

Pubblicato il 19/05/2022

N. 01315/2022 REG.PROV.COLL.

N. 00024/2019 REG.RIC.

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 della Campania

sezione staccata di Salerno (Sezione Terza)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso, numero di registro generale 24 del 2019, integrato da motivi aggiunti, proposto da:

Tivan s. r. l., in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dagli Avv. Enza Maria Accarino e Gaetano Di Giacomo, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto, in Salerno, alla piazza Flavio Gioia, 3, presso l'Avv. Di Giacomo;

contro

ASL Salerno, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'Avv. Valerio Casilli, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia e domicilio eletto, in Salerno, alla via Nizza, 146;

Regione Campania, in persona del legale rappresentante pro tempore, non costituita in giudizio;

Commissario Ad Acta per l'Attuazione del Piano di Rientro Sanitario Regione Campania, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentato e difeso dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Salerno, domiciliato ex lege in Salerno, al Corso Vittorio Emanuele, 58;

nei confronti

I.P.R.Ha. s. r. l., in persona del legale rappresentante pro tempore, non costituita in giudizio;

per l'annullamento,

per quanto riguarda il ricorso introduttivo:

- A) della delibera dell'ASL Salerno, n. 296 del 16.11.2018, avente ad oggetto: "Deliberazione n. 236/2018 D.C.A. n. 41 del 29.05.2018 – Macroarea assistenza riabilitativa ex art. 26 l. 833/1978 – Tetti di spesa anno 2018/2019 – Integrazioni e rettifiche", nella parte in cui assegna alla ricorrente un tetto di spesa, non corrispondente a quello, assegnato e contrattualizzato nell'anno 2017, di fatto determinando un'ingente perdita ai suoi danni;

- B) della delibera dell'ASL Salerno, n. 236 del 22.10.2018, avente ad oggetto: "Decreto del commissario ad acta n. 41 del 29.05.2018 – Macroarea assistenza riabilitativa ex art. 26 l. 833/1978 – Tetti di spesa anno 2018 – Provvedimenti", nella parte in cui assegna alla ricorrente un tetto di spesa, non corrispondente a quello, assegnato e contrattualizzato nell'anno 2017, di fatto determinando un'ingente perdita ai suoi danni;

- C) ove possa occorrere, del D.C.A. n. 41/2018, avente ad oggetto: "Definizione per gli esercizi 2018 e 2019 dei limiti prestazionali e di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78", ove lesivo ed ove interpretabile in senso difforme da quello qui fatto valere, nonché nella parte in cui prevede (punto J del RITENUTO altresì) [...] j. di precisare che per le strutture sanitarie private accreditate che non sottoscrivano il contratto approvato dal presente decreto, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così come formulata dalla ASL competente – fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria – in quanto prive di contratto, dal 1° luglio 2018 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D. Lgs. 502/1992 (introdotta dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D. L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008);

- D) della clausola, art. 12 dello schema di contratto allegato 4 al D.C.A. 41/2018 – Art. 12 (Clausola di salvaguardia), secondo cui: "1. Con la sottoscrizione del presente contratto la sottoscritta struttura privata accetta completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di determinazione delle tariffe e ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto per il periodo di efficacia dello stesso. 2. In considerazione dell'accettazione dei provvedimenti indicati al comma 1 (provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, delle tariffe ed ogni altro atto agli stessi collegato o presupposto) con la sottoscrizione del presente contratto, la struttura privata rinuncia alle azioni/impugnazioni già intraprese avverso i predetti provvedimenti ovvero ai contenziosi instaurabili contro i provvedimenti già adottati e conoscibili, aventi effetti temporalmente circoscritti alla/alle annualità di erogazione delle prestazioni, regolate con il presente accordo/contratto",

costituendo evidente clausola vessatoria che limita ed annulla il diritto di difesa della ricorrente, costretta a sottoscrivere il contratto, accettandone le condizioni e i termini, anche se palesemente iniqui;

- E) ove possa occorrere, del D.C.A. n. 103/2016 - “Definizione per gli esercizi 2016/2017 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati: integrazioni e modifiche urgenti dei decreti commissariali n. 85 e n. 89 dell’8/8/2016”, nella parte in cui ha modificato il testo della clausola di salvaguardia, previsto negli schemi di contratto ex art. 8 quinquies del D. Lgs. n. 502/92 e s.m.i. dai DCA nn. 85 e 89 del 2016 e, quindi, in parte qua dei D.C.A. medesimi, nn. 85 e 89/2016, che hanno recepito la modificazione;
- F) della nota ASL prot. n. PG/2018/297969 dell’11.12.2018, avente ad oggetto: “Macroarea della riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78 – Convocazione per sottoscrizione contratto anni 2018 – 2019, ai sensi del D.C.A. n. 41 del 29/05/18, in cui “si ricorda che la mancata sottoscrizione del contratto costituirà motivo di sospensione del rapporto di accreditamento fino alla rimozione della condizione sospensiva”;
- G) ove possa occorrere, ed ove lesivo, del D.C.A. n. 14/2017, d’approvazione dei “Programmi Operativi 2016 – 2018”, che prevede l’intervento 6.1 “Rapporti con gli erogatori privati”, in cui ribadisce la finalità, per il triennio di riferimento, del miglioramento dell’appropriatezza delle attività, erogate dai privati accreditati, riepilogando le misure già previste dai decreti già adottati di definizione dei limiti di spesa, e tra essi anche il D.C.A. n. 85/2016, per la riabilitazione territoriale, ove lesivo ed ove interpretabile in senso difforme da quello, qui fatto valere;
- H) ove possa occorrere e/o ove lesivo, del provvedimento/circolare dell’ASL SA (a firma del direttore U.O.C. Assistenza Accreditata, Funzione proponente le delibere nn. 910/2017; 236 e 296/2018), avente ad oggetto: “Criteri per la determinazione dei volumi prestazionali massimi e limiti di spesa, in esecuzione del DCA 41/2018”, ove lesivo ed ove interpretabile in senso difforme da quello, qui fatto valere;
- I) ove possa occorrere, ed ove lesiva, della delibera ASL SA n. 910/2017 del 3.10.2017, avente ad oggetto: “Decreto del commissario ad acta n. 85 dell’8/8/2016 – Macroarea Assistenza Riabilitativa ex art. 26 l. 833/1978 – Tetti di spesa anno 2017 – Provvedimenti”, e del richiamato D.C.A. n. 85/2016, ove interpretabili in senso difforme da quello, qui fatto valere;
- L) d’ogni altro atto presupposto, connesso e consequenziale, compresi atti interni non conosciuti e verbali dei tavoli tecnici, non conosciuti;
- M) ove possa occorrere, del silenzio serbato dall’ASL sulle istanze, inoltrate in data 5.11.2018 e 4.12.2018; e per la declaratoria del diritto/interesse della ricorrente a vedersi assegnato, per gli anni 2018 e 2019, un tetto di spesa, per la macroarea assistenza riabilitativa (art. 26 l. 833 /1978), pari al tetto assegnato e contrattualizzato nell’anno 2017 e con l’applicazione della percentuale d’incremento dovuto per il setting ambulatoriale/domiciliare sui volumi, contrattualizzati nell’anno 2017; nonché per la condanna dell’Amministrazione resistente alle correlate obbligazioni; per quanto riguarda i motivi aggiunti:

