emanato il decreto ministeriale e le Regioni si sono autonomamente attivate, dapprima nell’ambito della Conferenza Stato Regioni e in seguito a livello bilaterale, per disciplinare in modo coordinato ed unitario la reciproca gestione delle prestazioni di ricovero ospedaliero e di disciplina

ambulatoriale erogate dalle strutture ubicate nella propria Regione in favore di cittadini residenti nella Regione confinante.

2.2 Poste tali premesse va quindi precisato che lo scopo dell'accordo stipulato tra le Regioni Veneto ed Emilia Romagna di cui alla deliberazione della Giunta regionale n. 1180 del 25 giugno 2012, è quello di regolamentare i flussi della mobilità passiva rispetto agli obiettivi programmatici e al fabbisogno della Regione di residenza dei pazienti che fruiscono delle prestazioni erogate da una struttura ubicata nel territorio di altra Regione.

E' per questo motivo che la disciplina prevista dalla Regione Veneto per i pazienti residenti nel proprio territorio rispetto all'erogazione di prestazioni effettuata da strutture ubicate in Veneto non è automaticamente trasponibile alla diversa fattispecie della mobilità interregionale dei pazienti residenti nella Regione Emilia Romagna che usufruiscono di prestazioni erogate da strutture ubicate in Veneto, anche con riguardo al trasferimento del budget per attività ospedaliera al budget per l'attività ambulatoriale.

Sul punto l'accordo allegato alla deliberazione della Giunta regionale n. 3582 del 24 novembre 2009, della quale la deliberazione n. 1180 del 25 giugno 2012, costituisce atto applicativo, afferma che "i tetti finanziari sono specifici per livello assistenziale. Possono essere ammessi trasferimenti di importi economici da un livello all'altro solo in relazione a spostamenti di attività, da ricovero ospedaliero ad attività ambulatoriale, a partire da indicazioni regionali" e, per quanto riguarda la specialistica ambulatoriale, afferma che "visto l'indice di consumo ed il contributo dato a tale indice dall'attività delle strutture venete per cittadini dell'Emilia Romagna, si ritiene che il corrispondente numero di prestazioni erogate sia da ritenersi non incrementabile in relazione al fabbisogno. Tale indice di riferimento può essere modificato solo su specifica committenza, previo accordo con la



regione territorialmente competente, in relazione all'andamento dell'indice di consumo standardizzato”.

Orbene, in tale contesto è evidente che, come chiarito dalle difese della Regione, il richiamo alla deliberazione n. 832 del 15 maggio 2012, contenuto nella deliberazione n. 1180 del 25 giugno 2012, laddove afferma che “per quanto riguarda i trasferimenti dell'attività tra il tetto ospedaliero ed il tetto ambulatoriale, si fa riferimento alle modalità adottate nella DGR n. 832 del 15 maggio 2012”, lungi dall'estendere la disciplina sostanziale prevista da quest'ultima deliberazione per i cittadini residenti in Veneto, che presuppone il perseguimento degli obiettivi programmatici previsti dalla Regione Veneto, ha il solo significato di rinviare alle procedure ivi previste per ottenere il trasferimento di budget da un livello di assistenza all'altro, senza riferirsi alla disciplina sostanziale ivi prevista che è espressamente derogata dalle norme dell'accordo sopra menzionate.

L'affermazione contenuta nel parere del Direttore dell'Ulss e nella deliberazione impugnata, secondo la quale il trasferimento del budget previsto per assistenza ospedaliera dei cittadini residenti nel Veneto al budget per l'assistenza ambulatoriale per i cittadini residenti nella Regione Emilia Romagna non può essere ammesso perché “non previsto”, deve pertanto essere letto non nel senso che non sia astrattamente ammissibile, ma nel senso che l'istanza non può essere accolta perché non si sono verificate le condizioni affinché in concreto possa essere disposto.

3. Con il terzo motivo la ricorrente censura il diniego di trasferimento del budget previsto per l'assistenza ospedaliera ai cittadini residenti in Veneto al budget previsto per i medesimi cittadini relativamente all'assistenza ambulatoriale.

