

Avv. SILVIO BOZZI
Viale Regina Margherita, 1 - 00198 Roma
Tel. 06.8559602 - 06.8551812 Fax 06.8551844
P. IVA 10198720582 - C. F. BZZ SLV 66H03 A783M
E-mail: recchia@mclink.it
PEC: silvioboizzi@ordineavvocatiroma.org

F. 133/2013
Av. Barone

ECCELLENTISSIMO TRIBUNALE AMMINISTRATIVO
REGIONALE DEL LAZIO – Sez. III quater
Motivi aggiunti al ricorso n. 994 del 2013

MANDATO

Io sottoscritto Fra Pietro Dr. Cicinelli, in qualità di Legale Rappresentante della Provincia Religiosa di San Pietro, Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli - titolare dell'Ospedale Generale di Zona Villa San Pietro con sede in Roma, Via Cassia, 600 - delego l'Avv. Silvio Bozzi a rappresentare e difendere detta Provincia Religiosa nel presente giudizio, conferendogli ogni più ampia facoltà di legge. Eleggo domicilio presso lo Studio dell'Avv. Silvio Bozzi, sito in Roma, Viale Regina Margherita, 1. (Studio Legale già soci Recchia e Associati).

per la **Provincia Religiosa di San Pietro, Ordine ospedaliero di San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli - titolare dell'Ospedale Generale di Zona Villa San Pietro**, in persona del legale rappresentante pro-tempore Fra Pietro Dr. Cicinelli, con sede in Roma, Via Cassia 600, P.IVA 00894591007 - C.FISC. 00443370580 - rappresentata e difesa, come da mandato a margine del presente atto, dall'Avv. Silvio Bozzi (C.F. BZZSLV66H03A783M; e-mail - PEC silvioboizzi@ordineavvocatiroma.org; fax 06/8551844), ed elettivamente domiciliata presso lo Studio dell'Avv. Silvio Bozzi in Roma, Viale Regina Margherita, 1 (Studio Legale già soci Recchia e Associati); il tutto come da delega a margine del presente atto;

contro

- il **Commissario delegato al Piano di rientro per il disavanzo del Settore Sanitario della Regione Lazio**, domiciliato ex legge presso l'Avvocatura generale dello Stato, in via Dei Portoghesi n. 12;
- il **Commissario delegato al Piano di rientro per i disavanzi del Settore Sanitario della Regione Lazio**;
- la **Regione Lazio**, in persona del presidente pro-tempore;

nei confronti

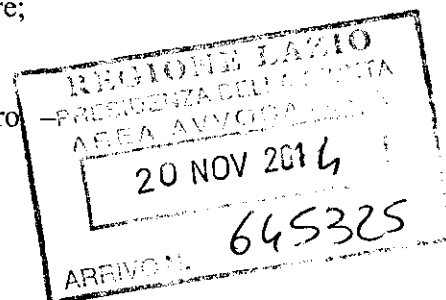
della **Provincia Italiana della Congregazione dei Figli dell'Immacolata Concezione - Istituto Dermopatico dell'Immacolata**, in persona del rappresentante legale pro-tempore;

nonché nei confronti

dell'**AUSL Roma E**, in persona del rappresentante legale pro-tempore;
del **Ministero della Salute**, in persona del Ministro pro-tempore;

Atti Cicinelli

E' autentica



10 NOV 2014

S

del **Ministero dell'Economia e delle Finanze**, in persona del Ministro pro – tempore;

del **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**, in persona del Ministro pro – tempore;

- la **Presidenza del Consiglio dei Ministri**, in persona del rappresentante legale pro – tempore, domiciliato ex legge presso l'Avvocatura generale dello Stato, in via Dei Portoghesi n. 12;

* * *

per l'annullamento del decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 248 del 28.7.2014 – avente ad oggetto “*Definizione del limite massimo delle risorse assegnabili per l'anno 2014 alle strutture erogatrici di prestazioni ospedaliere (acuti – posti acuti)*” – pubblicato sul BURL n. 63 del 7.8.2014; nonché, in parte qua, del decreto del Commissario ad Acta della Regione Lazio n. 261 del 6.8.2014 – avente ad oggetto “*Modifiche e/o integrazioni allo schema di contratto accordo di cui al DCA 183/2013*” - pubblicato sul BURL n. 65 del 14.8.2014; nonché dell'eventuale provvedimento di validazione dei suddetti decreti ad opera del Ministero del Lavoro e del Ministero dell'Economia e delle Finanze; nonché di ogni altro atto presupposto, conseguente e connesso.

FATTO

L'OSPEDALE RICORRENTE

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

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

Esso non solo svolge attività ospedaliera in senso stretto, ma è anche titolare di specifici programmi assistenziali definiti “*funzioni*”, tra cui assume particolare rilievo la rete dell'emergenza.

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.

ELEMENTI ESSENZIALI DEI DECRETI IMPUGNATI

Per quel che interessa in questa sede, il decreto n. 248 del 2014, con il comma 1 del dispositivo, ha approvato l'allegato contenente il livello massimo (budget) 2014 di finanziamento per ogni soggetto erogatore in relazione agli acuti.

Più precisamente, il budget 2014 è stato determinato – violando e fraintendendo completamente l'art. 15 comma 14 della legge n. 135 del 2012 – decurtando del 2% il budget già stabilito per il 2013.

Il decreto n. 248 del 2013 ha stabilito anche delle regole di funzionamento del sistema di finanziamento.

Queste regole vanno coordinate con quanto disposto dal decreto n. 261 del 2014 e dai relativi allegati.

SINTESI DEGLI ELEMENTI ESSENZIALI DEI MOTIVI DI RICORSO. SULLA NECESSITÀ DEI MOTIVI AGGIUNTI.

Sulla determinazione dei budget 2014 in violazione dell'art. 15 comma 14 della legge n. 135 del 2012.

I motivi aggiunti hanno un principale e fondamentale motivo.

