**N. 06138/2012REG.PROV.COLL.**

**N. 10440/2011 REG.RIC.**

**N. 10504/2011 REG.RIC.**

****

**REPUBBLICA ITALIANA**

**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

**Il Consiglio di Stato**

**in sede giurisdizionale (Sezione Terza)**

ha pronunciato la presente

**SENTENZA**

sul ricorso numero di registro generale 10440 del 2011, proposto dalla:  Regione Puglia, in persona del Presidente p.t., rappresentato e difeso dagli avv. Sabina Ornella Di Lecce e Maria Grimaldi, con domicilio eletto presso la Delegazione della Regione Puglia in Roma, via Barberini n. 36;

*contro*

il Laboratorio di Analisi Cliniche dott. Sebastiano Carnevale, appellante incidentale, rappresentato e difeso dall'avv. Enrico Follieri, con domicilio eletto in Roma, viale Mazzini n. 6;

*nei confronti di*

A.S.L. di Foggia; Studio Diagnostico Dauno S.r.l., n.c.;

sul ricorso numero di registro generale 10504 del 2011, proposto dalla:  Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia, in persona del legale rappresentante p.t., rappresentato e difeso dall'avv. Giovanna Corrente, con domicilio eletto presso Alfredo Placidi in Roma, via Cosseria n. 2;

*contro*

il Laboratorio di Analisi Cliniche Sebastiano Carnevale, appellante incidentale, rappresentato e difeso dall'avv. Enrico Follieri, con domicilio eletto in Roma, viale Mazzini n. 6;

*nei confronti di*

Regione Puglia, Studio Diagnostico Dauno S.r.l., n.c.;

*per la riforma*

della sentenza del T.A.R. per la Puglia, Sede di Bari, Sezione III, n. 1389 del 2011, resa tra le parti, concernente la determinazione dei tetti di spesa per gli anni 2010 e 2011.

Visti i ricorsi in appello e i relativi allegati;

Visto gli atti di costituzione in giudizio, con appello incidentale, del Laboratorio di Analisi Cliniche dott. Sebastiano Carnevale;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 16 novembre 2012 il Cons. Dante D'Alessio e uditi per le parti gli avvocati Maria Grimaldi, Giovanna Corrente ed Enrico Follieri;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

1.- Deve essere preliminarmente disposta, ai sensi dell’art. 96, comma 1 del c.p.a., la riunione dei due ricorsi che sono stati proposti avverso la stessa sentenza.

2.- Il Laboratorio di Analisi Cliniche dott. Sebastiano Carnevale, provvisoriamente accreditato per l’erogazione di prestazioni specialistiche ambulatoriali nella branca di patologia clinica-medicina di laboratorio, con sede in Lucera (FG), aveva impugnato davanti al T.A.R. gli atti della Regione Puglia con i quali erano stati determinati i nuovi criteri per l’assegnazione delle risorse alle strutture accreditate, nonché gli atti (anche della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia) con i quali era stato stabilito il tetto di spesa per l’anno 2010. Con successivi motivi aggiunti aveva impugnato anche gli atti con i quali erano stati determinati i tetti di spesa per l’anno 2011. Aveva, in particolare lamentato che, mentre per il 2009 gli era stato assegnato un tetto di spesa pari ad € 320.390,31 (a fronte di prestazioni erogate per € 615.382,85), nel 2010, per effetto dei nuovi criteri, gli era stato assegnato prima un budget di € 140.339,16 e poi di circa € 280.000,00, mentre per il 2011 gli era stato assegnato un tetto di spesa di circa € 180.000,00.

3.- Il T.A.R. per la Puglia, Sede di Bari, Sezione III, con la sentenza n. 1389 del 2011, resa in forma semplificata, ha accolto il ricorso annullando i provvedimenti impugnati, nei limiti dell’interesse del ricorrente, con la condanna delle Amministrazioni resistenti all’adozione di modalità e criteri per la determinazione dei tetti di spesa per l’anno 2011, nei sensi di cui in motivazione.

