

Publicato il 28/08/2017

N. 00364/2017 REG.PROV.COLL.

N. 00426/2016 REG.RIC.

N. 00517/2016 REG.RIC.



REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale per l' Abruzzo

(Sezione Prima)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 426 del 2016, proposto da: Comune di **Penne**, in persona del Sindaco p.t., rappresentato e difeso dagli avvocati Claudio Di Tonno e Matteo Di Tonno, domiciliato ex art. 25 c.p.a. presso la Segreteria del T.A.R. Abruzzo in L'Aquila, via Salaria Antica Est n. 27;

contro

Commissario ad Acta per il Piano di Risanamento del Sistema Sanitario Regionale della Regione Abruzzo, in persona del legale rappresentante p.t., rappresentato e difeso per legge dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato, domiciliata in L'Aquila, Complesso Monumentale S. Domenico; Consiglio dei Ministri, Ministero della Salute, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Conferenza Permanente Rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, Regione Abruzzo, Asl 105 – Pescara, in persona dei rispettivi legali rappresentanti, non costituiti in giudizio;

sul ricorso numero di registro generale 517 del 2016, proposto da: Comune di **Penne**, in persona del Sindaco p.t., rappresentato e difeso dagli avvocati Matteo Di Tonno e Claudio Di Tonno, domiciliato ex art. 25 cpa presso la Segreteria del T.A.R. Abruzzo in L'Aquila, via Salaria Antica Est n. 27;

contro

Asl 105 - Pescara, in persona del legale rappresentante p.t., rappresentata e difesa dall'avvocato Giovanni Mangia, domiciliato ex art. 25 cpa presso la Segreteria del T.A.R. Abruzzo in L'Aquila, via Salaria Antica Est n. 27; Commissario ad Acta Piano di Risanamento del Sistema Sanitario Regionale della Regione Abruzzo, in persona del legale rappresentante p.t., rappresentato e difeso per legge dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato, domiciliata in L'Aquila, Complesso Monumentale S. Domenico;

per l'annullamento

quanto al ricorso n. 426 del 2016:

-del decreto n. 55, adottato in Pescara il 10.6.2016, avente ad oggetto "piano di riqualificazione del servizio sanitario regionale 2016-2018";

del decreto n. 79, adottato in Pescara il 21.7.2016, avente ad oggetto "approvazione documento tecnico "riordino della rete ospedaliera - Regione Abruzzo"".

quanto al ricorso n. 517 del 2016:

per l'annullamento,

della delibera n. 735 del 25 agosto 2016 con la quale il Direttore generale dell'azienda USL di Pescara ha recepito i decreti del Commissario ad acta n. 55/16 e n. 79/16, attinenti al riordino della rete ospedaliera della Regione Abruzzo, nonché degli ulteriori atti indicati nell'epigrafe del ricorso;

Visti i ricorsi e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio del Commissario ad Acta per il Piano di Risanamento del Sistema Sanitario Regionale della Regione Abruzzo e della Asl 105 di Pescara;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 21 giugno 2017 la dott.ssa Paola Anna Gemma Di Cesare e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

1.-Con ricorso ritualmente notificato (iscritto al nrg 426 del 2016), il Comune di **Penne** chiede l'annullamento delle delibere n. 55 e n. 79 del 2016 del Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, recanti rispettivamente il Piano di riqualificazione del SSR 2016-2018 e l'Approvazione del documento tecnico "riordino della rete ospedaliera – Regione Abruzzo".

Il Comune ricorrente deduce, a fondamento del proprio gravame:

I) violazione dell'art. 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009, e del vigente piano di rientro, nonché dei programmi operativi, ed eccesso di potere sotto diversi profili; violazione degli articoli 32 e 117 Cost., incompetenza ex delibera del Consiglio dei ministri 23 luglio 2014 di nomina del Commissario ad acta e violazione dell'art. 51 dello Statuto regionale; eccesso di potere sotto vari profili; le delibere commissariali non hanno ad oggetto specifici provvedimenti, ma un vero e proprio piano di rientro a regime, con conseguente incompetenza assoluta del Commissario ad acta, trattandosi di competenza regionale; in ogni caso non sarebbe stata rispettata la procedura prevista dall'art. 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009, che prevede il coinvolgimento dell'Agenzia italiana del farmaco, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e la trasmissione del piano alla conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome; eccesso di potere per contraddittorietà laddove, se, da un lato, il Commissario ad acta approva il "nuovo piano di rientro" sulla base della normativa che presuppone l'esistenza di un disavanzo, dall'altro attesta che la Regione Abruzzo, negli anni 2014 e 2015, mostra un sostanziale equilibrio economico;

IA) illegittimità derivata del decreto n. 79/2016 ed illegittimità per vizi propri: contrasto con le previsioni contenute nel vigente piano di rientro e nei successivi piani operativi, che non prevedevano alcuna ipotesi di trasformazione e riconversione dell'**ospedale di Penne**; difetto di motivazione;

II) violazione del D.L. 95/2012 in combinato disposto con gli articoli 1 e 2 del DM n. 70 del 2015 ed eccesso di potere sotto diversi ed ulteriori profili: il decreto 79/2016 non rispetta il limite massimo, fissato dal regolamento ministeriale, della previsione di un numero massimo di posti letto pari a 3, 7 per ogni mille abitanti; in ogni caso, il calcolo dei posti letto risulta inaffidabile e confuso, effettuato in difformità da quanto previsto dalla normativa statale (art. 1, n. 3, lett.a del D.M. cit.), in quanto erroneamente calcolato sulla base della popolazione residente secondo gli indici ISTAT e non sulla base dei dati della "popolazione sanitaria residente" (inferiore rispetto alla popolazione demografica) costituita da coloro che hanno effettuato la scelta del medico di base presso l'Azienda sanitaria di appartenenza; erronea valutazione della mobilità sanitaria ai fini della determinazione dei posti letto; inoltre, il commissario, ai fini della determinazione del coefficiente dei posti letto avrebbe preso in considerazione dati non attuali (del 2013);

