



R E P U B B L I C A I T A L I A N A

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio

(Sezione Terza Quater)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale n. 2494/13, proposto dalla Feder – A.N.I.S.A.P. ed altri, come da relativo elenco allegato, in persona dei rispettivi legali rappresentanti pro tempore, tutti rappresentati e difesi dagli avv.ti Filippo Calcioli e Antonella Blasi e con questi elettivamente domiciliati in Roma, via Muzio Clementi n. 58, presso lo studio dell'avv. Filippo Calcioli,

contro

il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze, in persona dei rispettivi Ministri pro tempore, entrambi rappresentati e difesi dall'Avvocatura generale dello Stato presso i cui Uffici in Roma, Via dei Portoghesi n. 12, sono per legge domiciliati,

per l'annullamento, previa sospensiva,

del decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 18 ottobre 2012, recante "Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di

riabilitazione e lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”, e, in particolare, dell’Allegato 3 (Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale) nonché di ogni altro atto presupposto, connesso e consequenziale e, in particolare, della Relazione tecnica del Dipartimento della Programmazione e dell’Ordinamento del S.S.N..

Visti il ricorso ed i relativi allegati;

Visto l’atto di costituzione in giudizio del Ministero della salute e del Ministero dell’economia e delle finanze;

Vista la sentenza di questa Sezione n. 6632 del 5 luglio 2013;

Visti gli atti tutti della causa;

Relatore alla pubblica udienza del 3 dicembre 2013 il Consigliere Giulia Ferrari;
uditi altresì i difensori presenti delle parti in causa, come da verbale;

Ritenuto e considerato, in fatto e in diritto, quanto segue:

FATTO

1. Con atto notificato in data 12 marzo 2013 e depositato il successivo 15 marzo parte ricorrente ha impugnato il decreto del Ministro della salute, adottato di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, del 18 ottobre 2012, recante “Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”.

Parte ricorrente espone, in fatto, che il decreto del Ministro della salute 12 settembre 2006, recante “Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie” è stato annullato dal Tar Lazio, con sentenze confermate dalla quinta sezione del Consiglio di Stato (sentenza n. 1205 del 2010), nella parte in cui aveva stabilito: a) le tariffe massime

per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale, che richiamavano quelle di cui al d.m. 22 luglio 1996; b) le tariffe per prestazioni ospedaliere per acuti e riabilitazione post acuzie e lungodegenza, che riproducevano sic et simpliciter le tariffe di cui al d.m. 30 giugno 1997. Tale annullamento è stato disposto per mancanza di un'analitica istruttoria.

Nelle more della definizione delle nuove tariffe è intervenuto il d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito in l. 7 agosto 2012, n. 135, il cui art. 15, commi 15 e 16 ha stabilito – in dichiarata deroga a quanto previsto dall'art. 8 sexies, comma 5, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 – l'iter procedimentale e i criteri per fissare, entro il 15 settembre 2012, le tariffe massime che le Regioni e le Province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, “sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali”, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, “marginii di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale”.

Con l'impugnato decreto ministeriale sono state adottate, con il parere negativo della Conferenza Stato – Regioni, le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di riabilitazione e lungodegenza post acuzie e specialistica ambulatoriale secondo gli importi e le prescrizioni contenuti negli allegati 1, 2 e 3, e sono stati determinati nuovi valori soglia dei ricoveri per il settore della riabilitazione e lungodegenza post acuzie.

In particolare, il decreto rileva l'enunciazione di principi che tuttavia non sono confortati dalla loro concreta applicazione, in termini soprattutto motivazionali e istruttori e pone a suo presupposto il d.m. 22 luglio 1996, che era stato però annullato in sede giurisdizionale.

2. Avverso il predetto decreto ministeriale parte ricorrente è insorta deducendo censure di violazione di legge e di eccesso di potere sotto diversi profili, carenza di istruttoria e di motivazione.

Aggiunge che la determinazione delle tariffe non tiene in alcun conto la necessaria correlazione che deve sussistere tra l'accertamento dei costi e la misura delle tariffe stesse. Applicando le tariffe così come determinate non si riesce neanche a coprire i costi sostenute dalle strutture. Ed ancora, il decreto è stato emanato senza l'apporto della speciale Commissione prevista dall'art. 17 bis, d.l. n. 95 del 2012, che non era stata ancora insediata.

