

Avv. Silvio Bozzi
00198 Roma – Viale Regina Margherita, 1
Tel. 06.8559602 – 06.8551812 Fax 06.8551844
PEC silviobozzi@ordineavvocatiroma.org

ECCELLENTISSIMO TRIBUNALE 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 di Madre Zélia Andrighetti, nella qualità di Legale Rappresentante, - rappresentata e difesa, come da procura alle liti in calce al presente atto, dall'Avv. Silvio Bozzi (C.F. BZZSLV66H03A783M; e-mail - PEC silviobozzi@ordineavvocatiroma.org; fax 06/8551844), ed elettivamente domiciliata presso lo Studio dell'Avv. Silvio Bozzi in Roma, Viale Regina Margherita, 1;

contro

- la Regione Lazio, in persona del Presidente *pro - tempore*, presso la sua sede in Roma alla via Cristoforo Colombo, 212, CAP 00145,
- la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, in persona del rappresentante legale *pro-tempore*, nella sua sede legale in Roma, in Largo Francesco Vito 1, CAP 00168,
- l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, in persona del rappresentante legale *pro-tempore*, nella sua sede legale in Roma, in Viale del Policlinico, 155, CAP 00161,
- l'Ospedale Policlinico Casilino, in persona del rappresentante legale *pro-tempore*, nella sua sede legale in Roma, in Via Casilina 1049 – CAP 00169,
- l'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, in persona del rappresentante legale *pro-tempore*, nella sua sede legale in Roma, in Cir.ne Gianicolense 87 – CAP 00152,
- al Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario Ad Acta delegato al Piano di rientro per il disavanzo del Settore Sanitario della Regione Lazio,

rappresentato e difeso dall'Avvocatura Generale dello Stato, presso i cui uffici è domiciliato ex lege in Roma, Via dei Portoghesi, 12 - CAP 00186,

Per l'annullamento, previa sospensiva, della determinazione della Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione Lazio G14656 del 26.10.2022 (registrata ufficialmente il 27.10.2022), nonché di ogni altro atto presupposto, connesso e conseguente, ivi compresi, tra gli altri, e ove occorra, del DCA n. 498 del 2019 della DGR 689 del 2020 e della determinazione dirigenziale G14713 del 2020, nei limiti specificati in parte motiva.

ELEMENTI ESSENZIALI PER INDIVIDUARE L'OGGETTO SPECIFICO DEL PRESENTE RICORSO E LA RELATIVA NORMATIVA DI RIFERIMENTO

La parte di dispositivo impugnato

Con il presente ricorso si intende contestare il primo interlinea del dispositivo della determina G14656 del 2022 impugnata nella parte in cui ha deciso: *di definire, per l'anno 2021, il finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 1-bis e 2, del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. per le strutture pubbliche e private accreditate, in attuazione di quanto previsto dalla delibera di Giunta n. 339 dell'8 del 29 settembre 2021 secondo quanto indicato per singola struttura nell'Allegato A (tabelle 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), parte integrante della presente determinazione*

Più specificamente le tabelle di interesse precipuo del presente ricorso sono le seguenti.

La Tabella 1 – avente ad oggetto i costi della rete dell'emergenza e dell'urgenza – con specifico riferimento alla tabella a), relativa ai privati accreditati, tra cui l'Ospedale ricorrente.

La Tabella 2 – avente ad oggetto i costi della rete della Terapia Intensiva, della Terapia intensiva coronarica e della Terapia intensiva neonatale – con

specifico riferimento alla tabella a), relativa ai privati accreditati, tra cui l'Ospedale ricorrente.

Giova precisare che entrambe le tabelle definiscono i costi delle predette reti come costi d'attesa.

La normativa rilevante

Come visto il dispositivo fa riferimento all'*art. 8-sexies, comma 1-bis e 2, del D. Lgs. n. 502/1992*, richiamato anche al comma 4 della pag. 6 della motivazione della delibera.

In particolare giova segnalare il contenuto del comma 1 dell'*art. 8 sexies comma 2*, nella parte in cui prevede che *"le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard del costo di produzione del programma di assistenza, mentre le attività di cui al comma 4 sono remunerate con tariffa a prestazione.*

Insomma i programmi assistenziali di cui al comma 2 – oggetto del presente ricorso – sono remunerati al costo standard di produzione del programma di assistenza e non attraverso il pagamento di una tariffa specifica per ogni singola prestazione come avviene per l'assistenza ospedaliera ed ambulatoriale.

La giurisprudenza ha chiaramente affermato che le risorse utilizzate per il sistema remunerativo delle funzioni non sono correlate *"a ciascuna prestazione effettuata e sono destinate a coprire costi fissi non frazionabili"* (TAR Lombardia Milano Sez. III 4247 del 2007); nel medesimo senso è stato affermato: *In ambito sanitario il finanziamento previsto dalla normativa di cui all'art. 8-sexies, comma 2, lett. b) del D.Lgs. n. 502/1992 costituisce una speciale remunerazione per lo svolgimento di determinate attività che non possono essere retribuite secondo il consueto schema tariffario riferito a ciascuna prestazione effettuata e sono destinate a coprire determinati costi fissi non frazionabili, sostenuti a prescindere dal numero delle prestazioni rese, o ad incentivare specifici settori di intervento.*
T.A.R. Lazio Roma Sez. III quater, 30-04-2020, n. 4512.

D'altra parte nel caso di specie si tratta della remunerazione dell'emergenza e della terapia intensiva – nelle sue varie articolazioni -; trattasi di attività molto importanti e i finanziamenti di cui si discute sono finalizzati a far sì che le strutture devono essere sempre conservate in uno stato di massima efficienza, tale per cui la remunerazione è legata allo specifico costo di produzione a prescindere da quante prestazioni sono richieste dagli utenti.

Giova precisare che entrambe le tabelle definiscono i costi delle predette reti come costi d'attesa; insomma la rete costa per il solo fatto che esiste in attesa che arrivino delle eventuali prestazioni,

ESAME DEGLI ELEMENTI PIU' IMPORTANTI DELLA MOTIVAZIONE DELLA DELIBERA.

Invero la motivazione della delibera è molto vasta.

Per agevolare la lettura del Giudice si procederà a rappresentare gli elementi che rilevano specificamente in funzione delle censure in diritto.

I criteri di remunerazione della rete dell'emergenza e dell'urgenza della rete della Terapia Intensiva, della Terapia intensiva coronarica e della Terapia intensiva neonatale

A riguardo si può fare riferimento al comma 3 della pag. 11 (si veda il pure il comma 3 della pag. 12) dove si legge: *che, per quanto riguarda la quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi di attesa relativi alle Reti di Emergenza Urgenza e per la quota finalizzata al finanziamento dei maggior costi per le attività con rilevanti costi di attesa connesse alla Terapia Intensiva, Terapia Intensiva Neonatale e delle Unità Coronariche i criteri di calcolo di cui alla vigente normativa (DCA n. 498/2019) prevedono:*

a. Rete dell'emergenza e dell'urgenza

a) per la quota finalizzata al finanziamento dei maggiori costi per le attività con rilevanti costi di attesa relativi alle Reti di Emergenza Urgenza, il

livello massimo di finanziamento per singolo soggetto erogatore privato accreditato è definito in funzione del numero effettivo degli accessi al P.S. nell'anno 2021, al netto degli accessi con "codice 6 — paziente non risponde a chiamata", valorizzando tali accessi secondo il "Valore Standard Medio", tenuto conto del ruolo ricoperto nella Rete di Emergenza ed Urgenza e del limite di spesa pari al tetto massimo del finanziamento sopra riportato, indicato per la relativa funzione, pari ad euro 76.376.084,52.

