



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

**IN NOME DEL POPOLO ITALIANO**

**Il Consiglio di Stato**

**in sede giurisdizionale (Sezione Terza)**

ha pronunciato la presente

**SENTENZA**

sul ricorso numero di registro generale 9670 del 2020, proposto dalle Società Centro Medico Fisiokinesiterapico dei Dottori Piria & Musso S.n.c., Studio Tecnico Medico Nazario Sauro S.r.l., Fisiomedical S.r.l., Centro Riabilitativo Ortopedico Sardo di Secci Rosina & C. S.a.s., C.M.R. della D.ssa Luisa Vittoria Delogu S.a.s., Studio Fisiokinesiterapico Sarrabus S.r.l., Studio Fisiokinesiterapico Ortopedico Dott. Giuliano Massazza e Anna De Giudici S.a.s., Csu Fisiomed S.r.l., Kinesisi S.r.l. di Paolo, Mario e Francesco Cugia, Gabinetto di Fisiocinesiterapia di Zannol Liliana S.a.s., Gabinetto di Fisiocinesiterapia di Zannol Liliana & C. S.a.s., Centro di Riabilitazione Floris S.r.l., Studio Fisiokinesiterapico Iglesiente S.r.l., Studio Fisiokinesiterapico Cesakinesi S.r.l., Centro Salus Service S.a.s. di Eugenio Palamas e Figli, Società "Studio Medico Corona" S.r.l., Centro Fisioterapico Santa Rita S.r.l. e Centro Medico Otto20 del Dott. Giuseppe Labate & C. S.a.s., in persona dei rispettivi legali rappresentanti *pro tempore*, rappresentati e difesi dagli avvocati Mauro Barberio e Stefano Porcu, con domicilio digitale come da PEC da Registri di Giustizia;

***contro***

la Regione Autonoma della Sardegna, in persona del Presidente della G.R. *pro tempore*, rappresentata e difesa dagli avvocati Sonia Sau e Floriana Isola, con domicilio eletto presso l'Ufficio di Rappresentanza della Regione Sardegna in Roma, via Lucullo, n. 24;

la Commissione Aggiornamento Nomenclatore Tariffario Regionale Specialistica Ambulatoriale presso l'Assessorato Regionale Igiene e Sanità, in persona del legale rappresenta *pro tempore*, non costituita in giudizio;

***nei confronti***

della Società Studio Medico Riabilitativo Polispecialistico San Giorgio S.r.l., in persona del legale rappresentante *pro tempore*, non costituita in giudizio;

***per la riforma***

della sentenza del Tribunale Amministrativo Regionale per la Sardegna, Sezione Prima, n. 205/2020, resa tra le parti.

Visti il ricorso in appello e i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio della Regione Autonoma della Sardegna;

Visti tutti gli atti della causa;

Relatore nell'udienza pubblica del giorno 23 marzo 2023 il Cons. Ezio Fedullo e uditi per le parti gli avvocati come da verbale di udienza;

Ritenuto e considerato in fatto e diritto quanto segue:

**FATTO e DIRITTO**

1. I centri appellanti, accreditati con il servizio sanitario nazionale e regionale per l'erogazione di prestazioni di terapia fisica e riabilitazione (FKT), attualmente elencate nel nomenclatore tariffario approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 19/6 del 28 aprile 1998 con i codici 93 e ss., oltre che titolari di rapporti contrattuali con l'Azienda per la Tutela della Salute (A.T.S.) Sardegna e le rispettive ASSL di appartenenza, in data 15 novembre 2018 hanno inviato dalla

Regione Autonoma della Sardegna una istanza con la quale rappresentavano che:

