

**Prof. Avv. Guido Corso**  
Via Bisagno 14 – 00199 Roma  
Tel. 06.86206920 fax 091.6122120

**Avv. Arturo Umberto Meo**  
Via Giordano Bruno 50 -80035 Nola  
Tel./fax 081 8237949 - 0815123787  
80133 Napoli – Via Melisurgo n.4  
Tel.081 4287111

**ON. TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE DEL LAZIO- ROMA**

**RICORRONO**

\_\_\_\_\_, tutti rappresentati e difesi, sia congiuntamente che disgiuntamente, in virtù di mandati in calce al presente atto, dagli avv.ti prof. Guido Corso (C.F. CRSGDU40S08D969C, pec certificata [guidocorso@pecavvpa.it](mailto:guidocorso@pecavvpa.it), fax 091.6122120) e Arturo Umberto Meo (C.F. MEORRM60A22F924A, pec certificata [arturoumberto.meo@pecavvocatinola.it](mailto:arturoumberto.meo@pecavvocatinola.it), fax 0818237949) ed elettivamente domiciliati in Roma, alla via Bisagno n. 14, presso l'Avv.Prof. Guido Corso,

**contro**

il **MINISTERO DELLA SALUTE**

e

il **MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE**, in persona dei ministri titolari p.t., domiciliati per legge presso l'Avvocatura Generale dello Stato, in Roma, via dei Portoghesi 12

**per l'annullamento previa sospensiva**

- a) del Decreto del Ministero della Salute adottato il 18 ottobre 2012, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, pubblicato sulla **Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013 – S.O. n. 8**, recante *“Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”* e dei relativi allegati recanti le tariffe relative alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del S.S.N
- b) di ogni altro atto presupposto, contestuale, consequenziale o comunque connesso e non noto, in particolare di tutti gli studi, pareri, valutazioni o relazioni, citati nelle premesse del nominato D.M., e il cui contenuto è ignoto ai ricorrenti.

**FATTO**

**1.-** La Federlab Italia è Ente esponenziale che ha federato operatori della sanità privata in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Nazionale per la branca di patologia clinica, già costituiti in Associazioni Regionali.-

Tra i suoi scopi, tale ente esponenziale ha quello di promuovere l'emanazione, o il perfezionamento, di normative e provvedimenti legislativi inerenti l'attività svolta dalla categoria a livello nazionale, nonché quello di predisporre proposte di legge e provvedimenti amministrativi da presentare alle Autorità competenti in sede nazionale.-

La Federlab Italia, inoltre, ha come scopo quello di promuovere iniziative finalizzate alla tutela degli interessi degli associati, anche mediante attività di studio e ricerca, nonché ad integrare e sostenere ogni azione per il raggiungimento degli scopi sociali ed dei fini istituzionali.-

Dunque, la **Federlab Italia**, che ai sensi dell'art. 8 dello Statuto è rappresentata in giudizio dal Presidente, persegue l'obiettivo di tutelare gli interessi dei propri associati, anche in sede giudiziale, consistenti in un corretto e coerente svolgimento delle attività per cui sono stati accreditati contro ogni unilaterale stravolgimento del rapporto proveniente dalla parte contraente pubblica, che sia in violazione dei principi ispiratori della vigente normativa in materia sanitaria. In particolare, essa assume la rappresentanza degli interessi dei propri associati di fronte alle amministrazioni, organi ed agenzie pubbliche, ai soggetti privati nonché a qualsiasi autorità giurisdizionale, al fine anche di collaborare alla soluzione dei problemi del settore.

E' evidente la legittimazione degli altri ricorrenti indicati in epigrafe: per questi l'interesse all'impugnativa è *in re ipsa*, poiché si tratta di strutture sanitarie accreditate, ed in particolare di Laboratori di analisi Cliniche e di altri Centri accreditati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, e perciò di diretti destinatari delle penalizzanti previsioni del D.M. impugnato.

**2.-** Il decreto impugnato, che stabilisce la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, costituisce l'ultima tappa di una complessa vicenda punteggiata da atti normativi, da provvedimenti amministrativi e da annullamenti giurisdizionali.

**3.-** In applicazione dell'art. 8 co. 6 d.lgs.vo n. 502/1992 (poi abrogato dal d.lgs.vo n. 229/1999) veniva emanato il D.M. 15 aprile 1994 che determinava i criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa e ospedaliera.

Secondo l'art. 3 del D.M. *“le tariffe sono fissate sulla base del costo standard di produzione e dei costi generali, in quota percentuale rispetto ai costi standard di produzione (co. 1). Il costo standard di produzione per prestazione è calcolato in via preventiva dalla regione e dalle province autonome, sulla base dei costi rilevati presso un campione di soggetti erogatori, pubblici e privati, operanti rispettivamente nell'ambito del servizio sanitario nazionale del territorio regionale e provinciale, preventivamente individuato secondo criteri di efficienza ed efficacia. Tale costo fa riferimento alla composizione ed alla qualità dei fattori produttivi utilizzati per la produzione della prestazione, valorizzati sulla base dei prezzi unitari medi di acquisto riferiti all'ultimo anno e delle relative eventuali variazioni attese in ragione del tasso di inflazione programmato”* (co. 2).

Tali criteri, fondati sulla correlazione fra tariffe e costi standard, che vanno calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, furono poi trasfusi nell'art. 8-sexies, co. 5 del d.lgs.vo n. 502/99 introdotto dall'art. 8 del d.lgs.vo n. 229/99 (oggi modificato dall'art. 79 del d.l. n. 112/2008 conv. in L. n. 133/2008).

In applicazione dei criteri fissati col D.M. 15.5.1994 il ministero della Sanità emanava il decreto 22 luglio 1996. Quest'ultimo fu annullato dal Consiglio di Stato (sez. IV, n. 1839/2001) perché il tariffario era stato stabilito sulla base di un campione non rappresentativo (solo strutture pubbliche delle sole regioni Emilia Romagna e Toscana), in difetto della *“connessione logica necessaria tra l'accertamento dei costi e la misura delle tariffe”*.

