

SANITA' PUBBLICA: Consiglio di Stato - Sezione Terza - Sentenza 8 ottobre 2025, n. 7915.

1. Sanità pubblica e sanitari – Tetti di spesa – Appropriatezza – Nozione – Ricovero ordinario o Day Hospital.

2. Sanità pubblica – Tetti di spesa – Appropriatezza – Regione in genere e regioni a statuto ordinario – Risorse finanziarie.

1. In materia di programmazione sanitaria, la nozione di appropriatezza interseca la sfera clinico-organizzativa con quella finanziaria definendo come inappropriati quei casi trattati in regime di ricovero ordinario o in day hospital che le strutture sanitarie possono trattare in diversi setting assistenziali con identico beneficio per il paziente e con minor impiego di risorse. (1).

In motivazione la sezione ha ravvisato il fondamento normativo del principio di appropriatezza nell'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 ed ha ricostruito l'excursus legislativo ed amministrativo in materia di riduzione del tasso di ricoveri ordinari nella regione Campania all'esito della rivisitazione del livello di appropriatezza dei setting assistenziali.

2. In materia di programmazione sanitaria, la traduzione operativa del principio di appropriatezza implica l'adozione da parte delle regioni delle misure organizzative e strutturali che consentano di erogare prestazioni sanitarie con le modalità e nei regimi appropriati, tali da garantire l'uso efficace delle risorse da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere. (2).

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio della Regione Campania, del Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario Regione Campania, del Ministero della Salute e del Ministero dell'Economia e delle Finanze;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore, nell'udienza pubblica del giorno 17 luglio 2025, il Cons. Angelo Roberto Cerroni e uditi per le parti gli avvocati come in atti;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

1. – L'Istituto Clinico Mediterraneo S.p.a. (qui di seguito, *breviter*, ICM) ha impugnato innanzi al TAR per la Campania il decreto commissariale n. 58 del 30 settembre 2010, pubblicato nel B.U.R.C. n. 68 del 18 ottobre 2010 ed avente ad oggetto “*Definizione soglie di ammissibilità dei DRG ad alto rischio di in appropriatezza per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna*”, con cui il Commissario *ad acta* per l'Attuazione del Piano di Rientro del Settore Sanitario della Regione Campania ha integrato la lista dei D.R.G. (“*Diagnosis related groups*”, letteralmente: raggruppamenti omogenei di diagnosi) ad elevato rischio di inappropriatezza per il ricovero ordinario, riducendone la soglia di ammissibilità e prevedendo il trasferimento di quota parte delle prestazioni dal regime in ricovero ordinario a quello in *day hospital* e in ambulatorio.

Il provvedimento è stato *medio tempore* revocato con effetto *ex nunc* dal nuovo D.C.A. n. 17 del 20 marzo 2014 avente per oggetto “*Linee guida per migliorare l’appropriatezza della funzione ospedaliera ed il potenziamento di forme alternative al ricorso. Revoca del decreto del commissario ad acta n. 58 del 30.09.2010*”.

2. – Sicché, il TAR per la Campania, con sentenza n. 1279 del 25 febbraio 2015, ha dichiarato l’improcedibilità del ricorso per sopravvenuta carenza di interesse in ragione della revoca del provvedimento; dipoi, il Consiglio di Stato, con la decisione di questa Sezione n. 5087 del 21 giugno 2022, ha riformato la sentenza gravata dichiarando la sussistenza di un legittimo interesse diretto ed attuale, munito di tutela, alla decisione del giudizio di primo grado ad eventuali fini risarcitori, con la conseguente rimessione degli atti di causa al giudice di primo grado.

3. – Il giudizio è stato quindi ritualmente riassunto innanzi al TAR per la Campania che lo ha respinto nel merito ponendo l’accento sull’alto tasso di discrezionalità che connota l’*agere* amministrativo in materia di contenimento della spesa sanitaria e ha escluso che il privato destinatario dell’azione amministrativa possa influire con le proprie opposte valutazioni alla determinazione del contenuto della scelta medesima. Richiamando la costante giurisprudenza amministrativa sulla legittimità della fissazione, in corso d’anno, di tetti che dispieghino i propri effetti anche sulle prestazioni già erogate, il primo giudice ha soggiunto che l’Istituto ricorrente non avrebbe dato adeguata dimostrazione della manifesta illogicità delle tariffe, né l’intervenuta revoca del D.C.A. n. 58/2010 ad opera del D.C.A. n. 17/2014 farebbe desumere alcuna illegittimità a carico del provvedimento revocato.

