

STUDIO LEGALE
DE LORENZO - PALMA - KIVEL MAZUY

ASSOCIATI
PROF. AVV. RENATO DE LORENZO
PROF. AVV. GIUSEPPE PALMA
AVV. PATRIZIA KIVEL MAZUY

Napoli 22 maggio 2013

Spett.le
ASPAT

Alla c.a.: dott. Pierpaolo Polizzi

Oggetto: Giudizio TAR Campania Napoli – n. rg. 1826/2013 – ASPAT ed Altri c/ASL ed Altri (decreto 32)

Ill.mo dottore

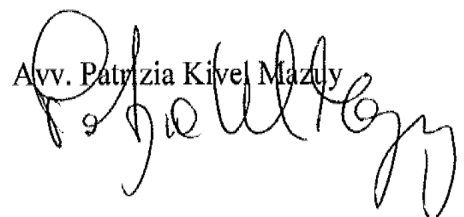
Come già anticipatoLe telefonicamente all'udienza odierna, e dopo ampia discussione tenuta congiuntamente all'avv. Meo che aveva anch'egli l'udienza fissata oggi avverso il decreto 32 e il decreto ministeriale, c'è stato un chiaro suggerimento del Presidente del Collegio a rinviare a data da destinare l'udienza odierna onde attendere preventivamente l'udienza del 4 giugno 2013 innanzi al TAR Lazio sul decreto ministeriale determinativo delle tariffe e poi valutare la legittimità del provvedimento regionale in parte applicativo del predetto decreto.

Pur avendo manifestato la chiara intenzione ad avere una pronuncia, anche negativa, a fronte dell'andamento dell'udienza e del suggerimento proposto dal Presidente non vi è stata possibilità alternativa al rinvio.

Sarà mia cura aggiornarLa sull'ulteriore esito del giudizio.

Cordiali saluti.

Avv. Patrizia Kivel Mazuy



**ECC.MO TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE PER
LA CAMPANIA NAPOLI - NAPOLI**

RICORRONO

L'ASPAT Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale, in
persona del Presidente dott. Pier Paolo Polizzi legale rappresentante p.t.;

NONCHE' LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE:

- 1) **Coleman S.p.A.**
- 2) **Studio di Medicina di Laboratorio Bresciani srl**
- 3) **Hematology srl**
- 4) **Athena S.p.A.**
- 5) **Centro Diagnostica Medica s.r.l.**
- 6) **Dott. Gino De Colle s.r.l. Analisi Cliniche**
- 7) **Ce.Di.Me. s.r.l.**
- 8) **Centro Medico Sette Re s.r.l.**
- 9) **Diagnostica Service srl**
- 10) **Gestione Centro Ricerche Cangiano srl**
- 11) **Centro Diagnostico Pasteur di Raffaele Picone snc**
- 12) **Gennaro Theo s.r.l.**
- 13) **Multimedica srl**
- 14) **Diagnostic Center srl**
- 15) **Laboratorio di Analisi "Borsellino"**
- 16) **Laboratorio di Analisi dott.ri Cannella – De Leo srl**
- 17) **Check up srl**
- 18) **Mer Clin Analisi di Marianna Pagano & C. s.a.s.**
- 19) **Laboratorio Analisi Cliniche Padovano s.a.s.**

- 20) Laboratorio Busato s.r.l.
- 21) Centro Laser srl
- 22) Laboratorio di Analisi Benedetto Afeltra s.as.
- 23) Laboratorio Analisi Cliniche Micron s.a.s.
- 24) Laboratorio Analisi Chimico -Cliniche DA.MO.
- 25) Emotest s.r.l.
- 26) Centro Polidiagnostico Flegreo s.a.s.
- 27) Poliambulatorio MA-RE srl
- 28) Centro Diagnostico e Analisi A. Guarino srl
- 29) Laboratorio dott.Achille Gaeta di Scarcella Carmela & C.
s.a.s
- 30) Studio Medico San Luca s.r.l.
- 31) Laboratorio di Analisi Cliniche S. Carlo srl
- 32) Laboratorio Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche
AIMATOS di L. Politio e C. s.a.s.
- 33) Casa di Cura San Giovan Giuseppe –Centro Medico
Chirurgico srl
- 34) Laboratorio di Analisi Cliniche S. Anna di Paduano Giuseppe
& C. snc
- 35) Minerva s.a.s. di Ferice Sonia
- 36) Laboratorio Analisi Cliniche Galileo DUE s.n.c.
- 37) Laboratorio di Analisi Cliniche e Microbiologiche Bio Test
s.a.s. di Feroce Sonia & C.
- 38) Laboratorio Analisi MANON E. s.a.s.

- 39) Laboratorio di Analisi Cliniche Galileo di Faroce Sonia & C.
s.n.c.
- 40) Laboratorio di Analisi Cliniche Gi & Mi s.a.s.
- 41) Gammacenter s.r.l. Laboratorio di Analisi Cliniche
- 42) Laboratorio di Analisi Cliniche Ce. Di Dei Mille di Cavaliere
Anna & C. s.a.s.
- 43) Laboratorio di Analisi Cliniche Maurella di Cavaliere Anna
& C. s.a.s.
- 44) Salus di Ferrara Teresa s.a.s.
- 45) Ce.Dia s.a.s. Centro Diagnostico di Errico Paola & C.
- 46) Centro di Medicina Nucleare s.r.l.
- 47) La.Menunc. s.r.l.
- 48) Analisi Cliniche dott. D. Pane srl
- 49) Studio Aemme di Lucia di Miccio & C. snc Lab. Analisi
Cliniche
- 50) Biocentro sas di Bisogno Ciancarlo & C.
- 51) San Carlo s.n.c. Laboratorio Sanitario
- 52) Istituto per lo Studio e la Cura del Diabete s.r.l.
- 53) Laboratorio di Analisi Cliniche Sibillo & C. s.a.s. di Sibillo
Raffaella e Sibilla Angela
- 54) Hermes Centro Medico Polispecialistico s.r.l.
- 55) Centro Diagnostico Sacri Cuori Laboratorio di Analisi
Cliniche dott.ssa Antonietta Ausenio e C. snc

in persona dei legali rappresentanti p.t., tutti rapp.ti e difesi in virtù di
mandato in calce al presente atto dall'Avv. Patrizia Kivel Mazuy, C.F.

