

Pubblicato il 15/12/2021

**N. 02818/2021 REG.PROV.COLL.**

**N. 01054/2014 REG.RIC.**

**REPUBBLICA ITALIANA**

**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

**Il Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia**

**(Sezione Terza)**

ha pronunciato la presente

**SENTENZA**

sul ricorso numero di registro generale 1054 del 2014, integrato da motivi aggiunti, proposto da - Humanitas Mirasole S.p.A. - Istituto Clinico Humanitas, in persona del legale rappresentante pro-tempore, rappresentato e difeso dall'Avv. Pietro Carlo Sironi ed elettivamente domiciliato presso lo studio dello stesso in Milano, Via Dezza n. 32;

**contro**

- la Regione Lombardia, in persona del Presidente pro-tempore, rappresentata e difesa dall'Avv. Catia Gatto ed elettivamente domiciliata in Milano, Piazza Città di Lombardia n. 1, presso la sede dell'Avvocatura regionale;  
- A.S.L. Milano 2 - Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2, in persona del legale rappresentante pro-tempore, non costituita in giudizio;

**per l'annullamento**

quanto al ricorso introduttivo:

- della D.G.R. della Regione Lombardia n. X/1185 datata 20 dicembre 2013, pubblicata sul B.U.R.L. Serie Ordinaria n. 1 del 2 gennaio 2014;

- di tutti gli atti presupposti, connessi e conseguenti;

quanto al ricorso per motivi aggiunti:

- della comunicazione dell'A.S.L. Milano 2, prot. 0030001/15 del 24 luglio 2015, avente ad oggetto "*Contratto integrativo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2 e l'Ente Humanitas Mirasole Spa per l'erogazione di prestazioni ricovero e di specialistica ambulatoriale (cod. regionale 310030943) anno 2014: Fatturazione saldo importo contrattualizzato*";

- della Circolare Regionale H1.2015.001.3873 dell'11 maggio 2015, avente ad oggetto "*Disposizioni e dati necessari per la redazione dei bilanci di esercizio 2014*";

- della comunicazione dell'A.S.L. Milano 2 a mezzo email del 20 maggio 2014, con cui, in attuazione delle previsioni della D.G.R. n. 1185/2013, è stato comunicato l'importo a saldo del contratto per l'erogazione di prestazione di ricovero e di specialistica ambulatoriale (Cod. Regionale 310030943) - anno 2014;

- nonché di ogni altro atto presupposto, consequenziale o comunque connesso.

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

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

Vista la richiesta del difensore della ricorrente di passaggio in decisione della causa senza discussione;

Visti tutti gli atti della causa;

Designato relatore il consigliere Antonio De Vita;

Nessun difensore presente all'udienza di smaltimento del 2 novembre 2021, svolta ai sensi dell'art. 87, comma 4-bis, cod. proc. amm. e dell'art. 13-quater delle norme di attuazione al cod. proc. amm., come specificato nel verbale;

Ritenuto in fatto e considerato in diritto quanto segue.

**FATTO**

1. Con ricorso introduttivo notificato in data 28 febbraio 2014 e depositato il 28 marzo successivo, l'Istituto Clinico ricorrente ha impugnato la D.G.R. della Regione Lombardia n. X/1185 datata 20 dicembre 2013, pubblicata sul B.U.R.L. Serie Ordinaria n. 1 del 2 gennaio 2014.

