

STUDIO LEGALE RECCHIA E ASSOCIATI
CORSO TRIESTE, 88 - 00198 ROMA
TEL. 06.8551812 - 06.8559602
FAX 06.8551044

REGIONE LAZIO
PRESIDENZA DELLA GIUNTA
AREA AVVOCATURA
ECCELLENTISSIMO TRIBUNALE AMMINISTRATIVO
REGIONALE DEL LAZIO
RICORSO
ARRIVON. 480472
7 NOV 2012

REGIONE LAZIO
Dipartimento Istituzionale e territoriale
Struttura Dipartimentale di Staff A.A.G.G.
- 5 NOV. 2012
PERVENUTO

COPIA
F. 1595/12
MANDATO

per la 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, con la rappresentanza di Fra Gerardo D'Auria - giusta procura ad negotia, rilasciata dal rappresentante legale, del 3.5.2007 rep. 57994 - racc. 10397 registrata a Roma il 4.5.2007 dall'Ufficio delle Entrate RM2 ad opera del Notaio Elio Abruzzese - rappresentata e difesa, come da mandato a margine del presente atto, dall'Avv. Silvio Bozzi (C.F. BZZSLV66H03A783M; e-mail - PEC silviobozzi@ordineavvocatiroma.org; fax 06/8551844), dello Studio Legale Recchia e Associati, ed elettivamente domiciliata presso il predetto studio, sito in Roma, Corso Trieste, 88;

contro

la Regione Lazio, in persona del Presidente pro - tempore;
il Presidente della Regione Lazio, in qualità di Commissario ad Acta per il Piano di rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

nei confronti

dell'Aurelia Hospital, in persona del rappresentante legale pro - tempore;

dell'European Hospital, 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;

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

Io sottoscritto
Fra Gerardo
D'Auria, in
rappresentanza
della Provincia
Religiosa di San
Pietro, Ordine
Ospedaliero di
San Giovanni di
Dio -
Fatebenefratelli
titolare
dell'Ospedale
Generale di zona
San Pietro con
sede in Roma, Via
Cassia n. 600 -
delego ~~l'Avv.
Prof. Giorgio
Recchia~~ e l'Avv.
Silvio Bozzi, a
rappresentare e
difendere detta
Provincia Reli-
giosa nel pre-
sente giudizio,
conferendo ~~gli~~ loro
ogni più ampia
facoltà di legge,
giusta procura ad
negotia, rilascia-
ta dal rappresen-
tante legale, del
3.5.2007 rep.
57994 - racc.
10397 registrata
a Roma il
4.5.2007 Ufficio
delle Entrate
RM2.
Eleggo domicilio
presso lo Studio
Legale Recchia e
Associati in
Roma, Corso
Trieste 88.

E' autentica

FASCOLANTE

1

5
E. 6 NOV. 2012

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

**** * * * ***

per l'annullamento del decreto del Presidente della Regione del Lazio,
in qualità del commissario ad acta n. 115 del 4.7.2012, pubblicata sul
Bollettino Ufficiale della Regione n. 29 del 17.7.2012, avente per
oggetto il "*FSR "012 – Determinazione del finanziamento delle
funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell'art. 8 sexies, comma 2,
del dlgs.vo 502/1992 e, delle funzioni di didattica e di ricerca connessa
alle attività assistenziali di cui all'art. 7 comma 2 del dlgs.vo
517/1999*"; nonché di ogni altro atto presupposto, conseguente e
connesso, ivi compreso il decreto Presidente della Regione del Lazio, in
qualità del commissario ad acta n. 86 del 7.6.2012, pubblicata sul
Bollettino Ufficiale della Regione n. 27 del 10.7.2012, avente ad
oggetto "*individuazione dei Centri regionali di servizio a supporto delle
attività sanitarie svolte dall'insieme delle strutture sanitarie*", 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 è un ospedale classificato, accreditato
obbligatoriamente con il servizio sanitario nazionale nell'ambito
dell'AUSL Roma E.

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.

SINTESI DEGLI ELEMENTI ESSENZIALI DEL DECRETO IMPUGNATO.

Il decreto impugnato ha per oggetto la remunerazione prevista per le attività a “destinazione finalizzata”, ovvero ad attività finalizzate a programmi specifici.

Trattasi di attività disciplinate dall' art. 8 sexies comma 2 del dlgs.vo n. 502/1992, che prevede che determinati programmi di assistenza devono essere remunerati sulla base del costo standard di produzione (si veda il comma 25 della motivazione).

Trattasi di attività che hanno un sistema di remunerazione diverso da quello previsto per le attività ambulatoriali e ospedaliere, che non sono remunerate sulla base del costo di produzione, ma sono remunerate con una tariffa predefinita per prestazione (comma 23).

Orbene, il sistema di remunerazione delle predette funzioni, ai sensi del comma 1 del dispositivo, è specificato dalle tabelle da 1 a 10 allegate, relative alle varie attività.

In più, il comma 3 del dispositivo prevede un sistema di rendicontazione delle spese sostenute.

Il provvedimento impugnato è illegittimo per le seguenti argomentazioni in

DIRITTO

ORDINE ESPOSITIVO.

Nel procedere all'esposizione dei motivi di ricorso, si procede dapprima con un **primo Gruppo di censure che hanno per oggetto profili generali relativi all'intero sistema.**

Quindi, si procederà ad affrontare **un secondo gruppo di censure che hanno per oggetto dei profili specifici relativi ai sistemi di remunerazione previsti per le varie attività, con riferimento a quelle che riguardano l'ospedale ricorrente.**

Infine, vi sarà **un ultimo motivo di ricorso che ha** per oggetto la specifica natura degli ospedali classificati.

I GRUPPO DI CENSURE.

Con questo gruppo di censure si intendono sollevare delle censure relative a profili generali dell'intero sistema.

VIOLAZIONE DELL'ART. 8 SEXIES DEL DLGS.VO N. 502/92 E DEL D.M. DEL 30.6.97. VIOLAZIONE DEI PRINCIPI DI EFFICIENZA E BUONA AMMINISTRAZIONE. ECCESSO DI POTERE PER DIFETTO DI ISTRUTTORIA , DIFETTO DI MOTIVAZIONE E ILLOGICITA'.

Con questo motivo si intende censurare il sistema remunerativo disegnato dal decreto impugnato perché assegna una parte rilevante delle risorse ad un'attività che non merita dei finanziamenti specifici.

La somma complessiva destinata al finanziamento di specifiche attività, comparata con la somma utilizzata per il 2011.

Il provvedimento impugnato prevede che la remunerazione delle attività di cui si discute è previsto un fondo di circa 800.000.000 per il finanziamento delle attività di cui all'art. 8 sexies comma 2 del dlgs.vo n. 502/1992 e per il finanziamento dell'ARES 118 (si veda il comma 29 della motivazione, nonché i commi 1 del dispositivo – che fa riferimento alle varie tabelle – e il comma 2, che fa riferimento alla somma destinata all'ARES).

Tenuto conto che la somma destinata al finanziamento dell'ARES è di 140.000.000 di euro, è evidente che la somma destinata alle varie attività di cui alle tabelle ammonta a euro **657.000.000**.

Si consideri che la predetta somma è oggettivamente superiore a quella prevista in relazione al 2011 dal decreto n. 113/2011.

Nella tabella di cui all'ultimo comma della motivazione del decreto n. 113 del 2011, si può leggere che la somma riservata alle funzioni con

destinazione finalizzata è pari a euro **586.797.275** (si confronti le voci di cui alla predetta tabella del decreto n. 113 del 2011 con le voci di cui alle tabelle approvate con il comma 1 del dispositivo del decreto qui impugnato).

La predetta somma di euro 586.797.275 è già considerata al netto delle risorse per l'ARES che nella predetta tabella di cui al decreto n. 113 del 2012 sono considerate a parte.

Insomma, a fronte della minor somma di euro **586.797.275, relativa al 2011, per il 2012 è prevista la maggior somma di euro 657.000.000.**

Analisi specifica delle varie attività a cui è riservata la maggior somma per il 2012. Illegittimità dell'attribuzione di finanziamenti all'attività di cui alla tabella 7 del decreto n. 115 del 2012.

a. Da un esame comparato delle le voci di cui alla predetta tabella del decreto n. 113 del 2011 con le voci di cui alle tabelle approvate con il comma 1 del dispositivo del decreto qui impugnato, emerge che – a parte la presenza di piccoli scostamenti relative alle medesime voci e alla presenza, nel 2012, di voci ulteriori di poco rilievo economico – **la più grande differenza è costituita dal fatto che i finanziamenti di cui al 2012 prevedono una nuova voce, di cui alla tabella n. 7, di grande rilievo economico; essa, infatti assorbe la cifra di 60.000.000.**

b. Orbene, questa voce intende finanziare i “*maggiori costi connessi al complesso e alla pronta disponibilità di un offerta assistenziale ospedaliera multidisciplinare dei presidi ospedalieri che oltre ad essere sede di DEA di II livello, presentino contestualmente le caratteristiche di seguito descritte- 60.000.000.*

- *un indice di dispersione specialistica del DRG ad alta complessità assistenziale, così come individuati dal testo Unico per la mobilità interregionale, superiore a 0,90.;*

- un indice di dispersione specialistica del DRG ad media complessità assistenziale, con esclusione di quelli a rischio di inappropriatazza, superiore a 0,90”.

- un numero significativo di attivazione di pacchetti assistenziali complessi in ambito specialistico ambulatoriale”.

Invero, questa voce non fornisce dei criteri molto precisi per individuare i soggetti che devono beneficiare dei finanziamenti.

