

N. 02522/2013REG.PROV.COLL.  
N. 07955/2012 REG.RIC.



R E P U B B L I C A I T A L I A N A

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 7955 del 2012, proposto da:

Ente Ecclesiastico Ospedale “F. Miulli”, rappresentato e difeso dall'avv. Paolo Nitti, con domicilio eletto presso Marco Ravaioli in Roma, via Papiniano, 29;

*contro*

Regione Puglia, rappresentata e difesa dagli avv. Maria Grimaldi e Sabina Ornella Di Lecce, con domicilio eletto presso Delegazione Regione Puglia in Roma, via Barberini, 36;

*nei confronti di*

I.R.C.C.S. Fondazione Salvatore Maugeri;

*per la riforma*

della sentenza del T.A.R. PUGLIA – BARI, SEZIONE II, n. 01096/2012, resa tra le parti, concernente metodologia e criteri per la definizione delle tariffe e del calcolo del valore dei ricoveri.

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio della Regione Puglia;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 29 gennaio 2013 il Cons. Pierfrancesco Ungari e uditi per le parti gli avvocati Nitti, Di Lecce e Grimaldi;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

### FATTO e DIRITTO

1. L'ente ecclesiastico che gestisce l'ospedale F. Miulli di Acquaviva delle Fonti ha impugnato la delibera di Giunta regionale Puglia n. 2858 in data 20 dicembre 2010, con cui, in attuazione dell'art. 20 della l.r. 34/2009, sono stati approvati la metodologia e i criteri per la definizione delle tariffe e del calcolo del valore dei ricoveri (basati sui DRG –*Diagnosis Related Groups*, ossia raggruppamenti omogenei di diagnosi – utilizzati per quantificare economicamente le risorse impegnate e remunerare ciascun episodio di ricovero a carico del servizio sanitario), applicabili dal 1 gennaio 2010.

1.1. Va sottolineato che, in base alla predetta disposizione di legge, il provvedimento tariffario (attuativo della versione CMS 24 del sistema di classificazione dei DRG adottata con il D.M. Sanità 18 dicembre 2008) avrebbe dovuto essere definito entro il 30 giugno 2010; e che, con d.G.R. n. 523 in data 23 febbraio 2010, era già stata adottata la tabella di corrispondenza tra i preesistenti DRG (quelli previsti nella versione CMS 19) ed i nuovi DRG, confermandosi le tariffe disposte a suo tempo dalla d.G.R. n. 1464 in data 30 ottobre 2006, ma senza indicare le tariffe dei 54

DRG nuovi e dei 12 DRG modificati, presenti nella nuova versione.

1.2. Con la delibera n. 2858/2010, al fine di quantificare le tariffe dei DRG nuovi o modificati (Allegato A), nonché di alcuni DRG (Allegato B) che comportano l'impianto di protesi (in quanto il comma 3 dell'art. 20, suindicato, ha previsto che tali DRG abbiano una tariffa comprensiva del costo delle protesi - fatta eccezione per sei di essi, ad alta complessità, per i quali si è ritenuto di applicare la Tariffa Unica Convenzionale), la Regione Puglia ha proceduto ad effettuare una comparazione tra tre Regioni - Lombardia, Emilia-Romagna e Basilicata - ritenute "virtuose" (in quanto scelte tra quelle che hanno mostrato la capacità di garantire i livelli essenziali di assistenza mantenendo l'equilibrio economico, senza essere assoggettate a piani di rientro e con livelli di erogazione dei servizi ritenuti appropriati, efficienti e di qualità), ed ha individuato per ciascun DRG la tariffa più bassa tra quelle adottate dalle predette Regioni.

Le tariffe degli altri DRG sono state lasciate invariate.