Nella sostanza – in virtù della disciplina di cui al DCA n. 498 del 2019 - la remunerazione della Rete dell'emergenza e dell'urgenza viene stabilita sulla base di un Valore Standard Medio (VSM) stabilito in relazione alla classificazione organizzativa dell'Ospedale (P.S., DEA I Livello e DEA di II Livello si veda il relativo quadro nella tabella 1 che individua un VSM differenziato rispetto alle predette tre Categorie basandosi sugli accessi e ai finanziamenti specifici delle tre categorie).

Come si illustrerà meglio più innanzi, il Valore Standard Medio è calcolato dividendo il finanziamento complessivo di 76.376.084,52 per gli accessi relativi a tutti i soggetti accreditati privati; o meglio dividendo la somma prevista - all'interno della predetta somma generale - per le varie categorie di soggetti erogatori per gli accessi complessive delle tre categorie di soggetti erogatori.

Questo Valore Standard Medio viene poi applicato, con riferimento ad ogni soggetto accreditato, al *numero effettivo degli accessi al P.S. nell'anno 2021, al netto degli accessi con "codice 6 — paziente non risponde a chiamata"*.

Per comprendere il significato di *numero effettivo di accessi* è necessario tener conto che la disciplina di cui al DCA n. 498 del 2019 è stata integrata dalla determina G14713 del 4.12.2020.

Ed in effetti questa dizione si spiega in relazione alla determina G14713 del 4.12.2020, che, appunto integrando la DGR 489 del 2019, ha inteso modificare la precedente dizione di accessi effettivi facendo riferimento solo agli accessi al P.S. non seguiti da ricovero; mentre prima della modifica si faceva riferimento a tutti gli accessi al P.S. ivi compreso quelli seguiti da ricovero.

E' chiaro che il predetto sistema di pagamento - al di là della illegittima non inclusione degli accessi non seguiti da ricovero - non tiene in alcun conto dei costi standard di produzione a cui fa riferimento l'art. 8 sexies.

Si basa su un'operazione meramente finanziaria; divide il finanziamento previsto per le tre categorie di soggetti erogatori, all'interno della somma complessiva, per tutti gli accessi al P.S., non seguiti da ricovero, relativi alla medesima categoria; quindi il valore della predetta divisione è quanto viene riconosciuto ad ogni soggetto erogatore per ogni accesso che esso ha erogato.

b. Rete delle terapie intensive, nelle loro varie articolazioni

b) per la quota finalizzata al finanziamento dei maggior costi per le attività con rilevanti costi di attesa connesse alla Terapia Intensiva, Terapia Intensiva Neonatale e delle Unità Coronariche, il livello massimo di finanziamento per singolo soggetto erogatore privato accreditato, è definito in funzione del numero delle giornate di occupazione nei posti letto accreditati nell'anno 2021, remunerabili a consuntivo e valorizzati secondo il "Valore Standard Medio", tenuto conto del limite di spesa di pari al tetto massimo del finanziamento sopra indicato per la relativa funzione, pari, rispettivamente ad euro 31.353.424,04, euro 13.823.953,47 ed euro € 10.449.716,15;

Parimente a quanto accade per la rete dell'emergenza e dell'urgenza - in virtù sempre della disciplina di cui al DCA n. 498 del 2019 - anche la remunerazione delle Terapie intensive viene stabilita sulla base di un Valore Standard Medio (in questo caso non c'è un Valore Standard Medio differenziato rispetto a categorie differenziate di soggetti erogatori in quanto gli erogatori appartengono tutti ad una medesima categoria; quindi il Valore Standard Medio si riferisce alle prestazioni delle tre tipologie di Terapie, rapportati ai finanziamenti relativi alle tre tipologie di Terapie).

Come si illustrerà meglio più innanzi, il Valore Standard Medio è calcolato dividendo il finanziamento complessivo di 31.353.424,04, euro 13.823.953,47 ed euro € 10.449.716,15 - relativo alle varie terapie - per la totalità delle giornate

di occupazione erogate da tutti i soggetti accreditati.

Quindi, questo Valore standard medio viene applicato alle giornate di occupazione erogate da ogni singolo soggetto erogatore.

E' chiaro che anche in questo caso il predetto sistema di pagamento non tiene in alcun conto dei costi standard di produzione a cui fa riferimento l'art. 8 sexies.

Si basa su un'operazione meramente finanziaria come sopra descritto per la rete dell'emergenza; l'unica differenza è che i soggetti erogatori sono tutti nella stessa categoria, nel mentre, invece, ci sono tre finanziamenti differenziati per le tre tipologie di terapie.

La remunerazione dei servizi delle reti oggetto del ricorso erogati a pazienti Covid

Invero i sopracitati criteri di remunerazione non riguardano le prestazioni rese ai pazienti covid che sono oggetto di una remunerazione separata.

A riguardo il comma 2 della pag. 12 della motivazione stabilisce che – in virtù della DGR n. 689 del 2020 e delle norme inserite nell'art. 7 dell'accordo con i soggetti accreditati di cui alla predetta delibera – le funzioni assistenziali volte a remunerare le prestazioni di Terapia intensiva e Terapia subintensiva ai pazienti covid *includono i maggiori costi remunerati secondo le regole di cui al DCA 498/2019*".

Insomma per le prestazioni di Terapia Intensiva e Terapia subintensiva ai pazienti Covid vi è una remunerazione a parte che esclude la remunerazione di cui si discute.

Elementi contabili della delibera

A riguardo il comma 3 terzo interlinea della pagina 10 - oltre a ribadire concetti esposti sopra – ribadisce in maniera organica che per i soggetti accreditati *"i livelli di finanziamento 2021 che saranno ripartiti per le strutture private accreditate secondo i criteri di cui alla DGR n. 489/2019 saranno i seguenti:*

° Funzioni P.S.: € 76.376.084,52

° Funzioni T.I.: € 31.353.424,04

° Funzioni U.T.I.C.: € 10.449.716,15

° *Funzioni T.I.N.: € 13.823.953,47*

Si badi bene che questo limite di finanziamento – articolato in relazione alle varie categorie – riguarda solo le strutture private accreditate.

Il quinto interlinea del comma 3 nel fare riferimento alle strutture pubbliche utilizza lo stesso criterio del Valore Standard Medio, ma non fa riferimento a nessun limite di finanziamento; negli stessi termini le lettere c) e d) del primo comma della pag. 12 della motivazione .

Tanto sopra precisato, per mera completezza, il comma 2 terzo interlinea della pag. 10 della motivazione precisa che *in relazione alle funzioni di T.I., T.I.N. e U.T.I.C., al fine di mantenere, a seguito dell'applicazione del criterio del "Valore Standard Medio" (VSM) di cui al soprarichiamato DCA 498/2019, una coerenza con il livello di finanziamento consuntivo per l'anno 2020, si riconoscono gli importi del fondo stanziato nel 2020 con DGR n. 769/2021 e ripartito con determinazione n. 83/2022;*

Invero in relazione alla predetta effettiva coerenza del finanziamento consuntivo 2020 per le *funzioni di T.I., T.I.N. e U.T.I.C.* con il consuntivo 2021 è necessario fare riferimento alla *determinazione n. 83 del 2020* sopra citata.

E in effetti per precisione in relazione alla UTIC vi è una differenza negativa tra il finanziamento 2021, pari ad euro 10.499.716,15, di cui alle cifre sopra, e il finanziamento 2020, pari a euro 10.630.433,52 di cui alla tabella al comma 2 della pagina 7 della determina n. 83 del 2020; negli stessi termini vi è una differenza negativa tra il finanziamento TI 2021, pari ad euro 31.335.424,04 di cui alle cifre sopra, e il finanziamento 2020, pari a euro 31.895.650,04 di cui alla tabella al comma 2 della pagina 7 della determina n. 83 del 2020.

