

CDS - Mobilità interregionale

Autore: Redazione

In: Giurisprudenza amministrativa

CONSIGLIO DI STATO, Sezione Terza, sentenza 22 gennaio 2014, n. 296, *****, Est. *****
- Regione Campania e nei confronti di Presidente Regione Campania quale Commissario ad Acta per il Piano di Rientro Sanitario, Regione Lazio e Regione Molise (Avvocatura Generale dello Stato), nonché Regione Puglia e Regione Basilicata. (Accoglie l'appello della Regione Campania e riforma le sentenze di primo grado).

1. - *****' PUBBLICA - PROVVEDIMENTI DI RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA - REGIONI SOTTOPOSTE A PIANO DI RIENTRO - EROGAZIONE DI PRESTAZIONI EXTRA REGIONE - INTRODUZIONE DI PROCEDIMENTO AUTORIZZATIVO PER FRUZIONE DI PRESTAZIONI A BASSA COMPLESSITA' E ALTO RISCHIO INAPPROPRIATEZZA PRESSO REGIONI LIMITROFE - LEGITTIMITA'.

2. - *****' PUBBLICA - PROVVEDIMENTI DI RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA - REGIONI SOTTOPOSTE A PIANO DI RIENTRO - PROVVEDIMENTI DEL COMMISSARIO AD ACTA - LIMITAZIONE DELLA MOBILITA' INTERREGIONALE IN ASSENZA DI ACCORDI TRA REGIONI CONFINANTI - LEGITTIMITA'.

1. E' legittimo, e non contrasta con il diritto di libera scelta del cittadino, il provvedimento con cui, in ragione del contenimento della spesa sanitaria e della razionalizzazione delle risorse disponibili, la mobilità sanitaria passiva (verso l'esterno) al fine di fruire di prestazioni che la stessa Regione Campania è in grado di erogare, viene limitata e subordinata a un procedimento autorizzativo.

E infatti, la sensibile riduzione delle risorse disponibili per il settore sanitario e l'elaborazione di piani di rientro per le Regioni in stato di dissesto con la determinazione di tetti di spesa particolarmente stringenti, implica per le Regioni (soprattutto se sottoposte a piano di rientro) la necessità di governare anche quei processi di mobilità sanitaria interregionale che non sempre sono determinati dalla diversa qualità delle prestazioni rese (o dai tempi necessari per poter ottenere le prestazioni).

In tale contesto rilevano anche intuibili esigenze di natura economico-finanziaria a tutela dell'erario e di parità di trattamento dei cittadini/utenti, evitando così il ricorso a un c.d. "turismo sanitario" non accettabile sul piano generale.

2. E' legittimo il provvedimento del Commissario ad acta per il Piano di Rientro con cui si disciplina unilateralmente, al di fuori di una cornice negoziale, la mobilità passiva (per la compensazione di prestazioni erogate a propri assistiti al di fuori del territorio di competenza) influenzando sulla mobilità attiva di altre regioni (per la compensazione di prestazioni erogate sul territorio di competenza) e sulla rispettiva programmazione sanitaria.

N. 00296/2014REG.PROV.COLL.

N. 05289/2013 REG.RIC.

N. 06844/2013 REG.RIC.

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Consiglio di Stato

in sede giurisdizionale (Sezione Terza)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

1) sul ricorso, proposto da:

Regione Campania, rappresentata e difesa dall'avvocato ***;

contro

***, rappresentata e difesa dall'avv. ***;

nei confronti di

Presidente Regione Campania quale Commissario ad Acta, rappresentato per legge dall'Avvocatura generale dello Stato, domiciliata in Roma, via dei Portoghesi, 12;

2) sul ricorso numero di registro generale 6844 del 2013, proposto da:

Regione Campania, rappresentata e difesa dall'avvocato ***;

contro

***, tutte rappresentate e difese dagli avvocati ***;

nei confronti di

Presidente Regione Campania quale Commissario Ad Acta, Regione Lazio e Regione Molise, rappresentati e difesi per legge dall'Avvocatura Generale dello Stato, domiciliata in Roma, via dei Portoghesi, 12; Regione Puglia, Regione Basilicata;

per la riforma

1) quanto al ricorso n. 5289 del 2013:

della sentenza breve del T.A.R. Campania - Napoli- Sezione I n. 03147/2013, resa tra le parti, concernente individuazione delle prestazioni sanitarie soggette a preventiva autorizzazione da parte delle ASL per l'erogazione fuori regione.