- A) ove lesivo ed ove possa occorrere, del contratto sottoscritto in data 4.02.2019 tra la ricorrente e l’ASL SA, avente ad oggetto (si legge letteralmente nell’art. 2): “La fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della l. 833/1978 (come definita dal D.P.C.M. 20 novembre 2001, recante “definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza”), comprensivi delle prestazioni che superino i 240 giorni di trattamento, da remunerarsi con le tariffe previste dal D.C.A. n. 6/2010, che l’A.S.L. Salerno acquista dalla struttura erogatrice, da erogarsi nel periodo 1° gennaio – 31 dicembre 2018 (nonché nel 2019), da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa. Pertanto la disciplina recata dal presente contratto fissa limiti massimi, entro i quali possono rientrare le prestazioni, da erogarsi nel corso dell’anno 2018 nonché nel 2019”, nella parte in cui assegna alla ricorrente (negli anni 2018 e 2019) un tetto di spesa, non corrispondente a quello assegnato e contrattualizzato nell’anno 2017, di fatto determinando un’ingente perdita ai suoi danni; nonché nella parte in cui riproduce, all’art. 12, la cd. clausola di salvaguardia, che si palesa come clausola vessatoria; nonché degli atti, già impugnati con il ricorso principale;

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

Visti gli atti di costituzione in giudizio dell’ASL Salerno e del Commissario Ad Acta per l’Attuazione del Piano di Rientro Sanitario Regione Campania;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore, nell'udienza pubblica del giorno 4 maggio 2022, il dott. Paolo Severini;
Uditi per le parti i difensori, come specificato nel verbale;
Ritenuto e considerato, in fatto e in diritto, quanto segue;

FATTO

La società ricorrente, struttura sanitaria accreditata, con il SSR, per la branca della riabilitazione, la quale erogava, giusta contratto sottoscritto ex art. 8 quinquies, comma 2, del d. lgs. 502/1992, prestazioni ambulatoriali, domiciliari e di semiconvitto o semiresidenziali (art. 26 l. 833/1978), premesso che: in base all'ultimo contratto, sottoscritto il 25.10.2017, ex art. 8 quinquies, comma 2, d. lgs. 502/1992, in esecuzione del D.C.A. n. 85 dell'8.08.2016 (modificato dal D.C.A. n. 103/2016), l'ASL Salerno le aveva assegnato il seguente tetto (volumi di prestazioni e limiti di spesa): per prestazioni ambulatoriali/ambulatoriali p. g. di riabilitazione, ex art. 26 l. 833/1978, €. 1.230.000,00; per prestazioni domiciliari di riabilitazione, ex art. 26 l. 833/1978, €. 360.000,00; per prestazioni semiresidenziali di riabilitazione, ex art. 26 l. 833/1978, €. 552.000,00 (al netto della quota di compartecipazione dell'utente/comune, dovuta in caso di superamento dei 240 giorni di degenza, stimata in €. 90.718,10, di cui era unico debitore l'utente o il Comune di residenza); il tetto di spesa per singole prestazioni era stato assegnato e contrattualizzato, a seguito della rimodulazione delle prestazioni, autorizzata dalla stessa ASL; in particolare, atteso il riscontrato aumento del fabbisogno, sul territorio di Battipaglia, di prestazioni ambulatoriali, la ricorrente aveva chiesto, il 26.11.2016, l'autorizzazione a ridurre le prestazioni di semiresidenziale, a vantaggio delle ambulatoriali, e l'ASL aveva autorizzato tale rimodulazione, con provvedimento del 30.05.2017, prot. n. 127621, cui era seguita altra corrispondenza, diretta a "rendere operativa" l'autorizzazione in questione; in occasione dell'adozione, in data 3.10.2017, della delibera n. 910, sui tetti di spesa anno 2017, l'ASL aveva dato atto di mantenere, per il 2017, i tetti di spesa del 2016, fatta eccezione per talune strutture, tra cui la ricorrente, che avevano richiesto l'autorizzazione (nell'ambito del budget assegnato) ad uno spostamento di risorse, da semiresidenziale al setting ambulatoriale, attesa la maggiore richiesta, confermata dai distretti, di prestazioni ambulatoriali e domiciliari; la delibera n. 910 del 3.10.2017 era stata integrata, e superata, dal contratto del 25.10.2017, a valere per l'anno 2017 e successivi (per i principi dell'affidamento e della prorogatio), in cui l'ASL aveva tenuto conto dell'autorizzazione rilasciata, assegnando i correlativi volumi di prestazioni e limiti di spesa, distinti per tipologia e, sulla base di tali volumi prestazionali, la ricorrente aveva organizzato la sua attività, anche per il 2018. Tanto premesso, lamentava che "malgrado le indicazioni contenute nel DCA di riferimento, 41/2018, in ordine alla necessità dell'adozione di criteri ragionevoli che tenessero conto dei fatturati realizzati e del trend registrato" (aumento di prestazioni ambulatoriali, rispetto a quelle domiciliari, confermato anche dalla circolare, adottata dall'ASL), l'epigrafata delibera n. 236 del 22.10.2018 le aveva sottratto, rispetto ai volumi prestazionali del 2017, un'ingente somma nel setting domiciliare/ambulatoriale, incrementando viceversa il fatturato del semiresidenziale, di circa € 80.000,00 (nella deliberazione n. 296/2018, l'incremento era passato, addirittura, ad € 179.910,00), fatturato che, a fine 2018, giammai la ricorrente avrebbe potuto realizzare; ciò, in quanto, piuttosto che utilizzare i volumi di prestazioni e i limiti di spesa previsti nel contratto del 25.10.2017, l'ASL aveva adoperato i dati, in fieri, della delibera n. 910/2017, con la conseguenza che, seppure il tetto complessivo 2017 era sempre di € 2.142.501,00, lo stesso era stato distribuito in modo difforme da quello contrattualizzato, con la conseguenza che l'applicazione delle percentuali d'incremento (ambulatoriale) e decremento (domiciliare) finivano con l'incidere, negativamente, sul fatturato medesimo, come realizzato, determinando, ai suoi danni, un'ingente perdita; segnalava d'averne, pertanto, inoltrato, all'ASL, un atto d'invito e diffida, a rettificare i dati e ad assegnarle (sempre nell'ambito del tetto complessivo assegnato) un tetto di spesa, coerente con quello, contrattualizzato nel 2017 (incrementato, per quanto concerneva il setting ambulatoriale – domiciliare, della percentuale riconosciuta); ma che, senza riscontrare la diffida, l'ASL, il 16.11.2018, aveva adottato l'epigrafata delibera integrativa, n. 296/2018, la quale aveva ribadito, quale criterio ispiratore per la determinazione dei tetti di spesa 2018 – 2019, quello della piena perequazione, sì da assegnare a ciascuna struttura accreditata un incremento proporzionale, rispetto al tetto di spesa 2017, pari alla variazione percentuale d'incremento delle risorse, assegnate dalla Regione Campania all'ASL Salerno, giacché "nelle more della stipula dei nuovi contratti a valere per il biennio 2018/2019 ciascuna struttura ha operato un legittimo affidamento su quanto statuito per l'anno 2017"; ma, ancora una volta, l'ASL s'era "sottratta al confronto, procedendo a rettificare la