Tant'è che – a mò di esempio – l'indice di dispersione specialistica e il numero significativo a cui fa riferimento rappresentano dei criteri molto generici.

E' evidente, pero, che questa voce intende finanziare dei soggetti dotati di DEA che erogano un offerta assistenziale ospedaliera multidisciplinare di DRG ad alta e media complessità, nonché un numero significativo di pacchetti assistenziali complessi in ambito specialistico ambulatoriale.

Orbene, trattasi di voce che ha, quindi, per oggetto il finanziamento di prestazioni ospedaliere e ambulatoriali.

Trattasi, però, di attività che non rientrano in quelle oggetto di specifici finanziamenti.

L'art. 8 sexies comma 1 ha previsto che “...le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza...”.

Tra le attività di cui al comma 2 rientrano le seguenti attività: “a) programmi a forte integrazione fra assistenza ospedaliera e territoriale, sanitaria e sociale, con particolare riferimento alla assistenza per patologie croniche di lunga durata o recidivanti;

b) programmi di assistenza a elevato grado di personalizzazione della prestazione o del servizio reso alla persona;

c) attività svolte nell'ambito della partecipazione a programmi di prevenzione;

d) programmi di assistenza a malattie rare;

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 con decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 21 marzo 1992;

f) programmi sperimentali di assistenza;

g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori”.

Tra le predette attività non rientrano evidentemente quelle che hanno per oggetto l'erogazione di prestazione ospedaliere e ambulatoriali.

Peraltro, il comma 1 dell'art. 8 sexies prevede che le attività di cui al comma 4 sono remunerate in base a tariffe predefinite per prestazione..”

Il comma 4 prevede che “4. La remunerazione delle attività assistenziali diverse da quelle di cui al comma 2 è determinata in base a tariffe predefinite, limitatamente agli episodi di assistenza ospedaliera per acuti erogata in regime di degenza ordinaria e di day hospital, e alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, fatta eccezione per le attività rientranti nelle funzioni di cui al comma 3 (rectius comma 2)”.

Insomma, è chiaro che le prestazioni di assistenza ospedaliera e di specialistica ambulatoriale sono remunerate con tariffe predefinite, a meno che non rientrano nelle funzioni di cui al comma 2.

Non rientrando nelle predette funzioni, le prestazioni ospedaliere di DRG ad alta complessità e media complessità e i pacchetti assistenziali complessi in ambito specialistico ambulatoriale – di cui alla tabella 7 – non possono essere remunerate con finanziamenti aggiuntivi.

Sugli effetti lesivi della rilevante somma di 60.000.000 assegnata alle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali di cui alla tabella 7.

Non c'è dubbio che l'attribuzione della predetta somma di 60.000.000 alle prestazioni ospedaliere e ambulatoriali di cui alla tabella 7 lede l'Ospedale ricorrente.

Si tenga conto che l'ospedale ricorrente è inserito nei finanziamenti di cui alle tabelle 1,2 e 9 (trattasi di inserimenti già decisi dall'Amministrazione, a prescindere, quindi, dall'illegittima esclusione, di cui si dirà più innanzi, da altre tabelle di finanziamento).

Orbene, è evidente che qualora la predetta ulteriore somma di 60.000.000 non fosse stata illegittimamente attribuita alla tabella 7, ma, al contrario, spalmata tra le altre tabelle, aumenterebbero le risorse per le altre tabelle rispetto ai cui finanziamento è stato riconosciuto un diritto dell'ospedale ricorrente.

Peraltro, si consideri che rispetto alle tabelle 1 e 2 – ovvero le tabelle relative all'attività d'emergenza e alla terapia intensiva, ovvero le attività più importanti – il decreto n. 113 del 2012 prevedeva rispettivamente il finanziamento complessivo di 260.000.000 e 165.000.000 (si vedano le tabelle del predetto decreto che includevano l'ospedale ricorrente).

Orbene, rispetto a queste attività il decreto qui impugnato prevede lo stanziamento della stessa somma complessiva stanziata nel 2011.

Il tutto nonostante che il fondo complessivo per le funzioni nel 2012 sia arrivato alla somma di 657.000.000 (al netto dell'ARES), molto maggiore della somma di 586.797.275, relativa al 2011.

Questo incremento non è stato utilizzato per le voci di cui alle tabelle 1 e 2 del decreto impugnato - ovvero le tabelle relative all'attività d'emergenza e alla terapia intensiva, ovvero le attività più importanti, esercitate dall'ospedale ricorrente – a causa

dell'illegittima attribuzione della somma di 60.000.000 a favore delle attività di cui alla tabella 7 del decreto.

VIOLAZIONE DELL'ART. 8 SEXIES DEL DLGS.VO N. 502/92 E DEL D.M. DEL 30.6.97. VIOLAZIONE DEI PRINCIPI DI EFFICIENZA E BUONA AMMINISTRAZIONE. ECCESSO DI POTERE PER DIFETTO DI ISTRUTTORIA , DIFETTO DI MOTIVAZIONE E ILLOGICITA'. VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI IRRETROATTIVITA' DEGLI ATTI AMMINISTRATIVI. VIOLAZIONE DEL PRINCIPIO DI BUONA AMMINISTRAZIONE. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO.

Con questo motivo si intende proporre una censura che riguarda tutti i sistemi di remunerazione oggetto dal decreto e oggetto di interesse del presente ricorso.

Censura vieppiù rilevante tenuto conto della retroattività del sistema.

Principi normativi relativi alla disciplina delle attività oggetto del presente ricorso.

a. Per quel che riguarda il presente ricorso, il decreto ha per oggetto i criteri di remunerazione relativi alle seguenti attività, previsti dalle varie tabelle di cui al comma 1 del dispositivo (si veda anche il comma 29 della motivazione).

- Finanziamento dei maggiori costi per attività rilevanti d'attesa relativi alle reti d'emergenza (tabella 1).

- Finanziamento dei maggiori costi per le attività di terapia intensiva (tabella 2).

- Finanziamento dei maggiori costi per i programmi di trattamento delle malattie rare (tabella 3).

- Finanziamento dei maggiori costi di servizi a supporto delle attività sanitarie svolte dalle strutture del SSR di cui al decreto Commissariale n. 86 del 07/06/2012. (tabella 5).

- *Finanziamento dei maggiori costi indotti sull'attività assistenziale dell'attivazione di percorsi di formazione universitaria delle professioni sanitarie (tabella 9).*

b. Invero, l'Amministrazione, nel fare riferimento alla normativa applicabile per disciplinare la remunerazioni delle attività oggetto del ricorso, fa riferimento solo all'art. 8 comma 2 sexies del dlgs.vo n. 502/92 (si veda il comma 2 del dispositivo e il comma 25 della motivazione).

Come si vedrà questo riferimento normativo non è l'unico, ma deve essere completato con altre norme.

In ogni caso si inizia con il fare riferimento al predetto articolo.

Ebbene, l'art. 8 sexies comma 1 ha previsto che *"...le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza..."*.

Le attività di cui al comma 2 sono state già riportate nel precedente motivo.

Ciò detto, a parere del comma 3 del dispositivo del decreto, *"i livelli massimi di finanziamento di ogni singola funzione sono da considerarsi immodificabili ai sensi del comma 1 dell'art. 8 sexies Dlgs.vo n. 502/1992..."*.

Ebbene, il comma 1 dell'art. 8 sexies fa riferimento ad *"un ammontare globale predefinito indicato negli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies e determinato in base alle funzioni assistenziali e alle attività svolte nell'ambito e per conto della rete dei servizi di riferimento"*.

Si consideri, però, che l'art. 8 quinquies al comma 2 fa riferimento a: *d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extra-tariffaria delle funzioni incluse nell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte...."*

E' evidente quindi che in relazione alla remunerazione extrariffaria delle funzioni è prevista una verifica a consuntivo che deve tener conto delle attività effettivamente svolte e dei risultati realmente prodotti.

Insomma, in relazione alle funzioni, la remunerazione deve essere parametrata alla produzione realmente svolta – verificata a consuntivo – senza nessun limite o tetto alcuno.

b. 1 Peraltro, la predetta normativa deve essere integrata con quanto previsto dal D.M. del 30.6.97, la cui efficacia è richiamata dalla motivazione del d.m. del 12.9.2006.

Per quel che riguarda il presente ricorso, l'art. 3 comma 1 prevede che *“Le Regioni e le Province autonome prevedono programmi finalizzati di finanziamento mediante i quali remunerare le seguenti attività, ove siano specificamente individuate dalla programmazione regionale.*

a) le attività di emergenza ed urgenza, ivi compreso il funzionamento delle centrali operative, nonché le attività previste dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 76 del 31 marzo 1992;

b) le attività delle unità spinali;

c) le attività di assistenza ai grandi ustionati;

d) le attività di trapianto di organi, ivi comprese le attività di mantenimento e monitoraggio del donatore in terapia intensiva, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori;

e) le attività di assistenza ospedaliera in regime di ricovero per i pazienti affetti da malattia da virus della immunodeficienza umana (H.I.V.);

f) le attività di ospedalizzazione a domicilio;

g) le attività di formazione;

h) le attività istituzionali di didattica e di ricerca, in quanto siano specificamente previste e non altrimenti finanziate; altre attività di

rilievo regionale, in quanto previste da specifici atti della programmazione sanitaria regionale.