III) la riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dal Commissario ad acta contrasta con il modello organizzativo previsto nell'allegato, al punto 2 del D.M. n. 70 del 2015, perché non prevede né ospedali di base né presidi ospedalieri di II livello; inoltre il criterio utilizzato per l'individuazione dei presidi ospedalieri di I livello (quali le aree geografiche baricentriche) non risulta previsto dalla normativa; infine, il decreto commissariale non reca alcuna verifica in ordine al possesso degli standard per patologie previste dal D.M. 70/2015;

IV) violazione e falsa applicazione del punto 9.2.2. all. D.M. n. 70 del 2015, eccesso di potere sotto vari profili, in quanto il Commissario non chiarisce, nel dettaglio, le ragioni per le quali il presidio ospedaliero di **Penne** rientri in zona particolarmente disagiata, neanche in relazione alla vicinanza di centri di riferimento e di presidi di pronto soccorso.

2.- Si costituisce in giudizio il Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo, il quale chiede il rigetto del ricorso, attesa l'infondatezza delle doglianze.

3.- Con ricorso ritualmente notificato (iscritto al n. di r.g. 517 del 2016), il Comune di **Penne** chiede l'annullamento delle deliberazioni del Direttore Generale della Asl di Pescara n. 735 del 2016 (avente ad oggetto il "recepimento dei DCA n. 55/2016 e 70/2016 attinenti al riordino del PO di **Penne** "San

Massimo” di cui al DM 70/2015: piano dei provvedimenti”) e n. 819 del 2016, recante “rimodulazione della deliberazione n. 735 de 2016”.

A fondamento del proprio gravame, il Comune ricorrente deduce:

A) la caducazione automatica per illegittimità derivata dai vizi dei decreti commissariali nn. 55 e 79 del 2016 denunciati con il ricorso n. r.g. 426/16;

B) violazione dell’art. 1, della legge 241 del 1990, violazione degli articoli 2, 32 e 97 della Costituzione; eccesso di potere sotto vari profili; violazione e falsa applicazione del D.M. 70/2015, in quanto le deliberazioni nn. 735 e 819 del 2016 non potevano essere adottate in assenza dell’atto d’indirizzo regionale previsto dall’art. 1.4 del D.M. n. 70/2015 e comunque sarebbero pive del cronoprogramma per l’attuazione della riorganizzazione prevista nel D.M. 70/2015;

C) violazione del D.M. 70/2015, punto 9, ed eccesso di potere, perché le delibere ASL omettono di considerare che la riorganizzazione della rete ospedaliera e la qualificazione dell’**ospedale di Penne**, non più come *spoke*, ma come presidio in zona particolarmente disagiata determina il superamento delle previsioni contenute nel Decreto del commissario ad acta n.95/2015 concernenti la dotazione dei mezzi di soccorso in base ai tempi di percorrenza; le delibere, quindi, obliterano la necessità di rimodulare la rete dell’emergenza territoriale sulla base delle nuove e sopraggiunte decisioni regionali; inoltre, le delibere omettono di effettuare previsioni in ordine ai servizi di laboratorio, di radiologia e di medicina trasfusionale, per i quali la riorganizzazione è rinviata *sine die*; le delibere sono peraltro prive di qualsiasi riferimento al protocollo previsto dall’ultimo capoverso del D.M. 70/2015 punto 9.2.2. per la disciplina dei trasporti secondari dall’**ospedale** in zona particolarmente disagiata al centro *spoke* o *hub* di riferimento; insomma, le delibere mettono a rischio la tutela della salute sotto il profilo dell’appropriatezza delle cure e dell’incolumità dei pazienti;

D) eccesso di potere per contraddittorietà e difetto d’istruttoria, in quanto nelle delibere 735 e 819 del 2016, il direttore sanitario della Asl di Pescara ritiene, senza che ne abbia la competenza, di utilizzare i fondi già previsti per la ristrutturazione dell’**ospedale di Penne**, per “eliminare la realizzazione di strutture non più congrue” e per migliorare la fruibilità e la ricettività; inoltre, in quanto la Asl assume che l’**ospedale di Penne** sia uno *spoke* e non, come previsto dalle delibere commissariali di riorganizzazione, un presidio di zona particolarmente disagiata inserito nella rete emergenziale.

Si costituisce in giudizio il Commissario ad acta per l’attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo e la Asl di Pescara, i quali chiedono il rigetto del ricorso nel merito.

4.- Alla pubblica udienza del 21.6.2017, la causa è trattenuta in decisione.

DIRITTO

1.-In via preliminare, ritiene il Collegio di dover disporre la riunione dei ricorsi, attese le evidenti ragioni di connessione soggettiva e oggettiva, intervenendo gli atti gravati sul medesimo procedimento relativo alla riorganizzazione della rete ospedaliera abruzzese con riferimento alla struttura ospedaliera di **Penne**.

2.-Oggetto del giudizio sono i provvedimenti del Commissario ad acta, che hanno approvato il piano di rientro dai disavanzi nel settore sanitario, nel quale il presidio ospedaliero di **Penne** è stato declassato a “**ospedale** in zona particolarmente svantaggiata” ed i consequenziali provvedimenti di recepimento adottati della Asl di Pescara.