precedente delibera solo per assegnare, ex abrupto, € 1.005.000,00” ad altro centro, “a seguito di una sentenza non meglio identificata”, laddove la ricorrente era stata nuovamente penalizzata, in quanto l’ASL non aveva preso in considerazione il contratto 2017, che aveva sostituito e rettificato (per quanto la concerneva) la delibera ASL n. 910/2017, in quanto “i fatturati realizzati ed il trend, registrato dalla ricorrente, nel 2017 (di decremento del semiresidenziale e del domiciliare a favore dell’ambulatoriale) non sono quelli riportati né nella delibera n. 236 del 22.10.2018 né in quella n. 296/2018”, le quali, di fatto, le avevano sottratto (rispetto ai volumi prestazionali ambulatoriali e domiciliari, autorizzati e contrattualizzati nel 2017), la somma di € 192.905,00”, cui andava aggiunta “la sicura perdita nel semiresidenziale, pari all’incremento di € 179.910,00 (riconosciuto dalla delibera n. 296/2018)” che la ricorrente, tuttavia, giammai avrebbe potuto realizzare, a fine 2018; in particolare, “se si tiene conto che il fatturato contrattualizzato nel setting amb/dom, anno 2017, è stato di € 1.590.000,00, applicando ad esso il 7,42% (percentuale d’incremento, riconosciuta nella delibera 296/2018)”, la ricorrente “avrebbe dovuto vedersi riconosciuto un importo annuale, nel setting amb/dom, di € 1.707.660,00 (+ € 117.660,00)”, laddove s’era vista assegnare € 1.514.775,00 “ossia € – 75.245,00 rispetto al suo tetto, contrattualizzato, del 2017 (pari a - 4,75% di 1.590.000,00) per un decremento totale di € 192.905,00 [- 75.245,00 + (- 117.660,00)]”; a tale decremento, andava poi aggiunta la perdita, per mancato raggiungimento del tetto per il settore semiresidenziale (pari ad € 179.910,00): “il tetto della ricorrente, nel 2017, nel semiresidenziale, era di € 552.501,00 (a seguito dell’autorizzata rimodulazione, neanche raggiunto)”; mentre “la delibera impugnata assegna, alla ricorrente, € 732.411,00: la differenza di € 179.910,00 è perdita certa (non avendo la ricorrente domanda ulteriore, su tale segmento prestazionale)”; rappresentava d’avere, allora, notificato il 4.12.2018, all’ASL, una seconda diffida, cui, ancora una volta, l’ASL non aveva dato riscontro, invitandola anzi, l’11.12.2018, alla sottoscrizione del contratto, nei giorni 14 e/o 17 dicembre 2018, preavvertendola che, in mancanza, il rapporto d’accreditamento sarebbe stato sospeso; con la conseguenza, che la ricorrente non aveva potuto sottoscrivere il contratto, attesa la clausola di cui all’art. 12, secondo cui la sottoscrizione del contratto implicava la rinuncia a far valere qualsiasi pretesa.

Avverso gli atti, specificati sopra, la ricorrente articolava, pertanto, le seguenti censure in diritto:

D) Violazione e falsa applicazione di legge (D. lgs. 502/92 e s. m. i.) – Violazione della normativa in materia di assegnazione dei tetti di spesa anni 2018 – 2019 (DCA 41/2018) e dei criteri fissati dalla stessa ASL per la determinazione dei tetti di spesa anni 2018 – 2019, nell’area della riabilitazione – Violazione e falsa applicazione dell’accordo contrattuale sottoscritto in data 25.10.2017 ex art. 8 quinquies, comma 2, d. lgs. 502/1992 e degli atti presupposti richiamati – Violazione del giusto procedimento e del principio d’affidamento sulla prorogatio dei tetti – Violazione del principio d’irretroattività dei tetti (A. P. CdS n. 3 e 4/2012) – Eccesso di potere per sviamento, difetto di presupposto, arbitrarietà, illogicità, travisamento, disparità di trattamento e difetto di motivazione:

I.1) Le delibere gravate violavano i volumi prestazionali ed i limiti di spesa assegnati alla ricorrente nel 2017, giusta accordo contrattuale del 25.10.2017 (integrativo dei dati, di cui alla delibera n. 910/2017), e, quindi, il legittimo affidamento, generato nella ricorrente e fondato su circostanze, acclamate dalla stessa ASL nella convenzione, siglata nel 2017 (omissis); in particolare, la delibera n. 296/2018, solo apparentemente operava un incremento di fatturato sul setting delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari (di apparenti € 104.665,00, pari a + 7,42%), poiché, di fatto, l’incremento era annullato e trasformato in – € 192.905,00, atteso che la delibera continuava a prendere in considerazione gli importi delle domiciliari e delle ambulatoriali, come indicati nella delibera n. 910/2017 (riproducente, per la ricorrente, i tetti del contratto 2016), piuttosto che quelli, contrattualizzati nel 2017, a seguito dell’autorizzata rimodulazione delle prestazioni, che la ricorrente aveva utilizzato (secondo il principio della legittima aspettativa) per organizzare la sua attività, anche nel 2018; e, “sebbene il tetto complessivo 2017 sia sempre pari ad € 2.142.501,00, le percentuali assegnate incidono diversamente, a seconda del volume riconosciuto per le singole tipologie di prestazioni, che per le ambulatoriali è di € 1.230.000,00 (non € 1.055.290,00 come si legge nella delibera n. 236 integrata dalla n. 296), per le domiciliari è di € 360.000,00 (non € 354.800,00) e per le semiresidenziali di € 552.501,00 (non € 732.411,00)”; ma “le percentuali finali, tutte intorno al 7%, non sono perequative, tenuto conto che la stessa funzione proponente aveva ammesso (nei criteri adottati) di dover distribuire maggiori prestazioni ambulatoriali e ridurre quelle domiciliari (che invece alla ricorrente erano attribuite in aumento, pari a + 27,29%)”;

