

N. ____/____ REG.PROV.COLL.
N. 15298/2023 REG.RIC.



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

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio

(Sezione Terza Quater)

ha pronunciato la presente

SENTENZA

sul ricorso numero di registro generale 15298 del 2023, integrato da motivi aggiunti, proposto da

F.I.O.T.O. Federazione Italiana degli Operatori in Tecniche Ortopediche, Centro Ortopedico Romano Ce.O.R. S.r.l., in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentati e difesi dagli avvocati Fabrizio Magliaro, Eleonora Zazza, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

contro

Ministero delle Salute, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Commissione Permanente per L'Aggiornamento delle Tariffe, Comitato Permanente per la Verifica dell'Erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - A.G.E.N.A.S., Regione Lazio, Conferenza Stato Regioni, Conferenza delle Regioni e Province Autonome, non costituiti in giudizio;

Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero della Salute, Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza Permanente Rapporti Tra Stato Regioni e

Province, Agenas Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentati e difesi dall'Avvocatura Generale dello Stato, domiciliataria ex lege in Roma, via dei Portoghesi, 12;

e con l'intervento di

ad adiuvandum:

C.I.D.O.S., Centro Ortopedico Sanitario di Forte Marco, Marco Forte, Istituto Ortopedico Molinette Nuovo S.r.l., Ortopedia Molinette Centro del Piede Sas di Petrova Kalinka Hristova & C., Nuova Battistoni S.r.l., Officina Ortopedica Biellese Sas & C. di Lorenzon Aurelio, Ortopedia D'Urso Nico Sas di D'Urso Nico, Athena Laboratorio Ortopedico S.r.l., Officina Ortopedica Dalma di Ruotolo Michele & C. S.a.s., Orthosanit S.r.l., Ortopedia Visca Dott. Forte S.r.l., Podostudio S.a.s. di Sirtoli Francesca & C., in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentati e difesi dall'avvocato Luca Verrienti, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

per l'annullamento

Per quanto riguarda il ricorso introduttivo:

per l'annullamento previa concessione di più idonea misura cautelare

-D.M. emanato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze in data 23 giugno 2023 pubblicato in G.U. 4.8.2023 n. 181 (Definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica) di determinazione delle tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica.

-la relazione del percorso metodologico citata nelle premesse e allegata al D.M. impugnato che ne costituisce parte integrante (allegato 1 D.M.);

-D.P.C.M. 12 gennaio 2017 - definizione ed aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1 comma 7 del d.lgs. 502 del 1992 pubblicato in G.U. 18.03.2017 n. 15 quale atto presupposto e per quanto occorra.

-nonché di ogni altro atto preparatorio, istruttorio, presupposto, connesso e conseguente, anche non conosciuto.

Per quanto riguarda i motivi aggiunti presentati da F.I.O.T.O. FEDERAZIONE ITALIANA DEGLI OPERATORI IN TECNICHE ORTOPEDICHE il 26\2\2025 :

per l'annullamento previa concessione di più idonea misura cautelare

- del DM emanato dal Ministero della Salute di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze in data 25 novembre 2024 pubblicato in GU n. 302 del 27.12.2024 (Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica) di determinazione delle tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza protesica e i relativi allegati tra cui le relazioni metodologica e tecnica. Nonché di ogni altro atto preparatorio, istruttorio, presupposto, connesso e conseguente, anche non conosciuto.

Visti il ricorso, i motivi aggiunti e i relativi allegati;

Visti gli atti di costituzione in giudizio di Ministero dell'Economia e delle Finanze e di Ministero della Salute e di Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza Permanente Rapporti Tra Stato Regioni e Province e di Agenas Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 14 ottobre 2025 la dott.ssa Maria Cristina Quiligotti e uditi per le parti i difensori come specificato nel verbale;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue.

FATTO e DIRITTO

1. La Federazione Italiana degli Operatori in Tecniche Ortopediche, (di seguito anche brevemente F.I.O.T.O.) dal 1968 riunisce le imprese che erogano prestazioni di assistenza protesica. La ricorrente Centro Ortopedico Romano Ce.O.R. s.r.l. è una società attiva nel settore da oltre 40 anni.

Pertanto, la Struttura ricorrente, nel corso della propria attività, hanno erogato le relative prestazioni sulla base delle tariffe di cui al D.M. 22 luglio 1996 (c.d. Bindi), e successivamente in base al D.M. 18.10.2012 (c.d. Balduzzi).

Con D.P.C.M. del 12.1.2017 è stato approvato il nuovo nomenclatore delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (rientranti nei c.d. LEA), la cui entrata in vigore è stata subordinata all'adozione – da parte del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze – di un decreto volto a stabilire le nuove tariffe nazionali.

Con il ricorso introduttivo hanno impugnato il Decreto del Ministero della Salute del 23 giugno 2023 recante la “definizione delle tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica” pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana in data 4 agosto 2023.

Ne hanno dedotto l'illegittimità per molteplici motivi di censura.

Nelle more del giudizio è stato adottato, da ultimo, dal Ministro della Salute, in concerto con quello dell'Economia e delle Finanze, con il del 25.11. 2024.

Con il ricorso per motivi aggiunti le ricorrenti hanno chiesto l'annullamento degli atti indicati in epigrafe e in particolare del predetto del 25.11. 2024 con riguardo alla definizione delle tariffe prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, nella parte concernente la “Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica”,

Ne hanno dedotto l'illegittimità per i seguenti motivi di censura:

- 1) Violazione e falsa applicazione art. 1 legge 241/1990 e smi; d.lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e smi art. 8 sexies; D.P.C.M. 29 novembre 2001 come sostituito da D.P.C.M. 12.01.2017. Eccesso di potere per evidente difetto di istruttoria, errore nei presupposti illogicità nella motivazione, 17 contraddittorietà e illogicità manifesta. Violazione artt. 3, 32, 41, 70, 71, 97 Cost.

Per quanto di interesse delle ricorrenti, e quindi la solo categoria Ortoprotesica, le variazioni riguarderebbero 700 prodotti su 1.063 presenti.

Il criterio adoperato per la determinazione delle tariffe è di natura forfettaria

totalmente astratta dai costi reali di produzione e quindi in palese violazione dell'art. 8-sexies D.Lgs. 502/1992.