2) quanto al ricorso n. 6844 del 2013:

della sentenza breve del T.A.R. Campania - Napoli- Sezione I n. 03525/2013, resa tra le parti, concernente individuazione delle prestazioni sanitarie soggette a preventiva autorizzazione da parte delle ASL per l'erogazione fuori regione.

Visti i ricorsi in appello e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio della ***, del Presidente Regione Campania quale Commissario ad Acta, della Regione Molise e della Regione Lazio;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 9 gennaio 2014 il Cons. ***** e uditi per le parti gli avvocati ***** su delega dell'avvocato *****, *****, ****, **** e l'avvocato dello Stato *****;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

1. Il Tribunale amministrativo regionale della Campania - Napoli - Sezione Prima, con sentenze semplificate n. 3147 e 3525 rispettivamente del 5 giugno e del 3 luglio 2013 depositate il 18 giugno e l'8 luglio 2013, ha accolto, con compensazione delle spese, i ricorsi proposti rispettivamente da ***, per l'annullamento del decreto n. 156 dell'8 aprile 2013 (***** n. 19 dell'8 aprile 2013) nella parte in cui il Commissario ad acta per il piano di rientro del settore sanitario della Regione Campania subordina, con effetto dal 1° gennaio 2013, ad autorizzazione preventiva di apposite Commissioni istituite dalle A.S.L. l'erogazione di alcune prestazioni sanitarie in favore di cittadini residenti in Campania da parte di strutture e professionisti accreditati in Regioni limitrofe (Lazio, Molise, Puglia e Basilicata).

Il giudice di prime cure ha infatti ritenuto, con assorbimento di altri motivi, che il quadro normativo in materia (in particolare artt. 8 sexies e 12 del D.Lgs. n. 502/1992 e l'art. 9 del Patto per la Salute 2010-2012/Conferenza permanente Stato - Regioni - Province Autonome adottato il 3 dicembre 2009) escludesse che una Regione, sia pure per esigenze di riequilibrio finanziario ovvero di programmazione e controllo della spesa sanitaria, potesse 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 del 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.

2. La Regione Campania, con atti notificati rispettivamente il 5 luglio e l'11 settembre 2013 e depositati l'11 luglio e il 19 settembre 2013, ha interposto appelli avverso le due sentenze, con domande di sospensive, deducendo la violazione del principio di corrispondenza tra chiesto e pronunciato, avendo i ricorrenti contestato l'introduzione di un'autorizzazione preventiva per alcune prestazioni extraregionali in asserita carenza di norma legislativa mentre il giudice - pur non essendo stato prospettato motivo esplicito di impugnazione ma solo incidentalmente - ha rilevato in via preliminare l'assenza di accordo interregionale in Conferenza Stato-Regioni e intese con le Regioni confinanti ex articolo 19 Patto per la Salute del 2009.

Si sostiene che l'accordo non è previsto obbligatoriamente ma costituisce una mera facoltà rimessa all'autonomia regionale, e lo stesso articolo 19 del Patto per la Salute ha contenuto "programmatico" e non precettivo, riferendosi genericamente all'individuazione di "adeguati strumenti"; tali accordi semmai riguardano la pianificazione tariffaria e i meccanismi di compensazione collegati alla mobilità interregionale e sono regolati pattiziamente dall'Accordo interregionale della Conferenza Stato-Regioni per l'anno 2012 con puntuali disposizioni regolatorie e, fra queste, si dispone per l'appunto, ai fini delle compensazioni nell'ambito della "mobilità sanitaria interregionale", l'applicazione delle tariffe in vigore per l'anno di riferimento nelle Regioni creditrici, previa notifica alle Regioni per i controlli degli addebiti e la contestazione da parte della Regione debitrice delle prestazioni asseritamente inappropriate.