3.- Per una compiuta ed esaustiva esposizione della questione sottoposta a questo Giudicante e delle ragioni del deciso, gioverà svolgere preliminarmente una sintetica ricostruzione del quadro provvedimentale, normativo e convenzionale di riferimento.

Con l'Accordo sottoscritto in data 6.3.2007, la Regione Abruzzo si impegnava ad attuare il c.d. "Piano di rientro dal disavanzo", elaborato a seguito della presa d'atto dell'inadempimento da parte della stessa agli impegni assunti con l' "Intesa Stato - Regioni" siglata il 23.3.2005, e con il precedente Accordo del 16.12.2004.

Tali Accordi si ponevano l'obiettivo, tra gli altri, di azzerare il disavanzo nella gestione del Servizio Sanitario mediante l'adozione di misure di riequilibrio e di atti e provvedimenti di razionalizzazione delle spese ospedaliere (art. 1, comma 3).

Poiché la Regione continuava a rimanere - suo malgrado - inadempiente, non essendo riuscita a sanare il deficit nel settore sanitario, con provvedimento del 30.7.2008 il Presidente del Consiglio dei Ministri attivava la procedura di cui all'art. 4, comma 1, del DL n. 159 del 2007 (convertito in L. n. 222 del 2007) che prevede la messa in mora dell'Ente territoriale e la nomina, in caso di accertata e persistente impossibilità di colmare il deficit, di un Commissario ad acta governativo con il compito di procedere al risanamento in questione.

Il procedimento culminava, infine, nella delibera dell'11.9.2008 con cui il Capo del Governo - preso atto della "grave crisi istituzionale in cui versava la Regione Abruzzo, determinata dalle dimissioni dell'allora Presidente della Regione" - nominava il Commissario ad acta con il compito e per gli effetti già indicati.

Successivamente, con delibera dell'11.12.2009 il Presidente del Consiglio dei Ministri nominava "Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo nel settore sanitario della Regione Abruzzo" il nuovo Presidente della Regione in questione.

Il commissariamento della Regione Abruzzo, disposto con deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11.9.2008, proseguiva con le deliberazioni dell'11.12.2009 e del 23.7.2014.

La legge n. 191 del 2009, all'art. 2, comma 88, ha poi previsto che, "per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge", "è fatta salva la possibilità per la regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo. A seguito dell'approvazione del nuovo piano cessano i commissariamenti, secondo i tempi e le procedure definiti nel medesimo piano per il passaggio dalla gestione straordinaria commissariale alla gestione ordinaria regionale".

In occasione della riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e del comitato permanente per la verifica dei LEA del 23.6.2015, la Regione Abruzzo manifestava la volontà di avvalersi della suddetta possibilità e il Commissario evidenziava la sussistenza delle relative condizioni, sicché con decreto n. 55 del 2016 il Commissario ad acta approvava il Piano di riqualificazione del SSR 2016-2018, recependo le osservazioni del tavolo di monitoraggio e dei Ministri affiancanti il piano di rientro rese nella riunione dell'11.11.2015.

Con il decreto n. 79 del 2016, poi, il Commissario ad acta approvava la riorganizzazione delle rete ospedaliera della Regione Abruzzo in attuazione dell'intervento 2.1 del decreto n. 55 del 2016 e del DM n. 70 del 2015.

4.- Tanto premesso e passando all'esame dei motivi di censura di cui al ricorso rg n. 426 del 2016, parte ricorrente ha, innanzitutto, dedotto l'incompetenza del Commissario ad acta in quanto le delibere commissariali numeri 55 e 79 del 2016 recherebbero veri e propri atti pianificatori, di competenza della Regione.

La censura è infondata.

Come chiarito da questo TAR con sentenza 13 luglio 2017, n. 306, nel giudizio avente ad oggetto l'impugnazione, da parte del Comune di Popoli, delle medesime delibere commissariali qui in contestazione: <<È l'art. 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009, che ha fatto salva, per le Regioni sottoposte ai piani di rientro e commissariate, "la possibilità per la regione di presentare un nuovo piano di rientro ai sensi della disciplina recata dal presente articolo", al fine di far cessare il commissariamento. Si tratta di una soluzione alternativa rispetto alla prosecuzione della gestione commissariale e del piano di rientro, tramite l'adozione, da parte del Commissario medesimo, di programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, prevista dalla stesso art. 2, comma 88, prima parte. Insomma, per le regioni sottoposte ai piani di rientro e commissariate al momento dell'entrata in vigore della legge n. 191, vi erano due alternative: proseguire il piano di rientro già adottato, mantenendo ferma la gestione commissariale, tramite programmi operativi in attuazione e aggiornamento del piano di rientro stesso, ovvero presentare un nuovo piano di rientro che, una volta approvato, facesse cessare il commissariamento. La Regione Abruzzo ha optato per questa seconda possibilità: in occasione della riunione congiunta del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali e del comitato permanente per la verifica dei LEA del 23.6.2015, infatti, il Commissario ad acta ha evidenziato la sussistenza delle relative condizioni. Di conseguenza, con decreto n. 55 del 2016, il Commissario stesso ha approvato il Piano di riqualificazione del SSR 2016-2018, recependo peraltro le osservazioni del tavolo di monitoraggio e dei Ministri affiancanti il piano di rientro rese nella riunione dell'11.11.2015. Con il decreto n. 79 del 2016, poi, il Commissario ad acta, sempre nell'ottica di consentire la cessazione del commissariamento regionale e in attuazione dell'intervento 2.1 del decreto n. 55 del 2016 e del DM n. 70 del 2015, ha approvato la riorganizzazione delle rete ospedaliera della Regione Abruzzo.