Eppure la FIOTO, nelle more della redazione del DM 2024, ha offerto all'Amministrazione il supporto documentale utile e necessario per addivenire a diverse e migliori conclusioni.

Le tariffe pubblicate esprimono una valorizzazione incrementale media del tutto inadeguata a sostenere le modificazioni aziendali incorse in questo quarto di secolo e per di più senza che se ne comprendano le ragioni e i presupposti.

Pur riconoscendo nel percorso metodologico la peculiarità del settore, che è composto in via principale, se non univoca, da operatori di origine "privata commerciale" con una prevalenza di piccole e medie imprese e una partecipazione, minima, di imprese più grandi, il Ministero giunge alla determinazione tariffaria in totale elusione del coefficiente relativo all'utile di impresa.

Quanto sopra integra un evidente vizio istruttorio e motivazionale.

Per una più completa disamina e miglior approfondimento si richiama, nel rispetto del dovere di sintesi, la perizia tecnica e l'analisi allegata in atti.

2) Violazione e falsa applicazione art. 1 legge 241/1990 e smi; d.lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e smi art. 8 sexies; D.P.C.M. 29 novembre 2001 come sostituito da D.P.C.M. 12.01.2017; l. 104/1992; D.M. 665/1994; legge 42/1999; Regolamento Europeo dispositivi medici MDR 745/2017 e smi. Eccesso di potere per evidente difetto di istruttoria, errore nei presupposti illogicità nella motivazione, contraddittorietà e illogicità manifesta. Violazione artt. 3, 32, 41, 70, 71, 97 Cost.

Scorrendo la relazione metodologica, il Ministero a pagina 41 spiega il processo utilizzato per la determinazione delle tariffe attinenti alle riparazioni. Si giunge alla tariffa in virtù di: "incontri con alcune delle associazioni di categoria così come dai riscontri avuti con gli esperti del Ministero della salute". Evidente la violazione delle norme e dei principi sul giusto procedimento amministrativo ex lege 241/1990 e smi sotto il profilo della grave insufficienza della motivazione, siccome in alcun

modo è illustrato il percorso logico, scientifico e matematico seguito dall'Amministrazione resistente per giungere ad esempio al risultato cristallizzato nell'abbattimento delle tariffe e nuovamente indicato nella misura del 40%.

L'Amministrazione richiama l'utilizzo di tecniche all'avanguardia e di materiali più performanti di cui però dimentica di computare l'incidenza costi rispetto sempre all'utile di impresa e all'efficienza.

Illegittimo è poi, definire una tariffa in palese violazione della Normativa Europea MDR 745/2017 entrata in vigore nel 2021, che ha fortemente rafforzato il concetto di sicurezza del dispositivo medico inserendo tra le altre disposizioni l'obbligo di assistenza post-market che vincola il fabbricante (l'officina ortopedica) ad una vigilanza proattiva per tutto il ciclo di vita del dispositivo.

Da ultimo occorre precisare che siccome ad oggi queste tecniche all'avanguardia non sono ancora "erogabili" e attengono al futuribile, si sarebbe dovuto prevedere una normativa transitoria. Considerare, infatti, possibile un abbattimento del 40% sulle riparazioni di ausili che ad oggi in alcuni casi sono gli stessi di 20 anni è sintomatico anche dei vizi di cui al motivo sub 1) e come tale illegittimo.

3) Violazione e falsa applicazione art. 1 legge 241/1990 e s.m.i.; d.lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m.i. art. 8 sexies; D.P.C.M. 12.01.2017 art. 64 comma 3 in relazione all'art. 5 del DM 23.03.2023 con riferimento al termine entrata in vigore delle tariffe. Eccesso di potere per evidente difetto di istruttoria, errore nei presupposti illogicità nella motivazione, contraddittorietà, contrasto tra provvedimenti. Violazione Cost. 3, 32, 41, 97.

Questioni ulteriori sorgono con specifico riferimento all'effettiva "esecutività" delle tariffe. Il DM è altresì inattuabile sotto un ulteriore profilo ovvero l'errata individuazione di codici che non consentono l'individuazione del bene da erogare come anche l'impossibilità del sistema informatico di ricevere gli ordini stessi siccome la metodica attualmente in uso non è compatibile con la nuova modalità di elencazione/individuazione degli ausili e dei codici. Aspetti più che rilevanti ai fini cautelari.

In data 03/06/25 e 08/07/25 sono intervenuti in giudizio ad adiuvandum C.I.D.O.S. e ATHENA LABORATORIO ORTOPEDICO S.R.L..

In vista dell'udienza pubblica le parti hanno scambiato memorie difensive e repliche.

All'udienza del 14 ottobre 2025 la causa è stata infine trattenuta in decisione.

2. Per una piena comprensione della questione oggetto del contendere, giova premettere una sintesi del contesto normativo e procedimentale di riferimento.

L'art. 8-sexies del D.lgs n. 502/1992 recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421", prevede le modalità e i criteri per la definizione delle tariffe massime delle prestazioni sanitarie, disponendo, in particolare:

- al comma 5, che *"Il Ministro della sanità, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 120, comma 1, lettera g), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, con apposito decreto individua i sistemi di classificazione che definiscono l'unità di prestazione o di servizio da remunerare e determina le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome"*;

- al comma 6, che - con la medesima procedura prevista per la definizione delle tariffe di cui al comma 5 - siano effettuati periodicamente la revisione del sistema di classificazione delle prestazioni e l'aggiornamento delle relative tariffe, tenendo

conto della definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi;

- al comma 7, che - con decreto del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano - siano disciplinate le modalità di erogazione e di remunerazione dell'assistenza protesica, compresa nei livelli essenziali di assistenza, anche prevedendo il ricorso all'assistenza in forma indiretta.