La contestata autorizzazione, affatto in contrasto con il principio di libera scelta del cittadino, è invece contemplata da norme nazionali e regionali, si riferisce a prestazioni prive di complessità e ad alto rischio di inappropriata (DRG 036-039-042-256-503), e che i cittadini campani ben possono ottenere nelle strutture sanitarie della Regione, essendo previsto comunque il rilascio dell'autorizzazione in casi, predeterminati, oggettivamente di necessità.

Il citato decreto commissariale, proprio con riguardo alla mobilità interregionale, dispone rilevazioni e monitoraggi dall' 1 gennaio 2012 per gli accessi in pronto soccorso non seguiti da ricoveri, per i trasporti in ambulanza ed elisoccorso, fissando anche tariffe provvisorie e uniche comprensive per prestazioni a favore di non residenti in Campania, per poi porre specifiche disposizioni per i residenti nella Regione Campania in asserita applicazione della delibera del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011, che prevede l'adozione delle tariffe per le prestazioni sanitarie e l'implementazione del monitoraggio e controllo di quelle prestazioni; dell'art. 8 quinquies, c. 2, lett. b) del D.Lgs. n. 502/1992, e successive modificazioni, secondo cui le Regioni possono individuare prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali stabilire "la preventiva autorizzazione"; dell'art. 44, c. 5, della L.R. n. 1/2012, in base al quale il Commissario, per l'attuazione del piano di rientro, individua le prestazioni o gruppi di prestazioni per i quali deve essere acquisita "la preventiva autorizzazione" da parte dell'A.S.L. alla fruizione di prestazioni presso le strutture o i professionisti accreditati, "anche di altre regioni".

A presupposto si richiamano l'oculata programmazione della spesa sanitaria, la razionalizzazione e il contenimento dei costi, l'equilibrio del bilancio e della cassa, l'esigenza di rientro dal deficit , in considerazione di un addebito di oltre 6 milioni di euro per ricoveri e delle varie contestazioni elevate per notevoli importi legate all'inappropriatezza delle prestazioni verso le Regioni limitrofe.

La Regione, con note di udienza depositate il 17 luglio e il 24 settembre 2013, ha ribadito sinteticamente i motivi degli appelli.

3.1. La *** si è costituita con memoria depositata il 17 luglio 2013, replicata con memoria depositata il 9 dicembre 2013, a sostegno della sentenza impugnata ribadendo i motivi di primo grado, e in particolare la illegittimità, anche incostituzionale, del decreto commissariale e della citata autorizzazione, contraria al diritto di libera scelta del luogo di cura e del medico, introdotta senza il preventivo accordo interregionale, e quindi in contrasto con la normativa vigente richiamata anche dal T.A.R., per di più con efficacia retroattiva, senza distinguere tra strutture pubbliche e private e con l'istituzione di commissioni, delle quali si sconoscono composizione, numero, mole di lavoro, modalità e tempi del rilascio dell'autorizzazione, spese.

Contesta i danni lamentati dalla Regione, evidenziando l'immotivata esclusione delle altre Regioni (con mobilità più costosa) e l'intesa raggiunta con la sola Regione Molise per il 2010 a riprova della necessità del previo Accordo interregionale.