4. – ICM ha, quindi, appellato nuovamente la pronuncia articolando un’unica censura per *error in iudicando* e *in procedendo*, erroneità dei presupposti di fatto e diritto, travisamento dei fatti, contraddittorietà, difetto di motivazione e violazione del principio di corrispondenza tra il chiesto e il pronunciato laddove dichiara infondati i motivi di ricorso per insindacabilità nel merito delle scelte dell’Amministrazione. Segnatamente, l’appellante lamenta che il D.C.A. n. 58/2010, nel disporre un taglio generalizzato delle prestazioni di ricovero e il passaggio automatico verso un’assistenza meno intensiva e/o ambulatoriale, scontrerebbe un’illogicità di fondo omettendo di delineare preventive linee guida e una riorganizzazione del sistema sanitario che ne renda concretamente attuabili i contenuti.

4.1. – In più, l’appellante stigmatizza l’*error in iudicando* della pronuncia nella parte in cui ritiene legittima l’efficacia retroattiva delle determinazioni adottate con il D.C.A. n. 58/2010. Il primo giudice, infatti, applicherebbe impropriamente un indirizzo pretorio elaborato per le rimodulazioni del *budget* in corso di anno - dunque quantitative - mentre nel caso di specie rilevarebbero variazioni qualitative perché incidenti sulla determinazione delle categorie di prestazioni remunerabili e sul regime della loro remunerazione.

4.2. – Inoltre, la pronuncia gravata sarebbe censurabile nella parte in cui afferma che le contestazioni in merito alla manifesta illogicità delle tariffe sono generiche e, pertanto, non meritevoli di accoglimento: in verità, la dimostrazione della illogicità delle tariffe applicate con effetto retroattivo sarebbe *in re ipsa* dal momento che le nuove tariffe, applicate illegittimamente con effetto retroattivo, lascerebbero scoperti gran parte dei costi già sostenuti dalla Struttura per prestazioni acquistate dal Servizio sanitario regionale che la ricorrente era tenuta a prestare.

4.3. – Infine, l'appellante si duole della pronuncia di prime cure laddove sostiene che alcuna riprova dell'impugnato decreto può farsi desumere dalla circostanza che esso sia stato successivamente revocato dal D.C.A. n. 17/2014. Invero, il nuovo decreto commissariale porrebbe rimedio proprio alle lacune e alle criticità denunciate abolendo le rigide ed automatiche percentuali di ricovero ammissibili in regime di *day hospital* o da trasferire a regime ambulatoriale e approvando le linee guida per l'attuazione dei *day service* e dei percorsi ambulatoriali complessi e coordinati.

5. – La Regione Campania, nel costituirsi nel giudizio di appello, si è compiutamente difesa domandando la reiezione del gravame.

6. – La causa è stata discussa all'udienza pubblica del 17 luglio 2025 e conseguentemente spedita in decisione.

7. – La *res controversa* si incentra sulla discussa legittimità del decreto del Commissario *ad acta* della Regione Campania n. 58 del 30 settembre 2010, recante i criteri per la definizione delle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza per il ricovero in regime di degenza ordinaria e diurna.

Più nello specifico, il provvedimento impugnato ha integrato la lista dei D.R.G. ad elevato rischio di inappropriatezza per il ricovero ordinario, già individuati dal d.P.C.M. del 29 novembre 2001 e, per la Regione Campania, dalle Delibere di Giunta nn. 6490/2001, 4847/2002, 546/2007, definendo all'Allegato 1 specifici valori di ammissibilità al ricovero e prevedendo il trasferimento di quota parte delle prestazioni dal regime di ricovero ordinario a quello in *day hospital* e in ambulatorio.

7.1. – Ai fini della completezza della disamina, il decreto commissariale non può essere letto atomisticamente, bensì deve essere iscritto nella cornice della fitta seriazione di provvedimenti adottati nel perseguimento di precisi obiettivi di contenimento della spesa sanitaria e di riordino del sistema di erogazione delle prestazioni sanitarie all'insegna di una più efficiente organizzazione del servizio sanitario e della razionalizzazione delle risorse economiche impegnate.

