



**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 Prima)**

ha pronunciato la presente

**SENTENZA**

ex art. 60 cod. proc. amm.;  
sul ricorso numero di registro generale 2288 del 2013, proposto da:  
Casa del Sole s.r.l. Clinica Polispecialistica "T. Costa", rappresentata e difesa dagli  
avv. Filippo Calcioli e Giuseppe Dimitri Scognamiglio, con domicilio legale in  
Napoli, presso la Segreteria del TAR Campania;

***contro***

- Regione Campania, rappresentata e difesa dall'avv. Tiziana Tagliatela, con  
domicilio eletto in Napoli, via S. Lucia, n. 81 presso la sede dell'ente;  
- Presidente della Regione Campania, nella qualità di Commissario ad acta per  
l'Attuazione del Piano di Rientro Sanitario della Regione Campania, rappresentato  
e difeso per legge dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Napoli, domiciliata in  
Napoli, via Diaz, n. 11;

***per l'annullamento***

del decreto commissariale n. 156 del 31/12/2012, pubblicato sul BURC n. 19 del  
8/4/2013, nella parte relativa all'individuazione delle prestazioni soggette a

preventiva autorizzazione per l'erogazione fuori Regione, e di ogni altro atto connesso e consequenziale;

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio di Regione Campania e di Presidente della Regione Campania, nella qualità di Commissario ad acta per la Sanità;

Viste le produzioni delle parti;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nella camera di consiglio del giorno 5 giugno 2013 il dott. Fabio Donadono e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Sentite le stesse parti ai sensi dell'art. 60 cod. proc. amm.;

Ritenuto che il giudizio sia suscettibile di immediata definizione nel merito, con motivazione in forma semplificata, ai sensi degli art. 60 e 74 del codice del processo amministrativo;

Premesso che la società ricorrente, nella dedotta qualità di titolare di una struttura sanitaria ubicata a Formia, nella regione Lazio, operante in regime di accreditamento con il servizio sanitario nazionale in diverse branche della medicina e chirurgia generale e specialistica con particolare riferimento alla micro-chirurgia oftalmica, riferisce di erogare prestazioni in favore di assistiti del servizio sanitario provenienti da altre regioni e segnatamente dalla Campania;

Considerato che la società ricorrente contesta la determinazione in epigrafe con la quale la Regione Campania - nel rilevare un elevato flusso di mobilità interregionale orientato verso le Regioni limitrofe per alcune prestazioni considerate di bassa complessità e ad alto rischio di non appropriatezza, per le quali l'offerta sanitaria delle strutture regionali sarebbe in grado di soddisfare il bisogno assistenziale - avrebbe previsto, con decorrenza dal 1/1/2013,

l'assoggettamento a preventiva autorizzazione della ASL di appartenenza del paziente per poter fruire delle suddette prestazioni, con conseguente diniego di remunerazione delle prestazioni erogate in assenza di autorizzazione;

Rilevato che la società ricorrente deduce che:

- la Regione Campania avrebbe regolato la materia senza alcuna intesa con le Regioni di confine e in assenza di alcun accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni, in contrasto con l'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria approvato dalla Conferenza delle Regioni (ed annessa Tariffa Unica Convenzionale); violazione dell'art. 8-sexies del d. lgs. n. 502 del 1992, che demanderebbe al Ministero d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni la fissazione dei criteri per la compensazione dell'assistenza prestata ai cittadini in Regioni diverse da quella di appartenenza; violazione dell'art. 19 del Patto per la Salute adottato il 3/12/2009 in Conferenza Stato-Regioni, che contemplerebbe l'individuazione mediante accordi tra le Regioni confinanti di adeguati strumenti per governare il fenomeno della mobilità sanitaria;
- la determinazione impugnata avrebbe efficacia retroattiva, inibendo la remunerazione di prestazioni erogate dal 1/1/2013;
- il DRG (diagnosis-related group) 039, relativo agli interventi sul cristallino con o senza vitrectomia (cd. cataratta), sarebbe erogato nel Lazio in regime di day hospital, per cui sarebbe da escludere il rischio di in appropriatezza attesa l'assenza di ricovero;
- le ASL non avrebbero costituito le Commissioni che avrebbero il compito di rilasciare le autorizzazioni in questione; non sarebbe precisata neppure la composizione di tali organi;
- la determinazione, concernente solo le Regioni limitrofe, sarebbe discriminatoria; le tabelle sui saldi di mobilità interregionale dimostrerebbero che altre Regioni

avrebbero assorbito il maggior flusso di migrazione assistenziale; l'onere per la mobilità verso le Regioni limitrofe sarebbe inferiore a quello di altre Regioni;