In conclusione, poiché la Regione Abruzzo era già commissariata, il nuovo piano di rientro ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge n. 191 del 2009, volto a far cessare il commissariamento stesso, non poteva che essere adottato dal Commissario ad acta. L'assetto regionale "emergenziale", infatti, è segnato dai poteri sostitutivi del Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal deficit sanitario: per effetto della nomina del predetto organo straordinario, alla Regione resta precluso (in via temporanea) l'esercizio delle funzioni di amministrazione delle procedure attinenti alle competenze sanitarie>>.

Tutte le funzioni amministrative in materia sanitaria, dopo la nomina del commissario governativo, sono assegnate a tale organo straordinario, in via sostitutiva e in forza del regime emergenziale, che trova nell'art. 120 Cost. e nell'art. 8 della L. 05/06/2003, n. 131 i suoi referenti costituzionale e normativo.

In ogni caso, nella specie, la Giunta Regionale, con le delibere n. 505 e 576 del 2016 ha approvato il Piano di riqualificazione del SSR Abruzzese 2016-2018, di cui alla delibera commissariale n. 55, al fine di far cessare, con decorrenza dal 30.9.2016, il mandato commissariale. Le delibere di Giunta n. 505 e 576 del 2016 hanno quindi fatto propria l'attività di pianificazione e programmazione sanitaria posta in essere, nell'esercizio dei suoi poteri sostitutivi, dal Commissario ad acta.

5.- Priva di pregio è, inoltre, la censura con la quale il Comune lamenta il mancato coinvolgimento, nella procedura per l'adozione del piano di riorganizzazione, dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali e dell'Agenzia italiana del farmaco.

Il parere previsto dall'art. 2, comma 77, della legge n. 191 del 2009, ha carattere facoltativo e non obbligatorio. La Regione in stato di disavanzo può, infatti, rivolgersi all'Agenzia italiana del farmaco e all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali se ha necessità di avvalersi rispettivamente di un supporto tecnico in materia di spesa farmaceutica e di un supporto tecnico per la ricognizione delle cause del disavanzo e l'elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione (la natura facoltativa del parere dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali trova conferma nel disposto dell'art. 1, comma 180, della legge L. 30/12/2004, n. 311).

5.1.- E' pure infondato il vizio relativo alla mancata trasmissione del piano alla Conferenza permanente Stato regioni, atteso che detta trasmissione è avvenuta con la delibera di Giunta Regionale 26 luglio 2016, n. 505 di approvazione del piano di riqualificazione adottato con provvedimento del Commissario ad acta n.55/2016.

5.2.- Non vi è neanche contraddittorietà nell'operato del Commissario ad acta laddove, con il decreto n. 55/2015 approva il piano di rientro nonostante l'affermazione (recata a pagina 8 del piano) del sostanziale equilibrio economico raggiunto dalla Regione Abruzzo, negli anni 2014 e 2015, posto che la facoltà per la Regione di approvare un nuovo piano di rientro al fine di uscire dal commissariamento è espressamente conferita dall'art. 2, comma 88 della legge n. 191 del 2009. Dunque, il nuovo piano approvato, ha il precipuo obiettivo di uscire dal commissariamento, di stabilizzare, a regime, l'equilibrio raggiunto, attraverso interventi complessivi di riqualificazione che consentano alla Regione di proseguire nel risanamento della finanza regionale nel settore sanitario.

6.-L'infondatezza dei vizi dedotti contro il decreto commissariale n. 55/2016 ovviamente non determina la dedotta illegittimità, per via derivata, del decreto commissariale n. 79/2016 recante il riordino della rete ospedaliera.

6.1.- Non ha, peraltro, pregio la censura di illegittimità del decreto n. 79/2016 per contrasto con le previsioni contenute nei piani operativi già approvati, i quali non avrebbero previsto alcuna ipotesi di trasformazione e riconversione dell'**ospedale di Penne**.

Al contrario di quanto affermato dal ricorrente, il piano operativo 2013-2015 approvato con decreto commissariale n. 84/2013, al punto 3.1.1.dell'allegato 1 prevede "il trasferimento di posti letto da strutture di piccole dimensioni a strutture con dotazione maggiore" al fine del "miglioramento della qualità delle cure attraverso la concentrazione della casistica".

6.2.- Quanto al dedotto difetto di motivazione del nuovo piano di articolazione della rete ospedaliera, osserva il Collegio che il Commissario non era tenuto a fornire una specifica motivazione del nuovo assetto, posto che si tratta di un atto di programmazione, avente rilevanza generale, che non richiede una motivazione particolare come quella prevista per i provvedimenti amministrativi a contenuto puntuale e concreto, secondo l'esplicita previsione dell'art. 3 comma 2 l. 7 agosto 1990 n. 241, che esclude, appunto, dall'obbligo di motivazione proprio gli atti normativi e quelli a contenuto generale.

7.- E' possibile ora passare all'esame delle doglianze dirette contro il decreto 79/2016, relative al mancato rispetto del limite massimo, fissato dal regolamento ministeriale, della previsione di un numero massimo di posti letto pari a 3, 7 per ogni mille abitanti.