L'art. 15 del D.L. n. 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla l. n. 135/2012, ha introdotto una procedura, in deroga a quella prevista dall'articolo 8-sexies, comma 5, del D.lgs n. 502/1992, per la determinazione delle tariffe in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera a carico del Servizio sanitario nazionale, prevedendo:

- al comma 15, 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, determina le tariffe massime che le regioni e le province autonome possono corrispondere alle strutture accreditate, di cui all'articolo 8-quater del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, 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”*;

- al comma 16, che *“Le tariffe massime delle strutture che erogano prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, assistenza ospedaliera di riabilitazione e di lungodegenza post acuzie e di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al decreto del Ministro della salute 18 ottobre 2012, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013, nonché le tariffe delle prestazioni relative all'assistenza protesica di cui all'articolo 2, comma 380, della*

legge 24 dicembre 2007, n. 244, continuano ad applicarsi fino all'adozione dei decreti ministeriali di cui all'articolo 64, commi 2 e 3, del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, da emanare entro il 28 febbraio 2018”;

- al comma 17, che “Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime di cui al comma 15 restano a carico dei bilanci regionali. Tale disposizione si intende comunque rispettata dalle regioni per le quali il Tavolo di verifica degli adempimenti, istituito ai sensi dell'articolo 12 dell'Intesa sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nella seduta del 23 marzo 2005, abbia verificato il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del settore sanitario, fatto salvo quanto specificatamente previsto per le regioni che hanno sottoscritto l'accordo di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, e successive modificazioni su un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, per le quali le tariffe massime costituiscono un limite invalicabile”.

Rileva, ancora, il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, recante “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”, ai sensi dell'articolo 1, comma 559, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, che include i nuovi nomenclatori dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, che disciplinano interamente le relative materie. In particolare, l'art. 64, co. 2 e 3, prevede che le disposizioni in materia di assistenza specialistica ambulatoriale e di erogazione di dispositivi protesici entrano in vigore dalla data di pubblicazione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze per la definizione delle tariffe massime di tali prestazioni.

Dal descritto contesto normativo emerge come il sistema di remunerazione tariffaria delle prestazioni sanitarie erogate per conto e a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) costituisca una delle componenti essenziali del vigente ordinamento sanitario, che si concretizza in un procedimento amministrativo a carattere e contenuto generale di elevata complessità. Il richiamato art. 8-sexies del D.lgs. n. 502/1992, infatti, fissa alcuni principi fondamentali, volti ad assicurare al sistema sanitario un'operatività fondata sui principi di efficienza, efficacia e sostenibilità, che si realizzano concretamente mediante una corretta programmazione ex ante delle produzioni sanitarie (delle strutture pubbliche e dei privati accreditati) e la loro corretta remunerazione, nel rispetto dei vincoli del finanziamento del SSN. La stessa norma, nel ribadire il rispetto del principio del perseguimento dell'efficienza e dei vincoli di bilancio derivanti dalle risorse programmate a livello nazionale e regionale, stabilisce che le tariffe massime sono assunte come riferimento per la valutazione della congruità delle risorse a carico del Servizio sanitario nazionale e che gli importi tariffari fissati dalle singole regioni eventualmente in misura superiore alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali.

Il SSN garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie incluse nei LEA attraverso l'attività di soggetti erogatori pubblici (Aziende sanitarie e ospedaliere, Aziende ospedaliero-universitarie, IRCCS pubblici), privati equiparati (IRCCS privati, Ospedali classificati e "Presidi") e privati accreditati, con i quali le Regioni e le Aziende stipulano degli accordi o contratti.

Tutti gli erogatori del SSN sono remunerati, nel rispetto dell'autonomia costituzionalmente riconosciuta alle Regioni in materia di assistenza sanitaria, secondo regole stabilite a livello regionale, nell'ambito del quadro normativo di riferimento stabilito a livello nazionale per garantire l'omogeneità del sistema.

Le regole di base del sistema di remunerazione attualmente in uso sono state stabilite inizialmente dalla riforma sanitaria del 1992, che ha introdotto nel SSN un sistema di tipo prospettico, basato su tariffe per prestazione fissate

preventivamente. Le riforme intervenute successivamente hanno confermato le caratteristiche di fondo del sistema, specificandone le modalità di utilizzo (articolo 8-sexies del d.lgs. n. 502/92 e smi).

Elemento fondamentale del sistema sono le tariffe omnicomprendive predeterminate per singola prestazione. I criteri per determinare le tariffe, a livello nazionale e regionale, sono definiti per legge.

Esistono, normativamente, tre tipologie di tariffe:

- le tariffe nazionali sono stabilite periodicamente dal Ministero della salute insieme al Ministero dell'Economia con il supporto della Commissione permanente per l'aggiornamento delle tariffe, costituita da rappresentanti di detti Ministeri, della Conferenza delle Regioni e Province Autonome nonché dell'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS);
- le tariffe regionali sono stabilite periodicamente dagli Assessorati regionali alla sanità secondo i propri obiettivi di programmazione, in coerenza con la cornice normativa nazionale; le tariffe regionali possono essere articolate per classi di erogatori definite sulla base delle caratteristiche organizzative e di attività, modulate per promuovere l'appropriatezza delle prestazioni e i processi di deospedalizzazione, possono prevedere una remunerazione aggiuntiva per i costi associati all'utilizzo di particolari dispositivi ad alto costo esclusivamente nei casi, specifici e circoscritti individuati e regolamentati negli accordi interregionali per la compensazione della mobilità sanitaria;
- la TUC (tariffa unica convenzionale), per le sole attività di ricovero, dal luglio 2003, sono annualmente stabilite, concordemente tra tutte le regioni, le tariffe e le regole di remunerazione utilizzate per la “compensazione della mobilità interregionale”.

Le prestazioni sanitarie per le quali sono determinate le tariffe vengono definite in maniera univoca, a livello nazionale, per ciascuna categoria di attività assistenziale, al fine di garantirne l'omogeneità tra regioni e la connessa portabilità dei diritti di

assistenza.

Con riferimento all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, dal 30 dicembre 2024 è in vigore il decreto del Ministro della Salute del 25 novembre 2024, avente a oggetto "Definizione delle tariffe relative all'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica", emanato di concerto con il Ministero dell'Economia e delle finanze (MEF) e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 27 dicembre 2024, (d'ora in poi, soltanto DM o DM 2024), adottato in attuazione dell'art. 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Il DM 2024 è stato adottato, in sede di autotutela da parte dell'amministrazione, successivamente alla presentazione di un considerevole numero di ricorsi dinanzi al TAR Lazio, in sostituzione del decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze 23 giugno 2023, che determinava le tariffe massime di riferimento per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, con entrata in vigore dal 1° gennaio 2024, prorogata in ultimo, per effetto di diversi decreti, al 1° gennaio 2025.