- le terapie di prestazioni di terapia fisica e riabilitazione e le relative tariffe erano indicate nel Nomenclatore Tariffario Regionale approvato con deliberazione della Giunta Regionale n. 19/6 del 28 aprile 1998 ai codici 93 e ss;
- con deliberazioni della G.R. n. 11/7 del 21 marzo 2006 e n. 51/48 del 20 dicembre 2007 (e relativi provvedimenti attuativi) e Accordo del 10 febbraio 2011 in sede di Conferenza Stato/regioni (recante il *“Piano di indirizzo per la riabilitazione”*) era stata prevista l’adozione di percorsi riabilitativi che sostituissero le (ormai obsolete e inappropriate) prestazioni codificate nel N.T.R., con relative tariffe di remunerazione per ciascun percorso;
- la Commissione istituita presso l’Assessorato regionale della Sanità, con determinazione n. 300 del 6 aprile 2006, aveva individuato i percorsi riabilitativi, mentre residuavano da determinare le relative tariffe;
- con decreto n. 23 del 10 maggio 2016 l’Assessore regionale della Sanità aveva istituito una Commissione per la revisione del N.T.R. della specialistica ambulatoriale;
- il relativo procedimento, quanto alle prestazioni di FKT, era ancora in corso, per cui le stesse continuavano ad essere individuate e remunerate in virtù delle risalenti indicazioni e tariffe del N.T.R. approvato nel 1998.

Sulla scorta delle illustrate premesse, quindi, le istanti chiedevano agli Organi in indirizzo di avviare e concludere con un provvedimento espresso:

- il procedimento di approvazione e recepimento dei percorsi riabilitativi appropriati e delle relative tariffe come individuati dalla Commissione istituita presso l’Assessorato regionale della Sanità con la citata determinazione, provvedendo alla sostituzione delle prestazioni e tariffe del N.T.R. del 1998 di cui ai codici 93 e ss.;
- il procedimento di revisione delle prestazioni e delle relative tariffe delle prestazioni di fisiokinesiterapia di cui ai codici 93 ss. del N.T.R. del 1998, previa istruttoria sugli effettivi costi di produzione delle prestazioni.

2. Alla predetta istanza dava riscontro, con la nota prot. n. 1592 del 23 gennaio 2019, il Direttore del Servizio “*Governo delle reti di cura*” dell’Assessorato dell’Igiene e Sanità e dell’Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna.

Con la medesima nota veniva evidenziato che:

- le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale attualmente erogabili nella Regione Sardegna con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale, e le vigenti tariffe, erano contenute nel nomenclatore tariffario approvato con la deliberazione della Giunta regionale n. 19/6 del 28 aprile 1998, successivamente aggiornata da specifici provvedimenti;

- in particolare, per le prestazioni di terapia fisica e riabilitazione la deliberazione di G.R. n. 11/7 del 21 marzo 2006 aveva stabilito, per ciascuna prestazione, le specifiche modalità di erogazione, i presupposti clinici cui subordinare l’erogazione e le caratteristiche erogative e/o documentali della prestazione con sostituzione delle indicazioni contenute nel Nomenclatore Tariffario Regionale delle Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 19/6 del 28 aprile 1998;

- inoltre, la deliberazione di G.R. n. 11/7 del 21 marzo 2006 prevedeva anche la costituzione di una commissione tecnica consultiva per esaminare la possibilità di riconoscere, a carico del Servizio sanitario regionale, soltanto nell’ambito di specifici percorsi riabilitativi, le prestazioni di ultrasuonoterapia, mesoterapia e laserterapia antalgica;

- la Commissione tecnica consultiva, istituita presso l’Assessorato regionale della Sanità con determinazione n. 300 del 6 aprile 2006, aveva quindi esaminato e individuato i percorsi riabilitativi per profili assistenziali;

- con deliberazione di G.R. n. 51/48 del 20 dicembre 2007 erano stati attivati in via sperimentale tre percorsi riabilitativi nella branca specialistica di medicina fisica riabilitativa, come da allegato 1 della stessa, per un periodo di sei mesi a decorrere

dal 1 marzo 2008;

- con la deliberazione di G.R. n. 63/24 del 15 dicembre 2015, e successive modifiche ed integrazioni, la Regione Sardegna aveva approvato il “*Piano di Riorganizzazione e di Riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale - Piano di Rientro (PdR) Anni 2016-2018*”;