I.2) Se era vero che con la delibera n. 910/2017 l’ASL, nella prima parte, aveva indicato per il centro ricorrente i seguenti volumi (tratti dal contratto 2016): ambulatoriale: € 1.055.290,00; domiciliare: € 354.800,00; semiresidenziale: € 732.411,00 (totale tetto di spesa 2017: € 2.142.501,00), era altrettanto vero che la stessa delibera, nel “Ritenuto”, aveva disposto, per la ricorrente, quanto segue: “Per i regimi

ambulatoriale e domiciliare ex art. 26, di dover confermare alle singole strutture i tetti di spesa già attribuiti con delibera n. 75/2016 (...); fanno eccezione le strutture (...), Centro Tivan s.r.l. (...) che hanno chiesto l'autorizzazione a spostare risorse sui regimi ambulatoriale e domiciliare, entro il budget complessivamente assegnato, attesa la maggiore richiesta di tale tipologia di prestazioni, confermata dai distretti di competenza"; e, in conseguenza di ciò, l'ASL "ha assegnato alla ricorrente, nel contratto del 25.10.2017, i seguenti valori di tetti di spesa per il 2017 (senza alcuna variazione del totale complessivo delle risorse economiche assegnate): ambulatoriale: € 1.230.000,00; domiciliare: € 360.000,00; semiresidenziale: € 552.501,00 (totale tetto di spesa 2017: € 2.142.501,00)"; in pratica, "nella deliberazione n. 296/2018, il valore del tetto di spesa per attività ambulatoriali e domiciliari è stato determinato con procedura difforme da quella adottata, dall'ASL, per gli altri centri, atteso che l'incremento proporzionale (pur assicurato nelle premesse della delibera) è stato applicato, su un valore di tetto di spesa 2017, diverso da quello, effettivamente riconosciuto"; mentre "il valore del tetto di spesa per le attività semiresidenziali, di cui alla delibera n. 296/2018, per la ricorrente, è stato determinato con un valore, superiore a quello dovuto (tenendo conto dell'effettivo tetto di spesa, contrattualizzato per l'anno 2017)"; sicché, era evidente "che il totale complessivo delle risorse da assegnare alla ricorrente (come avvenuto nel 2017) non cambia negli anni 2018 e 2019, in quanto la rimodulazione tra le attività comporta la perfetta compensazione degli importi";

I.3) La delibera ASL presentava, dunque, dati erronei, che per la ricorrente erano fonte d'ingente danno: e "la correzione dei dati dei volumi e dei limiti di spesa, relativi alla ricorrente, non implica affatto una redistribuzione di risorse sugli altri centri"; ciò che la ricorrente chiedeva era, quindi, che fosse confermato (come era stato fatto, in favore di tutti gli altri centri) il tetto di spesa del 2017, vale a dire quello, contrattualizzato: "€ 1.230.000,00 per ambulatoriali ed ambulatoriali piccolo gruppo (non € 1.055.290,00 utilizzato come base di calcolo dall'ASL, nella delibera impugnata, cui ha applicato il - 2,70% per arrivare ad € 1.016.570,00); € 360.000,00 per domiciliari (non € 354.800,00 utilizzato come base di calcolo dall'ASL, nella delibera impugnata, cui ha applicato il + 27,29% per arrivare ad € 487.996,00); € 552.501,00 per semiresidenziali (non € 732.411,00 utilizzato come parametro nella delibera impugnata, con una differenza di + € 179.910,00); il tutto pari ad un tetto complessivo invariato (€ 2.142.501,00)". E ancora: "applicato il + 7,40% d'incremento complessivo (riconosciuto nella delibera n. 296/2018 al setting ambulatoriale/domiciliare) al tetto contrattualizzato (pari ad € 1.590.000,00) s'avrebbe un incremento di €. 117.660,00 sul setting ambulatoriale/domiciliare, per cui il tetto diverrebbe di €. 1.707.660,00 (anziché di €. 1.514.755,00 previsto nella delibera impugnata, che parte da €. 1.410.090,00, con un + 7,40%)2; "detto incremento è completamente coperto dal budget in più, assegnato nel semiresidenziale (+ € 179.910,00), cui la ricorrente non ha interesse";

I.4) in definitiva, la ricorrente "ha diritto (come gli altri centri) a continuare ad operare, con l'organizzazione di mezzi e di personale, attuata nel 2017, per far fronte alla domanda del territorio, che chiede più ambulatoriali" (aveva ancora liste d'attesa, per prestazioni ambulatoriali di fascia evolutiva, 0 – 16 anni, autorizzate dai distretti, ed il personale "è stato organizzato e formato per far fronte a dette esigenze ed a detta utenza (il personale tecnico della riabilitazione è stato qualificato, con attestazione ASL, come neuropsicomotricisti della età evolutiva)";

II) Violazione e falsa applicazione di legge (D. lgs 502 / 92 e s. m. i.) – Violazione della normativa in materia di assegnazione dei tetti di spesa anni 2018 – 2019 (DCA 41/2018) e dei criteri fissati dalla stessa ASL per la determinazione dei tetti di spesa anni 2018 – 2019 nell'area della riabilitazione – Violazione e falsa applicazione dell'accordo contrattuale sottoscritto in data 25.10.2017 ex art. 8 quinquies, comma 2, d. lgs. 502/1992 e degli atti presupposti richiamati – Violazione del giusto procedimento e del principio di affidamento sulla prorogatio dei tetti – Violazione del principio di irretroattività dei tetti (A.P. CdS nn. 3 e 4 /2012) – Eccesso di potere per sviamento – difetto di presupposto – arbitarietà – illogicità – travisamento – disparità di trattamento – difetto di motivazione:

Le impugnate delibere aziendali violavano sia i criteri indicati nel DCA 41/2018, sia quelli esplicitati dall'ASL (oltre che essere fonte di danno ingiusto); nel DCA 41/2018 si leggeva che la ratio ispiratrice della regolamentazione dei tetti anni 2018 – 2019 era quella dell'aderenza al fabbisogno territoriale (omissis); l'ASL SA, a sua volta, in esecuzione del D.C.A. 41/2018, aveva provveduto a fissare i criteri, validi nel suo ambito territoriale, e nella determinazione dei volumi di prestazioni ambulatoriali e domiciliari aveva evidenziato che residuavano prestazioni ambulatoriali, da distribuire tra le strutture ed un aumento di domiciliari, che andavano ridotte; ma, nelle delibere impugnate, senza alcuna motivazione effettiva, l'ASL aveva assegnato alla ricorrente un incremento di domiciliari del 26,23 % (sui volumi da contratto; + 27,29% sui volumi, di cui alla delibera n. 910/2017) ed una riduzione di ambulatoriali di – 16,52 % sui volumi da contratto (- 2,73 sui volumi da delibera n. 910/2017).

