

Pubblicato il 23/04/2018
N. 00950/2018 REG.PROV.COLL.

N. 00144/2018 REG.RIC.

REPUBBLICA ITALIANA

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale per la Calabria

(Sezione Seconda)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 144 del 2018, proposto da:

Assipa Associazione Strutture Sanitarie Private Accreditate

[REDACTED], rappresentati e difesi dall'avvocato Luisa Sorrenti, con domicilio eletto presso lo studio dell'avv. Raffaele Fioresta in Catanzaro, via del Commercio, 2;
contro

Regione Calabria non costituita in giudizio;
Commissario Ad Acta Piano di Rientro Dai Disavanzi Sanitari della Regione Calabria, in persona del legale rappresentante p.t., rappresentato e difeso per legge dall'Avvocatura Distrettuale Catanzaro, domiciliato in Catanzaro, via G.Da Fiore, 34;
nei confronti

Asp Reggio Calabria non costituita in giudizio;
per l'annullamento

del Decreto del Commissario Ad Acta della Regione Calabria n. 128 del 31.10.2017 pubblicato sul BURC n° 110 del 10/11/2017 avente ad oggetto Definizione dei livelli massimi di finanziamento per le strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale con onere a carico del servizio sanitario regionale, anno 2017;

Visti il ricorso e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio di Commissario Ad Acta Piano di Rientro Dai Disavanzi Sanitari della Regione Calabria;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 12 aprile 2018 la dott.ssa Giuseppina Alessandra Sidoti e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO

1. ASSIPA è associazione di categoria regionale, che si propone di tutelare gli interessi dei propri associati, anche in sede giudiziale.

Gli altri ricorrenti - già convenzionati con il SSN ex L. n. 833/78 - sono soggetti definitivamente accreditati nella Regione Calabria per lo più per le prestazioni esterne di diagnostica di laboratorio di analisi, ma anche di altre prestazioni specialistiche ambulatoriali.

Essi hanno impugnato il decreto n. 128/2017, avente ad oggetto la definizione dei livelli massimi di finanziamento per le strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale con onere a carico del servizio sanitario regionale anno 2017, il quale ha ridotto di € 13.531.856 l'importo assegnato nell'anno 2016 al comparto della specialistica ambulatoriale privata.

Avverso il detto decreto parte ricorrente ha dedotto i seguenti motivi:

I) Illegittimità per eccesso di potere sotto il profilo dell'abnormità - contraddittorietà con precedenti determinazioni - motivazione falsa e/o carente: l'atto in questione non sarebbe coerente con le previsioni di spesa e con la valutazione del fabbisogno regionale e presenterebbe contraddittorietà con il DCA n.32 del 15 febbraio 2017, che determina il fabbisogno di prestazioni di specialistica ambulatoriale;

II) Eccesso di potere per ingiustizia manifesta, arbitrarietà e irragionevolezza - Violazione di precedente accordo - Violazione del principio della certezza dei rapporti giuridici: a) il decreto impugnato che interviene a fine anno violerebbe il criterio della spesa storica e della conferma, in regime di prorogatio, di quella dell'anno precedente a cui le strutture avrebbero potuto fare riferimento; né il ritardo appare giustificato, atteso che già nel mese di maggio 2017 il quadro economico finanziario era chiaro per l'ufficio commissariale che si apprestava a discutere con le associazioni di categoria i criteri di ripartizione dei budget; b) nessuna congrua istruttoria e adeguata esplicitazione all'esito di una valutazione comparativa avrebbe posto in essere il Commissario ad Acta prima di attuare la decurtazione di oltre 13.500.000 euro dalla spesa destinata alle prestazioni specialistiche ambulatoriali private accreditate, posto che l'economia evidenziata a consuntivo nell'acquisto dei servizi sanitari per assistenza specialistica ambulatoriale da privato, rispetto al tetto di spesa complessivo assegnato con il DCA n. 25/2016, era pari solo ad € 862.000,00 ovvero poco più dell'1%, mentre il taglio di 13,5 milioni di euro corrisponde a

circa il 25% della spesa assegnata per il 2016; e ciò a fronte di un'invarianza del fabbisogno rispetto all'anno precedente di cui darebbe conto lo stesso D.C.A. n.128;