Il T.A.R. ha, in particolare, ricordato che con precedenti «recenti pronunce (sentenze 15/16 giugno 2011 n. 909, 910 e 916) rese nei confronti di altri operatori sanitari privati, ha ritenuto illegittimi i nuovi criteri di ripartizione del budget sanitario tra le strutture accreditate mediante griglie e suddivisione del fondo aziendale in 5 sub fondi di branca (Fondo A e B), accogliendo i ricorsi ed annullando in parte qua la deliberazione GR 1500/2010».

Pertanto, considerato che «parte delle censure dedotte ed accolte nei suddetti giudizi coincidono con quelle per cui è causa, discendendo in via derivata dalla presupposta del. GR 1500/2010, (art 8-quinques d.lgs.502/1992, art 6 l.724/94 c.d. diritto alla libera scelta del luogo di cura, violazione principio di affidamento quanto alla retroattività dei nuovi criteri)», il T.A.R. ha accolto il ricorso tenuto anche conto del «principio generale per cui l’assegnazione del budget di spesa per ogni singolo operatore accreditato va effettuato in proporzione al relativo volume di affari e alla qualità del servizio offerto».

4.- Con due separati ricorsi la Regione Puglia e l’Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia hanno appellato l’indicata sentenza ritenendola erronea.

5. Al riguardo si deve ricordare che questa Sezione, con numerose sentenze pubblicate il 21 febbraio 2012 (numeri 921- 925) ha accolto i ricorsi che erano stati proposti dalla Regione Puglia avverso le sentenze con le quali il T.A.R. di Bari aveva annullato gli atti con i quali la Regione aveva dettato i nuovi criteri per la determinazione delle risorse (e dei conseguenti tetti di spesa) da assegnare ai soggetti erogatori di prestazioni sanitarie in favore del Servizio sanitario pubblico. Con la sentenza n. 935 del 21 febbraio 2012 questa Sezione ha anche confermato la diversa sentenza (n. 2 del 10 gennaio 2011), resa sulla questione dalla Sezione Staccata di Lecce del T.A.R. e favorevole alla Regione e all’Azienda Sanitaria Locale di Taranto.

Questa Sezione ha poi confermato il proprio orientamento con le sentenze 1289-1291 pubblicate il 7 marzo 2012.

Tale orientamento è stato infine fatto proprio anche dalla Sede di Bari del T.A.R. per la Puglia che, con numerose sentenze della Sez. II (fra le più recenti n. 1810 e 1811 del 25 ottobre 2012), ha respinto i ricorsi che erano stati proposti da numerose strutture erogatrici di servizi sanitari.

6.- In particolare questa Sezione ha annullato (rispettivamente con le sentenze nn. 925, 924 e 922 del 21 febbraio 2012) le sentenze 909, 910 e 916 del 15 e 16 giugno 2011 che il TAR di Bari aveva richiamato per confermare, con sentenza in forma semplificata, il suo precedente orientamento.

7.- Sulla base di tali precedenti, dai quali non v’è motivo di discostarsi, anche gli appelli proposti dalla Regione Puglia e dalla A.S.L. di Foggia nei confronti della sentenza del T.A.R. per la Puglia, Sede di Bari, Sezione III, n. 1389 del 2011, devono essere accolti.

8.- Questa Sezione, ha preliminarmente ricordato che la Regione Puglia, con le delibere di G.R. n. 1494 e n. 2671 del 2009 e poi con la delibera di Giunta n. 1500 del 25 giugno 2010 ha dettato, per la distribuzione delle risorse e la determinazione dei tetti di spesa per i soggetti che erogano prestazioni sanitarie in regime di accreditamento, criteri innovativi che hanno modificato in modo rilevante le determinazioni adottate negli anni precedenti, che si fondavano essenzialmente sui costi storici, con l’applicazione di percentuali di riduzione calcolate sulla base delle risorse complessivamente disponibili.

In particolare l’allegato A della delibera n. 1500 del 2010, che ha dettato i criteri in concreto utilizzati per la determinazione del tetto di spesa, ha suddiviso il fondo unico aziendale in 5 sub-fondi di branca e poi ha ulteriormente diviso le relative disponibilità in due parti uguali (fondi A e B), con l’eccezione della Patologia clinica, per la quale è stata prevista una ripartizione delle risorse sulla base di 3 quote, rispettivamente del 35% (con le modalità di cui al fondo A); del 35% (con riferimento ai punti a), b) e d) della griglia di cui al fondo B), e del 30% (con riferimento ai restanti punti della predetta griglia).