2. Il TAR Puglia, con la sentenza appellata (Bari, II, n. 1097/2012) ha respinto il ricorso, affermando, in sintesi, che:

a) quanto alla tardività e retroattività della determinazione delle tariffe, intervenuta oltre il termine e ad esercizio ormai concluso, la tutela dell'affidamento (alla luce dei principi sanciti dall'Adunanza Plenaria con le decisioni n. 3/2012 e n. 4/2012) non può trovare spazio nella misura in cui *«le decurtazioni imposte al tetto dell'anno precedente, ove retroattive, siano contenute... nei limiti imposti dai tagli stabiliti dalle disposizioni finanziarie conoscibili dalle strutture private all'inizio e nel corso dell'anno»*, mentre nel caso in esame l'ente ricorrente non ha provato che i tagli delle tariffe e, conseguentemente, del tetto di spesa, in concreto subiti siano stati determinati in misura

percentuale maggiore dei suindicati limiti, e ha contestato *sic et simpliciter* il ritardo in sé considerato e non già l'ampiezza del potere discrezionale esercitato dalla Regione;

b) quanto all'irrazionalità dell'acritico riferimento agli standard delle Regioni "virtuose", il metodo comparativo, mutuato dall'art. 27 del d.lgs. 68/2011, consente di agganciare le tariffe ad un dato concreto e non virtuale, assumendo il ruolo di volano verso obiettivi coerenti con le esigenze di contenimento dei costi e riduzione complessiva della spesa sanitaria, rispetto alle quali le peculiarità territoriali invocate dall'ente (peraltro, ipotetiche e non dimostrate) si collocano in secondo piano;

c) quanto all'incongruità della quantificazione dei DRG con protesi, è l'art. 20, comma 3, della l.r. 34/2009 ad aver stabilito una remunerazione omnicomprensiva (con la sola eccezione di sei DRG caratterizzati da alta complessità), sicché le contestate determinazioni danno applicazione a norme di rango primario;

d) infine, quanto alle incongruità rispetto ai valori ricavabili applicando il c.d. metodo FADOI, ed alle conseguenze economiche aberranti che discenderebbero dall'applicazione delle tariffe contestate, non potendo l'ospedale (quale soggetto equiparato agli ospedali pubblici) rifiutare le prestazioni richieste dai pazienti, il TAR ha richiamato il proprio orientamento volto a negare tale equiparazione, quanto meno a partire dall'esercizio 2009.

3. L'ente ecclesiastico ha proposto appello.

Il ricorso ripropone le censure disattese dal giudice di primo grado, integrandole con inserimenti di massime giurisprudenziali (in genere, largamente antecedenti all'orientamento sistematizzato dall'Adunanza

Plenaria), oltre che con argomentazioni critiche alla sentenza appellata.

4. Si è costituita in giudizio e controdeduce puntualmente la Regione Puglia.

5. In sintesi, l'appellante prospetta le censure appresso indicate (dopo ogni ordine di censure vengono svolte le considerazioni del Collegio).

5.1. Secondo l'appellante, il TAR avrebbe travisato la censura legata alla tardività della fissazione delle tariffe, applicando principi giurisprudenziali (in pratica, quello secondo il quale le decurtazioni retroattive devono essere contenute entro i limiti imposti dai tagli stabiliti dalle disposizioni finanziarie conoscibili dalle strutture private all'inizio e nel corso dell'anno) che in realtà attengono alla diversa problematica della fissazione dei tetti di spesa, e che in ogni caso non sono applicabili all'appellante in forza della sua posizione di soggetto equiparato agli ospedali pubblici.

5.1.1. Il Collegio ritiene anzitutto opportuno ribadire l'orientamento della Sezione in ordine alla invocata equiparazione.