Attraverso la deliberazione impugnata, la Regione Lombardia, in sede ridefinizione annuale della programmazione sanitaria, ha dettato "*Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014*", in parte integrative e in parte sostitutive delle previsioni dettate per gli anni precedenti. Da siffatta regolamentazione scaturirebbero rilevanti effetti negativi sull'attività della ricorrente, quale soggetto privato accreditato ad erogare prestazioni per conto del Servizio sanitario pubblico. Una prima modifica avrebbe riguardato i criteri e le modalità di assegnazione delle quote di budget per le strutture private, con l'abbandono del criterio del cd. "*budget storico*" e la decurtazione, nella misura dell'8%, del budget delle risorse ambulatoriali; inoltre, in sede di definizione dei contratti per le strutture private sarebbe previsto un finanziamento pari al 99% di quanto finanziato nel 2013 per le attività di ricovero, mentre per le attività ambulatoriali sarebbe previsto il finanziamento di una percentuale pari al 92% del 99% di quanto finanziato nel 2013; quanto alle funzioni non tariffabili, si prevede per la remunerazione di alcune di esse un nuovo sistema di contabilizzazione a consuntivo e non più l'assegnazione delle risorse già in sede di negoziazione. Sarebbe stata altresì confermata la ripartizione sproporzionata, introdotta negli anni precedenti, delle risorse disponibili tra pubblico e

privato e sarebbe stata pure riformata la disciplina delle attività riabilitative, non condivisa e nemmeno oggetto di confronto preventivo con le associazioni rappresentative degli erogatori pubblici e privati di prestazioni sanitarie.

La parte ricorrente, quale soggetto accreditato con il Servizio sanitario regionale, assumendo l'illegittimità della predetta deliberazione, ne ha chiesto l'annullamento; in primo luogo, con riferimento alle previsioni in materia di determinazione di nuovi criteri per la definizione e l'assegnazione delle risorse finanziarie alle strutture private accreditate per l'anno 2014, sono stati dedotti la violazione degli artt. 2 e 9 della legge regionale n. 33 del 2009 e degli artt. 8 bis e 8 quater del D. Lgs. n. 502 del 1992, la violazione del principio di parità e di competitività delle strutture sanitarie accreditate presso il Servizio sanitario regionale, l'eccesso di potere sotto il profilo del difetto di motivazione, della carenza di istruttoria e della disparità di trattamento e la violazione dei principi di cui agli artt. 3, 32 e 41 Cost.

Con riferimento alle procedure ed ai criteri per la definizione dei contratti 2014, sono stati dedotti la violazione degli artt. 2 e 9 della legge regionale n. 33 del 2009 e degli artt. 8 bis e 8 quater del D. Lgs. n. 502 del 1992, sotto un ulteriore profilo, la violazione del principio di parità e di competitività delle strutture sanitarie accreditate al Servizio sanitario regionale e l'eccesso di potere sotto il profilo della disparità di trattamento.

Con riferimento alle funzioni non tariffabili, è stato dedotto l'eccesso di potere per carenza di istruttoria e difetto di motivazione.

Con riferimento alle funzioni non tariffabili, sotto diverso profilo, sono stati dedotti la violazione di legge con riferimento all'art. 15 del decreto legge n. 95 del 2012 (*"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"*, cd. Spending review), convertito in legge n. 135 del 2012, l'eccesso di potere per carenza di presupposto normativo, il difetto di motivazione e l'incompetenza.

Sempre con riferimento alle funzioni non tariffabili, sotto un ulteriore profilo, sono stati dedotti la violazione dell'art. 2 della legge regionale n. 33 del 2009 e degli artt. 8 bis e 8 quater del D. Lgs. n. 502 del 1992, la violazione degli artt. 41 e 117 Cost., la violazione degli artt. 107, 108 e 109 del Trattato dell'Unione Europea in materia di tutela della concorrenza, la violazione del principio di parità e di competitività delle strutture sanitarie accreditate al Servizio sanitario regionale.

Infine, con riferimento al nuovo sistema di disciplina ed erogazione delle prestazioni di riabilitazione, sono stati dedotti l'eccesso di potere sotto il profilo del difetto di motivazione, della disparità di trattamento e dell'irragionevolezza e il difetto di motivazione.

Si è costituita in giudizio la Regione Lombardia, che ha chiesto il rigetto del ricorso.

