



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 Quinta)

ha pronunciato la presente

**DECISIONE**

Sul ricorso numero di registro generale 9764 del 2008, proposto da: (... Omesso ...), rappresentato e difeso dagli avv. Fulvio Merlino, Gennaro Terracciano, con domicilio eletto presso Gennaro Terracciano in Roma, piazza di Spagna 35;

*contro*

Regione Campania, rappresentato e difeso dagli avv. Vincenzo Baroni, Almerina Bove, con domicilio eletto presso Regione Campania Ufficio Rappresentanza in Roma, via Poli 29; Azienda Sanitaria Locale Napoli 1, Gestione Liquidatoria dell'Ex Usl 37 della Campania, rappresentati e difesi dall'avv. Antonio Nardone, con domicilio eletto presso Antonio Nardone in Roma, piazza del Popolo, 18;

*per la riforma*

della sentenza del Tar Campania - Napoli :sezione I n. 10518/2008, resa tra le parti, concernente RISARCIMENTO DANNI IN SEGUITO A RISOLUZIONE CONVENZIONAMENTO CON CASA DI CURA.

Visto il ricorso in appello con i relativi allegati;

Viste le memorie difensive;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 19 maggio 2009 il dott. Nicola Russo e uditi per le parti gli avvocati Terracciano, Merlino, Barone per delega di Baroni e Militerni per delega di Nardone;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue:

#### FATTO e DIRITTO

La sentenza impugnata ha rigettato il ricorso della (... Omesso ...) proposto per ottenere, ai sensi dell'art. 35 D.Lgs. 31.3.1998, n. 80 e ss. mm., il risarcimento del danno derivante dalla delibera n. 278 adottata dalla ex USL 37 (ora ASL Napoli 1) della Campania in data 28.4.1993.

Occorre preliminarmente rilevare che detta delibera, la quale aveva dichiarato risolto il rapporto di convenzionamento in essere tra la (... Omesso ...) e il Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'art. 44 L. n. 833/1978, è stata dichiarata illegittima ed annullata in via definitiva con decisione di questo Consiglio di Stato, Sez. V, n. 2755/2005 resa il 30.5.2005, assunta dalla ricorrente, odierna appellante, come presupposto dell'azione risarcitoria.

La richiamata decisione n. 2755/2005 ha accertato l'illegittimità del provvedimento ed ha altresì espressamente rilevato la sussistenza della responsabilità delle appellate nei confronti della Casa di Cura, evidenziando come l'illegittimità della nota di risoluzione del rapporto da parte dell'U.S.L. vada valutata

“sulla base dei principi di correttezza e di buona fede che sovrintendono a qualunque rapporto convenzionale e che devono permeare il comportamento dei contraenti... la circostanza che il rapporto intercorrente tra l'Istituto Clinico e il S.S.N. vada inquadrato nell'ambito delle concessioni di pubblico servizio, con la

conseguenza che in forza di un tale atto la P.A. viene a trovarsi in una posizione particolare e privilegiata rispetto all'altra parte in quanto dispone, oltre che dei diritti e della facoltà che nascono comunemente dal contratto accessivo al provvedimento concessorio, dei pubblici poteri che derivano direttamente dalla necessità di assicurare il pubblico interesse in quel particolare settore cui inerisce la concessione, non può inficiare il richiamo al principio di correttezza di cui all'art. 1175 c.c., al quale devono essere improntati i rapporti tra le parti, e non introduce elementi di natura tipicamente privatistica, ove si consideri che anche l'azione della Pubblica amministrazione deve essere svolta nel rispetto delle regole di correttezza e trasparenza (Cons. Stato, Sez. IV, 13 luglio 2000, n. 3910)...La causa risolutiva da parte dell'Amministrazione non può essere individuata in una di-chiarazione di rinuncia del privato che, subito precisata nella portata, era, in realtà, dettata e condizionata espressamente da una necessità imposta da sopravvenienze normative che avevano indotto poi il concessionario, alla luce delle successive interpretazioni giurisprudenziali, a considerarla, prima della deliberazione dell'amministrazione, priva di qualunque effetto, con la conseguente affermazione della piena volontà di proseguire nel rapporto”.

