

STUDIO LEGALE RECCHIA E ASSOCIATI
CORSO TRIESTE, 88 - 00198 ROMA
TEL. 06.8551812 - 06.8559602
FAX 06.8551844
P.IVA 08173811004

REGIONE LAZIO Dipartimento Istituzionale e territorio Struttura Dipartimentale di Staff A.A.GG.
29 OTT. 2012
PERVENUTO

COPIA

F.1564/12
MANDATO

REGIONE LAZIO
PRESIDENZA DELLA REGIONE
AREA AVVOCATURA

05 NOV 2012

ARRIVO N.

473661

REGIONALE DEL LAZIO

REGIONALE DEL LAZIO

Ricorso

per l' "Istituto Figlie di San Camillo" - Ospedale "Madre Giuseppina Vannini", con sede in Roma, Via Acqua Bullicante n. 4 - C.F. 01588540581, in persona del Procuratore Generale, Rev.da Teresa Greco, in religione Suor Benedetta, giusta procura ad negotia, rilasciata dalla Superiora Generale e legale rappresentante dell' Istituto, Reverenda Madre Laura Biondo, in religione Suor Laura, del 30.12.2008 Repertorio n. 24763 - Atto n. 8464 ad opera del Notaio Dott. Giorgio Perrotta, Notaio in Roma - rappresentata e difesa, dall' Avv. Silvio Bozzi (C.F. BZZSLV66H03A783M; fax 06/8551844; pec: silviobozzi@ordineavvocatiroma.org), come da mandato a margine del presente atto, ed elettivamente domiciliato presso lo Studio Legale Recchia e Associati, sito in Roma, Corso Trieste, 88;

contro

il **Presidente della Regione Lazio, in qualità di SubCommissario delegato al Piano di rientro**, domiciliato ex legge presso l'Avvocatura generale dello Stato, in via Dei Portoghesi n. 12;

la **Regione Lazio, in persona del Presidente pro-tempore in qualità di SubCommissario delegato al Piano di rientro**, presso la sede della Regione in Roma, Via Cristoforo Colombo, 212;

nei confronti

della **Provincia Italiana della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione - Istituto Dermopatico dell'Immacolata**, in persona del rappresentante legale pro - tempore;

nonché nei confronti

dell' **AUSL Roma C**, in persona del rappresentante legale pro - tempore;
del **Ministero della Salute**, in persona del Ministro pro - tempore;
del **Ministero dell' Economia e delle Finanze**, in persona del Ministro pro - tempore;

del **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**, in persona del

Io sottoscritta
Teresa Greco, in
religione Suor
Benedetta, in
qualità di
Procuratore
Generale
dell' "Istituto
Figlie di San
Camillo" -
Ospedale "Madre
Giuseppina
Vannini" con sede
in Roma, Via
Acqua Bullicante,
4, delego l' Avv.
Silvio Bozzi, a
rappresentare e
difendere detto
Ospedale nel
presente
giudizio,
conferendogli
ogni più ampia
facoltà di legge,
giusta procura ad
negotia,
rilasciata dalla
Superiora
Generale e legale
rappresentante
dell' Istituto,
Reverenda Madre
Laura Biondo, in
religione Suor
Laura, del
30.12.2008
Repertorio n.
24763 - Atto n.
8464 ad opera del
Notaio Dott.
Giorgio Perrotta,
Notaio in Roma.
Eleggo domicilio
presso lo Studio
Legale Recchia e
Associati in
Roma, Corso
Trieste 88.

n.g. Teresa Greco
Teresa Greco
E' autentica

5/10
5/10

S

AVV. BOZZI

AVV. BOZZI
AVV. BOZZI

Ministro pro – tempore;

*** ** **

per l'**annullamento** del decreto Commissario ad acta della Regione Lazio n. 89 del 2012, avente ad oggetto "Remunerazione per l'anno 2012 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale con onere a carico del SSR erogate da strutture pubbliche e private: Individuazione del livello di finanziamento anno 2012 (salvo conguaglio): prestazioni di P.S., dialisi, distribuzione diretta di farmaci", pubblicato sul BURL n. 27 del 10.7.2012; nonché di ogni altro atto presupposto conseguente e connesso, ivi compreso, ove occorra, l'allegato 1 dell'intesa del 15.3.2011 approvato dal DPCA n. 20 del 25.3.2011; nonché dell'eventuale provvedimento di validazione dei suddetti decreti ad opera del Ministero del Lavoro e del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

FATTO

a) L'ospedale ricorrente è un ospedale classificato, accreditato obbligatoriamente con il servizio sanitario nazionale.

Esso insiste nel territorio di competenza dell'AUSL Roma C.

Gli ospedali classificati sono disciplinati dall'art. 4 comma 12 del dlgs.vo n. 502/92, che fa riferimento agli ospedali classificati ai sensi della l. n. 132/68, così come individuati per il tramite del riferimento all'art. 41 l. n. 833/78; a sua volta l'art. 1 comma 18 del dlgs.vo n. 502/92, come da ultimo modificato, fa riferimento alle "...istituzione pubbliche e quelle equiparate di cui all'art. 4, comma 12..", ovvero agli ospedali classificati; gli ospedali classificati sono, quindi, delle strutture equiparate a quelle pubbliche.

L'ospedale ricorrente ha firmato l'accordo che disciplina la remunerazione per l'anno 2012 della specialistica ambulatoriale.

La predetta firma è stata resa solo perché atto dovuto, necessario per evitare la sospensione dell'accreditamento.

La firma al predetto accordo è stata apposta, comunque, con riserva; peraltro, come è noto, la sottoscrizione "...da parte delle strutture sanitarie...del contratto per l'acquisito di prestazioni...con l'Azienda

sanitaria, contratto necessario per svolgere l'attività in regime di accreditamento, non comporta acquiescenza delle stesse che hanno impugnato la determinazione regionale con la quale sono stati stabiliti i tetti di spesa per l'assistenza erogata" (si veda la sentenza del C.d.S. V Sez. n. 5847 del 26.11.2008).

Il provvedimento impugnato è illegittimo per le seguenti ragioni in

DIRITTO

SINTESI DEI MOTIVI DI RICORSO.

Tenuto conto della vastità delle problematiche affrontate con il presente ricorso, si intende fornire un criterio espositivo idoneo a orientarne la lettura.

Innanzitutto, ci scuserà il Collegio se le motivazioni e il dispositivo del decreto impugnato non saranno illustrati in maniera organica ed unitaria, ma solo in relazione alle singole censure proposte; il tutto al fine di una maggiore sinteticità

Quindi, le censure saranno raggruppate secondo il seguente ordine.

- Un primo gruppo di censure intende dimostrare che i criteri utilizzati dal decreto per individuare la remunerazione relativa al 2012 sono contrari alla disciplina legislativa stabilita in generale per tutti i soggetti accreditati per il servizio sanitario nazionale.

- Un secondo gruppo di censure intende dimostrare che i criteri utilizzati dal decreto non tengono conto della speciale natura degli ospedali classificata equiparata agli ospedali pubblici.

I GRUPPO DI CENSURE.

VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI IRRETROATTIVITA' DEGLI ATTI AMMINISTRATIVI. VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI BUONA AMMINISTRAZIONE. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO E CONTRADDITTORIETA'.

Con questo vizio si intende censurare la retroattività della disciplina di cui al decreto.

Sulla retroattività del sistema

Il decreto è evidentemente retroattivo.

Esso è stato pubblicato a luglio, ma si riferisce anche alle prestazioni erogate precedentemente come previsto dal comma 12 del dispositivo e dal comma 56 della motivazione – nella parte in cui prevede che i budget annuali devono comunque riassorbire la produzione erogata nei mesi precedenti - e dalle lettere n) e u) dell'accordo (trattasi dell'accordo allegato al decreto n. 88/2012, utilizzato anche per la specialistica ambulatoriale, secondo quanto previsto dal comma 18 del dispositivo) .

Questo significa che – quantunque il soggetto erogatore non fosse a conoscenza del sistema remunerativo introdotto successivamente - le erogazioni prodotte precedentemente all'emanazione del decreto saranno, comunque, conteggiate e concorreranno al raggiungimento dei budget 2012.

Sui principi introdotti dall'Adunanza Plenaria e l'applicazione nel caso di specie.

La sentenza del C.d.S Ad. Plen. N. 4 del 2012 ha esaustivamente affrontato il tema della retroattività di decisioni in materia di remunerazione delle strutture sanitarie private.

In essa si legge che “merita allora condivisione l'affermazione centrale che sorregge la decisione n. 8/2006 di questa Adunanza Plenaria, secondo cui 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”.

L'efficacia retroattiva dei provvedimenti regionali, quindi, deve essere ispirata ai generali principi della certezza dei rapporti giuridici e della

tutela dell'affidamento in modo che eventuali riduzioni di spese retroagenti *“siano contenute, salvo congrua istruttoria e adeguata esplicitazione all'esito di una valutazione comparativa, nei limiti **imposti dai tagli stabiliti dalle disposizioni finanziarie conoscibili dalle strutture private all'inizio e nel corso dell'anno**”*.

Nel caso di specie si rileva che questo principio non è stato rispettato da quella parte del decreto che ha stabilito che i budget della specialistica ambulatoriale (escluso Dialisi, RMN e APA) sono individuati sulla base *“del finanziamento del 2011 assegnato al settore abbattuto del 3%”* (si veda il primo interlinea del comma 38 della motivazione e dell'art. 2 del dispositivo).

Infatti, prima dell'emanazione del decreto impugnato – ovvero all'inizio e nel corso dell'anno – non esisteva nessuna disposizione finanziaria che prevedeva il predetto abbattimento.

VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI BUONA AMMINISTRAZIONE EX ART. 97 COST. E DEL PRINCIPIO DELLA TUTELA DELLA SALUTE EX ART. 32 COST DELL'ART. 41 DELLA COSTITUZIONE SUL DIRITTO ALL'IMPRESA. VIOLAZIONE DELL'ART. 8 COMMA 5 DEL DLGS.VO N. 502/92. VIOLAZIONE DELL'ART. 2 COMMA 9 DELLA L. N. 549 DEL 28 DICEMBRE 1995. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO, ILLOGICITA' E DIFETTO DI SITRUTTURA.

Con questo motivo si intende contestare la disciplina prevista dal decreto perché essa prevede una proposta d'accordo relativa alle modalità con cui si procede alla remunerazione contraria a quanto previsto dalla legge.

Sui requisiti richiesti minimi essenziali richiesti dalla legge per una proposta d'accordo.

a. La legge prevede che una proposta d'accordo può essere qualificata come tale solo qualora abbia dei requisiti minimi tali da consentire

all'operatore privato di valutare la convenienza sulla base di parametri certi.

La giurisprudenza da sempre ha segnalato che il nuovo sistema sanitario deve comunque ispirarsi a dei criteri di leale collaborazione e di programmazione ancorata a principi di mercato.

In questo senso, la sentenza n. 2603/98 del 12.10.98 **rigetta chiaramente la tesi secondo cui "...soggetti, di natura imprenditoriale,... (possano svolgere)... la propria attività, costituente, per giunta, un pubblico servizio e alla quale non avrebbero potuto sottrarsi, ignorando in quale misura essa sarebbe stata retribuita...";** la stessa Corte Costituzionale, investita di una questione involgente anche una valutazione del sistema delle tariffe, ha chiaramente affermato che il sistema del **"...pagamento a prestazione secondo tariffa o meccanismi di tetto massimo di spesa o di personale, non costituisce violazione dell'art. 97 Cost., in quanto se correttamente attuato secondo principi di economicità e di mercato e con una responsabile collaborazione e programmazione organizzativa, non crea ostacoli all'erogazione di un servizio sanitario efficiente da parte della Regione..."** (si veda la sentenza della Corte Cost. n. 416 del 28.7.1995)).

Anche la più recente giurisprudenza di merito, pur segnalando la necessità storica di una contrazione della spesa sanitaria, ha rilevato che **"Le regioni, nell'esercitare la potestà pianificatoria in materia di spesa sanitaria, godono di un ampio potere discrezionale, che deve bilanciare interessi diversi, quelli al contenimento della spesa, quelli relativi alla pretesa degli assistiti a prestazioni sanitarie adeguate, quelli degli operatori privati che, nel sistema sanitario, si muovono con logica imprenditoriale..."**(Conferma della sentenza del T.a.r. Lombardia, Milano, sez. I, n. 2197/1997). Cons. Stato Sez. V, 11-08-2010, n. 5632 Casa di Cura "C.G.i" S.p.A. c. Regione Lombardia e altri, si vedano anche la sentenza della medesima Sez. V n. 4085 /2010.

b. Proprio tenuto conto che la programmazione economica della spesa sanitaria deve tener conto della natura imprenditoriale dei soggetti con cui stipulare gli accordi, l' 8 quinquies del dlgs.vo n.

502/1992 – come citato nel comma 11 della motivazione – chiaramente prescrive che gli accordi devono fare riferimento “*al volume massimo di prestazioni..distinto per tipologia e per modalità di assistenza* ” (comma 2 lettera a) e al “*corrispettivo preventivato a fronte dell’attività concordata, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni....*” (comma 2 lettera d).

Quindi, l’art. 8-sexies – relativo alla Remunerazione- prevede che *1. Le strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono finanziate secondo un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all’articolo 8-quinquies e determinato...Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture... le attività di cui al comma 4 (ndr: si tratta delle prestazioni per acuti e delle prestazioni ambulatoriali, per quel che rileva nel presente ricorso) sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione”.*

Le predette norme individuano, quindi, degli elementi essenziali per qualificare l’esistenza stessa di un proposta.

In sostanza, quantunque l’Amministrazione ha il potere di fissarne la relativa misura, la legge impone che, al fine dell’esistenza stessa di un proposta d’accordo che abbia i requisiti essenziali richiesti dalla legge, le proposte d’accordo devono parametrarsi ad elementi ben definiti costituiti da un budget determinato, dal volume massimo delle prestazioni, dal corrispettivo determinato dall’applicazione di tariffe determinate alle prestazioni e dalla remunerazione extratariffaria delle funzioni.

Solo la predeterminazione di questi consente al soggetto erogatore di individuare il suo utile di impresa attraverso i ricavi complessivi – di cui al budget – i ricavi specifici di cui alla singola tariffa per le prestazioni e i costi legati evidentemente al numero delle prestazioni.

Se così non fosse, il potere dell’Amministrazione nella definizione di una proposta d’accordo andrebbe ben oltre la discrezionalità di cui essa gode

nel fissare la misura e l'entità degli elementi oggetto della proposta, ma sconfinerebbe in un potere amministrativo arbitrario che non soggiace a nessun legge, in contrasto con i più elementari principi costituzionali.

In assenza di una proposta che ha i requisiti essenziali di legge richiesti per la sua stessa esistenza, l'ospedale scrivente non è posto in condizioni di firmare l' accordo.