Più precisamente, si intende dimostrare che le riduzioni imposte al budget 2014 non rispettano e violano la legge n. 135 del 2012.

Sulle illegittimità derivate in relazione al budget 2014 in ragione delle illegittimità relativi ai budget presupposti degli anni precedenti.

- Procedendo oltre, il ricorso intende dimostrare anche che i budget 2104 soffrono, in via derivata, dei vizi che invalidano la definizione del budget 2012 e 2013.

Orbene, procedendo a ritroso il budget 2013 è stato stabilito applicando un'ulteriore decurtazione dell'0,50 – ex legge n. 135 del 2012 - al budget 2012.

Il budget 2012 è stato inizialmente stabilito con decreto n. 88 del 2012; quindi, il budget di cui al decreto n. 88 del 2012 è stato oggetto di una riduzione del **6,8519**, – ex legge n. 135 del 2012 – ad opera del decreto n. 349 del 2012.

Il budget 2012, stabilito inizialmente con decreto n. 88 del 2012, è stato oggetto di ricorso, da parte dell'ospedale ricorrente, pendente dinanzi a codesta Sezione con il n. 8851 del 2012; rispetto a questo ricorso si presenta specifica istanza di riunione; è evidente, infatti, che l'annullamento dell'originario budget 2012 determina anche l'annullamento conseguenziale dei budget 2013 e 2014, che sono stati stabiliti comunque con riferimento all'originario budget 2012.

Inoltre – fermo restando la predetta istanza di riunione - si intende ribadire che l'Amministrazione ha errato nella concreta applicazione delle percentuali di riduzione previste dalla l. n. 135 del 2012 rispetto al 2012 ed operate dal decreto n. 349 del 2012; questa riduzione ha degli effetti derivati anche sul 2013 e sul 2014, con conseguente necessità dei motivi aggiunti.

- Procedendo ancora oltre, si intende dimostrare che, comunque sia, l'Amministrazione nell'applicazione dei tetti di cui alla l. n. 135 del 2012 non ha rispettato i principi procedurali che devono presiedere alla loro determinazione e non ha tenuto conto della natura peculiare degli ospedali classificati.

- Infine, si intende dimostrare - a prescindere dalla illegittimità del tetto, delle riduzioni imposte dalla legge n. 135 del 2012 e delle modalità procedurali con cui sono state stabilite – che il sistema di funzionamento del budget, come delineato dai decreti impugnati è illegittimo e contrario alla legge.

I decreti impugnati sono illegittimi per le seguenti argomentazioni in

DIRITTO

ISTANZA DI RIUNIONE DEL PRESENTE GIUDIZIO CON IL RICORSO N. 8851 DEL 2012 PENDENTE DINANZI ALLA SEZIONE III QUATER DI QUESTO TAR LAZIO.

Innanzitutto, si fa specifica istanza di riunione del presente giudizio con il giudizio pendente dinanzi a codesta Sezione con il n. 8851 del 2012.

Infatti, come detto, il budget 2012 è stato inizialmente stabilito con decreto n. 88 del 2012 (quindi, il budget di cui al decreto n. 88 del 2012 è stato oggetto di una prima riduzione dell'0,50 – ex legge n. 135 del 2012 – ad opera del decreto n. 349 del 2012; al fine, il decreto n. 100 del 2013 ha individuato i

budget 2013 in virtù di un ulteriore decurtazione dell'0,50 – ex legge n. 135 del 2012 – al budget del 2012).

Rimane comunque il dato di fatto che il budget 2012 è stabilito inizialmente con decreto n. 88 del 2012, che è stato oggetto di ricorso, da parte dell'ospedale ricorrente, pendente dinanzi a codesta Sezione con il n. 8851 del 2012.

Rispetto a questo ricorso è necessario procedere ad una riunione per un esame congiunto; è evidente, infatti, che l'annullamento dell'originario budget 2012 determina anche l'annullamento conseguenziale del budget 2013 e 2014, che è stato stabilito, comunque, con riferimento all'originario budget 2012.

SULL'OPPORTUNITA' DI UTILIZZARE UN METODO ESPOSITIVO DIVERSIFICATO

Invero, solo il primo motivo di ricorso ha una sua originalità.

Per quanto riguarda gli altri motivi di ricorso trattasi di motivi di ricorso che ripercorrono le censure già proposte con i precedenti motivi.

Quindi in relazione a questi motivi si riproporranno le stesse censure di cui agli atti precedenti.

Lo si farà però con un carattere corsivo.

In tal modo questa difesa assolve all'onere di notificare integralmente anche le censure che hanno una funzione derivata; il Collegio, a sua volta, potrà stabilire se leggere o meno questi motivi, evitando di tediarsi.

VIOLAZIONE DELL'ART. 15 COMMA 14 DELLA L. 135 DEL 2012. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO E DIFETTO DI ISTRUTTORIA, ILLOGICITA' E CONTRADDITTORIETA'.

Il decreto n. 248 del 28.7.2014 ha previsto di tagliare i budget del 2% rispetto ai budget del 2013 di cui al decreto n. 100 del 2013.

In questo senso le cifre relative all'ospedale ricorrente che attestano proprio una differenza del 2% tra il budget 2013 e budget 2014; nonché il comma 26 della motivazione.

Orbene, il comma 14 dell'art. 15 del D.L. n. 95 2012 convertito in legge n. 135 del 2012 prevede quanto segue: *14. A tutti i singoli contratti e a tutti i singoli accordi vigenti nell'esercizio 2012, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera, si applica una riduzione dell'importo e dei corrispondenti volumi d'acquisto in misura percentuale fissa, determinata dalla regione o dalla provincia autonoma, tale da ridurre la spesa complessiva annua, rispetto alla spesa consuntivata per l'anno 2011, dello 0,5 per cento per l'anno 2012, dell'1 per cento per l'anno 2013 e del 2 per cento a decorrere dall'anno 2014.*

Si badi bene che la predetta norma prevede per il 2012 una riduzione dell'0,50% rispetto alla spesa consuntivata 2011, per il 2013 una riduzione dell'1,00 sempre rispetto alla spesa consuntivata 2011 e per i 2014 una riduzione del 2,00% sempre rispetto alla spesa consuntivata 2011.