III) Eccesso di potere per sviamento del potere stesso – contraddittorietà e illogicità rispetto ad altre determinazioni assunte: con il presente D.C.A. il Commissario avrebbe fatto una scelta politica di diversa allocazione delle risorse e di rilancio del settore pubblico, attuata a fine anno, del tutto incapace di concretizzare il benché minimo vantaggio per il servizio sanitario pubblico regionale in poco più di un mese del 2017, ad esclusivo danno delle strutture private accreditate;

IV) Illegittimità per erronea valutazione dei presupposti ed errore di fatto: il decreto conterrebbe dati non coerenti e sarebbe fondato su falsi presupposti;

V) Violazione del diritto alla difesa – ingiusta ed immotivata vessazione – violazione del rispetto dei reciproci interessi: sarebbe illegittima la previsione che prevede il blocco dei pagamenti laddove sorga un contenzioso tra le parti, nella misura in cui attua uno strumento di pressione e coazione sulle strutture sanitarie accreditate, mettendo, peraltro, in discussione un diritto (quello al pagamento) evidentemente già maturato e riferibile a prestazioni rese.

Hanno, quindi, chiesto, previa sospensiva, l'annullamento dell'atto impugnato.

2. Si è costituito in data 13 febbraio 2018 il Commissario ad Acta, producendo documentazione

3. In data 22 febbraio 2018 il Collegio, con ordinanza n.95/2018, ha ritenuto sussistere i presupposti per la sollecita definizione del giudizio nel merito ed ha chiesto supporto istruttorio al Commissario.

3.1. In data 2 marzo 2018 il Commissario ad acta Piano di Rientro dai Disavanzi Sanitari della Regione Calabria ha prodotto documentazione.

4. In vista della pubblica udienza il Commissario ha prodotto memoria ex art.73 c.p.a..

5. Alla pubblica udienza del 12 aprile 2018, il difensore di parte ricorrente ha rappresentato che non risponde al vero quanto riportato nella relazione istruttorio depositata dal Commissario ad Acta e cioè che nella riunione del maggio 2017 si sarebbe discusso della riduzione consistente del budget, cosa avvenuta peraltro nel mese di agosto e solo in forma generica; l'Avvocatura ha contestato quanto dedotto ed il ricorso è stato posto in decisione.

DIRITTO

1. Il Collegio ritiene, preliminarmente, di riassumere il quadro giurisprudenziale di riferimento in materia.

In tema di determinazione dei tetti di spesa sanitaria e sui limiti del sindacato giudiziale circa i loro criteri di fissazione e ripartizione nell'ambito delle Regioni interessate dal regime emergenziale dei c.d. "Piani di Rientro", la giurisprudenza ha già avuto modo di pronunciarsi (T.A.R. Calabria, sez. I, 15 settembre 2016, n. 1800; sez. I, 29 giugno 2016, n.1324; sez. I, 16 maggio 2016, n.1041; Cons. Stato, Sez. III, 25 marzo 2016, n. 1244, Cons. Stato, Sez. III, 3 marzo 2017, n.994; sez. III, 19 dicembre 2016, n.5371); in particolare, la giurisprudenza ha :

a) riconosciuto la specialità della normativa emergenziale che disciplina i "Piani di rientro" da eccessivi disavanzi del sistema sanitario delle singole Regioni, normativa rivolta, contestualmente, a ripristinare l'equilibrio economico-finanziario del sistema sanitario regionale interessato ed a salvaguardare il rispetto dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e la loro "sostenibilità" nel lungo periodo;