Sulla natura essenziale dei predetti elementi identificativi del **budget complessivo**, la giurisprudenza è molto chiara, laddove afferma che nell'accordo sia *“specificato il contenuto (mediante la definizione del tipo, della quantità e dei criteri di determinazione del prezzo delle prestazioni) Cons. Stato Sez. V Sent., 22-12-2008, n. 6485 Regione Lazio c. S.F.K.T.D.F.E.M. s.r.l.; nei medesimi termini si precisa che l'accordo ha la funzione di specificare “le funzioni e le attività da potenziare e depotenziare, nonché quello di definire i volumi, la tipologia, le modalità di erogazione delle prestazioni richieste e gli accordi contrattuali con tali soggetti...”* Cons. Stato Sez. V Sent., 20-10-2008, n. 5111 Azienda Sanitaria Locale di Lecce c. Laboratorio Analisi Manfreda P. e altri; con estrema chiarezza, la sentenza del TAR Lazio Sez. III n. 2364 del 27.3.2000 ha affermato che *“...è necessario che ciascun erogatore sia messo in grado di conoscere preventivamente tutti e tre gli elementi – numero di prestazioni erogabili, retribuzione individuale e tetto annuale di remunerazione conseguibile – che sono richiesti per la programmazione e lo svolgimento dell'attività imprenditoriale.”*

D'altra parte, *“Le esigenze di una corretta programmazione della attività dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie...impongono che la determinazione del budget si spesa debba avvenire in termini certi e definitivi...”* T.A.R. Calabria Catanzaro Sez. I, 29-07-2011, n. 1138 Po.La. s.r.l. e altri c. Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro e altri

Nel caso di specie non sussistono questi requisiti minimi, come si dimostra di seguito.

Sull'assenza di qualunque riferimento al numero delle prestazioni.

a. Come si vedrà più innanzi, il piano annuale delle prestazioni rappresenta il fulcro della programmazione della Regione, finalizzata a selezionare per il futuro le prestazioni che devono essere necessariamente erogate.

In questa sede giova segnalare che, a fronte delle norme poco sopra richiamate, il sistema stabilito dalla Regione - ad onta degli obiettivi di programmazione che si è prefissato - si limita solo a stabilire un tetto complessivo per la specialistica ambulatoriale dell'ospedale ricorrente, così come previsto dal comma 7 del dispositivo e dalle lettere a), k), l), p) e r) dell'accordo approvato dal decreto.

Si badi bene, però, che il predetto **tetto non viene definito con riferimento al numero delle prestazioni effettivamente erogabili e remunerabili, ovvero non è la somma delle prestazioni assegnate moltiplicate per la tariffa predefinita.**

Difettando di questa specifica previsione, il sistema si limita solo ad individuare un budget teorico.

Trattasi di budget teorico, perchè - a prescindere dalla presenza del tetto - i soggetti sono tenuti ad erogare qualunque prestazione, anche se non remunerata.

Infatti, trattandosi di servizio pubblico, il soggetto erogatore non può comunque sottrarsi ad erogare la prestazione.

In questo senso, il sistema prevede che *"... L'erogatore è tenuto all'erogazione delle prestazioni agli eventi diritto modulando la produzione per soddisfare il fabbisogno assistenziale della popolazione in modo omogeneo per tutto l'anno fermo restando che le prestazioni erogate oltre il tetto massimo (Budget) non sono riconosciute con onere a carico del S.S.R."* (trattasi di previsione specificamente prevista dal n. 14 del dispositivo e dalla lettera l) inserita nell'accordo).

Orbene, questa previsione è evidentemente già contraddittoria in sé; lo diventa ancora di più in relazione alla previsione - di cui al comma 12 del dispositivo e al comma 56 della motivazione - secondo

cui la struttura erogatrice deve comunque accantonare il 10% del budget che non può essere utilizzato entro il 31.10.2012, così da poter essere, al contrario, utilizzato nel periodo novembre/dicembre 2012.

Orbene, l'ospedale è comunque obbligato ad erogare tutte le prestazioni a chi ha diritto.

Tenuto conto che tutti i cittadini hanno diritto a richiedere le prestazioni, non si comprende come l'ospedale – pur essendo tenuto ad erogare tutte le prestazioni richieste – possa modularle in maniera omogenea e tale da rispettare il budget.

Di più, se l'ospedale ha questo obbligo di assicurare omogeneamente l'assistenza, non si comprende come possa improvvisamente interromperla accantonando una percentuale del 10% del budget, che, comunque, non deve essere utilizzata entro il 31.10.2012.

Insomma si è in presenza di tetti completamente rigidi inadeguati a tenere conto di tutte le prestazioni che si è obbligate ad erogare.

Quindi, l'ospedale ricorrente non conosce la remunerazione tariffaria predefinita, ovvero i ricavi, per ogni prestazione,

Non essendo definito il numero delle prestazioni che devono essere rese, non è dato sapere quale sia il numero delle prestazioni per cui il tetto deve essere diviso.

Quindi, non è dato sapere quale sia la tariffa predefinita per numero di prestazioni; infatti, maggiore sarà il numero delle prestazioni che la struttura è costretta ad erogare, minore sarà, evidentemente, **la misura della tariffa predefinita per ogni prestazione, ovvero dei ricavi.**

Tale essendo l'incertezza del numero delle prestazioni e della relativa tariffa, non vi è certezza che non sia superata nemmeno la soglia del 20% che l'art. 2 comma 9 della l. n. 549 del 28 dicembre 1995 individua come soglia massima di riduzione delle tariffe rispetto agli standard stabili a livello nazionale.

Sull'assenza di una tariffa predefinita.

L'indeterminatezza della proposta d'accordo – tale da determinare

la sua stessa inesistenza – è vieppiù aggravata dal fatto che la Regione non chiarisce quali sia la misura formale della tariffa applicabile, a prescindere da quanto sopra detto circa il numero delle prestazioni da erogare .

Infatti, si consideri che l'ultimo aggiornamento delle tariffe operato dalla Regione Lazio – di cui alla delibera n. 436/2007 – è stato oggetto di annullamento.

Per comodità riepilogativa, si tenga conto che nelle sentenze del TAR Lazio Sez. III Quater nn. 1197/2011 e 1198/2011 si legge che “ con la sentenza del TAR Lazio n. 12623/2007 (passata in giudicato) è stato annullato il D. Min. Salute 12.9.2006 nella parte relativa alle tariffe massime per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del SSN, nonché la delibera GR n. 436/2007, allegato 3 (nella parte in cui recepisce le tariffe ministeriali per la remunerazione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali)...

Inoltre, con sentenze 10 agosto 2010 n. 30575 e n. 33374 dell'11 novembre 2010, questa Sezione ha già annullato la citata GR n. 436/2007 (sempre per difetto istruttorio e violazione dell'art. 7 legge n. 241/1990) anche con riferimento alle tariffe massime indicate per acuti (alleg. 1 e 1bis).

Pertanto l'impugnata delibera di GR n. 436/2007, allo stato, risulta già annullata nelle varie disposizioni generali e specifiche sulle tariffe di interesse della ricorrente. Per questa parte, deve dunque, ritenersi sopraggiunto il difetto di interesse al ricorso”.

Insomma è chiaro che, allo stato, le ultime tariffe stabilite dalla Regione Lazio sono state annullate.

Gli atti impugnati non stabiliscono quale siano le tariffe vigenti.

Trattasi di elemento di non poco conto.

Infatti – a presiedere da quanto detto circa la tariffa effettiva determinata dall'applicazione del tetto al numero reale delle prestazioni – la mancanza di un tariffa formale definita fa venire meno anche il presupposto di base per sapere quale sia la remunerazione e i ricavi per ogni prestazione.

Non vi è chi non veda che cambia molto per un operatore sapere quale sia il parametro di riferimento per la remunerazione delle prestazioni.

Trattasi di deficienza a cui non può certamente sopperire quanto previsto dall'art. 8 quinquies comma 2 lettera e-bis – richiamato dal comma 11 della motivazione e dalla lettera m dell'accordo – secondo cui una modifica delle tariffe intervenuta nel corso dell'anno non modifica il budget complessivo.

Infatti, una cosa è la possibilità di una modifica delle tariffe e un'altra è l'assenza di qualunque tariffa ab origine.

Sulla remunerazione delle funzioni.

Da ultimo si ricorderà che l' 8 quinquies del dlgs.vo n. 502/1992 comma 2 lettera d prevede che “... *il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d)*”.

E' evidente, quindi, che uno dei requisiti della proposta, essenziale per la sua stessa esistenza, è costituito da una dimensione unitaria che fa riferimento non solo alla remunerazione a tariffa delle prestazioni per ricoveri per acuti e specialistica ambulatoriale, di cui all'art. 8 sexies, ma anche alla remunerazione extratariffaria delle funzioni, di cui sempre al predetto art. 8 sexies.

Orbene, il decreto impugnato, con il comma 11 del dispositivo, specifica che la determinazione della remunerazione delle funzioni è affidata ad un altro provvedimento.

Trattasi di valore economico determinante per valutare complessivamente l'impatto economico dell'intero servizio, costituito non solo dall'erogazione delle prestazioni remunerate a tariffa, ma anche

delle prestazioni attinenti alle funzioni; la struttura dell'Ospedale scrivente sostiene unitariamente i costi di entrambi i servizi, così da aver necessità di un quadro complessivo delle risorse di cui potrà beneficiare in relazione ad entrambi i servizi.

Peraltro, si consideri che l'art. 8 sexies comma 1 che *"le funzioni assistenziali di cui al comma 2 (si tratta di alcune funzioni particolari non remunerate a tariffa predefinita per prestazione) sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza"*.

Insomma, è evidente che le funzioni hanno un rilievo economico particolare, tant'è che esse vengono remunerate sulla base del costo standard di produzione.

Tale essendo la loro rilevanza, risulta ancora più incompleta la proposta d'accordo che avrebbe dovuto fare riferimento anche al loro costo.

Alla luce delle predette argomentazioni, emerge chiaramente che la posta d'accordo di cui si discute è così indeterminata, da risultare inesistente.

La predetta proposta non consente ai soggetti erogatori programmare la loro attività secondo la logica propria di una programmazione di mercato, così come richiede la corretta applicazione dell'art. 8 comma 5 del Dlgs.vo n. 502/92, dell'art. 97 e dell'art. 41 della Cost.

L'assenza di questa previsione determina, invece, una palese irrazionalità e inefficienza dell'intero sistema sanitario regionale, con tutto quello che ne consegue in termini di tutela della salute ex art. 32 Cost. .

VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI BUONA AMMINISTRAZIONE EX ART. 97 COST. E DEL DIRITTO ALLA SALUTE EX ART. 32 COST. VIOLAZIONE DEI PRINCIPI PROCEDIMENTALI DI CUI ALLA L. N. 241/90. VIOLAZIONE DELL'ART. 32 COMMA 8 DELLA LEGGE N. 449 DEL

27.12.1997, DELL'ART. 1 COMMA 32 DELLA L. 23.12.1996, N. 662, DELL'ART. 2 COMMA 8 DELLA L. 28 DICEMBRE 1995 N. 549 E DELL'ART. 8 QUINQUIES DEL D.lgt. N. 502/92. ECCESSO DI POTERE PER DIFETTO D'ISTRUTTORIA. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO. ECCESSO DI POTERE PER CONTRADDITTORIETÀ E DIFETTO DI MOTIVAZIONE.

Con questo motivo si intende dimostrare che la Regione non ha assolutamente rispettato le modalità procedurali che la legge impone specificamente per la determinazione della remunerazione dei soggetti accreditati.

Non vi è dubbio che la determinazione relativa alla remunerazione riconoscono alla Regione un potere autoritativo, come richiamato nel comma 18 della motivazione.

E' altrettanto vero, però, che la legge prevede degli specifici obblighi procedurali a cui l'Amministrazione deve attenersi per addivenire alla determinazione dei tetti alla spesa.

La programmazione regionale di carattere generale e le modalità legislative con cui procedere alla determinazione dei tetti.

Preliminarmente, giova illustrare l'articolato reticolo normativo che disciplina le modalità con cui addivenire alla determinazione dei tetti: esso, per comodità, può essere sintetizzato come segue.

a. Vi è una prima fase di programmazione regionale generale che procede: **a.1** all'individuazione della spesa sostenibile generale (ovvero il tetto sistema), nell'ambito del fondo sanitario (si veda l'art. 32 comma 8 della l. n. 449 del 27.12.97).

E' evidente che questa prima fase rientra nella discrezionalità della Regione che ha il potere di fissare il tetto sistema generale; in questo senso, non si intende contestare il comma 18 della motivazione.

La Regione, però, omette di considerare che esistono ulteriori obblighi rientranti in questa prima fase, descritti come segue.

a.2. Specificazione del piano delle prestazioni da acquistare con i soldi oggetto di tetto (si veda l'art. l'art. 32 comma 8 della l. n. 449 del

27.12.97); a.3 indicazione alla successiva fase di contrattazione in relazione ai programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare (si vedano l'art. 8 quinquies comma 1 – che fa riferimento alle indicazioni delle Regioni sulle attività da potenziare o depotenziare – e gli artt. 1 comma 32 della legge 23 dicembre 1996 n. 662 e 2 comma 8 della legge 28 dicembre 1995 n. 549, che fanno riferimento alla necessità di criteri regionali per individuare i piani annuali preventivi che ne stabilisce quantità presunte e tipologia, anche ai fini degli oneri da sostenere).

E' evidente quale sia l'importanza delle predette attività a.2 e a.3.

Fermo restando il tetto massimo di sistema, di cui all'attività oggetto di a.1, le attività oggetto di a.2 e a.3 hanno l'obiettivo di rendere più efficiente il sistema medesima, individuando con criteri di efficienza le prestazioni che devono essere realmente erogate.

Il piano delle prestazioni e le indicazioni regionali sulle attività – quantità e tipologie di prestazioni - da potenziare e depotenziare rappresentano due elementi volti ad orientare la migliore scelta delle prestazioni future, evitando che il sistema si appiattisca su dati di produzione storica incapaci di selezionare le reali esigenze delle prestazioni necessarie per la popolazione.

b. Vi è una seconda fase con la quale la specifica determinazione dei tetti – sulla base delle indicazioni regionali circa le quantità, tipologia delle prestazioni (art. 2 comma 2 comma 8 della legge 28 dicembre 1995 n. 549) e sulla base anche di valutazioni comparative della qualità e dei costi (art. 8 quinquies comma 2) - è oggetto di una contrattazione con le organizzazioni maggiormente rappresentative e le singole strutture (si vedano l'art. 2 comma 8 della legge 28 dicembre 1995 n. 549 e l'art. 8 quinquies comma 2).

Anche questa fase ha una funzione fondamentale per rendere efficiente il sistema, fermo restando il vincolo di spesa generale stabilito dalla Regione.

La contrattazione con le associazioni e i soggetti erogatori è

fondamentale per individuare quali siano i soggetti rispetto ai quali è necessario prevedere un incremento delle quantità e delle tipologie di prestazioni, sulla base di valutazione comparative di costi e qualità.

La predetta ricostruzione è confermata dalla Giurisprudenza.