Ne consegue che – **tenuto conto che il parametro di riferimento è sempre il 2011** – nel 2014 la riduzione del 2,00% deve essere calcolata tenendo conto delle riduzioni già effettuate nel 2012 e nel 2013, sempre rispetto al 2011; quindi, nel 2014 bisogna aggiungere solo un'ulteriore riduzione dell'0,50%, che si somma all'0,50% per il 2012 e all'1,00% per il 2013, per un totale complessivo del 2,00% per il 2014.

La migliore prova dell'esattezza di questa tesi è data dal fatto che il decreto n. 100 del 2013 ha stabilito i budget del 2013 applicando al budget del 2012 solo la riduzione dell'0,50%, tenendo conto delle riduzioni precedenti.

VIOLAZIONE DELL'ART. 15 COMMA 14 DELLA L. 135 DEL 2012. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO E DIFETTO DI ISTRUTTORIA, ILLOGICITA' E DISPARITA' DI TRATTAMENTO. ILLEGITTIMITA' COSTITUZIONALE DELL'ART. 15 SOPRA CITATA IN RELAZIONE

Sull'eccezione di incostituzionalità.

Come è noto, in questo giudizio il Collegio ha già sollevato l'eccezione di incostituzionalità dell'art. 15, comma 14, del DL n. 15 del 6 luglio 2012,

convertito in Legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 7 agosto 2012, n. 135, per contrasto con gli artt. 117 comma 3, 3, 97, 41 e 32 della Costituzione, secondo quanto specificato in motivazione.

A riguardo si fa rinvio alle argomentazioni di cui ai precedenti scritti e a quanto scolpito nell'ordinanza di rimessione.

Comunque, con questo motivo si intende dimostrare che l'Amministrazione ha errato nella concreta applicazione delle percentuali di riduzione previste dalla l. n. 135 del 2012 rispetto al 2012 e, quindi, in via derivata rispetto al 2013 e 2014.

Si procederà, quindi, ad esporre sinteticamente le ragioni - presenti nel ricorso introduttivo - che fondano l'illegittimità del decreto del Commissario ad acta della Regione Lazio n. 349 del 2012 del 22.11.2012 che ha applicato al budget del 2012 le riduzioni imposte dalla "Legge del 7 agosto 2012 n. 135".

Si ricorderà che con il ricorso originario il decreto n. 349 del 2012 è stato censurato perché ha determinato per il 2012 un taglio dei finanziamenti del 6,8519, che va ben oltre la misura prevista dalla legge dell'0,50 con riferimento alla sola assistenza ospedaliera,

La lettera e la ratio dell'art. 15 comma 14 della l. n. 135 del 2012

Nel ricorso introduttivo, abbiamo dimostrato che il predetto art. 15 comma 14 - coordinato con l'art. 17 comma 1 lettera a) in esso richiamato - intende stabilire dei chiari limiti solo alla spesa per "l'assistenza ospedaliera", ovvero per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati accreditati... per l'assistenza ospedaliera..., in relazione ai relativi "...volumi d'acquisto...".

Orbene, la lettera della norma fa riferimento all'assistenza ospedaliera, che si ricorderà è contabilizzata in maniera autonoma e si riferisce solo al volume d'acquisto delle prestazioni ospedaliere.

Insomma, la norma è molto chiara nel lasciare intendere che intende imporre il risparmio solo in relazione all'acquisto del volume di prestazioni oggetto dei budget assegnati ai soggetti accreditati, ovvero delle spese contabilizzate nel 2011 nell'ambito delle voci relative all'assistenza ospedaliera.

Negli stessi termini, è evidente che il riferimento al volume d'acquisto delle prestazioni ospedaliere è molto chiaro nel lasciare intendere che la norma non intende imporre alcun risparmio alle spese relative alle "funzioni"; si ricorderà, come detto nel ricorso originario, che le funzioni – in quanto riferite ai costi organizzativi di specifici programmi assistenziali – non vengono remunerate in relazione ad un volume di prestazioni contabilizzate nel 2011 in relazione alla voce "assistenza ospedaliera", ma vengono remunerate con finanziamenti specifici contabilizzati nel 2011 nell'ambito della voce quota a destinazione finalizzata (come si ricorderà, nel ricorso introduttivo si è dimostrato che sistema di remunerazione delle funzioni per il 2012, di cui al decreto n. 115/2012, non si basa su volumi di prestazioni ma su finanziamenti specifici per programmi di assistenza; nel ricorso originario si è dimostrato anche la contabilizzazione autonoma delle risorse relative all'assistenza ospedaliera e alle funzioni, - di cui la tabella che si ritrova all'interno della motivazione del decreto n. 113 del 2011 - doc. depositato - dove le cosiddette funzioni sono oggetto di una classificazione contabile separata come voce quota a destinazione finalizzata, differente dalla voce relativa l'attività ad assistenza ospedaliera contabilizzata in maniera autonoma).

La motivazione del decreto impugnato in relazione all'individuazione delle partite contabili e alle modalità con a cui è stato applicato l'art. 15 comma 14. Sull'illegittima decurtazione della spesa 2012 riservata ai budget dell'assistenza ospedaliera 2012 – oltre i limiti dell'0,50 di riduzione previsti dalla legge in relazione al consuntivo 2011 della spesa 2011 riservata appunto ai budget dell'assistenza ospedaliera – determinata dalla necessità di coprire con la predetta spesa consuntivata 2011 anche i costi 2012 delle funzioni e della riorganizzazione della rete ospedaliera.

Si procede ora ad individuare le ragioni per cui il decreto n. 349 del 2012 ha determinato per il 2012 un taglio dei finanziamenti del 6,8519 che va ben oltre la misura prevista dalla legge dell'0,50 con riferimento alla sola assistenza

ospedaliera..