3. Si sono costituiti in giudizio il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze.

4. Alla Camera di consiglio del 7 maggio 2013, sull'accordo delle parti, l'esame dell'istanza di sospensione cautelare è stato abbinato al merito con rinuncia (scritta a verbale) dei termini a difesa, in vista di una rapida fissazione del merito della causa.

5. Con sentenza n. 6632 del 5 luglio 2013 la Sezione ha disposto incombenti istruttori.

6. All'udienza del 3 dicembre 2013 la causa è stata trattenuta per la decisione.

DIRITTO

1. Come esposto in narrativa, è impugnato il decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012, adottato di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e recante "Remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale"; di esso è chiesto l'annullamento, unitamente agli atti precedenti, successivi e comunque ad esso connessi e, in particolare, all'Allegato 3, che reca le tariffe per le prestazioni di Assistenza specialistica ambulatoriale.

A seguito dell'istruttoria disposta dal Collegio nel luglio 2013 il Ministero della salute ha depositato documentazione relativa ai dati utilizzati per l'adozione dell'impugnato decreto.

2. Al fine della decisione da assumere sulla complessa vicenda contenziosa alcune precisazioni preliminari risultano necessarie.

Il decreto impugnato è stato adottato ai sensi dell'art. 15, commi 15 e 16, d.l. 6 luglio 2012, n. 95, convertito in l. 7 agosto 2012, n. 135, che – in dichiarata deroga a quanto previsto dall'art. 8 sexies, comma 5, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 – ha stabilito l'iter procedimentale e i criteri per fissare, entro il 15 settembre 2012, le tariffe massime che le Regioni e le Province autonome possono utilizzare nei loro rapporti con le strutture accreditate, “sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali”, tenuto anche conto dell'esigenza di “recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale”. Ai sensi del successivo comma 17, gli importi tariffari fissati dalle singole Regioni, nelle parti superiori alle tariffe massime stabilite ai sensi del comma 15, sono a carico dei bilanci regionali. Le Regioni sottoposte ai piani di rientro non possono derogare agli importi massimi stabiliti dal decreto ministeriale.

Nella specie, sullo schema di decreto, inviato alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, quest'ultima – che ai sensi dell'art. 15, comma 15, d.l. n. 95 del 2012 deve essere sentita – nella seduta del 26 settembre 2012 ha espresso parere negativo perché non erano stati accolti tutti gli emendamenti da essa proposti in sede tecnica. Gli importi tariffari individuati dall'impugnato decreto hanno validità dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto (28 gennaio 2013) sino al 31 dicembre 2014.

La norma innanzi richiamata, per poterne definire compiutamente la portata, deve essere contestualizzata.

Il cit. d.l. n. 95 del 2012 ha introdotto disposizioni per la revisione e il controllo della spesa pubblica. In particolare il Titolo III è dedicato alla “Razionalizzazione e riduzione della spesa sanitaria”. L’intero art. 15, contenuto in tale Titolo, detta norme volte a ridurre la spesa in questo settore: intervenendo su quella farmaceutica, ad esempio incentivando l’uso dei farmaci generici rispetto ai brevettati; rideterminando il tetto della spesa farmaceutica ospedaliera; incidendo sull’acquisto di beni e servizi, che deve essere razionalizzato e diminuito, prevedendo, ad esempio, che a tutti i singoli contratti e accordi vigenti nell’esercizio 2012 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.