*“Il modello bifasico di pianificazione introdotto dalla l. 27 dicembre 1997 n. 449 prevede, **prima**, l'adozione da parte della Regione di un atto autoritativo di programmazione con il quale definire unilateralmente 1) il tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni; 2) i preventivi annuali delle prestazioni; 3) le direttive da seguire nella successiva negoziazione dei piani annuali; **poi**, la contrattazione di piani annuali preventivi con i singoli operatori con i quali definire le quantità e le tipologie di prestazioni sanitarie erogabili nelle relative strutture pubbliche e in quelle private, ne deriva che la contrattazione dei suddetti piani con ciascuna istituzione sanitaria deve necessariamente seguire la determinazione unilaterale dei limiti annuali di spesa sostenibile nel singolo anno di riferimento”* Cons. Stato Sez. IV, 03-05-2001, n. 2495 Soc. Casa di cura S. Maria e Soc. Casa cura S. Maria e altri c. Reg. Puglia e Reg. Puglia e altri (si veda la sentenza del C.d.S. Sez. IV n. 2495/2001).

Sull'assenza completa di un piano delle prestazioni.

a. Ebbene, ad onta di questa ricostruzione, il provvedimento regionale di definizione dei tetti si è limitato a definire dei tetti alla spesa completamente indeterminati e senza nessuna relazione ad una programmazione specifica delle prestazioni e/o delle attività da potenziare o meno.

Come detto, il piano delle prestazioni e le indicazioni regionali sulle attività – quantità e tipologie di prestazioni - da potenziare e depotenziare rappresentano due elementi volti ad orientare la

migliore scelta delle prestazioni future, evitando che il sistema si appiattisca su dati di produzione storica incapaci di selezionare le reali esigenze delle prestazioni necessarie per la popolazione.

Inoltre, si consideri anche che i soggetti accreditati operano sulla base di strutture organizzative inserite sulla rete ospedaliera che le accredita sulla base di specifici posti letti riservati a tipologie specifiche di prestazioni.

E' evidente che le strutture – proprio in ragione delle loro caratteristiche organizzative convalidate dalla programmazione della rete ospedaliera – hanno una capacità tecnico – produttiva differenziata in relazione alle varie tipologie di prestazione.

Più precisamente, esse hanno una capacità tecnico/produttiva più appropriata in relazione a determinate tipologie – rispetto alle quali sono state accreditate con i posti letto previsti dalla programmazione della rete ospedaliera – rispetto ad altre.

Tale diversa capacità/tecnico produttiva determina evidentemente dei costi differenziati rispetto alle tipologie di prestazione più o meno appropriate.

In sintesi, il piano annuale delle prestazioni e le indicazioni regionali sulle attività – quantità e tipologie di prestazioni - da potenziare e depotenziare produce due effetti irrinunciabili.

Il primo e' quello evidente di individuare le prestazioni sanitarie di cui la popolazione ha realmente bisogno.

Il secondo è quello di allocare la distribuzione delle prestazioni tra i vari soggetti erogatori, sulla base di criteri di efficienza che tengono conto della tipologia dei posti letto e dei costi che i soggetti erogatori devono sostenere.

Per queste ragioni, "È illegittimo l'atto col quale il Direttore generale dell'azienda sanitaria locale propone il tetto di spesa annuale ad una

singola struttura convenzionata senza che sia stato preventivamente approvato dalla Regione il Piano annuale preventivo... T.A.R. Abruzzo L'Aquila, 20-09-2004, n. 1063.

b. Proprio in ragione della necessità di coordinare l'assegnazione dei budget con la programmazione delle prestazioni annuali, si segnala che il Decreto Presidente in qualità di Commissario **ad acta 31.12.2010 n. 111** – che ha approvato il Piano Regionale della salute 2010 – 2012 ed è richiamato nel comma 21 della motivazione – ha ribadito specificamente la necessità di una programmazione delle tipologie delle prestazioni e sulla relativa appropriatezza.

Da ultimo il Decreto del Commissario ad acta prot. U0113 del 31.12.010, che ha proceduto all'approvazione dei Piani Operativi 2010 – 2012; trattasi di documento a cui il decreto ha ritenuto di vincolarsi secondo quanto previsto dal comma 23 della motivazione.

Con il predetto decreto, la Regione, al fine di realizzare specificamente gli obiettivi della programmazione e appropriatezza delle tipologie di prestazioni, ha previsto delle regole specifiche e vincolanti.

Nell'allegato ALLEGATO 2 – “Regole” di sistema per gli erogatori pubblici e privati “si legge che

....

Nell'ottica di guidare le strutture verso una produzione il più possibile appropriata rispetto al fabbisogno della popolazione, i budget saranno articolati per ogni struttura secondo una matrice che definisce, per Major Diagnostic Category (MDC) e tipologia di prestazione (medico vs chirurgica), la produzione attesa, secondo l'esempio in figura.

....

La Regione Lazio intende incentivare l'adozione del budget per Major Diagnostica Category e tipologia di prestazione... le strutture pubbliche e private accreditate sono richiamati a predisporre già dal 2011 tutti gli strumenti di controllo e indirizzo necessari al rispetto del budget per

MDC".

In sostanza, i Piani operativi 2010 – 2011 hanno previsto che la programmazione delle prestazioni è oggetto di una disciplina così specifica tale per cui non solo esistono degli obiettivi generali della struttura, ma i budget devono essere specificamente articolati in relazione alle tipologie di prestazioni.

Orbene, il decreto impugnato è completamente inadempiente in relazione non solo alle disposizioni di legge, ma a tutte le prescrizioni con cui l'Amministrazione si è autovincolata nel pianificare la programmazione delle prestazioni in relazione alle singole tipologie.

Sulla illegittimità della contrattazione con le associazioni rappresentative.

a. La mancanza di un piano delle prestazioni determina anche l'illegittimità della presunta contrattazione con le organizzazioni di categoria.

Infatti, la presunta consultazione con l'ARIS – di cui al comma 38 – ha un significato solo formale.

La consultazione non ha avuto mai per oggetto la specifica determinazione dei tetti sulla base delle indicazioni regionali circa le quantità, tipologia delle prestazioni (art. 2 comma 2 comma 8 della legge 28 dicembre 1995 n. 549) e sulla base anche di valutazioni comparative della qualità e dei costi (art. 8 quinquies comma 2).

Ne poteva essere diversamente, tenuto conto che la Regione non ha mai previamente proceduto alla specificazione del piano delle prestazioni da acquistare con i soldi oggetto di tetto (si veda l'art. l'art. 32 comma 8 della l. n. 449 del 27.12.97) e alle indicazioni alla successiva fase di contrattazione in relazione ai programmi di attività delle strutture interessate, con l'indicazione delle funzioni e delle attività da potenziare e da depotenziare (si vedano l'art. 8 quinquies comma 1 – che fa riferimento alle indicazioni delle Regioni sulle attività da potenziare o depotenziare – e gli artt. 1 comma 32 della legge 23 dicembre 1996 n. 662 e 2 comma 8 della legge 28 dicembre 1995 n. 549,

che fanno riferimento alla necessità di criteri regionali per individuare i piani annuali preventivi che ne stabilisce quantità presunte e tipologia, anche ai fini degli oneri da sostenere).

Insomma, non vi è stata nessuna corretta consultazione perché la Regione non ha mai posto in essere i criteri minimi a cui la consultazione doveva dare attuazione.

Il tutto in completo dispregio dell'importanza della concertazione segnalato dalla giurisprudenza che sottolinea la *“funzione integrativa della negoziazione con i gestori e le organizzazioni più rappresentative”* (si vedano le sentenze del TAR Puglia Bari Sez. I n. 2840/2001 e TAR Campania Salerno Sez. I n. 1023/2001).

Sull'assenza di una contrattazione con i soggetti erogatori.

Peraltro, quantunque omessa dalla motivazione del decreto, la legge prevede anche una consultazione con i singoli soggetti erogatori.

Consultazione prevista dalla legge e riconosciuta dalla giurisprudenza.

In questo senso, *“...la deliberazione con la quale la Regione fissa i tetti di spesa delle prestazioni sanitarie per i soggetti erogatori ... ha natura di atto plurimo e non di atto amministrativo generale; essa, pertanto, è illegittima se sia adottata senza previo avviso dell'avvio del procedimento previsto dagli artt. 7, 3 e 19 della L. 7 agosto 1990 n. 241.”* (si veda la sentenza del C.d.S. Sez. IV n. 3920 del 13.7.2000; negli stessi termini, la sentenza del TAR Lazio Sez. III n. 5821 del 16.6.2004).

In sostanza, il sistema normativo previsto dall'art. 8 quinquies prevede una programmazione che, attraverso la previsione di accordi specifici, si pone chiaramente l'obiettivo di rapportarsi alle esigenze specifiche di ogni singolo soggetto erogatore; in questo senso, è stato chiaramente affermato che *“...l'esistenza di una pluralità di centri erogatori, sia da parte pubblica sia di parte privata, operanti sul territorio impone non solo la considerazione comparativa delle rispettive posizioni, ma altresì l'esternazione della medesima, in modo da rendere palesi i criteri che concretamente hanno condotto all'assegnazione di importi tra loro*

differenti.” (si veda la sentenza del TAR Campania - Salerno n. 671 del 17.12.99; nel medesimo senso, l’ordinanza del C.d.S. Sez. V n. 6004 del 13.11.2001 ha ritenuto la legittimità di un provvedimento di assegnazione dei tetti solo allorché “...detto provvedimento risulti congruamente motivato in base ad una valutazione comparativa delle esigenze sanitarie nell’ambito di riferimento”).

Ancora, la sentenza del C.d.S. Sez. I n. 2331 del 5.11.2003 prevede chiaramente che *“E’ illegittima la delibera recante meccanismi di abbattimento tariffari...non essendo stata preceduta da una contrattazione tra aziende sanitarie e strutture accreditate alle erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale...”*; **a maggior ragione la rilevanza di questo principio nel caso di specie, laddove è previsto un vero e proprio accordo.**

Nel caso di specie, la legge affida questa fase di contrattazione sempre alla Regione, tenuto conto dell’importanza degli ospedali classificati.

Il decreto impugnato, invece, “salta” completamente questa fase e per di più assegna la competenza a stipulare l’accordo all’AUSL, che non ha nessuna competenza.

Al fine, l’assenza di questa fase di contrattazione ha impedito di accertare e valutare le singole caratteristiche dei soggetti erogatori, la loro dimensione e la loro capacità e complessità organizzativa idonea ad erogare determinate prestazioni, come sottolineato dal Piano della Salute. Ad onta della rilevanza di questi dati oggettivi, il decreto ha imposto delle misure dei vari tetti uguale per tutti.

a. Più specificamente, in relazione al tetto per la RMN ha previsto per tutti il medesimo tetto relativo al 2011 (si veda il comma 46 della motivazione e il comma 8 del dispositivo), senza verificare se esso fosse o meno adeguato in relazione alla produzione effettivamente erogata dalle strutture; è chiaro, infatti, che la conferma del medesimo tetto del 2011 è sicuramente positiva per chi ha prodotto meno rispetto ad esso– e può continuare a godere del tetto del 2011, quantunque vada oltre le sue capacità produttive accertate – ma è molto negativa per chi invece ha prodotto di più del tetto 2011 e

meriterebbe un tetto più ampio.

Trattasi, insomma, di scelta che non compara in alcun modo le specificità dei singoli soggetti, come imposto dalla legge; il tutto con conseguente inefficienza del sistema, incapace di valorizzare adeguatamente le caratteristiche e le necessità dei singoli soggetti erogatori.

b. In termini solo parzialmente diversi, la mancata valutazione delle caratteristiche dei vari soggetti erogatori si pone anche in relazione alle modalità con cui sono stati individuati i tetti relativi alla specialistica ambulatoriale.

Nel primo interlinea del comma 38 della motivazione e del comma 2 del dispositivo si legge che i tetti della specialistica ambulatoriale per ogni singola struttura vengono stabiliti in proporzione della produzione da essa effettuata nel 2011 e tenuto, però, conto del minore finanziamento complessivo del settore, abbattuto, per il 2012, di una percentuale del 3% rispetto al 2011.

Quindi, nel terzo interlinea del comma 38 della motivazione e del comma 2 dispositivo, si legge che la produzione 2011 delle singole strutture – che viene utilizzata come parametro per stabilire il loro riproposizionamento rispetto alla minore somma complessiva prevista per il settore nel 2012 – viene considerata solo nell’ambito del budget del 2011 maggiorato del 10%.

In termini analoghi opera anche che il meccanismo di redistribuzione a consuntivo del mancato assorbimento del budget 2012 (escluso RMN, APA e Dialisi) di cui all’ultimo interlinea del comma 38 della motivazione e del comma 2 del dispositivo; trattasi di meccanismo che prevede la riassegnazione alle varie strutture delle risorse attribuite con i vari budget 2012, ma mai utilizzate.

Anche in questo caso il meccanismo – disciplinato dall’allegato 1 dell’intesa del 15.3.2011 approvato dal DPCA n. 20 del 25.3.2011, a cui il provvedimento impugnato rinvia – prevede che le strutture possono beneficiare della riassegnazione delle risorse non utilizzate entro il limite massimo del 10% del budget loro assegnato (si veda l’ultima parte della

pag. 3 dell'allegato 1).

Ora è chiaro che il predetto sistema è comunque inadeguato a tener conto delle esigenze delle strutture erogatrice che hanno avuto nel 2011 una produzione molto superiore al budget.

Ed, infatti, come si evince dalle tabelle allegate al decreto, relative alla specialistica 2012, il budget del 2011 maggiorato del 10% è solo un parametro massimo di riferimento; il parametro di riferimento è comunque costituito dalla produzione 2011 riposizionata nell'ambito dell'abbattimento del tetto generale per il 2012, ridotto del 3% rispetto al 2011; ed infatti dalla tabella specialistica 2012 relativa agli ospedali classificati emerge che il budget 2012 assegnato all'ospedale ricorrente è comunque inferiore non solo alla produzione del 2011, ma anche al budget 2011 maggiorato del 10%.

Insomma, il budget 2011 maggiorato del 10% è solo un parametro virtuale, ovvero un limite massimo di riferimento.

In termini pratici, l'ospedale ricorrente non ne beneficia in alcun modo; il suo tetto 2012 è comunque parametrato sulla produzione 2011 riposizionata nell'ambito dell'abbattimento del tetto generale per il 2012, ridotto del 3% rispetto al 2011; esattamente come avviene per le altre strutture.

Di qui, l'evidente illogicità del sistema che non tiene in conto della produzione storica del ricorrente per il 2011.

A tutto voler concedere, il sistema avrebbe potuto prevedere che a tutti i soggetti che hanno erogato una produzione reale 2011 superiore o eguale al tetto del 2011 maggiorato del 10% viene comunque garantita la predetta somma.

Solo in questo modo il budget 2011 maggiorato del 10% non si limita ad essere un parametro virtuale, ma esplica realmente una funzione correttiva volta a considerare la produzione reale del 2011.