Detto questo, tutte le categorie di finanziamento del 2022 sono servite anche per remunerare i nuovi posti non destinati all'emergenza pandemica – oggetto di un finanziamento separato rispetto alla predetta delibera - delle *strutture Complesso integrato Columbus (Fondazione Policlinico Gemelli e C.I.C) e Policlinico Universitario Campus Medico*” (si veda il comma 4 della pag. 13 della motivazione e si vedano anche i commi 4,5 e 6 della pag. 9 della motivazione e il comma 1 della pag. 10 della motivazione).

E' evidente che maggiori sono i soggetti che erogano le prestazioni di cui si discute minore è il Valore Standard Medio perché il finanziamenti specifici, per categorie di soggetto e o tipologie di terapia intensiva devo essere divisi per un maggior numero di prestazioni.

Il provvedimento impugnato è illegittimo per le seguenti argomentazioni in

DIRITTO

VIZI RELATIVI A TUTTE LE CATEGORIE DI FINANZIAMENTO.

Violazione dell'art. 8 sexies comma 1 del dlsg.vo n 502 del 1992. Eccesso di potere per sviamento di potere, difetto di istruttoria e illogicità manifesta. Violazione del principio dell' affidamento

Invero storicamente la Regione Lazio – prima dell'adozione del sistema di cui alla DCA n. 498 del 2019, applicabile anche al provvedimento impugnato, che ha introdotto il sistema del Valore Standard Medio di cui sopra – aveva adottato - con il DCA n. 265 del 2014 e successive modificazioni – un sistema del tutto diverso e coerente la ratio dell'art. 8 sexies comma 1 in epigrafe.

Ovvero il precedente sistema prevedeva dei rimborsi forfettari certi e predeterminati ancorati ai costi standard delle strutture delle reti di cui si discute, come elaborati dalla medesima Amministrazione.

Insomma questo sistema garantiva che la struttura disponesse di ristori sicuri per garantire l'efficienza della rete, a prescindere dal numero delle prestazioni erogate.

D'altra parte – come detto all'inizio del ricorso e facendo rinvio alla giurisprudenza già citata - nel caso di specie si tratta della remunerazione dell'urgenza ed emergenza e della terapia intensiva – nelle sue varie articolazioni -; trattasi di attività molto importanti e i finanziamenti di cui si discute sono finalizzati a far sì che le predette strutture devono essere sempre conservate in uno stato di massima efficienza, tale per cui la remunerazione è legata allo specifico costo di produzione a prescindere da quante prestazioni sono richieste dagli utenti.

Si tenga conto a riguardo quanto emerge dagli allegati al DCA n. 265 del 2014, tabelle 1 e 2 - che ristoravano i costi di produzione a prescindere dai costi di produzione.

Ebbene nella tabella 1 - relativa all'emergenza e all'urgenza - e nella tabella 2 - relativa alle terapie intensive - vi è un lungo elenco dei costi relativi al personale medico infermieristico e al personale amministrativo dipendente e ai medici consulenti che la specifica struttura è comunque obbligata ad assicurare; oltre ad altri costi diretti e ad altri costi generali, rapportati in percentuale ai costi di cui sopra, che ogni struttura deve sopportare.

Con l'attuale sistema non esiste più la certezza della sicura remunerazione di queste voci di costo, che rappresentano il costo standard a cui fa riferimento l'art. 8 sexies citato in rubrica, come quantificato nel tempo proprio dall'Amministrazione.

Come detto, infatti, il Valore Standard Medio è calcolato dividendo il finanziamento complessivo delle varie reti per la totalità degli accessi - per il pronto soccorso - e le giornate di occupazione - per le terapie intensive - relative a tutti i soggetti accreditati.

Quindi, questo Valore Standard Medio viene ricavato sulla base di elementi variabili.

Ed allora è chiaro che i costi fissi non sono assicurati in maniera certa perché dipendono dalla volatilità Valore Standard Medio che, a sua volta, dipende dalla volatilità delle prestazioni complessive erogate, oltreché del finanziamento complessivo.

Intanto, ad onta di questa volatilità della remunerazione, i costi fissi rimangono sempre gli stessi in relazione alle varie categorie di cui al DCA n. 265 del 2014 e nemmeno aggiornati al 2021, come sopra detto in riferimento al rinnovo dei contratti del personale.

Tanto sopra chiarito, dal confronto delle tabelle di cui al provvedimento impugnato con quelle del DCA n. 215 del 2014, emerge che la struttura ricorrente ha comunque subito una diminuzione in relazione a tutte le remunerazioni della terapia intensiva di cui dispone – più precisamente subisce una diminuzione molto rilevante in relazione alla terapia intensiva – ed un abnorme riduzione in relazione alla remunerazione dell'emergenza e dell'urgenza, come si dirà in uno specifico motivo; il tutto nonostante che i costi del personale dal 2014 hanno avuto degli incrementi determinati dai rinnovi contrattuali intercorsi dal 2014 al 2021.

Si badi bene che nel caso di specie trattasi di controversia completamente diversa da quelle che hanno per oggetto il budget a tariffa relativo alle normali prestazioni per acuti ed ambulatoriali dove l'ospedale può rifiutare le prestazioni extrabudget e comunque, secondo la filosofia della giurisprudenza recente, accetta consapevolmente di lavorare con il SSN alle condizioni economiche proposte dall'Amministrazione.

Al contrario in questo caso trattasi di attività legate a precisi obblighi di legge di mantenere sempre in efficienza le reti di cui si discute per garantire la loro completa idoneità rispetto alla richiesta di eventuali prestazioni di emergenza che non possono in alcun modo di rifiutarsi di erogare.

Si consideri poi, come già detto, che le tabelle di cui al DCA 265 del 2014 facevano riferimento a costi specifici relativi alla specifica dotazione del personale di ogni soggetto erogatore.

L'originalità delle singole caratteristiche dei soggetti erogatori viene completamente ignorata dal metodo del Valore Standard Medio che fa riferimento solo a dati generali, ovvero al finanziamento complessivo e al numero complessivo delle prestazioni erogate da tutti i soggetti.

Sotto ulteriore profilo, questo sistema non garantisce affatto l'affidamento dei soggetti erogatori circa le risorse di cui possono disporre con certezza per le spese che devono affrontare in un determinato anno.

Questa difesa è consapevole del fatto che le sentenze dell'Ad. Plenaria del C.d.S. n. 3 e 4 del 2012 pongono dei limiti al predetto affidamento.

«La tutela di tale affidamento richiede che le decurtazioni imposte al tetto dell'anno precedente, ove retroattive, 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. Più in generale, la fissazione di tetti retroagenti impone l'osservanza di un percorso istruttorio, ispirato al principio della partecipazione, che assicuri l'equilibrato contemperamento degli interessi in rilievo, nonché esige una motivazione tanto più approfondita quanto maggiore è il distacco dalla prevista percentuale di tagli. Inoltre, la considerazione dell'interesse dell'operatore sanitario a non patire oltre misura la lesione della propria sfera economica anche con riguardo alle prestazioni già erogate fa sì che la latitudine della discrezionalità che compete alla regione in sede di programmazione conosca un ridimensionamento tanto maggiore quanto maggiore sia il ritardo nella fissazione dei tetti»

Nel caso di specie però il sistema è strutturato metodologicamente in maniera tale che non garantisce nemmeno un minimo di certezza, anzi esalta l'incertezza dell'affidamento al massimo grado.

E peraltro si consideri che la Regione provvede al consuntivo definitivo non all'inizio dell'anno 2022 – rispetto al 2022 – ma a 2022 inoltrato.