Quindi, l'art. 3 comma 2 del decreto 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, 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."*

Infine, l'art. 3 comma 3 ha previsto che *"Le regioni e le province autonome possono prevedere programmi finalizzati di finanziamento regionali mediante i quali remunerano le attività di terapia intensiva...l'entità dei finanziamenti da riconoscere alle strutture di ricovero che erogano le predette attività deve essere proporzionata ai sottoelencati parametri:*

- a) il numero dei posti letto nelle unità di terapia intensiva previsti in ciascun istituto di cura da atti programmatori regionali ed effettivamente operativi;*
- b) il rapporto, per ciascun istituto di cura, fra il numero delle giornate di degenza erogate dalle unità di terapie intensive ed il numero di degenza erogate in generale."*

b.2 In sostanza dalle predette norme emerge chiaramente quanto segue.

Tutte le attività di cui si discute sono remunerate secondo un costo di standard di produzione, ai sensi dell'art. 8 sexies comma 2; ai sensi dell'art. 3 del d.m. del 30.6.96, il costo di produzione deve essere rapportato a: costi del personale direttamente impiegato, costi dei materiali consumati, costi della manutenzione e dell'ammortamento delle apparecchiature utilizzate e una quota dei costi generali.

Tutti costi sopportati dalla struttura devono essere erogati, senza limite o tetto alcuno,

L'unica attività la cui remunerazione non è rapportata a questi costi specifici, ma è, al contrario, individuata sulla base di diversi parametri è l'attività di terapia intensiva.

Per tutte le altre, si ripete, il finanziamento deve basarsi sul costo reale di produzione senza limite o tetto alcuno.

Illegittimità del sistema remunerativo previsto dal decreto impugnato.

a. Orbene, è chiaro che il sistema di remunerazione disegnato dal decreto non si basa sulla ricognizione dei costi realmente sostenuti dall'ospedale ricorrente in relazione alle attività concretamente eserciate.

Infatti, in relazione alle varie attività, il sistema previsto dalle varie tabelle non riconosce l'intero pagamento dei costi sostenuti dalle strutture, ma si limita a prevedere una somma complessiva per la remunerazione della specifica attività, distribuita tra le varie strutture sulla base di determinati criteri presuntivi (si vedano le tabelle di cui al comma 1 del dispositivo e al comma 29 della motivazione).

Quindi, si ripete, la somma attribuita alle singole strutture, individuata con alcuni criteri presuntivi, non fa riferimento a tutti i costi sostenuti.

Invero, il comma 2 del dispositivo prevede che le attività sono oggetto di "...relativa analitica rendicontazione dell'attività espletata e dei costi sostenuti fermo restando che i livelli massimo di finanziamento per singola funzione sono da considerarsi imm modificabili ai sensi de comma 1 dell'art. 8 sexies del dlgs.vo 502/1992..."

Come già detto, il riferimento del decreto al comma 1 dell'art. 8 sexies non tiene conto che gli accordi di cui all'art. 8 quinquies -

richiamati dall'art. 8 sexies – prevedono specificamente che per la remunerazione extrariffaria delle funzioni è prevista una verifica a consuntivo che deve tener conto delle attività effettivamente svolte e dei risultati realmente prodotti; insomma , in relazioni alle funzioni, la remunerazione deve essere parametrata alla produzione realmente svolta – verificata a consuntivo – senza nessun limite o tetto alcuno.

Al contrario, invece, il sistema di cui al decreto fa riferimento alla necessità di una analitica rendicontazione, ma non precisa che i costi assegnati sono soggetti a conguaglio basato su dati reali.

Il riferimento del decreto all'immodificabilità del livello massimo di finanziamento per ogni singola funzione fa sì che non vi è nessuna certezza che le singole strutture saranno, comunque, pagate in base ai costi reali.

Quindi – qualora accadesse che dalla rendicontazione analitica finale emergesse che la somma dei costi sostenuta da tutte le strutture supera la somma totale prevista per ogni funzione – il sistema si impegna a remunerare tutti i costi sostenuti dalle strutture solo in quota parte, ovvero nei limiti in cui essi non sfiorano la somma totale.

Il sistema è illegittimo perché non garantisce la remunerazione di tutti i costi realmente sostenuti in relazione alle attività esercitate, a prescindere da tetti o limiti.

b. Sotto un ulteriore profilo, l'illegittimità del sistema si appalesa anche sotto un ulteriore profilo.

Più precisamente, il sistema non chiarisce come la somma totale per ogni singola funzione – ritenuto un limite irrevocabile – possa essere distribuita tra i vari soggetti erogatori nell'ipotesi in cui la loro rendicontazione finale porti a dei risultati diversi dalle somme attribuite inizialmente con il decreto.

In altri termini - ammettendo per ipotesi che all'interno della somma totale residuino delle somme non utilizzate da alcuni dei

soggetti erogatori che rendicontino una somma finale diversa da quella inizialmente attribuita – non viene stabilito nessun criterio trasparente sulla cui base si procederà a distribuire le predette somme tra i soggetti erogatori che avranno rendicontato una somma finale superiore a quella inizialmente attribuita.

Sull'illegittimità retroattività del sistema.

Il sistema non solo è illegittimo perché non garantisce la remunerazione di tutti i costi sostenuti – senza limiti o tetto alcuno – ma viola i principi di retroattività dei provvedimenti amministrativi, tenuto conto che il provvedimento impugnato è stato pubblicato a luglio 2012.

Peraltro, la retroattività del sistema vieppiù illegittima tenuto conto che il sistema prevede solo il pagamento di una acconto soggetto a rendicontazione.

Accade, quindi, che il soggetto erogatore non solo fino a luglio 2012 ha dovuto operare senza la consapevolezza e la conoscenza di un remunerazione certa e oggettiva per la sua attività, ma ancora a luglio 2012 è posto in condizione di conoscere solo quale sia l'acconto della sua attività senza, però, essere in grado di conoscere l'intero importo, che potrà conoscere solo a seguito della rendicontazione finale.

Il tutto in completo contrasto con i principi di affidamento e certezza dei rapporti giuridici stabiliti in tema di irretroattività dei limiti alla spesa per le prestazioni sanitarie.

VIOLAZIONE DELL'ARTT. 8 QUINQUIES E SEXIES DEL DLGS.VO N. 502/92. VIOLAZIONE DEI PRINCIPI DI EFFICIENZA E BUONA AMMINISTRAZIONE. ECCESSO DI POTERE PER DIFETTO DI ISTRUTTORIA , DIFETTO DI MOTIVAZIONE E ILLOGICITA'.

Con questo motivo si intende contestare la grande mancanza di trasparenza relativa all'individuazione delle risorse destinata alla remunerazione delle attività di cui si discute, nonché alla distribuzione delle medesime tra le varie attività.

Nel precedente motivo abbiamo dimostrato che le attività di cui si discute devono essere remunerate per intero in relazione all'integrale costo di produzione sostenuto dai soggetti erogatori, senza la possibilità di una previsione di tetti massimi per ogni singola attività

In ogni caso, con questo motivo si intende dimostrare l'illegittimità dell'operato dell'Amministrazione nell'individuare la somma complessiva riservata all'intera attività e i tetti massimi di remunerazione alle specifiche attività.

Sull'illegittimità dell'assenza di una previa distribuzione del FSR.

Il provvedimento impugnato prevede che la remunerazione delle attività di cui si discute è previsto un fondo di circa 800.000.000 per il finanziamento delle attività di cui all'art. 8 sexies comma 2 del dlgs.vo n. 502/1992 e per il finanziamento dell'ARES 118 (si veda il comma 28).

Si badi bene, però, che l'individuazione della predetta somma è avvenuta nonostante non sia avvenuta ancora l'adozione del Decreto con cui viene individuata e ripartita la somma del Fondo Sanitario Regionale 2012 (si veda il comma 15 della motivazione).

Trattasi di atto molto rilevante per conoscere se è legittima l'individuazione della predetta somma di 800.000.000; trattasi, infatti dell'atto con cui la Regione stabilisce come ripartire il Fondo sanitario Regionale 2012 per le varie attività di prestazioni ospedaliere, ambulatoriali ecc...e le attività di cui si discute.

Ne consegue che, solo conoscendo le somme complessive di cui è dotato il FSR 2012, è possibile verificare la legittimità della somma attribuita alla remunerazione delle attività di cui si discute.

Infatti, quantunque l'Amministrazione ha un poter discrezionale di fissare dei tetti di sistema per il finanziamento delle varie attività, non si può di certo sottrarre completamente all'obbligo di trasparenza circa l'entità delle somme generali rispetto alle quali ha esercitato il suo poter discrezionale.

A riguardo si presenta specifica istanza istruttoria per acquisire l'atto con cui la Regione ha stabilito come ripartire il Fondo sanitario Regionale 2012 per le varie attività di prestazioni ospedaliere, ambulatoriali ecc...e le attività di cui si discute.

Sull'illegittimità della distribuzione della somma di 800.000.000 tra le varie attività in assenza di criteri oggettivi di distribuzione

Si procede ora ad illustrare un ulteriore illegittimità di questo motivo.

Si consideri quanto segue.

Le tabelle allegate da 1 a 10 indicano la somma attribuita alle varie attività (si veda il comma 29 della motivazione e il comma 1 del dispositivo); in più è prevista la somma di 143.000.000 per l'ARES (si veda il comma 29 della motivazione e il comma 2 del dispositivo).

Si consideri, però, che il provvedimento impugnato non stabilisce in alcun modo quali siano i criteri con i quali queste somme vengono distribuite in relazione alle varie attività e alle conseguenti tabelle.

Pur volendo riconoscere un generale potere discrezionale dell'Amministrazione in relazione ai criteri distribuzione, essa avrebbe dovuto quantomeno indicare quali siano i parametri – in termini di numero e costo standard delle prestazioni - sulla cui base è stata tarata la somma destinata ad ogni attività.