KVLPRZ57R61F839B, e-mail certificata:
patriziakivelmazuy@avvocatinapoli.legalmail.it, e con lo stesso elett.te
dom.ti in Napoli al Viale Gramsci 10 - n. fax. 081 7613381

CONTRO

- La Regione Campania, in persona del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro del settore sanitario
- La Regione Campania, in persona del Presidente legale rappresentante p.t.
- Il Ministero della Salute in persona del Ministro p.t.
- Il Ministero dell'Economia e delle Finanze in persona del Ministro p.t.

AVVERSO E PER L'ANNULLAMENTO

PREVIA ADOZIONE

DI MISURA CAUTELARE MONOCRATICA EX ART. 56 C.P.A.

- del Decreto del Ministero della Salute adottato il 18 ottobre 2012, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, pubblicato sulla **Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013 - S.O. n. 8**, recante *"Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale"* e dei relativi allegati recanti le tariffe relative alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del S.S.N.
- del decreto del Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario della Regione Campania n. 32 del 27 marzo 2013 recante "Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012 in materia

di criteri e tariffe dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza specialistica ambulatoriale – Determinazioni – Rif. punto r) delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010”

- di ogni altro atto preordinato connesso e conseguente e comunque lesivo dell'interesse di parte ricorrente ivi compresi tutti gli atti istruttori, gli studi i pareri preordinati al decreto ministeriale e al provvedimento regionale

FATTO

I ricorrenti sono tutti laboratori operanti nel territorio della Regione Campania in regime di accreditamento provvisorio, e l'ASPAT rappresenta l'ente associativo di tutela delle predette strutture in virtù di statuto ed atto costitutivo.

I provvedimenti qui impugnati costituiscono l'ultima tappa di una lunga vicenda normativa e giurisdizionale, che appare opportuno riassumere nei suoi tratti essenziali.

IN AMBITO NAZIONALE

Come è noto, il D.Lgs. 502/92 ha introdotto il regime dell'accREDITAMENTO, fondato sul sistema di remunerazione delle prestazioni, secondo tariffe predeterminate per legge.

L'art. 8 comma 6 del D.Lgs. 502/92, in tale nuovo regime, ha demandato **allo Stato** la fissazione dei criteri per la determinazione delle tariffe ed ha riservato **alle Regioni** la concreta determinazione dei singoli Tariffari, a valere nei rispettivi territori.

In esecuzione della citata norma, è stato emanato il **D.M. Sanità 15.4.94**, che ha fissato i **parametri oggettivi** per la determinazione dei valori tariffari, correlati al costo effettivo di produzione della prestazione.

In particolare, l'art. 3 del D.M. 15.4.94 ha previsto, al comma 1, che *“Le tariffe sono fissate sulla base del costo standard di produzione e dei costi generali, in quota percentuale rispetto ai costi standard di produzione”*.

Al successivo comma 2, ancora, è prescritto che *“Il costo standard di produzione per prestazione è calcolato in via preventiva dalle regioni e dalle province autonome, sulla base dei costi rilevati presso un campione di soggetti erogatori, pubblici e privati, operanti rispettivamente nell'ambito del servizio sanitario nazionale del territorio regionale e provinciale, preventivamente individuato secondo criteri di efficienza ed efficacia. Tale costo fa riferimento alla composizione ed alla qualità di fattori produttivi utilizzati per la produzione della prestazione, valorizzati sulla base dei prezzi unitari medi di acquisto riferiti all'ultimo anno e delle relative eventuali variazioni attese in ragione del tasso di inflazione programmato”*.

Con successiva norma (l'art. 2 – comma IX – L. 549/95), il Ministero della Sanità è stato investito dell'**eccezionale potere, in via transitoria**, di individuare anche **il valore massimo delle tariffe** da remunerare ai soggetti accreditati (pubblici e privati).

Il Ministero della Sanità, ha, quindi, emanato il **D.M. 22 luglio 1996** (c.d. “Tariffario Bindi”), con il quale ha fissato le tariffe delle prestazioni erogabili all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, quale parametro di conformazione per le tariffe regionali.

Tuttavia, il D.M. 150/96 è stato successivamente annullato dal giudice amministrativo, con sentenza del Consiglio di Stato - IV Sezione - n. 1839 del 29 marzo 2001, per difetto di istruttoria e violazione del D.M. 15.04.1994, in quanto ha compresso in modo ingiustificato le tariffe, senza tenere esattamente conto degli effettivi valori di mercato, prescindendo dalla rilevazione dei costi delle strutture private accreditate. Il giudice amministrativo ha testualmente evidenziato che il procedimento ha disatteso *“il criterio di base, per cui la determinazione delle singole tariffe deve risultare da un campione significativo di strutture pubbliche e private, così da poter verificare quella connessione logica necessaria tra l'accertamento dei costi e la misura delle tariffe. Né una tale verifica può prescindere dai dati di mercato, per essere sostituita da accordi tra Stato e Regioni, che non trovano fondamento in un sistematico e compiuto esame di valori tratti dalle diverse realtà pubbliche e private”*.

Sebbene la portata caducante della sentenza del Consiglio di Stato, le Amministrazioni Statali, per anni, non hanno adottato né aggiornato il Nomenclatore Tariffario.

Solo con l'art. 1 comma 170 L. 311/2004, è stata demandata al Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, la ricognizione e l'aggiornamento delle tariffe massime di remunerazione delle prestazioni sanitarie.

Conseguentemente è stato emanato il D.M. 12.9.2006, rubricato *“Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie”* che, in luogo di una puntuale verifica istruttoria delle variazioni dei costi di produzione delle prestazioni,

in coerenza con il D.M. 15.04.94, mai abrogato, ha sostanzialmente disposto il ripristino del D.M. 150/96, annullato dal Consiglio di Stato per difetto di istruttoria.

Il decreto del 2006 è stato annullato dal TAR Lazio, con sentenza della III sez. quater n. 851/2008, in quanto non dà minimamente conto dell'annullamento in sede giurisdizionale (con la citata sentenza Consiglio di Stato n. 1839/2001) del decreto ministeriale che determinava le tariffe fatte rivivere, e tale circostanza ha condotto l'Amministrazione ad incorrere negli stessi vizi rilevati dal Consiglio di Stato, che, in buona sostanza aveva evidenziato un difetto di istruttoria nella determinazione delle tariffe per mancata applicazione dei precisi criteri dettati dallo stesso Ministero col D.M. 15 aprile 1994, all'art. 3: e cioè le tariffe devono essere fissate sulla base del costo standard di produzione e dei costi generali, in quota percentuale rispetto ai costi standard di produzione, e la necessità (logica) di fissare le tariffe massime tenendo conto dei costi di produzione standard e delle quote standard dei costi generali, risulta recepito dall'art. 8 sexies comma 5 del D.Lgs. n. 502/92, introdotto dall'art. 8 comma 4 del D.Lgs 229/99 e dall'art. 1 comma 170 della legge finanziaria 30 dicembre 2004 n. 311.