Violazione dell'art. 8 sexies comma 1 del dlsg.vo n 502 del 1992. Eccesso di potere per sviamento di potere, difetto di istruttoria e illogicità manifesta sotto diverso profilo. Violazione dei principi costituzionali di tutela del diritto alla salute di cui all'art. 32, del principio di ragionevolezza di cui all'art. 3 della Costituzione e di principio di buona amministrazione di cui all'art. 97 della Cost.

Con questa censura si intende contestare la discriminazione della remunerazione prevista tra ospedali privati accreditati e ospedali pubblici.

E si badi bene che questa censura non contesta, come spesso accade, che le predette categorie di ospedali devono avere la medesima remunerazione nonostante la diversa qualificazione giuridica.

Questa censura è volta a contestare che il criterio di remunerazione di cui si discute, assicurando agli ospedali pubblici maggiori risorse rispetto a quelle destinate ai privati, fa sì che le reti degli ospedali pubblici beneficino di maggior risorse finalizzate a garantire la loro efficienza rispetto a quanto accade per garantire le reti delle strutture private.

E ci consenta il Giudice di segnalare che questa garanzia di minore efficienza delle reti degli Ospedali privati è molto rilevante in relazione alla tutela della salute dei privati che – per ragioni occasionali e per il congestionamento delle reti pubbliche – si rivolgono alle reti private.

Trattasi quindi di tutela che rileva innanzitutto rispetto ai cittadini.

Giova ripetere che il comma 3 terzo interlinea della pagina 10 - oltre a ribadire concetti esposti sopra - precisa che per i soggetti accreditati *“i livelli di finanziamento 2021 che saranno ripartiti per le strutture private accreditate secondo i criteri di cui alla DGR n. 489/2019 saranno i seguenti:*

° Funzioni P.S.: € 76.376.084,52

° Funzioni T.I.: € 31.353.424,04

° Funzioni U.T.I.C.: € 10.449.716,15

° Funzioni T.I.N.: € 13.823.953,47

Si badi bene che questo limite di finanziamento – articolato in relazione alle varie categorie – riguarda solo le strutture private accreditate.

Il quinto interlinea del comma 3 nel fare riferimento alle strutture pubbliche utilizza lo stesso criterio del VMS, ma non fa riferimento a nessun limite di finanziamento; negli stessi termini le lettere c) e d) del primo comma della pag. 12.

Vediamo come questo concetto si traduce in riferimento alle tabelle degli allegati 1

e 2.

Nella tabella 1 vi è proprio un riquadro che individua il Valore Standard Medio in relazione a 3 categorie perché sono tre i diversi tipi di ospedali che assicurano l'emergenza e l'urgenza.

Si consideri che la quinta linea verticale fa riferimento ad un numero di accessi e al totale finanziamento che sono propri quelli dell'ultima linea orizzontale del riquadro a) riservato alle strutture private accreditate.

Insomma il VSM medio è calcolato sulla base del finanziamento generale e gli accessi dei privati; quindi questo Valore Standard Medio viene moltiplicato per gli accessi dei singoli soggetti erogatori privati, così da individuare il finanziamento a loro riservato.

Se i privati – a fronte del medesimo finanziamento complessivo – erogassero un numero di accessi maggiori il Valore Standard Medio diminuirebbe perché, come già detto, per gli ospedali privati non si potrà andare oltre un budget complessivo di finanziamento.

Non altrettanto succede per gli ospedali pubblici.

Invero la tabella A fa riferimento al medesimo Valore Standard Medio stabilito sulla base della tabella che fa riferimento ai privati.

Vi è però una grande differenza: gli ospedali pubblici non hanno limiti di finanziamento come i privati e quindi questo Valore Standard Medio rimarrà lo stesso qualunque sia il numero di accesso da essi erogati; proprio perché non c'è un limite di finanziamento.

Insomma viene utilizzato un criterio stabile di calcolo – ovvero il Valore Standard Medio mutuato dai privati – senza risentire della variabilità che caratterizza le relative modalità di calcolo utilizzate in ragione della necessità di rispettare il limite di finanziamento dei privati.

In relazione alla Tabella 2 non vi è un riquadro specifico che individua il Valore Standard Medio perché non c'è necessità di individuare tre valori differenziati per 3 categorie di erogatori.

E' evidente però che il criterio è il medesimo della tabella 1.

Infatti il Valore Standard Medio deve per forza essere calcolato sulla base degli accessi e finanziamenti complessivi degli ospedali privati – in relazione alle 3 diverse tipologie di Terapia – perché è rispetto ad essi che il provvedimento impone un tetto al finanziamento complessivo al rispetto del quale è finalizzato il criterio del Valore Standard Medio.

Valore standard Medio che verrà applicato anche agli ospedali pubblici; con la grande differenza che gli ospedali pubblici non hanno limiti di finanziamento come i privati e quindi questo Valore Standard Medio rimarrà lo stesso qualunque sia il numero di accesso da essi erogati; proprio perché non c'è un limite di finanziamento.

Insomma viene utilizzato un criterio stabile di calcolo – ovvero il Valore Standard Medio mutuato dai privati – senza risentire della variabilità che caratterizza le relative modalità di calcolo utilizzate in ragione della necessità di rispettare il limite al finanziamento dei privati.

Istanza istruttoria

Si chiede al Giudice di richiedere in via istruttoria una relazione di chiarimenti per accertare: *le modalità di calcolo del Valore Standard Medio in relazione alle tabelle 1 e 2 e la loro concreta applicazione alle strutture private e pubbliche e, quindi, verificare se per le strutture pubbliche, pur, utilizzando il medesimo Valore Standard Medio dei soggetti privati, non vi è alcuno limite al finanziamento come avviene per gli ospedali privati.*

Violazione dell'art. 8 sexies comma 1 del dlsg.vo n 502 del 1992 sotto diverso profilo. Eccesso di potere per sviamento di potere, difetto di istruttoria e illogicità manifesta sotto diverso profilo

Come visto le funzioni assistenziali volta a remunerare le prestazioni di Terapia intensiva e Terapia subintensiva ai pazienti covid “*includono i maggiori costi remunerati secondo le regole di cui al DCA 498/2019*”.

Insomma per le prestazioni di Terapia Intensiva e Terapia subintensiva ai pazienti Covid vi è una remunerazione a parte che esclude la remunerazione di cui si discute.

Ed in effetti questa previsione è determinata dalla DGR n. 689 del 2020 e dalle norme inserite nell'art. 7 dell'accordo con i soggetti accreditati di cui alla predetta delibera.

Più precisamente l'art. 7 comma 4 lettera d) prevede una remunerazione specifica relativa, in sintesi, all'*allestimento* dei posti letto di Terapia Intensiva e Semintensiva.

Ora è chiaro che il predetto finanziamento nel riferirsi all'*allestimento* fa riferimento proprio alle risorse necessarie per la creazione dei posti letto.

Nel caso di specie la remunerazione di cui al predetto ricorso non si riferisce all'*allestimento* dei posti letto in questione – che sono stati attivati dall'Ospedale ricorrente molto tempo fa – ma alle risorse necessarie per mantenere in efficienza, nel corso del tempo, la rete di cui ai posti letto.

Tenuto conto quindi che la funzione della remunerazione di cui si è discute è diversa da quella di cui al predetto art. 7, non c'è nessuna ragione logica perché la remunerazione dell'art. 7 possa includere *i maggiori costi remunerati secondo le regole di cui al DCA 498/2019*, ovvero previsti dalla disciplina oggetto del ricorso.

Violazione dell'art. 8 sexies comma 1 del dlgs.vo n 502 del 1992. Eccesso di potere per sviamento di potere, difetto di istruttoria e illogicità manifesta sotto diverso profilo. Violazione dei principi di trasparenza che devo ispirare i procedimenti amministrativi.