**4.-** La legge finanziaria 2005 (art. 1 co. 170 L. n.311/2004) ha prescritto l'adozione di un nuovo tariffario (previa *“ricognizione e l'eventuale aggiornamento delle tariffe massime, coerentemente con le risorse programmate”*) ed il suo aggiornamento biennale; ed ha disciplinato il procedimento per la determinazione delle tariffe dal punto di vista dei soggetti partecipanti (ministri della salute e dell'economia, conferenza permanente delle regioni).

In attuazione di detto art. 1 co. 170 L. 311/2004, e a seguito dell'annullamento del tariffario precedente, il Ministro della Salute ha adottato

il decreto 12 settembre 2006 (*“Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie”*).

Siffatto decreto è stato impugnato da Federlab e da numerosi Laboratori di analisi, ed è stato annullato dal TAR Lazio, con sentenza della III sez. quater n. 851/2008 ( nonchè da altre numerose sentenze di contenuto conforme: nn. 12977/07, 12978/07, 2721/08).

Il TAR Lazio segnalò che il decreto impugnato riproduceva le tariffe del 1996, annullate dal Consiglio di Stato con sentenza della IV sezione n. 1839/2001, senza far menzione dell’annullamento: con evidente difetto di istruttoria e conseguente *“mancata applicazione dei precisi criteri dettati dallo stesso Ministero col D.M. 15 aprile 1994 all’art. 3”* (riferimento ai costi standard di produzione ed ai costi generali, in quota percentuale rispetto ai costi standard di produzione; criteri dettagliati per calcolare le componenti del costo standard).

La sentenza, rilevato che i criteri fissati dal decreto del 1994 erano stati poi recepiti dalla legge (art. 8-sexies co. 5 d.lgs.vo n.502/92 introdotto dall’art. 8 c. 4 del d.lgs.vo n. 229/1999), censura l’amministrazione per non aver *“prodotto in giudizio nessun atto istruttorio”* e per avere richiamato *“puramente e semplicemente un atto di dieci anni prima”* (annullato dal giudice amministrativo *“proprio per difetto di istruttoria”*), un atto che per questa sola ragione *“avrebbe sicuramente avuto necessità di un aggiornamento di verifica”*.

L’annullamento veniva disposto anche perché l’atto impugnato non recava *“alcuna motivazione per superare il parere contrario della conferenza Stato-Regioni”*, ossia per avere omesso di indicare *“le ragioni che hanno condotto l’amministrazione agente a disattendere il parere di un così importante organo”*.

Mentre alcune delle sentenze che avevano annullato il D.M. del 2006 non venivano impuginate e passavano quindi in giudicato (sent. TAR Lazio nn. 12623/2007, 12977/2007, 12978/2007 e 851/2008), la sentenza n. 2721/2008 – ultima della serie – era appellata dal Ministero.

Con decisione n. 3733/2010 la V Sezione del Consiglio di Stato respingeva l’appello. Premettendo che il D.M. del 2006 era *“atto generale recante disposizioni inscindibilmente preordinate ad operare nei confronti di una pluralità di soggetti”* e che, pertanto, *“i giudicati hanno caducato con effetto erga omnes il decreto oggetto dell’odierno esame di legittimità”*, la Sezione escludeva

che in capo all'amministrazione appellante residuasse un interesse a coltivare il gravame; ed entrando nel merito ribadiva che *“il procedimento seguito non soddisfa il principio generale per cui la determinazione delle singole tariffe deve essere confortata dall'esame di un campione significativo di strutture pubbliche e private, così da consentire la verifica dell'indefettibile connessione logico-motivazionale tra l'accertamento dei costi e la misura delle tariffe”*. Segnalava, infine, come *“ulteriore sintomo della carenza istruttoria”, “l'assenza di qualsivoglia motivazione idonea a superare il pur non vincolante parere contrario reso dalla Conferenza Stato-Regioni con riguardo ai profili di opportunità”*.

**5.-** Dell'annullamento del D.M. 12.9.2006 prendeva atto anche il TAR Lazio, Sez. III quater (**sent. n. 4640/2011**), dichiarando per questa parte improcedibile, per sopravvenuta carenza di interesse, il ricorso proposto da un IRCCS. Poiché col medesimo ricorso era stato impugnato il *budget* assegnato all'istituto ricorrente, per questa parte il ricorso veniva accolto. Prendendo atto della inerzia del Ministero, il TAR ordinava a quest'ultimo *“di procedere alla determinazione delle tariffe massime e dei criteri generali anche attraverso il procedimento di cui all'art. 8 sexies, comma 5 d.lgs.vo n. 502/92, ove ritenuto necessario, nel termine di mesi 4 (quattro), decorrenti dalla comunicazione e/o notifica della presente sentenza”*, ed assegnava alla Regione Lazio l'ulteriore termine di 2 (due) mesi per procedere all'adozione del proprio sistema tariffario.

Accogliendo parzialmente la domanda di sospensione della sentenza impugnata dal Ministero, il Consiglio di Stato, Sez. III (ord.za n. 5186/2011 del 25 novembre 2011), disponeva l'allungamento da quattro a sei mesi del termine assegnato al Ministero per l'adozione del nuovo tariffario, termine decorrente dalla comunicazione o notificazione dell'ordinanza.

**6.-** Mentre decorreva e veniva poi a scadenza il termine assegnato al Ministero per l'esecuzione del giudicato, sopravveniva, il 6 luglio 2012, il decreto-legge n. 95, che poi veniva rapidamente convertito, il 7 agosto 2012, nella legge n. 135/2012.

L'art. 15 co. 15 del nuovo provvedimento legislativo prescriveva l'adozione delle 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”*.