Tanto premesso la decisione citata ha concluso che “Il comportamento dell'U.S.L., che si è determinata a considerare risolto il rapporto con l'Istituto Clinico appellante motivando in base alla comunicazione di rinuncia della Casa di Cura del 28 gennaio, contrasta, per quanto considerato, con i sopra ricordati obblighi di correttezza e buona fede”.

Risulta in atti come la Clinica abbia richiesto alla ASL di ripristinare il rapporto di convenzionamento, già all'esito dell'ordinanza n. 1565 del TAR Campania, Napoli, di sospensione del provvedimento di risoluzione del convenzionamento. Risulta ancora dai documenti prodotti che con istanza del 6.2.1995, assunta al protocollo

generale della ASL Napoli 1 al n. 379 del 20.2.1995, l'appellante ha domandato l'accreditamento provvisorio previsto dalla Legge n. 724/1994 – che aveva sostituito il precedente regime di convenzionamento – dichiarando di accettare il sistema di remunerazione a prestazione sulla base di tariffe pre-determinate.

L'accreditamento è stato riconosciuto dall'Amministrazione soltanto nell'ottobre del 2006, a seguito quindi della declaratoria di illegittimità della risoluzione del convenzionamento di cui alla succitata pronuncia di questo Consiglio n. 2755/2005.

La sentenza gravata rigetta tutte le richieste risarcitorie della Clinica sulla base sostanzialmente di due argomentazioni che possono così riassumersi:

- a) la delibera di risoluzione della convenzione n. 278 del 28.4.1993 era stata sospesa dal TAR Campania, Napoli, con ordinanza n. 1565 del 6.7.1993, in accoglimento dell'istanza cautelare proposta dalla Clinica, con la conseguenza che essa sarebbe stata “deprivata fin dall'origine sul piano giuridico dell'attitudine a produrre alcun effetto nei confronti della società ricorrente” e che il rapporto di convenzionamento doveva intendersi ripristinato. Da ciò il Tribunale ricava che il pregiudizio subito dalla Ruesch s.p.a. deriverebbe esclusivamente dalla scelta di non avvalersi della tutela cautelare chiesta ed ottenuta, e giunge ad escludere qualsivoglia responsabilità in capo alla ASL e alla Regione;
- b) avendo la società chiesto il risarcimento dei danni derivanti dalla delibera di risoluzione del convenzionamento, il giudizio non potrebbe “essere esteso alla legittimità e liceità delle circostanze e delle ragioni che hanno successivamente determinato il mancato o il negato riconoscimento dell'accreditamento provvisorio”.

La Clinica interpone appello affidato ai seguenti motivi di censura:

- “error sul fatto – error in iudicando – difetto di motivazione – illogicità (sulla pretesa reintegrazione del rapporto convenzionale ad opera dell’ordinanza Tar Campania Napoli n. 1565/1993 e sulla supposta scelta della appellante di non avvalersi della tutela cautelare ottenuta)” sotto un duplice profilo: da un lato evidenzia che il giudice di prime cure non avrebbe tenuto conto della circostanza che la Ruesch si è attivata per ottenere prima la reintegrazione nel rapporto convenzionale e poi il riconoscimento dell’accreditamento provvisorio una volta entrato in vigore il nuovo sistema a tariffe previsto dal D.Lgs. n. 502/1992 e dalla Legge n. 724/1994; dall’altro rileva come, in-dipendentemente dalle iniziative intraprese, non poteva prescindersi da un facere dell’Amministrazione, con il suo connotato di discrezionalità, sia per ripristinare il convenzionamento che per attribuire l’accreditamento;
- “error in iudicando – difetto di motivazione – illogicità (sulla pretesa impossibilità di riconoscere i danni derivanti dall’operato dell’amministrazione successivo alla delibera n. 278 del 28.4.1993), per la ragione che la richiesta riguarderebbe tutti i danni subiti dalla Clinica e derivanti dal comportamento dell’Amministrazione a partire dall’adozione della delibera di risoluzione e fino al momento in cui è intervenuto l’accreditamento provvisorio;
- “error in iudicando – difetto di motivazione (sulla responsabilità dell’amministrazione e sul danno)” posto che nella fattispecie sussisterebbero tutti i presupposti per l’accoglimento della domanda risarcitoria, stante la responsabilità dell’amministrazione, acclarata anche con sentenza passata in giudicato.