3.2. *** in epigrafe indicate si sono costituite con atto depositato il 26 settembre 2013 e con memorie depositate in pari data e 5 dicembre 2013 hanno anch'esse riprodotto i motivi già dedotti in primo grado a supporto della sentenza impugnata, con argomentazioni analoghe alla predetta *** ed evidenziando in particolare che l'esigenza del rientro dal deficit non può incidere sul diritto alla salute e sulla libertà di scelta; il provvedimento commissariale si pone altresì in contrasto con la disciplina ex direttiva U.E. n. 2011/24 circa l'assistenza sanitaria transfrontaliera e in concreto l'assistenza extraregionale comporta financo meno spese e risparmi per la Regione Campania, per cui l'introduzione dell'autorizzazione viene in definitiva a violare i principi di legalità, eguaglianza, leale collaborazione e semplificazione.

4. Il Commissario ad acta per il piano di rientro sanitario della Regione Campania si è costituito con meri atti formali dell'Avvocatura generale dello Stato depositati rispettivamente il 18 luglio e 27 settembre 2013.

5. Questo Collegio, con ordinanze n. 2793 del 19 luglio 2013 e n. 3885 del 3 ottobre 2013, ha accolto le istanze cautelari proposte dalla Regione sospendendo l'esecutività delle due sentenze appellate.

6. A seguito di istanza di prelievo depositata in data 3 ottobre 2013 dalla Regione Campania, che ha evidenziato la connessione fra i due contenziosi, le cause, riunite, all'udienza pubblica del 9 gennaio 2014, sono state trattenute in decisione.

7.1. In via preliminare, come nelle premesse si evidenzia, va disposta la riunione dei due ricorsi ai sensi dell'articolo 70 c.p.a., considerata l'oggettiva identità dell'oggetto dei contenziosi, che si differenziano solo per le parti ricorrenti in primo grado.

7.2. Gli appelli riuniti sono fondati e conseguentemente le sentenze impugnate sono da riformare con il rigetto dei ricorsi di primo grado.

7.3.1. Occorre, ai fini del decidere, individuare e circoscrivere la materia del contendere e il thema decidendum, che si incentrano sulla legittimità del decreto del Commissario ad acta per il piano di rientro sanitario della Regione Campania n. 156 dell'8 aprile 2012, e detto provvedimento, ad avviso del Collegio, contiene tutti gli elementi, di fatto e di diritto, indispensabili a configurare la fattispecie all'esame.

7.3.2. A tal fine si ritiene di dover premettere talune considerazioni sul piano generale.

E' bene invero rammentare che il nuovo modello di Servizio Sanitario Nazionale, introdotto con il citato D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502, è caratterizzato sia dal principio di libertà dell'utente nella scelta della struttura di fiducia per l'assistenza sanitaria riconoscendosi la qualità di erogatori delle prestazioni sanitarie a tutti i soggetti, pubblici e privati, titolari di rapporti "fondati sul criterio dell'accreditamento delle istituzioni, sulla modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica e revisione della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate" (articolo 8, comma 7, D.Lgs. n. 502 del 1992), sia sul principio della necessaria programmazione sanitaria con l'adozione di un piano annuale preventivo - che ha interessato nel tempo le AA.SS.LL. e i soggetti pubblici e privati accreditati - al fine di realizzare "un controllo tendenziale sul volume complessivo della domanda quantitativa delle prestazioni mediante la fissazione, in sede di programmazione sanitaria e sulla base dei dati epidemiologici, dei livelli uniformi di assistenza sanitaria (fatta salva la potestà delle Regioni di prevedere livelli superiori con il proprio autofinanziamento), e la elaborazione di protocolli diagnostici e terapeutici, ai quali i medici di base sono tenuti ad attenersi, nella prescrizione delle prestazioni" (Sez. IV n. 3920/2000; VI n. 7236/2009).

Tale pianificazione ha nel tempo accresciuto il carattere autoritativo e l'ordinamento ha attribuito alle Regioni il compito di adottare determinazioni per l'appunto di carattere vincolante in tema di limite alla spesa sanitaria, in coerenza con l'esigenza che l'attività dei vari soggetti operanti nel sistema sanitario si

svolgesse nell'ambito di una pianificazione finanziaria.