Le risorse del fondo A sono state assegnate in base alla “valutazione della potenzialità del distretto”, calcolata sulla base della spesa sostenuta con riferimento alla popolazione residente e alle prestazioni richieste e aggregando le prestazioni omogenee, per poi operarne la redistribuzione pro quota a ciascun Comune del distretto e in favore delle strutture ivi insediate ovvero, in mancanza, insistenti nel Comune vicino.

Il fondo B è stato invece ripartito in base ad apposite griglie di valutazione che hanno previsto l’assegnazione di un punteggio ai soggetti accreditati tenendo conto di molteplici fattori qualitativi come dotazioni; unità di personale e tipologia del rapporto di lavoro; collegamento al CUP; accessibilità della struttura; correttezza del rapporto con l’utenza; rispetto degli istituti contrattuali; ulteriori standard finalizzati all’accoglienza, quali sale d’attesa, biglietto elimina code, riscaldamento e climatizzazione, apertura al sabato e misura degli spazi.

8.1.- Ciò premesso la Sezione ha ritenuto, nel suo complesso, rispettoso della normativa regionale e statale in materia il procedimento seguito dall’amministrazione che non ha portato ad una sottovalutazione dell’esame dell’appropriatezza delle strutture sanitarie private né alla violazione delle prescrizioni riguardanti lo svolgimento delle consultazioni, in appositi tavoli di confronto, con le associazioni rappresentative degli operatori interessati.

8.2.- Questa Sezione ha poi affermato che non emergeva dagli atti nemmeno il denunciato difetto di istruttoria, riferito, in particolare, alla prospettata mancanza di valutazione della appropriatezza delle strutture private, mentre l’esame «dei diversi e complessi profili implicati nella decisione di determinazione dei “tetti di spesa” risulta effettuato in modo approfondito e completo».

In particolare la Sezione ha affermato che non risulta condivisibile «la tesi… secondo cui la valutazione di appropriatezza comporterebbe la necessità di ancorare la fissazione dei tetti di spesa, in modo preponderante, alle prestazioni svolte nell’anno precedente». Ed ha aggiunto che un vizio motivazionale non poteva poi comunque sussistere, trattandosi di atti a contenuto generale (art. 3, secondo comma, l. 241/90), esclusi dall’applicazione dell’obbligo di motivazione, per cui anche la prevista decurtazione del tetto aziendale del 2% non richiedeva una specifica motivazione «risultando legittimamente preordinata alla primaria esigenza della progressiva riduzione della spesa sanitaria».

9.- Questa Sezione ha poi aggiunto che le sentenze del T.A.R. di Bari non erano condivisibili nemmeno nella parte in cui avevano affermato l’irragionevolezza dei criteri adottati dalla Regione che avrebbero potuto «comportare il livellamento verso il basso della qualità delle prestazioni a discapito dello stesso principio di libera scelta dell’utente, indotto a prescegliere non più la struttura migliore bensì quella più vicina». Infatti la scelta compiuta dalla Regione Puglia doveva ritenersi «adeguata in modo puntuale alla disposizione contenuta nell’art. 18 della legge regionale 9 agosto 2006, n. 26 (“Accordi contrattuali con le strutture specialistiche”), secondo il quale: “In sede di stipula degli accordi regionali sulle modalità e limiti di remunerazione delle prestazioni per le strutture sanitarie transitoriamente o istituzionalmente accreditate, la Giunta regionale provvede ad aggiornare e rendere attuali le modalità di calcolo, superando il riferimento all’anno 1998, tenendo conto della presenza di nuovi soggetti accreditati, della valorizzazione delle attività territoriali, delle prestazioni introdotte nel nomenclatore dopo il 1998, della reale capacità erogativa delle strutture nonché degli obiettivi di appropriatezza e governo della domanda”».

9.1.- In particolare, la Sezione ha affermato che non può essere condivisa l’affermazione secondo cui i criteri regionali comprimerebbero il diritto alla libera scelta del luogo di cura, «dal momento che l’allocazione ottimale delle strutture sanitarie nel territorio costituisce uno dei poteri programmatori tipici dell’amministrazione sanitaria regionale, coerenti, del resto con i principi statali in materia, che valorizzano la dimensione territoriale del distretto socio sanitario» ed ha aggiunto che «la decisione regionale, peraltro, non impedisce al soggetto interessato di esercitare il proprio diritto, ma solo determina i limiti di remunerazione per ciascuna delle strutture private».