Con recenti sentenze (cfr. III, 6 febbraio 2013, n. 697 e 8 febbraio 2013, n. 735, la prima delle quali resa su ricorso dell'ente ecclesiastico odierno appellante, ed entrambe concernenti le pretese patrimoniali degli ospedali privati classificati della Puglia, e quindi pronunciate anche tenendo conto della disciplina vigente in questa Regione) è stato precisato che:

- fino alla legge 133/2008, i tetti di spesa non vincolavano rigidamente la remunerazione delle prestazioni eccedenti, e quindi l'equiparazione, sotto il profilo della remunerazione delle prestazioni, degli ospedali ecclesiastici classificati alle aziende ospedaliere pubbliche comportava che le prestazioni erogate extra tetto dovessero essere comunque remunerate;
- con l'applicazione, a decorrere dal 2009, della legge 133/2008 (mediante la

novellazione degli articoli 8-quater, 8-quinquies e 8-sexies, del d.lgs. 502/1992), tutti gli operatori sanitari, comprese le aziende ospedaliere pubbliche, sono sottoposti ai tetti di spesa, e la remunerazione delle prestazioni extra tetto non è dovuta neanche alle aziende ospedaliere, se non qualora e nella misura in cui (con applicazione di tagli e regressione tariffaria) lo prevedano i criteri stabiliti dalla Regione, a titolo legale ed al di fuori degli accordi contrattuali;

- nella Regione Puglia, secondo il principio espresso dall'articolo 8-quinquies, comma 1, lettera d), criteri per la remunerazione delle prestazioni extra tetto sono stati definiti con l'articolo 17, della l.r. 14/2004 (che ha individuato percentuali fisse di pagamento delle tariffe – c.d. regressione tariffaria) e con l'articolo 18, della l.r. 26/2006 (che ha demandato l'individuazione delle percentuali alla Giunta regionale); successivamente, l'articolo 3 della l.r. 12/2010 (di approvazione del Piano di rientro sanitario), abrogando espressamente le predette disposizioni, ha vietato l'erogazione e remunerazione con oneri a carico del S.S.R. di prestazioni effettuate al di fuori dei tetti massimi e dei volumi di attività predeterminati annualmente (anche qui in riferimento alla generalità del sistema sanitario);

- ciò, implica proprio la negazione di quella posizione differenziata (in precedenza qualificata dall'obbligo di fornire comunque le prestazioni richieste dall'utenza) rivendicata dall'appellante; ormai l'equiparazione mantiene una valenza ai fini dell'inserimento degli ospedali degli enti ecclesiastici nell'ambito della programmazione sanitaria regionale (definito da provvedimenti di assegnazione di risorse per gli investimenti, di determinazione dei tetti per le prestazioni e delle tariffe di remunerazione,

rispetto ai quali l'operatore può tutelarsi mediante azioni impugnatorie), oltre che nel riconoscimento delle medesime tariffe.

5.1.2. Il venir meno del principio dell'obbligo di erogare comunque le prestazioni richieste dall'utenza, e l'opponibilità dei tetti di spesa, costituiscono elementi dirimenti ai fini delle censure in esame.

Effettivamente, l'argomentazione sulla base della quale il TAR ha ritenuto infondata la censura, è stata sviluppata in riferimento alla fissazione retroattiva dei tetti di spesa.

Tuttavia, come ribadisce l'appellante, l'entità delle tariffe con le quali verranno remunerati i DRG è un fattore che: nella prospettiva della programmazione sanitaria, contribuisce, insieme al volume delle prestazioni previsto, a determinare i tetti di spesa assegnati; nella prospettiva della valutazione di convenienza economica degli operatori, orienta le scelte in ordine alle prestazioni concretamente erogabili. Pertanto, l'esigenza di tutela dell'affidamento dell'operatore privato, di fronte ad un provvedimento tardivo, si pone per la determinazione delle tariffe negli stessi termini in cui si pone, ed è stata ricostruita secondo i principi già ricordati, per la determinazione del limite di spesa finale.

Dai suddetti principi affermati dall'Adunanza Plenaria (di cui questa Sezione ha fatto costante applicazione - cfr. III, 5 febbraio 2013, n. 679 e 14 dicembre 2012, n. 6432), si trae la regola operativa secondo la quale, nelle more dell'adozione dei provvedimenti di aggiornamento o comunque di modifica, necessari o comunque richiesti, l'operatore accreditato deve orientare la propria attività facendo affidamento sui tetti di spesa (e sui criteri e valori della remunerazione delle prestazioni) in precedenza stabiliti; ed è con riferimento alla differenza rispetto ad essi, che l'affidamento riceve

tutela, attraverso un onere di istruttoria e di motivazione, anche in chiave di valutazione comparativa degli interessi contrapposti, direttamente proporzionale all'entità dello scostamento (si sottintende, peggiorativo).