Orbene, il comma 21 della motivazione del decreto n. 349 del 2012 fa riferimento al consuntivo dell'attività ospedaliera 2011, ovvero a due sottovoci dell'assistenza ospedaliera del CE consuntivato 2011; trattasi delle due sottovoci dell'assistenza ospedaliera relativa ai budget di cui alla ripartizione del 2011 già illustrata (con i commi con i commi 22, 23, 24 e 25, il decreto intende integrare le voci consuntivate relative ai budget dell'assistenza ospedaliera 2011 con ulteriori voci – relative valorizzazione dai controlli ecc... - che non erano considerate nel consuntivato 2011 relativo all'assistenza ospedaliera).

Il decreto, però, non si limita ad applicare una riduzione dell'0,50 alle spese 2011 per individuare il volume delle prestazioni erogate dai privati nell'ambito dei budget dell'assistenza ospedaliera 2012.

Il decreto applica una riduzione molto più ampia del 6,8519.

La percentuale del 6,8519 è il frutto dell'operazione matematica , di cui al comma 28, finalizzata a far sì che la somma consuntivata 2011, relativa ai budget dell'assistenza ospedaliera del 2011, ridotta dell'0,50, possa coprire la spesa 2012 relativa non solo all'assistenza ospedaliera dei budget 2012, ma anche i costi 2012 delle "funzioni e degli accantonamenti relative alle attività ospedaliera oggetto di conversione, riorganizzazione, riattribuzione....".

Insomma il Commissario intende pagare con la spesa consuntivata del 2011, relativa ai soli budget dell'assistenza ospedaliera - peraltro ridotta, ex lege, dell'0,50 - tutta la spesa complessiva del 2012, incluse anche le funzioni e le somme per la riconversione.

E' per questo che il decreto non si limita ad applicare una riduzione dell'0,50 alla spesa ospedaliera dei budget 2011 consuntivata 2011, come previsto dalle legge, ma un ben più ampia riduzione del 6,8519.

La riduzione dell'0,50 era sicuramente sufficiente a remunerare solo la spesa ospedaliera dei budget 2012, come espressamente riconosciuto dal comma 25 della motivazione; infatti se la spesa dei budget dell'assistenza ospedaliera del 2011 serve a pagare solo la spesa dell'assistenza ospedaliera dei budget 2012 la riduzione dell'0,50 è applicabile con semplicità intuitiva.

Al contrario, per poter coprire, con la spesa consuntivata 2011 – ridotta dell'0,50% - anche il pagamento di costi ulteriori – ovvero estranei agli acquisti delle prestazioni dei budget dell'assistenza ospedaliera del 2012 - i privati devono “contenere” la spesa riservata ai loro acquisti 2012 delle prestazioni dei budget 2102 dell'assistenza ospedaliera per “far posto” – ovvero, ci consenta un'altra espressione gergale, lasciare spazio - anche a costi diversi e ulteriori.

Di qui la riduzione abnorme – oltre la misura dell'0,50 prevista dalla legge – del 6,8519.

Orbene, la legge sicuramente impone ai privati accreditati il sacrificio di dover subire una riduzione dell'0,50 delle prestazioni ospedaliere erogate nel 2011.

*La legge certamente non impone, però, ai privati di farsi carico nel 2012 di un sacrificio ulteriore finalizzato a far sì che i soldi loro destinati per l'acquisto delle prestazioni ospedaliere devono essere ulteriormente diminuiti, **del 6,8519 e non dell'0,50 imposto dalla legge**, per coprire costi che con il volume delle prestazioni acquistate dai privati non c'entrano nulla.*

Le funzioni e le riconversioni della rete ospedaliera attengono a costi che non c'entrano nulla con il volume delle prestazioni erogate dai privati.

I costi delle “funzioni” sono, come detto più volte, autonomi tanto da essere contabilizzati autonomamente; essi sono legati a costi di programmi assistenziali specifici indipendenti dal numero delle prestazioni erogate da soggetti erogati.

Negli stessi termini, anche i costi della riorganizzazione della rete ospedaliera prescindono completamente dall'erogazione delle prestazioni erogate dai soggetti privati accreditati.

La legge ha individuato chiaramente un limite numerico dell'0,50, entro il quale ritiene debba essere contenuto il volume e il costo delle prestazioni erogate dai privati.

Questo significa che la legge ritiene che le prestazioni ulteriori a questa percentuale sono comunque indispensabili per il sistema e non possono essere diminuite, pena l'abbassamento dei livelli minimi di assistenza.

Non è possibile ridurre il numero delle prestazioni oltre una misura massima, stabilita dalla legge, oltre la quale la riduzione delle prestazioni è incompatibile con le esigenze del sistema.

Istanza istruttoria

La fondatezza delle predette tesi è stata affermata anche dall'ordinanza del C.d.S. Sez. III n. 1350 del 2013 – richiamata dall'ordinanza della medesima Sez. n. 01711 del 2013, trasmessa dal C.d.S. in relazione al ricorso originario – che ha sollecitato un approfondimento relativo sia alla definizione in astratto ed in concreto della “spesa consuntivata per l'anno 2011” sotto vari profili.

Proprio in coerenza con quanto affermato dal C.d.S., si chiede a codesto Giudice di acquisire ogni chiarimento e documentazione utile al fine di accertare a quali spese realmente coincidono le voci di costo B02195 e B02220 del CE Consuntivato 2011, di cui alla motivazione del decreto n. 349 del 2012 (si veda il comma 21 della motivazione).

Infatti, è necessario accertare se è vero che l'Amministrazione ha inteso utilizzare le somme relative al volume delle prestazioni di cui ai budget 2011 dell'assistenza ospedaliera per remunerare non solo il costo del volume delle prestazioni di cui ai budget 2012 dell'assistenza ospedaliera ma anche il costo del 2012 relativo alle funzioni e alla riconversione della rete ospedaliera.

Sull'illegittimità derivata e su un profilo di illegittimità proprio del decreto di determinazione dei budget 2014.