Tale scelta non comprime quindi il diritto del cittadino alla libera scelta dell’operatore al quale intende rivolgersi se non nei limiti (insiti nel sistema) che sono dettati dalla necessaria previsione di tetti di spesa per le singole strutture determinati dalla prioritaria esigenza di contenere la spesa sanitaria e di assicurare il rispetto del relativo budget complessivo.

9.2.- La Sezione ha quindi ritenuto che legittimamente la disciplina regionale ha previsto l’abbandono del criterio in precedenza seguito per l’assegnazione dei tetti di spesa individuali, fondato sulla remunerazione delle strutture private in base al valore delle prestazioni erogate nell’anno precedente (c.d. “dato storico”), e il superamento del riferimento all’anno 1998. «Con l’obiettivo di ripartire la spesa sanitaria secondo altri criteri, dettati dall’esigenza di consentire – con pari opportunità – l’accesso ai fondi ai nuovi soggetti accreditati, dal bisogno di elevare la misura delle prestazioni rese nei distinti ambiti territoriali, superando la concentrazione verso le strutture allocate nei grossi centri, tenendo conto della reale capacità erogativa delle strutture nonché degli obiettivi di appropriatezza e di governo della domanda». E tale scelta regionale, comunque, connotata da ampi margini di discrezionalità, non risultava arbitraria, ma risultava «coerente con le prescrizioni del legislatore regionale, senza disconoscere l’incidenza che la qualificazione delle strutture e la loro capacità può assumere nel conseguimento del tetto di remunerazione».

Con la conseguenza che «l’allocazione delle risorse tenendo conto dell’ambito territoriale non può considerarsi irragionevole perché costituisce una scelta volta a rendere più agevole la risposta alle esigenze dell’utenza, consentendo nello stesso tempo lo sviluppo di nuovi ed adeguati operatori».

10.- Sulla base di tali considerazioni i due ricorsi principali proposti dalla Regione Puglia e della A.S.L. di Foggia devono essere accolti.

11.- Sulla base delle esposte considerazioni devono essere respinte anche buona parte delle censure del ricorso di primo grado (e dei motivi aggiunti) che il T.A.R. aveva assorbito e che il Laboratorio di Analisi Cliniche dott. Sebastiano Carnevale ha riproposto con appello incidentale.

12.- In relazione al primo motivo, si è già evidenziato che le disposizioni in esame non hanno considerato irrilevanti la qualità ed i costi delle prestazioni offerte dai diversi soggetti accreditati dando peraltro rilievo anche a nuovi elementi riguardanti (in particolare) la distribuzione territoriale delle strutture.

E la scelta (discrezionale) di dar valore anche a tali ulteriori elementi, come si è detto, non può ritenersi manifestamente irragionevole né effettuata in violazione di disposizioni di legge regionali o nazionali. Né l’amministrazione regionale doveva ritenersi vincolata dal dover rispettare il criterio di ripartizione delle risorse legato al volume d’affari delle strutture (e quindi della spesa storica).

13.- Si deve comunque aggiungere che il criterio basato sulle quote e sulle griglie (ricordato al precedente punto 8) considera anche la capacità produttiva delle strutture e la qualità delle prestazioni erogabili, pur prevedendo per alcune voci una ripartizione paritaria tra tutte le strutture.

Mentre, come giustamente osservato dalla ASL di Foggia, non si può ritenere che ad un maggiore volume d’affari corrisponda (necessariamente) una maggiore qualità delle prestazioni offerte.

In particolare, si deve ritenere che il punteggio conseguibile attraverso le griglie di valutazione predisposte dalla Regione (fondo B) sia idoneo a far attribuire un maggior livello di remunerazione al soggetto che si dimostri maggiormente capace. I punti assegnati sono infatti, nel loro complesso, proporzionati ad elementi di obiettiva diversa valenza, e sono idonei a differenziare le qualità delle prestazioni erogate. (Consiglio di Stato, Sez. III, n. 935 del 2012 cit.)