Per quanto d’interesse i commi da 15 a 17 bis dettano prescrizioni in materia di remunerazione delle strutture accreditate che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale. Il comma 15 ha, in particolare, definito gli elementi da assumere come termine di riferimento in sede di determinazione delle tariffe nelle predette due branche (assistenza ospedaliera ed ambulatoriale), fissando un termine brevissimo per adempiere, pari, nel testo originario del d.l. n. 95 del 2012, a trenta giorni dalla data di entrata in vigore dello stesso decreto (7 luglio 2012) e successivamente, a seguito delle modifiche apportate dalla legge di conversione (entrata in vigore il 15 agosto 2013), entro il 15 settembre 2012. E’ chiaro quindi l’interesse e la volontà del Legislatore all’immediata adozione di un sistema tariffario che colmasse i vuoti determinati, in epoca ormai risalente nel tempo, dall’annullamento giurisdizionale delle antiche tariffe mai sostituite dal Ministero; mancanza che aveva autorizzato le singole Regioni, in attesa di un intervento statale, ad adottare proprie tariffe. E ciò con

evidente aggravio della spesa pubblica generale, non esistendo un tetto statale recentemente stabilito anche in base alle esigenze della finanza pubblica, oltre il quale le Regioni, che decidessero di introdurre importi superiori, (salvo quelle sottoposte a Piano di rientro, per le quali detto limite è vincolante), si accollassero i relativi oneri.

Proprio in considerazione dell'urgenza di colmare il vuoto tariffario di cui si è detto il Legislatore (o, meglio ancora, il Governo, essendo la disposizione introdotta con un decreto legge modificato in sede di conversione solo con riferimento al termine per provvedere) ha consentito, a questo precipuo fine, alle competenti Autorità amministrative di derogare alla procedura prevista dall'art. 8 sexies, comma 5, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e di fare riferimento non ai costi standards di produzione e alle quote standards di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate da detta norma imposti, ma semplicemente ai "dati di costo disponibili" e ai tariffari regionali, ma in questo caso solo se giudicati congrui ed adeguati.

Dalla documentazione versata in atti a seguito dell'istruttoria emerge l'iter seguito dal Ministero della salute, che si è concluso con l'approvazione delle tariffe relative alle prestazioni di assistenza ospedaliera (ricoveri ospedalieri per acuti; ricoveri ospedalieri per post acuti e ricoveri per lungodegenza post-acuzie) e di assistenza specialistica ambulatoriale. Elemento pressoché comune all'intera metodologia seguita è l'utilizzo di "dati di costo disponibili", in non pochi casi risalenti nel tempo e in relazione ai quali è mancata la verifica della perdurante attualità. Di tale accertamento non solo non è alcuna traccia nella documentazione depositata dal Ministero della salute, ma addirittura, quanto meno per quanto attiene alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, è in atti la dichiarazione del 2 agosto 2013 (n. 19979) del Dirigente della Direzione generale della programmazione sanitaria del Dipartimento della programmazione e

dell'ordinamento del Servizio sanitario nazionale, che attesta espressamente il contrario, affermando che nella maggior parte dei casi “non è stato effettuato alcun adeguamento dei dati di costi disponibili ai costi effettivi”. L'impossibilità di effettuare tale verifica è ricollegata al ridottissimo arco temporale assegnato dal Legislatore agli organi competenti per adempiere (trenta giorni prima, prorogati a circa due mesi poi).

Ritiene il Collegio che il carattere eccezionale della disposizione dettata dal comma 15 dell'art. 15, unitamente alla grave situazione finanziaria in cui versa l'intero sistema sanitario pubblico, giustificano il chiaro ed univoco richiamo del Legislatore ai dati di costo “disponibili” come elemento da utilizzare temporaneamente per una immediata formazione del nuovo sistema tariffario. Il bisogno di approvare con assoluta urgenza tariffe ministeriali (alle quali – come si è detto – le Regioni sono tenute ad uniformarsi, salvo accollarsi eventuali scostamenti) e, quindi, di colmare un vuoto prolungatosi per anni, ha indotto il Legislatore a sacrificare temporaneamente la “certezza” che tali tariffe siano effettivamente adeguate a remunerare le prestazioni erogate dalle strutture private accreditate.

3. Proprio la ratio sottesa a tale norma non fa dubitare al Collegio della sua conformità a principi costituzionali.

E' bene innanzitutto richiamare ancora una volta il carattere dichiaratamente temporaneo delle tariffe approvate in via d'urgenza, avendo il comma 16 chiarito che le stesse sono valide dalla data di entrata in vigore del decreto che le approva (28 gennaio 2013) sino al 31 dicembre 2014. Aggiungasi, ed il dato non è di poco momento, che il comma 17 bis ha previsto l'istituzione di un'apposita Commissione per la formulazione di proposte di aggiornamento, la cui eventuale approvazione deve avvenire, anche in questo caso, in tempi molto ristretti.