Come detto più volte, l'Amministrazione ha errato nella concreta applicazione delle percentuali di riduzione previste dalla l. n. 135 del 2012 rispetto al 2012 e, quindi, in via derivata rispetto al 2013 e 2014.

Tenuto conto che il calcolo del 2013 e 2014 si è comunque basato sull'importo del 2012 – erroneamente identificato – anche l'importo del 2013 e del 2014 è illegittimo.

Esiste, però, un profilo autonomo di illegittimità proprio del budget relativo al 2014..

L'art. 15 impone solo di applicare per il 2014 un'ulteriore riduzione dell'1,00 alla spesa consuntivata del 2011.

Come detto, però, l'Amministrazione, per il 2012, ha individuato un taglio superiore financo al 6,00 % perché ha ritenuto di dover utilizzare la spesa consuntivata del 2011 per pagare i costi dell'assistenza ospedaliera e di altri ulteriori costi relativi al 2012.

Trattasi di metodo completamente errato.

In ogni caso, se l'Amministrazione intendeva utilizzare correttamente questo metodo anche per il 2014, avrebbe dovuto dapprima applicare la riduzione dell'2% alla spesa consuntivata 2011 e poi verificare quali fossero le necessità e i costi dell'assistenza ospedaliera e delle ulteriori attività che il suo metodo contempla per il 2014.

Solo dopo questa operazione sarebbe stato possibile individuare quale era il taglio reale che il metodo dell'Amministrazione – quantunque illegittimo – imponeva per il 2014.

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.lgs. N. 502/92. ECCESSO DI POTERE PER DIFETTO D'ISTRUTTORIA. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO. ECCESSO DI POTERE PER CONTRADDITTORIETÀ E DIFETTO DI MOTIVAZIONE. 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'.

Con questo motivo, si intende dimostrare che, comunque sia, l'Amministrazione nell'applicazione dei tetti di cui alla l. n. 135 del 2012 non ha rispettato i principi procedurali che devono presiedere alla loro determinazione. Inoltre, non ha tenuto conto della speciale natura degli ospedali classificati.

Illegittimità – sotto il profilo dell'illegittimità derivata e sotto il profilo di vizio autonomo relativo al 2014 - della scelta di prevedere una medesima riduzione della spesa per il volume delle prestazioni in relazione a tutti i soggetti, prescindendo dalla dimensione del budget storico e dalla titolarità di specifici funzioni emergenziali da parte dei singoli soggetti considerati.

Come già detto, in relazione al budget 2012, sicuramente l'art. 15 prevede una riduzione complessiva della spesa dell'0,50 relativamente all'assistenza ospedaliera.

Orbene, all'interno di questa riduzione complessiva dell'0,50, la norma non esclude che, al fine di raggiungere questa riduzione complessiva dell'0,50, possono essere stabilite delle riduzioni fisse differenziate in relazione alle varie tipologie di soggetti erogatori; riduzione differenziate che comunque consentano di raggiungere la riduzione complessiva dell'0,50.

In questo senso, non risponde ai più elementari canoni della logica amministrativa prevedere una medesima riduzione dei tagli alla spesa in relazione a soggetti che hanno già dei budget storici relativi al volume delle prestazioni ospedaliere molto differenziati tra loro.

E' evidente, infatti, che soggetti, come l'ospedale ricorrente, che hanno dei budget molto alti hanno una riconosciuta e acclarata propensione ad attrarre utenza molto più ampia dei soggetti che hanno un budget molto più limitato; in virtù di questa maggiore propensione è evidente che un medesima riduzione dei tagli ha effetti negativi molto più ampi rispetto a coloro che hanno dei budget più alti rispetto a coloro che hanno dei budget ridotti.

Sotto un secondo profilo, si è già detto nel ricorso introduttivo della completa irrazionalità di gravare della medesima percentuale di riduzione sia i soggetti come l'ospedale ricorrente – titolari di "funzioni" importanti come quelle dell'emergenza – che i soggetti che sono completamente privi di funzioni.

E' evidente che i primi hanno una capacità attrattiva – determinata dall'esistenza della rete dell'emergenza – che non consente la medesima percentuale di riduzione dei soggetti che ne sono privi.

Il mancato rispetto dei predetti canoni razionalità vizia sia la determinazione dei budget 2014, sia in via derivata – in virtù dell'illegittimità dei budget 2012 presupposti – sia in via autonoma.

Sulla violazione dei principi procedurali 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.lgs. n. 502/92.

Come detto nel ricorso introduttivo, in relazione al budget 2012, le norme indicate in rubrica impongono una serie di vincoli procedurali in relazione a qualunque attività dell'Amministrazione che interferisce con la determinazione della remunerazione dei soggetti erogatori, ivi compresa l'applicazione delle riduzioni ex lege di cui si discute.

In sostanza, fermo restando il tetto massimo di sistema – nel caso di specie ridotto nelle percentuali previste dalla legge – le modalità con cui remunerare i vari soggetti erogatori, distribuendo tra di essi le risorse di cui al tetto sistema, deve comunque rispettare due principi fondamentali.

Innanzitutto, deve essere elaborato il piano delle prestazioni con le indicazioni regionali sulle attività – quantità e tipologie di prestazioni - da potenziare e depotenziare così da 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.

Quindi, è necessario procedere ad una contrattazione con le associazioni e i soggetti erogatori 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.

Nel caso di specie, questi principi sono stati completamente disattesi sia in relazione ai budget 2012 che in relazione ai budget 2014.

Il mancato rispetto dei predetti canoni razionalità vizia sia la determinazione dei budget 2014, sia in via derivata – in virtù dell'illegittimità dei budget 2012 presupposti – sia in via autonoma.

Sull'illegittima equiparazione degli ospedali classificati alle case di cura private.

Non è ammissibile che le differenze tra gli ospedali classificati e le case di cura private non vengano tenute in conto nelle determinazioni relative alle modalità di remunerazione.