Quindi le Regioni, nell'esercitare questa potestà programmatica, godono di un ampio potere discrezionale, che deve bilanciare interessi diversi- e cioè il contenimento della spesa, la pretesa degli assistiti a prestazioni sanitarie adeguate e degli operatori privati che nel sistema sanitario si muovono con logica imprenditoriale, l'efficienza delle strutture pubbliche che costituiscono un pilastro del sistema sanitario universalistico- ben potendo in una determinata fase storica accentuare da una parte l'esigenza di contenimento della spesa e dall'altra l'esigenza di rafforzamento della tutela sanitaria, essendo l'atto programmatico in esame quello che condiziona l'esercizio del diritto sociale alla salute rendendolo compatibile con il suo costo finanziario (cfr. citata VI n. 7236/2009).

Peraltro la Corte Costituzionale, nel valutare le linee fondamentali del sistema sanitario nel nostro ordinamento, ha sottolineato l'importanza del collegamento tra responsabilità e spesa ed ha evidenziato come l'autonomia dei vari soggetti ed organi operanti nel settore non può che essere correlata alle disponibilità finanziarie e non può prescindere dalla limitatezza delle risorse e dalle esigenze di risanamento del bilancio nazionale (cfr. Corte Cost., 28/7/1995, n. 416). In particolare, la Corte ha ribadito che

“non è pensabile di poter spendere senza limite avendo riguardo soltanto ai bisogni quale ne sia la gravità e l'urgenza; è viceversa la spesa a dover essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie, da determinarsi previa valutazione delle priorità e delle compatibilità e tenuto ovviamente conto delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute, certamente non compromesse con la misura ora in esame”

(cfr. anche Corte Cost., n. 356/1992; Cons. St. A.P. n. 8/2006; III n.2290/2011).

In tale ambito si inserisce l'operato del Commissario ad acta, organo straordinario nominato già dal 2009 dal Governo nella persona dello stesso Presidente della Regione Campania pro tempore, che, ai fini del piano di risanamento del servizio sanitario regionale prescritto da normative nazionali all'uopo adottate per le Regioni in stato di dissesto, come altri commissari ha posto in essere una serie di provvedimenti volti per l'appunto a far fronte al necessitato piano sia di rientro dal deficit per addivenire al necessario equilibrio di bilancio e di cassa sia di una programmazione dell'assistenza sanitaria volta ad assicurare le

prestazioni essenziali compatibili con le risorse economiche e finanziarie assegnate a carico del Servizio Sanitario Nazionale e del Fondo Sanitario Regionale con la fissazione di uno specifico sistema di determinazione di tetti di spesa regionali.

7.3.3 In tale contesto generale e anche con riguardo al caso di specie il Collegio intende uniformarsi al chiaro orientamento già emerso con la propria sentenza n. 498 (e 499) del 25 novembre 2011 depositata il 1° febbraio 2012, richiamata a diverso titolo dalle parti in causa, e che, anche per esigenze di economia processuale, si trascrive per la parte qui di interesse:

“In linea generale, non può ritenersi irrilevante per una Regione che le prestazioni sanitarie vengano erogate in favore dei residenti nella stessa Regione ovvero in favore di residenti in altre Regioni tenuto conto dell’interesse, proprio di ogni Regione, di soddisfare innanzitutto le esigenze sanitarie dei propri residenti. Nel momento in cui si sono ridotte sensibilmente le risorse disponibili per il settore sanitario e sono stati elaborati piani di rientro per le Regioni in stato di dissesto con la determinazione di tetti di spesa particolarmente stringenti, risulta quindi necessario per le Regioni (soprattutto se sottoposte a piano di rientro) governare anche quei processi di mobilità sanitaria fra le Regioni che non sempre sono determinati dalla diversa qualità delle prestazioni rese (o dai tempi necessari per poter ottenere le prestazioni). Senza considerare gli effetti che si determinano in modo indiretto anche sul piano della fiscalità regionale. E ciò è tanto più vero per quelle Regioni che, come il Lazio, hanno un forte assorbimento di mobilità e risultano creditrici di importi rilevanti nei confronti delle altre Regioni per le prestazioni erogate da strutture accreditate in favore di non residenti. A ciò va aggiunto che tutto il sistema dei tetti di spesa regionali risulterebbe vanificato se non venissero limitate anche le prestazioni erogabili in favore di soggetti residenti in Regioni diverse”.