II.1) Sempre nella circolare attuativa del DCA si leggeva che l'ASL, dopo avere individuato i criteri di distribuzione (Carenza territoriale per il 60%; Tipologia di utenza per il 20%; Vocazione per il 20%), riconosceva che, in applicazione di detti criteri, talune strutture avrebbero finito con il vedersi attribuito un volume di prestazioni, inferiore rispetto a quello assegnato nel 2017, per cui l'ASL intendeva operare in modo che fossero assicurati, a tutti i centri, i volumi di prestazioni, assegnati nel 2017; di contro, la delibera n. 296/2018 (e la precedente) sottraevano alla ricorrente, sul setting ambulatoriale e domiciliare, circa €. 193.000,00;

II.2) Ancora, nella circolare attuativa del DCA 41/2018 si leggeva che per il setting semiresidenziale (per il quale il DCA 41/2018 affermava dover essere garantito l'85% dei volumi), l'ASL intendeva confermare il volume prestazionale dell'anno 2017; di contro, nella delibera impugnata (n. 296/2018) l'ASL incrementava di circa €. 200.000,00 il tetto di spesa alla ricorrente, per il setting semiresidenziale, e tanto faceva a fine 2018, per cui il centro era impossibilitato a realizzarlo, con conseguente incidenza negativa, anche sul 2019;

III) Violazione e falsa applicazione di legge (D. lgs 502 / 92 e s. m. i.) – Violazione della normativa in materia di assegnazione dei tetti di spesa anni 2018 – 2019 (DCA 41/2018) e dei criteri fissati dalla stessa ASL per la determinazione dei tetti di spesa anni 2018 – 2019 nell'area della riabilitazione – Violazione e falsa applicazione dell'accordo contrattuale sottoscritto in data 25.10.2017 ex art. 8 quinquies, comma 2, d. lgs. 502/1992 e degli atti presupposti richiamati – Violazione del giusto procedimento – Violazione del principio di affidamento sulla prorogatio dei tetti – Violazione del principio di irretroattività dei tetti (A.P. CdS nn. 3 e 4 /2012) – Eccesso di potere per sviamento – difetto di presupposto – arbitrarietà – illogicità – travisamento – disparità di trattamento – difetto di motivazione:

Ove si fosse voluto sostenere che la delibera n. 296/2018 (e quella precedente 236/2018) avrebbero annullato i criteri, indicati nella circolare attuativa del DCA 41/2018, per elaborarne suoi propri e differenti, era eccepito che i criteri adottati erano illegittimi, "sia perché in contrasto con il DCA n. 41/2018, sia perché irragionevoli" (seguiva dettaglio); le delibere aziendali impuginate contrastavano, dunque, con gli indicatori, fissati dalla Regione nel DCA n. 41/2018 ed esplicitati anche nell'allegato 3: il criterio, utilizzato dall'ASL, non era tra quelli indicati dalla Regione e, per la ricorrente, si configurava come "non perequativo, abnorme ed irragionevole";

IV) Violazione e falsa applicazione di legge (D. lgs 502/92 e s. m. i.) – Violazione della normativa in materia di assegnazione dei tetti di spesa anni 2018 – 2019 (DCA 41/2018) e dei criteri fissati dalla stessa ASL per la determinazione dei tetti di spesa anni 2018 – 2019 nell'area della riabilitazione – Violazione e falsa applicazione dell'accordo contrattuale sottoscritto in data 25.10.2017 ex art. 8 quinquies, comma 2, d. lgs. 502/1992 e degli atti presupposti richiamati – Violazione del giusto procedimento e del principio di affidamento sulla prorogatio dei tetti – Violazione del principio di irretroattività dei tetti (A.P. CdS nn. 3 e 4 /2012) – Eccesso di potere per sviamento – difetto di presupposto – arbitrarietà – illogicità – travisamento – disparità di trattamento – difetto di motivazione:

Era contestato, altresì, che le delibere impuginate avrebbero violato il principio dell'irretroattività dei tetti (cfr., ex multis, A P. nn. 3 e 4/2012 e CdS 2018 n. 6875) ed il termine, concesso dal DCA 41/2018 per la definizione degli accordi contrattuali (cfr. DCA n. 41/2018); ed alla presumibile obiezione, secondo cui le delibere, confermando i tetti di spesa anno 2017, non avrebbero creato alcun danno, s'eccepiva che la ricorrente aveva operato, facendo affidamento sui volumi di prestazione contrattualizzati, ex art. 8 quinquies d. lgs. 502/1992, laddove la delibera impugnata "scavalcando il contratto e facendo riferimento ai dati della precedente deliberazione, n. 910/2017 (che, a sua volta, faceva riferimento al contratto 2016)" di fatto le aveva attribuito, sia per l'anno 2017, sia per il 2018, un tetto diverso ed inferiore, di fatto, di circa € 400.000,00: € -192.905,00 sul setting ambulatoriale e domiciliare, dove la ricorrente aveva registrato una maggiore domanda ed € + 179.910,00 sul setting semiresidenziale, dove aveva mantenuto la domanda, come da contratto 2017);

V) Violazione e falsa applicazione di legge (D. lgs. 502/92 e s. m. i.) – Violazione della normativa in materia di assegnazione dei tetti di spesa anni 2018 – 2019 (DCA 41/2018) e dei criteri fissati dalla stessa ASL per la determinazione dei tetti di spesa anni 2018 – 2019 nell'area della riabilitazione – Violazione e falsa applicazione dell'accordo contrattuale sottoscritto in data 25.10.2017 ex art. 8 quinquies, comma 2, d. lgs. 502/1992 e degli atti presupposti richiamati – Violazione del giusto procedimento e del principio di affidamento sulla prorogatio dei tetti – Violazione del principio di irretroattività dei tetti (A.P. CdS nn. 3 e 4 /2012) – Eccesso di potere per sviamento – difetto di presupposto – arbitrarietà – illogicità – travisamento – disparità di trattamento – difetto di motivazione:

La clausola di salvaguardia, ex art. 12 dello schema di contratto e le previsioni del DCA n. 41/2018 (e, prima ancora, del DCA n. 103/2016), che limitavano il diritto d'apporre riserve e di difesa, erano "invalide ed

inefficaci”, trattandosi di “evidente clausola vessatoria che limita ed annulla il diritto di difesa della ricorrente, costretta a sottoscrivere il contratto accettandone le condizioni e i termini, anche se palesemente iniqui”, la quale “aggravava il regime di difesa, non facendo salvo il diritto d’adire l’autorità giudiziaria”; la clausola de qua finiva “con il consentire che al centro venga *estorto* un consenso ad accettare condizioni e termini, anche se palesemente iniqui, con la minaccia della sospensione dell’accreditamento e del pagamento di prestazioni, tra l’altro, già erogate nell’anno 2018 (la delibera è del 16.11.2018)”; sicché la ricorrente “è stata costretta a non sottoscrivere il contratto (che pure avrebbe voluto e potuto sottoscrivere, con riserva di verifica dei dati) per non rinunciare alla presente azione”;