b) sottolineato il carattere vincolato dei provvedimenti attuativi del piano di rientro e la loro natura di provvedimenti generali di programmazione finanziaria, con la conseguente derogabilità, per effetto della "prevalente" normativa emergenziale, delle procedure previste – a regime – dalla legislazione regionale e nazionale;

c) osservato che la ratio della fissazione dei tetti massimi e dei relativi meccanismi di controllo, "è principalmente quella del contenimento della spesa pubblica e di garantire la continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture accreditate, ma non quella di assicurare i volumi di produzione del singolo erogatore" (Cons. St., sez. III, 7 luglio 2017, n. 3353, che conferma T.A.R. Campania, Napoli, sez. I, n. 2101/2016);

d) dato atto che, in tale contesto, la contrattazione non avviene nell'ambito del libero mercato, ma in un panorama caratterizzato dall'estrema limitatezza delle risorse in relazione sia all'ampiezza dei bisogni cui si deve far fronte, sia all'esigenza di porre riparo a uno squilibrio finanziario maturato nel corso degli anni (T.A.R. Calabria, Catanzaro, sez. I, 1 giugno 2016, n. 1136);

e) sottolineato la natura ampiamente discrezionale delle scelte operate in materia di "tetti di spesa" e ripartizione del budget, trattandosi di determinazioni che tengono conto della "ponderazione tra i diversi tipi di interessi e prestazioni eterogenee", come tale riservate ad una "sfera di discrezionalità politico-amministrativa particolarmente ampia", in cui il vero oggetto della scelta – e conseguentemente, del sindacato in sede giudiziale – non emerge guardando al "singolo interesse" e al concreto effetto lesivo che la stessa comporta per il singolo operatore economico, ma solo considerando tale interesse insieme agli altri, valutando le alternative possibili e realistiche per contemperarle, alla cui stregua operare il giudizio di ragionevolezza;

f) dato atto della conseguente limitazione del sindacato giudiziale ai soli profili di "evidente illogicità, di contraddittorietà, di ingiustizia manifesta, di arbitrarietà o di irragionevolezza";

g) dato atto che, in base agli esposti principi, inoltre, la rideterminazione dei budget rispetto a quelli proposti dalle A.S.P. non inficia, in sé, il decreto commissariale per irragionevolezza, illogicità, contraddittorietà o arbitrarietà (cfr. T.A.R. Calabria, Catanzaro, sez. I, 16 maggio 2016, n. 1040).

2. Alla luce delle superiori coordinate giurisprudenziali occorre, quindi, valutare il compendio impugnatorio in esame.

2.1. Parte ricorrente lamenta l'illegittimità del provvedimento impugnato per asserita contraddittorietà rispetto al DCA n. 32 del 15 febbraio 2017, avente ad oggetto "Determinazione del fabbisogno regionale di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale".

Osserva la difesa commissariale che, invero, il decreto da ultimo citato stima il fabbisogno teorico regionale di prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2017 nella misura di € 28.375.502, quale valutazione comprensiva sia delle prestazioni con oneri a carico del SSR che di quelle senza oneri a carico della spesa pubblica; e che il DCA n. 32 prosegue chiarendo che "con atto separato sarà determinato il budget, sia totale che parziale, per singola asp, senza il quale non potranno essere determinati e formalizzati acquisti di prestazioni" e che "il valore totale del budget potrà essere anche inferiore al fabbisogno teorico determinato, tenuto conto che occorrerà renderlo compatibile con le reali risorse disponibili".

Nella memoria del Commissario si legge che "il provvedimento gravato definisce in € 55.472.306 (loro ticket) il livello massimo di finanziamento per l'annualità 2017, da corrispondere alle strutture private accreditate per l'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale con oneri a carico del servizio sanitario regionale calabrese", con la conseguenza che la censura relativa alla ritenuta incoerenza tra fabbisogno reale di prestazioni ambulatoriali e tetto massimo annualità 2017 risulta non fondata.