5.1.3. Nel caso in esame, peraltro, al richiamo di detti principi vanno aggiunte considerazioni legate alla difficoltà di individuare in concreto un parametro sul quale fare affidamento.

Infatti, mentre per i DRG le cui tariffe sono rimaste invariate (rispetto alle quali, era stato lamentato in primo grado il mancato adeguamento all'aumento dei costi di produzione – anche se la censura non risulta specificamente evidenziata nell'appello), il rilievo sulla mancata dimostrazione della non congruità della perdita di valore delle tariffe rispetto ai tagli finanziari imposti, può essere sufficiente, va però considerato che l'impugnativa è essenzialmente rivolta a contestare il valore tariffario di DRG nuovi o modificati, per i quali, per definizione, non esisteva un valore pregresso omogeneo di raffronto.

Vale a dire, per 54 più 12 dei DRG, non vi erano riferimenti che consentissero di prevedere l'entità delle nuove tariffe e gli effetti che si sarebbero riverberati sul rapporto tra budget assegnato e volume di prestazioni.

Quanto a questi, un'applicazione rigorosa della disciplina dell'erogazione delle prestazioni sanitarie avrebbe imposto la sospensione delle prestazioni. Infatti, ciascun soggetto privato accreditato (ormai, con riferimento all'esercizio 2010, oggetto di controversia, anche i soggetti in origine "equiparati", come l'ente appellante) è autorizzato ad erogare prestazioni a carico del SSR esclusivamente entro i limiti stabiliti dalla programmazione sanitaria e, coerentemente ad essi, dal contratto o dall'accordo stipulato; per

cui, di fronte al ritardo nella definizione degli atti presupposti, ed in mancanza di elementi di riferimento legati alla disciplina previgente, qualora l'operatore, potendo rifiutarsi, eroghi prestazioni non (ancora) tariffate, lo fa assumendosi il rischio che la tariffa postuma non copra il costo effettivo della prestazione.

5.2. Altri motivi di appello riguardano (non i tempi, bensì) le modalità di fissazione, e la conseguente inadeguata entità, delle tariffe.

L'appellante lamenta che il TAR abbia giustificato la scelta di applicare una disposizione del tutto estranea alla fattispecie ed abbia invece omesso di vagliare la legittimità del provvedimento impugnato sulla scorta della normativa in vigore (art. 8-sexies, del d.lgs. 502/1992; D.M. Sanità 15 aprile 1994); e che abbia ritenuto legittimo il richiamo alla quantificazione delle tariffe effettuata dalle tre Regioni prese a campione, in assenza di una norma che abilitasse a ciò, e senza esplicitare se detta quantificazione abbia rispettato i criteri di legge; omettendo, per di più, un confronto partecipativo con i controinteressati e comunque non prendendo in considerazione le risultanze del tavolo tecnico di verifica dei costi effettivi delle prestazioni attivato in sede ARES.

Lamenta anche che il riferimento al ribasso derivante dall'applicazione delle tariffe delle altre Regioni, sia illogico in quanto si riferisce a realtà territoriali diverse, e che le tariffe siano state attinte senza far rientrare nella base di calcolo relativa al parametro di costo assunto come riferimento l'incidenza delle spese relative ai centri di costo intermedi di natura sanitaria (servizi sanitari diagnostico-strumentali e di supporto), e ai centri di costo comuni (servizi generali di presidio o di azienda), falsificando così i risultati in assenza di un adeguato riferimento alla totalità delle unità di valore

prodotto.

Lamenta infine che il metodo comparativo sia stato applicato parzialmente, non riguardando la parte più consistente dei DRG (quelli dell'allegato C), per i quali non è possibile individuare i criteri che hanno retto l'analisi del costo.