Con successivo decreto-legge del 13 settembre 2012 (n. 158), convertito l'8 novembre 2012 in L. 189/2012, le previsioni dell'art. 15 del D.L. 95/2012 venivano integrate con l'inserimento di un comma 17-bis che, ai fini della determinazione del tariffario, contemplava l'istituzione di una commissione tenuta a confrontarsi *“con le associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale dei soggetti titolari di strutture private accreditate”*.

7.- In data 18 ottobre 2012 il Ministero della Salute adottava il decreto impugnato in asserita applicazione del d.l. n. 95/2012, ma senza far menzione delle modifiche apportate dal d.l. n. 158/2012, sebbene questo fosse già in vigore da oltre un mese.

Il decreto è illegittimo e, per quanto riguarda i ricorrenti, titolari di laboratori di analisi, gravemente pregiudizievole nella parte che disciplina le tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, e quindi va annullato, previa sua sospensione, per i seguenti

#### **MOTIVI**

##### **I**

**Violazione dell'art. 15, co. 15 e 17-bis del d.l. 6 luglio 2012 n. 95 conv. in L. 7 agosto 2012 n. 135, come integrato dall'art. 2-bis D.L. 13 settembre 2012 n. 158 conv. in L. 8 novembre 2012 n. 189 – Violazione delle regole del procedimento per la omessa istituzione della Commissione di cui all'art. 15 co. 17-bis cit. e l'omessa consultazione delle associazioni di categoria –**

**Eccesso di potere.**

A) Si trascrivono le disposizioni calendate.

*“In deroga alla procedura prevista dall'art. 8-sexies, co. 5 del d.lgs. n. 30 dicembre 1992 n. 502, in materia di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera e ambulatoriale a carico del servizio sanitario nazionale il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012, determina le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'art. 8-quater del d.lgs. n. 502/1992 e s.m., 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, margini di*

*inappropriatezza ancora esistenti a livello locale e nazionale” (art. 15 co. 15 d.lgs.vo n. 95/2012 come convertito in L. n. 135/2012).*

*“Con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute, da adottare entro 15 gg. dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, è istituita, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, una commissione per la formulazione di proposte, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, per l’aggiornamento delle tariffe determinate ai sensi del comma 15. La Commissione, composta da rappresentanti del Ministero della salute, del Ministero dell’economia e delle finanze e della Conferenza delle regioni e delle province autonome, si confronta con le associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale dei soggetti titolari di strutture private accreditate (...) La Commissione conclude i suoi lavori entro 60 gg. dall’insediamento. Entro i successivi 30 gg. il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede all’eventuale aggiornamento delle predette tariffe” (art. 17-bis d.l. n. 95/2012 come convertito in L. 135/2012).*

**B)** La seconda delle disposizioni citate è stata introdotta nel corpo del d.l. n. 95/2012, a poco più di un mese di distanza dalla legge di conversione (deliberata il 7 agosto 2012), dal d.l. n. 158 del 13 settembre 2012 (poi convertito in L. 8 novembre 2012 n. 189).

Essa fa tutt’uno, quindi, con la prima delle due disposizioni (tanto è vero che figurano nello stesso atto normativo come co. 15 e 17-bis dell’art. 15 d.l. n. 95/2012 come conv. in L. 135/2012). Il co. 17-bis, integrando il contenuto del comma 15 dell’art. 15 del d.l. originario (il n. 95), chiarisce che la determinazione delle tariffe delle prestazioni delle strutture accreditate, di competenza del Ministeri della salute e dell’economia, previo parere della Conferenza Stato-regioni, avviene su proposta di una commissione all’uopo istituita che *“si confronta con le associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale dei soggetti titolari di strutture private accreditate”*.

**Viene così delineato un procedimento che nel giro di 105 giorni (15 gg., a decorrere dalla data di entrata in vigore della L. 189/2012, per la istituzione della Commissione, 60 gg. per la conclusione dei lavori, 30 gg. per la consultazione della Conferenza Stato-regioni e per l’adozione del**

**decreto)** deve portare all'aggiornamento del tariffario. Un procedimento che passa attraverso le seguenti fasi:

- istituzione della Commissione;
- confronto con le associazioni maggiormente rappresentative del settore;
- formulazione della proposta delle nuove tariffe;
- parere della Conferenza Stato-regioni;
- approvazione del nuovo tariffario.

**C)** Il decreto impugnato è illegittimo:

- perché non è stato preceduto dalla istituzione della Commissione la cui proposta, di conseguenza, manca;
- perché non è stato attivato il confronto con le associazioni maggiormente rappresentative delle strutture sanitarie accreditate.

**D)** Si potrebbe sostenere che il procedimento delineato dall'art. 15 co. 17-bis, in quanto previsto da un decreto legge successivo al d.l. n. 95/2012, che disciplina l'aggiornamento delle tariffe determinate ai sensi del comma 15", presuppone l'avvenuta determinazione delle tariffe massime in applicazione del solo co. 15: sicché ci sarebbe una prima determinazione ai sensi del comma 15, e un suo aggiornamento ai sensi del co. 17-bis, con procedimento più garantistico che prevede il coinvolgimento delle strutture accreditate.