- in applicazione dell’art. 15, commi 8, 15, 16, e 17 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135, contenente “*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*”, il decreto del Ministro della Salute del 18 ottobre 2012 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013), adottato di concerto con il Ministro dell’Economia e delle Finanze, aveva determinato 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;

- ai sensi del D.M. 18 ottobre 2012 e del d.l. n. 95/2012, in caso di adozione da parte delle Regioni di tariffe superiori a quelle stabilite dallo stesso decreto, gli importi tariffari superiori alle tariffe massime restavano a carico dei bilanci regionali, mentre per le Regioni in piano di rientro le tariffe massime costituivano in ogni caso un limite invalicabile;

- per quanto concerneva il DPCM del 12 gennaio 2017, con il quale erano stati approvati i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza, appariva utile precisare che le disposizioni relative alla specialistica ambulatoriale di cui agli articoli 15 e 16 e gli allegati 4, 4A, 4B, 4C e 4D dello stesso DPCM, richiamati negli stessi articoli, avrebbero trovato applicazione a decorrere dalla data di pubblicazione del decreto ministeriale di approvazione del nuovo nomenclatore Tariffario nazionale: le prestazioni contenute nel DPCM non erano pertanto ancora erogabili a carico del SSR;

- sulla base delle disposizioni soprarichiamate, la deliberazione di G.R. 64/17 del 28 dicembre 2018, di aggiornamento del piano di riorganizzazione e di

riqualificazione del servizio sanitario regionale idoneo a garantire la sostenibilità del servizio stesso, definito con le deliberazioni della Giunta regionale n. 63/24 del 15 dicembre 2015, n. 39/4 del 9 agosto 2017 e n. 23/6 dell'8 maggio 2018, aveva ribadito la necessità di procedere alla revisione delle tariffe delle prestazioni specialistiche (con particolare riguardo a fkt, laboratorio e radiologia) prevedendo per l'anno 2019 un risparmio per euro 6.000.000,00.

La nota richiamata concludeva quindi nel senso che *“alla luce di quanto premesso non si ritiene possibile approvare nuove prestazioni rispetto a quelle attualmente contenute nel nomenclatore tariffario regionale vigente né, in riferimento alle attuali prestazioni, definire, anche attraverso percorsi riabilitativi o attraverso pacchetti di prestazioni, nuove tariffe in aumento”*.

3. La nota suindicata costituiva oggetto della domanda di annullamento proposta dalle istanti, con il ricorso n. 306/2019, dinanzi al T.A.R. per la Sardegna.

Le censure formulate erano così riassumibili: incompetenza, in ordine all'adozione del provvedimento di diniego di approvazione e introduzione dei percorsi riabilitativi e di revisione delle tariffe, del Direttore del Servizio *“Governo delle reti di cura”* dell'Assessorato regionale della Sanità, atteso che l'approvazione/revisione delle tariffe, comprese quelle in materia sanitaria, erano di competenza della Giunta ai sensi dell'art. 8 l.r. n. 31/1998; omissione della comunicazione dei motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza ex art. 10-bis l. n. 241/1990; con riferimento all'omessa revisione del Nomenclatore, la nota impugnata violava la regola procedimentale che la medesima Amministrazione si era data allorché, con i decreti assessorili n. 21/2012 e n. 23/2016, aveva, rispettivamente, costituito e rinnovato la Commissione per l'aggiornamento del Nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale, cui era stata demandata l'istruttoria sull'analisi delle attuali prestazioni/tariffe, la comparazione con i tariffari delle altre regioni, la correttezza dei codici di riferimento e la valorizzazione delle tariffe, così da formulare le proposte di aggiornamento /