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

A tutto voler concedere, la differente disciplina degli ospedali classificati impone in relazione ad essi una riduzione dei tagli inferiore a quella prevista per le strutture private accreditate.

Il mancato rispetto del predetto principio vizia sia la determinazione dei budget 2014, sia in via derivata – in virtù dell'illegittimità dei budget 2012 presupposti – sia in via autonoma.

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'MPRESA. 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 ISTRUTTORIA.

Con questo motivo si intende contestare le modalità del funzionamento del sistema disciplinata dai provvedimenti impugnati – a prescindere dalla legittimità dei tetti, dalla loro misura e dalle modalità con cui sono stati individuati - perché essi prevedono 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, relativa alla remunerazione dei soggetti accreditati presso il SSN, 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 (si vedano la sentenza la sentenza n. 2603/98 del 12.10.98 e la sentenza del 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; la stessa Corte Costituzionale è intervenuta con la sentenza della Corte Cost. n. 416 del 28.7.1995).

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 modificato ed integrato e 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 misura della relativa remunerazione, la legge impone che, al fine dell'esistenza stessa di un proposta d'accordo che abbia i requisiti essenziali richiesti dalla legge, la proposta d'accordo deve 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.

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 Cons. Stato Sez. V Sent., 22-12-2008, n. 6485 Regione Lazio c. S.F.K.T.D.F.E.M. s.r.l., Cons. Stato Sez. V Sent., 20-10-2008, n. 5111 e TAR Lazio Sez. III n. 2364 del 27.3.2000)

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

Sull'assenza di qualunque riferimento al numero delle prestazioni.

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 l'ospedale ricorrente.

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, perché - 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. 9 del dispositivo del decreto n. 100 del 2013 e dall'art. 4 comma 3 dell'allegato A al decreto n. 183 del 2013).

Orbene, questa previsione è evidentemente contraddittoria.

L'ospedale è comunque obbligato ad erogare tutte le prestazioni richieste da 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.

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 e 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.

**VIOLAZIONE DEGLI ARTT.3, 31, 32 e 97 DELLA COSTITUZIONE.
VIOLAZIONE DELL'ART. 8 QUINQUIES DEL DLGS.VO N. 502/1992.
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.ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO, DIFETTO DI PRESUPPOSTI, ILLOGICITA' E CONTRADDITTORIETA'. VIOLAZIONE DEL PRINICPIO 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.

Con questa censura si intende innanzitutto contestare una previsione specifica contenuta nell'art. 4 comma lettera a) dell'allegato A al decreto n. 261 del 2014.

Inoltre si intende contestare che il sistema non preveda che le prestazioni in pronto soccorso non devono rientrare nei limiti del tetto in quanto devono essere remunerate con riferimento al loro integrale costo, a prescindere dall'esistenza di un tetto.

Le previsioni di cui decreto n. 261 del 2014 impugnato.

Il predetto art. 4 comma 1 prevede che "...nell'ambito della programmazione regionale delle attività ospedaliere per acuti, nella logica della integrazione pubblico-privato, e della solidarietà di sistema le strutture sono tenute a mettere a disposizione i posti letti richiesti per il ricovero di pazienti provenienti da PS/DEA nel periodo di particolare congestionamento del settore dell'emergenza ospedaliera segnalato, previo preavviso di almeno tre giorni, dallo stesso PS/DEA e dalla relativa Direzione Sanitaria: l'attività di cui sopra non potrà comunque superare il limite massimo del 20% dei dell'attività di ricovero consentita alla struttura stessa ed è ricompresa nei limiti dei budget assegnato...".

Insomma, il sistema prevede che – nei periodi di particolare congestionamento dell'emergenza ospedaliera - i pazienti provenienti da PS/DEA devono essere obbligatoriamente ospitati dalle strutture a cui verrà richiesto.

E' evidente, quindi, che i pazienti ricoverati in PS/DEA di determinate strutture devono necessariamente essere dirottati ad altre strutture, tra cui

quella dell'ospedale ricorrente, che sono dotati dei servizi di PD/DEA in grado di accoglierli.

L'erogazione delle relative prestazioni rientrerà comunque nel budget, anche se questi ricoveri potranno arrivare financo a raggiungere il limite massimo del 20% di quanto assegnato.

Gli effetti gravemente penalizzanti, per l'ospedale ricorrente, della previsione di cui si discute.

E' evidente che la previsione di cui si discute penalizza fortemente l'ospedale ricorrente dotato di PS/DEA.

Si badi bene che le strutture sono obbligate, ovvero "tenute", a metter a disposizione dei posti letto per rendere le prestazioni richieste.

A fronte di questo obbligo si presentano due scenari.

a. Sotto un primo profilo, c'è il rischio del seguente scenario.

Orbene, a fronte dell'obbligo di garantire un numero di ricoveri d'emergenza pari al 20%, si consideri la possibilità che la struttura ricorrente programmi la sua attività in misura tale da riservare e conservare sempre libera una quota dei suoi posti letto da destinarli alla predetta percentuale di ricoveri pari al 20% del 2012.

Tenuto conto del breve lasso di tempo, di tre giorni, concesso per predisporre i posti letto eventualmente richiesti, solo una programmazione così rigorosa consente alla struttura di far fronte alle richieste provenienti dalla rete dell'emergenza.

Vediamo quale è la conseguenza che determina questo scenario.

In questa ipotesi si deve considerare che la richiesta di ricoveri ulteriori, nella misura del 20% del 2012, è comunque una mera eventualità.

Ne consegue che, qualora questa eventualità non si verifichi, la struttura avrà inutilmente riservato il 20% della sua capacità produttiva per delle prestazioni che poi non sono state richieste.