Al contrario, il sistema non si è curato in alcun modo di valutare la dimensioni delle prestazioni di cui vi è particolarmente bisogno, come storicamente accertate nel 2011, nella area di riferimento dell'ospedale ricorrente.

In questo senso, il sistema ha omesso completamente di considerare che l'ospedale ricorrente è una delle strutture più importanti della capitale.

Al fine, i tetti di cui si discute sono stati stabiliti in maniera completamente generica.

Quindi, *Nel caso in cui la regione determini in maniera del tutto generica i criteri di calcolo per i budget da assegnare alle singole aziende sanitarie, l'effettiva incisione e lesione degli interessi delle singole strutture accreditate ed il conseguente onere impugnatorio sorgeranno solo a seguito dell'adozione da parte della Asl delle delibere applicative del limite di spesa assegnato. Cons. Stato Sez. V, 25-01-2002, n. 418 Soc. Cerbero e altri c. Asl n. 4 Bari e altri; nei medesimi termini, non si può definire il tetto di una singola struttura giustificandolo con una affermazione "apodittica, senza esternazione dei criteri seguiti per l'assegnazione del "budget" alle singole strutture accreditate.*T.A.R. Campania Salerno, 20-10-2000, n. 816 Soc. P. laboratorio analisi cliniche c. Asl n. 1 Salerno e altri

VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI BUONA AMMINISTRAZIONE. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO. VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI BUONA AMMINISTRAZIONE EX ART. 97 COST. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO. ECCESSO DI POTERE DIFETTO D'ISTRUTTORIA.

Con questo motivo si intende censurare la delibera nella parte in cui ha specificato che nei tetti di cui si discute sono previste anche le prestazioni rese ai soggetti residenti fuori regione (si veda il comma 13 del dispositivo).

E' evidente che si tratta di previsione illegittima.

Infatti, le predette prestazioni sono pagate dalle altre Regioni.

Ne consegue che esse non incidono sulle risorse finanziarie della

Regione e la loro inclusione nei tetti non è coerente e logica rispetto all'obiettivo del contenimento della spesa sanitaria regionale di cui al decreto impugnato.

Inoltre, essendo pagate dalle altre Regioni a tariffa piena, non c'è ragione alcuna per cui le prestazioni erogate a cittadini di altre Regioni non vengano pagate allo stesso modo ai soggetti erogatori.

In questo senso, la sentenza del TAR Puglia Sez. I n. 2691 del 5.6.2002 ha affermato che *“E' illegittimo il provvedimento adottato da un'azienda usl di abbattimento e di modifica delle tariffe per le prestazioni sanitarie rese a soggetti non residenti nella regione.”*

VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI BUONA AMMINISTRAZIONE EX ART. 97 COST. E DELLA TUTELA DELLA SALUTE EX ART. 32 COST. VIOLAZIONE DEL COMMA 2 DELL'ART. 8 QUINQUIES DEL DLGS.VO N. 502/92, DELL'ART. 8 SEXIES DEL DLGS.VO N. 502/1992. DALL'ART. 2 COMMA 5 DEL D.M. DEL 15.12.94 DELL'ART. 3 COMMA 2 DEL D.M. DEL 30.6.97, LA CUI EFFICACIA È, COME GIÀ DETTO, RICHIAMATA DAL D.M. DEL 12.9.2006.

Il decreto impugnato ha approvato anche l'allegato 3 relativo a *“Livello 2012 (slavo conguaglio) P.s., Dialisi, Distribuzione diretta Farmaci”*.

Il predetto allegato 3 prevede che per il Pronto Soccorso all'ospedale ricorrente viene attribuita una somma complessiva, salvo conguaglio, stabilita in relazione alla produzione del 2011.

Orbene, nel motivo che segue si argomenterà circa il conguaglio.

Con questo motivo si intende dimostrare che le prestazioni d'emergenza devono, comunque, essere remunerate per intero in relazione a tutti i costi sostenuti e al di fuori di qualunque tetto rigido e predeterminato, seppure parametrato alla produzione storica dell'anno precedente.

In altri termini la produzione dei servizi di emergenza dovrà, comunque, essere remunerata in relazione ai costi integrali dell'intera produzione del 2012, non potendo essere vincolata a meri valori storici del 2011.

Sulla specifica disciplina prevista per il pronto soccorso.

La lettera b) del comma 2 dell'art. 8 quinquies fa riferimento alla "... remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse dell'accordo...", laddove si intende specificare che le funzioni non sono remunerate con budget fisso, vincolato ad un numero di prestazioni predefinite e ad una tariffa.

L'art. 8 sexies comma 1 prevede che. "*Ai fini della determinazione del finanziamento globale delle singole strutture, le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono **remunerate in base al costo standard** di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione*".

Tra le attività di cui al comma 2 rientrano le "...e) attività con rilevanti costi di attesa, ivi compreso il sistema di allarme sanitario e di trasporto in emergenza, nonché il funzionamento della centrale operativa, di cui all'atto di indirizzo e coordinamento approvato...".

E' evidente, quindi, che questa previsione intende prescrivere che per le funzioni dell'emergenza non vi è un tetto predefinito - legato alle prestazioni e alla tariffa - ma una remunerazione basata sul costo standard.

Questa impostazione è confermata dall'art. 2 comma 5 del D.M. del 15.12.94 dall'art. 3 comma 2 del D.M. del 30.6.97, **la cui efficacia è, richiamata dal d.m. del 12.9.2006.**

L'art. 2 comma 5 del D.M. del 1994 prevede che "*Le regioni e le province autonome, per l'erogazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera relative alle attività di emergenza, di terapia intensiva, di trapianto di organi (ivi comprese quelle relative all'espianto degli organi stessi), di assistenza ai grandi ustionati e, eventualmente, alle attività di*

altri servizi obbligatori individuati dalla programmazione nazionale e regionale, nonché per lo svolgimento di attività di didattica nell'ambito del servizio sanitario nazionale, possono prevedere programmi finalizzati di finanziamento regionale” (trattasi di normativa ancora vigente).

E' evidente, quindi, che le prestazioni di emergenze devono essere oggetto di uno specifico finanziamento regionale.

Procedendo oltre, l'art. 3 comma 2 del decreto del 30.6.1997 - la cui efficacia è, come già detto, richiamata dal d.m. del 12.9.2006 - ha prescritto che “le Regioni e le Province autonome determinano l'entità dei finanziamenti da riconoscere alle strutture di ricovero che ne abbiano titolo, in quanto erogano le attività descritte al comma 1 (ovvero, per quel che a noi interessa, “...le attività di emergenza ed urgenza...” di cui alla lettera a dell'art. 3 comma 1 ndr), sulla base dei seguenti costi correlati al volume ed alla tipologia delle attività erogate: costi del personale direttamente impiegato, costi dei materiali consumati, costi della manutenzione e dell'ammortamento delle apparecchiature utilizzate e una quota dei costi generali.”.

E' evidente, quindi, che le suddette norme hanno disposto l'integrale pagamento delle prestazioni d'emergenza senza alcuno dei limiti di budget di cui al decreto impugnato.

Precise disposizioni di legge prevedono, quindi, il ristoro integrale delle spese sostenute per le prestazioni d'emergenza.

Anzi, giova sottolineare che la suddetta disposizione del decreto del 30.6.97 non si limita a considerare i costi del materiale e **del personale impiegato**, ma considera anche i costi della manutenzione e dell'ammortamento delle apparecchiature utilizzate ed a quote dei costi generali; in questi costi si consideri pure il rilievo che hanno le analisi diagnostiche, veramente molto costose.

I motivi di questa previsione sono legati, innanzitutto, al particolare costo dei servizi in questione, così come determinato dal costo delle relative strutture e impianti, che incide in maniera particolare sui costi generali; in più, le attrezzature utilizzate per i servizi di emergenza sono esposte al

rischio di una rapida obsolescenza, tale da determinare una forte lievitazione dei relativi costi di manutenzione e ammortamento, appunto considerati dal decreto.

INCOSTITUZIONALITA' DELL'ART. 8 QUINQUIES E SEXIES DEL DLGS.VO N. 502/92 PER VIOLAZIONE DELL'ART. 41, 31 E DELL'ART. 97 DELLA COSTITUZIONE. SOTTO DIVERSO PROFILO.

Fin qui, la descrizione del sistema di pagamento con tetto alla remunerazione delle prestazioni di emergenza e della sua illegittimità in riferimento alla normativa vigente specificamente riservata alle prestazioni d'emergenza.

Qualora, però, questa illegittimità - determinata dall'esistenza di una disciplina specifica sulle prestazioni d'emergenza che prevede la remunerazione integrale di tutti i costi sostenuti per le tutte le prestazioni rese - non fosse accolta, si eccepisce l'incostituzionalità dell'art. 8 quinquies e dell'art. 8 sexies del dlgs.vo n. 502/1992, nella parte in cui prevedono che la remunerazione delle prestazioni di emergenza è soggetta a dei tetti complessivi - basati sulle prestazioni e le relative tariffe - e non ai costi di produzione comunque da remunerare.

Si inizia con il precisare che le prestazioni d'emergenza rappresentano delle prestazioni rispetto alle quali i soggetti erogatori, in ragione della loro gravità non possono certamente sottrarsi dall'erogarle.

L'obbligo inderogabile di erogare tutte le prestazioni di emergenza deriva da precisi vincoli dell'ordinamento.

Si consideri, inoltre, la qualifica di incaricato di pubblico servizio che consegue al rapporto concessorio conseguente all'erogazione di servizi per il S.S.N; nel caso di specie, tenuto conto della natura pubblicistica degli ospedali classificati, da tempo la giurisprudenza ha affermato che "Deve riconoscersi la qualifica di pubblico ufficiale

al medico primario di una casa di cura appartenente ad un ente religioso quando detta casa di cura sia classificata come ospedale ed inserita come tale nel ssn” (si veda la sentenza della Cass. Sez. IV del 22.2.2007).

Insomma, i medici che esercitano presso la struttura degli ospedali ricorrenti sono qualificati come pubblici ufficiali.

Tale essendo la natura degli ospedali classificati, è evidente che essi non si possono in alcun modo sottrarre all'erogazione di prestazioni d'emergenza, pena l'irrogazione di gravi sanzioni penali.

Le predette argomentazioni consentono di affermare che per le prestazioni d'emergenza si invoca, qualora necessario, l'incostituzionalità degli articoli citati in rubrica affinché l'alta Corte dichiari la loro incostituzionalità nella parte in cui essi consentono una remunerazione delle prestazioni d'emergenza non vincolata ai costi e al numero delle prestazioni realmente eseguite.

Come è noto, la Corte Costituzionale ha affermato che il sistema di remunerazione del servizio sanitario per essere conforme al principio di buona amministrazione ex art. 97 deve rispettare i “...*principi di economicità e di mercato e collaborazione e programmazione organizzativa...*” (si veda la sentenza della C.C. n. 416 del 1995).

Quindi, la Corte Costituzionale ha ripetutamente affermato che il sistema di remunerazione è esente da censure di incostituzionalità rispetto all'art. 41 ogniqualvolta non risulta “...*comprovata la compromissione di ogni margine di utile, quindi la lesione della libertà di iniziativa economica...*” (si veda la sentenza n. 94/2009), ovvero quando assicura un “...*ridotto, ma ragionevole margine di utile...*” (si veda la sentenza n. 279/2006)

Nel caso di specie, il mancato ristoro di tutti i costi delle prestazioni d'emergenza, che l'ospedale è costretto comunque ad erogare, esclude evidentemente in radice la possibilità di realizzare qualunque utile, con evidente violazione dell'art. 41 della costituzione.

**VIOLAZIONE DELL'ART. 97 DELLA COSTITUZIONE.
ECCESO DI POTERE PER SVIAMENTO., ILLOGICITA' E
DIFETTO DI TARSPARENZA.**

Come detto, il decreto impugnato ha approvato anche l'allegato 3 relativo a "*Livello 2012 (slavo conguaglio) P.s., Dialisi, Distribuzione diretta Farmaci*".

Il predetto allegato 3 prevede che per il Pronto Soccorso (di cui sopra) e per la distribuzione diretta di farmaci (nel caso dell'ospedale ricorrente non interessa la dialisi) all'ospedale ricorrente vengono attribuite delle somme relative ad ognuna delle due voci stabilite in relazione alla produzione del 2011.

Il tutto salvo il conguaglio.

Orbene, è in relazione al conguaglio che si intende spendere la censura di cui al presente vizio.

Più precisamente, il riferimento generico al conguaglio non dà alcuna garanzia circa le modalità con cui esso sarà determinato.

In altri termini, non vi è nessuna garanzia che il conguaglio sarà determinato applicando correttamente all'intero 2012 la disciplina di riferimento per il P.S. e per la somministrazione diretta dei farmaci.

Insomma, come già detto esemplificativamente in relazione al P.S., il conguaglio dovrà comunque garantire che per l'intero 2012 l'ospedale sarà remunerato per tutti i costi sostenuti in relazione al P.S., come prevede la specifica disciplina citata al motivo che precede.

Il conguaglio non può certamente discostarsi da questi parametri e, al contrario, essere stabilito su criteri forfettari e arbitrari.

Purtroppo, la genericità di quanto previsto dal decreto – che si limita

ad approvare un allegato con delle cifre, senza però indicare alcun criterio illustrativo – impone di procedere alla presente censura.

II GRUPPO DI CENSURE.

Con questo gruppo di censure si intende contestare il sistema remunerativo di cui al decreto impugnato perché non ha tenuto conto della particolare natura degli ospedali classificati.

Prima di procedere all'esposizione delle specifiche censure si procede a illustrare quali siano i caratteri di questi ospedali.

SULLA PARTICOLARE NATURA DEGLI OSPEDALI CLASSIFICATI

Gli ospedali classificati rappresentano una realtà organizzativa del tutto particolare, disciplinata ai sensi dell'art. 1 della l. n. 132/68.

La loro particolare natura giuridica è stata ribadita, anzi maggiormente sottolineata, dalla nuova riforma sanitaria.

Più specificamente, l'art. 4 comma 12 del dlgs.vo n. 502/92, proprio con riferimento agli ospedali classificati ai sensi della l. n. 132/68, così come individuati per il tramite del riferimento all'art. 41 l. n. 833/78, ha previsto che *“Entro un anno dalla data di entrata in vigore del D.lgs 7 dicembre 1993, n. 517, i requisiti tecnico - organizzativi ed i regolamenti sulla dotazione organica e sull'organizzazione dei predetti presidi sono adeguati, per la parte compatibile, ai principi del presente decreto e quelli di cui all'art. 4, comma 7, della l. 30.12.1991, n. 412, e sono approvati con decreto del Ministero della Sanità.”*

In sostanza, è evidente che, alla luce delle norme soprarichiamate, l'ospedale classificato ricorrente è gravato da una serie di obblighi organizzativi, che determinano un naturale aumento dei costi di gestione. Sul punto si ricorda la circolare del Ministero della Sanità prot. n. 100.1/2195.