modifica / integrazione del Nomenclatore: la predetta nota, quindi, determinava un arbitrario arresto dell'*iter* procedimentale tutt'oggi in corso, laddove sarebbe stato necessario attendere le conclusioni dell'istruttoria della Commissione, rappresentando queste un passaggio preliminare e indefettibile all'adozione di qualsiasi decisione finale; la nota impugnata conteneva il richiamo a una serie di provvedimenti che non solo non erano ostativi all'approvazione dei percorsi riabilitativi o all'istruttoria sulla revisione/aggiornamento del vigente Nomenclatore tariffario, bensì le prevedevano espressamente; la nota impugnata contrastava anche con l'art. 8-*sexies*, comma 6, del Decreto legislativo n. 502/1992, ai sensi del quale: *“Con la procedura di cui al comma 5, sono 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”*; con specifico riferimento alle prestazioni di FKT, il diniego impugnato si poneva in contrasto con i precedenti atti formali adottati dalla medesima Amministrazione: la stessa Regione infatti, con le D.G.R. n. 11/7 del 21 marzo 2006 e n. 51/48 del 20 dicembre 2007, non solo aveva approvato specifici percorsi riabilitativi (mai entrati in vigore), ma aveva chiaramente ribadito l'indispensabile sostituzione delle tariffe settoriali con i percorsi, affermando che *“L'attivazione di percorsi riabilitativi si propone di completare il processo di riqualificazione delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, assicurando risposte assistenziali appropriate alle specifiche esigenze delle persone e favorendo la continuità delle cure. ... si rende opportuno avviare con gradualità il processo di riorganizzazione delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa attraverso un progressivo passaggio dalle attività erogate come insieme di singole prestazioni a percorsi riabilitativi per profili assistenziali”*; doveva considerarsi illegittima, infine, la nota del 21 gennaio 2019, sostituita da quella impugnata, laddove si fosse ritenuto che, per effetto dell'annullamento della seconda, si sarebbe rideterminata la reviviscenza della

prima.

4. Il T.A.R. per la Sardegna, con la sentenza n. 205 del 30 marzo 2020, ha respinto il ricorso.

Esso in particolare, respinta l'eccezione di inammissibilità del ricorso formulata dalla parte resistente sulla scorta della dedotta carenza di lesività per le ricorrenti della nota suindicata, ha:

- respinto la censura di incompetenza, anche sul rilievo che *“l'atto dirigenziale impugnato si è basato sulla ricostruzione della normativa primaria e della disciplina amministrativa ritenuta applicabile alle istanze e pretese formulate dalle ricorrenti, che – secondo l'avviso del dirigente regionale – non consentirebbe né l'approvazione di nuove prestazioni né l'aumento delle tariffe vigenti. Il rifiuto è stato adottato, quindi, per così dire, “allo stato degli atti”, senza evidentemente pregiudicare le competenze e le attribuzioni che, in tema di revisione del nomenclatore tariffario e della approvazione di nuovi sistemi di remunerazione delle prestazioni riabilitative, spettano alla Giunta Regionale”*.

Il T.A.R. ha aggiunto in proposito che *“le conclusioni cui si è giunti non escludono, peraltro, la possibilità per le strutture ricorrenti di sollecitare la risposta, all'istanza presentata, anche da parte degli organi politici regionali, attraverso i canali istituzionali ed eventualmente attraverso la proposizione dell'azione giurisdizionale di cui agli articoli 31 e 117 del codice del processo amministrativo, specificamente prevista dall'ordinamento per ovviare alle inerzie dell'amministrazione”*;

- respinto la censura di violazione dell'art. 10 bis della legge n. 241 del 1990, osservando che *“il procedimento per la definizione delle funzioni assistenziali da remunerare a titolo di assistenza specialistica, così come la determinazione delle tariffe per le prestazioni specialistiche, e quindi anche il procedimento per la loro revisione, modifica o integrazione, non è un procedimento a iniziativa di parte”*;