Questa difesa è consapevole che rispetto ad atti come quello di cui si discute, avente un contenuto generale, le garanzie del procedimento in contraddittorio con i soggetti destinatari del provvedimento sono attenuate.

Epperò nel caso di specie l'Amministrazione, come emerge dalla documentazione depositata, ha deciso essa stessa di avviare un procedimento in contraddittorio con relativa comunicazione di avvio del procedimento.

L'ospedale ha risposto a questa nota illustrando dettagliatamente tutte le sue argomentazioni.

L'Amministrazione non ha risposto a nessuna delle argomentazioni né della nota del ricorrente e né di quelle delle Associazioni di categoria.

In più si consideri che con determina n. G02842/2022 è stato istituito il Gruppo di lavoro per la definizione dei criteri di calcolo delle funzioni assistenziali ex art. 8.

Ebbene, nonostante l'Amministrazione si sia vincolata espressamente ad un contraddittorio con l'avvio di un procedimento, istituendo financo un Gruppo di lavoro, questo contraddittorio non c'è mai stato.

VIZI RELATIVI ALLA RETE DELL'EMERGENZA E DELL'URGENZA

Violazione dell'art. 8 sexies comma 1 del dlgs. n. 502 del 1992. Eccesso di potere per sviamento di potere, difetto di istruttoria e illogicità manifesta sotto diverso profilo.

In questa sede si intende contestare, in relazione alle prestazioni della rete dell'emergenza e dell'urgenza.

A riguardo è bene segnalare l'abnorme differenza tra il finanziamento di cui alla delibera impugnata e al DCA n.265 del 2014 che ha introdotto il sistema di finanziamento precedente e quello attuale di cui alla delibera impugnata.

La tabella 1 della delibera qui impugnata lettera a) – riservata agli ospedali privati -prevede con l'ottava colonna orizzontale, riservata all'ospedale ricorrente, quinta colonna verticale la somma di euro 3.670.922,27.

Si veda ora la tabella 1 della rete dell'emergenza e dell'urgenza allegata al DCA n. 265 del 2014.

La colonna verticale 5 è riservata all'ospedale ricorrente.

Orbene le colonne orizzontali da 8 a 18 indicano, dapprima tutti i costi relativi alle varie categorie di personale, altri costi diretti e i costi generali, e poi il totale dei costi pari a 6.766.700; questo è il totale dei costi standard di produzione, a cui fa riferimento l'art. 8 sexies citato in rubrica, identificati dall'Amministrazione - con l'ausilio dell'Agenas qualificata struttura pubblica - con i propri criteri, che l'Ospedale doveva sopportare nel 2014 per la rete dell'emergenza.

Tra le due cifre vi è una differenza di circa due milioni di euro.

Non si comprende perché - tenuto conto che la legge impone di considerare i costi standard dei costi di produzione l'Amministrazione, con il nuovo sistema non riconosce la somma 6.766.700; la dotazione organizzativa della rete dell'ospedale è rimasta la stessa e peraltro i costi del personale sono aumentati per i rinnovi contrattuali intercorsi nel frattempo dal 2014 al 2021.

Procedendo oltre la colonna 18 indica un costo medio degli accessi netti pari a 161,57.

Per comprendere il significato di questa voce è necessario tener conto che l'allegato A al DCA n. 265 del 2014 con il paragrafo 1, dalla pag. 1 alla pag. 4, definisce le modalità per individuare il costo di accesso medio; come si può leggere il procedimento prende in considerazione tutti i costi del personale, gli altri costi diretti e i costi generali, proprio secondo le voci della tabella che hanno condotto alla cifra di cui sopra di 6.766.700.

Si badi bene che il comma 1 della pag. 4 dell'allegato A precisa che *“Il procedimento adottato è esclusivamente atto a determinare un modello teorico di calcolo dei costi delle funzioni, con un procedimento analitico che porta comunque alla determinazioni di un costo medio per le quattro tipologie di Ruolo nella Rete di emergenza: la conseguente remunerazione non rappresenta un corrispettivo delle prestazioni effettivamente rese, ma una remunerazione a*

corpo, tenendo conto delle caratteristiche del servizio di attesa, strutturato in base al ruolo previsto nella Rete dell'Emergenza e all'utenza sanitaria.

In sostanza il costo medio dell'accesso non è finalizzato a remunerare le prestazioni rese ma la remunerazione a corpo, ovvero relativa al costo di produzione, come prescritto dall'art. 8 sexies.

Nel caso di specie poiché l'ospedale è un DEA di I livello, quarta colonna verticale, gli viene attribuito un costo di accesso medio di euro 161,57 come da tabella di cui alla fig. 4 della pagina 3 dell'allegato A.

Si badi bene che questo costo di accesso medio, avendo la funzione di remunerazione a corpo del costo di produzione, parte comunque dai costi totali di produzione 6.766.700; di più il costo medio per accesso consente di individuare il costo per accesso netto che – secondo la colonna 19 - è pari a 6.768.218 che è pure superiore anche al costo totale di produzione di 6.766.700; la cifra di euro 6.768.218 è uguale alla cifra di cui alla colonna 21 che indica il costo totale della funzione della rete dell'emergenza dell'ospedale per il 2014.

Il costo per accesso netto è il frutto della moltiplicazione del costo di accesso medio di 161,57 per il totale degli accessi netti dell'ospedale di cui alla colonna 5 pari a 48.619.

Insomma la tabella 1 remunera per intero i costi reali di produzione, stimati dall'Amministrazione, e garantisce comunque i costi di produzione, ovvero il ristoro dei costi fissi in una misura fissa che l'ospedale deve ricevere – in correlazione alla sua categoria - per ogni prestazione che egli rende; questo perché l'esistenza della struttura ha un suo costo ed ogni prestazione deve concorrere in misura fissa alla sua remunerazione.

Questa è la ricostruzione del sistema di finanziamento della DCA n. 265 del 2014.

Ora in relazione alla determina impugnata si ricorderà che come già detto, il comma 3 terzo interlinea della pagina 10 della motivazione precisa che per i soggetti accreditati *“i livelli di finanziamento 2021 che saranno ripartiti per le strutture*

private accreditate secondo i criteri di cui alla DGR n. 489/2019 saranno i seguenti:

° Funzioni P.S.: € 76.376.084,52

Questo è il finanziamento complessivo; epperò il riquadro presente nella tabella 1 divide la predetta somma complessiva – di cui alla quinta colonna verticale e terza orizzontale – in sotto finanziamenti relativi a quattro categorie di cui alle quattro colonne verticali: DEA I LIVELLO, DEA II LIVELLO, PS-SPC.

Quindi, utilizzando il calcolo meramente finanziario di cui si è già detto, in relazione alla categoria DEA di I livello, viene individuato sia il finanziamento complessivo per la categoria pari a 30.253.948,32 e sia il numero di accessi degli erogatori della categoria pari a 172.050; dividendo il finanziamento complessivo della categoria per gli accessi della categoria sia il Valore Standard Medio (VSM) pari a 175, 84.

Si badi bene che questo VSM, come detto più volte, è solo un valore finanziario volto a individuare il valore economico di un accesso sulla base di una divisione del finanziamento complessivo per gli accessi totali.

E come detto più volte trattasi di un metodo completamente volatile perché dipende dal finanziamento complessivo e dal numero di accessi complessivi per una categoria; aumentando il numero degli accessi il VSM diminuisce e rispetto a questa diminuzione è completamente indifferente che l'Ospedale ha sostenuto un certo costo per conservare in efficienza la rete che ha prodotto una determinata prestazione.

Insomma questa operazione non tiene in alcun conto il costo di produzione standard che ogni struttura sopporta realmente per mantenere la rete in efficienza; ha una funzione completamente diversa dal costo di accesso medio che, come emerge dalla tabella di 1 del DCA n. 265 del 2014, tiene in conto tutti costi di ogni singola struttura e non è finalizzato a remunerare le prestazioni rese ma la remunerazione a corpo; ovvero la remunerazione relativa al costo di produzione, come prescritto dall'art. 8 sexies.