5.2.1. Il Collegio osserva che l'appellante lamenta, in sostanza, che il criterio comparativo adottato dalla Regione Puglia costituisca *ex se* la negazione di qualsiasi analisi di costo, in quanto tariffe di DRG che risultino in una regione sufficienti a remunerare il costo della prestazione, potrebbero risultare in altra del tutto insufficienti, determinando una esternalizzazione di costi in danno dei soggetti erogatori.

Con riferimento ai DRG di cui all'art. 20, comma 3, della l.r. 34/2009, lamenta che in primo grado non era stata censurata la ricomprensione della remunerazione delle endoprotesi e dei dispositivi medici e del relativo impianto, all'interno delle tariffe (ciò che, effettivamente, discende dalla predetta disposizione di legge), bensì l'insussistenza di criteri che abbiano retto l'analisi del costo per rendere congrua la relativa remunerazione.

Va precisato che la presenta controversia riguarda le tariffe applicabili in un periodo antecedente all'entrata in vigore delle disposizioni derogatorie dettate dagli artt. 15 e 16 del d.l. 95/2012, convertito in legge 135/2012, e, in attuazione di esse, dal D.M. 18 ottobre 2012.

Il parametro normativo di riferimento è in concreto costituito dall'art. 8-sexies, commi 5 e 6, del d.lgs. 502/1992, nella formulazione attuale (come modificata dalla legge 133/2008, di conversione del d.l. 112/2008), posto che il predetto comma 5 ha abrogato il D.M. 18 aprile 1994, attuativo dell'originarie previsioni dell'art. 8.

Secondo l'articolo 8-sexies:

- la remunerazione delle attività assistenziali (diverse dalle funzioni assistenziali di cui al comma 2, remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza) è determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day hospital, e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (comma 4);
- il Ministero della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza Stato-Regioni, *«con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome. Lo stesso decreto stabilisce i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse (...)*» (comma 5);
- con la medesima procedura *«(...) sono effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo*

*conto della definizione dei livelli essenziali e uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi» (comma 6).*

5.2.2. Ora, se la disposizione demanda alle singole Regioni di adottare, sulla base dei criteri generali stabiliti da un decreto ministeriale, i propri sistemi tariffari, nulla impedisce ad una Regione, per di più soggetta a piano di rientro, di fare riferimento al sistema tariffario già predisposto e positivamente utilizzato da altre Regioni, virtuose.

Lo suggerisce il tenore letterale del comma 5, che richiama, come modalità di determinazione delle tariffe massime, utilizzabile *«anche in via alternativa»* (e quindi, prescindendo dalle altre modalità previste), il riferimento a *«tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome».*

Lo conferma la considerazione delle esigenze al contenimento della spesa sanitaria, che induce ad assumere parametri di riferimento che si siano concretamente dimostrati idonei a garantire, nel contempo, sia il conseguimento di tale obiettivo, sia l'equilibrio e la complessiva funzionalità del sistema sanitario.

Non osta a tale utilizzazione l'esistenza di differenze nella struttura dei costi indiretti delle diverse realtà regionali. L'appellante ha enfatizzato tale circostanza (nei fatti, non controversa), ma ciò non può costituire un elemento preclusivo, posto che il riferimento *«ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse»* già programmava un criterio di determinazione delle tariffe massime volto a superare le disomogeneità dei costi, allineandoli a quelli

più convenienti e sostenibili per il servizio pubblico.

D'altro canto, come sottolinea la difesa della Regione, per quanto possano esservi delle variabili nei costi di produzione delle prestazioni sanitarie, legate a peculiarità territoriali, la gran parte dei fattori incidenti su detti costi non muta (o meglio, non dovrebbe mutare) in dipendenza dell'area geografica e perfino della struttura ospedaliera; in particolare, i costi aventi maggiore incidenza economica - quali la remunerazione del personale, l'energia elettrica, il riscaldamento, i farmaci - sono omogenei in tutto il territorio nazionale (in quanto fissati a livello centrale dalle apposite autorità o dalla contrattazione collettiva) o comunque dovrebbero e potrebbero esserlo, mediante un accorto utilizzo della contrattazione e degli strumenti di comparazione e centralizzazione degli acquisiti. .