- respinto le censure dirette a lamentare che la nota impugnata avrebbe determinato

un illegittimo arresto procedimentale, che la stessa avrebbe violato l'art. 8-sexies del d.lgs. n. 502/1992, che la relativa motivazione era contraddittoria e che la stessa contrastava con precedenti atti dell'Amministrazione, evidenziando che *“la nota dirigenziale del 23 gennaio 2019 contiene una valutazione dell'istanza presentata dalle strutture private basata su una serie di atti amministrativi e normativi che, quantomeno al tempo in cui la nota è stata adottata, non consentivano l'accoglimento delle pretese avanzate dai privati”*, atteso che i motivi indicati nella nota impugnata *“evidenziano l'esistenza di ostacoli oggettivi, determinati dall'adozione di una serie di atti a contenuto generale, analiticamente indicati nella nota in questione, che non consentivano al dirigente di settore competente di esprimere una valutazione favorevole delle istanze delle ricorrenti. In particolare, nella nota impugnata si sottolinea che la Regione Sardegna ha sottoscritto a suo tempo l'accordo con lo Stato per il recupero dell'equilibrio finanziario nel settore della sanità (di cui all'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311), con la conseguenza che, ai sensi dell'art. 15, comma 17, del decreto-legge n. 95 del 2012, le tariffe massime determinate dal decreto ministeriale del 18 ottobre 2012 non potevano essere incrementate costituendo «un limite invalicabile». Inoltre chiarisce che gli importi tariffari superiori alle tariffe massime determinate a livello nazionale risulterebbero a carico del bilancio regionale; che le prestazioni contenute nel DPCM del 12.1.2017, con cui erano stati approvati i nuovi LEA, non erano ancora erogabili a carico del SSR, e che, con la DGR 64/17 del 28.12.2018, si era previsto di rivedere le tariffe delle prestazioni specialistiche (con riferimento anche a FKT, laboratorio e radiologia) con un risparmio di Euro 6.000.000,00 per l'anno 2019”*.

Infine il T.A.R., rilevato che *“la Regione ha evidenziato nei suoi scritti difensivi, «dalla nota emerge con chiarezza che la revisione delle tariffe è un obiettivo confermato dalla recente DGR 64/17 del 28.12.2018, da perseguire, però, nel rispetto dei vincoli normativi ivi specificati»*”, ha ribadito *“la possibilità per le strutture ricorrenti di sollecitare la risposta, sulle questioni sollevate con la loro*

*istanza, da parte degli organi politici regionali, competenti nelle materie di cui trattasi, anche eventualmente attraverso la proposizione dell'azione giurisdizionale di cui agli articoli 31 e 117 del codice del processo amministrativo”.*

5. La sentenza costituisce oggetto della domanda di riforma proposta, con l'appello in esame, dalle strutture originariamente ricorrenti, al cui accoglimento si oppone la Regione Autonoma della Sardegna.

6. Mediante il primo motivo di appello, viene censurata la statuizione reiettiva della censura intesa a sostenere, in primo grado, l'incompetenza del Dirigente firmatario della nota impugnata in ordine all'esercizio del potere di approvazione/introduzione dei percorsi riabilitativi ed alla revisione delle tariffe regionali delle prestazioni assistenziali.

Ribadito che l'approvazione/revisione delle tariffe (comprese quelle in materia sanitaria) si configura come atto amministrativo di programmazione generale di competenza della Giunta regionale, deducono le appellanti che, contrariamente a quanto sostenuto dal giudice di primo grado (secondo cui il diniego impugnato sarebbe stato emesso “*allo stato degli atti*”), la gravata nota dirigenziale ha valenza conclusiva del procedimento di revisione tariffaria avviato dalla Regione.

Né, deduce ancora la parte appellante, sarebbe possibile stimolare l'esercizio della competenza giuntale mediante i rimedi previsti dall'ordinamento avverso il silenzio della P.A., tenuto conto del provvedimento espresso adottato, sebbene da organo incompetente, in relazione alla sua istanza.

Deduce altresì la parte appellante che il Dirigente regionale, adottando la nota impugnata, ha invaso la competenza della Commissione istituita con il Decreto n. 23/2016 in materia di aggiornamento tariffario, essendo alla stessa riservata l'istruttoria prodromica alla proposta di revisione delle tariffe.