Dunque, eccezionalità della misura e temporaneità della stessa la rendono legittima.

E' nota la crisi finanziaria in cui versa il settore della sanità pubblica e doverosi sono i tentativi di arginare il deficit assumendo, a livello governativo, iniziative indispensabili per risanare la grave situazione, tentando nel contempo di migliorare l'offerta, sia qualitativamente che quantitativamente.

E' anche nota la copiosa giurisprudenza, del giudice delle leggi e del giudice della legittimità, che sul punto è intervenuta dichiarando conformi alla Carta costituzionale le misure di volta in volta adottate dal legislatore o dall'Amministrazione al fine di fronteggiare con immediatezza situazioni di gravissima emergenza finanziaria che, se sottovalutate o comunque trascurate, potrebbero compromettere la funzionalità di settori di eminente interesse collettivo.

Come già evidenziato dalla Sezione in recenti occasioni (28 dicembre 2012, n. 10788; 11 luglio 2012, n. 6316; 7 maggio 2012, n. 4076; 8 febbraio 2011, n. 1239), quello sanitario è uno dei tanti settori di spiccato rilievo sociale nei quali lo Stato è costituzionalmente obbligato ad intervenire anche con misure di sostegno finanziario che pesano sul suo bilancio, equamente distribuendole fra gli stessi sulla base di una comparazione dei relativi bisogni riservata all'esclusiva e responsabile valutazione del legislatore e della competente Amministrazione, ma sempre nel limite costituito dalle risorse finanziarie in atto disponibili per la copertura della relativa spesa.

La sede in cui queste vengono accertate, quantificate e distribuite fra i settori interessati è il bilancio di previsione dello Stato, le cui prescrizioni costituiscono un limite invalicabile e il cui superamento, qualunque siano le cause che lo hanno determinato (aumento della richiesta da parte dell'utenza, lievitazione dei costi afferenti le prestazioni dovute, abusi, ecc.), rende doverosi interventi correttivi immediati, che s'impongono a tutti coloro che, a diverso titolo, sono presenti nello specifico settore (utenti, strutture operative, fornitori di prestazioni). La necessità

di assicurare compatibilità ed equilibrio fra spesa sostenibile e qualità e quantità del servizio da erogare alla collettività costituisce quindi regola indefettibile, in quanto dettata a tutela dell'interesse generale, a fronte del quale l'interesse del privato (sia esso utente o fornitore del servizio) deve ritenersi, nei limiti della ragionevolezza, recessivo. Questa regola s'impone anche per il settore sanitario.

Come già detto, lo stesso giudice delle leggi è stato ripetutamente chiamato a verificare la conformità a principi costituzionali di alcune imposizioni che, finalizzate al contenimento della spesa pubblica nel settore sanitario, incidono pesantemente sull'iniziativa economica imprenditoriale. Nel valutare le linee fondamentali del sistema sanitario pubblico la Corte costituzionale ha sottolineato (28 luglio 1995, n. 416) l'importanza del collegamento tra prestazione e spesa, evidenziando come l'autonomia dei vari soggetti ed organi operanti nel settore deve essere sempre correlata alle disponibilità finanziarie e non può prescindere dalla scarsità delle risorse e dalle esigenze di risanamento del bilancio nazionale.

Ha in particolare affermato (23 luglio 1992, n. 356) che "non è pensabile poter spendere senza limite, avendo riguardo soltanto ai bisogni quale ne sia la gravità e l'urgenza; è viceversa la spesa a dover essere commisurata alle effettive disponibilità finanziarie, le quali condizionano la quantità ed il livello delle prestazioni sanitarie, da determinarsi previa valutazione delle priorità e delle compatibilità e tenuto ovviamente conto delle fondamentali esigenze connesse alla tutela del diritto alla salute, certamente non compromesse con le misure in esame". Sono dunque indispensabili (e quindi legittimi) interventi di carattere autoritativo e vincolante, e non concordato e convenzionale, per la fissazione del tetto massimo annuale di spesa sostenibile con il fondo sanitario per singola istituzione o per gruppi di istituzioni, nonché per la determinazione dei preventivi annuali delle prestazioni (Cons. St., Ad. Plen., 3 marzo 2008, n. 1; id., sez. V, 19 novembre 2009, n. 7236; id. 25 gennaio 2002, n. 418). Il carattere autoritativo e vincolante