In particolare, l'art. 8-sexies, comma 5 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, stabilisce che il decreto di determinazione delle tariffe massime, da corrispondere alle strutture accreditate in base ai costi standard di produzione e di quote standard di costi generali, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate, tenga conto, altresì, in via alternativa e nel

rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, di:

- a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario;
- b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome;
- c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome.

Lo stesso art. 8-sexies, comma 5, dispone inoltre che, in sede di determinazione delle tariffe massime, sono stabiliti i criteri generali, nel rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, articolando tali tariffe per classi di strutture secondo le loro caratteristiche organizzative e di attività, verificati in sede di accreditamento delle strutture stesse.

Da ultimo è intervenuto il decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 recante **“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”**, il quale all'art. 15, comma 15, stabilisce che, in deroga alla procedura prevista dall'art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, in materia di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del servizio

sanitario nazionale, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012, sono determinate le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'art. 8-quater del medesimo decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali, tenuto conto dell'esigenza di recuperare, anche tramite la determinazione tariffaria, margini di inappropriata ancora esistenti a livello locale e nazionale.

Quindi il suddetto art. 15, ai commi 15, 16, 17 e 18, introduce una procedura, in deroga a quella vigente, per la fissazione delle tariffe in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, al fine di garantire un quadro certo di riferimento delle tariffe per le regioni e le province autonome, da ritenersi essenziale nell'ambito della complessiva corretta programmazione e gestione sanitaria.

L'art. 15, comma 16, prevede inoltre che le tariffe massime di cui al comma 15 sono valide dalla data di entrata in vigore del decreto del Ministro previsto dal medesimo comma 15, mentre il successivo comma 17 dispone che *“Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali”* e che per le regioni, come la Campania, che hanno sottoscritto l'accordo con il Ministro della salute ed il Ministro dell'economia e delle finanze per l'approvazione del Piano di rientro di

individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni *“le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile”*.

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

In data 18 ottobre 2012 il Ministero della Salute ha adottato il decreto impugnato recante **“Remunerazione prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale”** (GU n.23 del 28-1-2013 - Suppl. Ordinario n. 8), affermando di *“dare attuazione alle disposizioni di cui al citato decreto-legge n. 95 del 2012, determinando le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, di assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale, nonché i criteri generali in base ai quali le regioni adottano il proprio sistema tariffario, nel rispetto dei principi di appropriatezza e di efficienza”*, ma senza far menzioni delle modifiche apportate dal d.l. n. 158/2012, sebbene questo fosse già in vigore da oltre un mese, e rilevando che *“nel corso della seduta della*

suddetta Conferenza del 26 settembre 2012, le Regioni e le Province Autonome hanno espresso parere negativo sullo schema di decreto, ritenendo non accolti tutti gli emendamenti proposti in sede tecnica (Rep. Atti N. 175/CSR)”.

Il Ministero della salute ha ritenuto di dovere, comunque, adottare il decreto.

E per quanto ai tariffari regionali, l'art. 4 del decreto ministeriale individua i criteri generali per la loro adozione, prevedendo che *“Le regioni per l'adozione dei propri tariffari ricorrono, anche in via alternativa, ai medesimi criteri individuati per la determinazione delle tariffe massime nazionali, di cui alle lettere a), b) e c) dell'art. 8-sexies, comma 5, primo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni”*, mentre l'art. 5 statuisce che *“In caso di adozione da parte delle regioni di tariffe superiori a quelle stabilite dal presente decreto, gli importi tariffari superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali”*.

IN AMBITO REGIONALE

La Giunta Regionale della Campania, con delibera n. 378/98, ha integralmente recepito, in un primo tempo, il Nomenclatore Tariffario Nazionale (D.M. 150/96).

Subito dopo, però, con delibera di G.R.C. 1874/98, la stessa Regione Campania ha varato un secondo nomenclatore, che ha fissato valori tariffari superiori rispetto al Tariffario Nazionale Bindi.

Tale nomenclatore, però, è stato annullato dal giudice amministrativo (tra le altre, sentenza T.A.R. Campania – Salerno 245/2004), per difetto di istruttoria e violazione del D.M. 15.04.1994.

Ma nonostante l'intervenuto annullamento la Regione non ha ottemperato al decum, e non ha disposto l'aggiornamento delle tariffe (come prescritto dall'art. 3 del D.M. 15.4.94).

E' poi sopraggiunta la Legge 27 dicembre 2006, n. 296, recante **"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)"**, la quale all'art. 1, co. 796, lett. **O**), recita: *“fatto salvo quanto previsto in materia di aggiornamento dei tariffari delle prestazioni sanitarie dall'articolo 1, comma 170, quarto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come modificato dalla presente lettera, a partire dalla data di entrata in vigore della presente legge le strutture private accreditate, ai fini della remunerazione delle prestazioni rese per conto del Servizio sanitario nazionale, praticano uno sconto pari al 2 per cento degli importi indicati per le prestazioni specialistiche dal decreto del Ministro della sanita' 22 luglio 1996, pubblicato nel supplemento ordinario n. 150 alla Gazzetta Ufficiale n. 216 del 14 settembre 1996, e pari al 20 per cento degli importi indicati per le prestazioni di diagnostica di laboratorio dal medesimo decreto. Fermo restando il predetto sconto, le regioni provvedono, entro il 28 febbraio 2007, ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di*

incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate”.