Infatti come detto il costo di accesso medio garantisce che ogni accesso reso dall'Ospedale deve comunque essere remunerato con una cifra fissa che concorre a mantenere in efficienza la rete.

L'applicazione di un criterio VSM, che non tiene in conto i costi produzione, è arrivato al paradosso già rappresentato.

La tabella 1 della delibera qui impugnata lettera a) – riservata agli ospedali privati -prevede con la prima colonna orizzontale, riservata all'ospedale ricorrente, quinta colonna verticale la somma di euro 3.670.922,27.

Quindi la tabella 1 della rete dell'emergenza e dell'urgenza allegata al DCA n. 265 del 2014 prevede un costo totale 6.766.700 è un costo per accesso netto di 6.768.218.

Le ragioni di questa abnormità è determinata anche da un altro fattore molto rilevante.

La tabella 1 della DCA n. 265 del 2014 alla colonna 6, accessi netti, fa riferimento a 41.891 che includono anche i 34.574 di cui alla colonna 7 relativa agli accessi non seguiti da ricovero.

Nel mentre la tabella 1 lettera a) del DCA qui impugnato in relazione all'ospedale ricorrente con l'ottava colonna orizzontale, riservata all'ospedale ricorrente, quarta colonna considera solo 20.866 accessi.

La differenza di questi numeri, molto rilevante, è determinata dal fatto che in relazione al 2021 non sono considerati gli accessi non seguiti da ricovero, che invece sono considerati nella tabella 1 dell'allegato A del DCA n. 265 del 2014.

Infatti, come detto, il Valore Standard Medio viene poi applicato, con riferimento ad ogni soggetto accreditato, al *numero effettivo degli accessi al P.S. nell'anno 2021*, al netto degli accessi con "codice 6 — paziente non risponde a chiamata".

Per comprendere il significato di *numero effettivo di accessi* è necessario tener conto che la disciplina di cui al DCA n. 498 del 2019 è stata integrata dalla determina G14713 del 4.12.2020.

Ed in effetti questa dizione si spiega in relazione alla determina G14713 del 4.12.2020, che, appunto integrando la DGR 489 del 2019, ha inteso modificare

la precedente dizione di accessi effettivi facendo riferimento solo agli accessi al P.S. non seguiti da ricovero; mentre con il sistema della DCA n. 265 del 2014 si faceva riferimento a tutti gli accessi al P.S. ivi compreso quelli seguiti da ricovero.

E' evidente che la predetta disciplina non rispetta la ratio della normativa che disciplina la remunerazione delle funzioni volta, come detto, a remunerare i costi fissi che l'Ospedale deve sostenere per conservare in efficienza la rete, a prescindere dalle prestazioni rese.

Quindi questi costi fissi devono tenere conto anche degli accessi seguiti da ricovero perché comunque sia - quantunque la struttura sia remunerata in relazione al successivo ricovero - anche rispetto a questi accessi la struttura ha dovuto per legge sopportare in ogni caso un costo economico in relazione alla necessità di mantenere e conservare in efficienza la struttura.

Insomma il costo del personale delle reti è rapportato anche agli accessi seguito da ricovero.

In questo senso è chiara la legge e la giurisprudenza e il criterio adottato in precedenza dall'Amministrazione.

Istanza istruttoria: Si chiede al Giudice di richiedere una relazione di chiarimenti avente ad oggetto; l'accertamento dei criteri con cui l'Amministrazione ha ritenuto che la remunerazione del 2021 della rete dell'emergenza e dall'urgenza dell'ospedale ricorrente pari a euro 3.670.922,27 sia sufficiente a remunerare il costo di produzione, di cui all'art. 8 sexies comma 1 del dlsg.vo n. 502 del 1992; costo che nel 2014 era stato individuato in un totale di 6.766.700 e in un costo per accesso netto di 6.768.218; il tutto senza peraltro considerare che tra il 2014 e il 2021 il costo del personale è aumentato in relazione ai rinnovi contrattuali che si sono susseguiti.

Violazione dell'art. 8 sexies comma 1 del d.lgs. n 502 del 1992. Eccesso di potere per sviamento di potere, difetto di istruttoria e illogicità manifesta sotto diverso profilo.

Da ultimo si intende contestare le modalità con cui l'Amministrazione ha disciplinato la remunerazione delle prestazioni del P.S. in relazione alle diverse categorie in cui sono inseriti i soggetti erogatori (diversità di categorie che non è prevista in relazione alla Terapia intensiva, laddove vi è invece una sub articolazione delle diverse Tipologie della Terapia intensiva).

L'ospedale ricorrente è inserito nella categoria di DEA I Livello per cui è previsto un VSM di 175,84 a fronte del VSM di II livello di 584,38; trattasi di una differenza rilevante, laddove il VSM del I livello è solo 1/3 del VSM di II livello.

Questi dati sono il frutto del fatto che per entrambi i livelli è previsto pressoché il medesimo finanziamento – 32.367.387,87 per il DEA di II livello e 30.253.984,32 per il I livello (solo il Gemelli) – nonostante l'abnorme differenza di numero di accessi tra il I livello – pari a 172050 – e il II livello – pari a 60599.

Ora non si vuole di certo svalutare la minore complessità organizzativa del I livello rispetto a quella del II livello.

E' pur vero però che gli erogatori di I livello tutelano gli utenti di un numero di accessi molto alto e quindi i costi complessivi per tutelare l'efficacia della loro rete sono molto più alti di quelli del II livello.

Senza contare poi che gli accessi del II livello sono erogati solo dal Policlinico Gemelli, come emerge dalla tabella 1 lettera a), unico soggetto di II livello; nel mentre i soggetti erogatori di I livello sono 6; il tutto con un'ingiustificata concentrazione di finanziamento a favore di un solo soggetto.

Ora, pur tenendo conto della discrezionalità tecnica di cui gode l'Amministrazione in materia di atti di programmazione generale, è evidente che nel caso di specie la ripartizione dei finanziamenti in questione non rispetta i principi della logica e della trasparenza, a cui pure è vincolata la discrezionalità tecnica.

In questo senso peraltro depone il fatto che la tabella 1 del DCA n. 265 del 2014 prevede che al Gemelli - DEA di quinta colonna orizzontale venticinquesima colonna verticale - è attribuito ai sensi della colonna diciannove un costo medio di accesso pari a 176,07.

Si ricorderà che per gli ospedali di I livello come il ricorrente il costo medio di accesso del 2014 è di 161,67; la poca differenza di questi valori attesta che l'Amministrazione ritiene che c'è una differenza organizzativa tra i due livelli – e nessuno vuole disconoscerla – ma che ha una proporzione numerica non abnorme.

Ed invece nel 2021 il provvedimento impugnato attribuisce un Valore Standard Medio al Gemelli di euro 534,48 di quasi tre volte superiore al Valore Standard Medio di 175,4.

Solo che questa abnorme differenza non è giustificata da costi di produzione tanto più alti – come riconosciuto dall'Amministrazione nel 2014 – ma solo da un dato finanziario di carattere discrezionale: ovvero dal fatto che per garantire al Gemelli un VSM così alto l'Amministrazione ha previsto pressoché il medesimo finanziamento – 32.367.387,87 per il DEA di II livello e 30.253.984,32 per il I livello (solo il Gemelli) – nonostante l'abnorme differenza di numero di accessi tra il I livello – pari a 172050 – e il II livello – pari a 60599.