In essa, si inizia con il leggere che *“La legge 12.2.1968, n. 132, ha riconosciuto agli Ospedali dipendenti dagli enti ecclesiastici che fossero*

rispondenti ai requisiti strutturali ed organizzativi previsti per gli ospedali pubblici, la possibilità di ottenere la classificazione in una delle categorie di ospedali disciplinate dalla stessa legge.

E' noto che la classificazione, quale atto conclusivo di un processo di verifica dell'identità sostanziale tra l'organizzazione dei servizi degli ospedali dipendenti dagli enti ecclesiastici e quelli propri dell'organizzazione ospedaliera pubblica, incide direttamente sul tipo di assistenza ospedaliera erogata, che assume valenza pubblicistica al pari di quella erogata dalle strutture pubbliche (allora Enti ospedalieri) in quanto inserisce detti ospedali nella programmazione ospedaliera e nei piani regionali ospedalieri.

Il successivo decreto delegato 130/69 ha previsto per gli Istituti ed Enti titolari di ospedali classificati ai sensi dell'art. 1 della legge 132/68...l'effetto sostanziale del riconoscimento della identità di funzioni svolte da detto personale rispetto a quelle svolte dal personale delle strutture pubbliche e della piena equiparazione, sotto il profilo funzionale, organizzativo e di erogazione di servizi tra gli ospedali classificati ed i corrispondenti ospedali pubblici.

La natura giuridica degli ospedali classificati ed equiparati nell'ambito dell'ordinamento pubblico é stata confermata con legge di riforma sanitaria del 1978..." (si vedano le pagg. 1 e 2 della circolare).

"Il nuovo assetto ordinamentale di cui al dlgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni non hanno modificato la situazione degli ospedali classificati....

A tal proposito occorre richiamare l'art. 4, comma 12, del dlgs. 502/92 e le prescrizioni ivi contenute....

L'espressa menzione di detti enti nell'art. 4 del dlgs. 502/92 e cioè la loro collocazione nell'ambito delle Aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri; la previsione, in capo agli stessi, di un onere di adeguamento (sia per quel che concerne i requisiti tecnico - organizzativi che la parte del personale e dell'organizzazione dei presidi) ai principi del Decreto legislativo 502/92...costituiscono elementi di certezza della considerazione di detti enti nel settore

sanitario pubblico...”.

Peraltro, la nuova formulazione dell'art. 1 co. 18 del dlgs.vo . 502/92, così come modificato dal dlgs.vo n. 229/99, prevede che *“Le istituzioni e gli organismi a scopo lucrativo concorrono, con le istituzioni pubbliche e quelle equiparate di cui all'articolo 4, comma 12, alla realizzazione dei doveri costituzionali di solidarietà, dando attuazione al pluralismo etico - culturale dei servizi alla persona...”*.

Quindi, prosegue la circolare, trattasi di *“...elementi integranti le strutture del Servizio sanitario nazionale...”*, che hanno *“...una particolare posizione, considerandoli Enti già compresi nel circuito del servizio pubblico...”*; *“In buona sostanza, si ritiene che la posizione degli Enti di cui alle disposizioni soprarichiamate di pieno inserimento nel servizio pubblico...alla stessa stregua di qualsiasi ospedale pubblico...”* (si vedano le pagg. 3 e 4 della circolare).

In sintesi gli ospedali classificati si caratterizzano per una posizione molto peculiare, tale che essi sono onerati da una serie di obblighi organizzativi che li rendono differenti dalle case di cura private e li rendono simili alle strutture pubbliche, pur salvaguardandone l'autonomia giuridico amministrativa dei propri enti titolari.

Assimilazione che, ormai, è stata chiaramente affermata dall'art. 1 comma 18 del dlgs.vo n. 502/92, come da ultimo modificato, laddove si fa riferimento alle *“...istituzione pubbliche e quelle equiparate di cui all'art. 4, comma 12..”*, ovvero agli ospedali classificati.

b.1 Per quanto riguarda gli aspetti relativi alla remunerazione,, nel tempo gli ospedali classificati hanno potuto sostenere i costi del loro particolare assetto organizzativo, così onerato da obblighi particolari, grazie ad una serie di norme che tenevano in conto la loro particolare struttura.

Sin dalla loro costituzione, gli Ospedali classificati - appartenenti ad Istituzioni religiose operanti senza finalità di lucro, ai sensi della L. 132/68 e L.817/73 - sono stati inseriti a pieno titolo nella Programmazione sanitaria nazionale e regionale. Ad essi è stato garantito, al pari delle strutture sanitarie pubbliche, l'accesso ai necessari

finanziamenti sia per l'attività sanitaria corrente che per i programmi di investimento e per le immobilizzazioni, e ciò anche ai sensi del titolo IV della stessa L.132/68 (a riguardo si vedano gli articoli gli artt. 33 e 34; si veda, anche, l'art. 58).

Più specificamente, sempre con riferimento alle esigenze di ammodernamento delle strutture, le convenzioni che regolavano i rapporti tra il Servizio sanitario e gli ospedali classificati prevedevano che la vecchia diaria doveva comprendere ogni altra spesa che concorresse a formare il costo complessivo dell'assistenza ospedaliera, compresa quella derivante da mutui passivi, dalla manutenzione straordinaria, dall'ampliamento ed innovazioni delle strutture immobiliari e dall'ammortamento, per il rinnovo, per l'ammodernamento delle attrezzature tecnologiche ospedaliere

In definitiva, prima dell'entrata in vigore del sistema di remunerazione a tariffa omnicomprensiva per prestazione, gli ospedali classificati avevano la possibilità di far fronte alle spese che derivavano dai particolari obblighi organizzativi imposti loro dalla legge.

b.2 L'originalità degli ospedali classificati è rimasta comunque anche con l'introduzione del sistema di remunerazione sulla base di budget legati alle prestazioni e alle tariffe, di cui al dlsgs.vo n. 502/1992.

In virtù di questa disciplina è stata innanzitutto riconosciuta una differenza tra gli ospedali classificati e le case di cura private.

“Per quanto riguarda le tariffe delle prestazioni ospedaliere ed ambulatoriali da riconoscere agli Enti in questione, si ricorda che le tariffe determinate dalle regioni ...possono essere articolate, tra l'altro, per tipologie di erogatori.... Pertanto, nell'effettuare la classificazione degli ospedali a questo fine, per le considerazioni richiamate in precedenza, gli Enti in questione vanno correttamente equiparati agli ospedali del Servizio sanitario nazionale simili in termini di complessità della casistica trattata, complessità funzionale e/o dotazione di personale....

In conclusione, non paiono giustificati eventuali orientamenti tendenti a

porre sullo stesso piano gli Istituti ed Enti di cui si discute con le case di cura private." (si vedano le pagg. 4 e 5 della circolare).

In questo senso, la Giurisprudenza ha chiaramente affermato che "...è illegittima la delibera regionale che assegna agli ospedali ecclesiastici, classificati ai sensi dell'art. 1 l. 12 febbraio 1968 n. 132, un tetto di spesa inferiore a quello fissato per le aziende ospedaliere pubbliche, trattandosi di determinazione incompatibile con il principio di equiparazione fra le due strutture pubbliche e con la riconducibilità dichiarata dal ministero della sanità con circolare 21 giugno 1997, dei detti ospedali ecclesiastici alle case di cura private..." (si veda la sentenza del TAR Puglia Sez. I n. 1980 del 16.12.1999).

Quindi, nella sentenza del TAR Puglia - Bari II Sez. n. 435 dell'11.5.98 si censura il comportamento dell'Amministrazione convenuta "...con riferimento alla obliterazione della peculiarità della condizione giuridica e della natura degli ospedali classificati e delle indicazioni fornite dalle circolari ministeriali del 16 e 21 giugno 1997 (in ordine ...alla insostenibilità di una equiparazione tra Enti ecclesiastici esercenti l'assistenza sanitaria e case di cura private)".

c. Procedendo oltre, si tenga conto che, sotto un diverso profilo, la speciale natura e regime degli ospedali classificati ha fatto sì che è la stessa apposizione dei tetti a essere stata definita illegittima.

In altri termini, gli ospedali classificati, in virtù della loro equiparazione al pubblico, non sono assoggettati a nessun tetto.

In questo senso, si consideri quanto affermato dalla sentenza del TAR Campania Sez. I n. 3016/2007, confermata dalla sentenza del C.d.S. Sez. V n. 1858 del 2008.

"Orbene l'art. 8-quinquies, co. 2, del citato d. lgs. n. 502 del 1992 prevede che "la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale ... (indicando, tra l'altro) il volume massimo di prestazioni che le strutture presenti

nell'ambito territoriale della medesima unità sanitaria locale, si impegnano ad assicurare, distinto per tipologie e per modalità di assistenza ... (nonché) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari ...".

E' agevole osservare che il modello negoziale contemplato per gli operatori pubblici ed "equiparati" (accordo) risulta formalmente diverso da quello previsto per gli altri soggetti privati accreditati (contratto).

Occorre quindi decifrare quali siano le ragioni, il significato e quindi, le implicazioni di questa distinzione.

"Come è noto, i presidi del servizio sanitario nazionale, siano essi pubblici che privati, vanno considerati in linea di principio su di un piano di parità, assicurata attraverso un meccanismo di finanziamento del settore basato sul sistema di remunerazione a tariffa delle prestazioni sanitarie rese all'utenza, sia per quelle direttamente erogate dalle aziende sanitarie e ospedaliere, sia per quelle acquistate, in base ad accordo o contratto, da ogni altra struttura accreditata.

Questo sistema corrisponde all'esigenza, per un verso, di garantire elementi di concorrenza come fattore di stimolo dell'economicità e dell'efficienza e, per altro verso, di salvaguardare il diritto dell'assistito di scegliere liberamente la struttura, pubblica o privata, alla quale rivolgersi.

Nondimeno, la tutela della "libera scelta" da parte dell'utente (prevista dall'art.8-bis del d. lgs. n. 502) incontra un limite nelle risorse finanziarie disponibili, per cui l'amministrazione può fissare tetti di spesa di livello inferiore rispetto alla capacità operativa massima di una determinata struttura, o dell'insieme delle strutture accreditate (art. 8-quater, co. 8, del ripetuto d.lgs.). Del resto anche il diritto fondamentale alla salute, pur garantito dall'art. 32 cost., non si sottrae comunque al condizionamento derivante dalle insopprimibili esigenze di equilibrio finanziario e di razionalizzazione e contenimento della spesa pubblica.

...

Inoltre, in un modello consensuale, è da escludere che una delle due parti contraenti possa imporre all'altra di prestare un consenso non voluto; e questo vale anche nei confronti dell'amministrazione, che non può essere costretta ad impegnare somme superiori alle proprie disponibilità, per l'acquisto di prestazioni sanitarie in eccedenza rispetto al fabbisogno.

Vi è tuttavia una peculiarità che distingue l'operatività delle strutture pubbliche da quelle private. I presidi sanitari pubblici, a differenza degli altri soggetti privati accreditati, hanno l'obbligo di rendere le prestazioni agli assistiti anche oltre il tetto preventivato, nei limiti ovviamente della loro capacità operativa determinata dall'assetto strutturale ed organizzativo. In definitiva, le strutture private, pur prestando un servizio pubblico del tutto analogo sotto ogni altro aspetto, sono vincolate ad erogare le prestazioni sanitarie richieste nell'ambito del servizio sanitario nazionale unicamente nei limiti stabiliti negozialmente (cfr. Cons. St., sez. V, 30/4/2003, n. 2253).

La distinzione tra “accordo” e “contratto” nel citato art. 8-quinquies del d.lgs. n. 502 del 1992 riflette appunto questa differenza: la struttura pubblica non può sottrarsi al dovere, non negoziabile, di erogare il servizio pubblico a tutti gli utenti.

Negli stessi termini, la sentenza del C.d.S. Sez.V n. 1858/08 ha affermato che *“...per le strutture che risultano consustanziali al sistema sanitario nazionali (ospedali pubblici, ospedali classificati, i.r.c.c.s., etc.) non è neppure teorizzabile l'interruzione delle prestazioni agli assistiti al raggiungimento di un ipotetico limite economicamente fissato....*

Un conto sono, infatti, le case di cura private, altra cosa sono quelle istituzioni la cui parificazione all'apparato sanitario pubblico rende anche solo teoricamente incompatibile una limitazione alle prestazioni.” (v. sentenza del C.d.S. Sez.V n. 1858/08, nonché C.d.S. Sez. V n. 3263 del 2009 e n. 1514 del 16.3.2010, si vedano pure le sentenze del TAR Campania Sez. I n. 3016/2007, la sentenza del TAR Campania Sez. I n. 1683/2010, del TAR Lazio Sez. III Quater n. 389 del 2011 e nn. 1197 e 1198 del 2011).

Insomma, secondo questa giurisprudenza, l'ospedale classificato è comunque obbligato ad erogare tutte le prestazioni richieste, a prescindere dal volume indicato nell'accordo.

Il nostro sistema sanitario prevede che il diritto alle prestazioni sanitarie deve comunque essere assicurato.

Quindi, gli ospedali pubblici e i soggetti equiparati devono, comunque, assicurare l'erogazione di prestazioni sanitarie a tutti i soggetti che si rivolgono alle predette strutture.

Il sistema non ammette, infatti, che alcuni cittadini non possono beneficiare di prestazioni sanitarie solo perché le strutture private sono assoggettate a dei tetti di spesa.

Gli ospedali pubblici ed equiparati svolgono una funzione di garanzia, oltre i limiti dei tetti previsti per le altre strutture, tale da assicurare comunque che tutti i cittadini devono beneficiare di alcune specifiche prestazioni.

Se così non fosse, questi cittadini rimarrebbero privi di assistenza.

**VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI IMPARZIALITÀ EX ART. 97.
VIOLAZIONE DELL'ART. 4 COMMA 12 DEL DLGS.VO N. 502/92
DELL'ART. 8 Quinquies DEL DLGS.VO N. 502/92.
VIOLAZIONE DEL D.M. DEL 30.6.97. ECCESSO DI POTERE
PER DISPARITÀ DI TRATTAMENTO. ECCESSO DI POTERE
PER CONTRADDITTORIETA'.**

a. La sopracitata giurisprudenza dimostra l'illegittimità dei tetti disposti dal decreto impugnato.

Pertanto, il regime differenziato a cui soggiacciono gli ospedali classificati non è revocato in dubbio nemmeno da quanto previsto, da ultimo, dall'art. 1 comma 18 del dlgs.vo n. 502/1992 - come modificato ed integrato dall'art. 79 della legge n. 133/2008- secondo cui le attività e le funzioni delle strutture equiparate sono disciplinate dagli accordi di cui 8 quinquies 2 quater secondo cui *“Le regioni stipulano accordi...con gli istituti, enti ed ospedali di cui agli artt. 41 e 43, secondo comma, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e successive*

modificazioni, che prevedono che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, sia finanziata a prestazioni in base ai tetti di spesa ed ai volumi predeterminati annualmente dalla programmazione regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio...".