3. Ricostruito il quadro normativo deve essere scrutinata l'eccezione preliminare sollevata dall'Avvocatura dello Stato che ha chiesto volersi dichiarare l'inammissibilità del ricorso per difetto di legittimazione ad agire in quanto è onere di parte ricorrente fornire la prova del proprio status di erogatore privato accreditato e contrattualizzato con il servizio sanitario regionale di riferimento.

L'eccezione è destituita di fondamento atteso che, per ciascuna parte ricorrente, sono stati depositati in giudizio sia l'accreditamento che il relativo accordo contrattuale sottoscritto con il SSN in forza dell'art. 8-quinquies del d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502.

Non sussistono dubbi, quindi, in ordine alla circostanza che ciascun ricorrente sia effettivamente un erogatore accreditato e contrattualizzato con il SSN/SSR (anche in considerazione della circostanza che comunque parte ricorrente si è premurata di depositare in atti i relativi contratti).

4. L'Avvocatura dello Stato ha ulteriormente eccepito, in via preliminare,

l'inammissibilità del ricorso per difetto di interesse ad agire in quanto la parte ricorrente non avrebbe fornito la prova della sussistenza di un interesse effettivo all'impugnazione, dimostrando di sostenere, per la produzione delle prestazioni fornite per conto e a carico del SSR, costi non coperti dall'impugnato livello tariffario nazionale.

Parte ricorrente controdeduce rappresentando di avere offerto un'ampia prova documentale della circostanza che le tariffe non coprano nemmeno il costo dei fattori della produzione delle prestazioni e che, comunque, la predetta prova derivi, peraltro, dalla stessa documentazione proveniente dall'Amministrazione (e acquisita in atti).

L'eccezione è destituita di fondamento atteso che la parte ricorrente ha depositato in atti documentazione a sostegno della propria tesi della mancata copertura dei costi dei fattori della produzione.

La verifica della necessità che le tariffe debbano coprire i costi dei fattori della produzione delle strutture e dell'effettiva copertura dei predetti costi da parte delle tariffe individuate in relazione a ognuna delle prestazioni in riferimento (nonché per tutti gli operatori convenzionati) sono, invece, oggetto della valutazione propria del merito del presente giudizio.

Peraltro, non può disconoscersi che, comunque, l'interesse al presente ricorso da parte ricorrente dovrebbe ritenersi sussistente, in astratto, anche solo con riferimento alla pacifica circostanza che, per un numero consistente di prestazioni, le tariffe di cui al DM 2024 sono diminuite rispetto al precedente tariffario cd Balduzzi del 2012, attualmente in vigore.

5. Il ricorso introduttivo del presente giudizio deve essere dichiarato improcedibile atteso che il DM 2023 è stato sostituito dal DM 2024, adottato a seguito di una rinnovata istruttoria.

Si procede quindi con lo scrutinio delle censure con cui è stato impugnato, con il ricorso per motivi aggiunti, il D.M. Tariffe del 25 novembre 2024 che possono

essere esaminate congiuntamente.

6. Per ragioni logico – sistematiche si esaminano innanzitutto i motivi con i quali viene dedotto il difetto di istruttoria, che sono fondati nei limiti e per le ragioni che si vengono ad illustrare.

7. Parte ricorrente deduce innanzitutto che l'attività svolta dalla Commissione Tariffe non sarebbe conforme alle indicazioni operative e metodologiche indicate da Agenas nei pareri resi nel 2022 e nel 2024 (mancata valutazione dei presupposti alla base dell'adozione dei tariffari regionali volto a stabilire se gli stessi derivino da oggettive rilevazioni tecniche dei costi) e gli atti impugnati non indicherebbero sulla base di quali motivazioni hanno ritenuto di potersi discostare dalle indicazioni di Agenas, che ha formulato il proprio parere obbligatorio ex art. 8 sexies del Dlgs n. 502/1992, dal quale l'amministrazione avrebbe potuto discostarsi solo sulla base di una rigorosa motivazione e previa adeguata istruttoria al riguardo.

Si premette che, ai sensi dell'art. 8 sexies, comma 8, del d.lgs. n. 502/1992, i pareri che Agenas è chiamata a esprimere hanno natura obbligatoria, ma non vincolante.

Nel verbale della Commissione permanente del 9 luglio 2024 il rappresentante di Agenas ha fatto verbalizzare la sua osservazione secondo cui: *“è importante definire il metodo che si intende seguire per la determinazione delle modifiche tariffarie, integrando, ove possibile, il criterio adottato del confronto tariffario con il criterio della rilevazione dei costi. Ciò in quanto i tariffari regionali sono spesso il frutto di valutazioni di politica tariffaria non sempre sostenute e confermate da valutazioni sui costi sostenuti ... metodologicamente le tariffe delle prestazioni dovrebbero essere sempre fissate al fine di remunerare i costi sostenuti per la loro erogazione e solo successivamente al lavoro preliminare della Commissione potranno intervenire, eventualmente, valutazioni di politica tariffaria e valutazioni sugli impatti di spesa”*.

Nel parere Agenas di cui alla nota prot. n. 2024/0012537 del 28.10.2024, si legge che: *“Si esprimono riserve in ordine all'approccio metodologico seguito. La revisione tariffaria, infatti, non tiene conto della rilevazione dei costi dei fattori*

produttivi impegnati nell'erogazione delle prestazioni, bensì è sostanzialmente frutto del confronto con i tariffari regionali. Tale metodo, per quanto previsto dalla normativa di riferimento, dovrebbe in ogni caso basarsi sull'analisi delle relazioni tecnico-metodologiche allegate agli atti regionali, allo scopo di approfondire se la definizione delle tariffe ivi contenute derivi da oggettive valutazioni tecniche, come la rilevazione dei costi, o sia frutto di considerazioni di opportunità programmatiche contingenti. ... In conclusione, la scrivente Agenzia esprime parere favorevole ...".

Da quanto sopra, emerge che l'Agenas - pur avendo espresso un parere favorevole, dovendosi, pertanto, ritenersi che le esplicitate riserve in relazione alla metodologia seguita non siano state ritenute dall'Agenas dirimenti in senso negativo ai fini dell'espressione di un parere contrario al D.M. - ha ritenuto, tuttavia, opportuno muovere alcune rilevanti osservazioni critiche riguardo all'impianto metodologico illustrato nel documento allegato al DM, con riferimento alla costruzione e alla rilevazione del costo delle prestazioni.