2. Con ricorso per motivi aggiunti, notificato in data 8 ottobre 2015 e depositato il 22 ottobre successivo, la parte ricorrente ha altresì impugnato la comunicazione dell'A.S.L. Milano 2, prot. 0030001/15 del 24 luglio 2015, avente ad oggetto *"Contratto integrativo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2 e l'Ente Humanitas Mirasole Spa per l'erogazione di prestazioni ricovero e di specialistica ambulatoriale (cod. regionale 310030943) anno 2014: Fatturazione saldo importo contrattualizzato"*.

Con la nota inviata il 20 maggio 2015, l'A.S.L. Milano 2 ha comunicato alla ricorrente gli importi a saldo per il pagamento della produzione di prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale, definite con il contratto stipulato tra le parti in data 18 aprile 2014; in sede di verifica della correttezza degli importi indicati come *"Saldo 2014"*, la ricorrente avrebbe riscontrato uno scostamento in negativo rispetto a quanto pattuito in sede contrattuale. Dopo una richiesta di chiarimenti da parte dell'Istituto Clinico ricorrente, l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2, con la comunicazione del 24 luglio 2015, ha esplicitato i criteri posti alla base della quantificazione del corrispettivo spettante al predetto soggetto accreditato.

Assumendo l'illegittimità della quantificazione degli importi dovuti, la ricorrente ha impugnato la comunicazione del 24 luglio 2015, deducendo in primo luogo censure di illegittimità derivata rispetto agli atti già gravati con il ricorso introduttivo.

Inoltre sono stati dedotti la violazione di legge, la violazione del principio di buona amministrazione e di affidamento di cui agli artt. 1 della legge n. 241 del 1990 e ss.mm. e art. 97 Costituzione, la violazione degli artt. 2 e 9 della legge regionale n. 33 del 2009 e degli artt. 8 bis e 8 quater del D. Lgs. n. 502 del 1992, la violazione del principio di parità e di competitività delle strutture sanitarie accreditate presso il Servizio sanitario regionale, l'eccesso di potere sotto il profilo del difetto di motivazione, della carenza di istruttoria, della disparità di trattamento e la violazione dei principi di cui agli artt. 3, 32 e 41 Cost.

3. All'udienza di smaltimento del 2 novembre 2021, svoltasi mediante collegamento da remoto in videoconferenza, il Collegio, preso atto della richiesta del difensore della parte ricorrente di passaggio in decisione della causa senza discussione, dopo aver rilevato un possibile parziale difetto di giurisdizione dei ricorsi, ha trattenuto in decisione la controversia.

## DIRITTO

1. Il ricorso introduttivo è infondato.

2. Con la prima doglianza si assume l'illegittimità della deliberazione regionale impugnata, poiché, in sede di ridefinizione annuale della programmazione sanitaria per l'esercizio 2014, la decurtazione dell'8% sul tetto di spesa individuale dell'anno precedente, avente lo scopo di remunerare nuovi operatori che dovessero ottenere l'accreditamento nel Sistema sanitario regionale, sarebbe del tutto priva di motivazione e adottata in carenza di istruttoria, come pure discriminatoria si rivelerebbe la sospensione dell'accreditamento di nuove strutture per tutto il 2014.

2.1. La doglianza è complessivamente infondata.

Va premesso che, secondo il Giudice d'appello, *«l'attuale sistema, che vede il concorso degli operatori privati nell'erogazione di prestazione afferenti il servizio pubblico sanitario, è stato più volte oggetto di ricostruzione da parte*

della giurisprudenza di questa Sezione, la quale nella sentenza n. 207/2016 ha avuto modo di affermare che “gli operatori privati accreditati non sono semplici fornitori di servizi, in un ambito puramente contrattualistico, sorretto da principi di massimo profitto e di totale deresponsabilizzazione circa il governo del settore, ma sono soggetti di un complesso sistema pubblico-privato qualificato dal raggiungimento di fini di pubblico interesse di particolare rilevanza costituzionale, quale il diritto alla salute, su cui gravano obblighi di partecipazione e cooperazione nella definizione della stessa pianificazione e programmazione della spesa sanitaria (Cons. St., sez. III, 29 luglio 2011 n. 4529, 14 giugno 2011 n. 3611 e 13 aprile 2011 n. 2290; Corte Costituzionale 28 luglio 1995 n. 416)”. Ne deriva che il privato che concorra, a determinate condizioni, oltre che allo svolgimento dell’attività d’impresa in regime privatistico, anche all’erogazione delle prestazioni del servizio pubblico, non versa certamente nella medesima condizione e posizione rispetto alle strutture pubbliche, tale da legittimare una rivendicazione all’equiparazione del regime del finanziamento del comparto» (Consiglio di Stato, III, 31 maggio 2021, n. 4168).