Il diniego è motivato con riferimento alla circostanza che nell'ambito dell'Ulss n. 18 è stato già raggiunto il punto di equilibrio considerato ottimale dalla programmazione regionale di 140 ricoveri per 1000 abitanti, e vi è invece un

eccesso di offerta dell'attività ambulatoriale, dato che l'obiettivo è quello di 4 prestazioni per ogni assistito, mentre si è registrato un tasso del 6,01.

La ricorrente lamenta un difetto di istruttoria e la disparità di trattamento perché lo stesso parere del Direttore generale menziona l'esistenza di una criticità determinata dall'allungamento dei tempi di attesa per le prestazioni ambulatoriali, e perché in altre Ulss, nelle quali si sono verificate condizioni analoghe a quelle registrate nell'Ulss n. 18, il trasferimento di budget è stato autorizzato.

Le doglianze sono infondate, in quanto, come emerge dalla lettura del parere del Direttore generale, risulta che sono stati svolti sufficienti approfondimenti istruttori.

Infatti è la stessa Ulss ad evidenziare l'esistenza di un peggioramento dei tempi di attesa per l'assistenza ambulatoriale con una percentuale dell'84% di prestazioni erogate entro 10 giorni, ma al contempo per tale evenienza fornisce una plausibile spiegazione, alla luce della quale si rende non necessario l'incremento del budget per le prestazioni ambulatoriali.

Viene infatti precisato che il peggioramento è imputabile a ragioni contingenti, perché nel secondo trimestre 2012 non poteva darsi luogo ad alcuna negoziazione del budget, dato che questa è stata resa possibile a partire solo dalla deliberazione della Giunta n. 832 del 15 maggio 2012.

Pertanto anche le censure volte a lamentare il difetto di istruttoria del diniego di trasferimento del budget previsto per l'assistenza ospedaliera ai cittadini residenti in Veneto al budget previsto per i medesimi cittadini relativamente all'assistenza ambulatoriale non può essere accolta.

3.1 La doglianza volta a lamentare una disparità di trattamento rispetto all'autorizzazione al trasferimento del budget disposta in favore di strutture private accreditate che operano negli ambiti di competenza di altre Ulss, nelle quali si sono

verificate condizioni analoghe a quelle registrate nell'Ulss n. 18, è infondata in fatto.

La Regione nelle proprie difese ha infatti dimostrato che le altre Ulss hanno scostamenti inferiori a quello registrato nell'Ulss n. 18 rispetto allo standard regionale del numero di prestazioni ambulatoriali (in base ai dati elaborati al 30 settembre 2012, a fronte di un tasso standard pari a 4 prestazioni per abitante, l'Ulss n. 18, ha un tasso di 6,01; l'Ulss n. 6, ha un tasso di 4,02; l'Ulss n. 9, ha un tasso di 3,03; l'Ulss 20, ha un tasso di 3,77; l'Ulss n. 22, ha un tasso di 4,01).

Anche questa censura va pertanto respinta.

4. Devono invece essere respinte perché inconferenti le censure di irragionevolezza contenute nell'ambito del primo e terzo motivo, con le quali la ricorrente lamenta la mancata considerazione che dall'accoglimento della propria istanza non sarebbe derivato un aggravamento dei costi economici per le finanze pubbliche, trattandosi di un mero trasferimento del budget assegnato.

Da quanto esposto risulta infatti che l'istanza di trasferimento del budget dall'assistenza ospedaliera a quella ambulatoriale è stata respinta non per motivi finanziari, ma perché il suo accoglimento avrebbe portato ad un risultato contrastante con gli obiettivi programmatici delle Regioni interessate anche con riguardo all'appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate.

Anche tali censure contenute nell'ambito del primo e terzo motivo devono essere respinte.

In definitiva il ricorso deve essere respinto.

La peculiarità e parziale novità delle questioni oggetto del giudizio giustificano l'integrale compensazione delle spese tra le parti del giudizio.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Veneto (Sezione Terza) definitivamente pronunciando sul ricorso in epigrafe, lo respinge.

Spese compensate.

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

Così deciso in Venezia nella camera di consiglio del giorno 19 febbraio 2014 con l'intervento dei magistrati:

Giuseppe Di Nunzio, Presidente

Stefano Mielli, Consigliere, Estensore

Marco Morgantini, Consigliere

**L'ESTENSORE**

**IL PRESIDENTE**

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 31/03/2014

IL SEGRETARIO

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