VI) Violazione di legge (artt. 1, 2, 3, 7, 8, e 10 l. 7.8.1990 n. 241 e art. 97 Cost.) – Eccesso di potere per difetto di presupposti, di istruttoria e di motivazione – arbitrarietà – illogicità – travisamento – Violazione dei principi di correttezza e buon andamento dell’azione amministrativa – Violazione del giusto procedimento: Era dedotta, infine, la violazione dei diritti partecipativi della ricorrente, realizzatasi nella specie (per nella consapevolezza dell’orientamento del G.A. sulle forme di partecipazione alla procedura di determinazione dei tetti): ciò, “tenuto conto delle istanze formulate dalla ricorrente e non riscontrate” dall’ASL.

Si costituivano in giudizio le Amministrazioni indicate in epigrafe, con memorie di stile.

Seguiva il deposito di un atto di motivi aggiunti, in cui la ricorrente impugnava l’ulteriore atto, specificato in epigrafe, segnatamente il contratto per la macroarea della riabilitazione sottoscritto – con riserva dell’esito del presente giudizio – con l’ASL Salerno, il quale, “nel fissare i volumi quali – quantitativi delle prestazioni “ad erogarsi nel periodo 1° gennaio 2018 – 31 dicembre 2018 (nonché nel 2019)” ed i correlati tetti di spesa, riproduceva i contenuti delle delibere, impuginate con il ricorso principale, per cui avverso detto accordo valevano le stesse argomentazioni, deduzioni e censure già sollevate nel ricorso principale”; formulava, pertanto, doglianze d’invalidità derivata da quelle, esposte nell’atto introduttivo del giudizio, che s’abbiano, quindi, per integralmente riprodotte, in questa sede.

Seguiva il deposito di documentazione e di uno scritto difensivo, per l’ASL Salerno.

Nell’imminenza della discussione, parte ricorrente depositava altra documentazione ed una memoria conclusiva, in cui segnalava che, in vista della c. di c. dell’8.05.2019, aveva prodotto istanza di cancellazione della causa dal ruolo delle sospensive, attesa la sopravvenienza di atti che avevano fatto venir meno il periculum, vale a dire che, ad aprile 2018, l’ASL aveva provveduto (a consuntivo 2018) a liquidare tutte le somme dovute, come richieste dalla ricorrente, giusta delibera n. 341 del 24.04.2019, esibita dalla ricorrente in giudizio il 24.03.2022, in vista dell’udienza pubblica.

Quanto alle difese dell’ASL, osservava che la stessa non aveva preso una posizione puntuale sul merito del ricorso, “limitandosi ad eccepirne l’inammissibilità ed infondatezza senza compiutamente argomentare, riproducendo asetticamente i contenuti della nota, prot. n. 111569 del 3.05.2019, a firma del Responsabile U.O.C. Assistenza Accreditata”, la quale “(...) non dice che la ricorrente non ha ragione, bensì sostiene che, una volta adottata la delibera n. 296/2018, a fine anno 2018, “l’adozione di un nuovo provvedimento con efficacia retroattiva all’1.01.2018 avrebbe potuto generare contrasti con i relativi profili assistenziali, erogati nel corso dell’anno 2018”, per cui stabiliva di confermare i volumi di prestazione e di spesa, assegnati a ciascuna struttura per l’anno 2017, con delibera n. 910/2017”.

Ribadiva, peraltro, che, in disparte i profili d’incompetenza del predetto dirigente dell’ASL, gli stessi documenti allegati dall’Azienda Sanitaria resistente confermavano la fondatezza del gravame, vale a dire il proprio “diritto a vedersi riconosciuta la rimodulazione come richiesta e già contrattualizzata nell’anno 2017, anche per il biennio 2018 – 2019, tenuto conto dell’andamento del setting ambulatoriale – domiciliare (rispetto a quello semiresidenziale)”.

Del resto, la delibera commissariale ASL n. 341 del 24.04.2019 “Macroarea Ass. Riabilitativa – Consuntivo 2018”, espressamente riconosceva e liquidava le somme, come reclamate dalla ricorrente; mentre la nota della G.R.C., n. 696240 del 18.11.2019, ed il verbale del tavolo tecnico, del 20.02.2020, relativo al consuntivo della macroarea della riabilitazione per l’anno 2019, confermavano la circostanza che l’ASL Salerno e, quindi, i centri accreditati, registravano una sproporzione di fabbisogno tra prestazioni ambulatoriali/domiciliari (in aumento), rispetto agli altri setting; per cui i centri e l’ASL constatavano la necessità di un incremento del setting ambulatoriale – domiciliare, rispetto a quello semiresidenziale; pertanto, la Regione ribadiva che l’ASL poteva procedere, nell’ambito del tetto complessivo, a rimodulare i due setting, in favore delle strutture”.

Parte ricorrente ribadiva, quindi, anche alla luce di tali atti sopravvenuti, il proprio interesse “a vedere formalizzata la richiesta ed attuata la rimodulazione non solo per ragioni di natura patrimoniale ma anche per la necessità ed esigenza che su una rimodulazione definitiva possa organizzare e programmare le attività negli anni a venire”.

All'udienza pubblica del 4.05.2021, il ricorso ed i motivi aggiunti erano trattenuti in decisione.