E' evidente, infatti, che la predette previsioni devono comunque essere coordinate con quanto affermato dalla giurisprudenza, secondo cui ***"...per le strutture che risultano consustanziali al sistema sanitario nazionali (ospedali pubblici, ospedali classificati, i.r.c.c.s., etc.) non è neppure teorizzabile l'interruzione delle prestazioni agli assistiti al raggiungimento di un ipotetico limite economicamente fissato...."***

Insomma, il sistema deve comunque essere interpretato nel senso che gli ospedali classificati devono comunque essere remunerati in ogni caso per le prestazioni che essi sono obbligati ad erogare.

Se così non fosse verrebbe violata la ratio stessa del sistema che – come detto nei precedenti motivi – deve assicurare una remuneratività delle prestazioni erogate.

In questo senso, la presenza di tetti – di cui all'art. 8 quinquies 2 quater - va coordinata con quanto previsto dal medesimo articolo, alla lettera d del comma 2, laddove si fa riferimento al *"... corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e delle funzioni incluse nell'accordo da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti "*

Si badi bene che questo articolo riconosce che in relazione agli accordi – relativi evidentemente agli ospedali pubblici e classificati – è necessario una verifica a consuntivo che tenga conto dei risultati raggiunti.

Proprio in relazione ai risultati raggiunti è evidente che bisogna tener conto di tutte le prestazioni erogate a cui l'ospedale classificato non si può sottrarre.

In questo senso giova anche il riferimento al comma 1 lettera d) dell'art. 8 quinquies.

Esso fa riferimento a “...criteri per la determinazione della remunerazione delle strutture ove queste abbiano erogato volumi di prestazioni eccedenti il programma preventivo concordato, tenuto conto del volume complessivo di attività e del concorso allo stesso da parte di ciascuna struttura...”.

Anche sotto questo profilo il sistema tiene conto della possibilità di remunerare delle prestazioni erogate oltre il programma concordato; nel caso degli ospedali classificati trattasi delle prestazioni che essi sono comunque obbligati ad erogare.

b. Procedendo oltre, ci consenta il Collegio di sottolineare anche le aspettative che nel tempo l’operato della Regione ha determinato in capo all’ospedale ricorrente..

E la stessa Regione che nel corso del tempo ha riconosciuto, con il suo operato, che gli ospedali classificati non soggiacciono a tetti di spesa.

Più specificamente, si tenga conto che già in data 30.7.04 l’Ospedale ricorrente ha già stipulato uno specifico accordo con la Regione.

Il predetto accordo muove dalla premessa che “...per le istituzioni di che trattasi, equiparate agli ospedali pubblici, la struttura dei costi presenta degli elementi di obbligatorietà e di rigidità che non rendono possibile la loro rideterminazione...” (si veda il comma 8 della motivazione).

In più, in coerenza con queste previsioni, si tenga conto che il terz’ultimo comma della motivazione della delibera n. 143/2006 – relativo alle remunerazioni degli anni precedenti – ha previsto “...la necessità di concludere rapidamente gli accordi – previsti dalla DGR 602/2004 e 731/2005 – con le strutture ospedaliere equiparate al pubblico (Policlinici Universitari, IRCCS ed ospedali classificati); per gli anni 2004 e 2005 sulla base del valore della produzione, al netto dei controlli e della inappropriata, dell’attività specialistica effettivamente svolta negli stessi anni.”.

Nel corso del tempo, l’Amministrazione ha continuato a porre in essere ulteriori atti che attestano la sua volontà di prevedere una disciplina differenziata per gli ospedali classificati.

Inoltre, l’art. 7 comma 1 della Intesa Conferenza Stato – Regioni del

3.12.2009 - avente ad oggetto il nuovo Patto della Salute per gli anni 2010 – 2012 – ha previsto “...di stipulare un’intesa ...finalizzata a promuovere una revisione normativa in materia di accreditamento e di remunerazione delle prestazioni sanitarie, anche al fine di tener conto della particolare funzione degli ospedali classificati...” (si vedano i documenti depositati da ultimo in data 2.2.2004).

E stato, quindi, riconosciuto costantemente il diritto dovere dell’ospedale classificato a svolgere completamente la propria missione di offrire il qualificato servizio alla popolazione richiedente, senza vincoli di tetti o delimitazioni di sorta.

In sostanza, nel corso degli anni l’ospedale ricorrente ha maturato una vera e propria aspettativa al riconoscimento dell’intera produzione.

Proprio in virtù della predetta aspettativa, l’ospedale ricorrente ha attrezzato la sua struttura organizzativa per farvi fronte efficacemente e stabilmente nel corso del tempo.

INCOSTITUZIONALITA’ DELL’ART. 8 QUINQUIES N. 502/92 PER VIOLAZIONE DELL’ART. 41 E DELL’ART. 97 DELLA COSTITUZIONE.

Nell’eventualità che si ritenesse che la normativa sui tetti si applica anche agli ospedali classificati, essa è illegittima in quella parte in cui non prescrive chiaramente che l’ospedale classificato – quantunque equiparato agli ospedali pubblici– deve essere remunerato per tutte le prestazioni che è obbligato ad erogare secondo quanto imposto dalla giurisprudenza.

Ovvero, secondo un diverso profilo, nella parte in cui non precisa chiaramente che l’ospedale classificato – quantunque equiparato al pubblico – non è obbligato ad erogare – alla pari delle strutture pubbliche – tutte le prestazioni richieste dai cittadini e non soddisfatte dai tetti previsti per l’ospitalità privata.

Se così non fosse, si arriverebbe alla conclusione secondo cui , a

fronte dell'obbligo di erogare tutte le prestazioni richieste, l'ospedale classificato verrebbe pagato in relazione ad un numero limitato di prestazioni mentre è costretto ad erogare un numero illimitato di prestazioni.

E' evidente che, così interpretata, la disciplina degli accordi di cui all'art. 8 quinquies comma 2 c) e d) è incostituzionale.

Analogamente a quanto già detto in relazione alle prestazioni d'emergenza, un sistema così interpretato imporrebbe agli ospedali classificati di erogare delle prestazioni senza il riconoscimento di un benché minimo utile di impresa.

Trattasi di sistema incostituzionale perché non rispetta il principio della buona amministrazione di cui all'art. 97 della Cost. e, sotto un secondo profilo, è incostituzionale perché non rispetta il principio della libertà dell'iniziativa economica di cui all'art. 41.

Sul punto si fa riferimento alla giurisprudenza costituzionale già citata in precedenza.

**VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI IMPARZIALITÀ EX ART. 97.
VIOLAZIONE DELL'ART. 4 COMMA 12 DEL DLGS.VO N. 502/92 E DELL'ART. 8 QUINQUIES DEL DLGS.VO N. 502/92.
ECESSO DI POTERE PER DISPARITÀ DI TRATTAMENTO.
VIOLAZIONE DEI PRINCIPI A TUTELA DELLA LIBERA SCELTA DEI SOGGETTI EROGATORI DI CUI AL DLGS.VO N. 502/92 E DELLA CONCORRENZA DI CUI ALLA DISCIPLINA ANTITRUST. ECESSO DI POTERE PER SVIAMENTO E IMPARZIALITÀ'.**

Con questa censura si intende dimostrare che – pur se si vuole prescindere dall'illegittimità di tetti previsti anche per gli ospedali classificati – la disciplina di cui al decreto impugnato è illegittima perché non tiene conto delle caratteristiche originali degli ospedali classificati.

Sotto un primo profilo si fa riferimento ad una comparazione tra gli ospedali classificati e le altre strutture private.

Sotto un secondo si fa riferimento ad una comparazione tra gli ospedali classificati e le strutture pubbliche.

Sull'illegittima equiparazione tra ospedali classificati e le strutture private.

Il comma 5 del dispositivo stabilisce che la remunerazione della specialistica ambulatoriale del 2012 per gli ospedali classificati è stata stabilita sulla base dei medesimi criteri utilizzati per le case di cura private

Orbene, come già detto, è stato affermato che *In conclusione, non paiono giustificati eventuali orientamenti tendenti a porre sullo stesso piano gli Istituti ed Enti di cui si discute con le case di cura private.* " (si vedano le pagg. 4 e 5 della circolare del Ministero della Sanità)).

Abbiamo visto anche che la Giurisprudenza ha chiaramente affermato l'illegittimità di un equiparazione tra ospedali classificati e strutture private. (si vedano le **già citate sentenze** del TAR Puglia Sez. I n. 1980 del 16.12.1999 e del TAR Puglia - Bari II Sez. n. 435 dell'11.5.98.

Nel caso di specie, ad onta di questi principi, l'Amministrazione ha previsto una disciplina unica con cui ha equiparato le case di cura private e gli ospedali classificati.

Sulla necessaria equiparazione tra ospedali classificati e le pubbliche.

a. Il finanziamento degli ospedali classificati è assicurato dal medesimo strumento utilizzato per i presidi pubblici, di cui all'art. 8 quinquies comma 2.

L'art. 8 quinquies del dlgs.vo 502/92 prevede che gli accordi per la remunerazione – con dei tetti ai volumi di spesa per le prestazioni erogate - riguardano anche le strutture pubbliche equiparate, appunto, agli ospedali classificati.

Insomma - a tutto voler concedere - se si accede alla tesi secondo cui per gli ospedali classificati devono esistere dei tetti alla remunerazione anche le strutture pubbliche devono soggiacere ai tetti di spesa relativi ai volumi di prestazioni specificamente definiti dagli accordi., ovvero dal medesimo strumento che regola i rapporti

con gli ospedali classificati.

E' opportuno verificare quindi l'effettiva applicazione di una comune disciplina per gli ospedali pubblici e classificati così da scongiurare il rischio che gli ospedali pubblici possano essere finanziati con delle somme molto più elevate rispetto a quelle destinate agli ospedali classificati, nonostante l'identità formale degli strumenti previsti per disciplinare la remunerazione di entrambe, i medesimi obblighi organizzativi e la analoga qualità e tipologia del servizio reso.

b. A fronte di questa unica disciplina di riferimento, il decreto impugnato si limita a prevedere che *“il criterio adottato con il presente decreto per la determinazione del livello massimo di finanziamento per le prestazioni di specialistiche è applicato anche alle strutture pubbliche prendendo a riferimento la valorizzazione della produzione 2011 certificata dall'ASP, che dovrà trovare riscontro in contabilità a ricavo nei conti economici per le strutture pubbliche aziendalizzate ovvero nei conti presidi per le altre strutture pubbliche”* (si veda il comma 17 del dispositivo; si veda anche il comma 61 della motivazione).

E' evidente che questa previsione si limita solo a stabilire che anche per i presidi pubblici si adotta il criterio di individuare un tetto massimo di somme destinate alla remunerazione delle prestazioni erogate; quindi, viene precisato che questo tetto massimo viene inserito come ricavo nel conto economico delle aziende pubbliche e degli altri presidi in cui si articolano le strutture pubbliche.

b.1 Orbene, rispetto a questa previsione si osserva, innanzitutto, che – ad onta di quanto previsto per gli ospedali classificati – il decreto non contiene nessun allegato che specifica le varie somme relative al tetto di spesa assegnato alle aziende pubbliche e degli altri presidi in cui si articolano le strutture pubbliche.

Tenuto conto della medesima ed unica disciplina, il decreto impugnato viola i principi di trasparenza nella parte in cui specifica chiaramente il tetto massimo della spesa previsto per le strutture private e per gli ospedali classificati, ma non fa altrettanto per le

aziende pubbliche e i presidi delle strutture pubbliche.

b.2 Peraltro, il sistema si limita a prevedere solo che le somme di cui ai tetti alla pesa sono inserite nella voce ricavi di cui al conto economico, ovvero si limita a prevedere che i tetti assumono la funzione di parametro rispetto a cui comparare i costi di produzione all'interno della gestione economica sintetizzata nel conto economico.

E' evidente, però, che questa previsione non è sufficiente.

L'inserimento della somme di cui al tetto massimo nella voce ricavi di cui al conto economico non dà alcuna garanzia che – **nell'ipotesi in cui i costi di produzione siano superiori alle predette somme**– le strutture pubbliche – al fine di pareggiare i conti economici - possano beneficiare di ulteriori ricavi, sotto forma di fondi ulteriori sganciati completamente dal numero delle prestazioni erogate, ovvero di fondi che hanno un mera funzione di ripiano dei disavanzi.

Di più - anche ammettendo che rispetto alle strutture pubbliche la Regione ha degli obblighi finanziari ulteriori rispetto a quelli previsti in favore degli ospedali classificati - **il sistema non prevede nessuna norma di garanzia circa l'esistenza di strumenti sanzionatori relativi alle ipotesi in cui le strutture pubbliche hanno negligenemente utilizzati i finanziamenti assegnatigli – correlati a determinati obiettivi di produzione - per l'erogazione di un numero di prestazioni inferiore rispetto a quelle assegnate come obiettivo.**

Insomma, è necessario verificare se l'ospedale pubblico continua ad operare o meno come se i vincoli ad una determinata produzione non esistessero.

E'evidente a chiunque che le ragioni dell'esplosione della spesa pubblica sanitaria sono da ascrivere al fatto che i presidi pubblici non sono vincolati al rispetto di nessuna programmazione relativa alle prestazione da dover erogare.

In assenza di questi limiti è evidente che i presidi pubblici non hanno alcuna ragione per limitare i loro costi perché sono privi di qualunque parametro di produttività circa il numero di prestazioni che devono erogare.

In sintesi, l'ospedale pubblico – a fronte delle risorse assegnatagli – non ha nessun vincolo secondo cui quelle risorse devono essere utilizzate per produrre 100 prestazioni e non 10.

c. Sulla base di questa evidente discriminazione a favore di presidi pubblici, si ricorderà che, come già detto, la stessa Corte Costituzionale, investita di una questione involgente anche una valutazione del sistema delle tariffe, ha chiaramente affermato che il sistema di remunerazione delle prestazioni sanitarie deve essere “...*correttamente attuato secondo principi di economicità e di mercato...*” (si veda la sentenza della Corte Cost. n. 416 del 28.7.1995).

Nè potrebbe essere diversamente, tenuto conto che l'art. 8 bis comma 2 del dlgs.vo n. 502/1992 prevede che “*I cittadini esercitano la libera scelta del luogo di cura e dei professionisti nell'ambito dei soggetti accreditati...*”.

Insomma, il nostro sistema prevede chiaramente l'erogazione delle prestazioni da parte del Servizio Sanitario Nazionale deve ispirarsi al principio della **libera scelta di mercato, da parte degli utenti, delle strutture a cui rivolgersi; peraltro, la tutela del mercato rappresenta un principio cardine del nostro ordinamento, introdotto dalla disciplina antitrust.**

Orbene, nel caso di specie, il trattamento discriminatorio a favore dei presidi pubblici – che possono utilizzare le loro risorse senza vincoli di produzione – determina **un grave effetto distorsivo della concorrenza a favore di presidi pubblici inefficienti.**

L'ospedale classificato riceve i finanziamenti previsti da tetti predefiniti in ragione di prestazioni realmente erogate; insomma, il finanziamento di cui beneficia deve corrispondere a delle prestazioni realmente erogate che costituiscono l'obiettivo di produzione assegnato.