Una lettura del genere contrasta, però, con i seguenti dati cronologici e con la stessa tempistica stabilita dall'art. 2-bis del d.l. n. 158/2012 (*id est*, art. 15 comma 17-bis d.l. n. 95/ 2012):

- nel momento in cui il secondo decreto legge (n. 158/2012) fu emanato (**13 settembre 2012**) nessun decreto di approvazione delle tariffe era stato adottato né il procedimento previsto dall'art. 15 co. 15 era stato avviato o era comunque in una fase avanzata (in particolare non era stato trasmesso alla segreteria della conferenza Stato-Regioni lo schema di provvedimento perché tale trasmissione – come si legge nelle premesse del decreto impugnato, pag. 4 - è avvenuto il 18 settembre 2012);
- i tempi previsti dal d.l. n. 158/2012 sono talmente brevi (105 gg. come durata massima) che hanno un senso se riferiti alla formazione di un tariffario che manca da oltre quindici anni, e non all'aggiornamento di tariffe stabilite alcuni giorni prima. Non dimentichiamo che, come risulta dalla



esposizione in fatto, sia il tariffario del 1996 sia il tariffario del 2006 – gli unici tariffari statali approvati negli ultimi vent'anni – sono stati annullati dal giudice amministrativo (rispettivamente nel 2001 e nel 2007);

- il decreto impugnato reca la data del 18 ottobre 2012: una data che è successiva al 13 settembre 2012, ossia al giorno in cui fu emanato il secondo decreto legge (n. 158/2012). È stato adottato, cioè, nel vigore dell'art. 2-bis del d.l. n.1 58/2012 (*id est*, art. 15 co. 15 bis d.l. n. 95/2012), ed è quindi vincolato dalla previsione che impone la formazione della commissione e il confronto con le associazioni di categoria, ai fini della determinazione delle tariffe.

**E)** Anche se non fosse intervenuto il d.l. n. 158/2012 e quindi il co. 17-bis dell'art. 15 del d.l. n. 35/2012, l'omessa consultazione delle associazioni maggiormente rappresentative delle strutture accreditate vizierebbe comunque il provvedimento impugnato: e ciò anche se l'unica regola applicabile fosse quella stabilita dall'art. 15 co. 15.

Le tariffe corrispondono per le imprese e per i professionisti titolari di accreditamento alle tabelle delle retribuzioni contenute nei contratti collettivi nazionali stipulati tra l'ARAN e le confederazioni sindacali (art. 40 d.lgs.vo . n. 165/2001).

Che diremmo di un sistema contrattuale in cui le retribuzioni fossero determinate unilateralmente dalle pubbliche amministrazioni senza nemmeno consultare le rappresentanze dei lavoratori pubblici?

Non dimentichiamo che la Repubblica tutela il lavoro in tutte le sue forme e applicazioni (art. 35 Cost.) e quindi non tollera discriminazioni tra lavoratori dipendenti e lavoratori autonomi.

Sotto questo profilo il decreto impugnato è pure viziato da un evidente eccesso di potere: che condannerebbe l'atto all'annullamento anche se non ci fosse la violazione dell'art. 15 co. 17-bis e anche se quest'ultimo non fosse applicabile al nostro caso.

## II

**Violazione sotto altro profilo dell'art. 15 co. 15 e 17-bis del d.l. n. 95/2012 come conv. in L. n. 135/2012 e mod. dal d.l. n. 158/2012 conv. in L. 189/2012 – Omessa motivazione del dissenso rispetto al parere obbligatorio della Conferenza Stato-regioni – Violazione dell'art. 3 L. 241/1990.**

*“Considerato – si legge nelle premesse del decreto impugnato – che , nel corso della seduta della suddetta Conferenza del 26 settembre 2012, le Regioni e le Province Autonome hanno espresso parere negativo sullo schema di decreto”.*

Ci sarebbe aspettato che i due ministeri motivassero la loro determinazione di discostarsi da parere obbligatorio della Conferenza. Il decreto che aveva approvato il tariffario precedente (D.M. 12 settembre 2006) è stato annullato anche per questa ragione: per avere omesso *“di motivare, seppure sinteticamente, sulle ragioni che hanno condotto l’amministrazione agente a disattendere il parere di un così importante organo ...”* (così TAR Lazio, Sez. III quater, n. 12623/2007); mentre secondo Cons. St. V, n. 3733/2010, è *“ulteriore sintomo della carenza istruttoria l’assenza di qualsivoglia motivazione idonea a sorpassare il pur non vincolante parere contrario reso dalla Conferenza Stato-Regioni con riguardo ai profili di opportunità”*).

Nulla di tutto questo nel nostro caso.

Il decreto si limita a segnalare l’esistenza del parere contrario della conferenza, ma non indica le ragioni del dissenso né espone i motivi per cui si ritiene di disattenderlo.

### III

#### **Nullità del decreto per violazione del giudicato (art. 21-septies L. 241/1990 e art. 31 co. 4 d.lgs.vo n. 104/2010).**

Come si è accennato nella esposizione in fatto, a seguito dell’annullamento giurisdizionale del tariffario approvato con D.M. 12 settembre 2006 (TAR Lazio nn. 12623/2007, 12977/2007 ,12978/2007 e 851/2008; Cons. St., sez. V, n. 3733/2010), una delle strutture interessate (l’IRCCS Fondazione S. Lucia) ha impugnato per invalidità derivata il provvedimento della Regione Lazio che, sulla base del decreto annullato, aveva determinato il sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere.

Nell’accogliere il ricorso, il TAR Lazio, Sez. III Quater, (sent. n. 4640/2011) ha preso atto della perdurante inerzia del Ministero e gli ha assegnato un termine di quattro mesi *“per procedere alla determinazione delle tariffe massime e dei criteri generali anche attraverso il procedimento di cui all’art. 8 sexies, co. 5, d.lgs.vo n. 502/92”*.

Accogliendo in parte la domanda di sospensione degli effetti della sentenza, il Consiglio di Stato, Sez. III, ha disposto *“il prolungamento dello stesso termine di ulteriori due mesi a decorrere dalla comunicazione o*

notificazione, se anteriore, della presente ordinanza” (ord.za n. 5186/2011 del 25 novembre 2011).

Scaduto il semestre assegnato dal giudice amministrativo senza che fosse intervenuto il nuovo tariffario in luogo di quello del 2006, annullato già cinque anni prima, pare che la Ragioneria Generale dello Stato, preoccupata delle conseguenze anche patrimoniali della perdurante inerzia, abbia sollecitato il Ministero a provvedere.

