

N. 00692/2014 REG.PROV.COLL.

N. 01410/2012 REG.RIC.



REPUBBLICA ITALIANA

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 1410 del 2012, integrato da motivi aggiunti, proposto da:
Policlinico San Marco S.p.A., rappresentato e difeso dall'avv. Francesco M. Curato, con domicilio
eletto presso il suo studio in Venezia, Piazzale Roma, 468/B;

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. 12 Veneziana, non costituitasi in giudizio;

nei confronti di

Fondazione Ospedale I.R.C.C.S. San Camillo, rappresentata e difesa dagli avv.ti Silvia Muttoni e
Francesca Mazzonetto, con domicilio presso la Segreteria del T.A.R. ai sensi dell'art. 25 cod. proc.
amm.;

per l'annullamento

A) quanto al ricorso originario:

- della deliberazione della Giunta regionale n. 832 del 15 maggio 2012 pubblicata sul BUR Veneto
n. 43 del 5 giugno 2012 con la quale sono stati fissati per l'anno 2012 i criteri per la determinazione
dei volumi di attività e dei tetti di spesa degli erogatori ospedalieri privati equiparati e non
equiparati al pubblico per la definizione degli accordi di cui all'art. 8 quinquies D.Lvo 502/92;

B) quanto ai motivi aggiunti:

- della deliberazione della Giunta regionale n. 2096 del 17 ottobre 2012 avente ad oggetto la rideterminazione dei tetti di spesa per l'assistenza degli erogatori ospedalieri privati accreditati a parziale modifica della deliberazione n. 832 del 15 maggio 2012.

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

Visti gli atti di costituzione in giudizio della Regione Veneto e della Fondazione Ospedale I.R.C.C.S. San Camillo;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 8 maggio 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

Il Policlinico San Marco Spa, struttura privata accreditata con il servizio sanitario, con il ricorso in epigrafe impugna 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) violazione dei principi di buona fede e di tutela del legittimo affidamento, nonché dei principi di efficienza ed economicità dell'azione amministrativa, difetto di istruttoria e perplessità della motivazione, nonché disparità di trattamento perché la riduzione del budget colpisce solo le strutture private che operano in Ulss con una situazione economica giudicata negativa (come l'Ulss n. 12 Veneziana) 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, ed in quanto non viene indicato in quale modo 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, come per la Casa di Cura "Sileno e Anna Rizzola" di San Donà di Piave, è stato riconosciuto un aumento del budget (da € 8.800.000,00 ad € 9.000.000,00) nonostante una riduzione del tetto dei ricoveri o, in altri casi, come per l'IRCSS "San Camillo" del Lido di Venezia è stato confermato il livello del budget precedente, nonostante una forte riduzione del tetto dei ricoveri, ferma restando la mancanza di proporzionalità, per la ricorrente, tra il consistente taglio del budget ed il più limitato taglio del numero dei posti letto;

II) violazione degli artt. 32, 41 e 97 della Costituzione, dei principi della buona fede, della lealtà, dell'affidamento e della partecipazione procedimentale, difetto di istruttoria e di motivazione, disparità di trattamento, travisamento, arbitrarietà, illogicità, contraddittorietà, perplessità, ingiustizia e sviamento in quanto 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 l'erogazione 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.

Successivamente, con deliberazione della Giunta regionale n. 2096 del 17 ottobre 2012, la Regione, per superare le problematiche derivanti dall'applicazione del frazionamento temporale da ultimo menzionato 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".

La ricorrente con nota prot. n. 02/DG/01 dell'8 gennaio 2013, ha proposto al Segretario generale della Sanità della Regione Veneto un'interpretazione dell'inciso sopra riportato che avrebbe potuto scongiurare un'eventuale illegittimità, derivante da un'eventuale sua applicazione retroattiva del tetto.

Non avendo avuto alcun riscontro la ricorrente, 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, con motivi aggiunti impugna la deliberazione della Giunta regionale n. 2096 del 17 ottobre 2012 per le censure di violazione dei principi di tutela dell'affidamento, degli artt. 32, 41 e 97 della Costituzione, nonché degli artt. 4 e 8 quinquies del Dlgs. 30 dicembre 1992, n. 502, illogicità, irragionevolezza e contraddittorietà con la precedente deliberazione, che sanciva la propria irretroattività.

Si è costituita in giudizio la Regione Veneto eccependo in via principale 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 via subordinata eccepisce l'improcedibilità della censura di cui al secondo motivo del ricorso originario, perché superata dalla sopravvenuta deliberazione della Giunta regionale n. 2096 del 17 ottobre 2012, concludendo per la reiezione del ricorso.

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, con ordinanza n. 1263 del 13 novembre 2013, è stata disposta in via istruttoria l'acquisizione di chiarimenti da parte alla Regione in ordine alle censure contenute nell'ambito del primo motivo di mancanza di proporzionalità tra i tagli subiti dal budget e quelli subiti dal numero dei posti letto, e di disparità di trattamento con quanto previsto per la Casa di cura "Sileno e Anna Rizzola".