In via istruttoria si chiede di acquisire ogni atto propedeutico e istruttorio da cui si ricavano i criteri con cui sono state distribuite le risorse assegnate alle varie tabelle.

VIOLAZIONE DELL'ARTT. 8 QUINQUIES DEL DLGS.VO N. 502/92. VIOLAZIONE DEI PRINCIPI DI EFFICIENZA E BUONA AMMINISTRAZIONE. ECCESSO DI POTERE PER

DIFETTO DI ISTRUTTORIA , DIFETTO DI MOTIVAZIONE E ILLOGICITA'.

Come già detto, abbiamo dimostrato che le attività di cui si discute devono essere remunerate per intero in relazione all'integrale costo di produzione sostenuto dai soggetti erogatori, senza la possibilità di una previsione di tetti massimi per ogni singola attività

In ogni caso, con questo motivo si intende dimostrare l'illegittimità dell'operato dell'Amministrazione - nell'individuare la somma complessiva riservata all'intera attività e i tetti massimi di remunerazione alle specifiche attività - sotto il profilo del mancato rispetto di obblighi procedurali.

Sugli obblighi procedurali di consultazione previsti dalle norme e dalla giurisprudenza in capo alla Regione.

Si consideri che l'art. 8 - quinquies prevede che "2. *In attuazione di quanto previsto dal comma 1, la regione e le unità sanitarie locali, anche attraverso valutazioni comparative della qualità e dei costi, definiscono accordi con le strutture pubbliche ed equiparate, e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, anche mediante intese con le loro organizzazioni rappresentative a livello regionale, che indicano:*

d) il corrispettivo preventivato a fronte delle attività concordate, globalmente risultante dalla applicazione dei valori tariffari e della remunerazione extratariffaria delle funzioni incluse dell'accordo, da verificare a consuntivo sulla base dei risultati raggiunti e delle attività effettivamente svolte secondo le indicazioni regionali di cui al comma 1, lettera d)...".

E' chiaro che questa consultazione si riferisce anche alla remunerazione delle funzioni oggetto della presente disciplina.

Questa consultazione deve svolgersi, innanzitutto, con riferimento alle organizzazioni rappresentative, come segnalato dalla giurisprudenza che ha sottolineato la "*funzione integrativa della negoziazione con...le organizzazioni più rappresentative*" (si vedano le sentenze del TAR

Puglia Bari Sez. I n. 2840/2001 e TAR Campania Salerno Sez. I n. 1023/2001).

Inoltre deve svolgersi anche con i singoli soggetti erogatori.

In questo senso, *"...la deliberazione con la quale la Regione fissa i tetti di spesa delle prestazioni sanitarie per i soggetti erogatori ... ha natura di atto plurimo e non di atto amministrativo generale; essa, pertanto, è illegittima se sia adottata senza previo avviso dell'avvio del procedimento previsto dagli artt. 7, 3 e 19 della L. 7 agosto 1990 n. 241."* (si veda la sentenza del C.d.S. Sez. IV n. 3920 del 13.7.2000); negli stessi termini, la sentenza del TAR Lazio Sez. III n. 5821 del 16.6.2004 prevede che *"...gli atti di determinazione delle tariffe da applicarsi al ssn nei rapporti di accreditamento intercorsi con le strutture sanitarie private costituiscono atti plurimi...."*

In sostanza, il sistema normativo previsto dall'art. 8 quinquies prevede una programmazione che, attraverso la previsione di accordi specifici, si pone chiaramente l'obiettivo di rapportarsi alle esigenze specifiche di ogni singolo soggetto erogatore; in questo senso, è stato chiaramente affermato che *"...l'esistenza di una pluralità di centri erogatori, sia da parte pubblica sia di parte privata, operanti sul territorio impone non solo la considerazione comparativa delle rispettive posizioni, ma altresì l'esternazione della medesima, in modo da rendere palesi i criteri che concretamente hanno condotto all'assegnazione di importi tra loro differenti."* (si veda la sentenza del TAR Campania - Salerno n. 671 del 17.12.99); nel medesimo senso, l'ordinanza del C.d.S. Sez. V n. 6004 del 13.11.2001 ha ritenuto la legittimità di un provvedimento di assegnazione dei tetti solo allorché *"...detto provvedimento risulti congruamente motivato in base ad una valutazione comparativa delle esigenze sanitarie nell'ambito di riferimento"*.

Ancora, la sentenza del C.d.S. Sez. I n. 2331 del 5.11.2003 prevede chiaramente che *"E' illegittima la delibera recante meccanismi di abbattimento tariffari...non essendo stata preceduta da una contrattazione tra aziende sanitarie e strutture accreditate alle*

erogazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale...".

A maggior ragione la rilevanza di questo principio nel caso di specie, laddove è previsto un vero e proprio accordo tenuto conto della natura di ospedale classificato del ricorrente, equiparato al pubblico.

E' chiaro, inoltre, che nel caso di specie – trattandosi sempre di ospedale classificato, ovvero equiparato agli ospedali pubblici - questa consultazione con il soggetto erogatore deve essere affidata alla Regione.

Illegittima applicazione dei predetti principi al caso di specie.

Nel caso di specie, l'Amministrazione ha omesso qualunque forma di consultazione, sia con le organizzazioni rappresentative che con i soggetti erogatori; la mancata consultazione dei soggetti erogatori è vieppiù rilevante tenuto conto che l'ospedale ricorrente non è iscritto a nessuna associazione.

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

Al fine, l'assenza di questa fase di contrattazione ha impedito di accertare e valutare le singole caratteristiche dei soggetti erogatori, la loro dimensione e la loro capacità e complessità organizzativa idonea ad erogare determinate le prestazioni oggetto del decreto.

In tal modo, però, l'amministrazione non solo si è sottratta a dei chiari vincoli procedurali posti a tutela del contraddittorio, ma ha stravolto l'intera ratio del sistema di programmazione sanitaria disegnato dal legislatore.

Nel caso di specie, l'Amministrazione si è limitata a stabilire dei tetti di spesa rigidamente determinati senza alcuna consultazione.

Pertanto, nel caso di specie, lo strumento dell'accordo – previsto per gli ospedali classificati equiparati al pubblico - avrebbe invece

richiesto che l'amministrazione presentasse una proposta in cui specificasse le ragioni delle sue previsioni economiche in relazione a dei precisi obiettivi connaturati alle caratteristiche dei soggetti erogatori.

A fronte di una proposta così formulata, i soggetti erogatori, avrebbero potuto formulare delle proposte alternative più rispondenti alle esigenze tecniche delle loro strutture organizzative. Solo in questa ipotesi può parlarsi di accordo consensuale frutto di un reale contraddittorio.

I predetti difetti procedurali – che hanno sostanzialmente escluso l'ospedale ricorrente dal procedimento formativo della delibera - hanno prodotto delle conseguenze rilevanti.

L'ospedale ricorrente non è stato in alcun modo coinvolto per accertare l'adeguatezza delle somme riconosciute.

II GRUPPO DI CENSURE

Le precedenti censure hanno avuto per oggetto l'illegittimità generale del sistema.

Tra le altre argomentazioni, le censure di cui a vizi precedenti dimostrano l'illegittimità dell'intero sistema perchè non si basa sui costi realmente sostenuti per garantire l'efficienza del sistema, ma si basano solo su dati e criteri presuntivi.

Fermo restando l'irrimediabilità del vizio relativo alla mancata remunerazione dei costi reali sostenuti – senza limite o tetto alcuno – si procede a contestare pure i dati e criteri presuntivi utilizzati in relazione alle varie categorie di attività.

VIOLAZIONE DELL'ART. 8 SEXIES DEL DLGS.VO N. 502/92 E DEL D.M. DEL 30.6.97. VIOLAZIONE DEI PRINCIPI DI EFFICIENZA E BUONA AMMINISTRAZIONE. ECCESSO DI POTERE PER DIFETTO DI ISTRUTTORIA , DIFETTO DI MOTIVAZIONE E ILLOGICITA'.

Si inizia con il censurare il *Finanziamento dei maggiori costi per attività rilevanti d'attesa relativi alle reti d'emergenza (tabella 1)*.

a. *Il sistema di cui alla tabella 1.*

La tabella 1 impugnata prevede un sistema di remunerazione che può essere sintetizzato come segue.

a.1 Innanzitutto, vengono attribuiti alle varie strutture dei coefficienti individuati in relazione alla tipologia organizzativa delle strutture medesime; più precisamente vengono attribuiti dei coefficienti alle strutture che dispongono di strutture tecnologicamente più complesse ed avanzate.

Nella tabella 1), le colonne relative ai “*dati struttura*” si concludono con il “*peso totale della struttura*”, che fornisce il “*punteggio*” attribuito alla struttura in relazione alla dotazione delle strutture tecnologicamente più complesse e avanzate.

a.2 Quindi, il sistema prevede delle colonne relative ai “*dati attività*” che si concludono con il “*peso attività*”, che fornisce il *punteggio* della struttura in relazione alla produzione.

Più specificamente, si fa riferimento al valore dei ricoveri ordinari resi nel 2011, delle prestazioni d'alta specialità rese nel 2011 e delle prestazioni di emergenza rese nel 2011; trattasi tutti di valori considerati in percentuale rispetto alla cifra globale delle predette prestazioni erogate da tutte le strutture.

a.3 Procedendo oltre, il punteggio del “*peso totale struttura*” è moltiplicato per il punteggio del “*peso attività*”; questa moltiplicazione fornisce il “*peso totale*”, ovvero il punteggio totale della struttura (si badi che trattasi del medesimo sistema utilizzato nella tabella 1 di cui al decreto n. 2011; solo che nella tabella di cui al decreto n. 2012 viene omissis di riportare il punteggio totale, da cui scaturisce la percentuale di riparto assegnata alla struttura; a riguardo si chiede di acquisire chiarimenti all'Amministrazione e gli atti propedeutici ed istruttori rispetto alla tabella 1).