Quindi, in termini economici, la struttura avrà teoricamente beneficiato di un determinato budget, pari a quello del 2012, ma concretamente lo ha potuto

utilizzare in una misura ridotta del 20%; il tutto al fine di potere essere pronta ad erogare prestazioni, pari al 20%, che, però, non si sono mai concretizzate. Insomma, trattasi di budget indeterminato nei limiti di una percentuale che può arrivare al 20%.

b. Il secondo scenario prevede la possibilità che le prestazioni ulteriori, nella misura del 20%, vengano ulteriormente richieste nonostante che la struttura abbia già un carico di prestazioni che raggiunge i ricoveri per il 2014, al netto, quindi, dai ricoveri "imposti" dal congestionamento della rete di emergenza.

Trattasi proprio del caso dell'ospedale ricorrente, che dovrà comunque erogare le prestazioni di pronto soccorso di sua competenza – ovvero richieste dal grande bacino di utenza in cui insiste, a prescindere, cioè, da quelle richieste dall'intera rete dell'emergenza - e le prestazioni in elezione, a cui non potrà sottrarsi in quanto programmate sulla base di liste d'attesa molto risalenti.

Orbene – fermi restando i predetti ricoveri riconducibili alla sua normale capacità attrattiva - la struttura dovrà pure erogare i ricoveri ulteriormente richiesti dal congestionamento della rete dell'emergenza, che possono raggiungere anche un livello massimo del 20% dei ricoveri del 2014.

Questo significa che la struttura ricorrente, quantunque raggiunga già da sé un numero di ricoveri pari a quelli del 2014, dovrà, comunque, accogliere un ulteriore numero di ricoveri, pari al 20%, eventualmente richiesti dal congestionamento della rete dell'emergenza.

Fin qui, la struttura non si sottrae certo ai suoi impegni derivanti dalla sua alta qualificazione.

L'elemento del sistema completamente illegittimo e penalizzante è costituito, però, dal fatto che la struttura ricorrente dovrà provvedere ai costi previsti per ospitare una maggiorazione del 20% dei pazienti, a risorse invariate.

In questo senso, l'attività di cui sopra non potrà comunque superare il limite massimo del 20% dell'attività della struttura della struttura stessa ed è ricompresa nei limiti dei budget assegnato...".

A fronte di una remunerazione invariata , c'è il rischio che la struttura deve sostenere i costi per un numero di prestazioni molto superiore, anche del 20%, con conseguente riduzione degli utili nelle medesima misura del 20 %.

Quindi, c'è il rischio che le ulteriori prestazioni nella misura del 20% saranno erogate gratuitamente, ovvero senza la previsione di una specifica remunerazione, con un ricavo pari a zero.

In questo caso ad essere indeterminato è la misura degli utili complessivi che può arrivare financo ad una riduzione pari al 20%.

In sintesi, il nuovo sistema previsto per gli ospedali dotati di PS/DEA produce i seguenti effetti alternativi.

O impone alla struttura di esporsi al rischio di utilizzare il proprio budget in una misura ridotta financo del 20%, rispetto a quello teoricamente attribuito; il tutto con conseguente indeterminatezza del budget nei limiti massimi di questa percentuale.

O impone – nell'ipotesi più verosimile rispetto all'ospedale ricorrente - alla struttura di utilizzare per intero il proprio budget, ma rispetto ad un numero di prestazioni superiore financo del 20%; in questo caso si genera un indeterminatezza ancora più grave, avente per oggetto la possibilità che queste ulteriori prestazioni siano erogate con un ricavo pari a zero e una riduzione della misura degli utili che po' diminuire financo del 20%.

Quindi, per queste strutture, il sistema remunerativo rischia di essere molto peggiorativo rispetto a quanto previsto per le altre strutture.

Infatti, il predetto sistema prevede un trattamento differenziato in relazione alle varie strutture, penalizzando specificamente quelle che dispongono di un servizio di emergenza PS/DE, che, peraltro, impongono alle strutture che ne sono dotate dei costi supplementari.

Orbene, in presenza di questi ulteriori costi, è completamente irrazionale e contrario ai principi di efficienza amministrativa e di tutela del diritto alla salute un sistema che penalizza le strutture dotate dei predetti servizi di emergenza.

Di più non esiste – ai sensi del parametro costituzionale di cui all'art. 3 – nessuna ragione che giustifica un trattamento differenziato e deteriore a danno di queste strutture dotate dei servizi di emergenza.

Al contrario, i costi dei servizi di emergenza giustificerebbe l'applicazione di un sistema remunerativo più vantaggioso per le predette strutture.

Sulla illegittimità dell'applicazione dei tetti alle prestazioni derivanti da accessi in pronto soccorso e sulla loro remunerazione in base al costo integrale della prestazione.

Invero, le prestazioni d'emergenza non solo non possono essere private di alcuna remunerazione – seppure nei limiti del 20% dei ricoveri – ma devono essere remunerate per intero e al di fuori di qualunque tetto rigido e predeterminato.

Si consideri, infatti, che 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 queste previsioni intendono 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 emergenza 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.

Incostituzionalità dell'art. 8 quinquies e sexies del dlgs.vo n. 502/92 per violazione dell'art. 41 e dell'art. 97 della costituzione.

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 a questa tipologia di prestazioni.

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 integralmente.

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 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 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 già detto 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, come già detto, 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 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 il decreto n. 261 del 204 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 1 dell'art. 4 dell'allegato A).

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 ai decreti 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 DELL'ART.9 DEL D.L. N. 203 DEL 30.9.2005, CONVERTITO IN L. N. 248 DEL 2.12.05, E CONFERMATO DAI COMMI 71 E 72 DELL'ART. 2 DELLA L. N. 191/2009 (LEGGE FINANZIARIA 2010) E DALL'ART. 17 COMMA 3 DEL D.L. N. 98 DEL 2011, COME MODIFICATO ED INTEGRATO. ECCESSO DI POTERE PER DISPARITA DI TRATTAMENTO E DIFETTO DI PRESUPPOSTI.

Con questo motivo si intende contestare la previsione di cui all'art. 7 dell'allegato A al decreto n. 261 del 2014, secondo cui "Il corrispettivo così definito è onnicomprensivo e remunerativo di ogni onere, costo e spesa che l'Erogatore dovrà sostenere per l'esercizio delle Prestazioni Sanitarie".