Nella vicenda è sopravvenuto il d.l. n. 95/2012 che prevede la formazione in tempi brevi del nuovo tariffario, ma non interferisce ovviamente sull’obbligo dell’amministrazione di ottemperare al giudicato. Il decreto impugnato, di conseguenza, va valutato non soltanto alla stregua dell’art. 15 co. 15 e 17-bis del d.l. 95/2012 e s.m.i. (v. primo e secondo motivo), ma anche alla luce del dovere di ottemperanza ai giudicati di annullamento del D.M. 12 settembre 2006.

Sotto questo profilo è evidente la sua nullità. E ciò non tanto per la ragione formale che il decreto non fa menzione delle sentenze del giudice amministrativo alla cui osservanza è tenuto, quanto per la ragione sostanziale che esso ignora i due motivi per cui il D.M. del 2006 era stato annullato: il difetto di istruttoria per non avere l’amministrazione *“effettuato un’analitica istruttoria sui costi di produzione, prima di determinare le tariffe massime da remunerare tramite SSN”*; l’omessa motivazione sulle *“ragioni che hanno indotto l’amministrazione agente a disattendere il parere”* della Conferenza Stato-Regioni (così TAR Lazio, Sez. III quater, n. 12623/07, pp. 12-13).

Sul difetto di istruttoria si tornerà nel motivo seguente perché il vizio ha anche un rilievo autonomo che prescinde dal vincolo del giudicato. Certo è che il decreto impugnato, emesso frettolosamente per il rischio della nomina del Commissario *ad acta*, prefigurato dalla sentenza TAR Lazio, Sez. II quater, n. 4640/2011, è nullo perché viola sotto tutti i profili il giudicato al quale dovrebbe conformarsi.

#### IV

**Violazione dell’art. 8-sexies, co. 5, d.lgs.vo. n. 502/1992 (nel testo di cui al d.lgs.vo n. 229/1999 e dell’art. 15 co. 15 del d.l. n. 95/2012 come conv. in L. n. 135/2012 – Violazione dell’art. 3 L. 241/1990 – Difetto di istruttoria – Violazione dell’art. 41 co. 1 Cost.**

**A)** Secondo l'art. 8-sexies co. 5 d.lgs.vo n. 502/1992 e s.m.i. *“il Ministro della sanità, sentita l’Agenzia per i servizi sanitari regionali, d’intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano (...), con apposito decreto (...) determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, in base ai costi standard di produzione e di quote standard di produzione, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza ed economicità nell’uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell’assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario;*

*b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome;*

*c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome”.*

Il testo dell'art. 15 co. 15 del d.l. n. 95/2012 è trascritto nel primo motivo del presente ricorso.

È vero che esso esordisce con la formula *“in deroga alla procedura prevista dall’art. 8-sexies co. 5 del d.lgs.vo 30 dicembre 1992, n. 502”* ...: ma è anche vero che la deroga è limitata alla procedura nel senso che la determinazione delle tariffe massime, prevista dallo stesso art. 15 co. 15, non richiede l’audizione dell’Agenzia per i servizi sanitari regionali né l’intesa con la Conferenza Stato-regioni (sostituita dalla audizione, e quindi dal parere di quest’ultima).

La formulazione dell'art. 15 co. 15 è più sintetica di quella dell'art. 8-sexies co. 5: ma rinviando ai “dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, ai tariffari regionali”, sostanzialmente conferma quanto è stabilito in modo più analitico dall'art. 8-sexies co. 5 del d.lgs.vo n. 502/1992.

Da notare che l'art. 8-sexies cit. è richiamato dallo stesso art. 15 del d.l. n. 95/2012, co. 13 lett. g) ove si legge che *“all’art. 8-sexies del d.lgs.vo. n. 502/1992, dopo il comma 1, è inserito il seguente comma ....”*. Il che dimostra che l'art. 8-sexies non solo sopravvive, ma viene addirittura incrementato di un nuovo comma: mentre la deroga ad esso (deroga, ma non abrogazione) è limitata alla procedura.

Della cosa è, del resto, pienamente convinto il Ministro della salute che, nello stabilire i “*criteri giuridici per l’adozione dei tariffari regionali*” (così la rubrica dell’art. 4 del decreto impugnato), dice che “*le regioni per l’adozione dei propri tariffari ricorrono, anche in via alternativa, ai medesimi criteri individuati per la determinazione delle tariffe massime nazionali di cui alle lettere a), b) e c) dell’art. 8-sexies, comma 5, primo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni*”.

Ebbene sono proprio questi criteri – che il decreto riconosce applicabili per la “*determinazione delle tariffe massime nazionali*” (oltre che delle tariffe regionali) – che sono stati clamorosamente disattesi.

Dell’attività istruttoria che sarebbe stata necessaria in applicazione di detti criteri (preventiva selezione delle strutture campione ai fini del calcolo dei costi standard, utilizzo del Sistema informativo sanitario, costi standard disponibili presso le regioni, ricorso ai tariffari regionali etc. etc.) non vi è la minima traccia nel provvedimento impugnato: che pure abbonda in “considerato” e “ritenuto” del tutto irrilevanti ai fini dell’obiettivo perseguito.

L’unico accenno ad una attività istruttoria è contenuto in questo passo:

“*Tenuto conto che, al fine di coinvolgere i rappresentanti tecnici regionali nella fase istruttoria propedeutica alla stesura del presente provvedimento, con decreti dirigenziali 11 aprile 2008, 15 giugno 2009 e 16 dicembre 2011 è stato istituito un gruppo di lavoro interistituzionale che ha attivato linee di studio e di approfondimento, anche con rilevazioni campionarie, relativamente a dati e valutazioni tecniche utili alla determinazione delle tariffe*” (così a pag. 3 della G.U.).