Secondo il ricorrente il decreto del Commissario ad acta, in spregio all'obbligo di riduzione dei posti letto desumibile dagli articoli 1 e 2 del D.M. 70/2015, avrebbe determinato un illegittimo aumento dei posti letto (desumibile dalle tabelle riepilogative alle pagine 99, 103, 106, 110 e 111 del documento allegato al decreto n.79/2016).

La censura non ha pregio.

L'art. 1, comma 2, del D.M. 70/2015 prevede che la dotazione dei posti letto ospedalieri debba attestarsi "ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione" con conseguente obbligo della Regione di ridurre il numero dei posti letto, solo allorquando tale coefficiente standard risulti superato. E' quindi rispetto al coefficiente fissato dal regolamento ministeriale che va valutata la conformità della dotazione dei posti letto, fissata dalla Regione, nell'esercizio del suo potere organizzativo.

Nella specie, parte ricorrente, ancorché affermi che, come emerge dalle tabelle riepilogative (pagine 99, 103, 106, 110 e 111) del documento allegato al decreto n.79/2016, risultino previsti posti letto in aumento, non riesce, tuttavia, a dimostrare che la nuova dotazione dei posti letto sfiori il limite di 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti.

Né giova il richiamo alla clausola d'invarianza finanziaria contenuta nell'art. 2 del D.M. 70/2015, secondo la quale le Regioni devono dare attuazione al regolamento "senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale", posto che tale obiettivo può comunque essere realizzato attraverso risparmi ed economie realizzate in diversi ambiti della spesa sanitaria e attraverso una efficiente organizzazione delle risorse.

7.1.- La tesi del Comune ricorrente, secondo il quale il numero massimo dei posti letto avrebbe dovuto essere stabilito sulla base dei dati della "popolazione sanitaria residente" (inferiore rispetto alla popolazione demografica) costituita da coloro che hanno effettuato la scelta del medico di base presso l'Azienda sanitaria di appartenenza, contrasta con l'interpretazione letterale dell'art. 3, comma 2, lett. a) del D.M. 02/04/2015, n. 70, il quale prevede che, ai fini del calcolo del numero dei posti letto la Regione fa riferimento "alla popolazione residente", correttamente calcolata secondo i dati indicati dall'ISTAT.

7.2.- La dedotta inattendibilità del numero dei posti di letto effettivi presi come riferimento per l'elaborazione del piano di riordino è smentita dalle deduzioni rese in giudizio dal Commissario, il quale precisa che le informazioni riportate nel documento allegato al decreto 79/2016 prendono in considerazione i posti letto dei reparti ospedalieri nel 2013 censiti con il modello "HSP12" ed i posti letto delle discipline accreditate censite con il modello "HSP13". Trattandosi della constatazione di dati di fatto oggettivi, in disponibilità della Regione, non si comprende sulla base di quali fonti il Comune ricorrente pretenda di dedurre l'inattendibilità. Ne deriva, pertanto l'inammissibilità della censura per genericità.

7.3.- Sotto altro profilo il ricorrente deduce l'erroneità e l'illogicità manifesta in cui è incorsa la Regione a pag. 13 del decreto 79/2016 nella valutazione della mobilità sanitaria c.d. passiva (iscritti nel servizio sanitario regionale abruzzese che richiedono prestazioni in altre Regioni). Secondo il Comune di **Penne** il Commissario ad acta avrebbe ritenuto che il calcolo relativo alla mobilità avesse l'effetto di decrementare il coefficiente dei 3, 7 posti letto per mille abitanti e pertanto non avrebbe considerato che il calcolo della mobilità è finalizzato a determinare il numero effettivo dei posti letto, al fine di verificare se gli stessi siano al di sopra o al di sotto della soglia di 3, 7 posti letto per mille abitanti.

La censura è palesemente infondata.

Dall'esame della tabella riportata a pag. 13 dell'allegato al decreto commissariale n. 79/2016- oltre che dalla descrizione dei dati recati nella tabella- appare evidente come sia stato rispettato il criterio di determinazione dei posti letto previsto dall'art.1, comma 3, lett. b) del D.M. 70 del 2015, con la sottrazione, ai posti letto determinati con l'applicazione del coefficiente di 3, 7 posti letto ogni mille abitanti (pari a 4.936 posti letto), del numero dei posti letto derivanti dalla mobilità (-187).

7.4.- Priva di pregio è la censura dell'inattendibilità dei dati della mobilità sull'assunto che il Commissario ad acta non ha valutato i dati della mobilità relativi all'ultimo anno disponibile, come previsto dall'art. 1, n. 3, lett. b) del D.M. 79/2016, ma i dati relativi all'anno 2013.

Al riguardo, osserva il Collegio che, trattandosi di un atto programmatico il Commissario ad acta non poteva che prendere a parametro di riferimento gli ultimi dati a disposizione. Perciò il Commissario ad acta dà conto di aver preso come parametro di riferimento i dati relativi alla mobilità dell'anno 2013, in quanto i dati relativi alla mobilità passiva dell'anno 2014 non erano ancora disponibili e completi, a causa della mancata definizione delle procedure di trasmissione dei dati, in sede di coordinamento interregionale della mobilità sanitaria. Né il Commissario poteva prendere in stima il dato relativo al saldo di mobilità del 2014, perché il dato relativo al saldo di mobilità del 2014 citato nel Decreto commissariale n. 55/2016, come chiarito in giudizio, era riferito al saldo totale e non alla sola assistenza ospedaliera.