L'Amministrazione, avuto riguardo alla rilevanza delle osservazioni articolate nei pareri richiamati e alla natura tecnica dell'organo che li ha predisposti, avrebbe dovuto quantomeno affrontare la relativa tematica ai fini dell'assunzione delle relative deliberazioni, pur nell'esplicita consapevolezza della non vincolatività dei richiamati pareri. Anche perché, come si vedrà di seguito, il profilo messo in evidenza da Agenas non era nuovo per l'amministrazione procedente, atteso che, già in precedenza, anche e proprio sulla base del predetto profilo, la giurisprudenza amministrativa era pervenuta alla declaratoria di illegittimità del precedente DM di approvazione delle tariffe del 12.9.2006 ed è dirimente ai fini della valutazione della legittimità del DM 2024.

Pertanto il motivo è fondato e deve essere accolto.

8. Parte ricorrente assume, poi, che vi sarebbe stato un illegittimo esercizio del potere di autotutela amministrativa, atteso che l'Amministrazione avrebbe

implicitamente riconosciuto che la rilevazione dei costi standard effettuata dalla Commissione Tariffe ai fini dell'adozione del DM 2023 era erronea e, tuttavia, non avrebbe rinnovato il procedimento istruttorio e non avrebbe proceduto (nemmeno presso le strutture selezionate a monte dell'adozione del DM) a una rilevazione dei costi standard ex art. 8 sexies, comma 5, lett a), del d.lgs. n. 502/1992, essendosi limitata a confrontare le tariffe di cui al DM 2023 con ignoti “elementi di costo disponibili” e non meglio individuati tariffari regionali, mentre, invece, l'attività di rilevazione dei costi avrebbe dovuto essere ripetuta integralmente.

8.1 Rileva il Collegio che, in realtà, non vi è stato alcun esplicito né implicito riconoscimento da parte del Ministero che la rilevazione dei costi standard effettuata dalla Commissione Tariffe e sulla base dei quali era stato adottato il DM 2023 non era stata effettuata correttamente con specifico riferimento alla valutazione dei costi dei fattori della produzione.

Trattandosi, pacificamente, dell'esercizio di poteri di autotutela da parte dell'amministrazione, quest'ultima rimaneva libera di determinarsi al riguardo, nel solo rispetto dei parametri di legge. E, al riguardo, ciò che rileva è la valutazione di legittimità delle concrete modalità di revisione delle tariffe adottate da parte dell'amministrazione in sede di autotutela e di cui di seguito.

Dalla relazione metodologica, emerge che la Commissione ha affermato che l'operata *“ampia revisione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale”* avrebbe tenuto conto *“dell'elevata e crescente automazione, della costante innovazione tecnologica, del contesto economico più recente, nonché dei crescenti livelli di efficienza organizzativa e produttiva che si rendono raggiungibili e che possono determinare la variazione dei costi unitari delle singole prestazioni a parità di volumi e di standard qualitativi”*.

Nella prosecuzione della relazione, emerge che la Commissione, ai fini dell'individuazione delle nuove tariffe, ha proceduto attraverso il confronto delle tariffe di cui al DM 2023 con gli *“elementi di costo disponibili”* e soprattutto con i tariffari regionali.

8.2 Si tratta, pertanto, di verificare, in primo luogo, se le tariffe di cui al DM 2023, dichiaratamente utilizzate come parametro di riferimento, erano state individuate in modo conforme alla normativa e, successivamente, di effettuare la medesima verifica in relazione al criterio seguito ai fini della loro modifica effettuata con il DM 2024.

Deve innanzitutto essere rilevato che il precetto normativo, anche nella parte in cui fa testuale riferimento al “*costo standard*” delle prestazioni da individuarsi sulla base di strutture selezionate in applicazione dei criteri ivi rilevati, non consente di parametrare i livelli tariffari sui maggiori costi eventualmente sostenuti da strutture in condizioni di inefficienza gestionale.

Per quanto attiene, in particolare ai costi dei fattori della produzione, in linea generale, non può darsi per scontato che il mero decorso del tempo porti automaticamente a un aumento dei costi produttivi, atteso che, al contrario, dal progresso tecnologico potrebbe derivare l’abbattimento dei costi, come altresì un maggior costo in ragione della maggiore onerosità di tecnologie più avanzate. Infatti, il comma 6 dell’art. 8-sexies specificamente riferisce l’adeguamento tariffario non solo ai costi dei fattori della produzione, ma anche all’innovazione tecnologica e organizzativa.

E’, dunque, necessario che l’Amministrazione si faccia carico di una valutazione in concreto degli indicati parametri di valutazione.

La circostanza che le tariffe riportate nel DM 2024 siano in gran parte inferiori a quelle riportate del decreto Balduzzi del 2012, pur se adottate a distanza di 12 anni, non è, pertanto, di per sé solo un fattore idoneo a comprovare la circostanza che le nuove tariffe non sarebbero remunerative per gli operatori privati convenzionati.

Del pari, la circostanza che la relazione illustrativa e metodologica allegata al DM 2024, attribuisca agli erogatori privati accreditati nel SSN un’asserita posizione di “sussidiarietà” rispetto agli operatori pubblici (sussidiarietà cui asseritamente conseguirebbe la completa pretermissione dei margini di profitto degli operatori

accreditati, è inconferente) non appare dirimente al fine di sostenere la conseguente illegittimità dell'impianto complessivo del DM 2024.

8.3 E' quindi necessario procedere con l'analisi dei criteri di determinazione delle tariffe ai sensi dell'art. 8-sexies.

L'art. 8-sexies, comma 5, del decreto legislativo n. 502/1992, come già visto, dispone che il Ministero della Salute *“con apposito decreto individua le tariffe massime da corrispondere alle strutture accreditate, tenuto conto, nel rispetto dei principi di efficienza e di economicità nell'uso delle risorse, anche in via alternativa, di: a) costi standard delle prestazioni calcolati in riferimento a strutture preventivamente selezionate secondo criteri di efficienza, appropriatezza e qualità dell'assistenza come risultanti dai dati in possesso del Sistema informativo sanitario; b) costi standard delle prestazioni già disponibili presso le regioni e le province autonome; c) tariffari regionali e differenti modalità di remunerazione delle funzioni assistenziali attuate nelle regioni e nelle province autonome”*.