Ciò stante, va sottolineato che il necessario raccordo tra tutela del diritto alla salute e esigenze di razionalizzazione della spesa sanitaria trova applicazione anche a meccanismi di riequilibrio che intervengono a consuntivo come nella fattispecie, ed è indubbio l’erogazione delle prestazioni sanitarie effettuate extraregione non è irrilevante sul piano economico, posto che i rimborsi fra le Regioni sono corrisposti a consuntivo facendo ricorso a complesse compensazioni disciplinate dalla Conferenza Stato-Regioni/Province Autonome, alle quali non sono indifferenti le Regioni commissariate e sottoposte al piano

di rientro, come anche la Regione Campania, già in difficoltà anche per la tempestiva erogazione delle risorse assegnate alle proprie strutture pubbliche e private accreditate.

Orbene il decreto contestato, a ben leggere, si poggia proprio sulla normativa nazionale e regionale che abilita le Regioni, e per esse i Commissari straordinari, ad adottare i provvedimenti ritenuti necessari a tali fini, con determinazioni di natura discrezionale insindacabili ove immuni da oggettivi ed evidenti vizi di illogicità ed irrazionalità.

Il provvedimento commissariale in questione fa riferimento, fra l'altro, alla D.P.C.M. 23 marzo 2012, all'Accordo Interregionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria approvato dalla Conferenza in data 22 maggio 2012, alla L.R. n. 1/2012 ed anche allo stesso Patto per la Salute Governo - Regioni - Province Autonome 2010-2012 del 3 dicembre 2009, citato dal T.A.R. e che nell'Allegato B elenca i "DGRad alto rischio di non appropriatezza in regime di degenza ordinaria"; tale complesso normativo, primario e secondario, autorizza proprio le Regioni a intervenire anche per le prestazioni effettuate extraregione a favore di cittadini della Regione e che già prevedono sistemi di reciproca informazione, tariffazione, rimborsi e contestazioni di prestazioni cd. "inappropriate".

Il Commissario, peraltro, nel disporre già il monitoraggio e la tariffazione di talune prestazioni in mobilità extraregionale anche nei confronti dei residenti in altre Regioni e nel far riserva di ulteriori provvedimenti, ha preso atto della spesa di circa 7 milioni di euro l'anno per rimborsi alle Regioni di confine con intuibili riflessi negativi sul deficit, e ha individuato una serie di prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza e di bassa complessità (nella specie, interventi su retine, cristallino, strutture intraoculari, sistema musco-scheletrico e connettivo, ginocchio) che l'offerta sanitaria delle strutture regionali, peraltro già attrezzate con costi non indifferenti, era in grado già di soddisfare, rendendo così ingiustificata una forte mobilità verso le Regioni confinanti e anche verso strutture non pubbliche autorizzate, con conseguente incisione in altre programmazioni sanitarie.

Si introduce quindi dal 1° gennaio 2013 e in via sperimentale la preventiva autorizzazione già citata, ma si prevede al contempo che l'A.S.L. è tenuta a rilasciare la stessa autorizzazione

“in tutti i casi, in cui per motivi organizzativi, o per la presenza di eccessive liste di attesa, in relazione all’urgenza della prestazione, o in mancanza di idonea offerta assistenziale nell’A.S.L. stessa o in altre A.S.L. campane, o per altre motivazioni, risulti che l’erogazione in mobilità extraregionale della prestazione sanitaria richiesta risulti essere più idonea per soddisfare il bisogno assistenziale del paziente e che, pertanto, risulti tutelato il diritto alla salute del cittadino”, soggiungendo che “le prestazioni rese in assenza dell’autorizzazione non sono remunerabili ai soggetti erogatori e non sono riconoscibili in sede di compensazione della mobilità sanitaria tra le altre Regioni alle quali è data preventiva comunicazione del presente provvedimento”.