Comunque, come specificato dal Commissario nelle relazioni prodotte, pur essendo il fabbisogno di cui al DCA n.32 propedeutico alla determinazione di una proposta analitica di acquisto delle prestazioni, nello stesso provvedimento commissariale in questione si chiarisce che i budget saranno determinati a seguito della conclusione dell'attività istruttoria descritta e potranno essere inferiori al fabbisogno teorico definito in modo da renderli compatibili con le reali risorse disponibili.

Alla luce delle argomentazioni rese dal Commissario e in mancanza di elementi in senso contrario, non risulta provata la lamentata contraddizione con il DCA N.32 nè che il budget di cui al DCA n.128 per l'anno 2017 (ancorchè inferiore a quello del 2016) sia inadeguato a soddisfare il fabbisogno regionale totale.

3. Sulla ritenuta insufficienza delle somme assegnate alle strutture private accreditate per l'erogazione di prestazioni di specialistica ambulatoriale, sul presupposto che la domanda effettiva sia maggiore di quella stimata, peraltro, il Commissario fa presente che i dati SOGEI, a cui fa riferimento parte ricorrente, "non sono comparabili con i dati prestazionali effettivi resi dalle strutture private accreditate riferite all'anno 2017, in quanto in essi sono rilevate sia le prestazioni con oneri a carico del Sistema Sanitario Regionale (SSR) che quelle senza oneri a carico ...".

4. I ricorrenti asseriscono, altresì, che il decreto commissariale impugnato sia stato adottato illegittimamente e tardivamente, ovvero sul finire dell'anno 2017, senza alcuna valida ragione giustificativa.

4.1. Tale censura non è meritevole di accoglimento per le ragioni di seguito esposte.

Invero, la fissazione dei tetti di spesa non può prescindere dalla conoscenza effettiva del dato finanziario di riferimento e tale dato risulta definito in modo concreto in corso d'anno, con la conseguenza che è fisiologica la fissazione retroattiva del tetto regionale di spesa anche in una fase avanzata dell'anno (cfr. ex multis, Consiglio di Stato, sez. III, 3 agosto 2015, n. 3801).

In particolare, la giurisprudenza ha riconosciuto che la determinazione del budget nel corso dell'anno appare giustificata da esigenze istruttorie connesse alla necessaria acquisizione di tutte le informazioni finanziarie indispensabili, rese disponibili durante il corso dell'anno di riferimento, e dalla struttura stessa del procedimento come previsto dalla legge, idoneo in quanto tale a prevedere e giustificare l'emissione di atti, regionali e provinciali, con riferimento a prestazioni già svolte (cfr. T.A.R. Calabria, Catanzaro, sez. I, 26 aprile 2017 n.682; T.A.R. Cagliari, sez. I, 3 marzo 2017, n.159; cfr. in particolare T.A.R. Calabria Catanzaro, sez. I, 29 dicembre 2016 n. 2555, con riferimento alla retroattività del provvedimento emanato nel novembre e diretto a incidere sulle prestazioni rese nel corso dell'anno).

Nella memoria della difesa commissariale viene specificato, inoltre, che "Nel caso di specie, il decreto impugnato è stato legittimamente adottato il 16.10.2017 e pubblicato sul BURC del 10.11.2017, in quanto solo in quella data il Commissario ad acta ha avuto effettiva contezza del quadro economico finanziario di riferimento."

Il Commissario fa, altresì, presente che, fin dal mese di giugno 2017, le strutture private accreditate erano state informate, per il tramite delle proprie associazioni di categoria, sia dalla struttura commissariale che dalle direzioni aziendali della entità della decurtazione percentuale dell'anno 2017 rispetto al finanziamento del 2016 e pertanto "avrebbero dovuto programmare la loro attività, ancor prima dell'approvazione dell'atto definitivo, sulla base di tutti gli elementi conoscibili già nella fase iniziale dell'esercizio di riferimento, e, verificando la produzione realizzata nel periodo da gennaio 2017 a settembre 2017 (cioè nei mesi precedenti all'adozione del DCA 128/2017), che si ripete al III trimestre CE porta un dato complessivo di spesa pari a € 46.091 €/mln. (che proiettata al 16 ottobre sarebbe pari a 49 €/mln. circa), avrebbero, altresì, dovuto rimodularla, per soddisfare il fabbisogno assistenziale, nei mesi di ottobre/novembre/dicembre, fermo restando che le prestazioni erogate oltre il tetto massimo (€ 51.210.675) non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R.".