La norma, avuto riguardo al suo tenore testuale, non impone di tenere necessariamente conto dei costi standard ai fini della valorizzazione delle tariffe, prevedendo espressamente la possibilità di fare riferimento, in via alternativa, ai diversi criteri ivi indicati.

Né la norma istituisce alcun ordine di priorità tra i diversi criteri.

Pertanto, le tariffe oggetto di impugnazione avrebbero potuto essere legittimamente determinate sulla base dei soli tariffari regionali di cui alla lett. c), anche a prescindere dall'eventuale disponibilità di dati di costo standard di cui alla lett. a).

Né, ancora, è precluso l'utilizzo combinato, nell'ordine temporale individuato da parte dell'amministrazione, dei diversi criteri ivi indicati alle lett. a), b) e c).

Il successivo comma 6 dispone che l'aggiornamento delle tariffe deve essere effettuato *“tenendo conto della definizione dei livelli essenziali ed uniformi di assistenza e delle relative previsioni di spesa, dell'innovazione tecnologica e organizzativa, nonché dell'andamento del costo dei principali fattori produttivi”*; individuando, conseguentemente, i parametri integrativi cui l'amministrazione deve

fare riferimento ai fini della determinazione delle tariffe in fase di aggiornamento delle stesse.

Ne consegue che, sulla base della normativa di riferimento, l'amministrazione era libera nell'individuazione della modalità di operare, sulla base dei dati disponibili e acquisibili in istruttoria. Né può ritenersi che la stessa si fosse in alcun modo autovincolata in relazione a uno specifico modo di procedere in sede di autotutela.

8.4 Orbene, in concreto, come specificato nella relazione illustrativa e metodologica accompagnatoria al decreto - che ne "*costituisce parte integrante*" ai sensi dell'art. 1 del decreto medesimo - nonché nella nota tecnica metodologica di sintesi del 14.4.2025, l'amministrazione ha individuato, all'interno del complessivo ambito delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, le seguenti branche: Laboratorio, Riabilitazione, Visite, Terapie, Diagnostica, protesica.

Ha quindi proceduto:

- per le prestazioni laboratoristiche, dapprima sulla base dei dati di costo resi disponibili da alcune Regioni componenti della Commissione permanente per l'aggiornamento delle tariffe, ai sensi della lett. b) dell'art. 8-sexies d.lgs. n. 502/1992 e, successivamente, dei dati di costo relativi a strutture selezionate, ai sensi della lett. a) dell'art. 8-sexies d.lgs. n. 502/1992; nella nota di sintesi è indicato espressamente, altresì, il ricorso, da ultimo, anche al confronto con i tariffari regionali ai sensi della lett. c);
- per le prestazioni di riabilitazione, sulla base del confronto tra: lo studio dei costi elaborato presso l'ASUR Area Vasta 3 (Macerata) fornito dalla regione Marche, lo studio condotto dall'Università LUISS inviato dalla società scientifica SIMFER, lo studio dell'Università Bocconi condotto presso la regione Veneto, ed il valore centrale (media aritmetica di media geometrica, mediana e moda) delle tariffe regionali. Pertanto, sulla base di dati di costo relativi a strutture selezionate, ai sensi della lett. a) dell'art. 8-sexies d.lgs. n. 502/1992. Dopo la pubblicazione della precedente versione del tariffario con il DM 23 giugno 2023, è stato effettuato un

confronto delle tariffe riportate nell'atto con i valori tariffari regionali ai sensi della lett. c) dell'art. 8-sexies d.lgs. n. 502/1992;

- per le visite, in una prima fase del lavoro, in assenza di dati di costo disponibili, calcolando un valore di riferimento basato sulle tariffe delle regioni ritenute più rappresentative dal punto di vista dei volumi erogati e dell'erogazione delle prestazioni ricomprese nel nuovo nomenclatore. Dopo la pubblicazione della precedente versione del tariffario con il DM 23 giugno 2023 si è provveduto ad un confronto delle tariffe riportate nell'atto con i valori tariffari regionali statisticamente elaborati per rilevare eventuali differenze e la necessità di singole correzioni laddove ritenute necessarie;

- per le prestazioni di terapia, in un primo momento, in assenza di dati di costo disponibili, calcolando un valore di riferimento basato sulle tariffe delle regioni ritenute più rappresentative sulla base dei tariffari regionali, ai sensi della lett. c) dell'art. 8-sexies d.lgs. n. 502/1992. Successivamente, dopo la pubblicazione della precedente versione del tariffario con il DM 23 giugno 2023 è stato effettuato un confronto delle tariffe riportate nell'atto con i valori tariffari regionali statisticamente elaborati per rilevare eventuali differenze e sono state effettuate singole correzioni laddove ritenute necessarie;

- per le prestazioni della diagnostica, inizialmente, in assenza di dati di costo utilizzabili, sulla base dei tariffari regionali, ai sensi della lett. c) dell'art. 8-sexies d.lgs. n. 502/1992. Dopo la pubblicazione della precedente versione del tariffario con il DM 23 giugno 2023, la Commissione Permanente con il supporto di taluni elementi di costo forniti da talune associazioni ritenute rappresentative;

- per l'assistenza protesica, sulla base delle informazioni su costi e tariffe rese disponibili dalle associazioni di categoria coinvolte e dall'operatore pubblico interpellato (centro di produzione INAIL), ai sensi della lett. b) dell'art. 8-sexies d.lgs. n. 502/1992, nonché dei tariffari regionali, ai sensi della lett. c) dell'art. 8-sexies d.lgs. n. 502/1992.

In definitiva, il criterio del costo standard di cui alla lett. a) del comma 5 dell'art. 8-sexies, secondo quanto riferito dall'Amministrazione, è stato utilizzato esclusivamente per le prestazioni di laboratorio. Per tutte le altre prestazioni rientranti nelle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale (riconducibili alle individuate branche diagnostica, terapia, riabilitazione, visite) invece si è fatto ricorso al criterio dei tariffari regionali, ai sensi della lett. c) dell'art. 8-sexies, con correzioni successive sulla base dei dati di costo diversamente acquisiti in istruttoria.