Attraverso il “*peso totale della struttura*” si individua la percentuale

di riparto, rispetto al dato complessivo di tutte le strutture, e la somma assegnata in virtù della predetta percentuale applicata alla somma complessiva (si vedano le ultime due colonne).

b. Sull'illegittimità del sistema per l'eccessiva rilevanza dell'elemento della produzione non d'emergenza, all'interno del "peso attività".

Il sistema attribuisce un peso particolarmente rilevante al valore della produzione per acuti e delle prestazioni specializzate, differente dalla produzione delle prestazioni d'emergenza.

Infatti, in relazione ai "dati attività" vengono distribuiti dei punteggi tra le varie strutture: il punteggio complessivo per i ricoveri ordinari è di 25; quello relativo a ricoveri alta specialità è di 35 e quello relativo alle prestazioni di emergenza è di 40.

Fin qui è chiaro che nel coefficiente presuntivo individuato per la struttura rientra anche la produzione per acuti e la produzione di particolari prestazioni di alta specialità.

E' evidente, però, che il numero dei ricoveri per acuti e il numero delle prestazioni di alta specialità non hanno nessuna funzione specifica e razionale nel ratio dell'intero sistema di finanziamento, finalizzato a remunerare specificamente le prestazioni di emergenza; è rispetto ad esse che il sistema deve accertare il numero delle prestazioni erogate dal soggetto erogatore.

Il numero di ricovero per acuti e delle prestazioni altamente specializzate, si ripete, sono elementi spurii - completamente estranei ai costi per il numero ricoveri per emergenza - che, peraltro, sono oggetto di una specifica remunerazione nell'ambito delle risorse previste per l'attività ospedaliera.

Peraltro, trattasi di elementi che beneficiano di un peso preponderante, per 60 punti su 100, ovvero per un percentuale che va oltre la metà.

E' irrazionale che il sistema assegna oltre la metà del punteggio relativo al peso della struttura in relazione ad elementi estranei ai

ricoveri di emergenza.

Inoltre, il rilievo della produzione per acuti e delle prestazioni di alta specializzazione è reso più rilevante dal metodo utilizzato dal sistema per determinare il “peso totale” della struttura, ovvero il punteggio finale da cui deriva la percentuale di riparto.

Infatti, come detto, il sistema prevede che il “peso attività”, in cui rientra anche la produzione di ricoveri per acuti e le prestazioni di alta specialità, è moltiplicato per il “peso totale della struttura”; questa moltiplicazione fornisce il “peso totale”, ovvero il punteggio totale della struttura.

In virtù della moltiplicazione, la produzione per il ricovero per acuti e per le prestazioni di alta specialità – che entra nel “peso attività” – ha un effetto moltiplicativo, appunto.

Insomma – differentemente da quanto accade nelle semplici somme di punteggi, dove non vi è effetto moltiplicativo esponenziale – nel caso di specie la moltiplicazione ha come uno dei fattori un elemento spurio – il punteggio attribuito al valore della produzione dei ricoveri e dei ricoveri per alta specializzazione – che amplifica esponenzialmente il punteggio delle strutture con un alta produzione di ricoveri per acuti e prestazioni di alta specialità.

b.1 Per comprendere gli effetti irrazionali di un sistema che irrazionalmente tiene conto di elementi spurii – quali il numero dei ricoveri per acuti e delle prestazioni di alta specializzazione oggetto, peraltro, di una moltiplicazione che amplifica il loro peso– si considerino i seguenti dati.

A titolo esemplificativo, si considerino il San Camillo Forlanini e il Policlinico Gemelli.

Essi hanno dei pesi totali della struttura – relativo alla dimensione tecnologica e organizzativa dei servizi d'emergenza – di circa 3 o 4 volte maggiore rispetto all'ospedale ricorrente.

Fin qui, non si può negare la rilevanza e la razionalità dei costi organizzativi maggiori per strutture più complesse.

Si consideri, però, che questi due ospedali hanno una somma attribuita di circa 10 o 15 volte superiore.

Le ragioni di questo differenza abissale sono da rintracciare in buona parte nel differente peso relativo all'attività - ivi compresi i ricoveri per acuti e le prestazioni di alta specializzazione, della cui natura di elementi spuri si è già detto - laddove le predette strutture hanno un differenziale di 5 o 6 punti circa.

Ora il peso attività è sicuramente un indice presuntivo del bacino di utenza dell'ospedale, ma deve essere limitato al numero delle prestazioni di emergenza – oggetto precipuo – del sistema.

E comunque sia – pur prescindendo dal fatto che il peso attività include elementi spuri quali i ricoveri per acuti e le prestazioni di alta specialità - non si può, però, giustificare una somma di 10 o 15 volte differente tra due strutture che hanno un peso attività di solo 5 o 6 volte differente e una dimensione tecnologica del peso struttura di solo 3 o 4 volte differente.

Come detto questi dati abnormi sono la conseguenza del fatto che il differenziale limitato, in termini di peso attività e peso struttura, attraverso il sistema moltiplicativo si amplifica esponenzialmente divaricando enormemente le differenze tra le due strutture in termini di risorse assegnate.

Si ripete, però, che la differenza delle somme assegnata in una misura che varia da 10 a 15 è completamente illogica e iniqua in relazione a delle strutture che hanno un peso attività di solo 5 o 6 volte differente e una dimensione tecnologica del peso struttura di solo 3 o 4 volte differente.

c. Sull'illegittimità dell'attribuzione dei punti relativi al peso totale della struttura.

Peraltro, il sistema è illegittimo anche nell'attribuzione degli specifici punti assegnati in considerazione in relazione al peso totale struttura.

c.1 Sotto un primo profilo, si contesta la rilevante differenza di punteggio previsto per il DEA I livello, in cui rientra l'ospedale ricorrente – che beneficia di 2,5 punti – e il Dea di II livello – che beneficia di 6 punti.

Trattasi di discriminazione completamente ingiustificata che tiene conto della differenza di strutture tecnologiche utilizzate, ma non tiene conto della rilevanza delle risorse di personale richiesta sia in relazione al DIA I primo livello che al DEA II livello.

Tanto più che l'ospedale ricorrente possiede alcune delle strutture pure richieste in relazione al Dea di II livello, quali l'UTIN.

c.2 Peraltro, l'ospedale ricorrente è penalizzato in relazione all'attribuzione dei punti assegnati in relazione alla rete del trauma, laddove sarebbe dovuto essere classificato come PST o come CTZ e, invece, non riceve nessun punteggio; in relazione alla rete dell'ictus, laddove l'ospedale ricorrente è classificato come TNV/Pse, quando invece ha i requisiti per essere classificato come Utin/Spoke di primo livello; e, infine, in relazione alla rete cardiologica, laddove l'ospedale ricorrente viene qualificato come spoke 2, mentre ha i requisiti per essere classificato come Hub (in relazione alla non corretta classificazione di cui sopra, l'ospedale ricorrente ha presentato specifico ricorso pendente con il ricorso n. **7316/2010 pendente dinanzi alla Sez. III quater del TAR Lazio.**

c.3 Da ultimo, si consideri che i requisiti relativi alla struttura non considerano in alcun modo la rete dell'emergenza perinatale e pediatrica, in cui l'ospedale ricorrente è inserito in maniera qualificata.

VIOLAZIONE DELL'ART. 8 SEXIES DEL DLGS.VO N. 502/92 E DEL D.M. DEL 30.6.97. VIOLAZIONE DEI PRINCIPI DI EFFICIENZA E BUONA AMMINISTRAZIONE. ECCESSO DI POTERE PER DIFETTO DI ISTRUTTORIA , DIFETTO DI MOTIVAZIONE E ILLOGICITA'.

Con questo motivo si intende censurare la parte del decreto relativo alla
- *Finanziamento dei maggiori costi per le attività di terapia intensiva (tabella 2).*

a. Orbene, dalla tabella 2 emerge solo la cifra assegnata per le diverse tipologie di terapia intensiva e il numero dei posti letto ad esse assegnate; posti letto, peraltro, la cui assegnazione e rimodulazione è stato oggetto di specifico ricorso avverso il decreto di riorganizzazione della rete ospedaliera, citato nella motivazione del decreto (ricorso n. 7316/2010 pendente dinanzi alla Sez. III quater del TAR Lazio).

Non emerge in alcun modo quali siano gli standard organizzativi e di costo predefiniti dei fattori produttivi per tipologia di posto letto. Quindi, non sapendo quale è il costo ritenuto congruo per ogni tipologia di posti letto, il numero dei posti letto non è sufficiente per valutare la congruità della somma attribuita alla relativa tipologia di terapia intensiva.

E' evidente, quindi, che il decreto impugnato è illogico e difettoso di motivazione perchè non consente di individuare le argomentazioni che giustificano le scelte adottate.

Comunque, si fa espressa richiesta istruttoria di acquisire gli atti propedeutici e/o istruttori alla tabella 2.

a.1 Sotto altro profilo, si ricorderà che l'art. 3 comma 3 del D.M. 30.6.97 ha previsto che *"Le regioni e le province autonome possono prevedere programmi finalizzati di finanziamento regionali mediante i quali remunerano le attività di terapia intensiva...l'entità dei finanziamenti da riconoscere alle strutture di ricovero che erogano le predette attività deve essere proporzionata ai sottoelencati parametri:*

a) *il numero dei posti letto nelle unità di terapia intensiva previsti in ciascun istituto di cura da atti programmatori regionali ed effettivamente operativi;*

b) il rapporto, per ciascun istituto di cura, fra il numero delle giornate di degenza erogate dalle unità di terapie intensiva ed il numero di degenza erogate in generale.”.