delle determinazioni in tema di limiti delle spese sanitarie esprime infatti la necessità che l'attività dei vari soggetti operanti nel relativo sistema si svolga nell'ambito di una pianificazione finanziaria (Cons.St., Ad. plen., 12 aprile 2012, n. 3), tendente a garantire la corretta gestione delle limitate risorse disponibili (Cons. St., sez. V, 25 gennaio 2002, n. 418).

Giova aggiungere che il secondo e il terzo comma dell'art. 41 Cost. pongono limiti alla libertà d'iniziativa economica privata, stabilendo che essa non può svolgersi in contrasto con l'utilità sociale (o in modo da recare danno alla sicurezza, alla libertà ed alla dignità umana) e prevedendo altresì che il Legislatore può indirizzare e coordinare l'attività economica privata a fini sociali mediante la predisposizione di programmi e controlli. Ciò significa che quando ricorrono specifici obiettivi di interesse pubblico da perseguire ed è imperativa la necessità di tutelare bisogni sociali aventi pari o superiore rilievo costituzionale rispetto all'autonomia di mercato, il legislatore può legittimamente intervenire sulle attività imprenditoriali, riducendo il margine di autonomia delle imprese ed indirizzando quindi l'attività economica a fini sociali.

Nel caso all'esame del Collegio le tariffe ora impugnate valgono per il futuro e, si ribadisce, per un arco di tempo predeterminato e limitato, con la conseguenza che gli imprenditori del settore potranno liberamente valutare la convenienza di continuare ad operare in regime di accreditamento, accettando il temporaneo sacrificio richiesto, che ora ben conoscono e sono in grado di quantificare, o restare nel mercato solo come struttura alla quale il cittadino utente potrà rivolgersi a proprie spese, senza gravare sul Servizio sanitario nazionale.

Infine, è da escludere che l'art. 15, comma 17, d.l. n. 95 del 2012 violi l'art. 117 Cost. nella parte in cui vieta alle Regioni sottoposte al piano di rientro di derogare in melius alle tariffe massime fissate dal decreto ministeriale. Ha chiarito la Corte cost. 29 maggio 2013, n. 104 (ma v. anche 12 maggio 2011, n. 163) che l'esplicita

condivisione da parte delle Regioni della assoluta necessità di contenere i disavanzi del settore sanitario determina una situazione nella quale “l’autonomia legislativa concorrente delle Regioni nel settore della tutela della salute ed in particolare nell’ambito della gestione del servizio sanitario può incontrare limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e del contenimento della spesa” (Corte cost. 14 giugno 2007, n. 193). Ciò in quanto le “norme statali che fissano limiti alla spesa di enti pubblici regionali sono espressione della finalità di coordinamento finanziario” (Corte cost. 8 maggio 2009, n. 139 e 24 luglio 2009, n. 237), per cui il Legislatore statale può “legittimamente imporre alle Regioni vincoli alla spesa corrente per assicurare l’equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva, in connessione con il perseguimento di obiettivi nazionali, condizionati anche da obblighi comunitari” (Corte cost. 18 febbraio 2010, n. 52).

4. Dalla documentazione versata in atti all’esito dell’istruttoria risulta che il Ministero della salute, per determinare le nuove tariffe ora impugnate, ha utilizzato gli unici dati certi e disponibili nel brevissimo arco temporale di cui disponeva per adottare le tariffe. La necessità di utilizzare dati “certi” giustifica il possibile mancato riferimento ad eventuali dati inviati nel tempo dalle Organizzazioni di categoria, che avrebbero dovuti essere verificati nella loro riferibilità a situazioni spalmabili sull’intero territorio dello Stato. Ciò stante, è altresì irrilevante che lo stesso Ministero in effetti lavorasse da anni, con il gruppo di lavoro appositamente istituito, per adottare nuove tariffe, che prendessero il posto di quelle annullate in sede giudiziaria, atteso che ciò che rileva è che entro il 15 settembre 2012 le nuove tariffe avrebbero dovuto essere approvate.