L'*excursus* storico-normativo non può non prendere le mosse dalla consacrazione positiva dell'appropriatezza nel novero dei principi ispiratori dell'ordinamento sanitario sensi dell'art. 1, comma 2, del d.lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 (*“Il Servizio sanitario nazionale assicura attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati degli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, 833, i livelli essenziali e uniformi*

di assistenza definiti dal Piano Sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse"): tale principio si affianca alla qualità e all'accessibilità come uno dei profili rispetto a cui le Regioni e le Aziende ospedaliere sono tenute ad attivare specifiche azioni di monitoraggio delle attività ospedaliere secondo le declinazioni operative del Piano sanitario nazionale 1998-2000 nelle due diverse accezioni, clinica e organizzativa.

Sul piano definitorio, la nozione di appropriatezza interseca la sfera clinico-organizzativa con quella finanziaria definendo come inappropriati quei casi trattati in regime di ricovero ordinario o in *day hospital* che le strutture sanitarie possono trattare in diversi *setting* assistenziali con identico beneficio per il paziente e con minor impiego di risorse. Conseguentemente, la traduzione operativa del principio di appropriatezza implica l'adozione da parte delle Regioni delle misure organizzative e strutturali necessarie per far sì che le prestazioni siano erogate con le modalità e nei regimi appropriati, tali da garantire l'uso efficace delle risorse da parte delle aziende sanitarie ed ospedaliere.

7.2. – Nel solco di questa elaborazione assiologica, il d.P.C.M. 29 novembre 2001, avente ad oggetto la definizione dei livelli essenziali di assistenza garantiti dal S.S.N., ha individuato nell'allegato 2C un elenco di n. 43 D.R.G. ("*diagnosis-related groups*", ossia "raggruppamenti omogenei di diagnosi") ritenuti ad "*alto livello di inappropriatezza*" se erogati in regime di ricovero ordinario per i quali, sulla base di apposite rilevazioni, le Regioni avrebbero dovuto indicare un valore percentuale/soglia di inammissibilità con possibilità di individuare ulteriori D.R.G. e prestazioni assistenziali.

Successivamente, con una serie copiosa di delibere la Regione Campania ha individuato ulteriori 14 D.R.G. ad elevato rischio di inappropriatezza per il quale sono state fissate soglie massime di ammissibilità del numero di ricoveri ordinari con degenza superiore ad un giorno – si tratta nello specifico delle delibere della Giunta Regionale Campania n. 6490 del 30 novembre 2001 e n. 4847 del 25 ottobre 2002 - poi integrate e aggiornate dalla delibera giuntale n. 546 del 30 marzo 2007 con cui sono state definite le caratteristiche organizzative e gli ambiti di attivazione di un'innovativa modalità per l'erogazione di prestazioni complesse e coordinate denominata "*day service*", destinata alla erogazione di prestazioni che, pur non necessitando di ricovero, non risultano, per le particolari caratteristiche dei profili di assistenza, trasferibili a parità di efficacia e tempestività di trattamento, nel tradizionale regime di specialistica ambulatoriale.

Parallelamente alla delibera n. 546/2007, la Regione ha adottato altresì la delibera n. 460/2007 con cui ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di rientro dal disavanzo e di riqualificazione, i cui interventi sono vincolanti e possono comportare effetti di variazione di provvedimenti normativi ed

amministrativi già adottati dalla medesima regione in materia di programmazione sanitaria ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera b), della legge n. 296/2006.

7.3. – E' stato successivamente siglato il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012 il quale, all'art. 6, co. 5, stabilisce che: *“in vista dell'adozione del provvedimento di revisione straordinaria del d.P.C.M. di definizione dei livelli essenziali di assistenza, secondo quanto previsto dal punto 2.4 del Patto per la salute del 28 settembre 2006, si conviene che la lista dei 43 D.R.G. ad alto rischio di inappropriatezza, di cui all'allegato 2C del d.P.C.M. 29 novembre 2001, venga integrata dalle Regioni e dalle Province autonome in base alla lista contenuta negli elenchi A e B allegati alla presente intesa. Le Regioni e le province autonome assicurano l'erogazione delle prestazioni già rese in regime di ricovero ordinario, in regime di ricovero diurno ovvero in regime ambulatoriale. Nel caso di ricorso al regime ambulatoriale, le Regioni e le province autonome provvedono a definire per le singole prestazioni o per pacchetti di prestazioni, in via provvisoria, adeguati importi tariffari e adeguate forme di partecipazione alla spesa, determinati in maniera da assicurare minori oneri a carico del Servizio sanitario nazionale rispetto alla erogazione in regime ospedaliero”*.