Orbene, il decreto impugnato ha fatto riferimento solo al numero dei posti presenti nella struttura – senza peraltro specificare i criteri con cui ha determinato i costi in relazione alla tipologia dei posti letto – ma ha completamente omesso di considerare “il rapporto, per ciascun istituto di cura, fra il numero delle giornate di degenza erogate dalle unità di terapie intensiva ed il numero di degenza erogate in generale.”, di cui alla lettera d).

E’ evidente che questa omissione non solo viola una precisa norma di legge, ma vizia il provvedimento finale per difetto di motivazione e istruttoria.

VIOLAZIONE DELL’ART. 8 SEXIES DEL DLGS.VO N. 502/92 E DEL D.M. DEL 30.6.97. VIOLAZIONE DEI PRINCIPI DI EFFICIENZA E BUONA AMMINISTRAZIONE. ECCESSO DI POTERE PER DIFETTO DI ISTRUTTORIA , DIFETTO DI MOTIVAZIONE E ILLOGICITA’.

Con questo motivo si intende censurare la parte del decreto relativo alla *Finanziamento dei maggiori costi per i programmi di trattamento delle malattie rare (tabella 3).*

a. Orbene, nel caso di specie, l’ospedale ricorrente non è inserito nella tabella 3, nonostante che esso sia “Centro Regionale per il trattamento della sclerosi multipla”, ai sensi dell’autorizzazione Reg. prot. n. 2042/1943 del 18.4.2001.

Sulla base di questo riconoscimento, il decreto impugnato non precisa le ragioni per cui sono beneficiari di finanziamento solo i Centri Regionali di cui alla DGR n. 20 del 17.1.2005, come viene specificato nella motivazione del decreto (comma 29 n. 3).

Più precisamente, non vengono specificate le ragioni per cui le strutture di cui alla predetta delibera abbiano una rilevanza

organizzativa maggiore ai fini della remunerazione di una specifica “malattia rara”, qual è la sclerosi multipla.

Tanto più che l’art. 8 sexies comma 1 ha previsto che “...*le funzioni assistenziali di cui al comma 2 sono remunerate in base al costo standard di produzione del programma di assistenza...*”.

Tra le attività di cui al comma 2 rientrano le seguenti attività:...

b) programmi di assistenza a malattie rare”.

Si badi bene che la norma, nel caso delle malattie rare, non fa riferimento alla rilevanza organizzativa della struttura, ma si limita a fare riferimento alla realizzazione del “programma”, ovvero all’esercizio di un attività stabile di cura delle malattie rare.

Nel caso dell’ospedale ricorrente, non vi è dubbio che la relativa autorizzazione generale prevede la realizzazione di un programma di assistenza alle malattie rare.

Di qui l’illegittima esclusione dell’ospedale ricorrente.

VIOLAZIONE DELL’ART. 8 SEXIES DEL DLGS.VO N. 502/92 E DEL D.M. DEL 30.6.97. VIOLAZIONE DEI PRINCIPI DI EFFICIENZA E BUONA AMMINISTRAZIONE. ECCESSO DI POTERE PER DIFETTO DI ISTRUTTORIA , DIFETTO DI MOTIVAZIONE E ILLOGICITA’.

Con questo motivo si intende censurare la parte del decreto relativo ai criteri e i costi previsti in merito alla *Finanziamento dei maggiori costi indotti sull’attività assistenziale dell’attivazione di percorsi di formazione universitaria delle professioni sanitarie (tabella 9)*, in cui è inserito l’ospedale ricorrente.

a. Come detto, questa tabella ha inteso remunerare specificamente l’attività assistenziale connessa all’attivazione di percorsi di formazione universitaria delle professioni sanitarie.

Con questo motivo si intende contestare solo l’entità della somma attribuita a questa attività.

Essa ammonta alla cifra di soli 4.6660.000 euro a fronte della somma di euro 68.469.845, di cui alla tabella 10, riservata ai corsi della Facoltà di Medicina.

Orbene, non vi è chi non veda l'abnorme sproporzione delle due cifre.

Quantunque si possa ritenere la maggiore importanza delle facoltà di medicina rispetto ai corsi relativi alle formazioni delle professioni universitarie, la sproporzione è evidente.

Anche perché quel che rileva in relazione ai maggior costi da remunerare non è l'importanza del titolo del concesso, ma il disagio organizzativo che patisce la struttura ricorrente; disagio che è indipendente dall'importanza del titolo.

Non c'è ragione di differenziare l'una struttura dall'altra e prevedere dei finanziamenti così differenziati solo in relazione al titolo.

Si tenga conto, peraltro, quanto previsto dal D.M. del 30.6.97, la cui efficacia è richiamata dal d.m. del 12.9.2006.

Per quel che riguarda il presente ricorso, l'art. 3 comma 1 prevede che *"Le Regioni e le province autonome prevedono programmi finalizzati di finanziamento mediante i quali remunerare le seguenti attività, ove siano specificamente individuate dalla programmazione regionale.*

...

g) le attività di formazione;

h) le attività istituzionali di didattica e ricerca, in quanto siano specificamente previste e non altrimenti finanziate...."

Quindi, l'art. 3 comma 2 del decreto 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, 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.”.

Il predetto articolo non pone nessuna discriminazione di sorta rispetto all'importanza del titolo rilasciato.

Dalla suddetta previsione si evince chiaramente la remunerazione delle suddette funzioni didattiche e di formazione è legata esclusivamente ai costi concretamente sofferti per il loro esercizio e non all'importanza del titolo.

L'unico criterio per accertare i disagi organizzativi è quello del numero dei soggetti iscritti ai corsi, a prescindere dall'importanza del titolo.

Sotto questo profilo, però, nel decreto impugnato non c'è nessuna oggettiva comparazione tra i soggetti iscritti ai corsi per le professioni universitarie, di cui alla tabella 9, e ai corsi di medicina, di cui alla tabella 10.

Ne consegue che non c'è ragione per discriminare l'ospedale ricorrente che pure soffre dei costi per il loro esercizio.

VIOLAZIONE DELL'ART. 8 SEXIES DEL DLGS.VO N. 502/92 E DEL D.M. DEL 30.6.97. VIOLAZIONE DEI PRINCIPI DI EFFICIENZA E BUONA AMMINISTRAZIONE. ECCESSO DI POTERE PER DIFETTO DI ISTRUTTORIA , DIFETTO DI MOTIVAZIONE, ILLOGICITA' E CONTRADDITTORIETA'.

Con questo motivo si intende censurare la parte del decreto relativo ai criteri e i costi previsti in merito alla *Finanziamento dei maggiori costi di servizi a supporto delle attività sanitarie svolte dalle strutture del SSR di cui al decreto Commissariale n. 86 del 07/06/2012. (tabella 5).*

a. Nella motivazione del decreto, si specifica che questi fondi vengono attribuiti in relazione ai Centri di cui al decreto n. 86 del 2012 e sulla base dei costi organizzativi e di costo predefiniti dei fattori produttivi per centro (comma 29 n. 5).

Orbene nella predetta tabella non è incluso l'ospedale ricorrente, nonostante sia "Centro Regionale per il trattamento dell'artrite reumatoide" (DGR 551/2003), "Centro Regionale per il trattamento delle Malattia di Alzheimer" (progetto Kronos prot. n. 2361/2000).

Le ragioni di questa esclusione non sono date sapere.

Tanto più che il D.M. del 30.6.97, la cui efficacia è richiamata dal d.m. del 12.9.2006, all'art. 3 comma 1 prevede che *"Le Regioni e le province autonome prevedono programmi finalizzati di finanziamento mediante i quali remunerare le seguenti attività, ove siano specificamente individuate dalla programmazione regionale.*

...

i) altre attività di rilievo regionale, in quanto previsti da specifici atti della programmazione sanitaria regionale."

E' evidente che la formulazione della norma lascia intendere chiaramente che la remunerazione deve essere assicurata a tutte le strutture che siano state riconosciute rilevanti dalla Regione nell'esercizio di particolare attività.

Nel caso di specie è avvenuto proprio che la Regione ha già considerato con suoi atti specifici la natura di "Centro Regionale" della struttura ricorrente, proprio secondo previsione dei criteri.

Nonostante la suddetta qualificazione, la Regione, del tutto contraddittoriamente ha escluso l'ospedale dai benefici di cui si discute.

Non si comprende, quindi, come mai nella tabella 5 è prevista la remunerazione di Centri antiveleno e della fibrosi cistica e non anche i Centri per il "trattamento dell'artrite reumatoide), "Centro Regionale per il trattamento delle Malattia di Alzheimer" dell'ospedale ricorrente.

Ove corra si procede all'impugnazione del decreto n. 86 del 2012 – diventato lesivo solo il decreto n. 115 del 2012 che ha determinato l'importo dei fondi di cui si discute - di cui si chiede di acquisire in

via istruttoria ogni atto istruttorio e propedeutico alla sua emanazione.

b. Procedendo oltre, si consideri pure che l'Ospedale ricorrente è stato escluso dalla tabella di cui si discute, nonostante sia autorizzato come **Centro Trasfusionale dell'ASL RME e specificamente per le strutture sanitarie private territoriali.**

La predetta esclusione è vieppiù illegittima se si considera che nella tabella è inclusa l'A.O.S. Camillo Forlanini come centro Regionale di coordinamento e compensazione – sistema trasfusionale.