Si sono costituite in giudizio l’Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 (e la Gestione Liquidatoria ex USL 37), nonché la Regione Campania, chiedendo il rigetto dell’appello in quanto inammissibile ed infondato, con vittoria delle spese, diritti ed onorari e contestando, con articolate controdeduzioni, la sussistenza di un diritto della Casa di Cura appellante ad ottenere il richiesto ristoro dei (presunti) danni subiti. In particolare, con istanza depositata in data 7 maggio 2009 l’Azienda Sanitaria ha chiesto un rinvio per esame, deducendo che la Casa di Cura appellante avrebbe provveduto a depositare la documentazione (costituita da una consulenza tecnica di parte e da una relazione di parte di stima di perdita di avviamento) in data 20 aprile 2009 e, quindi, oltre il termine di trenta giorni liberi prima dell’udienza di discussione, fissata per il 19 maggio 2009. A tale richiesta ha replicato in udienza il difensore dell’appellante; la causa, dunque, è stata trattenuta in decisione.

L’appello è fondato.

Rileva preliminarmente il Collegio che il termine per il deposito di documenti, che è di venti giorni liberi anteriori al giorno fissato per l’udienza (cfr. art. 23, comma 4, della L. n. 1034/1971; Cons. St., Sez. VI, 6 aprile 2007, n. 1560), nella specie risulta rispettato dall’appellante, e che le parti appellate hanno comunque potuto usufruire di un congruo spazio temporale a difesa (nella specie, ventotto giorni liberi prima dell’udienza). La richiesta di rinvio deve, pertanto, essere disattesa.

Tanto premesso, deve dirsi che nella fattispecie l’illegittimità della condotta dell’Amministrazione, così come la colpevolezza, sono state accertate con decisione di questo Consiglio di Stato n. 2755/2005 cit., sia per aver adottato il provvedimento di risoluzione del convenzionamento precedentemente in atto, sia per aver colpevolmente ritardato il riconoscimento dell’accreditamento

provvisorio, così configurando sia un'ipotesi di c.d. “danno da disturbo”, sia un'ipotesi di c.d. “danno da ritardo”.

Com'è noto, questo Consiglio (cfr. Cons. St., Sez. VI, 12 marzo 2004, n. 1261) ha precisato che mentre il danno c.d. da ritardo è normalmente individuato nella lesione di un interesse legittimo pretensivo, cagionata dal ritardo con cui la P.A. ha emesso il provvedimento finale inteso ad ampliare la sfera giuridica del privato, il danno c.d. da disturbo è caratterizzato dalla lesione di un interesse legittimo di tipo oppositivo e consiste nel ristoro del pregiudizio asseritamente subito in conseguenza dell'illegittima compressione delle facoltà di cui il privato cittadino era già titolare.

Il danno c.d. da ritardo è nella specie ravvisabile nella lesione dell'interesse legittimo pretensivo della Clinica, cagionata dal ritardo con cui la P.A. ha emesso il provvedimento finale di accreditamento provvisorio; il danno c.d. “da disturbo” è altresì evidente, posto che la Clinica agisce per ottenere il ristoro del pregiudizio patito in conseguenza dell'illegittima compressione delle facoltà di cui era già titolare (nella specie, in quanto convenzionata con il Servizio Sanitario Regionale per molteplici branche specialistiche già dal 1979).

Quanto ai presupposti e alle condizioni necessari per ammetterne la risarcibilità, con riferimento al danno da disturbo, l'orientamento prevalente, cui il Collegio intende uniformarsi, osserva che, nel caso di procedimenti amministrativi coinvolgenti interessi di tipo oppositivo, la lesione dell'interesse implica ex se la lesione del bene della vita preesistente al provvedimento affetto da vizi di illegittimità, sicché l'accertamento della circostanza che la P.A. ha agito non iure di per se stesso implica la consolidazione di un danno ingiusto nella sfera giuridica del privato. In altri termini, la riscontrata illegittimità dell'atto – che nella specie è

intervenuta in via definitiva con decisione di questo Consiglio n. 2755/2005 cit. – rappresenta, nella normalità dei casi, l'indice della colpa dell'amministrazione, indice tanto più grave, preciso e concordante quanto più intensa e non spiegata sia l'illegittimità in cui l'apparato amministrativo sia incorso. In tale eventualità spetta all'amministrazione fornire elementi istruttori o anche meramente assertori volti a dimostrare l'assenza di colpa. Il requisito della colpa della P.A., necessario ai fini del risarcimento dei danni derivanti da lesione di interessi legittimi, sussiste ogni volta che, in assenza di cause di giustificazione legalmente tipizzate, il provvedimento annullato sia stato emanato in violazione di un canone di condotta agevolmente percepibile nella sua portata vincolante (cfr. C.G.A.R.S., 18 aprile 2006, n. 153).