Sicché, nel solco del nuovo Patto per la salute, la Regione Campania, con decreto commissariale n. 16 del 24 marzo 2010 ha adottato la metodologia AGENAS di analisi della domanda e riprogettazione dell'offerta per il calcolo di posti letto quale strumento programmatico di riferimento per le Regioni commissariate, nel recepimento delle indicazioni del nuovo Patto volte a promuovere l'adozione di *setting* assistenziali maggiormente appropriati con il trasferimento delle attività inappropriate verso regimi che consentono una maggiore efficienza nel consumo delle risorse e con il trasferimento quindi dal ricovero ordinario verso il *day hospital* e verso l'ambulatorio. L'ARSAN ha poi provveduto a definire le soglie di ammissibilità per i D.R.G. enucleati nel nuovo Patto per la salute 2010-2012 sia per il regime ordinario che per quello diurno.

Sulla scia del decreto commissariale n. 16/2010 è stato, infine, adottato il provvedimento gravato che, nel perseguimento dell'obiettivo di tendenziale di riduzione di circa 200.000 ricoveri con conseguente riduzione del tasso di ospedalizzazione a circa 190/1.000 abitanti, ha approvato i D.R.G. ad alto rischio di inappropriatezza, le relative soglie di ammissibilità per i ricoveri ordinari e per i ricoveri in *day hospital* nelle percentuali a fianco di ciascun D.R.G. segnate, nonché la relativa casistica da trasferire al regime ambulatoriale.

8. – Dall'*excursus* appena tratteggiato si evince che i contenuti del decreto commissariale n. 58/2010 trovano i loro antecedenti normativi e causali nella stringente legislazione di rango ordinario e nella copiosa produzione normativa e amministrativa successiva, tesa alla riduzione del tasso di ricoveri secondo una più attenta rivisitazione del livello di appropriatezza dei *setting* assistenziali, mentre

l'impianto censorio sconta un irriducibile tasso di genericità e vaghezza nei vizi che denuncia trasmodando di fatto in una critica generalizzata al merito del provvedimento.

8.1. – Peraltro, va rimarcato come l'appellante non si sia peritato di impugnare espressamente tutti gli atti presupposti - particolarmente stringenti nella loro portata vincolante - limitandosi a mere asserzioni apodittiche di illegittimità che si risolvono in una sostanziale affermazione di mera non condivisione delle scelte programmatiche in questione, nella prospettiva della massimizzazione della salvaguardia di determinati livelli di utile riveniente dall'attività imprenditoriale. Tali generiche deduzioni non valgono a scalfire la tenuta del percorso argomentativo seguito dalla pronuncia gravata la quale, riconoscendo la più ampia latitudine alla discrezionalità dell'Amministrazione nell'adozione di scelte di programmazione e organizzazione dei servizi sanitari, dà atto anche dei forti vincoli discendenti dalla soggezione al Piano di Rientro nell'ottica del contemperamento tra qualità delle prestazioni e riequilibrio dei conti dei servizi sanitari regionali.

8.2. – Dipoi, non corrisponde al vero che il D.C.A n. 58/2010 avrebbe *“disposto una sovversione dei regimi in day hospital, ai soli fini del risparmio della spesa sanitaria, con l'imposizione di significative riduzioni delle percentuali ammesse per tali prestazioni, senza specificare l'iter procedimentale adottato, i criteri di adeguatezza applicati in base ai regolamenti vigenti, e senza considerare che il passaggio da un regime ad un altro avrebbe necessariamente comportato la necessità per le strutture sanitarie di possedere nuove autorizzazioni e accreditamenti, quale quello ambulatoriale, che – all'epoca dei fatti - mancava a tutte le case di cura private e pertanto necessitava di prevedere una disciplina transitoria che permettesse tali adeguamenti”*.