Al contrario, gli ospedali pubblici ricevono dei finanziamenti teoricamente parametrati ad un determinato numero di prestazioni, ma non dispongono di alcun vincolo reale parametrato all'obbligo di

una produzione determinata.; insomma, si ripete, ricevono dei finanziamenti determinati ma non sono obbligati ad erogare le prestazioni assegnate loro come obiettivo.

Trattasi evidentemente di una situazione di assoluto privilegio rispetto agli ospedali classificati che premia le strutture più inefficienti, danneggia l'ospedale ricorrente erogatore e costituisce un ostacolo alla libera scelta degli utenti circa la possibilità di usufruire di prestazioni efficienti.

Istanza istruttoria

Dalle argomentazioni che precedono emerge la necessità di acquire in via istruttoria i seguenti documenti.

- qualunque atto che specifichi le varie somme relative al tetto di spesa assegnato alle aziende pubbliche – a titolo esemplificativo - per l'anno 2012;

- i bilanci di previsione e consuntivo delle Aziende ospedaliere del 2012 - a titolo esemplificativo - da cui risulti l'inserimento, nella voce ricavi del conto economico, delle somme relative al tetto di spesa assegnato alle aziende pubbliche e/o di altre e ulteriori somme, inserite sempre nella voce ricavi, quantunque sganciate completamente dal numero delle prestazioni erogate, ovvero di fondi che hanno un mera funzione di ripiano dei disavanzi.

Si rende, inoltre, necessario acquisire, in via istruttoria, chiarimenti all'Amministrazione circa l'esistenza di sistemi sanzionatori relativi alle ipotesi in cui le strutture pubbliche hanno negligenza nell'utilizzare i finanziamenti assegnatigli – correlati a determinati obiettivi di produzione - per l'erogazione di un minor numero di prestazioni rispetto a quelle assegnate come obiettivo.

A riguardo si segnala che l'ospedale ricorrente ha interesse a conoscere ed impugnare l'illegittimità di qualunque atto che ha per oggetto il sistema di finanziamento dei presidi pubblici. Infatti, il finanziamento illegittimo ai presidi pubblici sottrae risorse che possono essere redistribuite ad altri soggetti e in particolar modo agli ospedali classificati, equiparati alle strutture pubbliche.

Nel caso di specie quindi l'interesse dell'ospedale ricorrente ha natura strumentale, riconosciuto dalla giurisprudenza, in quanto è finalizzato all'annullamento di atti che hanno l'effetto di pregiudicare gravemente l'interesse dei ricorrenti.

L'Amministrazione, infatti, in caso di annullamento degli atti impugnati sarebbe obbligata all'intera riprogrammazione finanziaria con effetti positivi per il ricorrente.

Come è noto, l'interesse strumentale si differenzia da quello diretto – che ha ad oggetto direttamente un bene della vita – perché si sostanzia nella tutela di un interesse preordinato alla tutela di un futuro interesse diretto.

Secondo la giurisprudenza l'interesse a ricorrere, infatti, *“è individuato sia in corrispondenza dell'utilità pratica concreta che il ricorrente può ottenere con la pronuncia, sia in rapporto all'utilità strumentale connessa anche al porre nuovamente in discussione il rapporto controverso, con obbligo dell'amministrazione di adottare nuovi atti, idonei a salvaguardare l'interesse pretensivo della parte ricorrente”* (Cfr. T.a.r. Lazio, sez. II, n. 3377/2004); *“Sussiste l'interesse a ricorrere laddove esso abbia carattere meramente strumentale, essendo cioè meramente finalizzato a rimettere in discussione il rapporto controverso ai fini del riesercizio del potere in termini potenzialmente idonei ad evitare il pregiudizio sofferto o a conseguire il vantaggio sperato ...”* (Cfr. C. Stato, sez. VI, n. 6657/2002).

VIOLAZIONE DELL'9 DEL D.L. N. 203 DEL 30.9.2005, CONVERTITO IN L. N. 248 DEL 2.12.05, E CONFERMATO DAI COMMI 17 E 71 DELLA L. N. 191/2009 (LEGGE FINANZIARIA 2010), ECCESSO DI POTER PER DISPARITÀ DI TRATTAMENTO E DIFETTO DI PRESUPPOSTI.

Con questo motivo si intende contestare la mancata estensione – ad opera del decreto impugnato che disciplina la remunerazioni per il 2012 – dei fondi relativi agli oneri contrattuali, ivi compresa l'indennità di esclusiva.

a. Per comprendere il corretto funzionamento della disciplina in epigrafe, è necessario fare riferimento alle modalità con cui lo Stato concorre alla spesa sanitaria delle Regioni.

Il decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, all'articolo 39, comma 1, demanda al CIPE, su proposta del Ministro della sanità, d'intesa con la Conferenza Stato - Regioni, l'assegnazione annuale alle Regioni e alle Province autonome delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente; l'articolo 115, comma 1, lett. a), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, dispone che il riparto delle risorse per il finanziamento del Servizio sanitario nazionale avvenga previa intesa con la Conferenza Stato – Regioni.

Giova però sottolineare che, ai sensi dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, l'accesso delle Regioni al finanziamento integrativo a carico dello Stato è stato subordinato alla stipula di un accordo in sede di Conferenza – stato Regioni avente ad oggetto una serie di obblighi delle Regioni finalizzati al contenimento della spesa sanitaria.

E' importante, ancora, precisare che la lettera e comma 3 del predetto articolo pur prevedendo *“il vincolo di crescita delle voci dei costi di produzione... secondo modalità che garantiscano che, complessivamente, la loro crescita non sia superiore, a decorrere dal 2005, al 2 per cento annuo rispetto ai dati previsionali indicati nel bilancio dell'anno precedente (al netto di eventuali costi di personale di competenza di precedenti esercizi)”*, ha chiaramente disposto *“l'esclusione di quelli per il personale cui si applica la specifica normativa di settore.”*

Insomma, è chiaro che i costi legati alla disciplina di settore, ovvero ai rinnovi contrattuali – ivi inclusa l'indennità di esclusiva – non sono soggetti a provvedimenti di contenimento della spesa.

Tale chiarimento consente di comprendere meglio il contenuto dell'art. 9 del d.l. n. 203 del 30.9.2005, convertito in l. n. 248 del 2.12.05 e i commi 17 e 71 della l. n. 191/2009.

L'articolo 9 prevede quanto segue.

“ 1...a decorrere dal biennio economico 2006-2007... per le regioni al cui finanziamento concorre lo Stato, nel rispetto della propria autonomia

contabile, costituisce obbligo ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dalla conseguente Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, la costituzione di accantonamenti nel proprio bilancio delle somme necessarie alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale (SSN) e degli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato con il SSN, nell'ambito del proprio territori...".

2.... per l'anno 2005, per le regioni al cui finanziamento concorre lo Stato, nel rispetto della propria autonomia contabile, costituisce obbligo ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato, secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e dalla conseguente Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, la costituzione di accantonamenti nel proprio bilancio delle somme necessarie alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali dell'area della dirigenza medico-veterinaria, dell'area della dirigenza dei ruoli sanitario, professionale, tecnico e amministrativo e del personale del comparto del SSN, biennio economico 2004-2005....".

Il comma 17 dell'art. 2 della nuova legge finanziaria n. 191/2009 ha confermato la vigenza di questa previsione. "Fermo restando quanto previsto al comma 16, per gli enti del Servizio sanitario nazionale continua a trovare applicazione l'obbligo contabile disposto dall'articolo 9, comma 1, del decreto-legge 30 settembre 2005, n. 203, convertito, con modificazioni, dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248".

Anzi, il comma 71 del medesimo art. 2 prevede che gli oneri contrattuali non saranno considerati rilevanti ai fini del contenimento della spesa.

Insomma, è evidente che – a decorrere dal biennio economico 2004 – 2005 e proseguendo, a regime, dal 2006 – 2007 sino al 2012 - le predette norme hanno previsto delle forme specifiche di

finanziamento riservate a coprire i costi degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali – ivi compresi quelli relativi all'indennità di esclusiva prevista per la dirigenza medica - per il personale dipendente del Servizio sanitario nazionale (SSN) e per il personale convenzionato con il SSN.

Trattasi di previsione specifica e tassativa, tant'è che è previsto uno specifico accantonamento.

Trattasi di fondi di non scarsa rilevanza; tanto più che il comma 71 del medesimo art. 2 sopracitato prevede che gli oneri contrattuali, ai quali sono riservati dei fondi specifici, non saranno considerati rilevanti ai fini del contenimento della spesa.

Orbene, le predette disposizioni devono essere interpretate nel senso che la Regione deve predisporre anche per gli ospedali religiosi un accantonamento relativo agli oneri per i rinnovi contrattuali dei proprie dipendenti, ivi compresi i rinnovi contrattuali relativi all'indennità di esclusiva della propria dirigenza medica.

a.1 In questo senso, abbiamo detto che il nostro ordinamento prevede che i medesimi strumenti, ovvero i medesimi accordi per la remunerazione, riguardano sia le strutture pubbliche che le strutture pubbliche equiparate , appunto, agli ospedali classificati.

Insomma, il nostro ordinamento prevede una completa identità degli strumenti che regolano la remunerazione degli ospedali pubblici e degli ospedali classificati.

Si ricorderà che si tratta di una disciplina che si basa su accordi che disciplinano la remunerazione in relazione al numero delle prestazioni e all'applicazione della relativa tariffa.

Una volta, però, che la legge ha voluto garantire specificamente la remunerazione dei costi per i rinnovi contrattuali per di dipendenti pubblici, ivi inclusa l'indennità di esclusiva, l'identità di strumenti di finanziamento impone chiaramente che i fondi previsti dalle predette previsioni, in quanto attengono alle modalità di finanziamento, riguardano sia i presidi pubblici che gli ospedali classificati, ad essi equiparati.

Se così non fosse, verrebbe violato la ratio della normativa che prevede un'omogeneità di trattamento tra strutture pubbliche ed equiparate.

La migliore conferma di questa interpretazione è data dall'attività della Conferenza Stato – Regione.

In data 22.3.2001, la predetta Conferenza ha previsto un tavolo di monitoraggio per la “verifica delle spese relative ai costi per l'esclusività di rapporto per l'anno 2001, relativamente agli ospedali classificati, IRCCS, Aziende miste e Policlinici Universitari”.

In data 8 agosto 2001, la predetta Conferenza ha chiaramente previsto, al punto 17, uno specifico riferimento, nell'ambito delle risorse di cui al punto 6, alle “...risorse per far fronte ai maggiori oneri relativi alle spese per l'esclusività di rapporto per gli ospedali classificati...”; al punto 6 dell'Accordo vengono definiti i finanziamenti del SSN per gli anni 2002, 2003 e 2004 e vengono previste delle somme aggiuntive (per le finalità di cui al punto 17, fra gli altri) di 2.000 miliardi per l'anno 2002 e 2003 e 1.500 per il 2004 (come è noto l'indennità di esclusività è una voce specifica degli oneri contrattuali; quindi, sin dal 2001 – ovvero successivamente all'introduzione del sistema di remunerazione a tariffa, di cui al dlgs.vo n. 502/1992 - il nostro ordinamento ha previsto il finanziamento di voci contrattuali delle retribuzioni dei dipendenti degli ospedali classificati).

In data 16.12.2004, la predetta Conferenza ha sancito l'intesa per la ripartizione del Fondo Sanitario Nazionale 2003, ivi compresa la quota di cui alla lettera c) della delibera del CIPE n. 8 del 14.3.2003, relatività all'indennità per l'esclusività del rapporto.

Trattasi di determinazioni che provengono dall'organo più autorevole, ovvero da quella Conferenza Stato – Regione deputata, ai sensi dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, a individuare una serie di obblighi delle Regioni, finalizzati al contenimento della spesa sanitaria, condizionanti l'accesso delle Regioni al finanziamento integrativo a carico dello Stato; tra questi obblighi vi è proprio l'accantonamento delle somme di cui si discute,

previsto dal citato art. 9 del d.l. n. 203 del 30.9.2005, convertito in l. n. 248 del 2.12.05, e confermato dai commi 17 e 71 della l. n. 191/2009 (legge finanziario 2010).

Nel medesimo senso, si consideri anche l'attività del CIPE, che, si ricorderà, costituisce l'organo deputato, ai sensi del decreto legislativo 15 dicembre 1997, n. 446, articolo 39, comma 1, all'assegnazione annuale alle Regioni e alle Province autonome delle quote del Fondo sanitario nazionale di parte corrente.

Ebbene, la delibera n. 8 del 14.3.2003 – già richiamata – ha previsto, in relazione alla determinazione della quota di parte corrente del Servizio Sanitario Nazionale relativa al 2003, l'accantonamento di euro 147.416.940 per il finanziamento dell'esclusività di rapporto per l'anno 2001, relativamente agli ospedali classificati, IRCCS, Aziende miste e Policlinici Universitari; quindi la delibera n. 205 del 3.9.2005 ha deciso quanto segue: “A valere sull'accantonamento previsto dalla delibera CIPE 15 marzo 2003, n. 8, è ripartita tra le Regioni interessate la somma di euro 147.416.940 per il finanziamento dell'esclusività di rapporto per l'anno 2001, relativamente agli ospedali classificati, IRCCS, Aziende miste e Policlinici Universitari”; per la Regione Lazio era prevista la somma di 36.079.239.

a.2 Peraltro, sotto diverso profilo, si consideri ancora che le predette norme prevedono che le forme di finanziamento di cui si discute riguardano anche i costi degli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato con il SSN (in relazione alla copertura dei costi relativi agli accordi nazionali con il personale del S.S.N. si consideri pure l'art. 79 della 133/2008).

Trattasi, quindi, dei medici convenzionati completamente estranei alle strutture pubbliche che non sono incardinati nelle strutture pubbliche.

A maggior ragione questi fondi devono essere previsti per gli ospedali classificati che – secondo la definizione della legge e della giurisprudenza – sono equiparati, ovvero “consustanziali” al S.S.N. e alle Aziende Ospedaliere.

b. Procedendo oltre, la Regione Lazio ne ha più volte manifestato la sua volontà a favore del riconoscimento degli oneri contrattuali e dell'indennità di esclusiva gli ospedali classificati.

Si consideri che l'accordo specificamente approvato tra l'ospedale ricorrente e la Regione, in data 30.7.2004, garantiva espressamente il riconoscimento dei costi relativi all'indennità di esclusiva e agli oneri per i rinnovi contrattuali.

Inoltre gli accordi relativi alla remunerazione 2004-2005 e alla remunerazione 2006 prevedevano espressamente il riconoscimento dei costi relativi all'indennità di esclusiva e agli oneri per i rinnovi contrattuali, subordinando però il loro effettivo finanziamento da parte dei Ministeri competenti a livello nazionale.