Pertanto, se si considera che i DRG esprimono i costi medi di produzione di un determinato insieme di prestazioni, e che quindi le relative tariffe prescindono dalle singole caratteristiche operative delle strutture ospedaliere che le erogano, non vi sono difficoltà a prendere come riferimento i valori che in altre aree del territorio italiano siano stati ritenuti adeguati (e, quel che è ancora più significativo, come tali siano stati verificati attraverso la prassi applicativa).

5.2.3. In questa prospettiva, il riferimento al sistema di computo dei costi standard disciplinato dal d.lgs. 68/2011 (non si comprende da dove l'appellante abbia tratto la convinzione che il TAR intendesse riferirsi al d.lgs. 68/2001, che, è innegabile, riguarda tutt'altra materia, vale a dire la disciplina fiscale e previdenziale), non va inteso nel senso di ritenere doverosa l'applicazione di una regola estranea (per tempistica, riferendosi ad adempimenti programmatori riferiti ad un periodo futuro; e per finalità

specifica, risultando preordinata all'assegnazione delle risorse finanziarie alle Regioni) alla tematica del provvedimento impugnato, come tale illegittima.

Sembra invece il frutto di una scelta non illogicità, ma anzi coerente con i principi generali dell'ordinamento di settore. Tanto più che la scelta dei parametri è caduta su tre Regioni ubicate a differenti latitudini e con diversa consistenza sociale ed economica, mediando così eventuali peculiarità (lo stesso ente appellante, quando elenca a titolo di esempio, alcune particolarità che, a suo dire, connoterebbero i sistemi sanitari delle tre Regioni, finisce col confermare che per il sistema sanitario di ciascuna di esse sono riscontrabili elementi oggettivi favorevoli ed elementi di debolezza – anche se, comprensibilmente, tende ad enfatizzare l'incidenza dei primi).

Va poi aggiunto che l'appellante non ha da dolersi che un simile criterio non sia stato esteso a tutti i DRG, posto che lamenta proprio l'insufficienza dei valori che risultano dalla sua applicazione.

D'altra parte, se la congruità dei valori tariffari contestati può argomentarsi in base alla loro pratica applicazione nelle Regioni dalle quali sono stati stabiliti, l'appellante, nel negare detta congruità, non argomenta in concreto da quali calcoli deriverebbe la sua valutazione critica, in relazione ai singoli DRG di cui contesta la inadeguatezza della tariffa (o della mancata rivalutazione di quella previgente). Tale rilievo risulta utile anche per confutare la censura con cui viene lamentata la incongruità delle tariffe per le endoprotesi comprese nei DRG. Per contro, la difesa della Regione ha sottolineato come le tariffe di molti DRG definiti dalla d.G.R. n. 1464/2006 e lasciati inalterati, risultino largamente superiori alla tariffa

massima nazionale TUC (con la conseguenza che, in applicazione del D.M. 12 settembre 2006, la Regione pone a carico del proprio bilancio la parte eccedente della tariffa).

6. Le conclusioni cui perviene la sentenza appellata meritano pertanto di essere confermate.

7. La complessità delle questioni affrontate suggerisce di disporre l'integrale compensazione tra le parti delle spese di giudizio.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale (Sezione Terza), definitivamente pronunciando sull'appello, come in epigrafe proposto, lo respinge.

Spese compensate.

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

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 29 gennaio 2013 con l'intervento dei magistrati:

Pier Giorgio Lignani, Presidente

Salvatore Cacace, Consigliere

Roberto Capuzzi, Consigliere

Dante D'Alessio, Consigliere

Pierfrancesco Ungari, Consigliere, Estensore

**L'ESTENSORE**

**IL PRESIDENTE**

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 09/05/2013

IL SEGRETARIO

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