Quindi, «le riduzioni o meglio la razionalizzazione della spesa dell’ordinamento regionale non è vincolata al D.L. n. 95/2012, che fissa obiettivi minimi di contenimento, ma rientra nella potestà programmatiche delle regioni e, conseguentemente, anche la determinazione del quantum da destinare al finanziamento delle “funzioni non tariffabili” rientra senza dubbio nelle scelte della Regione, cui è affidato il governo della spesa sanitaria e l’organizzazione del relativo sistema, scelte ampiamente discrezionali, sindacabili solo per manifesta irragionevolezza» (Consiglio di Stato, III, 31 maggio 2021, n. 4168; anche 11 maggio 2021, n. 3719).

Del resto, come già evidenziato da questa Sezione (ex multis, sentenza 13 gennaio 2021, n. 94), pur esistendo elementi di concorrenzialità nella gestione dei servizi sanitari, in tale ambito non vige un regime di puro di mercato.

Il sistema misto pubblico-privato costituisce, piuttosto, uno strumento correttivo correlato alla introduzione di meccanismi di gestione orientati all’efficienza ed alla programmazione delle procedure di erogazione delle prestazioni, sebbene persistano stringenti ragioni di ordine economico che giustificano la sottrazione dei servizi sanitari alle forze del libero mercato, «venendo in questione tipologie di “beni” che per le loro particolari caratteristiche non consentono un’allocazione efficiente delle risorse disponibili nell’ambito di un contesto economico di tipo concorrenziale, ma generano, piuttosto, rilevanti casi di “fallimento del mercato”» (così, T.A.R. Lombardia, Milano, III, 16 giugno 2010, n. 1891, che poi prosegue: «La qualificazione, in termini economici o meno, dell’attività esercitata dalle strutture pubbliche erogatrici di servizi sanitari passa attraverso la valutazione di precisi elementi di riferimento alla cui stregua ricostruire le caratteristiche organizzative dei servizi. Nel caso che ci occupa, sussistono decisivi parametri strutturali e funzionali che depongono nel senso del carattere non imprenditoriale dell’attività in questione. Le strutture pubbliche del SSN non costituiscono imprese o associazioni di imprese (anche nella nozione presa in considerazione delle regole comunitarie in materia di concorrenza) dal momento che:

- svolgono una funzione di carattere esclusivamente sociale, basata sul principio della solidarietà, sprovvista di ogni scopo di lucro, dove le prestazioni sono previste dalla legge ed erogate gratuitamente indipendentemente dalla loro remuneratività, assicurando la copertura universale dei cittadini il cui benessere è in linea con gli obiettivi posti dagli articoli 2 e 3 Cost.;
- il finanziamento proveniente dalla fiscalità generale consente la redistribuzione del reddito da soggetti economicamente più abbienti ad altri che, in mancanza di questo meccanismo ed in ragione dei loro mezzi e condizioni di salute, sarebbero privati della necessaria tutela;
- la disciplina legale regola gli aspetti qualitativi e quantitativi delle prestazioni da erogare;
- l’attività dei gestori è, pertanto, sottoposta ad un pieno e pervasivo controllo statale senza che essi abbiano alcuna possibilità di influire sull’impiego dei fondi pubblici e sulla determinazione dell’entità delle prestazioni;
- la funzione esclusivamente sociale svolta è assolutamente prevalente rispetto alle ragioni che militerebbero a favore di una gestione economica dell’attività in questione e ciò fa sì che le strutture pubbliche non sono in effettiva concorrenza né tra loro né con gli istituti privati per quanto riguarda l’erogazione delle prestazioni legali ed obbligatorie di tipo medico;
- gli elementi proconcorrenziali introdotti dal legislatore vanno collocati all’interno delle politiche di contenimento della spesa e di implementazione dell’efficienza e non sono in grado di trasfigurare un regime ancora fortemente permeato da elementi solidaristici e redistributivi.