La predetta conclusione risulta avvalorata sia dal punto 5 della relazione metodologica che dal tenore delle difese dell'amministrazione che, nel ripercorrere il procedimento di determinazione delle tariffe di cui trattasi, specificatamente rileva che *“- per le ulteriori prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per le quali mancava una rilevazione dei costi, sulla base dei tariffari regionali, ai sensi della lett. c) dell'art. 8-sexies d.lgs. n. 502/1992;”*.

L'Amministrazione, pertanto, per le diverse prestazioni interessate dall'individuazione delle relative tariffe, ha proceduto con una diversa metodologia, sulla base dei dati a disposizione, facendo ricorso in modo esclusivo a uno dei criteri individuati in senso alla normativa di riferimento oppure in modo cumulativo a più di uno dei predetti criteri, con una diversificata sequenza temporale.

La scelta dell'amministrazione in tal senso, che trova la sua motivazione nell'ambito della relazione metodologica, per come successivamente specificata in sede di nota di sintesi, non appare in contrasto con la normativa di riferimento, che lascia ampio margine discrezionale all'amministrazione nella scelta del o dei criteri cui fare riferimento ai fini della determinazione delle tariffe.

Appurata la legittimità della scelta de qua, occorre verificare, per ciascuna prestazione, se l'istruttoria alla base delle singole tariffe è stata effettuata correttamente

8.5 - Per l'assistenza protesica, sulla base delle informazioni su costi e tariffe rese

disponibili dalle associazioni di categoria coinvolte e dall'operatore pubblico interpellato (centro di produzione INAIL), ai sensi della lett. b) dell'art. 8-sexies d.lgs. n. 502/1992, nonché dei tariffari regionali, ai sensi della lett. c) dell'art. 8-sexies d.lgs. n. 502/1992.

In relazione all'assistenza protesica, nella relazione metodologica si legge che l'istruttoria propedeutica all'adozione del decreto è stata avviata nel 2015 ed è durata diversi anni.

Vengono inoltre specificate le difficoltà incontrate nel processo di definizione delle tariffe in questione in base all'analisi dei costi, attesa *“l'assenza di eventuali rilevazioni ad hoc dei costi di produzione a livello regionale così come di tariffe regionali alternative o modificate rispetto a quelle nazionali, a seguito delle richieste effettuate a tutte le regioni”*, nonché *“la mancanza dei termini per organizzare una rilevazione a livello nazionale dei costi presso una rete di offerta assai frammentata e polverizzata sul territorio e interamente gestita da produttori privati for profit”*.

Ancora viene rilevato che si è deciso *“di soprassedere in via temporanea sulle indicazioni relative ai costi indiretti e generali. Quest'ultimo, come detto sopra, è un aspetto che richiede approfondimenti e una rilevazione puntuale, in un settore caratterizzato da una profonda frammentazione ed eterogeneità di operatori”*.

Ricorre evidentemente il difetto di idonea istruttoria al riguardo atteso il mancato effettivo riferimento ai costi standard di cui alla lett. b) dell'art. 8-sexies d.lgs. n. 502/1992.

Quanto al confronto con i tariffari regionali ai sensi della lett. c) dell'art. 8-sexies d.lgs. n. 502/1992, si rileva quanto segue.

L'art. 8-sexies si limita a richiamare alla lett. c) del comma 5 i tariffari regionali senza alcuna altra specificazione al riguardo, difformemente da quanto in precedenza disposto dall'art. 15, co. 15, del D.L. n. 95/2012, che esplicitamente richiedeva anche una valutazione di merito in relazione agli stessi da parte dell'amministrazione, laddove puntualizzava *“sulla base dei dati di costo*

disponibili e, ove ritenuti congrui ed adeguati, dei tariffari regionali”.

Ai fini dell'applicazione della relativa disposizione non può prescindersi da una interpretazione costituzionalmente orientata della norma che tenga conto della sua ratio, che è quella di consentire una fissazione delle tariffe massime di remunerazione delle prestazioni assistenziali specialistiche ambulatoriali che tenga in considerazione i costi dei fattori della produzione da parte degli operatori.

Il legislatore ha, infatti, posto i criteri di cui alle lettere a), b) e c) in possibile alternativa tra di loro in quanto individuano tre diversi percorsi metodologici sulla base dei quali pervenire all'unico risultato rilevante ai fini che interessano, che è rappresentato dalla determinazione dei costi della singola prestazione quale parametro di individuazione della tariffa massima.

L'amministrazione, partendo dal tenore testuale della richiamata disposizione normativa, nelle proprie difese ritiene che la norma le consenta di fare riferimento ai predetti tariffari regionali senza dovere a monte espletare una valutazione critica in relazione alla specifica metodologia seguita da parte delle regioni ai fini della relativa redazione.

La difesa dell'amministrazione non coglie nel segno.

Già con la citata sentenza del Consiglio di Stato n. 1205/2010 (che ha confermato l'annullamento del precedente DM 2006), è stato espresso il principio secondo cui il dm di determinazione delle tariffe massime di cui al co. 5 dell'art. 8-sexies non è volto “alla mera ricognizione delle tariffe regionali”, atteso che “un'adeguata istruttoria che analizzi i relativi costi produttivi è connaturata alla natura del decreto ministeriale”.

D'altronde, che l'amministrazione fosse pienamente consapevole della necessità di una valutazione in concreto dei tariffari regionali, quanto alla metodologia seguita dalle regioni ai fini della relativa redazione, emerge anche da quanto esposto nella relazione metodologica laddove si dà atto che: “3.2 Raccolta degli studi di rilevazione dei costi. Nel 2015 sono stati richiesti a tutte le Regioni ... anche i

tariffari regionali e le delibere di approvazione degli stessi, nonché gli studi e le analisi effettuate per la loro revisione, con particolare riferimento alle politiche tariffarie adottate". E ancora: "E' stato necessario partire dal calcolo di un valore di riferimento basato sulle tariffe delle regioni ritenute più rappresentative dal punto di vista dei volumi erogati e dell'erogazione delle prestazioni ricomprese nel nuovo nomenclatore"; "Le regioni vengono selezionate sulla base della loro dimensione di popolazione o per un avanzato sistema di rilevazione dei costi, ovvero per il grado di assorbimento delle prestazioni ricomprese nel nuovo nomenclatore".