E’ indubbio che si tratta di un termine ordinatorio, come dimostra la circostanza che lo stesso non è stato rispettato, essendo stato il decreto impugnato pubblicato in Gazzetta ufficiale il 28 gennaio 2013, ma l’indicazione di massima che lo stesso introduce, e cioè l’urgenza di disporre di tariffe statali, non consentiva in ogni caso

di aspettare i tempi, ancora lunghi, per lavorare sui dati disponibili e verificarne la congruità. E' un dato di fatto incontrovertibile, perché emerge dalla documentazione versata in atti a seguito dell'istruttoria, che le difficoltà che si continuava ad incontrare per chiudere i lavori iniziati da anni per definire le nuove tariffe non avrebbero certo consentito di adottare il decreto tariffario utilizzando i dati vecchi a disposizione solo dopo averli sottoposti a verifica di congruità.

E' altresì irrilevante che tali tariffe, basandosi non poche volte su dati risalenti nel tempo e non verificati nella loro attualità, possano, come afferma parte ricorrente, non essere congrue perché non sempre consentono all'operatore di ricavare un utile dalla prestazione erogata o addirittura, in alcuni casi, di coprire i costi affrontati. Come si è detto, l'eccezionalità dell'iter procedimentale che ha portato all'approvazione delle nuove tariffe, nonché il carattere dichiaratamente temporaneo delle stesse giustificano la possibilità che le stesse non siano sempre adeguate.

5. Le argomentazioni innanzi svolte, integralmente tese ad individuare la ratio sottesa al comma 15 dell'art. 15, d.l. n. 95 del 2012 e quindi al decreto 18 ottobre 2012, approvato in esecuzione del citato comma 15, rendono inconferenti al caso in esame i principi dettati dal Consiglio di Stato, sez. V, nella decisione n. 1205 del 2 marzo 2010, che ha confermato la sentenza di questa Sezione n. 2721 del 31 marzo 2008, con la quale era stato annullato, in ragione del riscontrato difetto di istruttoria in rapporto ai parametri normativi regolatori della materia, il decreto del 12 settembre 2006 del Ministro della salute adottato di concerto con il Ministro dell'economia ed avente ad oggetto "Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie". Aveva chiarito il giudice di appello che illegittimamente il decreto ministeriale non era corredato da alcuna specificazione degli accertamenti svolti e dei criteri seguiti al fine di pervenire alla determinazione dei valori tariffari oggetto di contestazione in prime

cure sulla scorta di una dettagliata indagine tecnica di parte. Aveva riscontrato nel decreto del 2006 le stesse carenze procedurali che, con la precedente sentenza n. 1839 del 29 marzo 2001, la Sezione IV aveva rilevato nel d.m. 22 luglio 1996 e che avevano portato al suo annullamento, ossia un difetto di istruttoria nella determinazione delle tariffe per mancata applicazione dei precisi criteri dettati dallo stesso Ministero con il d.m. 15 aprile 1994. Nella sentenza n. 1839 del 2001 il giudice di appello aveva evidenziato l'errore in cui era incorso il Ministero della salute nel prendere come termine di riferimento poche Regioni (Toscana e Emilia-Romagna) che naturalmente non erano in grado di offrire un quadro obiettivo della situazione esistente nell'intero Paese, essendo necessario (alla luce del d.m. 15 aprile 1994) tenere presenti i costi generali e di produzione oggettivamente rilevati su tutto il territorio nazionale o, quanto meno, su una buona parte di esso, e non soltanto su una o due Regioni. La sentenza della V Sezione n. 1205 del 2010 aveva ribadito che la necessità di fissare le tariffe massime sulla base di un'adeguata istruttoria, che analizzasse i relativi costi produttivi, è connaturata alla natura del decreto ministeriale, esplicitamente volto alla fissazione delle tariffe massime finanziabili dal Servizio sanitario nazionale e non alla mera ricognizione delle tariffe regionali, ai sensi dell'art. 8 sexies, comma 5, d.lgs. n. 502 del 1992.