Soltanto ove il legislatore nazionale mutasse in maniera sostanziale le caratteristiche strutturali di tale sistema, conformando in termini economici l’attività delle strutture sanitarie pubbliche, diverrebbe ineludibile l’applicazione delle regole del Trattato applicabili alle imprese»).

Ne discende la piena legittimità della determinazione regionale in ordine alla decurtazione del budget dell’8% per favorire l’ingresso di nuovi operatori privati, come statuito con la sentenza del Consiglio di Stato, III, 16 settembre 2013, n. 4574. Quanto poi alla dedotta illegittimità della sospensione dell’accreditamento di nuove strutture per tutto l’anno 2014, la stessa è inammissibile per carenza di interesse, stante la veste di operatore già accreditato della ricorrente, la quale pertanto non subisce alcun pregiudizio dalla richiamata previsione.

2.2. Ciò determina il rigetto della prima doglianza.

3. Con la seconda, la quarta e la quinta censura del ricorso introduttivo, da trattare congiuntamente in quanto strettamente connesse, si assume una illegittima disparità di trattamento nelle previsioni di finanziamento della spesa sanitaria tra le strutture pubbliche e quelle private accreditate, essendo stata operata una maggiore ingiustificata decurtazione a carico di queste ultime.

3.1. Le doglianze sono infondate.

Come già rilevato dalla Sezione in precedenti giudizi (ex multis, sentenza 13 gennaio 2021, n. 94), deve escludersi la sussistenza della reclamata parità tra le strutture private soggette al regime concessorio dell'accreditamento e le strutture pubbliche istituzionalmente titolari del servizio pubblico, poiché lo svolgimento del servizio a mezzo delle Aziende sanitarie locali si connota quale forma di gestione necessaria e, per talune tipologie di prestazioni, esclusiva: le aziende sanitarie locali si configurano, pertanto, come soggetti erogatori ad istituzione obbligatoria, mentre le altre forme organizzative, di cui la Regione può avvalersi, sono moduli eventuali dovendosi al contempo difendere la legittimità costituzionale del vigente sistema, «*fintantoché il servizio sanitario nazionale risponda ad una missione pubblica, come tale sottratta al regime di necessaria liberalizzazione (anche in prospettiva comunitaria)*» (così, T.A.R. Campania, Salerno, I, 11 aprile 2003, n. 271).

A tal fine, è utile richiamare quanto sostenuto dalla Corte costituzionale, secondo cui «*la censura riferita all'art. 3 Cost., sotto il profilo della disparità di trattamento tra strutture accreditate, pubbliche e private, e tra strutture private che erogano o meno prestazioni per conto del S.s.n., del pari non è fondata. La equiordinazione delle prime, esclusa da questa Corte, sia pure in relazione ad uno specifico profilo (concernente le fonti di finanziamento complessivo delle medesime, sentenza n. 111 del 2005), comunque già da solo sufficiente ad incidere sull'asserita omologia delle situazioni, deve infatti essere esclusa, tra l'altro, in quanto la doverosa peculiarità connessa alla natura pubblica della struttura comporta che su di essa grava l'obbligo di prestare i servizi, anche oltre il tetto di spesa assegnato. La evidente diversità delle situazioni delle strutture private che erogano prestazioni per conto del S.s.n., ovvero di privati, rende inoltre chiara l'insussistenza della denunciata violazione del principio di eguaglianza in riferimento a queste fattispecie in comparazione*» (Corte costituzionale, sentenza 2 aprile 2009, n. 94).