La richiesta di accertamento del danno “da ritardo” – ovvero del danno derivante dalla tardiva emanazione di un provvedimento legittimo e favorevole (l'accreditamento), dopo l'annullamento di un precedente atto illegittimo sfavorevole (la risoluzione della convenzione) – se da un lato dev'essere ricondotta al danno da lesione di interessi legittimi pretesivi per l'ontologica natura delle posizioni fatte valere, dall'altro – in ossequio al principio dell'atipicità dell'illecito civile – costituisce una fattispecie sui generis di natura del tutto specifica e peculiare, che deve essere ricondotta all'art. 2043 c.c. per l'identificazione degli elementi costitutivi della responsabilità. Ne deriva che l'ingiustizia e la sussistenza stessa del danno non possono, in linea di principio, presumersi iuris tantum in meccanica ed esclusiva relazione al ritardo nell'adozione del provvedimento amministrativo, ma il danneggiato deve, ex art. 2697 c.c., provare tutti gli elementi costitutivi della relativa domanda.

Nella vicenda in esame l'appellante ha dimostrato la sussistenza di tutti i presupposti per l'accoglimento della domanda risarcitoria, così come individuati

dalla giurisprudenza (cfr., ex multis, Cons. St., Sez. VI, 6 maggio 2008, n. 2015). Ed invero: sussiste l'elemento soggettivo, ovvero la colpa della P.A., che nella fattispecie è stata accertata da questo Consiglio con la pronuncia n. 2755/2005 ed espressamente ricollegata alla violazione degli obblighi di correttezza e buona fede; vi è l'evento dannoso, come anche la qualificazione del danno come danno ingiusto, in relazione alla sua incidenza su un interesse rilevante per l'ordinamento e meritevole di protezione giuridica; esiste, infine, il nesso di causalità con l'illegittimità degli atti adottati o comunque con la condotta, sia commissiva (illegittima risoluzione del rapporto di convenzionamento) che omissiva (grave e notevole ritardo nel portare a compimento il procedimento di accreditamento) della P.A.

Nella fattispecie può ritenersi configurabile anche una re-sponsabilità contrattuale dell'amministrazione, direttamente riveniente dal non aver ripristinato la convenzione, non consentendo alla Clinica di erogare le relative prestazioni sanitarie, nonostante fosse intervenuta l'ordinanza del TAR di sospensione della risoluzione del convenzionamento e nonostante l'odierna appellante avesse comunicato di accettare il nuovo sistema di remunerazione a tariffa già dal 1995.

Non appare, pertanto, condivisibile la tesi del TAR laddove afferma che la delibera di risoluzione del convenzionamento sarebbe stata deprivata fin dall'origine sul piano giuridico dell'attitudine a produrre alcun effetto nei confronti della società ricorrente e che il rapporto di convenzionamento doveva intendersi ripristinato già dal luglio del 1993, con la conseguenza che il pregiudizio subito dalla Clinica deriverebbe esclusivamente dalla scelta di non avvalersi della tutela cautelare chiesta e ottenuta.

Al contrario, come dimostrato dall'appellante, risulta che la Clinica si sia attivata per ottenere prima la reintegrazione nel rapporto convenzionale e poi il riconoscimento dell'accreditamento provvisorio una volta entrato in vigore il nuovo sistema di remunerazione a tariffa.

Inoltre, contrariamente a quanto ritenuto dai primi giudici, l'attività dell'amministrazione, con il suo connotato di discrezionalità, era comunque imprescindibile sia per ripristinare il convenzionamento in un primo momento e sia per poter attribuire poi l'accreditamento.

Ed invero, l'instaurazione del nesso organizzativo di servizio pubblico con i soggetti erogatori e la quantificazione delle prestazioni erogabili da ciascuno sono il frutto di valutazioni programmatiche ed organizzative discrezionali dell'amministrazione titolare del servizio, la quale valuta la sussistenza di una serie di condizioni (cfr. art. 8 quater D. Lgs. n. 502/92).