Infine, la mozione del Consiglio Regionale n. 101 del 17.5.2006 ha impegnato la Giunta *"...ad individuare, nel bilancio di previsione regionale, lo stanziamento necessario alla copertura degli oneri derivanti, per i bienni 2004 – 2003 e 2006 – 2007, dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali ...e degli accordi collettivi nazionali per il personale...degli ospedali classificati..."*.

In sintesi, l'ordinamento della Regione Lazio ha già da tempo applicato l'equiparazione tra presidi pubblici e ospedali classificati anche alla materia dei rinnovi contrattuali.

Inoltre, da ultimo, il contenuto della lettera g dello schema d'accordo approvato dal decreto n. 69/2010 – relativo alla remunerazione del 2010 – per il tramite del rinvio all'intesa Regione – ARIS prevede che *"Per quanto riguarda gli oneri contrattuali e l'indennità di esclusiva viene ribadito che gli stessi non possono essere oggetto del presente accordo"*

Quindi, la Regione, con il decreto n. 69/2010 ha rinviato qualunque decisione circa la disciplina delle predetti voci.

Le ragioni di questo rinvio sono riportate dall'Intesa tra Regione Lazio e ARIS, approvata dal comma 2 del dispositivo del decreto n. 69/2010.

Nel comma 5 della motivazione dell'Intesa si legge, infatti, che *"...la presente intesa non pregiudica i diritti vantati dalle strutture equiparate"*

in ragione ai rinnovi contrattuali e indennità di esclusività medica per il personale medico dirigenziale e sulla natura giuridica degli ospedali classificati...; la Regione ribadisce che la questione sollevata relativa agli oneri per i rinnovi contrattuali verrà affrontata solo in caso di trasferimento di risorse da parte del Governo.”.

In sostanza, la Regione, ancora nel 2010, non ha assolutamente affermato che agli ospedali ricorrenti non devono essere attribuite le somme di cui si discute.

Ha solo affermato che il riconoscimento delle predette somme è condizionato all'erogazione delle necessarie risorse da parte del Governo.

c. Sulla base di queste argomentazioni e' evidente che la Regione in presenza di questi accantonamenti previsti dalla legge ha l'obbligo di emanare un provvedimento che riconosca **gli oneri contrattuali, ivi compresa l'indennità di esclusiva, come voci della remunerazione delle prestazioni relative al 2012.**

INCOSTITUZIONALITÀ INSUBORDINATO, PER VIOLAZIONE DEGLI ARTT. 97 E 3 COST., DELL'9 DEL D.L. N. 203 DEL 30.9.2005, CONVERTITO IN L. N. 248 DEL 2.12.05, E CONFERMATO DAI COMMI 17 E 71 DELLA L. N. 191/2009 (LEGGE FINANZIARIA 2010),

Qualora si ritenesse che le predette norme non estendano il beneficio del finanziamento degli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali – ivi compresa l'indennità di esclusiva - anche agli ospedali classificati, è evidente che ci sono fondate ragioni per affermare la loro incostituzionalità.

a. Innanzitutto, è evidente che, tenuto conto dell'equiparazione tra strutture pubbliche e ospedali classificati, la mancata previsione dei finanziamenti a favore di questi ultimi determina una disparità di trattamento e una violazione dell'art. 3 della Cost..

In questo senso si consideri che la Corte costituzionale ha ritenuto che la legittimità di ogni incentivazione economica deve essere valutata accertando se *“...si fondi su un criterio di ragionevolezza e persegua*

finalità costituzionalmente apprezzabili..." (si veda la sentenza della C.Cost. n. 1066 del 1988).

In più, ha ripetutamente affermato la necessità di garantire situazioni omogenee, tant'è che *"...l'estensione di agevolazioni a categorie di soggetti non contemplate dalla disciplina di favore può ritenersi costituzionalmente necessitata solo, ove accertata la piena omogeneità delle situazioni poste a raffronto, lo esiga il tertium comparationis."* (si veda l'ord.za della Corte Costit. n. 194 del 13.6.2000).

Nel caso di specie, è lo stesso ordinamento ad affermare inequivocabilmente l'equiparazione tra strutture pubbliche ed ospedali classificati.

Ne consegue, quindi, l'incostituzionalità delle predette norme, nella parte in cui non prevedono gli accantonamenti anche a favore degli ospedali classificati, in violazione dell'art. 3 della Cost.

b. Sotto un secondo profilo, si consideri, poi, che, come detto più volte, la stessa Corte Costituzionale ha affermato che il sistema di remunerazione di cui si discute deve *"...correttamente attuato secondo principi di economicità e di mercato e con una responsabile collaborazione e programmazione organizzativa..."*.

E' evidente, quindi, che – in presenza di una medesima equiparazione e dei medesimi costosi oneri organizzativi - le norme di cui si discute non possono prevedere dei diversi ausili finanziari, relativi ai costi dei rinnovi contrattuali, ivi compresa l'indennità di esclusiva.

Se così fosse, la norme sopraspecificate determinerebbero un grave effetto distorsivo della concorrenza e dell'economia di mercato nella parte in cui il sistema sanitario continua a garantire ai presidi pubblici una serie finanziamenti aggiuntivi – sopra citati – non previsti per gli ospedali classificati che – in virtù dell'equiparazione – sostengono i medesimi costi relativi al rinnovo degli oneri contrattuali e dell'indennità di esclusiva.

L'effetto distorsivo di sistema è evidente.

L'ospedale classificato è gravato da una serie di ulteriori costi

organizzativi che egli è comunque costretto a sostenere in virtù dell'equiparazione.

Ebbene, rispetto a questi costi solo gli ospedali pubblici possono beneficiare di specifici ausili per il rinnovo degli oneri contrattuali, ivi compresa l'indennità di esclusiva.

Trattasi evidentemente di una situazione di assoluto privilegio rispetto agli ospedali classificati.

Situazione di assoluto privilegio che danneggia l'ospedale ricorrente erogatore, contrasta con i principi di economia di mercato – con quel che ne consegue circa la libera scelta degli utenti in relazione alla possibilità di usufruire di prestazioni efficienti – e i principi costituzionale di cui all'art 97, che la Corte Costituzionale ha richiamato anche in relazione al sistema di remunerazione dei soggetti erogatori del S.S.N.

Per concludere, ci consenta questo Collegio di rappresentare anche le conseguenze di questa discriminazione che l'ospedale ricorrente subisce in relazione al mancato riconoscimento della remunerabilità delle voci di cui si discute..

Per il solo biennio 2006 –2007, il CIPE – con delibera n. 100 del 18.12.2008 - ha attribuito alla Regione Lazio la maggior somma di 51.598.765 per i maggiori oneri contrattuali.

Trattasi di somma di cui non hanno beneficiato gli ospedali classificati.

Sotto diverso profilo, gli ospedali classificati sono costretti a ricevere delle tariffe completamente inadeguate..

Si consideri che l'art. 1 comma 170 della l. n. 311/2004 ha previsto che *“... Con la medesima modalità e i medesimi criteri si procede all'aggiornamento biennale delle tariffe massime entro il 31 dicembre di ogni secondo anno a decorrere dall'anno 2005.”*.

Con decreto del Ministero della Salute del 12.9.2006 si è proceduto alla *“Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie”* (peraltro, tale decreto ministeriale del 12.9.2006 per la specialistica ambulatoriale ha

confermato quanto previsto dal risale D.M. del 30.6.1997).

A tale decreto non ha fatto seguito nessun aggiornamento; ne consegue, quindi, che le tariffe delle prestazioni non tengono in conto in alcun modo degli oneri contrattuali per gli anni 2006 –2007 e i bienni successivi, sino al 2012, come è avvenuto per il pubblico.

E' evidente che le tariffe ancora vigenti sono, comunque, molto risalenti nel tempo e inidonee ad assorbire gli oneri contrattuali susseguitesesi nel tempo, con danni così ingenti da mettere a rischio la stessa sopravvivenza dell'ospedale ricorrente.

P. Q. M.

Si chiede che codesto Ecc.mo Tribunale accolga il presente ricorso, annullando il provvedimento impugnato.

Ove necessario la questione di incostituzionalità dell'art. 8 quinquies n. 502/92 per violazione dell'art. 41 e dell'art. 97 della costituzione;

Ove necessario sollevi la questione di incostituzionalità dell'art. 8 quinquies e sexies del dlgs.vo n. 502/92 per violazione dell'art. 41, 31 e dell'art. 97 della costituzione. sotto diverso profilo;

Ove necessario sollevi la questione di costituzionalità dell'art. 9 del d.l. n. 203 del 30.9.2005, convertito in l. n. 248 del 2.12.05, e dell'art. 2 commi 17 e 71 della l. n. 191/2009, per violazione degli art. 3 e 97 Costit.

Il tutto con ogni conseguenza di legge, anche in ordine alle spese.

IN VIA ISTRUTTORIA.

Si chiede di acquisire in via istruttoria i seguenti documenti.

- qualunque atto che specifichi le varie somme relative al tetto di spesa assegnato alle aziende pubbliche – a titolo esemplificativo - per l'anno 2012;

- i bilanci di previsione e consuntivo delle Aziende ospedaliere del 2012 - a titolo esemplificativo - da cui risulti l'inserimento, nella voce ricavi del conto economico, delle somme relative al tetto di spesa assegnato alle aziende pubbliche e/o di altre e ulteriori somme, inserite sempre nella voce ricavi, quantunque sganciate completamente dal numero delle prestazioni erogate, ovvero di fondi

che hanno un mera funzione di ripiano dei disavanzi.

Si rende, inoltre, necessario acquisire, in via istruttoria, chiarimenti all'Amministrazione circa l'esistenza di sistemi sanzionatori relativi alle ipotesi in cui le strutture pubbliche hanno negligenemente utilizzato i finanziamenti assegnatigli – correlati a determinati obiettivi di produzione - per l'erogazione di un minor numero di prestazioni rispetto a quelle assegnate come obiettivo.

Ai fini del pagamento del contributo unificato si dichiara che la presente controversia è di valore indeterminabile.

Roma, 24 ottobre 2012


(Avv. Silvio Bozzi)

RELATA DI NOTIFICAZIONE

Ad istanza dell' "Istituto Figlie di San Camillo" - Ospedale "Madre Giuseppina Vannini", in persona del rappresentante come in atti, io sottoscritto Avv. Silvio Bozzi, a tanto autorizzato con delibera del Consiglio dell'Ordine degli Avvocati di Roma n. 92/2008, ho notificato - ai sensi della L. 21/1/1994 n. 53, previa iscrizione al n. **867** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato - il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio al **Presidente della Regione Lazio, in qualità di SubCommissario delegato al Piano di rientro**, rappresentato e difeso dall'Avvocatura Generale dello Stato e domiciliato per legge in Roma, Via dei Portoghesi, 12, CAP 00186, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **76442828705-7**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 - in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 24 ottobre 2012

Avv. Silvio Bozzi

previa iscrizione al n. **868** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato - il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio alla **Regione Lazio**, in persona del Presidente pro-tempore **in qualità di SubCommissario delegato al Piano di rientro**, presso la sua sede in Roma alla via Cristoforo Colombo, 212, CAP 00145, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **76442828704-6**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 - in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 24 ottobre 2012

Avv. Silvio Bozzi

previa iscrizione al n. **869** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato - il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio alla **Regione Lazio**, in persona del Presidente *pro - tempore*, presso la sua sede in Roma alla via Cristoforo Colombo, 212, CAP 00145, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **76442828703-5**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 - in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 24 ottobre 2012

Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 870 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio alla **Provincia Italiana della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione - Istituto Dermopatico dell'Immacolata**, in persona del rappresentante legale pro-tempore, nella sua sede sita in via Monti di Creta, n. 104 - CAP 00167, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76442828702-4, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 24 ottobre 2012

Avv. Silvio Bozzi

previa iscrizione al n. 871 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio alla **AUSL Roma C**, in persona del rappresentante legale pro tempore, nella sua sede sita in Roma, in via Primo Carnera, 1 - CAP 00142, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76442828701-2, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 24 ottobre 2012

Avv. Silvio Bozzi

previa iscrizione al n. 872 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio al **Ministero della Salute**, in persona del rappresentante legale pro – tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, sita in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 76442828700-1, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 24 ottobre 2012

Avv. Silvio Bozzi

previa iscrizione al n. **873** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio al **Ministero dell'Economia e delle Finanze**, in persona del rappresentante legale pro – tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, siti in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **76442828699-0**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, ~~24~~ ottobre 2012

Avv. ~~Silvio Bozzi~~

previa iscrizione al n. **874** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**, in persona del rappresentante legale pro – tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, siti in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **76442828698-9**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, ~~24~~ ottobre 2012

Avv. ~~Silvio Bozzi~~

NOTIFICAZIONE DI ATTI GIUDIZIARI

ai sensi della Legge 21/1/94, n. 53

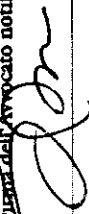
Autorizzazione Consiglio Ordine Avvocati di Roma

N. 82 del 28-2-2008

AVV. SILVIO BOZZI
STUDIO LEGALE RECCHIA E ASSOCIATI
CORSO TRIESTE, 88 - 00198 ROMA
TEL. 06.8551812 - 06.8559602
FAX 06.8551844

N. 809 del Registro Cronologico

Firma dell'Avvocato notificante



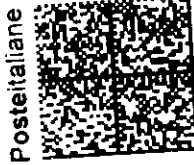
AVVERTENZE

Sulla presente busta devono applicarsi francobolli per l'importo corrispondente alla francatura e raccomandazione del piego e della ricevuta di ritorno.

La presente raccomandata deve descriversi sui fogli n. 1-A; deve consegnarsi possibilmente al destinatario. Se questi è assente può essere consegnata ad uno della famiglia od a persona addetta alla casa od al servizio del destinatario purché trattasi di persona sana di mente di età maggiore ai quattordici anni, o in mancanza al portiere.

Se il piego viene rifiutato o non può essere consegnato per l'assenza di persone idonee, debesi inviare mediante raccomandata A.R., avviso contenente l'avvertimento che il piego resterà depositato presso l'Ufficio Postale a disposizione del destinatario per 10 giorni.

L'avviso di ricevimento va staccato dal piego soltanto in caso di consegna del piego stesso.



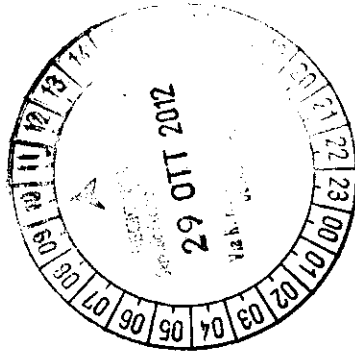
Postaraccomandata
AR € 8,65

EL04063501 0014E



55536 00199 ROMA SP (RM)

24.10.2012 11.20



Rc

RECCHIA E ASSOCIATI
in persona del Procuratore - Pt.

VIA CRISTOFANO COLOMBO, 212

00145 , ROMA

Medichini - Via S. Colonna, 88 - Roma - Tel. 06.3216641