In definitiva il decreto risulta essere stato adottato in corretta attuazione e nel contesto del quadro normativo specifico del comparto, e senza tralasciare le relazioni con le altre Regioni nelle opportune sedi interregionali, sovvenendo al riguardo il già citato Accordo interregionale per la compensazione della mobilità sanitaria della Conferenza Stato-Regioni per il 2012, successivo al Patto per la Salute del 2009, e non potendosi pertanto imporre altri adempimenti procedurali di non agevole né rapida conclusione.

D’altra parte la Regione Campania risulta aver intrapreso iniziative con altre Regioni pervenendo alla sola intesa con la Regione Molise per il 2010, e la limitazione in atto dell’autorizzazione solo alle Regioni confinanti è di certo finalizzata fruttanto a eliminare o ridurre il più vicino e attrattivo “pendolarismo” sanitario, e il sistema, che prevede anche specifiche deroghe non proprio limitate, non incide sostanzialmente sulla libertà di scelta della cura.

Il provvedimento commissariale peraltro richiede l’adozione di ulteriori provvedimenti del Commissario stesso e delle A.S.L., soggetti ad autonome impugnative anche da parte degli stessi utenti. Si tratta invero di procedimento autorizzatorio attivato a istanza degli interessati, e d’altronde l’A.S.L. è tenuta doverosamente, pur nel rispetto e nell’apprezzamento di tali situazioni connotate da peculiari caratteristiche non solo mediche ma anche psicologiche, a individuare primariamente nella Regione strutture, ripetesi già attrezzate, che forniscono le massime garanzie di effettuare l’intervento richiesto alla pari di quelle, altrettanto idonee, collocate extraregione, a meno di sostenere l’incapacità di tutte le strutture campane, con valutazione, di natura tecnico-discrezionale, soggetta al sindacato di legittimità ove palesemente illogica o irrazionale.

In tale contesto rilevano anche intuibili esigenze di natura economico-finanziaria a tutela dell'erario e di parità di trattamento dei cittadini/utenti, evitando così il ricorso, che si incrementerebbe di certo, a un c.d. "turismo sanitario" non accettabile sul piano generale.

L'eventuale diniego non si appalesa quindi dovuto o automatico, essendo frutto comunque di discrezionalità tecnico-decisionale sottoposta al controllo intrinseco del giudice amministrativo in merito alla valutazione dei presupposti per la concessione dell'autorizzazione (indispensabilità di strutture adeguate in Campania, tempi adeguati, urgenza e gravità del caso, cure prestate a cittadini che già si trovano fuori Regione, urgenza e adeguatezza delle cure e quant'altro).

Il quadro normativo dianzi delineato e le estese considerazioni che precedono inducono anche a disattendere le dedotte violazioni di norme costituzionali e comunitarie nonché dei principi dell'eguaglianza e di libera scelta.

8. In conclusione, gli appelli, riuniti, vanno accolti e, in riforma delle sentenze impugnate, vanno respinti i ricorsi di primo grado.

Tenuto conto della complessità della fattispecie si ritiene di disporre la compensazione delle spese del grado.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza)

definitivamente pronunciando sugli appelli, uniti, come in epigrafe proposti, li accoglie e, per l'effetto, in

riforma delle sentenze impugnate, respinge i ricorsi di primo grado.

Spese compensate.

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

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 9 gennaio 2014 con l'intervento dei magistrati:

Pier *****, Presidente

*****, Estensore

*****, Consigliere

Dante D'Alessio, Consigliere

Massimiliano Noccelli, Consigliere

IL PRESIDENTE

L'ESTENSORE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 22/01/2014

IL SEGRETARIO

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

<https://www.diritto.it/cds-mobilita-interregionale/>