Ci si sarebbe aspettato che del gruppo di lavoro venisse indicata la composizione, che delle sue riunioni fossero citate le date ed i verbali, che dei decreti dirigenziali (distribuiti in un periodo di due anni e mezzo per la istituzione di un gruppo di lavoro) venissero indicati con più precisione gli estremi e che del gruppo di lavoro avesse esitato una relazione conclusionale e non semplici “*linee di studio e di approfondimento*”. Nulla di tutto questo nel decreto impugnato: con una palese violazione delle regole in tema di istruttoria da osservare quando si adatta un provvedimento di così rilevante portata, e soprattutto con palese violazione dei criteri stabiliti dall’art. 8-sexies del d.lgs.vo n. 502/1992.

Questo assoluto silenzio sull'attività istruttoria espletata (che in realtà dimostra l'assenza di una istruttoria seria) è tanto più censurabile in quanto il decreto tariffe del 1996 fu annullato proprio per questa ragione. Con la sentenza n. 1839/2001 la IV Sezione del Consiglio di Stato rigettò l'appello contro la sentenza che aveva annullato il tariffario affermando che "non è in contestazione la circostanza che il Ministero della sanità, per l'impianto della proposta di decreto ministeriale, in ordine ai costi di produzione, abbia utilizzato un campione rilevato nelle sole strutture pubbliche di due Regioni, cioè dell'Emilia Romagna e della Toscana". Sono state così ignorate "le *profonde diversi tra realtà regionali, senza contare l'assenza di un'indagine sui costi nell'ambito delle strutture private, componente essenziale nel sistema sanitario nazionale*".

*"Di conseguenza – continua più in là la sentenza – il procedimento seguito non soddisfa il criterio di base, per cui la determinazione delle singole tariffe deve risultare da un campione significativo di strutture pubbliche e private, così da potere verificare quella connessione logica necessaria tra l'accertamento dei costi e la misura delle tariffe".*

Considerazioni analoghe hanno indotto il giudice amministrativo ad annullare il tariffario del 2006.

*"Il decreto ministeriale – si legge in Cons. St., V, n. 1205/2010 – è affetto da un difetto istruttorio e motivazionale" perché manca la "specificazione degli accertamenti svolti e dei criteri seguiti al fine di pervenire alla determinazione dei valori tariffari oggetto di contestazione di prime cure..." . Sicché "risultano nella sostanza confermati i medesimi vizi ravvisati dalla precedente decisione che questo Consiglio n. 1839/2001 con riferimento al D.M. 22/7/1996, ossia un difetto di istruttoria nella determinazione delle tariffe per mancata applicazione dei criteri dettati dallo stesso Ministero col D.M. 15 aprile 1994 (...), con specifico riguardo alla disciplina recata dall'art. 3 in ordine alla necessità che le tariffe vengano fissate sulla base del costo standard di produzione e dei costi generali in quota percentuale rispetto ai costi standard di produzione, a loro volta da stabilire sulla base di criteri assai dettagliati in funzione delle relative componenti".*

Analogamente, secondo Cons. St., Sez. V, n. 3733/2010, "la necessità di fissare le tariffe sulla base di una adeguata istruttoria che analizzi i relativi costi produttivi è connaturata alla stessa natura del decreto ministeriale

*esplicitamente volto alla fissazione delle tariffe massime finanziabili a carico del SSN ai sensi dell'art. 8-sexies, co. 5, d.lgs.vo n. 502/92, introdotto dall'art. 8 co. 4 del d.lgs.vo. n. 229/1999 e da ultimo dall'art. 1 co. 170 della legge finanziaria 30 dicembre 2004 n. 311".*

In difetto di tale istruttoria non è possibile *“la verifica dell'indefettibile connessione logico-motivazionale tra l'accertamento dei costi e la misura delle tariffe”*.

**B)** A prescindere dalla violazione dei criteri stabiliti dalla legge (art. 8-sexies, co. 5 d.lgs.vo n. 502/1992 e s.m.i.; art. 15 co. 15 d.l. n. 95/2012 come conv. in L. 135/2012) il decreto impugnato è illegittimo per la semplice ragione che è destinato alla *“remunerazione delle prestazioni di (...) assistenza specialistica ambulatoriale”* (art. 1 del decreto, ma anche art. 15 co. 15 d.l. 95/2012).

La remunerazione deve assicurare la copertura dei costi di produzione e dei costi generali nonché un margine di profitto: in assenza del quale le strutture accreditate non potrebbero sopravvivere con danno enorme per la salute del cittadino, che non può essere garantita dalle sole strutture pubbliche, incapaci, da sole, di far fronte alla domanda di cure.

*“La pubblica amministrazione – **si legge in Cons. St., Sez. III, n. 740/2013** – se in relazione alla scarsità delle risorse disponibili è libera di non acquistare o ridurre numericamente l'acquisto di servizi, non può tuttavia acquistare prestazioni ad una cifra che non copre le spese e non consente utili all'impresa erogatrice.*

La stessa sentenza richiama la *“necessità di trovare un giusto equilibrio tra le varie esigenze fondamentali che rifluiscono nella materia: la pretesa degli assistiti a prestazioni sanitarie adeguate con la connessa salvaguardia del diritto di primaria rilevanza alla salute, il mantenimento degli equilibri finanziari che comunque non possono contare su risorse illimitate, ma anche gli interessi degli operatori privati a logiche imprenditoriali meritevoli di tutela e l'efficienza delle strutture pubbliche e private operanti in materia”*.

Si può solo aggiungere che la pretesa delle strutture private accreditate ad una remunerazione che copra le spese e assicuri un ragionevole margine di profitto non è in conflitto col diritto dei privati alla salute, ma è, al contrario, uno strumento per soddisfare tale diritto: considerato, ripetesì, che tariffe che prescindono dai costi e non costituiscono comunque *“remunerazione”* delle

prestazioni, portano alla chiusura del settore privato senza che le strutture pubbliche, da sole, siano in grado di fornire una risposta adeguata alla domanda di assistenza sanitaria.

Il decreto impugnato, che stabilisce tariffe senza considerazioni e senza accertamento dei costi e comunque non garantisce una “remunerazione”, si pone, quindi, in evidente contrasto con il diritto d’impresa garantito dall’art. 41 co. 1 Cost.