Non c'è di certo ragione per includere l'A.O.S. Camillo Forlanini – solo perchè è un centro regionale di coordinamento – ed escludere la struttura ricorrente, solo perchè esercita il suo coordinamento solo a livello di ASL.

Si tenga conto che, seppure ad un livello più settoriale, la funzione di coordinamento delle strutture di un'Asl si inserisce, comunque, nella attività regionale di coordinamento del sistema trasfusionale.

In sostanza, i Centri come quelli della strutture della ricorrente sono indispensabili per assicurare che il coordinamento proceda da una dimensione territoriale ad una dimensione regionale.

In questo senso, seppure relativo ad un'ipotesi diversa da quella di cui si discute, l' 8 sexies comma 1 ha previsto un esempio di attività di rete.

Tra le attività di cui al comma 2 rientrano le seguenti attività:

“...g) programmi di trapianto di organo, di midollo osseo e di tessuto, ivi compresi il mantenimento e monitoraggio del donatore, l'espianto degli organi da cadavere, le attività di trasporto, il coordinamento e l'organizzazione della rete di prelievi e di trapianti, gli accertamenti preventivi sui donatori”.

E' evidente che questa previsione fa riferimento proprio ad una vera rete, caratterizzata non solo da un coordinamento generale, ma anche da coordinamenti territoriali che organizzano la rete.

D'altra parte, è abbastanza evidente che se il coordinamento regionale ha dei costi – legati alla necessità di cooperare amministrativamente e tecnicamente con tutti i soggetti più rilevanti nella Regione – non vi è chi non veda che anche il coordinamento territoriale ha dei costi, legati alla necessità di cooperare amministrativamente e tecnicamente con tutti i soggetti più rilevanti del territorio di riferimento.

VIZIO RELATIVO ALLA PARTICOLARE NATURA DEGLI OSPEDALI CLASSIFICATI.

Con questo vizio si intende proporre una censura con la quale si dimostra che il sistema di cui al decreto impugnato non ha tenuto conto della particolare natura degli ospedali classificati.

VIOLAZIONE DELL'ART. 9 DEL D.L. N. 203 DEL 30.9.2005, CONVERTITO IN L. N. 248 DEL 2.12.05 E DELL'ART. 2 COMMI 17 E 71 DELL'ART. 2 DELLA L. N. 191/2009, SOPRAVVENUTA AL RICORSO. ECCESSO DI POTERE PER SVIAMENTO E IMPARZIALITA'.

Si ricorderà che più volte abbiamo segnalato che la remunerazione delle funzioni oggetto di questo ricorso devono tener conto del costo del personale, secondo quanto previsto dal d.m. del 30.6.1997.

Orbene, con questo motivo si intende dimostrare che il costo del personale deve includere anche i costi sostenuti per i rinnovi contrattuali e l'indennità di esclusiva.

Diversamente il sistema non tiene illegittimamente conto della particolare natura degli ospedali classificati.

1. La normativa citata in rubrica all'interno del sistema di finanziamento, da parte dello stato, del servizio sanitario regionale.

a. 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, tenuto conto dell'importo complessivo presunto del gettito dell'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche (per completezza si rileva che i criteri per la determinazione del fondo sono stati modificati dall'art. 13, D.Lgs. 18 febbraio 2000, n. 56); 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 accordo in sede di Conferenza – stato Regioni avente ad oggetto una serie di obblighi delle Regioni finalizzati al contenimento della spesa sanitaria.

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

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

Tale chiarimento consente di comprendere meglio il contenuto dell'art. 9 del d.l. n. 203 del 30.9.2005, convertito in l. n. 248 del 2.12.05, e i

commi 17 e 71 dell'art. 2 della l. n. 191/2009, sopravvenuta al ricorso.

Come è noto, l'articolo 9 predetto prevede quanto segue.

" 1. Al fine di garantire nel settore sanitario la corretta e ordinata gestione delle risorse programmate nell'ambito del livello di finanziamento cui concorre lo Stato...costituisce obbligo ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato ...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 territorio, quantificati sulla base dei parametri previsti dai documenti di finanza pubblica....

2. ... costituisce obbligo ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato...la costituzione di accantonamenti nel proprio bilancio delle somme necessarie alla copertura degli oneri derivanti dal rinnovo dei contratti collettivi nazionali della dirigenza medico-veterinaria, della dirigenza dei ruoli sanitario, tecnico ed amministrativo e del personale del comparto del SSN, biennio economico 2004-2005, nell'ambito del proprio territorio, quantificati sulla base dei parametri previsti dai documenti di finanza pubblica...".

La predetta norma è stata confermata dai commi 17 e 71 dell'art. 2 della l. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010).

Insomma, è evidente che – a decorrere dal biennio economico 2004 – 2005 (per quel che interessa nel presente ricorso) e proseguendo, a regime, dal 2006 – 2007 sino al 2010 (come dalla relativa finanziaria) - 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 degli accordi collettivi nazionali per il personale convenzionato con il SSN.

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

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

b. L'obbligo di accantonamento previsto dalle predette norme non prevedono l'insorgenza di un diritto soggettivo da parte dell'ospedale ricorrente; è evidente che trattasi di norme contabili che per avere efficacia esterna hanno bisogno di provvedimenti autoritativi che regolamentino il riconoscimento degli oneri contrattuali, ivi compresa l'indennità di esclusiva.

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

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

In questo senso, il nostro ordinamento prevede che i medesimi strumenti, ovvero i medesimi accordi per la remunerazione, riguardano sia le strutture pubbliche che le strutture pubbliche equiparate , appunto, agli ospedali classificati (si veda l'art. 8 quinquies del dlgs.vo n. 502 del 1992 e la giurisprudenza del C.d.S. relativa all'identità di strumenti tra ospedali pubblici e classificati equiparati:v. sentenza del C.d.S. Sez.V n. 1858/08, nonché C.d.S. Sez.

V n. 3263 del 2009 e n. 1514 del 16.3.2010; si vedano le recenti sentenze del C.d.S. nn. 01198/2011 e 00197/2011).

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

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

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

Pertanto, in questo senso si consideri, sotto diverso profilo, 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 (circa la funzione “consustanziale” degli ospedali classificati, si veda la giurisprudenza sopra citata).

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

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

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

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

Trattasi di determinazioni che provengono dall'organo più autorevole, ovvero da quella Conferenza Stato – Regione deputata, ai sensi dall'articolo 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, a individuare una serie di obblighi delle Regioni, finalizzati al contenimento della spesa sanitaria, condizionanti l'accesso delle Regioni al finanziamento integrativo a carico dello Stato; tra questi obblighi vi è proprio l'accantonamento delle somme di cui si discute, previsto dal citato art. 9 del d.l. n. 203 del 30.9.2005,

convertito in l. n. 248 del 2.12.05, e confermato dai commi 17 e 71 della l. n. 191/2009 (legge finanziario 2010).

Nel medesimo senso, si consideri anche l'attività del CIPE, che 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 136.079.239.

d. Il nostro ordinamento regionale ha ripetutamente previsto e sollecitato la corresponsione degli oneri per i rinnovi contrattuali e per l'indennità di esclusiva a favore degli ospedali classificati.

La Regione Lazio 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, il nostro ordinamento e in particolare quello della Regione Lazio ha già da tempo applicato l'equiparazione tra presidi pubblici e ospedali classificati anche alla materia contrattuale.

Ne consegue, quindi, che il nostro ordinamento prevede che gli ospedali classificati devono beneficiare dell'attribuzione dei predetti oneri.

2. Incostituzionalità in subordine, per violazione degli artt. 3, 41 e 97 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 dell'art. 2 della l. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010).

Qualora si ritenesse che le predette norme non estendano il predetto beneficio del finanziamento degli oneri 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 quest'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 prevede gli accantonamenti anche a favore degli ospedali classificati, in violazione dell'art. 3 della Cost.

b. Sotto un secondo profilo, si consideri, poi, che la stessa Corte Costituzionale, investita di una questione involgente il sistema di remunerazione dei soggetti erogatori del S.S.N., ha chiaramente affermato che il predetto sistema di pagamento *"...non costituisce violazione dell'art. 97 Cost., in quanto se correttamente attuato secondo principi di economicità e di mercato e con una responsabile collaborazione e programmazione organizzativa, non crea ostacoli all'erogazione di un servizio sanitario efficiente da parte della Regione..."* (si veda la sentenza della Corte Cost. n. 416 del 28.7.1995).

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

Insomma, il nostro sistema prevede chiaramente l'erogazione delle prestazioni da parte del Servizio Sanitario Nazionale deve ispirarsi al principio della libera scelta di mercato, da parte degli utenti, delle strutture a cui rivolgersi.

Peraltro, la tutela del mercato rappresenta un principio cardine del nostro ordinamento, introdotto dalla disciplina antitrust.

Orbene, nel caso di specie, il nostro ordinamento impone agli ospedali classificati una serie di costosi oneri organizzativi richiesti dalla loro equiparazione agli ospedali pubblici.

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 nella parte in cui il sistema sanitario continua a garantire ai presidi pubblici una serie di finanziamenti aggiuntivi – sopra citati – non previsti per gli ospedali classificati quantunque essi – in virtù dell'equiparazione – sostengano i medesimi costi relativi al rinnovo degli oneri contrattuali e dell'indennità di esclusiva).

L'effetto distorsivo di sistema è evidente.

L'ospedale classificato è gravato da una serie di ulteriori costi organizzativi che egli è comunque costretto a sostenere in virtù dell'equiparazione.