Ed ancora il Commissario ha specificato che, già nel corso dell'incontro del 15 maggio 2017 con il Dipartimento tutela della salute e con le associazioni di categoria del settore, la Regione aveva manifestato l'intenzione "di acquistare le prestazioni di assistenza specialistica operando per il settore privato una migliore distribuzione territoriale, con eliminazione delle prestazioni inappropriate di bassa complessità, e di utilizzare al meglio le potenzialità delle strutture pubbliche, per garantire massimo rendimento ed efficienza, a fronte di considerevoli investimenti effettuati in termini finanziari ed organizzativi, rivedendo pertanto l'offerta complessiva delle prestazioni da soggetti privati. Tali criteri sono stati condivisi anche con le Aziende del SSR in diversi incontri che si sono tenuti nella settimana del 5-10 giugno 2017"; ha, quindi, rappresentato che, in data 8 agosto 2017, si era poi tenuto un nuovo incontro nel quale era stato illustrato il contenuto dell'emanando provvedimento commissariale.

5. Quanto alla tematica della partecipazione al procedimento da parte delle associazioni di categoria rappresentative delle Strutture private accreditate, la giurisprudenza ha ritenuto che la determinazione di fissazione del tetto di remunerazione delle prestazioni erogate dalle strutture private accreditate è espressione della funzione di programmazione e di pianificazione della spesa sanitaria, risolvendosi nella fissazione di una regola generale di contenimento della stessa valevole per un'intera categoria di soggetti, per il quale l'art. 13, L. 7 agosto 1990 n. 241 esclude l'obbligo del rispetto delle garanzie procedurali (TAR. Torino, (Piemonte), sez. I, 15/07/2016, n. 995; TAR Campania, Sezione I, del 18 settembre 2017 n. 4430).

In particolare, nell'ambito del sistema di programmazione, l'autorità commissariale, titolare di potere autoritativo in materia, provvede unilateralmente alla fissazione dei limiti di spesa sostenibile con il fondo sanitario, anche perchè risulta di fatto vincolata da rigide esigenze di contenimento e riduzione dei costi derivanti dalla complessa situazione finanziaria che ha colpito il settore della sanità regionale.

Fermo restando tale potere in capo al Commissario, con riferimento al provvedimento commissariale qui impugnato, lo stesso, con le relazioni depositate, ha esposto che, comunque, le informazioni e comunicazioni sono state fornite dalla struttura commissariale (in data 4 maggio 2017 e 3 agosto 2017 secondo quanto riferito); ed ancora che, in data 16/05/2017, 26/05/2017, 07/06/2017, le Aziende Sanitarie Provinciali sono state convocate presso la struttura commissariale al fine di definire i criteri per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale per l'anno 2017; che, inoltre, in data 15/06/2017, cioè 4 mesi prima dell'adozione del DCA n. 128/2017, oggetto del ricorso, erano state comunicate alle ASP le riduzioni di spesa da effettuare rispetto all'anno 2016 per l'acquisto di prestazioni di specialistica ambulatoriale, con conseguente aumento di erogazione di prestazioni pubbliche; che, a tal fine, in pari data, veniva trasmesso alle Aziende un prospetto da compilare contenente la proposta di acquisto per l'esercizio 2017.

5.1. Parte ricorrente, in udienza, ha contestato che nel mese di maggio ci sia stato l'incontro riferito dal Commissario sulla riduzione del budget, essendo piuttosto stata prospettata detta riduzione genericamente nel mese di agosto.