## V

### **Eccesso di potere – Violazione sotto altro profilo dell’art. 8-sexies co. 5 del d.lgs.vo n. 502/1992 e s.m.i. – Violazione dell’art. 15 co. 15 del d.l. n. 95/2012 conv. in L. 135/2012.**

Con la più volte citata sentenza n. 1263/2007 il TAR Lazio, Sez. III quater ha annullato il tariffario del 2006 (D.M. 12 settembre 2006) perché *“richiama puramente e semplicemente un atto di dieci anni prima”* senza verificare *“la congruità dei costi di dieci anni prima (basterebbe al riguardo richiamare il “fatto notorio” del cambiamento valutario che ha comportato un significativo aumento generalizzato dei costi)”* (così pag. 12).

Il discorso potrebbe essere ripetuto oggi nei confronti del nuovo tariffario: con l’aggravante che sono passati non dieci anni, ma sedici anni dal tariffario del 1996 che continua sostanzialmente a fungere da parametro.

Fra i documenti che si andranno a depositare c’è un’analisi comparativa elaborata dal Centro Studi e Ricerche di Federlab Italia: ove alcune voci significative del nuovo tariffario vengono messe a confronto sia con il tariffario del 1996 sia con i tariffari regionali più significativi.

Nella prima parte del documento vengono elencate, in una prima colonna, alcune branche (Branche a visita; cardiologia; dialisi; laboratorio; medicina fisica; medicina nucleare; radiologia; radioterapia). Nella seconda colonna è indicato il numero delle prestazioni (campione); nella terza colonna i corrispettivi pagati sulla base del D.M. 96; nella quarta colonna i prezzi calcolati sul nuovo tariffario; nella quinta le variazioni percentuali.

Ebbene, rispetto al 1996 in cui le prestazioni per quelle branche hanno comportato un esborso complessivo, in riferimento al campione analizzato, di € 549.960.949,57, vi è una diminuzione nel 2012, ad € 517.163.553,66, ossia una riduzione complessiva del 5,96%. Stiamo parlando, ripetesì, di un



confronto tra due annate che sono separate fra loro da un intervallo di sedici anni.

Se poi entriamo nel dettaglio ci accorgiamo che, è vero, per una voce vi è un incremento del 25,04% (radioterapia): il che comporta una lievitazione della spesa da € 8.876.676,81 ad € 11.098.993,13. Solo che essa riguarda un totale di 162.860 prestazioni (seconda colonna): mentre per la radiologia, in cui il D.M. prevede un abbattimento del 13,18%, il numero delle prestazioni è di oltre quindici volte superiore (2.339.497).

La stessa tecnica viene usata per prezzare le prestazioni della branca "laboratorio".

Qui abbiamo una riduzione del 9,27%, che riguarda ben 38.558.367 prestazioni.

In altre parole il D.M. prevede aumenti, anche rilevanti, per branche cui corrisponde un numero limitato di prestazioni; mentre colpisce con drastiche riduzioni le prestazioni rese nelle branche più affollate (il laboratorio, per es., incide per l'80,60% delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, v. tab. n. 2).

Il risultato, ripetesi, è una riduzione di quasi il 6% (per l'esattezza 5,96 per cento) rispetto alle tariffe del 1996, ossia rispetto al costo complessivo delle prestazioni rese in quell'anno (se dovessero essere ripetute oggi, nella stessa quantità).

L'analisi prosegue, nelle successive tabelle, mettendo a confronto il nuovo tariffario statale con i tariffari regionali per le stesse branche e lo stesso numero di prestazioni a campione (Sardegna, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Lazio, etc. etc.). Qui lo scarto è ancora più rilevante.

Le tabelle della seconda parte prendono in considerazione una serie di importanti prestazioni di laboratorio (biochimica, biopsie, ematologia/coag., esami istocitopatologici etc. etc.). Per questa parte la riduzione è ancora più drastica rispetto ai tariffari regionali.

Ed invero, all'interno delle prestazioni di Laboratorio vengono distribuite immotivatamente, tra le varie classificazioni, penalità (è il caso della biochimica e dei marcatori tumorali) e variazioni ingiustificate in aumento (**ad es. + 7,32% per la genetica**).

È evidente che il D.M. impugnato non soltanto ignora i costi di produzione ma persegue l'obiettivo illegittimo di "recuperare, anche tramite la

determinazione delle tariffe, margini di inappropriatezza ancora esistenti a livello locale e nazionale”: ossia l’obiettivo indicato da una disposizione di legge che, come si va a segnalare nel motivo successivo, è per questa parte incostituzionale perché concreta un vero e proprio eccesso di potere legislativo.

## VI

**Illegittimità costituzionale dell’art. 15 co. 15 del d.l. n. 95/2012 conv. in L. 135/2012 (limitatamente all’inciso “tenuto conto dell’esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriatezza ancora esistenti a livello locale e nazionale”) per contrasto con gli artt. 41 co.1 e 3 Cost.**

Si legge nell’art. 15 c. 5 del d.l. n. 95/2012, che il Ministro “determina le tariffe massime (...) “tenuto conto dell’esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriatezza ancora esistenti a livello nazionali e locale”.

Ora che il sistema sanitario debba cercare di eliminare o ridurre al minimo le prestazioni sanitarie “inappropriate” (e quindi inutili o addirittura nocive e comunque poste a carico dei fondi sanitari regionali) è un’esigenza sacrosanta.

Che questo obiettivo possa essere perseguito e debba essere perseguito con la determinazione delle tariffe e della loro misura è un’eresia economica e giuridica.