Ebbene, rispetto a questi costi 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.

c. Sotto un ultimo profilo, le norme di cui si discute – qualora non prevedessero l'estensione dei finanziamenti relativi al costo del personale anche agli ospedali classificati - sono incostituzionali perché non rispettano il principio della libertà dell'iniziativa economica di cui all'art. 41.

Abbiamo già detto che il C.d.S. ha più volte affermato il principio secondo cui gli ospedali classificati, al pari degli ospedali pubblici, devono erogare tutte le prestazioni richieste.

Le ragioni di questa assenza di tetto sono determinate dal fatto che *"...per le strutture che risultano consustanziali al sistema sanitario nazionali (ospedali pubblici, ospedali classificati, i.r.c.c.s., etc.) **non è neppure teorizzabile l'interruzione delle prestazioni agli assistiti al raggiungimento di un ipotetico limite economicamente fissato...***

Un conto sono, infatti, le case di cura private, altra cosa sono quelle istituzioni la cui parificazione all'apparato sanitario pubblico rende anche solo teoricamente incompatibile una limitazione alle prestazioni." (si vedano le sentenze citate in precedenza).

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

E' evidente che – a fronte di questo obbligo di erogare tutte le prestazioni richieste – il costo del personale ha una rilevanza particolare.

Infatti all'aumentare delle prestazioni rese aumenta anche il costo del personale utilizzato.

Orbene, a fronte di questi aumentati costi del personale, non è costituzionalmente ipotizzabile che solo gli ospedali pubblici – e non anche gli ospedali classificati - possano beneficiare di ulteriori finanziamenti per ristorarsi del costo del personale.

In questo senso, la norma non solo violerebbe i principi di parità e trattamento – di cui agli artt. 3 e 97 della Cost. sopracitati – ma

violerebbe anche il principio della libertà dell'iniziativa economica di cui all'art. 41.

Si consideri che la Corte Costituzionale ha ripetutamente affermato che il sistema di remunerazione a tariffa 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).

Negli stessi termini, la sentenza della Corte Costituzionale ha affermato che il sistema di cui si discute è esente da censure relative al mancato rispetto dell'art. 41 quando assicura un *"...ridotto, ma ragionevole margine di utile..."* (si veda la sentenza n. 279/2006)

Nel caso di specie, l'erogazione di numero infinito di prestazioni, senza la previsione di un finanziamento per ristorare il costo del personale evidentemente correlato all'aumentare delle prestazioni rese, esclude evidentemente in radice la possibilità, per gli ospedali classificati, di realizzare qualunque utile.

Con evidente violazione dell'art. 41 della costituzione.

3 Sulla rilevanza del mancato pagamento dei costi inerenti i rinnovi contrattuali e l'indennità di esclusiva.

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

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

Trattasi di somma di cui non hanno beneficiato gli ospedali classificati. Sotto diverso profilo, gli ospedali classificati sono costretti a ricevere delle tariffe completamente inadeguate..

Si consideri che l'art. 1 comma 170 della l. n. 311/2004 ha previsto che *"... Con la medesima modalità e i medesimi criteri si procede*

all'aggiornamento biennale delle tariffe massime entro il 31 dicembre di ogni secondo anno a decorrere dall'anno 2005."

Con decreto del Ministero della Salute del 12.9.2006 si è proceduto alla "Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie".

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

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

P. Q. M.

Si chiede che codesto Ecc.mo TAR accolga il presente ricorso, con ogni conseguenza di legge, anche in ordine alle spese.

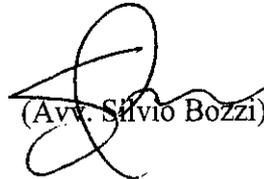
Ove necessario sollevi la questione di costituzionalità dell'art. 9 del d.l. n. 203 del 30.9.2005, convertito in l. n. 248 del 2.12.05 (confermato dai commi 17 e 71 dell'art. 2 della l. n. 191/2009 (legge finanziaria 2010), per violazione dell'art. 3, 41 e 97 Costit.

- **In via istruttoria si chiede di acquisire:**
- **l'atto con cui la Regione ha stabilito come ripartire il Fondo sanitario Regionale 2012 per le varie attività di prestazioni ospedaliere, ambulatoriali ecc...e le attività delle tabelle di cui si discute nel presente ricorso; nonchè ogni atto propedeutico e istruttorio da cui si ricavano i criteri con cui sono state distribuite le risorse assegnate alle varie tabelle.**
- **ogni atto propedeutico e istruttorio relativi alle tabelle 1 e 2; in relazione alla tabella 1 si chiede di acquisire chiarimenti all'Amministrazione in relazione alle modalità di individuazione del punteggio totale della struttura, da cui scaturisce la percentuale di riparto assegnata alla struttura;**

- ogni atto propedeutico e istruttorio al decreto n. 86 del 2012.

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

Roma, 31 ottobre 2012



(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. 875 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato - il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio alla **Regione Lazio**, in persona del rappresentante legale *pro - tempore*, presso la sua sede in Roma alla via Cristoforo Colombo, 212, CAP 00145, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **76492182316-4**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 - in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 31 ottobre 2012

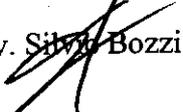
Avv.  ~~Silvio Bozzi~~



previa iscrizione al n. 876 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato - il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio al **Presidente della Regione Lazio, in qualità di Commissario ad Acta per il Piano di rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria**, 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. **76492182319-8**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 - in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 31 ottobre 2012

Avv.  ~~Silvio Bozzi~~

previa iscrizione al n. 877 del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato - il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio 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. **76492182321-1**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 - in data corrispondente a quella del timbro postale.
Roma, 31 ottobre 2012

Avv.  ~~Silvio Bozzi~~

previa iscrizione al n. **878** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio all'**Aurelia Hospital**, in persona del rappresentante legale pro tempore, nella sua sede sita in Roma, in Via Aurelia, 860 - CAP 00165, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **76492182322-2**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 31 ottobre 2012

Avv. Silvio Bozzi

previa iscrizione al n. **879** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio all'**European Hospital**, in persona del rappresentante legale pro tempore, nella sua sede sita in Roma, in Via Portuense, 700 - CAP 00149, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **76492182323-3**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 31 ottobre 2012

Avv. Silvio Bozzi

previa iscrizione al n. **880** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio al **Ministero della Salute**, in persona del rappresentante legale pro tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, 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. **76442828697-8**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 31 ottobre 2012

Avv. Silvio Bozzi

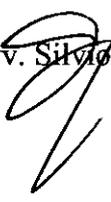
previa iscrizione al n. **881** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio al **Ministero dell'Economia e delle Finanze**, in persona del rappresentante legale pro – tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, siti in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **76442828696-7**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

Roma, 31 ottobre 2012

Avv.  Silvio Bozzi

previa iscrizione al n. **882** del mio Registro Cronologico, debitamente numerato e vidimato – il suesteso ricorso innanzi al TAR Lazio al **Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali**, in persona del rappresentante legale pro – tempore, rappresentato, difeso e domiciliato presso gli uffici dell'Avvocatura Generale dello Stato, siti in Roma in Via Dei Portoghesi n. 12 - CAP 00186, mediante invio di copia conforme all'originale, a mezzo del servizio postale, con raccomandata a/r n. **76442828695-6**, inviata dall'Ufficio Postale di Roma 58 – in data corrispondente a quella del timbro postale.

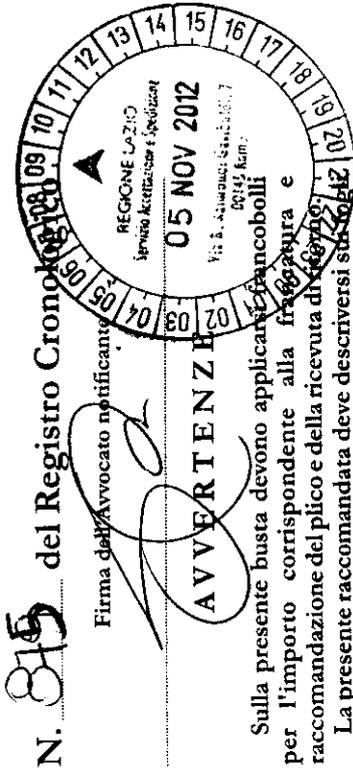
Roma, 31 ottobre 2012

Avv.  Silvio Bozzi

NOTIFICAZIONE DI ATTI GIUDIZIARI

ai sensi della Legge 21/01/94, n. 53
Autorizzazione Consiglio Ordine Avvocati di ROMA
N. 22 del 28.2.2008

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



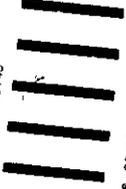
Sulla presente busta devono applicarsi francobolli per l'importo corrispondente alla franchigia e raccomandazione del plico e della ricevuta di ritorno.

La presente raccomandata deve descriversi su 22 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 plico viene rifiutato o non può essere consegnato per l'assenza di persone idonee, dev'essere inviato mediante raccomandata A.R. avviso contenente l'avvertimento che il plico resterà depositato presso l'Ufficio Postale a disposizione del destinatario per 10 giorni.

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

Staraccomandata
4043031 - 00145 € 8,65
6 00198 ROMA 58 (RM)



31 10 2012 10.50

Posteitaliane



76492182316-4

AG

REGIONE LAZIO

IM PERSONA DEL RAPPRESENTANTE LEGALE PT.

VIA CRISTOFORO COLOMBO 212

(00145) ROMA

libreria professionale **Medichini Claudio** www.medichiniodio.it