La Regione Campania, con **delibera di Giunta Regionale N. 1177**, ha avviato la definizione del “Piano regionale di **riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private provvisoriamente accreditate** eroganti prestazioni specialistiche di diagnostica di laboratorio” approvando un piano di fattibilità il quale peraltro, sulle tariffe, rilevava che *“Fra gli obiettivi di risparmio derivanti dalle misure contenute nella finanziaria per l'anno 2007 è contenuta quella relativa all'abbattimento del 20% delle tariffe delle prestazioni di laboratorio e del 2% delle altre prestazioni specialistiche così come previsto all'art. 1, comma 796 lettera o). Parallelamente è in fase di definizione il procedimento di rideterminazione delle tariffe per le prestazioni di riabilitazione e di specialistica ambulatoriale. In Regione Campania, infatti, non è prevista l'applicazione né delle tariffe di cui al tariffario c.d Bindi, né di quelle di cui al DM 2006 “Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni specialistiche” ma si applicano tariffe elaborate a partire dalle indicazioni ministeriali e che prevedono, alla luce dei flussi di frequenza delle prestazioni, **maggiori economie di spesa**, pur nel rispetto della remuneratività complessiva del sistema.”.*

Con decreto n. 55 del 30/09/2010 del Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario, la Regione Campania completava il riassetto della **rete laboratoristica pubblica**, individuando tra i criteri per la riorganizzazione *“la concentrazione dei*

siti produttivi, in quanto le tecnologie oggi disponibili rendono antieconomiche dimensioni inferiori a certi livelli (500.000 prestazioni): l'OMS classifica come "piccolo" un Laboratorio in grado di produrre 500.000-1.000.000 di test all'anno, "medio" uno in grado di produrne 2-3 milioni".

La rete laboratoristica privata, invece, non era portata ad esecuzione.

Successivamente, **l'articolo 1, comma 237 quindicesimo bis, della L.R. 15 marzo 2011, n. 4 (così come modificata dalla L.R. 14 dicembre 2011, n. 23) ha previsto che** "Al fine di attuare quanto disposto dall'articolo 1, comma 796, lettera o), della legge 296/2006, in coerenza con i programmi operativi di cui alla legge 191/2009, il fabbisogno programmato di strutture private accreditate eroganti attività di medicina di laboratorio (laboratori di analisi) e dei correlati volumi di prestazioni a carico del SSN coincide per gli anni 2011 e 2012 con le attuali consistenze. Con successivo decreto commissariale, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni, sono definite le specifiche modalità di associazione consortile e le soglie minime operative in base alle quali dal 1 febbraio 2013 le strutture private eroganti attività di medicina di laboratorio procedono al rinnovo dell'accreditamento istituzionale definitivo."

Ma anche tale adempimento è stato disatteso dalla Regione Campania.

Se non ché, da ultimo, in applicazione del decreto ministeriale 18 ottobre 2012, la Regione Campania ha adottato il decreto commissariale n. 32 del 27 marzo 2013 impugnato, recante *"Decreto Ministeriale 18 ottobre 2012 in materia di criteri e tariffe dell'assistenza ospedaliera e dell'assistenza*

specialistica ambulatoriale – Determinazioni – Rif. punto r) delibera del Consiglio dei Ministri del 24 aprile 2010”, recependo le tariffe massime approvate con il Decreto del Ministero della Salute adottato il 18 ottobre 2012.

Il decreto commissariale ha altresì stabilito che, nella Regione Campania, le tariffe massime di cui al Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012 *“nella misura in cui rappresentano un limite massimo invalicabile per le Regioni sottoposte a piani di rientro e successivi programmi operativi, hanno effetto dal 12 febbraio 2013, quindicesimo giorno dalla pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del predetto DM 18.10.2012, fatta salva la validazione da parte dei ministeri affiancanti. In attesa di tale validazione, le strutture private fatturano con le tariffe di cui al presente decreto, salvo eventuali successivi conguagli”*, ed ha precisato che *“le tariffe delle prestazioni di specialistica ambulatoriale di cui all’allegato 3 del DM del 18/10/12 hanno assorbito il valore dello sconto finora vigente ai sensi dell’art. 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006, n. 296”*.

Quindi la Regione Campania ha recepito integralmente il tariffario nazionale, attribuendo ad esso addirittura efficacia retroattiva, incurante del pesante abbattimento della remunerazione che esso comporta e del mancato compimento del processo regionale di riordino dei laboratori privati, ancora in fieri, mediante la creazioni di reti e consorzi per guadagnare economie di scala.

I provvedimenti impugnati sono illegittimi e, per quanto riguarda i

ricorrenti, titolari di laboratori di analisi, gravemente pregiudizievole nella parte in cui disciplinano le tariffe per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, e quindi vanno annullati, previa loro sospensione, per i seguenti

MOTIVI

I) SUL DECRETO MINISTERIALE 18 OTTOBRE 2012

In premessa, giova precisare che il decreto ministeriale è lesivo degli interessi dei ricorrenti in quanto, sebbene preveda che le regioni possano fissare tariffe più elevate di quelle a carico del Servizio Sanitario Nazionale finanziando col proprio bilancio tali aumenti di tariffe, i parametri tariffari stabiliti dall'Amministrazione statale costituiscono evidentemente un punto fermo ed un orientamento preciso per le regioni, mentre le possibili (solo teoricamente) tariffe massime più elevate costituiscono nella fattispecie una mera eventualità; costituiscono inoltre un chiaro condizionamento del comportamento regionale, in quanto qualora la disciplina statale prevedesse tariffe più elevate minore sarebbe la necessità per le Regioni di adottare provvedimenti con onere a loro carico.

Senza dimenticare che, in base al decreto ministeriale, per le Regioni, come la **Campania**, che hanno sottoscritto l'accordo con il Ministro della salute ed il Ministro dell'economia e delle finanze per l'approvazione del Piano di rientro di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e successive modificazioni "*le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile*".

1) VIOLAZIONE DELL'ART. 15, COMMI 15 E 17 BIS, DEL D.L. 6 LUGLIO 2012 N. 95, CONV. IN L. 7 AGOSTO 2012 N. 135, COME INTEGRATO DALL'ART. 2 BIS D.L. 13 SETTEMBRE 2012 N. 158 ,CONV. IN L. 8 NOVEMBRE 2012 N. 189 - VIOLAZIONE DEL GIUSTO PROCEDIMENTO - ECCESSO DI POTERE

Il D.L. 6 luglio 2012 n. 95, conv. in L. 7 agosto 2012 n. 135, è stato modificato ed integrato dal successivo D.L. 13 settembre 2012 n. 158, conv. in L. 8 novembre 2012 n. 189.