Preso alla lettera la clausola ha questo significato. Poiché alcune (o molte) delle prestazioni rese dai soggetti accreditati sono “inappropriate” ed hanno comunque un costo a carico del contribuente, cerchiamo una compensazione abbattendo le tariffe al di sotto del tetto che sarebbe congruo se tutte le prestazioni fossero appropriate. Come a dire: facciamo pagare alle strutture che erogano prestazioni appropriate il prezzo delle prestazioni rese da altre strutture in modo inappropriato. Come se l’importo delle imposte evase venisse redistribuito sui contribuenti onesti.

Una finalizzazione del genere del potere tariffario contrasterebbe con elementari principi di eguaglianza e di ragionevolezza in relazione alla libertà di impresa (artt. 3 e 41 Cost.).

Nella improbabile ipotesi che vengano respinti i precedenti motivi di ricorso viene dedotta in via subordinata la questione di legittimità costituzionale dell’art. 15 co. 15 d.l. 95/2012 come conv. in L. 135/2012, per

contrasto con gli artt. 3 e 41 Cost., limitatamente all'inciso trascritto in epigrafe.

\* \* \* \* \*

Si legge in Cons. St., V, n. 4249/2010 “Nella specie il provvedimento gravato (D.M. 12 settembre 2006) e gli atti versati in giudizio dall'amministrazione appellante non danno alcuna contezza, neanche *per relationem*, delle indagini effettuate al fine corroborare l'assunto della congruità dei valori determinati”.

Questo rilievo vale a maggior ragione per il provvedimento oggi impugnato.

Ammesso senza concedere che un minimo di istruttoria sia stata effettuata, il giudice potrebbe ordinare all'amministrazione di esibire in giudizio i documenti che lo comproverebbero (art. 63, c. 2, C.P.A.) ed in particolare i verbali dei lavori del gruppo interistituzionale di cui si fa menzione nelle premesse del decreto, con riserva di eventuali motivi aggiunti all'esito della loro regolare esibizione..

#### **Sull'istanza cautelare**

Il danno grave ed irreparabile è *in re ipsa* ove si consideri che con il decreto impugnato è stato disposto un abbattimento immotivato ed illogico, oltre che indiscriminato, in assenza vieppiù del necessario e dovuto procedimento istruttorio, ed in palese violazione di quanto disposto dall' art. 15 co. 17 bis d.l. cit., che prevede appunto la istituzione di una Commissione per la determinazione delle tariffe, che deve confrontarsi con le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale.

Tuttavia, al danno si potrebbe ovviare con un'ordinanza propulsiva, intimando al Ministro della salute l'istituzione della Commissione di cui all'art. 15 co. 17 bis d.l. 95/2012 e, nell'ipotesi che questa fosse stata istituita (il dato è sconosciuto ai ricorrenti), ordinando alla Commissione stessa la convocazione delle associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale dei soggetti titolari delle strutture private accreditate, in vista del “confronto” di cui parla l'art. 15 co. 17 bis d.l. cit.

#### **P.Q.M.**

PIACCIA AL TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONE DEL LAZIO

previo accoglimento della domanda cautelare nei termini sopra indicati, e a seguito del provvedimento istruttorio di cui si è delineato il contenuto, ove

ritenuto necessario o opportuno ai fini di decidere, accogliere il ricorso e per l'effetto annullare il decreto impugnato, con ogni conseguenza di legge anche in ordine alle spese.

In linea del tutto subordinata, sospendere il presente giudizio rimettendo alla Corte Costituzionale la questione di legittimità costituzionale dell'art. 15 co. 15 del d.l. n. 95/2012 come convertito dalla L. 135/2012, limitatamente all'inciso *“tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale”*, per contrasto con gli artt. 41 co. 1 e 3 Cost

Il contributo unificato verrà corrisposto nella misura di € 650,00, trattandosi di ricorso dal valore indeterminato.

Roma, 27 marzo 2013

Avv. Prof. Guido Corso

Avv. Arturo Umberto Meo

FederLab Italia

## **ISTANZA PER ABBREVIAZIONE DEI TERMINI**

### **A S.E. II PRESIDENTE**

I sottoscritti Avv.Prof. Guido Corsi e Avv. Arturo Umberto Meo, difensori dei ricorrenti tenuto conto della palese illegittimità del decreto impugnato e dei gravissimi danni che deriverebbero dalla sua esecuzione ove si consideri il notevole, indiscriminato ed immotivato abbattimento delle tariffe.

Considerato che con ricorsi separati la ANISAP ed altri ricorrenti ( **R.G. n.2494/2013**), e la URSAP ed altri ricorrenti (**R.G. n.2496/2013**) hanno impugnato il medesimo Decreto Ministeriale, ed è stata già fissata per il 10 aprile 2013 la Camera di Consiglio.

Ritenuta la necessità di discutere unitamente agli altri ricorrenti la domanda incidentale di sospensione

#### **CHIEDONO**

Che la S.V.Ill.ma voglia disporre l'abbreviazione al minimo dei termini processuali, anche ai fini della trattazione della domanda incidentale di sospensione, unitamente agli altri ricorrenti ( ricorsi R.G. nn. **2494/2013** e **2496/2013**), la cui Camera di Consiglio è già fissata per il 10 aprile 2013.-

Roma, 27 marzo 2013

Avv. Prof. Guido Corso

Avv. Arturo Umberto Meo

RELATA DI NOTIFICA

Ad istanza degli avv.ti prof. Guido Corso e Arturo Umberto Meo, io sottoscritto Ufficiale Giudiziario dell'Ufficio Unico Notifiche presso la Corte d'Appello di Roma ho notificato copia conforme del su esteso ricorso a :

**Ministero della Salute**, in persona del Ministro in carica, nel domicilio *ex lege* presso l'Avvocatura Generale dello Stato in Roma, Via dei Portoghesi n. 12, mediante consegna di copia, conforme all'originale a mani

**Ministero dell'Economia e delle Finanze**, in persona del Ministro in carica, nel domicilio *ex lege* presso l'Avvocatura Generale dello Stato in Roma, Via dei Portoghesi n. 12, mediante consegna di copia, conforme all'originale a mani