7.5.- Con ulteriore doglianza il Comune lamenta l'erroneità del calcolo della dotazione dei posti letto, perché, in violazione dell'art. 1, n. 3, lett. c) del D.M. n. 70 del 2015, non avrebbe considerato, nella dotazione "per mille abitanti" i posti di residenzialità presso strutture sanitarie territoriali, per i quali la Regione copre un costo giornaliero a carico del S.S.R. pari o superiore al valore soglia costituito dalla tariffa giornaliera per lungodegenza in **ospedale**, posti equiparati ai posti letto ospedalieri.

L'infondatezza della censura emerge dalla lettura del documento allegato al decreto 79/2016, nel quale, a pagina 15, si dà atto, come prescritto dall'art. 1, n. 3, lett. c) del D.M. n. 70 del 2015: di aver tenuto conto, nella dotazione dei posti letto per mille abitanti, dei "posti di residenzialità presso le strutture sanitarie territoriali, per le quali la Regione copre un costo giornaliero superiore al valore soglia della tariffa giornaliera corrisposta per la giornata di lungodegenza ospedaliera"; che "da una rilevazione specifica...non sono presenti posti letto residenziali da considerare equivalenti ai posti letto ospedalieri".

8.- Più in generale il Comune di **Penne** deduce che la riorganizzazione della rete ospedaliera prevista dal Commissario ad acta sia illogica, viziata da difetto di istruttoria e contrastante con il modello organizzativo previsto nell'allegato, al punto 2 del D.M. n. 70 del 2015.

Le censure sono infondate

8.1.- Sotto un primo profilo il ricorrente lamenta la mancata previsione, nel piano di organizzazione della rete ospedaliera, di ospedali di base ed afferma che non vi sarebbe coincidenza tra questi ultimi ed i presidi ospedalieri di pronto soccorso.

La tesi non trova riscontro nel disegno di riorganizzazione prefigurato nel decreto commissariale n. 55/2016, il quale prevede:

a) lo sviluppo di una rete di ospedali di I livello per garantire anche discipline di II livello attraverso l'identificazione di quattro presidi sede di discipline di riferimento e di un Dipartimento di emergenza

accettazione di II livello attraverso l'interconnessione dei presidi di Pescara e Chieti (con la previsione di uno studio di fattibilità per la creazione di un secondo DEA di II livello tra i presidi ospedalieri di L'Aquila e Chieti);

b) lo sviluppo di una rete di ospedali di I livello;

c) lo sviluppo di una rete di ospedali di base, attraverso l'individuazione di quattro presidi ospedalieri sede di pronto soccorso e di due presidi ospedalieri in zona particolarmente disagiata.

Dunque, i presidi ospedalieri sede di pronto soccorso (previsti nel decreto commissariale n. 79/2016 ed individuati nei presidi ospedalieri "Dell'Annunziata" di Sulmona, "Maria Santissima dello Splendore" di Giulianova, "San Liberatore" di Atri, "Val Vibrata" di Sant'Omero) sono anche presidi ospedalieri di base, avendone tutti i requisiti. Ciò è confermato, peraltro, dalla descrizione dettata dal D.M. n. 70/2015, che, al punto 9.2.1. dell' allegato 1, dopo aver definito il presidio ospedaliero sede di pronto soccorso ("la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia"), descrive le caratteristiche dei presidi ospedalieri sede di pronto soccorso: dotazione di pronto soccorso con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti; presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale (Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore, di Radiologia, Laboratorio, Emoteca); di posti letto di "Osservazione Breve Intensiva". Si tratta delle medesime caratteristiche previste al punto. 2.2. dell'allegato 1 al D.M. 70/2015 per i presidi ospedalieri di base.

Dunque, il presidio ospedaliero sede di pronto soccorso include tutti i requisiti del presidio ospedaliero di base ed, in aggiunta, possiede i seguenti ulteriori requisiti tipici: un bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti (il bacino minimo di utenza è derogabile per i presidi ospedalieri di aree disagiate, quali zone montane e isole); un tempo di percorrenza maggiore di un'ora dal centro dell'abitato al DEA di riferimento; un numero di accessi annuo appropriati superiore a 20.000 unità.

Ne deriva l'infondatezza della doglianza con la quale il Comune lamenta la mancanza di presidi di base.

E' peraltro infondata la censura di illegittimità del piano di riordino per via della mancata previsione di presidi ospedalieri di II livello, come richiesto dal modello organizzativo prefigurato dal D.M. 70/2015. Ed invero, il decreto commissariale 79/2016, non omette di prevedere, nella nuova rete ospedaliera regionale, strutture di II livello, ma individua i presidi di Chieti e Pescara come idonei a svolgere le funzioni di D.E.A. di II livello. Il decreto, a causa di interventi di adeguamento strutturale e consolidamento dell'**ospedale** SS. Annunziata di Chieti e di lavori di ripristino post sisma nell'**ospedale** San Salvatore dell'Aquila, rimanda ad un successivo provvedimento l'organizzazione della struttura di II livello attraverso la previsione di un preciso cronoprogramma.

8.2.- Inoltre, la previsione dei presidi ospedalieri di I livello, effettuato attraverso l'individuazione di due aree geografiche baricentriche in base alla popolazione residente appare del tutto logica e coerente con i criteri dettati dal D.M. 70/2015, il quale al punto 2.3. dell'allegato 1 utilizza il parametro del bacino di utenza (compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti) per l'individuazione dei presidi ospedalieri di I livello.