Istanza istruttoria: Si chiede al Giudice di chiedere un relazione di chiarimenti volte ad accertare: *l'esistenza di un qualunque atto istruttorio sulla cui base è possibile ricavare le ragioni per cui si è proceduto all'assegnazione di un finanziamento così abnorme a favore del DEA di Livello Policlinico Gemelli rispetto al finanziamento a favore dei 6 soggetti erogatori del DEA II Livello; il tutto tenuto del reale costo di produzione che devono affrontare il I livello e il II livello di DEA, come emerge dal costo medio di accesso del 2014.*

SULLA SOSPENSIVA

Le ragioni della sospensiva si basano non solo sulle ragioni in diritto, ma anche sulla rilevanza delle risorse che illegittimamente l'Amministrazione non riconosce all'Ospedale soprattutto in relazione alla rete dell'emergenza e dell'urgenza, indispensabili per mantenerle in efficienza a tutela della salute dei cittadini.

In ogni caso, questa difesa, se il Collegio lo ritiene, si dichiara disponibile a

rinunciare alla sospensiva al fine di una sollecita definizione del merito.

PQM

Si chiede l'accoglimento del ricorso, sia in sede cautelare che nel merito; con ogni conseguenza di legge, anche in ordine alle spese.

In via istruttoria si chiede l'accoglimento delle richieste specificate in parte motiva in relazione alle parti in diritto dove viene specificamente giustificata ogni richiesta istruttoria.

Si dichiara che il valore della presente controversia è indeterminabile e pertanto si assolve mediante il versamento del contributo unificato di € 650,00.

Il sottoscritto comunica, altresì, che intende ricevere ogni comunicazione relativa a detto giudizio ai seguenti recapiti: fax 06/8551844, e-mail certificata: silviobozzi@ordineavvocatiroma.org.

Roma, 23 dicembre 2022


(Avv. Silvio Bozzi)

Avv. Silvio Bozzi
00198 Roma – Viale Regina Margherita, 1
Tel. 06.8559602 – 06.8551812 Fax 06.8551844
PEC silviobozzi@ordineavvocatiroma.org

PROCURA ALLE LITI

Io sottoscritta Madre Zélia Andrighetti, nella qualità di Legale Rappresentante dell' "Istituto Figlie di San Camillo, proprietario dell' "Ospedale "Madre Giuseppina Vannini" con sede legale in Roma, Via Acqua Bullicante, 4, (C.F. 01588540581), delego l'Avv. Silvio Bozzi, (C.F. BZZSLV66H03A783) e-mail - PEC silviobozzi@ordineavvocatiroma.org; fax 06/8551844, a rappresentare e difendere detto Istituto nel giudizio di cui al presente atto dinanzi al TAR Lazio - Roma, conferendogli ogni più ampia facoltà di legge, ivi compresa quella di resistere ad ogni avversa domanda riconvenzionale, conciliare, transigere, versare ed incassare somme, accettare pagamenti, chiamare terzi in causa, rinunciare al ricorso ed accettare le altrui rinunce.

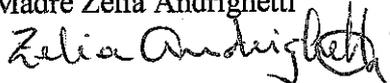
Informata ai sensi del d.lgs. n. 196/2003 e del nuovo Regolamento EU 679/2016, autorizzo il nominato difensore ed i suoi collaboratori al trattamento dei miei dati personali ai fini del presente giudizio.

Eleggo domicilio presso lo Studio Legale dell'Avv. Silvio Bozzi, in Roma Viale Regina Margherita, 1, PEC silviobozzi@ordineavvocatiroma.org; fax 06/8551844).

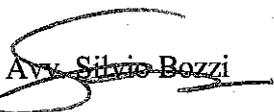
Roma, 23 dicembre 2022

n.q.

Madre Zélia Andrighetti



E' autentica



Avv. Silvio Bozzi

RELATA DI NOTIFICAZIONE

Ad istanza dell'“Istituto Figlie di San Camillo” - Ospedale “Madre Giuseppina Vannini”, (C.F. 01588540581), in persona del rappresentante come in atti, io sottoscritto Avv. Silvio Bozzi, (C.F. BZZSLV66H03A783), e-mail - PEC silviobozi@ordineavvocatiroma.org; fax 06/8551844, 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. 2633 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio alla Regione Lazio, in persona del legale *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. 78530355948-7, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 23 dicembre 2022

Avv. Silvio Bozzi



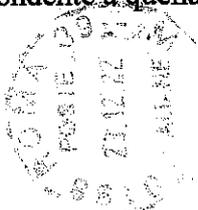
previa iscrizione al n. 2634 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio alla Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, in persona del rappresentante legale *pro-tempore*, nella sua sede legale in Roma, in Largo Francesco Vito 1, CAP 00168, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 78530355942-1, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 23 dicembre 2022

Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 2635 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio alla Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I, in persona del rappresentante legale *pro-tempore*, nella sua sede legale in Roma, in Viale del Policlinico, 155, CAP 00161, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 78535775686-7, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 23 dicembre 2022

Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 2636 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio all’**Ospedale Policlinico Casilino**, in persona del rappresentante legale pro-tempore, nella sua sede legale in Roma, in Via Casilina 1049 – CAP 00169, mediante invio di copia conforme all’originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 78535775687-8, inviata dall’Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 23 dicembre 2022

Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 2637 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio all’**Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini**, in persona del rappresentante legale pro-tempore, nella sua sede legale in Roma, in Cir.ne Gianicolense 87 – CAP 00152, mediante invio di copia conforme all’originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. 78535775688-9, inviata dall’Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 23 dicembre 2022

Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. 2638 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio al **Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario Ad Acta delegato al Piano di rientro per il disavanzo del Settore Sanitario della Regione Lazio**, rappresentato e difeso dall’Avvocatura Generale dello Stato, presso i cui uffici è domiciliato ex lege 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. 78535775689-1, inviata dall’Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 23 dicembre 2022

Avv. Silvio Bozzi



Posteitaliane

Mod. 22 AG - MOD.04001A - Ed. 1/17 - EP0795A/0489A - SL (3/22)

RICEVUTA

Accettazione **ATTO GIUDIZIARIO** (piego ed avviso di ricevimento Mod. 23L)
È vietato introdurre denaro e valori: Poste Italiane SpA non ne risponde

Si prega di compilare a cura del mittente in stampatello	
DESTINATARIO	DESTINATARIO
VIA / PIAZZA	VIA / PIAZZA
C.A.P.	C.A.P.
COMUNE	COMUNE
PROV.	PROV.
Viale Regina Margherita 1 - 00198 Roma tel.: 06 8559602-06 8551812 fax 06 8551844	
MITTENTE BZZSLV66H03A783M - P.IVA 10198720582	
email: studiolegalesilviobozzi@gmail.com	
VIA / PIAZZA	VIA / PIAZZA
C.A.P.	C.A.P.
COMUNE	COMUNE
PROV.	PROV.

Per ulteriori informazioni consultare la Carta dei Servizi disponibile su www.poste.it

Fraz. 55288 Sez. 02 Operaz. 162
Causale: AG 23/12/2022 13:08
Peso gr.: 87 Tariffa € 11,70 Affr. € 11,70

Cod. AG: 785303559421 Cod. AR: 685303559420

Bollo
(accettazione manuale)

TASSE

Posteitaliane

Mod. 22 AG - MOD.04001A - Ed. 1/17 - EP0795A/0489A - SL (4)

RICEVUTA

Accettazione **ATTO GIUDIZIARIO** (piego ed avviso di ricevimento Mod. 23L)
È vietato introdurre denaro e valori: Poste Italiane SpA non ne risponde

Si prega di compilare a cura del mittente in stampatello	
DESTINATARIO	DESTINATARIO
VIA / PIAZZA	VIA / PIAZZA
C.A.P.	C.A.P.
COMUNE	COMUNE
PROV.	PROV.
Viale Regina Margherita 1 - 00198 Roma tel.: 06 8559602-06 8551812 fax 06 8551844	
MITTENTE BZZSLV66H03A783M - P.IVA 10198720582	
email: studiolegalesilviobozzi@gmail.com	
VIA / PIAZZA	VIA / PIAZZA
C.A.P.	C.A.P.
COMUNE	COMUNE
PROV.	PROV.