14.- In relazione all’asserita mancanza di una negoziazione anteriore alle scelte effettuate (censure 3 e 4), si è già detto che la prevista fase partecipativa non è mancata.

Del resto, proprio l’affermazione contenuta nella premessa della deliberazione n. 1500 del 2010 (ove è dato atto che i nuovi criteri sono stati rielaborati “alla luce di quanto emerso dai suddetti tavoli” di confronto) dà conto della concrete misura della partecipazione alla procedura delle associazioni dei soggetti interessati.

Mentre non si può ritenere che tutte le richieste di tali associazioni dovessero essere comunque necessariamente recepite.

15.- La quinta censura, riguardante la mancanza di un piano annuale preventivo, ha sostanzialmente perso ogni rilevanza in relazione alla successiva rideterminazione del budget per il 2010.

Comunque, nella specie, i limiti di remunerazione delle prestazioni erogabili dai privati accreditati per l’anno 2010 erano stati già fissati dalla Regione con la delibera di G.R. n. 2671 del 28 dicembre 2009, nella misura corrispondente al tetto di spesa 2008, confermato per il 2009, decurtato del 2%.

Nella successiva delibera n. 1500 del 25 giugno 2010 è stato poi precisato che il tetto di spesa complessivo era da intendersi quale fondo aziendale di branca e non già quale tetto di spesa assegnato al singolo operatore. In conseguenza il riparto del fondo regionale della spesa sanitaria per l’anno 2010 era stato effettuato dai competenti organi regionali che hanno anche approntato i criteri per le distribuzione delle risorse ai singoli operatori nonché le linee guida per la sottoscrizione degli accordi contrattuali.

La censura deve essere, in conseguenza, respinta.

16.- Con la censura rubricata al n. 6 l’appellante incidentale ha lamentato la violazione del principio dell’affidamento e, con il settimo motivo dei secondi (e terzi) motivi aggiunti, anche la violazione del principio di irretroattività perché il tetto di spesa (molto) ridotto è stato determinato, per l’ultimo trimestre del 2010, solo con la delibera della ASL del 20 ottobre 2010 (divenuta esecutiva il 31 ottobre 2010).

16.1.- Al riguardo, si deve ricordare che l’Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato, con le decisioni n. 3 e 4 del 12 aprile 2012, dopo aver ribadito che «i tetti di spesa sono in via di principio indispensabili, date le insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione della spesa pubblica», ha affermato che «la fissazione dei tetti in corso di anno, pur se apparentemente in distonia con la finalità di programmazione che ne implicherebbe la caratterizzazione preventiva, risulta la conseguenza fisiologica dei tempi non comprimibili che permeano le varie fasi procedimentali previste dalla legge in relazione alla definizione dei fondi all’uopo utilizzabili».

Infatti «la fissazione dei tetti di spesa non può prescindere dalla conoscenza del dato finanziario di riferimento e … tale dato risulta definito in modo concreto in corso d’anno», con la conseguenza che, vista la tempistica (che la decisione ha ricordato), «si appalesa fisiologica la fissazione retroattiva del tetto regionale di spesa anche in una fase avanzata dell’anno».

Con l’ulteriore conseguenza, già evidenziata nella precedente Adunanza Plenaria n. 8 del 2006, che «le strutture private, che erogano prestazioni per il Servizio sanitario nazionale nell’esercizio di una libera scelta, potranno aver riguardo - fino a quando non risulti adottato un provvedimento definitivo - all'entità delle somme contemplate per le prestazioni dei professionisti o delle strutture sanitarie dell'anno precedente, diminuite della riduzione della spesa sanitaria effettuata dalle norme finanziarie relative all’anno in corso».

Il principio dell’ammissibilità dell’effetto (nella fattispecie solo in parte) retroattivo della determinazione del budget deve essere senz’altro confermato, tenuto anche conto del complesso iter che ha portato alla determinazione dei nuovi criteri per la determinazione dei tetti di spesa e poi alla concreta determinazione di tali tetti.