Tale specificazione non esclude che, almeno dal mese di agosto, sia pure genericamente, parte ricorrente abbia avuto conoscenza dei tagli di budget e che, almeno da tale mese, avrebbe dovuto tenere conto delle prospettate decurtazioni rispetto all'anno precedente.

Priva di fondamento, conseguentemente, è la doglianza di parte ricorrente secondo cui, fino all'adozione del DCA n.128 del 16 ottobre 2017, tutte le scelte organizzative e di investimento sono state effettuate sulla base del tetto massimo di spesa previsto per l'anno 2016.

6. In merito ai rapporti tra struttura convenzionata e servizio sanitario regionale, giova, poi, ricordare che l'art. 8-bis del d.lgs. n. 502 del 1992 precisa che l'esercizio di attività sanitarie per conto ed a carico del servizio sanitario nazionale è subordinato, non solo all'autorizzazione per la realizzazione e l'esercizio della struttura sanitaria ed al suo accreditamento istituzionale, ma anche alla "stipulazione degli accordi contrattuali di cui all'art. 8-quinquies".

Quest'ultima disposizione pone il rapporto di accreditamento su una base saldamente negoziale: al di fuori del contratto la struttura accreditata non è obbligata ad erogare prestazioni agli assistiti del servizio sanitario regionale e, per converso, l'amministrazione sanitaria non è tenuta a pagare la relativa remunerazione.

Le controparti private, inoltre, hanno comunque la facoltà, in base alla propria autonomia negoziale, di aderire o meno allo schema contrattuale predisposto dall'amministrazione.

7. I ricorrenti lamentano, poi, l'illegittimità della previsione di cui al DCA n. 128 secondo cui "in caso di contenzioso, l'ASP accantonerà a valere sul limite di spesa le somme eventualmente spettanti alla struttura ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso", per violazione del diritto di difesa ex art. 24 Cost.

Invero, la disposizione suindicata non lede il diritto di agire in giudizio per la tutela dei propri diritti ed interessi legittimi, in quanto prevede soltanto che le somme destinate alle strutture private accreditate vengano accantonate in caso di contenzioso e fino alla definizione dello stesso.

Del resto, la ratio di tale previsione è facilmente rinvenibile nel consolidato principio giurisprudenziale in base al quale chi intende operare nell'ambito della sanità pubblica deve accettare i limiti in cui la stessa è costretta, in alternativa gli operatori possono scegliere di agire come privati nel mercato (cfr. Consiglio di Stato, Sez. III, ordinanza n. 906/2015).

Inoltre sulla legittimità delle clausole che, come quella in questione, pongono delle condizioni agli operatori privati (e specificamente delle clausole di salvaguardia) il Consiglio di Stato (sez. III sent. N.3617/2017) si è già pronunciata ritenendo la legittimità delle stesse.

8. Quanto ancora al ritenuto difetto di motivazione, fermo restando il potere discrezionale del Commissario in materia, per come sopra esposto, nel caso di specie il livello massimo di finanziamento per l'anno 2017 risulta fissato in € 55.472.306 per due ordini di ragioni espressamente indicate.

Nel DCA n. 128 si dà atto che "si è in presenza di oggettivi vincoli e stati di necessità rigorosamente quantitativi conseguenti al Piano di rientro/Programmi Operativi, al cui rispetto la Regione è tenuta" e si precisa che, nel determinare i tetti massimi di spesa da destinare agli erogatori privati accreditati, "la Regione intende utilizzare al meglio le potenzialità delle strutture pubbliche, incrementandone l'attività di circa il 20% a livello regionale, anche a fronte dei considerevoli investimenti effettuati in termini finanziari ed organizzativi, con conseguente decurtazione percentuale dell'attività erogata dai soggetti privati".

Da un lato, quindi, il Commissario ad acta ha voluto contenere la spesa sanitaria pubblica, anche alla luce della riduzione del Fondo Sanitario Regionale del 2017 rispetto a quello del 2016; dall'altro, ha decurtato il budget da assegnare agli erogatori privati al fine di valorizzare l'attività posta in essere sul territorio regionale dalle strutture pubbliche.