DIRITTO

Affermata, preliminarmente, la giurisdizione del T. A. R., a conoscere della presente controversia, attinente a determinazione autoritativa dei tetti di spesa e, quindi, a profili di diritto pubblico, implicanti la disamina della relazione dialettica che s'instaura tra potestà ed interesse legittimo (cfr. T. A. R. Campania – Napoli, Sez. I, 25/10/2021, n. 6679), con conseguente irrilevanza dei precedenti di questo Tribunale, depositati dalla difesa dell'ASL Salerno in data 29.04.2022, perché non pertinenti (concernenti controversie in cui era, piuttosto, in discussione il profilo paritetico – patrimoniale, di credito – debito, a valle della fissazione autoritativa, da parte della P. A., dei tetti di spesa medesimi); nonché, sempre preliminarmente, riconosciuto che non è luogo a parlare, nella specie, d'improcedibilità del ricorso (e dei pedissequi motivi aggiunti), per sopravvenuto difetto d'interesse, atteso il soddisfacimento, medio tempore, delle pretese di parte ricorrente, da parte dell'ASL Salerno, in sede di consuntivo 2018, con decreto del commissario ad acta, n. 341 del 29.04.2019 (e ciò, stante il perdurante interesse a vederlo deciso, per le dedotte ragioni, attinenti alla propria organizzazione imprenditoriale, anche futura, palesate dalla difesa di parte ricorrente, nella propria memoria conclusiva), il Tribunale osserva che il ricorso introduttivo ed i motivi aggiunti (essendo il contratto, stipulato tra le parti, ex art. 8 quinquies cpv. del d. l.vo 502/1992, attratto alla giurisdizione del G. A., ex art. 11 l. 241 del 1990, ora art. 133 comma 1 n. 2 c. p. a.; cfr. T. A. R. Puglia – Bari, Sez. II, 1/03/2013, n. 298) sono fondati (in accoglimento, precipuamente, delle doglianze, espresse, da parte ricorrente, nei primi due motivi di gravame, come in narrativa ampiamente riferiti) e determinano, pertanto, l'annullamento, in parte qua e nei limiti dell'interesse, degli atti, gravati in sede di ricorso introduttivo (le delibere aziendali, sub A) e B) dello stesso) ed in sede di motivi aggiunti (il menzionato contratto, nella parte in cui esso è riproduttivo, in sostanza, dei vizi, da cui è affetto l'atto di programmazione della spesa sanitaria, collocato a monte della sua stipula).

Richiamato tutto quanto dettagliatamente esposto in narrativa, circa l'articolazione delle doglianze di parte ricorrente, il Tribunale rileva che la ragione centrale, su cui riposa tale decisione, consiste nella lesione dell'affidamento di parte ricorrente a vedersi riconoscere, anche per gli anni successivi, i tetti di spesa, distinti tra i vari setting (ambulatoriale, domiciliare e semiresidenziale – residenziale) della macro-area della riabilitazione, entro cui si colloca la sua attività, come contrattualizzati – in deroga – nell'accordo del 25.10.2017.

L'opposta tesi della difesa dell'ASL, espressa nella memoria, depositata in data 3.05.2019, che legittimamente non si dovesse, viceversa, tenere conto, in sede di determinazione autoritativa dei tetti di spesa, della rettifica, autorizzata in sede contrattuale, delle somme, da ripartirsi tra i diversi, cennati, setting, nell'anno 2017, non considera che, nella specie, non è affatto in discussione l'aspetto quantitativo dei tetti di spesa (è pacifico ed incontestato che i tetti di spesa complessivi non sono destinati a mutare, anche se si aderisce alla tesi della ricorrente), bensì, per l'appunto, l'aspetto, per così dire, qualitativo dei medesimi, vale a dire la ripartizione, tra i detti setting, delle risorse disponibili, in modo da renderla il più possibile aderente alle esigenze dell'utenza, contestualmente soddisfacendo l'interesse della struttura ricorrente a vedere massimizzati i propri ricavi, consentendole di mantenere l'organizzazione della propria attività, predisposta in seguito al citato accordo contrattuale del 25.10.2017, in modo tale da dirigere la sua offerta, precipuamente, verso il settore ambulatoriale – domiciliare, dove maggiore era stata la domanda dei fruitori dei servizi di riabilitazione, e di ridurla, proporzionalmente, per il settore residenziale e semiresidenziale (che si era posto, viceversa, per la struttura ricorrente, in controtendenza, ovvero in diminuzione, rispetto all'ambulatoriale – domiciliare).

In particolare, la rilevanza della tutela dell'affidamento del singolo operatore del settore sanitario, in situazioni del genere, è stata, a più riprese, riconosciuta dalla giurisprudenza: cfr., in termini, T. A. R. Molise, Sez. I, 17/03/2021, n. 101: “La fissazione, in corso d'anno, di tetti di spesa che dispiegano i propri effetti anche sulle prestazioni già erogate non può considerarsi, in quanto tale, illegittima: da un lato, è fisiologico che la definizione dei budget intervenga nel corso dell'anno, dopo l'acquisizione dei dati finanziari di riferimento; dall'altro, la riduzione dei tetti di spesa nel tempo costituisce una eventualità tutt'altro che remota e imprevedibile, che impone agli operatori di improntare alla dovuta cautela il proprio comportamento fino alla fissazione definitiva dei tetti. *Ciò vale, tuttavia, solo con riferimento ad una riduzione postuma dei limiti quantitativi del budget, non invece per le modifiche qualitative - come quelle relative alla determinazione delle categorie di prestazioni remunerabili e al regime della loro remunerazione - che sono al di fuori delle possibilità di previsione, ed impattano, pertanto, sull'affidamento delle strutture* (fattispecie in tema di modifica postuma e retroattiva - ad anno finanziario chiuso - dei criteri di computo delle prestazioni per pazienti extraregione ai fini del raggiungimento del tetto di spesa)”.

Cfr. anche Consiglio di Stato, Sez. III, 16/03/2015, n. 1358: “La Asl è vincolata dalle disposizioni di programmazione regionale, ma anche nei suoi confronti si impone la tutela dell'affidamento dell'operatore, il quale deve poter orientare le proprie scelte imprenditoriali sulla base di un dato certo e tendenzialmente stabile riguardo al volume delle prestazioni erogabili in regime di accreditamento e delle remunerazioni ottenibili con risorse pubbliche”; Consiglio di Stato, Sez. III, 6/03/2015, n. 1149: “In tema di fissazione dei tetti di spesa sanitaria pubblica l'atto programmatico regionale, nell'imporre restrizioni con valenza di fatto retroattiva, non può non effettuare un attento bilanciamento degli interessi contrapposti tra i quali campeggiano in primo piano, da un lato, *il diritto degli assistiti ad una fruizione di prestazioni sanitarie adeguate alle necessità terapeutiche* nonché, dall'altro, *l'affidamento e la tutela delle legittime aspettative degli operatori delle strutture private accreditate che, per realizzare una gestione improntata alle regole di mercato, ispirano la loro condotta ad una logica imprenditoriale, che consenta un margine di lucro indispensabile per la stessa sopravvivenza dell'impresa*” (conforme: Consiglio di Stato, Sez. III, 30/09/2014, n. 4863).

Si tenga anche presente T. A. R. Sardegna, Sez. I, 17/01/2014, n. 66: “In sede di determinazione dei tetti di spesa per prestazioni di specialistica ambulatoriale da strutture private accreditate, è illegittima la fissazione con efficacia retroattiva, in corso d'anno, del livello di spesa per l'acquisizione di prestazioni dalle strutture private, quando tale retroattività integri la lesione di un legittimo affidamento del privato, il quale (al momento in cui venga determinato il tetto di spesa annuale) abbia già svolto le prestazioni cui è tenuto sulla base degli accordi contrattuali conclusi con le singole aziende sanitarie locali, facendo riferimento alle somme assegnate per l'anno precedente, diminuite del risparmio di spesa imposto le leggi finanziarie approvate o in corso di approvazione”.