16.2.- Si è già, in proposito, ricordato che il percorso che ha condotto alla definitiva elaborazione dei nuovi criteri risulta contrassegnato da successive tappe che erano da tempo conosciute dagli operatori del settore, avendo la Regione dapprima posto criteri provvisori (delibera n. 1494/09), poi stabilita l’applicazione dei nuovi criteri a partire dal 2010 (delibera n. 2671/09), quindi invitato a soprassedere dalla stipula degli accordi (nota del 5/3/2010) e, infine, approvato i criteri definitivi dopo la consultazione delle associazioni di categoria (delibera n. 1500 del 2010).

16.3.- Se è quindi vero che, nella fattispecie, alcune strutture sanitarie (come quella dell’appellante incidentale) hanno ottenuto risorse (per gli ultimi mesi del 2010 e per il 2011) inferiori (anche in modo consistente) rispetto a quelle assegnate negli anni precedenti, ciò si deve proprio alla necessità che avevano la Regione e l’ASL di Foggia di dover rispettare il tetto di spesa complessivo e dal fatto che, facendo applicazione dei nuovi criteri, maggiori risorse erano state assegnate ad altre strutture accreditate collocate in zone che erano risultate svantaggiate in passato dall’applicazione dei vecchi criteri.

Come questa Sezione ha avuto già modo di affermare, è comunque logico ritenere che i nuovi criteri possano essere perfezionati dopo la loro prima applicazione.

17.- Le considerazioni esposte, con particolare riferimento al lungo percorso anche partecipativo, che ha condotto alla emanazione ed alla conseguente applicazione dei nuovi criteri, consentono di respingere anche la censura con la quale è stata lamentata la mancanza di gradualità e proporzionalità nell’applicazione dei nuovi criteri.

Peraltro, come pure si è ricordato, l’amministrazione, proprio per il ritardo con il quale erano stati applicati i nuovi criteri, ha rideterminato il budget delle strutture per i primi 9 mesi del 2010 sostanzialmente confermando il budget assegnato per il 2009, mentre i nuovi criteri sono stati applicati solo per gli ultimi mesi dell’anno 2010.

18.- Con il quinto motivo dei secondi (e terzi) motivi aggiunti l’appellante incidentale ha lamentato che in concreto non è dato sapere come la ASL di Foggia ha provveduto alla divisione delle risorse in 5 subfondi e quindi ad individuare il fabbisogno e le prestazioni rilevate nel territorio.

La censura, a prescindere da possibili profili di inammissibilità, è comunque infondata non risultando contestata l’applicazione, da parte dell’ASL, dei criteri dettati dalle disposizioni regionali in materia.

Non risulta poi illogica la separazione della spesa sostenuta dalle strutture pubbliche da quella delle strutture private né la diversa considerazione data alle prestazioni erogate in favore di residenti in altra ASL.

19.- Deve essere infine esclusa anche la possibile violazione dell’art. 12 della legge n. 241 del 1990 (lamentata con il sesto motivo dei secondi (e terzi) motivi aggiunti), poiché la formulazione dei nuovi criteri non risulta immotivatamente orientata verso specifici operatori.

20.- In conclusione, per tutti gli esposti motivi, i due appelli principali della Regione Puglia e dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia, riuniti, devono essere accolti.

L'appello incidentale del Laboratorio di Analisi Cliniche Sebastiano Carnevale deve essere respinto.

Per l’effetto l’appellata sentenza del T.A.R. per la Puglia, Sede di Bari, Sezione III, n. 1389 del 2011 deve essere riformata e il ricorso di primo grado deve essere respinto.

21.- Le spese del doppio grado di giudizio possono essere compensate fra le parti.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sugli appelli riuniti, come in epigrafe proposti:

- accoglie gli appelli principali della Regione Puglia e dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia;

- respinge l'appello incidentale del Laboratorio di Analisi Cliniche Sebastiano Carnevale,

per l'effetto, in riforma della sentenza appellata, respinge integralmente il ricorso 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 16 novembre 2012 con l'intervento dei magistrati:

Alessandro Botto, Presidente FF

Vittorio Stelo, Consigliere

Dante D'Alessio, Consigliere, Estensore

Silvestro Maria Russo, Consigliere

Alessandro Palanza, Consigliere

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **L'ESTENSORE** |  | **IL PRESIDENTE** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 30/11/2012

IL SEGRETARIO

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