La Commissione prosegue, tuttavia, dando atto che è *'mancato il riscontro da parte delle regioni alle richieste sopra riportate'*.

E', pertanto, comprovato in atti che, laddove la Commissione ha scelto di adottare il criterio di cui alla lett. c), la stessa si è limitata ad acquisire i dati dei tariffari regionali, selezionati secondo il criterio indicato, senza procedere criticamente alla valutazione della relativa metodologia di redazione; ossia se i predetti tariffari fossero il frutto di politiche tariffarie o invece fossero stati preceduti da un'analisi concreta dei costi.

Sul punto, già l'Agenas, in sede di parere reso ai sensi dell'art. 64 del dpcm lea 2017, aveva posto l'attenzione sulla ritenuta non correttezza di una metodologia in tal senso da parte della Commissione, laddove aveva rilevato che *"tale metodo ... dovrebbe in ogni caso basarsi sull'analisi delle relazioni tecniche-metodologiche allegate agli atti regionali, allo scopo di approfondire se la definizione delle tariffe ivi contenute derivi da oggettive valutazioni tecniche, come la rilevazione dei costi, o sia frutto di considerazioni di opportunità programmatiche contingenti"*.

Rileva ulteriormente, ai fini, quanto dedotto da parte ricorrente, laddove evidenzia come le tariffe delle Regioni Veneto, Emilia-Romagna, Lombardia siano, nella quasi totalità dei casi, superiori a quelle del tariffario Balduzzi del 2012, di tal che appare non agevolmente comprensibile come il confronto con i tariffari regionali abbia potuto condurre all'individuazione di tariffe in media inferiori a quelle del

2012 del 25%.

Pertanto il difetto di istruttoria deve ritenersi sussistente in relazione alla determinazione delle tariffe sulla base del confronto con i tariffari regionali.

9. Sono comunque da dichiarare inammissibili per carenza di interesse le contestazioni relative alle prestazioni non erogate dalla parte ricorrente.

10. In conclusione: il ricorso per motivi aggiunti è fondato sotto l'assorbente profilo del difetto di un'idonea istruttoria a supporto delle singole scelte di determinazione tariffaria dell'Amministrazione in relazione alle prestazioni assistenziali ambulatoriali per tutte le considerazioni svolte in precedenza e, conseguentemente, il DM 2024 (e i relativi allegati) deve essere annullato ai predetti sensi nella parte di interesse della ricorrente.

Quanto agli effetti del disposto annullamento, si svolgo le seguenti valutazioni.

Ha chiarito la giurisprudenza (Cons. St. n. 2755 del 2011) che, se di regola, in base ai principi fondanti la giustizia amministrativa, l'accoglimento della azione di annullamento comporta l'annullamento con effetti ex tunc del provvedimento risultato illegittimo, con salvezza degli ulteriori provvedimenti dell'autorità amministrativa, tuttavia, quando l'applicazione di tale principio risulterebbe incongrua e manifestamente ingiusta, ovvero in contrasto col principio di effettività della tutela giurisdizionale, la regola dell'annullamento con effetti ex tunc dell'atto impugnato a seconda delle circostanze deve trovare una deroga, o con la limitazione parziale della retroattività degli effetti, o con la loro decorrenza ex nunc ovvero escludendo del tutto gli effetti dell'annullamento e disponendo esclusivamente gli effetti conformativi.

L'Adunanza Plenaria del Consiglio di Stato, 22.12.2017, n. 13, ha statuito che è possibile modulare la portata temporale delle pronunce del giudice amministrativo, in particolare limitandone gli effetti al futuro, al verificarsi di determinati presupposti.

Ha, infatti, disposto sul punto che *“è concessa la possibilità di limitare al futuro*

l'applicazione del principio di diritto al verificarsi delle seguenti condizioni:

- a) l'obiettiva e rilevante incertezza circa la portata delle disposizioni da interpretare;*
- b) l'esistenza di un orientamento prevalente contrario all'interpretazione adottata;*
- c) la necessità di tutelare uno o più principi costituzionali o, comunque, di evitare gravi ripercussioni socio-economiche.”.*

Nella fattispecie, si ritiene la sussistenza del presupposto rappresentato dalla necessità di evitare gravi ripercussioni socio-economiche, avuto riguardo alla circostanza che, da un lato, il DM 2024 ha richiesto per l'amministrazione lo svolgimento di un'attività di elevata complessità organizzativa ai fini di consentire la concreta applicazione del nuovo tariffario, il quale è in vigore dal dicembre 2024, e, dall'altro, ai sensi dei commi 2 e 3 dell'art. 64 del DM LEA 2017, l'entrata in vigore degli stessi è condizionata dall'adozione del DM di determinazione delle tariffe di cui al co. 5 dell'art. 8-sexies.

In applicazione del predetto principio, l'annullamento in parte del DM 2024 e dei relativi allegati come sopra specificato, viene disposto con efficacia differita; dando seguito alla richiesta della parte ricorrente, come rappresentata in sede di trattazione orale del ricorso, si ritiene opportuno che il termine del differimento coincida con quello già indicato nei precedenti nei termini della sezione (vedasi le sentenze nn. 16402/2025; 16400/2025; 16399/2025 e altre) e, pertanto, sia quello di 365 giorni a decorrere dal 22.9.2025, ossia dalla data del deposito delle predette sentenze, anche al fine di consentire all'amministrazione di procedere alla rinnovazione dell'istruttoria di cui trattasi, sulla base dei criteri individuati dalla normativa di settore, come interpretati in questa sede.

11. Le spese possono essere compensate attesa la complessità della questione.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio (Sezione Terza Quater), definitivamente pronunciando sul ricorso, come in epigrafe proposto, dichiara

improcedibile il ricorso introduttivo e

accoglie il ricorso per motivi aggiunti nei limiti di cui in parte motiva.

Spese compensate.

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

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 14 ottobre 2025 con l'intervento dei magistrati:

Maria Cristina Quiligotti, Presidente, Estensore

Francesca Ferrazzoli, Primo Referendario

Silvia Piemonte, Primo Referendario

IL PRESIDENTE, ESTENSORE
Maria Cristina Quiligotti

IL SEGRETARIO