8.4.- Quanto alla doglianza relativa alla mancata previsione, nel decreto commissariale, degli standard organizzativi previsti dal D.M. 70/2015 nell'organizzazione della rete per patologie, è appena il caso di osservare che le previsioni dettate dall'allegato 1 del citato decreto ministeriale definiscono, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza ospedaliera. Pertanto, dette previsioni eterointegrano gli atti organizzativi regionali, laddove dettano i requisiti delle strutture ospedaliere (il punto 8.2.3.1 dell'allegato 1 al D.M. 70/2015 detta i requisiti delle unità ospedaliere di I livello per il trattamento dei pazienti con ictus- c.d. Stroke Unit(SU)- di I livello o area *stroke*; il punto 8.2.3.2 detta invece i requisiti delle c.d. *Stroke Unit* di II livello).

9.- Il ricorrente, con un altro gruppo di censure deduce che il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera sarebbe illegittimo, in quanto illogico e fondato su presupposti erronei, soprattutto in relazione all'organizzazione della rete dell'emergenza urgenza e sarebbe viziato da difetto d'istruttoria ed illogicità.

Le censure non meritano accoglimento.

9.1.- La “connessione funzionale” tra i presidi ospedalieri di Chieti e Pescara, destinati ad essere qualificati come D.E.A. (dipartimenti di emergenza urgenza) di II livello è logicamente ed efficacemente realizzabile, come illustrato nello stesso decreto commissariale, in considerazione della contiguità delle due strutture, collocate ad una distanza che richiede un tempo di percorrenza di circa 15 minuti, tanto da poter essere considerate come situate all'interno del medesimo ambiente urbano. Tale scelta, peraltro, risponde ad uno dei criteri guida del D.M. 70/2015, recepito nel decreto 55/2016 (pag.20): l'evoluzione della rete ospedaliera secondo un criterio di specializzazione, attraverso la concentrazione della casistica in un numero minore di unità operative e l'integrazione funzionale tra presidi con gradi crescenti di complessità.

9.2.- Peraltro non trova riscontro la doglianza relativa alla mancanza di una previsione sulla allocazione dei centri operativi del 118. Il decreto commissariale n. 79/2016 ha infatti previsto la riorganizzazione del servizio attraverso il superamento del modello con 4 centrali operative (L'Aquila, Chieti, Pescara e Teramo) con la previsione, nel nuovo modello organizzativo, di sole due centrali localizzate: una presso l'**ospedale** San Salvatore dell'Aquila e l'altra presso l'area metropolitana Chieti-Pescara.

9.3.- La scelta del Presidio di Pescara quale Centro traumi di zona (attribuibile solo a presidi di I e di II livello) è stata effettuata sulla base del maggior numero di accessi registrati, in coerenza con i principi del D.M. 70/2015, recepiti dal decreto commissariale n. 79/2015: la necessità di garantire l'erogazione delle cure in condizioni di adeguatezza in relazione al bacino di utenza e quindi, conseguentemente di efficacia ed efficienza. Il D.M. citato dispone che elementi determinanti, al fine di verificare l'appropriatezza delle prestazioni, sono- oltre agli esiti delle cure- proprio i volumi di attività, i quali sono naturalmente calcolati in base al numero di accessi alla struttura.

10.- Con l'ultimo gruppo di censure è dedotta l'illegittima classificazione dell'**ospedale** di **Penne** quale presidio collocato in zona particolarmente disagiata, posto che il Commissario ad acta si limiterebbe ad effettuare un “copia-incolla” dei presupposti previsti dal D.M. 70/2015, senza che in concreto il presidio di **Penne** abbia i requisiti per avere la qualificazione attribuita.

Il documento allegato al decreto commissariale n. 79/2016, al punto 9.2.2 qualifica come “Presidi ospedalieri in zone particolarmente disagiate”: << presidi ...distanti più di 90 minuti dai centri *hub* o *spoke* di riferimento (o 60 minuti dai presidi di pronto soccorso), superando i tempi previsti per un servizio di emergenza efficace. I tempi devono essere definiti sulla base di oggettive tecniche di

misurazione o di formale documentazione tecnica disponibile...Tali situazioni esistono in molte regioni italiane per presidi situati in aree considerate geograficamente e meteorologicamente ostili o disagiate, tipicamente in ambiente montano o premontano con collegamenti di rete viaria complessi e conseguente dilatazione dei tempi, oppure in ambiente insulare. Nella definizione di tali aree deve essere tenuto conto della presenza o meno di elisoccorso e di elisuperfici dedicate>>.

Ora, la Regione non si limita a richiamare acriticamente la disposizione, in assenza di istruttoria, ma, alla luce di uno studio effettuato proprio sul bacino di utenza di **Penne**, riscontra che: <<il 96, 87 per cento della superficie territoriale dei 14 comuni afferenti al bacino è classificato come Area montana e premontana... inoltre, l'escursione altimetrica della rete viaria è compresa tra 1.054 e 2.036 m. s.l.m. e la popolazione che, nel tragitto per raggiungere l'**ospedale** più vicino, percorre un tragitto stradale superiore a 1.000 m.s.l.m. è di 5.924 abitanti su un totale di 41.893 abitanti afferenti ai comuni del bacino di utenza>>.

Orbene, dall'istruttoria compiuta, la Regione accerta la circostanza che il presidio di **Penne** è situato in ambiente sia montano che premontano, con collegamenti di rete viaria complessi dovuti all'escursione altimetrica di una parte consistente della rete viaria.

Quanto ai tempi di percorrenza verso la struttura ospedaliera più vicina, la Regione non era tenuta a motivare, nel dettaglio, le tecniche di misurazione effettuate, perché tale onere non è previsto nel D.M. 70/2015 né, d'altra parte, il Comune ricorrente fornisce alcun elemento di prova atto a smentire il calcolo dei tempi di percorrenza effettuati dalla Regione al fine di classificare l'**ospedale di Penne** come presidio di zona particolarmente svantaggiata.