Orbene, in materia di remunerazione delle strutture che erogano assistenza ospedaliera ed ambulatoriale a carico del servizio sanitario nazionale, la richiamata normativa vigente prevede, in deroga alla procedura prevista dall'articolo 8-sexies, co. 5, del D.Lgs. n. 502/1992, che il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle Finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, con proprio decreto, entro il 15 settembre 2012, determini le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate di cui all'articolo 8-quater del decreto D.Lgs. n. 502/1992 sulla base dei dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali (co. 15); il successivo co. 17-bis aggiunge che *“con decreto di natura non regolamentare del Ministro della salute e' istituita, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, una **commissione per la formulazione di proposte**, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, per l'aggiornamento delle tariffe determinate ai sensi del comma 15. La commissione, composta da rappresentanti del Ministero della salute, del*

Ministero dell'economia e delle finanze e della Conferenza delle regioni e delle province autonome, si confronta con le associazioni maggiormente rappresentative a livello nazionale dei soggetti titolari di strutture private accreditate... La commissione conclude i suoi lavori entro sessanta giorni dalla data dell'insediamento. Entro i successivi trenta giorni il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede all'eventuale aggiornamento delle predette tariffe” (l'art. 2-bis, comma 2, del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012, n. 189, ha disposto che "Il decreto di cui al comma 17-bis, primo periodo, dell'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e' adottato entro quindici giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto").

Viene così delineato un procedimento “*per l'aggiornamento delle tariffe determinate ai sensi del comma 15*”:

- istituzione della Commissione entro 15 gg. dalla data di entrata in vigore della L. 189/2012;
- confronto con le associazioni maggiormente rappresentative del settore e formulazione della proposta delle nuove tariffe entro 60 giorni dalla data di insediamento della commissione;
- acquisizione del parere della Conferenza Stato-regioni ed approvazione delle tariffe aggiornate entro 30 giorni dalla formulazione della proposta della commissione.

Tuttavia, un'interpretazione logica, oltre che costituzionalmente orientata, del cit. art. 15, co. 17-bis, porta a ritenere che il legislatore abbia voluto richiedere il descritto procedimento anche in sede di prima applicazione del precedente co. 15, cioè in sede di determinazione delle tariffe massime.

Ed invero, al momento dell'entrata in vigore del decreto legge n. 158/2012 (13 settembre 2012), che ha introdotto il co. 17-bis, nessun decreto di approvazione delle tariffe era stato adottato né era stato avviato il procedimento previsto dall'art. 15 co. 15. Inoltre non avrebbe avuto alcun senso, a distanza di poco più di un mese dalla Legge di conversione n. 135/2012, disporre in via legislativa (ex art. 15, co. 17-bis) un procedimento per l'aggiornamento di tariffe in teoria appena determinate ai sensi dell'art. 15, co. 15 (in realtà, come detto, ancora da determinare). Ed infatti, il decreto di determinazione delle tariffe massime ex art. 15, co. 15, qui impugnato, reca la data del 18 ottobre 2012, ed è quindi successivo al giorno in cui è stato emanato il decreto-legge n. 158/2012 che ha introdotto il cit. co. 17-bis.

Dunque il decreto impugnato è illegittimo:

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

2) VIOLAZIONE SOTTO ALTRO PROFILO DELL'ART. 15 CO. 15 E 17 BIS DEL D.L. N. 95/2012 COME CONV. IN L. N. 135/2012 E MOD. DAL D.L. N. 158/2012 CONV. IN L. 189/2012 - OMESSA

**MOTIVAZIONE DEL DISSENSO RISPETTO AL PARERE
OBBLIGATORIO DELLA CONFERENZA STATO-REGIONI -
VIOLAZIONE DELL'ART. 3 L. 241/1990 – VIOLAZIONE
DELL'ART. 117 COST..**

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

Alcuna motivazione, tuttavia, è resa circa la determinazione dei due Ministeri di discostarsi da parere obbligatorio della Conferenza.

Al riguardo, si ricorda che il decreto che aveva approvato il tariffario precedente (D.M. 12 settembre 2006) è stato annullato anche per questa ragione, e cioè per avere omesso *"di motivare, seppure sinteticamente, sulle ragioni che hanno condotto l'amministrazione agente a disattendere il parere di un così importante organo ..."* (così TAR Lazio, Sez. III quater, n. 12623/2007); mentre secondo Cons. St. V, n. 3733/2010, è *"ulteriore sintomo della carenza istruttoria l'assenza di qualsivoglia motivazione idonea a sorpassare il pur non vincolante parere contrario reso dalla conferenza Stato-Regioni con riguardo ai profili di opportunità"*.

Inoltre l'approvazione di tariffe sulle quali è stato espresso il parere contrario della Conferenza Stato-Regioni si pone in contrasto con l'art. 117 Cost., poiché in tal modo il legislatore statale appare sconfinare dalla propria competenza in materia e individuare analiticamente i tagli alle tariffe.

Infatti, sebbene le esigenze di contenimento della spesa pubblica, ed il conseguente potere dello Stato di dettare norme di coordinamento della finanza pubblica (art. 117, terzo comma, Cost.), gli arresti della Corte costituzionale, in materia di limiti della legislazione statale in tema di individuazione dei settori in cui le regioni debbono operare «tagli» indurrebbero a ritenere violato l'ambito di competenza legislativa statale (v. sentenze della Consulta n. 390 del 2004, n. 417 e n. 449 del 2005, n. 88 del 2006 e n. 157 del 2007, con le quali si è, infatti, ritenuto non spettare allo Stato l'individuazione dettagliata delle voci di costo dei bilanci regionali da ridurre, potendo il Legislatore statale stabilire solo i principi fondamentali della materia e, al limite, la misura delle riduzioni di spesa).

Anche per tali motivi il decreto ministeriale impugnato è illegittimo e va annullato.

3) NULLITÀ DEL DECRETO PER VIOLAZIONE DEL GIUDICATO (ART. 21 SEPTIES L. 241/1990 E ART. 31 CO. 4 D.LGS. N. 104/2010).

Il decreto impugnato va anche valutato alla luce del dovere di ottemperanza al giudicato di annullamento del D. M. 12 settembre 2006.

Sotto questo profilo è evidente la sua nullità.

Esso, infatti, ignora i due motivi per cui il D.M. del 2006 era stato annullato: il difetto di istruttoria per non avere l'amministrazione *"effettuato un'analitica istruttoria sui costi di produzione, prima di determinare le tariffe massime da remunerare tramite SSN"*; l'omessa motivazione sulle *"ragioni che hanno indotto l'amministrazione agente a*

disattendere il parere" della Conferenza Stato-Regioni (v. TAR Lazio, Sez. III quater, n. 12623/07, pp. 12-13).

Violando quindi il giudicato al quale dovrebbe conformarsi, il decreto ministeriale è nullo ai sensi dell'art. 21-septies.