Per ulteriori informazioni consultare la Carta dei Servizi disponibile su www.poste.it

Fraz. 55288 Sez. 02 Operaz. 161
Causale: AG 23/12/2022 13:07
Peso gr.: 87 Tariffa € 11,70 Affr. € 11,70

Cod. AG: 785303559487 Cod. AR: 685303559486

Bollo
(accettazione manuale)

TASSE

Posteitaliane

Mod. 22 AG - MOD.04001A - Ed. 1/17 - EP0795A/0489A - SL (4)

RICEVUTA

Accettazione **ATTO GIUDIZIARIO** (piego ed avviso di ricevimento Mod. 23L)
È vietato introdurre denaro e valori: Poste Italiane SpA non ne risponde

Si prega di compilare a cura del mittente in stampatello	
DESTINATARIO	DESTINATARIO
VIA / PIAZZA	VIA / PIAZZA
C.A.P.	C.A.P.
COMUNE	COMUNE
PROV.	PROV.
Viale Regina Margherita 1 - 00198 Roma tel.: 06 8559602-06 8551812 fax 06 8551844	
MITTENTE BZZSLV66H03A783M - P.IVA 10198720582	
email: studiolegalesilviobozzi@gmail.com	
VIA / PIAZZA	VIA / PIAZZA
C.A.P.	C.A.P.
COMUNE	COMUNE
PROV.	PROV.

Per ulteriori informazioni consultare la Carta dei Servizi disponibile su www.poste.it

Fraz. 55288 Sez. 02 Operaz. 164
Causale: AG 23/12/2022 13:11
Peso gr.: 87 Tariffa € 11,70 Affr. € 11,70

Cod. AG: 785357756878 Cod. AR: 685357756877

Bollo
(accettazione manuale)

TASSE

Posteitaliane

Mod. 22 AG - MOD.04001A - Ed. 1/17 - EP0795A/0489A - SL (2/22)

RICEVUTA

Accettazione **ATTO GIUDIZIARIO** (piego ed avviso di ricevimento Mod. 23L)
È vietato introdurre denaro e valori: Poste Italiane SpA non ne risponde

Si prega di compilare a cura del mittente in stampatello	
DESTINATARIO	DESTINATARIO
VIA / PIAZZA	VIA / PIAZZA
C.A.P.	C.A.P.
COMUNE	COMUNE
PROV.	PROV.
Viale Regina Margherita 1 - 00198 Roma tel.: 06 8559602-06 8551812 fax 06 8551844	
MITTENTE BZZSLV66H03A783M - P.IVA 10198720582	
email: studiolegalesilviobozzi@gmail.com	
VIA / PIAZZA	VIA / PIAZZA
C.A.P.	C.A.P.
COMUNE	COMUNE
PROV.	PROV.

Per ulteriori informazioni consultare la Carta dei Servizi disponibile su www.poste.it

Fraz. 55288 Sez. 02 Operaz. 163
Causale: AG 23/12/2022 13:10
Peso gr.: 87 Tariffa € 11,70 Affr. € 11,70

Cod. AG: 785307756847 Cod. AR: 685357756866

Bollo
(accettazione manuale)

TASSE

Posteitaliane

Mod. 22 AG - MOD.04001A - Ed. 1/17 - EP0785A/0488A - St. (1)

RICEVUTA

Accettazione **ATTO GIUDIZIARIO** (piego ed avviso di ricevimento Mod. 23L)
È vietato introdurre denaro e valori: Poste Italiane SpA non ne risponde

Si prega di compilare a cura del mittente in stampatello

DESTINATARIO	Avv. Silvio Bozzi VIA DEI FANTOCCHES 00186 ROMA Avv. Silvio Bozzi			12 RM
	Viale Regina Margherita 1 - 00198 Roma tel. 06 8559602-06 8551812 fax 06 8551844 C.F. BZZSLV66H03A783M - P.IVA 10198720582 email: studiolegalesilvioboizzi@gmail.com VIA / PIAZZA: recchia@mcLink.it N° CIV. C.A.P. Pec: silvioboizzi@ordineavvocatiroma.org PROV.			
MITTENTE	Viale Regina Margherita 1 - 00198 Roma tel. 06 8559602-06 8551812 fax 06 8551844 C.F. BZZSLV66H03A783M - P.IVA 10198720582 email: studiolegalesilvioboizzi@gmail.com VIA / PIAZZA: recchia@mcLink.it N° CIV. C.A.P. Pec: silvioboizzi@ordineavvocatiroma.org PROV.			

Per ulteriori informazioni consultare la Carta dei Servizi disponibile su www.poste.it

Fraz. 55288 Sez. 02 Operaz. 166
Causale: AG 23/12/2022 13:12
Peso gr.: 87 Tariffa € 11.70 Affr. € 11.70

Cod. AG: 785357756891 Cod. AR: 685357756899

Bollo
(accettazione manuale)

TASSE

Posteitaliane

Mod. 22 AG - MOD.04001A - Ed. 1/17 - EP0785A/0488A - St. (4)

RICEVUTA

Accettazione **ATTO GIUDIZIARIO** (piego ed avviso di ricevimento Mod. 23L)
È vietato introdurre denaro e valori: Poste Italiane SpA non ne risponde

Si prega di compilare a cura del mittente in stampatello

DESTINATARIO	Avv. Silvio Bozzi VIA DEI FANTOCCHES 00186 ROMA Avv. Silvio Bozzi			12 RM
	Viale Regina Margherita 1 - 00198 Roma tel. 06 8559602-06 8551812 fax 06 8551844 C.F. BZZSLV66H03A783M - P.IVA 10198720582 email: studiolegalesilvioboizzi@gmail.com VIA / PIAZZA: recchia@mcLink.it N° CIV. C.A.P. Pec: silvioboizzi@ordineavvocatiroma.org PROV.			
MITTENTE	Viale Regina Margherita 1 - 00198 Roma tel. 06 8559602-06 8551812 fax 06 8551844 C.F. BZZSLV66H03A783M - P.IVA 10198720582 email: studiolegalesilvioboizzi@gmail.com VIA / PIAZZA: recchia@mcLink.it N° CIV. C.A.P. Pec: silvioboizzi@ordineavvocatiroma.org PROV.			

Per ulteriori informazioni consultare la Carta dei Servizi disponibile su www.poste.it

Fraz. 55288 Sez. 02 Operaz. 166
Causale: AG 23/12/2022 13:14
Peso gr.: 85 Tariffa € 11.70 Affr. € 11.70

Cod. AG: 785357756889 Cod. AR: 685357756888

Bollo
(accettazione manuale)

TASSE

ECCELLENTISSIMO TRIBUNALE REGIONALE DEL LAZIO ATTESTAZIONE DI CONFORMITA'

Il sottoscritto Avv. Silvio Bozzi (C.F. BZZSLV66H03A783M; e-mail - PEC silvioboizzi@ordineavvocatiroma.org; fax 06/8551844), difensore dell' "Istituto Figlie di San Camillo" - Ospedale "Madre Giuseppina Vannini", con sede in Roma, Via Acqua Bullicante n. 4 - C.F. 01588540581

ATTESTA

che la copia informatica allegata contenente il ricorso notificato a mezzo servizio postale il 23.12.2022 è conforme all'originale cartaceo dal quale è stata estratta.

Roma, 29 dicembre 2022

(Avv. Silvio Bozzi)