- la limitazione del diritto di libera scelta del luogo di cura violerebbe gli artt. 13 e 32 cost., la cui restrizione non sarebbe giustificata o bilanciata da altre ragioni di pari rilevanza; sarebbe violato l'art. 3 cost. sotto il profilo del principio di ragionevolezza; emergerebbe anche il contrasto con l'art. 117 cost., atteso che il sistema dell'accreditamento sarebbe improntato al principio di uguaglianza tra le varie strutture per quanto riguarda l'erogazione di prestazioni nell'intero territorio nazionale;

Considerato che:

- con il finanziamento dei servizi sanitari regionali, basato sull'attribuzione di quote capitarie determinate ai sensi dell'art. 12 del d. lgs. n. 502 del 1992, e con la remunerazione delle strutture erogatrici sulla base di corrispettivi unitari per ciascuna prestazione ai sensi dell'art. 8-sexies dello stesso decreto n. 502, si è posta la necessità di compensare i costi sostenuti per prestazioni rese a cittadini in ambiti regionali diversi da quelli che hanno ottenuto il finanziamento pro-capite;

- l'art. 8-sexies, co. 8, del d. lgs. n. 502 del 1992 all'uopo prevede che il Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, definisce i criteri generali per la compensazione dell'assistenza prestata a cittadini in regioni diverse da quelle di residenza e che, nell'ambito di tali criteri, le Regioni possono stabilire specifiche intese e concordare politiche tariffarie, anche al fine di favorire il pieno utilizzo delle strutture e l'autosufficienza di ciascuna regione, nonché l'impiego efficiente delle strutture che esercitano funzioni a valenza interregionale e nazionale;

- operativamente la compensazione interregionale della mobilità sanitaria, inizialmente regolata con disposizioni ministeriali, è ora disciplinata dalla

Conferenza delle Regioni e delle Province autonome che ha all'uopo approvato l'accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria;

- in via programmatica, l'art. 19 del provvedimento d'intesa in data 3/12/2009 adottato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (cd. Patto per la Salute 2010-2012) stabilisce che, per il conseguimento del livello di appropriatezza nella erogazione e nella organizzazione dei servizi di assistenza ospedaliera e specialistica, le Regioni individuano adeguati strumenti di governo della domanda tramite accordi tra Regioni confinanti per disciplinare la mobilità sanitaria al fine di evitare fenomeni distorsivi indotti da differenze tariffarie e da differenti gradi di applicazione delle indicazioni di appropriatezza definite a livello nazionale, di favorire collaborazioni interregionali per attività la cui scala ottimale di organizzazione possa risultare superiore all'ambito territoriale regionale, di facilitare percorsi di qualificazione ed appropriatezza dell'attività per le Regioni interessate dai piani di rientro, di individuare meccanismi di controllo dell'insorgere di eventuali comportamenti opportunistici di soggetti del sistema attraverso la definizione di tetti di attività condivisi funzionali al governo complessivo della domanda;

- in tale quadro normativo è da escludere che una Regione, sia pure per esigenze di riequilibrio finanziario ovvero di programmazione e controllo della spesa sanitaria, possa disciplinare unilateralmente, al di fuori di una cornice negoziale, la propria mobilità passiva (per la compensazione di prestazioni erogate a propri assistiti al di fuori dal territorio di competenza), influenzando ovviamente sulla mobilità attiva di altre Regioni (per la compensazione di prestazioni erogate sul territorio di competenza) e quindi sulla rispettiva programmazione sanitaria;

Ritenuto che la fondatezza della esaminata doglianza è assorbente rispetto alle ulteriori censure dedotte;

Ravvisata la sussistenza di giusti motivi per la compensazione delle spese di giudizio, attese le peculiarità delle questioni sollevate, fermo restando il rimborso da parte dell'amministrazione soccombente del contributo unificato anticipato dalla società ricorrente;

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale della Campania (Sezione Prima), in accoglimento del ricorso in epigrafe, annulla il decreto commissariale n. 156 del 31/12/2012 nella parte oggetto d'impugnativa.

Spese compensate, fatto salvo il rimborso a carico della Regione Campania del contributo unificato.

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

Così deciso in Napoli nella camera di consiglio del giorno 5 giugno 2013 con l'intervento dei magistrati:

Cesare Mastrocola, Presidente

Fabio Donadono, Consigliere, Estensore

Michele Buonauro, Consigliere

**L'ESTENSORE**

**IL PRESIDENTE**

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 18/06/2013

IL SEGRETARIO

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