A ben vedere, il D.C.A. gravato precisa chiaramente nel preambolo motivazionale che le soglie di ammissibilità per i D.R.G. di cui all'allegato B del nuovo Patto per la salute 2010-2012 sia per il regime ordinario che per quello diurno sono state elaborate da ARSAN utilizzando i criteri di cui al decreto commissariale n° 16/2010 integrati, per quanto attiene ai ricoveri ordinari, dall'analisi della distribuzione percentile osservata nell'anno 2008 che ha permesso di fissare tali soglie al 33° percentile della distribuzione riportate nell'Allegato 1 al medesimo decreto; indi, i richiami a previi provvedimenti – rimasti inoppugnati – integrano puntualmente i passaggi motivazionali e rendono conto dell'*iter* seguito nell'elaborazione delle nuove soglie di ammissibilità.

Inoltre, per quanto attiene alle problematiche di accreditamento, il D.C.A. ha espressamente previsto che *“in via del tutto straordinaria e provvisoria, fino a completamento del percorso di accreditamento, che le case di cura private in transitorio accreditamento trasferiscano in ambulatorio - ospedaliero le casistiche di cui all'allegato 1 unicamente per quei DRG che già erogano in forza di tale transitorio accreditamento utilizzando i locali già autorizzati per le prestazioni ambulatoriali ovvero quelli autorizzati per le attività ambulatoriali connesse alle funzioni*

di Day hospital o di day surgery". Indi, non coglie nel segno la critica dell'appellante che denuncia la pretermissione di una fase transitoria per i regimi autorizzatori e di accreditamento.

9. – L'impianto demolitorio sviluppato dall'appellante non persuade neanche nella parte in cui lamenta la carenza di linee guida operative.

Secondo ICM, difatti, la concreta attuazione delle misure adottate con il D.C.A. n. 58/2010 avrebbe richiesto l'emanazione di linee guida anche per individuare in quali casi fosse possibile il passaggio da un sistema di erogazione intensivo - quale quello in regime di ricovero - ad uno meno intensivo, tenendo presente che non basta individuare la patologia da curare per disporre il tipo di prestazione da erogare, ma occorre considerare una serie di fattori quali, ad esempio, l'età del paziente, la concomitanza di altre patologie, il livello di autosufficienza, le condizioni psichiche e sociali, ecc..

9.1. – Orbene, pur mancando nell'impianto del provvedimento impugnato una sezione o un rinvio alla definizione di tali modalità, va rilevato, sulla scorta dei pertinenti rilievi della difesa regionale, che in considerazione delle criticità evidenziate in sede di applicazione del citato decreto commissariale n. 58/2010, in data 10 maggio 2012 il Sub Commissario *ad acta* e le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative delle case di cura private hanno sottoscritto un verbale di intesa, approvato dal decreto commissariale n. 66 del 19 giugno 2012, pubblicato sul B.U.R.C. n. 40 del 26 giugno 2012, nel quale venivano definite le modalità operative del D.C.A. n. 58/2010 stabilendo per l'esercizio 2011 le modalità dei controlli e la remunerazione dei ricoveri oltre le soglie di appropriatezza, previsti dal decreto, nonché la definitiva riformulazione dei tetti di spesa 2011, la rideterminazione delle tariffe a partire dall'anno 2012 e i tetti di spesa per il 2012.

Indi, la lamentata lacuna, pur non determinando in punto di principio un profilo di vizio del decreto impugnato, è stata comunque colmata in fase esecutiva da parte della gestione commissariale.