Tali principi, pienamente condivisibili se riferiti al procedimento ordinario, non possono trovare applicazione nel caso in cui è stato proprio il Legislatore, con il comma 15 dell'art. 15, d.l. n. 95 del 2012, ad autorizzare l'utilizzo dei "dati a disposizione", anche se lontani dal rappresentare, allo stato, un campione significativo di strutture pubbliche e private tale da consentire la verifica dell'indefettibile connessione logico-motivazionale tra l'accertamento dei costi e la misura delle tariffe.

6. Tutto ciò chiarito in via preliminare, e passando all'esame dei singoli motivi di ricorso, le riflessioni esposte dal Collegio nei paragrafi che precedono, in ordine al

carattere eccezionale e derogatorio del comma 15 dell'art. 15, d.l. n. 95 del 2012, conducono ad un giudizio di infondatezza delle censure volte a contestare l'insufficienza dell'istruttoria compiuta dal Ministero per determinare le nuove tariffe, nonché la violazione dell'art. 8 sexies, comma 5, d.lgs. n. 502 del 1992.

7. Privo di pregio è anche il motivo con il quale si deduce l'illegittimità dell'impugnato decreto per aver assunto a parametro i d.m. 22 luglio 1996 e d.m. 12 settembre 2006, entrambi annullati in sede giurisdizionale con sentenze passate in giudicato.

Come si è detto, infatti, il decreto 18 ottobre 2012 ha carattere temporaneo ed eccezionale, è stato adottato per tamponare il lungo vuoto conseguente alle pronunce annullatorie del giudice amministrativo e nella consapevolezza, da parte del Governo, che le obiettive difficoltà di reperire dati recenti e/o di contestualizzare quelli più vecchi avrebbero richiesto ancora del tempo per adottare nuove tariffe seguendo l'iter ordinario. Pertanto, il richiamo operato nel preambolo del d.m. 18 ottobre 2012 al d.m. 22 luglio 1996 è stato effettuato solo con riferimento al nomenclatore tariffario, utilizzato anche nel d.m. del 2012. Più precisamente, il Ministro della salute ha chiarito, con riferimento alle Prestazioni ambulatoriali, che nelle more di un'organica revisione della definizione dei Livelli essenziali di assistenza si sarebbe proceduto ad elaborare le sole tariffe relative a prestazioni per le quali il d.m. 22 luglio 1996 aveva determinato la relativa tariffa. Si fa quindi riferimento ad un dato storico (id est, l'elenco delle prestazioni che a suo tempo avevano formato oggetto di tariffa) e non alla determinazione giuridica (id est, la tariffa) assunta con il decreto annullato.

8. E' invece fondato il motivo con il quale è denunciato l'illegittimo assorbimento, nell'aggiornamento tariffario delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui all'Allegato 3 del decreto, del valore dello sconto di cui all'art. 1, comma 796, l. 27 dicembre 2006, n. 296.

Ed invero, tale norma prevede che per il triennio 2007-2009 le strutture private accreditate, “ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanità 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto”.

Sebbene il primo alinea del comma 796 faccia riferimento al triennio 2007-2009, la lett. o) di tale comma cessa i suoi effetti con la nuova definizione del sistema tariffario. In questo senso si è espresso il Tar Sardegna 14 ottobre 2011, n. 975 (con sentenza non sospesa dal Consiglio di Stato in sede cautelare per esserne state condivise le conclusioni: ord., sez. V, 18 novembre 2011, n. 5102) secondo cui la norma (lett. o) va definita sicuramente “temporanea”, ma la sua scadenza non può essere fatta coincidere con il mero decorso del tempo (cioè scadenza del triennio al 31 dicembre 2009), con ripresa, in automatico, delle precedenti tariffe (senza sconto) dall’1 gennaio 2010. La sua efficacia va ancorata, invece, alla nuova definizione del “sistema tariffario” a regime, secondo i rinnovati criteri.