Alla pubblica udienza dell'8 maggio 2014, in prossimità della quale le parti hanno depositato memorie a sostegno delle proprie difese, 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 allegate 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.

La ricorrente, pertanto, continua ad avere interesse alla definizione nel merito del ricorso.

1.3 Deve invece essere dichiarata l'improcedibilità del solo secondo motivo di ricorso, con il quale la ricorrente lamenta 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 la ricorrente lamenta in primo luogo 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, in secondo luogo contesta 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 contenuta nell'ambito del primo motivo deve quindi essere respinta.

2.2 Parimenti non può essere accolta l'ulteriore censura contenuta nell'ambito del primo motivo con la quale la ricorrente contesta 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 parametrando 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. A seguito dei chiarimenti ottenuti a seguito dell'ordinanza istruttoria n. 1263 del 13 novembre 2013, devono essere respinte anche le censure contenute nell'ambito del primo motivo di disparità di trattamento con quanto previsto per la Casa di cura "Silenio e Anna Rizzola" e di irragionevolezza e di mancanza di proporzionalità tra i tagli subiti dal budget e quelli subiti dal numero dei posti letto.

Quanto al primo punto deve essere rilevato che l'incremento del budget in favore della Casa di cura "Silenio e Anna Rizzola" è giustificato da un dato di carattere previsionale, dovuto alla modifica della schede di dotazione ospedaliera apportate con la deliberazione della Giunta regionale n. 1619 dell'11 ottobre 2011, che hanno consentito l'erogazione da parte di questa struttura di prestazioni di

ricovero di “ortopedia del piede e della mano”, la cui mancanza, nel territorio di competenza dell’Ulss n. 10, in passato ha comportato consistenti fenomeni di mobilità dei pazienti verso altre Ulss della Regione, e che presumibilmente è idoneo a comportare un corrispondente incremento delle prestazioni erogate dalla struttura.

Quanto al secondo punto la Regione ha depositato in giudizio oltre ad una relazione di chiarimenti, un prospetto illustrativo della metodologia di calcolo utilizzata, dal quale emerge che l’utilizzo ottimale delle sale operatorie dell’Azienda Ulss n. 12 ha reso possibile un incremento di 123 interventi all’anno per sala, corrispondenti complessivamente a 2101 intervento all’anno, e che la riduzione di 2101 interventi è stata ripartita tra le strutture private del territorio di perinenza dell’Ulss. n. 12, in modo proporzionale alla somma tra il numero dei posti letto (dichiarati nei flussi ministeriali) non utilizzati, ed il numero dei posti letto corrispondenti ai giorni di ricoveri non urgenti ordinari eccedenti la soglia considerata ottimale (posti letto c.d. outliers), in quanto sintomatici di un utilizzo non appropriato delle risorse pubbliche.

Tali chiarimenti dimostrano l’infondatezza delle censure proposte, perché i criteri adottati, che costituiscono esercizio legittimo della discrezionalità dell’Amministrazione, appaiono privi di profili di illogicità e coerenti con gli obiettivi programmatici generali perseguiti, mentre si rivelano generiche ed indimostrate le ulteriori doglianze volte ad affermare l’erroneità di alcuni dei dati considerati dalla Regione, rispetto ai quali la ricorrente è venuta meno, ai sensi dell’art. 64, commi 1 e 2 cod. proc. amm., all’onere sulla stessa incombente di fornire gli elementi di prova dei fatti posti a fondamento della domanda (in particolare deve darsi atto che la parte ricorrente non ha documentato la fondatezza dell’assunto contenuto nella memoria depositata in giudizio il 4 aprile 2014, circa l’erroneità del numero dei posti letto outliers considerato dalla Regione - per la ricorrente 6 anziché 30 - nonostante la Regione nella memoria di replica abbia espressamente affermato che è l’affermazione della ricorrente ad essere erranea, perché riferita ad altra tipologia di ricoveri, quelli urgenti, relativi ad un diverso intervallo temporale).

Anche le censure di disparità di trattamento, irragionevolezza e mancanza di proporzionalità contenute nell’ambito del primo motivo devono pertanto essere respinte.

4. Con le censure di cui ai motivi aggiunti la ricorrente lamenta l’illegittimità della deliberazione della Giunta regionale n. 2096 del 17 ottobre 2012, con la quale la Regione, per superare le problematiche 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 l’aver modificato le precedenti determinazioni non integra alcuna illegittimità, dato che 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

secondo motivo del ricorso originario, mentre le restanti censure, ivi comprese quelle contenute nei motivi aggiunti, devono essere respinte.

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 la ricorrente alla rifusione delle spese di lite in favore della Regione e della Fondazione Ircss “Ospedale San Camillo”, liquidandole per ciascuna in € 3.000,00 (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 8 maggio 2014 con l'intervento dei magistrati:

Giuseppe Di Nunzio, Presidente

Riccardo Savoia, Consigliere

Stefano Mielli, Consigliere, Estensore

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 22/05/2014

IL SEGRETARIO

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