La predetta previsione è illegittima nella parte in cui non prevede anche a favore degli ospedali classificati l'attribuzione di finanziamenti specifici per ristorarli dei costi sostenuti per il pagamento dei rinnovi contrattuali e dell'indennità di esclusiva da riconoscere ai propri dipendenti.

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.

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...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....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 71 dell'art. 2 della 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 72 del medesimo art. 2 prevede che gli oneri contrattuali non saranno considerati rilevanti ai fini del contenimento della spesa.

Da ultimo il comma 21 dell'art. 15 del d.l. n. 95 del 2012 ha stabilito che Il comma 3 dell'articolo 17 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98 convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111 è sostituito dai seguenti: «3. Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71 e 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 si applicano anche in ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015”.

Insomma, è evidente che – a decorrere dal biennio economico 2004 – 2005 e proseguendo, a regime, dal 2006 – 2007 sino al 2012 e, successivamente, dal 2012 al 2015 - 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.

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 – con l'art. 8 quinquies del dlgs.vo n. 50 del 1992 - 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 sul medesimo strumento, ovvero l'accordo previsto dall'art. 8 quinquies del dlgs.vo n. 502 del 1992.

Si ricorderà anche gli ospedali classificati hanno il medesimo obbligo degli ospedali pubblici di erogare tutte le prestazioni richieste.

A fronte di questa identità formale e sostanziale, consegue necessariamente l'identità di strumenti di finanziamento cosicché che i fondi previsti dalle predette previsioni, relativi al finanziamento degli oneri per i dipendenti, 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 che 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, relativa 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.

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 è 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 2013.

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 sua 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, nella sentenza citata più sopra, 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.

In più, l'ospedale classificato come l'ospedale pubblico è gravato dall'onere di erogare tutte le prestazioni richieste, con tutto quello che ne consegue in relazione all'aumentare esponenziale degli oneri per il personale.

Ebbene, rispetto a questi costi 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.

P. Q. M.

Si chiede che codesto Ecc.mo Tribunale accolga il presente ricorso, annullando i provvedimenti impugnati.

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

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.

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

Roma, 14 novembre 2014


(Avv. Silvio Bozzi)

RELATA DI NOTIFICAZIONE

Ad istanza della Provincia Religiosa di San Pietro, Ordine ospedaliero di San Giovanni di Dio - Fatebenefratelli - titolare dell'Ospedale Generale di Zona Villa San Pietro, 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. **1558** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato - i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 994/2013) al **Commissario delegato al Piano di rientro per il disavanzo del Settore Sanitario della Regione Lazio**, 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. **76529953925-2**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 - in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 14 novembre 2014

Avv. Silvio Bozzi

previa iscrizione al n. **1559** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato - i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 994/2013) al **Commissario delegato al Piano di rientro per i disavanzi del Settore Sanitario della Regione Lazio**, 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. **76529953270-0**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 - in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 14 novembre 2014

Avv. Silvio Bozzi

previa iscrizione al n. **1560** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato - i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 994/2013) alla **Regione Lazio**, in persona del rappresentante legale *pro - tempore*, rappresentata e difesa dall'Avv. Roberta Barone (dell'Avvocatura Regionale) ed elettivamente domiciliata in Roma alla via Marcantonio Colonna, 27, CAP 00192, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **7652943464-2**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 - in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 14 novembre 2014

Avv. Silvio Bozzi



previa iscrizione al n. **1561** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 994/2014) 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. **76529953272-2**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 14 novembre 2014

Avv. Silvio Bozzi

previa iscrizione al n. **1562** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 994/2013) alla **AUSL Roma/E**, in persona del rappresentante legale pro-tempore, nella sua sede sita in Roma, in Borgo S. Spirito, 3 - CAP 00193, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **76529953924-1**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 14 novembre 2014

Avv. Silvio Bozzi

previa iscrizione al n. **1563** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 994/2013) al **Ministero della Salute**, 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. **76529953923-0**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 14 novembre 2014

Avv. Silvio Bozzi

previa iscrizione al n. **1564** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 994/2013) 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. **76529953922-8**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 14 novembre 2014

Avv. Silvio Bozzi

previa iscrizione al n. **1565** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (994/2013) 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. **76529953921-7**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 14 novembre 2014

Avv. Silvio Bozzi

previa iscrizione al n. **1566** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – i suestesi motivi aggiunti innanzi al TAR Lazio (Ric. 994/2013) alla **Presidenza del Consiglio dei Ministri**, 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. **76529953920-6**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 39 – in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 14 novembre 2014

Avv. Silvio Bozzi

NOTIFICAZIONE

DI ATTI GIUDIZIARI

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

Autorizzazione Consiglio Ordine Avvocati di Roma

N. 92 del 28.2.2008

Avv. SILVIO BOZZI

Viale Regina Margherita, 1 - 00198 Roma
Tel. 06.8559602 - 06.8551612 Fax 06.8551844
P. IVA 10198720582 - C. F. BZZ SLV 66H03 A783M
E-mail: recchia@mclink.it
PEC: silviobozzi@ordineavvocatiroma.org

N. 1560 del Registro Cronologico

Firma dell'Avvocato notificante

AVVERTENZE

Sulla presente busta devono applicarsi francobolli per l'importo corrispondente alla franchitura 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, deve essere inviato 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 sol-

ATTIVO
PIEGE NON Q1
Raccomandata
REGIONE



Racc. N.

AG



76529434364-2

Regione Lazio
in persona del rappresentante legale p.t.,
rappresentata e difesa dall' Avv. Roberta Barone
ed elettivamente domiciliata presso
gli uffici legali della Regione Lazio
via Marcantonio Colonna, 27
00192 Roma

Postaraccomandata
AR
E104033235 - 00192
€ 8,95
55238 - 00198 ROMA 39 (RM)
14.11.2014.08.57

tanto in caso di consegna del piego stesso.