In tale contesto, l'accreditamento concreta, allo stesso tempo, sia un atto di accertamento tecnico-discrezionale, per la parte in cui viene verificato il possesso, in capo alla struttura che ne faccia richiesta, dei requisiti ulteriori di qualificazione, sia una valutazione connotata da elementi di discrezionalità amministrativa, per la parte in cui viene ponderata la funzionalità della struttura rispetto alle scelte della programmazione sanitaria regionale, nell'ambito delle linee della programmazione nazionale. L'accreditamento attribuisce la qualifica “istituzionale” di gestore del servizio pubblico, ma non consente all'accreditato di erogare prestazioni “a carico” del servizio sanitario nazionale se non previa pattuizione di appositi accordi, che definiscono “programmi di attività”, con l'indicazione dei volumi e delle tipologie di prestazioni erogabili.

In definitiva, l'attività espletabile nell'ambito e per conto del servizio sanitario regionale, con conseguente diritto al rim-borsa, postula, per il suo legittimo esercizio, una specifica ed autonoma valutazione amministrativa relativa al fabbisogno assistenziale, al volume dell'attività erogabile, alla programmazione di settore, al possesso dei requisiti da parte delle strutture private ed agli oneri finanziari sostenibili, non surrogabile o superabile (v., sul punto, Cons. St., Sez. V, 2 maggio 2000, n. 2156).

Vi è, dunque, l'esigenza che l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime di accreditamento sia preceduta dalla valutazione di tutti gli elementi sopra menzionati e dal conseguimento del relativo titolo amministrativo (accreditamento) e convenzionale (accordo contrattuale).

Da ciò deriva che, indipendentemente dalle iniziative della Clinica, che pure nella fattispecie risultano intraprese e dimostrate documentalmente, l'amministrazione avrebbe dovuto ripristinare la convenzione già nel 1993 a seguito del provvedimento cautelare e avrebbe dovuto avviare il procedimento per il riconoscimento dell'accreditamento dopo la formale richiesta inoltrata dall'appellante in data 6.2.1995.

Del pari non corretta appare la sentenza impugnata sotto il profilo della pretesa esclusione della valutabilità dell'operato dell'Amministrazione in relazione al mancato riconoscimento dell'accreditamento provvisorio, per la ragione che la Clinica avrebbe circoscritto la propria richiesta risarcitoria ai danni derivanti dalla delibera di risoluzione del convenzionamento.

In disparte la considerazione, svolta dall'appellante, che se l'Amministrazione non avesse illegittimamente risolto il rapporto convenzionale, o quanto meno se l'avesse ripristinato a seguito dell'adozione dell'ordinanza del TAR del 6.7.1993, la

Clinica avrebbe avuto il titolo per poter continuare a solgere, senza interruzioni, le proprie prestazioni a favore del Servizio Sanitario Nazionale, e ciò in applicazione della disciplina del passaggio dal vecchio sistema del convenzionamento al nuovo sistema dell'accreditamento sulla base di tariffe predeterminate, resta il dato che la stessa decisione di questo Consiglio n. 2755/2005, nell'accertare l'illegittimità della delibera di risoluzione del con-venzionamento, costituisce sicuramente un valido presupposto su cui l'appellante fonda la propria richiesta risarcitoria; tale decisione, infatti, nell'annullare la delibera di risoluzione del 1993, evidenzia l'illegittimità dell'operato posto in essere dall'Amministrazione in quanto contrario agli obblighi di correttezza, trasparenza e buona fede, sottolineando come “il principio di buona fede oggettiva è posto dall'ordinamento a fondamento non solo dell'attività dei soggetti privati ma anche, a maggior ragione, di quelli pubblici” (cfr. Cons. St., Sez. IV, 2 marzo 2000, n. 1111), e che “il dovere di agire secondo correttezza e buona fede non è assolto solo con il compimento di atti previsti in specifiche disposizioni di legge ma si deve realizzare anche con comportamenti non individuati dal legislatore e che in rela-zione alle singole situazioni di fatto siano necessari per evitare l'aggravamento della posizione dell'altro contraente”.

A questo punto occorre passare all'analisi delle singole voci di danno risarcibile.

A titolo di danno emergente la Clinica richiede innanzitutto il ristoro del minor utile realizzato a causa della risoluzione del rapporto convenzionale e del mancato accreditamento delle prestazioni sanitarie con la Regione Campania per il periodo che va dal 30.4.1993 al 30.11.2006.