9.2. – Del resto, l'emanazione del nuovo D.C.A. n. 17/2014 che ha revocato l'impugnato decreto si atteggia a coronamento del percorso di confronto costruttivo tra Regione e strutture interessate, tanto che il nuovo decreto 2014 esplicita la necessità di *"fornire indicazioni più puntuali circa le misure organizzative che le strutture di ricovero pubbliche equiparate e private, nonché i poliambulatori pubblici, devono attuare per l'erogazione delle prestazioni in ambulatorio e in day service"*. Inoltre, va rimarcato che l'intervento di rivisitazione operato dalla gestione commissariale con il decreto n. 17/2014 trova la sua primaria scaturigine nello *ius superveniens* di cui all'art. 15, co. 13, lett. c), del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge n. 135 del 2012, che ha ulteriormente ridotto l'obiettivo tendenziale di decremento del tasso di ospedalizzazione da 190/1000 abitanti – fissato dal decreto quivi impugnato n. 58/2010 - a 160/1000 abitanti. Non a caso nel preambolo motivazionale il nuovo decreto n. 17/2014 considera espressamente che *"tale riorganizzazione, da effettuarsi progressivamente in un biennio, richiede una rivisitazione ed un*

aggiornamento delle previsioni di cui al più volte citato decreto commissariale 58/2010 che indicava un obiettivo tendenziale di riduzione di circa 200.000 ricoveri con conseguente riduzione del tasso di ospedalizzazione a circa 190 per mille abitanti”.

Tanto vale a disvelare l'inconsistenza dell'ulteriore argomento critico per cui l'adozione del decreto n. 17/2024 attesterebbe *ex se* la sussistenza dei vizi denunciati nel gravame rivolto avverso il decreto n. 58/2010.

10. – Residua da scrutinare il profilo di censura concernente la retroattività delle determinazioni del D.C.A. n. 58/2010 all'intera annualità 2010.

Secondo l'appellante, la modifica retroattiva delle condizioni contrattuali pregresse non avrebbe potuto essere ragionevolmente prevista da parte della struttura sanitaria ricorrente, ed evidentemente il D.C.A. n. 58/2010 avrebbe comportato una grave compromissione delle legittime aspettative della struttura stessa attraverso un'irragionevole e immotivata lesione degli interessi economici degli operatori privati, attesa la loro natura di soggetti portatori di esigenze di programmazione economica e sostenibilità finanziaria.

10.1. – Al riguardo, il Collegio deve osservare che il provvedimento impugnato – adottato il 30 settembre 2010 - non esplicita in alcun passaggio la *voluntas* di far retroagire all'intero anno 2010 gli effetti delle rideterminazioni dei *settings* assistenziali, indi deve inferirsi che in omaggio alla canonica ultrattività dei provvedimenti amministrativi, ossia all'attitudine a provvedere per l'avvenire in difetto di previsioni difformi, il decreto commissariale non dispieghi il lamentato effetto retroattivo.

Corroborata tale esegesi anche il perspicuo passaggio in cui il decreto commissariale demanda alle Aziende Sanitarie, per tutte le prestazioni definite ad alto rischio di inappropriately, l'estensione *expressis verbis* dall'anno 2011 dei controlli analitici, per ciascun erogatore, al 100% delle cartelle cliniche, fermo restando il valore annuo atteso del 10% di cartelle cliniche da sottoporre a controllo per tutte le altre tipologie di prestazioni di ricovero ospedaliero, così come disposto dal D.M. 10 dicembre 2009.

10.2. – Ad ulteriore riprova di ciò, la difesa regionale ha perspicuamente ribattuto che gli abbattimenti per appropriatezza per l'anno 2010 sono stati effettuati in conformità con la normativa preesistente – asserzione che non è stata contestata o confutata dall'appellante – mentre il decreto n. 58/2010 ha trovato applicazione per i soli abbattimenti relativi agli anni 2011, 2012 e 2013 in base all'Accordo del 10 maggio 2012 tra la Regione Campania e le Associazioni delle case di cura private, approvato dal D.C.A. n. 66/2012 e successivamente prorogato – tutti provvedimenti che non entrano nel perimetro dell'odierna materia del contendere.

Tanto considerato, il profilo censurato smarrisce il suo presupposto fattuale per l'assorbente considerazione che il decreto impugnato non ha mai rivestito efficacia retroattiva.

11. – In definitiva, alla luce delle considerazioni dianzi svolte, l'appello deve essere integralmente rigettato con compensazione delle spese di lite in considerazione della peculiarità della controversia.

P.Q.M.

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

Spese compensate.

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 17 luglio 2025 con l'intervento dei magistrati:

Raffaele Greco, Presidente

Nicola D'Angelo, Consigliere

Ezio Fedullo, Consigliere

Luca Di Raimondo, Consigliere

Angelo Roberto Cerroni, Consigliere, Estensore