**4) VIOLAZIONE DELL'ART. 8 SEXIES, CO. 5, D.LGS. N. 502/1992
- VIOLAZIONE DELL'ART. 3 L. 241/1990 - DIFETTO DI
ISTRUTTORIA – VIOLAZIONE DELL'ART. 97 COST.**

Il testo dell'art. 15, co. 15, del d.l. n. 95/2012 esordisce con la formula *"in deroga alla procedura prevista dall'art. 8 sexies co. 5 del d.lgs 30 dicembre 1992, n. 502"* ...: ma la deroga è limitata alla sola procedura, tant'è che rinviando ai *"dati di costo disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati ai tariffari regionali"*, sostanzialmente conferma quanto è stabilito in modo più analitico dall'art. 8 sexies co.5 del d.lgs. n. 502/1992.

Del resto proprio il decreto ministeriale impugnato, nello stabilire i *"criteri giuridici per l'adozione dei tariffari regionale"* (così la rubrica dell'art. 4 del decreto impugnato), dispone *"le regioni per l'adozione dei propri tariffari ricorrono, anche in via alternativa, ai medesimi criteri individuati per la determinazione delle tariffe massime nazionali di cui alle lettere a), b) e c) dell'art. 8 sexies, comma 5, primo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni"*.

Dunque sono fatti salvi, esulando dalla deroga, i criteri individuati dall'art. 8-sexies co. 5 d.lgs. n.502/1992 e s.m.i., secondo cui la determinazione delle tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate deve avvenire

- in base ai costi standard di produzione e di quote standard di

produzione, calcolati su un campione rappresentativo di strutture accreditate,

- tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza ed economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di:
 - a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza, come risultanti dai dati del Sistema informativo sanitario;
 - b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome;
 - c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome”.

Ebbene, tali criteri sono stati disattesi nel caso di specie.

Non si rinviene, invero, alcuna indicazione dell'attività istruttoria che sarebbe stata necessaria in applicazione di detti criteri (preventiva selezione delle strutture campione ai fini del calcolo dei costi standard, utilizzo del Sistema informativo sanitario, costi standard disponibili presso le regioni, ricorso ai tariffari regionali etc. etc.

L'unico accenno ad una attività istruttoria è contenuto nel passo: *"Tenuto conto che, al fine di coinvolgere i rappresentanti tecnici regionali nella fase istruttoria propedeutica alla stesura del presente provvedimento, con decreti dirigenziali 11 aprile 2008, 15 giugno 2009 e 16 dicembre 2011 è stato istituito un gruppo di lavoro interistituzionale che ha attivato linee di studio e di approfondimento, anche con rilevazioni campionarie, relativamente a dati e valutazioni tecniche utili alla determinazione delle*

tariffe".

Ma di tale gruppo di lavoro null'altro è specificato, né della sua attività e delle sue determinazioni.

Tali omissioni sull'attività istruttoria espletata (che in realtà dimostra l'assenza di una istruttoria seria) è tanto più censurabile in quanto il decreto sulle tariffe del 1996 fu annullato proprio per questa ragione, in quanto (v. la sentenza n. 1839/2001 la IV Sezione del Consiglio di Stato) erano state ignorate *"le **profonde diversità tra realtà regionali**, senza contare l'assenza di un'indagine costi nell'ambito delle strutture private, componente essenziale nel sistema sanitario nazionale"*.

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

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

"Il decreto ministeriale - si legge nella sent. del Cons. St., sez. V, n. 1205/2010 - è affetto da un difetto istruttorio e motivazionale" perché manca la "specificazione degli accertamenti svolti e dei criteri seguiti al fine di pervenire alla determinazione dei valori tariffari oggetto di contestazione di prime cure...". Sicché "risultano nella sostanza confermati i medesimi vizi ravvisati dalla precedente decisione che questo Consiglio n. 1839/2001, con riferimento al DM. 22/7/1996, ossia un difetto di istruttoria nella determinazione delle tariffe per mancata

applicazione dei criteri dettati dallo stesso Ministero col DM. 15 aprile 1994 (...), con specifico riguardo alla disciplina recata dall'art. 3 in ordine alla necessità che le tariffe vengano fissate sulla base del costo standard di produzione e dei costi generali in quota percentuale rispetto ai costi standard di produzione, a loro volta da stabilire sulla base di criteri assai dettagliati in funzione delle relative componenti”.

L'omessa effettuazione, o menzione, di una compiuta istruttoria, che in base alla normativa richiamata era dovuta, dà luogo, altresì, ad una violazione dell'art. 97 Cost., in quanto la p.a., ma anche il legislatore, ove a questa si surrogi con l'emanazione di una legge-provvedimento, deve sempre porre a base del proprio operato un'adeguata conoscenza dei fatti, della quale deve dare conto nella motivazione del provvedimento terminale.

Nel caso di specie, la motivazione poteva anche consistere nel richiamo ai lavori preparatori o ad altri atti: nulla di tutto ciò, invece, è dato rilevare nel decreto ministeriale impugnato.

La carenza di istruttoria, poi, si manifesta in tutta la sua evidenza laddove il decreto 18 ottobre 2012 **non prevede alcuna differenziazione (riguardo alle tempistiche di applicazione a livello regionale del nuovo Tariffario Nazionale) tra le Regioni che, in ossequio alla legge, si sono tempestivamente dotate di piano di riorganizzazione della rete delle strutture private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, e le Regioni sul punto ancora inadempienti (v. la Regione Campania).**

La Legge 27 dicembre 2006, n. 296, recante "**Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2007)**", la quale all'art. 1, co. 796, lett. O), ha disposto che *“le regioni provvedono, entro il 28 febbraio 2007, ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate”*.

Dunque, le Regioni che hanno approvato il piano di riorganizzazione della rete delle strutture private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, adeguandone gli standard organizzativi e di personale, hanno consentito alle medesime strutture private di incrementare la loro efficienza; di contro, le Regioni ancora sfornite del piano, hanno impedito ai laboratori privati il predetto incremento di efficienza.

Con la conseguenza che l'impatto del nuovo Tariffario Nazionale non potrà, certamente, avere gli stessi effetti sui laboratori privati efficientati dalle Regioni adempienti e sui laboratori privati resi inadeguati dalla Regioni inadempienti.

Non può che concludersi, allora, ancora una volta, con il Consiglio di Stato (sentenza n. 1839/2001) evidenziando che anche il decreto ministeriale impugnato ignora *“le profonde diversità tra realtà regionali”*, sicché esso va annullato.