Ai fini della quantificazione la Clinica ha depositato in giudizio apposita perizia di parte, che stima il mancato utile in euro 39.756.791,00.

Appare fuor di dubbio che il comportamento illegittimo posto in essere dalle Amministrazioni ha causato, quale conseguenza immediata e diretta, la perdita da parte della Ruesch s.p.a. delle prestazioni che espletava in regime di convenzione e cioè dei ricavi corrispondenti alle attività per le quali era originariamente convenzionata e che avrebbe potuto continuare a svolgere se le fosse stato riconosciuto tempestivamente l'accreditamento provvisorio, con remunerazione a tariffa.

Per la quantificazione di tale voce di danno il Collegio ritiene di dover far applicazione della disposizione di cui all'art. 35, comma 2, del D.Lgs. n. 80 del 1998, stabilendo i criteri in base ai quali l'Amministrazione pubblica dovrà proporre a favore dell'avente titolo il pagamento di una somma entro un congruo termine.

Con riguardo ai mancati introiti, l'Amministrazione dovrà offrire una somma che tenga conto dei risultati conseguiti e documentati nel passato, nonché della riduzione, che nel tempo si è avuta, della durata media dei giorni di degenza.

Su detto valore andrà calcolata la rivalutazione monetaria (trattandosi di debito di valore) e gli interessi, dal 1993 (momento dell'adozione del provvedimento di risoluzione della convenzione) al riconoscimento dell'accreditamento (2006), oltre agli interessi legali dalla pubblicazione della sentenza al saldo.

Ulteriori elementi di danno emergente richiesti dalla Clinica, e stimati dalla perizia di parte, sono costituiti dalle seguenti voci: alienazione dei beni immobili di cui la Clinica era proprietaria, a suo dire resasi necessaria per allontanare lo spettro dell'insolvenza (euro 5.500.000,00 – cfr. atto di vendita di Villa Jandolo); contrazione del proprio organico dipendente, in esubero rispetto ad un'attività ridottasi forzatamente solo a quella “privata”, oltre a costi aggiuntivi per

incentivazioni alle dimissioni e liquidazioni (euro 432.000,00) e liti giudiziarie (spese legali euro 66.092,00).

Il Collegio non ritiene che dette voci di danno vadano riconosciute all'appellante, in quanto esse esprimono voci di costo ordinariamente ricomprese nella gestione di attività sanitarie in regime di convenzione.

Sotto l'aspetto, invece, del lucro cessante l'appellante ha evidenziato come il comportamento dell'amministrazione abbia provocato una perdita di immagine professionale, intesa come perdita o svilimento di clientela; la perizia di parte stima la perdita di avviamento in euro 9.484.000,00.

Anche per tale parte la richiesta risarcitoria è da respingere, in quanto, oltre la astratta configurabilità del riconoscimento del lucro cessante nella fattispecie specifica, non risultano elementi probatori univoci per la identificazione e la quantificazione del pregiudizio lamentato.

L'appello è, dunque, accolto nei limiti sopradetti.

Stante il parziale accoglimento e stante la particolarità delle questioni trattate, sussistono giusti motivi per disporre l'integrale compensazione tra le parti delle spese del doppio grado di giudizio.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, Sezione Quinta, accoglie l'appello nei sensi e nei limiti di cui in motivazione e, per l'effetto, in riforma della impugnata sentenza, condanna le Amministrazioni appellate al pagamento delle somme secondo i criteri individuati in sentenza, somme che saranno quantificate dalle medesime Amministrazioni, ai sensi dell'art. 35, comma 2, del D.Lgs. n. 80 del 1998, in una proposta da sottoporre all'avente titolo entro il termine di giorni

sessanta dalla comunicazione in via amministrativa o, se anteriore, dalla notifica a cura di parte, della presente decisione.

Spese del doppio grado compensate.

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

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 19 maggio 2009 con l'intervento dei Magistrati:

Domenico La Medica, Presidente

Claudio Marchitiello, Consigliere

Nicola Russo, Consigliere, Estensore

Gabriele Carlotti, Consigliere

Eugenio Mele, Consigliere

**L'ESTENSORE**

**IL PRESIDENTE**

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 30/06/2009

(Art. 55, L. 27/4/1982, n. 186)

**IL SEGRETARIO**