Premesso quindi che con l’approvazione delle tariffe dell’ottobre 2012 lo sconto di cui all’art. 1, comma 796, lett. o), l. n. 296 del 2006 non poteva più essere imposto, il Ministero non era legittimato in via amministrativa, senza dunque un’ulteriore copertura normativa, a decurtare le tariffe previste per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, del valore corrispondente a detto sconto, tanto più che la disposizione in parola aveva superato il vaglio della Corte costituzionale (ord. 13 marzo 2009, n. 70 e sent. 7 luglio 2010, n. 243) solo in ragione del carattere temporaneo del sacrificio imposto alle strutture private.

Né, infine, un siffatto potere era offerto dal comma 15 dell’art. 15, d.l. n. 95 del 2012, che nulla dice al riguardo, facendo riferimento, al fine di determinare la

tariffa, ai “dati di costo disponibili”, costi nei quali certamente non può essere incluso il valore corrispondente al soppresso sconto.

9 Quanto al coinvolgimento della Conferenza Stato – Regioni, il comma 15 dell’art. 15, d.l. n. 95 del 2012 prevede che la stessa deve essere solo “sentita”. E’ quindi scomparso il riferimento, contenuto nell’art. 8 sexies, comma 5, d.lgs. n. 502 del 1992 alla previa ”intesa”. Ciò stante, è in atti la prova che la Conferenza è stata “sentita”.

Quanto poi alla motivazione delle ragioni che hanno indotto a non accogliere gli emendamenti proposti dalla Conferenza, risulta sia dal testo dell’impugnato decreto che dal verbale della seduta della stessa Conferenza del 26 settembre 2012 che in una precedente “riunione tecnica” svoltasi l’11 settembre 2012 Regioni e Province autonome avevano espresso parere favorevole sullo schema di decreto, ma a condizione che fossero accolte le richieste di modifica “già proposte in un documento consegnato in un precedente incontro tecnico” (11 giugno 2012). Risulta però anche che nella suddetta riunione dell’11 settembre i rappresentanti delle Amministrazioni statali avevano esposto le ragioni per le quali non tutte le istanze proposte erano accoglibili e avevano richiamato anche una lettera inviata in data 26 giugno 2012 dal Ministero dell’economie e delle finanze, nella quale erano esposti i motivi che si opponevano all’accordo su alcune richieste.

Segue quindi che la censura, che denuncia l’immotivato silenzio serbato dalle Autorità statali sulle istanze avanzate in sede tecnica da Regioni e Province autonome, trova una puntuale smentita nella documentazione in atti.

Aggiungasi che nell’impugnato decreto si afferma che le “numerose richieste emendative” - presentate nelle succitate sedi tecniche dalle Regioni e Province e richiamate nel verbale della Conferenza del 26 settembre 2012 - sono state “tutte accolte”, ad eccezione di tre (“proposta di modifica delle tariffe relative ai trapianti di rene, fegato, intestino, midollo osseo”; “valorizzazione delle tariffe ospedaliere

di tutti i DRG per ricoveri diurni per acuti”; “estensione della disciplina codicistica”), in relazione alle quali la motivazione del rigetto (peraltro solo parziale per la prima istanza) risulta nello stesso decreto esplicitata.

10. Per le ragioni che precedono il ricorso deve essere accolto nei limiti di cui in motivazione e per l'effetto va annullata la tariffa relativa alla Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale nella parte in cui include nella stessa il valore dello sconto di cui all'art. 1, comma 796, l. 27 dicembre 2006, n. 296.

Quanto alle spese di giudizio, considerata la complessità della vicenda contenziosa, può disporsi l'integrale compensazione fra le parti costituite.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio (Sezione Terza Quater) definitivamente pronunciando sul ricorso, come in epigrafe proposto, lo accoglie nei limiti di cui in motivazione e per l'effetto annulla la tariffa relativa alla Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale nella parte in cui include nella stessa il valore dello sconto di cui all'art. 1, comma 796, l. 27 dicembre 2006, n. 296.

Compensa integralmente tra le parti in causa le spese e gli onorari del giudizio.

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

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 3 dicembre 2013 con l'intervento dei magistrati:

Italo Riggio, Presidente

Giuseppe Sapone, Consigliere

Giulia Ferrari, Consigliere, Estensore

L'ESTENSORE

IL PRESIDENTE

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 19/12/2013

IL SEGRETARIO

(Art. 89, co. 3, cod. proc. amm.)