La conferma della validità della tesi di parte ricorrente, cui il Tribunale ritiene d'aderire nella specie, si trae, del resto, anche dalla disamina degli atti, sopravvenuti all'adozione (ed alla stipula) degli atti gravati, giacché, in particolare, nella deliberazione commissariale dell'ASL Salerno, n. 341 del 29.04.2019, avente ad oggetto “Macroarea Ass. Riabilitativa ex art. 26 l. 833/78 – Consuntivo Anno 2018”, il Commissario Straordinario, dopo aver rilevato che, “nell'ottica di non interrompere i trattamenti già in corso alla data del 11/10/2018, alcune strutture, nell'ambito del budget complessivamente assegnato a ciascuna di esse, hanno continuato ad erogare prestazioni ambulatoriali e domiciliari ai pazienti già in carico a detta data registrando, pertanto, uno sfioramento del limite del budget assegnato per il setting ambulatoriale – domiciliare”; nonché precisato che, “con nota 89567 del 4.04.2019, che costituisce parte integrante del presente atto, la Direzione Commissariale ha rappresentato al livello Regionale l'esigenza di riconoscere le prestazioni del setting ambulatoriale e domiciliare, erogate in continuità terapeutica ai pazienti già in trattamento alla data dell'11.10.2018”; deliberava “di autorizzare il pagamento delle prestazioni ambulatoriali – domiciliari, erogate in continuità assistenziale, oltre i limiti contrattualmente fissati, purché entro il budget, complessivamente assegnato a ciascuna struttura e di approvare lo schema consuntivo anno 2018 sopra riportato, con indicazione del fatturato complessivo, dei limiti di spesa assegnati a ciascuna struttura e degli importi non riconosciuti”: il che, nel caso della ricorrente, aveva determinato il riconoscimento, in suo favore, “di tutte le somme dovute, come richieste”.

Così la Regione Campania, con Circolare del Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del S. S. R., prot. 696240 del 18.11.2019, avente ad oggetto: “DCA 41/2018 – Fabbisogno ASL Salerno di prestazioni ambulatoriali e domiciliari”, nel riscontrare la nota (del Direttore Generale dell'ASL Salerno) n. 271916 del 15.11.2019, di pari oggetto, con la quale era stata rappresentata una “sproporzione tra il budget attribuito per l'attività ambulatoriale/domiciliare e quello attribuito per l'attività semiresidenziale/residenziale”, per l'assistenza riabilitativa, ed erano state chieste “direttive per assicurare la continuità dei trattamenti”, segnalava “la possibilità di procedere con disponibilità di bilancio aziendale a garantire il costo delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari in corso, purché nel rispetto complessivo del tetto annuale assegnato, al fine di non determinare interruzioni di assistenza sanitaria”.

Sicché può convenirsi con la ricorrente, allorché, nella propria memoria conclusiva, afferma d'aver “diritto a vedersi riconosciuta la rimodulazione, come richiesta e già contrattualizzata nell'anno 2017, anche per il biennio 2018 – 2019, tenuto conto dell'andamento del setting ambulatoriale – domiciliare (rispetto a quello semiresidenziale), fotografato nei predetti documenti”.

Del pari può essere condivisa la prospettazione, pure ivi contenuta, della ricorrente, secondo cui, a fronte della sua “legittima richiesta”, l'ASL, “pur ammettendo di aver commesso un errore (aver preso in considerazione il dato della delibera n. 910/2017 (...) anziché il dato del contratto del 25.10.2017, che contemplava l'avvenuta rimodulazione”), aveva perpetuato in esso, “anziché adottare un atto integrativo a correzione, confermativo del contratto 2017 e che non metta a rischio nessun tetto di spesa già assegnato, né

della ricorrente né degli altri centri”; avendo, la medesima ricorrente, chiesto una mera “rimodulazione, nell’ambito dello stesso budget complessivo”.

In pratica, sono fondate le deduzioni di parte ricorrente, allorché essa, sintetizzando le argomentazioni, espresse nel contesto dell’atto introduttivo del giudizio e dei pedissequi motivi aggiunti, ha, nella suddetta memoria conclusiva, sostenuto che “la delibera impugnata, n. 296/2018, solo apparentemente opera un incremento di fatturato sul setting delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari (di apparenti € 104.665,00, pari a + 7,42%)”; mentre, di fatto, “l’incremento è annullato e trasformato in – € 192.905,00, atteso che la delibera continua a prendere in considerazione gli importi delle domiciliari e delle ambulatoriali, come indicati nella delibera n. 910/2017, costruita sull’anno 2016”; e che “la delibera ASL presenta dei dati erronei, riconosciuti dall’Azienda, che devono essere corretti, atteso che detta correzione non implica redistribuzione di risorse sugli altri centri”: l’interesse della ricorrente sostanziandosi, lo si ribadisce, nel confermare il tetto di spesa del 2017, vale a dire quello contrattualizzato, in tal modo continuando “ad operare con l’organizzazione di mezzi e di personale, attuata nel 2017 per far fronte alla domanda del territorio, che chiede(va) più ambulatoriali”, e per far fronte alla quale, per di più, la struttura ricorrente aveva organizzato ad hoc, e formato, il proprio personale.

Ne discende – con assorbimento delle residue doglianze – l’accoglimento del ricorso, e l’annullamento, in parte qua e nei limiti del predetto (residuo) interesse della Tivan, degli atti gravati.

Le spese di lite, per la complessità e la peculiarità della specie, possono, tuttavia, essere eccezionalmente compensate tra le parti, fermo restando, ovviamente, il rimborso dei contributi unificati versati, a carico dell’ASL Salerno ed in favore della ricorrente, con attribuzione ai propri difensori, che ne hanno fatto anticipo e richiesta, ex art. 93 c. p. c.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale della Campania – Sezione staccata di Salerno (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sul ricorso, come in epigrafe proposto, e sui successivi motivi aggiunti, li accoglie, nei sensi di cui in motivazione, e per l’effetto annulla, in parte qua e nei limiti dell’interesse, gli atti, in essi rispettivamente impugnati.

Spese compensate, fermo restando il rimborso dei contributi unificati versati, a carico dell’ASL Salerno ed in favore della ricorrente, con attribuzione ai propri difensori, antistatari, ex art. 93 c. p. c.

Ordina che la presente sentenza sia eseguita dall’Autorità amministrativa.

Così deciso, in Salerno, nella camera di consiglio del giorno 4 maggio 2022, con l’intervento dei magistrati:

Pierluigi Russo, Presidente

Paolo Severini, Consigliere, Estensore

Valerio Bello, Referendario

L'ESTENSORE

Paolo Severini

IL PRESIDENTE

Pierluigi Russo

IL SEGRETARIO