5) ECCESSO DI POTERE - VIOLAZIONE SOTTO ALTRO

**PROFILO DELL'ART. 8 SEXIES DEL D.LGS. N. 502/1992 E S.M.I.
- VIOLAZIONE DELL'ART.15 CO. 15 DEL D.L. N. 95/2012 CONV.
IN L. 135/2012 – VIOLAZIONE DELL'ART. 41 COST. –
VIOLAZIONE DELL'ART. 32 COST. – VIOLAZIONE DEL
PRINCIPIO DI RAGIONAVOLEZZA**

Il decreto impugnato è altresì illegittimo in quanto **la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale non assicura la copertura dei costi di produzione e dei costi generali né un margine di profitto.**

Come ormai pacificamente riconosciuto, *"La pubblica amministrazione, se in relazione alla scarsità delle risorse disponibili è libera di non acquistare o ridurre numericamente l'acquisto di servizi, non può tuttavia acquistare prestazioni ad una cifra che non copre le spese e non consente utili all'impresa erogatrice"*, sicché è necessario trovare *"un giusto equilibrio tra le varie esigenze fondamentali che rifluiscono nella materia: la pretesa degli assistiti a prestazioni sanitarie adeguate con la connessa salvaguardia del diritto di primaria rilevanza alla salute, il mantenimento degli equilibri finanziari che comunque non possono contare su risorse illimitate, ma anche gli interessi degli operatori privati a logiche imprenditoriali meritevoli di tutela e l'efficienza delle strutture pubbliche e private operanti in materia"* (ex multis, da ultimo, v. **Cons. di Stato. Sez. III, n. 740/2013**).

Nel caso del decreto ministeriale impugnato gli interessi degli operatori privati a logiche imprenditoriali e l'efficienza delle strutture private operanti in materia sono totalmente calpestati: al riguardo, onde evitare di

tediare ulteriormente l'Ecc.mo Collegio, ci si riporta integralmente alla documentazione allegata, che dimostra l'impatto "mortale" dell'applicazione delle nuove tariffe sui laboratori privati.

Violato, appare, allora, l'art. 41 Cost. e i principi in esso contenuti a tutela dell'iniziativa privata.

Il decreto ministeriale impugnato appare, altresì, violare l'art. 32 Cost. ovvero il diritto alla salute sotto il duplice profilo del diritto ad ottenere le prestazioni sanitarie e il diritto di libera scelta degli assistiti, in quanto l'applicazione delle nuove tariffe appare idonea a pregiudicare l'erogazione di prestazioni sanitarie ove le strutture pubbliche non sono in grado di fornire le prestazioni richieste e a quelle private convenzionate sono richieste prestazioni a prezzi insufficienti a coprire i costi.

Si ricorda, infatti, che la presenza significativa degli operatori privati nel S.S.N. risponde ad esigenze insopprimibili dell'Amministrazione sanitaria, la quale non riesce, con le proprie strutture, a garantire l'erogazione delle prestazioni sanitarie a favore degli utenti, per cui non si potrebbe nemmeno sostenere che le strutture private, se ritengono non convenienti le tariffe, possano «uscire» dal sistema.

Il provvedimento in parola collide, poi, con il principio di ragionevolezza, laddove impone tariffe non remunerative dei costi di produzione a strutture che, in virtù di un impegno contrattuale con l'amministrazione sanitaria, si sono vincolate a fornire agli utenti del servizio sanitario un certo numero di prestazioni.

Ne derivano ulteriori profili di illegittimità del decreto del Ministero della Salute.

SUL DECRETO COMMISSARIALE N. 32 DEL 27 MARZO 2013

**6) ECCESSO DI POTERE – VIOLAZIONE DELL’ART. 1, CO. 796,
LETT. O) DELLA LEGGE 27 DICEMBRE 2006, N. 296 –
VIOLAZIONE DELL'ARTICOLO 1, COMMA 237 QUINDECIES
BIS, DELLA L.R. 15 MARZO 2011, N. 4 – VIOLAZIONE
DELL’ART. 3 COST. – DISPARITA’ DI TRATTAMENTO**

Come detto, la Regione Campania, a differenza del comparto pubblico, non ha adottato, in violazione dell’art. 1, co. 796, lett. O) della legge finanziaria 2007, il piano di riorganizzazione della rete delle strutture private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, finalizzato, mediante l’adeguamento degli standard organizzativi e di personale, ad incrementare l’efficienza dei laboratori privati; parimenti violato è stato **l'articolo 1, comma 237 quindecies bis, della L.R. 15 marzo 2011, n. 4 (così come modificata dalla L.R. 14 dicembre 2011, n. 23) laddove ha previsto che “Al fine di attuare quanto disposto dall’articolo 1, comma 796, lettera o), della legge 296/2006 ... con successivo decreto commissariale, da emanarsi entro centottanta giorni dalla data di entrata in vigore delle presenti disposizioni, sono definite le specifiche modalità di associazione consortile e le soglie minime operative in base alle quali dal 1 febbraio 2013 le strutture private eroganti attività di medicina di laboratorio procedono al rinnovo dell’accreditamento istituzionale definitivo.”**.

La necessità del piano, del resto, emerge dal provvedimento che ha provveduto al riassetto della rete laboratoristica pubblica: proprio nel decreto commissariale n. 55 del 30/09/2010, infatti, si afferma che “*le*

tecnologie oggi disponibili rendono antieconomiche dimensioni inferiori a certi livelli (500.000 prestazioni): l'OMS classifica come "piccolo" un Laboratorio in grado di produrre 500.000-1.000.000 di test all'anno, "medio" uno in grado di produrne 2-3 milioni".

E la necessità del riordino dei laboratori privati **prima** della determinazione delle nuove tariffe è evidente: basti pensare che alla definizione delle tariffe si giunge partendo proprio dall'analisi delle strutture operanti sul territorio.

Nel comparto privato campano, essendo mancata la creazione di reti e consorzi per guadagnare economie di scala, sussistono ancora laboratori di dimensioni inferiori ai livelli indicati nel decreto n. 55, e quindi già di per sé antieconomici.