11.- L'infondatezza dei vizi dedotti avverso i decreti commissariali comporta che non è inficiata in via derivata la validità dei provvedimenti attuativi (delibere 735 e 816 del 2016) adottati dalla Asl di Pescara ed impugnati con il ricorso n. di R.G. 517/2016.

12.- Con un primo gruppo di censure il Comune di **Penne** afferma l'illegittimità dei provvedimenti dell'Azienda sanitaria perché adottati in assenza dell'atto d'indirizzo regionale previsto dall'art. 1.4 del D.M. n. 70/2015 e del cronoprogramma per l'attuazione della riorganizzazione prevista nel medesimo D.M. 70/2015. Ed inoltre lamenta che le delibere ASL omettono di considerare che la riorganizzazione della rete ospedaliera e la qualificazione dell'**ospedale di Penne**, non più come *spoke*, ma come presidio in zona particolarmente disagiata, determina il superamento delle previsioni contenute nel Decreto del commissario ad acta n.95/2015 concernenti la dotazione dei mezzi di soccorso in base ai tempi di percorrenza; le delibere, quindi, ometterebbero di rimodulare la rete dell'emergenza territoriale sulla base delle nuove e sopraggiunte decisioni regionali e non conterrebbero alcuna previsione in ordine ai servizi di laboratorio, di radiologia e di medicina trasfusionale, per i quali la riorganizzazione sarebbe rinviata sine die; le delibere sarebbero, peraltro, prive di qualsiasi riferimento al protocollo previsto dall'ultimo capoverso del D.M. 70/2015 punto 9.2.2. per la disciplina dei trasporti secondari dall'**ospedale** in zona particolarmente disagiata al centro *spoke* o *hub* di riferimento.

Le censure sono improcedibili.

L'art. 1.4 dell'allegato 1 al D.M. n. 70/2015 prevede che le Regioni, nel recepire i contenuti del D.M. 70/2015, adottino anche un atto di indirizzo per le aziende ed enti del Servizio sanitario regionale (nonché per le strutture private accreditate) relativo a specifici criteri per l'ammissione ai trattamenti ospedalieri sia di elezione che in condizioni di emergenza-urgenza.

Ed invero, nel caso di specie, la Regione con memoria conclusiva del 19 maggio 2017, con la quale deduce l'improcedibilità o comunque il rigetto del ricorso, afferma che:

- l'atto di indirizzo in questione è stato adottato con Delibera di Giunta regionale n. 78/2017, che ha approvato le nuove linee guida per la redazione degli atti aziendali ed ha, altresì, stabilito, che entro 30 giorni, le Aziende UUSLL avrebbero dovuto adottare il proprio Atto Aziendale curandone la trasmissione al competente Dipartimento regionale, con avvio del procedimento di modifica dell'assetto organizzativo dopo la comunicazione del provvedimento regionale di validazione dell'Atto aziendale;

-con nota 16 maggio 2017, prot. RA30581/17 è stato acquisito l'atto aziendale adottato dal direttore generale della Asl di Pescara.

Tali circostanze non risultano essere state specificamente contestate dal Comune ricorrente e pertanto possono essere ritenute acquisite in virtù del principio di "non contestazione" di cui all'art. 64, comma 2, del codice del processo amministrativo e all'art. 115, comma 1, c.p.c..

L'adozione delle linee guida da parte della Regione determina quindi il sopravvenuto difetto d'interesse all'esame delle censure.

13.- Con l'ultimo motivo di ricorso il Comune di **Penne** lamenta che il direttore sanitario della Asl di Pescara decide, senza averne la competenza, di utilizzare i fondi già previsti per la ristrutturazione dell'**ospedale di Penne**, per "eliminare la realizzazione di strutture non più congrue" e per migliorare la fruibilità e la ricettività del presidio.

Il motivo è infondato.

La delibera della Asl di Pescara n. 735/2016 si limita a stabilire che "l'ipotesi progettuale" inerente la ristrutturazione della struttura del presidio ospedaliero di **Penne** "andrà attualizzata per eliminare la realizzazione di strutture non più congrue e per migliorare la fruibilità e la ricettività".

Dunque, il provvedimento non dispone, come erroneamente supposto dal ricorrente, uno storno dei fondi già stanziati per la ristrutturazione, ma si limita a prospettare una revisione dell'ipotesi di ristrutturazione, attraverso il necessario e logico adeguamento al nuovo assetto organizzativo.

14.- Alla luce di tutte le considerazioni svolte, il ricorso n. 426/2016 deve essere respinto ed il ricorso n. 517/2016 è in parte dichiarato improcedibile per sopravvenuto difetto di interesse ed in parte è respinto.

15.- Attesa la complessità delle questioni, possono compensarsi le spese di lite.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per l'Abruzzo (Sezione Prima), definitivamente pronunciando sui ricorsi, come in epigrafe proposti e riuniti:

a) rigetta il ricorso n. 426/2016;

b) in parte dichiara improcedibile ed in parte respinge il ricorso n. 517/2016.

c) compensa le spese di lite.

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

Così deciso in L'Aquila nella camera di consiglio del giorno 21 giugno 2017 con l'intervento dei magistrati:

Antonio Amicuzzi, Presidente

Paola Anna Gemma Di Cesare, Consigliere, Estensore

Lucia Gizzi, Primo Referendario

L'ESTENSORE

Paola Anna Gemma Di Cesare

IL PRESIDENTE

Antonio Amicuzzi

IL SEGRETARIO