Infine, a conforto delle suesposte considerazioni, può altresì richiamarsi quanto già rilevato al precedente punto 2.1.

3.2. Ne discende il rigetto anche delle esaminate doglianze.

4. Con il terzo e il sesto motivo del ricorso introduttivo, da trattare congiuntamente in quanto strettamente connessi, si assume l'illegittimità della previsione che stabilisce un nuovo sistema di remunerazione per le funzioni non tariffabili, soprattutto in relazione all'assistenza riabilitativa (par. 2.3.3 dell'All. 3 alla deliberazione impugnata), in quanto la sua eccessiva genericità impedirebbe alla parte ricorrente di programmare la sua attività; peraltro si tratterebbe di una disciplina del tutto incongrua.

4.1. Le doglianze sono infondate.

Con riguardo alla “*Funzione per complessità dell'Assistenza riabilitativa*”, la deliberazione impugnata stabilisce il superamento della disciplina in vigore, prevedendo che la remunerazione a prestazione come attività di ricovero e cura avverrà secondo le modalità ivi previste, esplicitate nella parte dedicata alle attività riabilitative (pag. 33, punto 2.3.3); in tal senso va evidenziato che nell'Allegato 3- SUB ALLEGATO C “*Attività riabilitative*” si dettagliano tutte le specifiche relative a tale attività, con la conseguenza che dalle stesse si può (o si dovrebbe) desumere anche il criterio per stabilire il livello di loro remunerabilità. La veste di operatore qualificato dell'Istituto ricorrente dovrebbe metterlo nella condizione di poter comprendere e ricavare da tali indicazioni tutti gli elementi utili per la programmazione della propria attività.

Quanto alla legittimità della determinazione regionale, va rilevato come attraverso di essa sia stata assicurata “*per il sistema una manovra tariffaria ad impatto zero che garantisce anche l'equivalenza complessiva rispetto al nuovo tariffario nazionale di cui al DM 18 ottobre 2012 Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale*” (punto 7 dell'All. 3 alla deliberazione impugnata).

Anche la contestata differenziazione delle tariffe sulla base della classificazione delle strutture eroganti, si giustifica con gli obiettivi perseguiti dalla Regione in ordine al miglioramento delle prestazioni rese e alla loro appropriatezza. Difatti, nell'ambito delle “*Finalità, definizione ed individuazione delle Unità di offerta di riabilitazione clinica ospedaliera*” si è specificato che “*un'Unità di riabilitazione clinica deve avere requisiti e finalità di tipo prevalentemente riabilitativi, indipendentemente dalla patologia d'organo prevalente che ha condotto alla disabilità. Questo non deve consentire, tuttavia, una genericità della offerta rispetto alle necessità specifiche dei pazienti. L'idoneità di una Unità operativa ad accogliere una certa tipologia di pazienti dovrà corrispondere a requisiti di accreditamento centrati su requisiti tecnologici e organizzativi. Occorre quindi passare da una logica di accreditamento centrata su requisiti minimi poco differenziati ad una logica di accreditamento sia di requisiti minimi, sia di requisiti “di programma”*» (punto 4, lett. d). Tale obiettivi sono rafforzati dalla previsione di “*Criteri generali per una revisione dei criteri di accreditamento di unità di offerta di riabilitazione clinica ospedaliera*”, in cui si prevede (i) di recuperare «*il concetto di “alta complessità”, attribuibile soltanto ad alcune Unità di offerta intensive. Potrebbero rientrare in questa classe sia le Unità Spinali unipolari sia alcune Unità di Neuroriabilitazione (già cod. 75) o di riabilitazione funzionale (già cod. 56), riconducibili di fatto al concetto di Unità per le gravi cerebrolesioni acquisite (Linee guida del 1998), sia Unità di riabilitazione in età evolutiva; purché in possesso di requisiti di struttura e di programma particolarmente elevati (...)*»; (ii) di introdurre «*il concetto di congruenza fra intensità e complessità della struttura e della attività effettiva. Appare proponibile il “criterio del 70%” per definire IAC o intensiva una struttura: ovvero, la struttura in possesso di requisiti IAC, deve (su base storica annuale) avere anche dimesso più del 70% di casi IAC. Per avere la qualifica di intensiva la struttura deve avere dimesso tra il 50% ed il 70% di casi IAC o Intensivi. Per avere la qualifica di estensiva deve avere dimesso per almeno il 31% di casi estensivi. La classe della struttura dovrebbe essere modificata a partire dall'anno successivo a quello di computo del case-mix dimesso*» (punto 4, lett. e).