Orbene, a tale responsabilità, la Regione Campania ha aggiunto quella di aver recepito integralmente il tariffario nazionale (con efficacia retroattiva), ed il conseguente pesante abbattimento della remunerazione, **senza aver prima provveduto al riordino dei laboratori privati.**

Con la conseguenza che, **a causa della violazione da parte della Regione Campania della disposizione contenuta nella legge finanziaria 2007, molti laboratori presenti sul territorio campano che erogano meno di 500.000 prestazioni annue, con l'applicazione del tariffario nazionale per effetto del decreto commissariale n. 32/2013, troveranno "morte" certa senza aver avuto la possibilità di allocarsi in forme associative più grandi in grado di garantirne la sopravvivenza.**

Di contro, vi è il comparto pubblico, come detto già riorganizzato, e

quindi in grado di sopportare gli effetti dell'applicazione delle nuove tariffe nazionali.

Si rinviene, allora, la violazione del principio di eguaglianza sancito dall'art. 3 della Costituzione rispetto alle strutture pubbliche, le quali, previamente riorganizzate, sembra continuino a godere del favor legislatoris; con un'ingiustificabile compromissione della logica concorrenziale.

Per tali motivi il decreto 32/2013 è viziato e va senz'altro annullato.

7) VIOLAZIONE DELL'ART. 4 DEL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 18 OTTOBRE 2012 – VIOLAZIONE DELL'ART. 8-SEXIES, COMMA 5, DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502 – CARENZA DI ISTRUTTORIA

Come detto, l'art. 4 del decreto ministeriale individua i criteri generali per la loro adozione, prevedendo che *“Le regioni per l'adozione dei propri tariffari ricorrono, anche in via alternativa, ai medesimi criteri individuati per la determinazione delle tariffe massime nazionali, di cui alle lettere a), b) e c) dell'art. 8-sexies, comma 5, primo periodo, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni”*.

Ma il decreto commissariale n. 32/2013 viola palesemente i criteri di cui al cit. art. 8-sexies, comma 5.

Non è stata infatti svolta una adeguata istruttoria (o comunque non ve n'è traccia) ai sensi dell'art. 8 sexies del D.Lqs. n. 502/92, così come espressamente previsto dal Decreto Ministeriale, particolarmente necessaria nel caso della Regione Campania considerando la specifica

normativa regionale vigente, relativa ai requisiti organizzativi, tecnologici e di personale (D.G.R.C, n. 491/2006) che le strutture sanitarie accreditate devono possedere.

Un'approfondita istruttoria avrebbe, ad esempio, consentito di valutare la modifica, ovvero la riduzione dei requisiti, attualmente imposti alle strutture sanitarie, i quali, a fronte dell'abbattimento delle tariffe previsto dal decreto ministeriale, non sono più applicabili e sostenibili.

Nulla di tutto ciò.

Sicché tale carenza istruttoria inficia l'impugnato decreto regionale, che anche per tale motivo va annullato.

8) VIOLAZIONE DELL'ART. 11 DELLE PRELEGGI

La Regione Campania, con il decreto commissariale n. 32 **adottato in data 27 marzo 2013**, ha inoltre recepito integralmente il tariffario nazionale con efficacia retroattiva, stabilendo che le tariffe massime di cui al Decreto del Ministero della Salute 18 ottobre 2012 *“nella misura in cui rappresentano un limite massimo invalicabile per le Regioni sottoposte a piani di rientro e successivi programmi operativi, hanno effetto dal 12 febbraio 2013, quindicesimo giorno dalla pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del predetto DM 18.10.2012...”*.

Tale previsione viola palesemente **l'art. 11 delle preleggi**, a mente del quale la legge non può disporre che per l'avvenire e non può avere effetto retroattivo.

Ne deriva un ulteriore profilo di illegittimità del decreto commissariale n. 32/2013.

9) ILLEGITTIMITA' DERIVATA

Il decreto commissariale n. 32/2013 è inoltre illegittimo, in via derivata, per le stesse doglianze espresse avverso il decreto ministeriale del 18/10/2012, alle quali si rinvia integralmente.

IN VIA ISTRUTTORIA

Voglia l'Ecc.mo Collegio adito ordinare alle amministrazioni resistenti l'esibizione in giudizio di tutti gli atti istruttori, ove esistenti, preordinati all'adozione del Tariffario Nazionale e del Tariffario Regionale, con riserva di proporre avverso gli stessi motivi aggiunti.

ISTANZA CAUTELARE EX ART. 56 C.P.A.

Il danno che i provvedimenti impugnati arrecano ai ricorrenti, operatori del settore è grave ed irreparabile, ed oltremodo palese è la violazione dell'art. 41 Cost. in tema di libertà di iniziativa economica privata, in quanto i medesimi provvedimenti costringono le strutture private accreditate a lavorare, **da subito**, "sotto costo" e dunque, in ultima analisi, **a chiudere a breve**.

Si delinea, quindi, un **imminente** rischio di '*collasso economico*' delle strutture laboratoristiche campane, con conseguente soppressione di molti posti di lavoro, peraltro di categorie sociali deboli come biologi, tecnici di laboratorio, segretarie, addetti alle pulizie.

Essendo, dunque, il presente ricorso assistito da *fumus boni juris*, come si evince dalle argomentazioni in esso contenute, e sussistendo, altresì, per le ragioni suesposte, il *periculum in mora*, si chiede l'emanazione di misura cautelare collegiale ex art. 55 c.p.a. **con la quale siano sospesi i provvedimenti impugnati**.

Aggiungasi che, come detto, il decreto commissariale n. 32/2013 ha disposto l'applicazione delle nuove tariffe retroattivamente, a far data dal 12 febbraio 2013, e **le ASL Campane stanno portando ad esecuzione tale prescrizione, avendo conteggiato già le spettanze dei laboratori di febbraio e marzo 2013 in base al nuovo tariffario.**

La prossima applicazione delle nuove tariffe avverrà sulle spettanze di aprile 2013, il che potrebbe comportare la totale paralisi di molti laboratori.

Tale situazione non consente di attendere i termini di cui al comma 5 dell'art. 55 c.p.a. per l'emissione di una misura cautelare collegiale all'esito della camera di consiglio, e conseguentemente si chiede la previa emissione di misura cautelare monocratica ex art. 56 c.p.a..

CONCLUSIONI: previa emissione di misura cautelare monocratica ex art. 56 c.p.a. da confermarsi in camera di consiglio, voglia questo Ecc.mo Collegio accogliere il ricorso. Con ogni conseguente statuizione anche in ordine alle spese di giudizio, con attribuzione all'avvocato anticipatorio.

Con osservanza.

Avv. Patrizia Kivel Mazuy