La riduzione del livello massimo di finanziamento di cui al DCA n. 128 del 16 ottobre 2017, peraltro, secondo quanto specificato dal Commissario nel corso di giudizio, permette di realizzare un effettivo risparmio di spesa in quanto le somme sottratte alle strutture private accreditate non vengono trasferite a quelle pubbliche; in particolare, viene riferito che "Non sono previste, dunque, risorse aggiuntive per le strutture sanitarie pubbliche, in quanto è stabilito che le stesse incrementino del 20% l'attività svolta a livello regionale senza maggiori oneri a carico del SSR".

9. Conclusivamente, il Collegio, tenuto conto della giurisprudenza sopra richiamata e delle relazioni commissariali, ritiene che le censure avverso l'impugnato decreto del Commissario ad acta non siano fondate.

In particolare, con il ricorso in esame parte ricorrente finisce per opinare su scelte ampiamente discrezionali dell'Amministrazione, le quali possono essere sindacate in sede giurisdizionale solo se risultano illogiche o arbitrarie (come nel caso di mancata motivazione in ordine alle scelte operate), ma non quando, come nel caso, mirano a commisurare la spesa alle effettive disponibilità finanziarie ed ai diversi interessi coinvolti, specie alla luce della situazione emergenziale in cui la Regione Calabria versa.

Tutte le deduzioni di parte ricorrente (comprese quelle relative all'effettiva modalità di utilizzazione delle risorse in questione, alla tardività del decreto, alla contraddizione del decreto con i precedenti atti programmatici nazionali e regionali adottati), pertanto, devono essere innestate all'interno di questo particolarissimo quadro, ove il fabbisogno effettivo può essere soddisfatto con l'osservanza delle necessarie priorità compatibilmente con le esigenze connesse al rientro dal disavanzo (T.A.R. Calabria, Catanzaro, sez. I, 23 maggio 2016, n. 1075); in tale contesto e nell'ottica del necessario contemperamento di diversi e delicati interessi contrapposti, l'Amministrazione, come detto, gode di un ampio potere discrezionale senza che la singola impresa possa fondatamente censurare la scelta discrezionale dell'amministrazione circa le modalità di utilizzo delle risorse - difformi rispetto alle attese - ove tale scelta, come nel caso, non sia palesemente illogica o irragionevole; del resto, tutte le censure, lette alla luce del detto quadro regolatorio, non spiegano come conciliare le attese dei ricorrenti con l'obiettivo riduzione del FSR del 2017 rispetto al 2016 pari a € 23.696.984,00.

Nondimeno, la circostanza per cui la pubblicazione del decreto commissariale impugnato è intervenuta a fine esercizio 2017, nella misura in cui ha dato adito ad un contenzioso particolarmente complesso, rappresenta un elemento da tenere presente ai sensi e per gli effetti di quanto già ricordato da questo T.A.R. con il decreto cautelare n.73 del 2018 (cfr anche T.A.R. Abruzzo, L'Aquila, sentenza n. 527/2015; n. 343/2016).

10. Il ricorso va, quindi, rigettato in quanto infondato, mentre le spese, in considerazione della particolare complessità delle tematiche trattate, possono essere, in via d'eccezione, compensate tra le parti.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per la Calabria (Sezione Seconda), definitivamente pronunciando sul ricorso, come in epigrafe proposto, lo respinge.

Spese compensate.

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

Così deciso in Catanzaro nella camera di consiglio del giorno 12 aprile 2018 con l'intervento dei magistrati:

Nicola Durante, Presidente

Giuseppina Alessandra Sidoti, Primo Referendario, Estensore

Silvio Giancaspro, Referendario

L'ESTENSORE

Giuseppina Alessandra Sidoti

IL PRESIDENTE

Nicola Durante

IL SEGRETARIO