Pertanto non risulta né discriminatorio né illegittimo il sistema individuato dalla Regione Lombardia, considerata l'ampia discrezionalità dell'Amministrazione in tale ambito e l'assenza di una posizione di affidamento qualificato della ricorrente al mantenimento dello status quo ante.

4.2. Ciò determina il rigetto delle esaminate censure.

5. All'infondatezza delle scrutinate doglianze segue il rigetto del ricorso introduttivo.

6. Il ricorso per motivi aggiunti, come rilevato d'ufficio dal Collegio, è inammissibile per difetto di giurisdizione.

6.1. Difatti la comunicazione dell'A.S.L. Milano 2, prot. 0030001/15 del 24 luglio 2015, avente ad oggetto "*Contratto integrativo per la definizione dei rapporti giuridici ed economici tra l'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Milano 2 e l'Ente Humanitas Mirasole Spa per l'erogazione di prestazioni ricovero e di specialistica ambulatoriale (cod. regionale 310030943) anno 2014: Fatturazione saldo importo contrattualizzato*", viene contestata in relazione all'asserita errata quantificazione e assegnazione degli importi dovuti in conseguenza delle prestazioni rese nell'ambito del rapporto di accreditamento con il Sistema sanitario regionale.

La controversia azionata risulta così rientrare nell'ambito della giurisdizione ordinaria, non venendo in rilievo, nel caso di specie, e nell'ambito di un sistema assimilabile ad un rapporto concessorio di pubblico servizio (qual è il sistema sanitario di accreditamento di cui all'art. 8 del D. Lgs. n. 502 del 1992), un profilo legato all'esercizio, da parte della pubblica Amministrazione, di poteri discrezionali, bensì emergendo una mera determinazione della remunerazione delle prestazioni effettuate dai soggetti privati accreditati, all'interno di un rapporto di credito-debito di cui può essere accertato il diritto nelle sue voci costitutive, sulla base di elementi di calcolo certi o determinabili con una semplice operazione di interpretazione dei disposti normativi regolanti la concreta fattispecie.

6.2. Sussiste dunque, con riferimento al ricorso per motivi aggiunti, il difetto di giurisdizione di questo Tribunale e la sussistenza della giurisdizione del Giudice ordinario.

7. Le spese del giudizio possono essere compensate tra le parti, in ragione della complessità della vicenda giuridica esaminata.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per la Lombardia (Sezione Terza), definitivamente pronunciando, respinge il ricorso introduttivo e dichiara inammissibile per difetto di giurisdizione il ricorso per motivi aggiunti.

Individua quale giudice munito di giurisdizione, quanto alle domande contenute nel ricorso per motivi aggiunti, il Giudice ordinario, dinanzi al quale il processo potrà essere riproposto ai sensi dell'art. 11 cod. proc. amm.

Spese compensate.

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

Così deciso in Milano nella camera di consiglio del 2 novembre 2021, svolta ai sensi dell'art. 87, comma 4-bis, cod. proc. amm. e dell'art. 13-quater delle norme di attuazione al cod. proc. amm., con l'intervento dei magistrati:

Stefano Celeste Cozzi, Presidente

Antonio De Vita, Consigliere, Estensore

Paolo Nasini, Referendario

**L'ESTENSORE**

**Antonio De Vita**

**IL PRESIDENTE**

**Stefano Celeste Cozzi**

IL SEGRETARIO