Il motivo non è complessivamente meritevole di accoglimento.

Deve premettersi che l'Assessore dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale della Regione Autonoma della Sardegna, al quale fa capo la struttura organizzativa

in cui è incardinato il Dirigente firmatario della nota impugnata, è titolare del potere di proposta in ordine all'adozione delle deliberazioni di Giunta Regionale nella materia della programmazione dell'assistenza e della spesa sanitaria.

Esso tuttavia, in quanto organo politico, è privo di competenza in ordine all'adozione di provvedimenti aventi rilevanza esterna, atti come tali ad esprimere la volontà dell'Amministrazione regionale e ad impegnare la relativa responsabilità, la quale appartiene, come evidenziato dalla sentenza impugnata, al relativo Dirigente.

Laddove, quindi, non si tratti dell'esercizio "in positivo" della potestà programmatoria, di esclusiva pertinenza della Giunta Regionale ed in ordine alla quale, come si è detto, l'Assessore regionale competente per materia è titolare del relativo potere di iniziativa, ma di rilevare l'esistenza, "in negativo", di circostanze ostative all'esercizio di quella potestà, il compito di manifestarla all'esterno, al fine di assolvere nei confronti dei soggetti interessati all'obbligo di cui all'art. 2 l. n. 241/1990, ovvero di definire il procedimento avviato, ad istanza di parte o d'ufficio, con un provvedimento espresso, non potrebbe che spettare, in ragione della sua evidenziata funzione di esternare la volontà dell'Amministrazione regionale, al Dirigente appartenente alla specifica struttura regionale cui quel procedimento, anche se destinato a concludersi (laddove ne sussistano le condizioni) con un atto di rilievo politico-amministrativo costituente esercizio della relativa potestà programmatoria, afferisce.

Alla luce delle considerazioni che precedono, è condivisibile la deduzione della parte appellante intesa ad evidenziare il contrasto logico, ravvisabile nel ragionamento sviluppato dal T.A.R., tra l'affermazione del carattere definitivo – e conclusivo del relativo procedimento - della impugnata nota regionale, siccome promanante dall'organo competente in materia, e la permanenza dell'obbligo di provvedere (alla revisione delle tariffe ed alla implementazione dei percorsi riabilitativi) in capo alla Giunta regionale, eventualmente sollecitabile mediante il rimedio processuale di cui agli artt. 31 e 117 c.p.a.: la nota regionale impugnata,

infatti, promanando come si è visto dall'organo competente in materia, esaurisce l'obbligo regionale di adottare un provvedimento espresso in ordine all'istanze della appellanti, non lasciando residuare obblighi a provvedere in capo ad altri organi suscettibili di adempimento forzoso ai sensi delle richiamate disposizioni processuali.

Consegue, dai rilievi che precedono, che nessuna invasione della sfera di competenza della Giunta regionale (titolare del potere di programmazione, cui sono riconducibili quelli di approvazione dei percorsi riabilitativi e di revisione tariffaria) né della Commissione consultiva di cui al Decreto assessorile n. 23/2016 (ai fini della predisposizione di una proposta di revisione delle tariffe regionali delle prestazioni di specialistica ambulatoriale) è imputabile alla nota impugnata ed al Dirigente che ne è firmatario: non della prima, in quanto il Dirigente non ha inteso esercitare il potere di approvazione dei percorsi riabilitativi né di aggiornamento tariffario, ma esclusivamente evidenziare – ed esternare alle strutture che, con l'istanza del 15 novembre 2018, avevano inteso sollecitarlo – le ragioni ostative, nella situazione normativa attuale, all'accoglimento dell'istanza, né della seconda, non avendo la nota impugnata attitudine preclusiva della prosecuzione del percorso di approfondimento e studio funzionale alla formulazione di una proposta di aggiornamento tariffario, da recepirsi eventualmente da parte dell'organo politico competente una volta che fossero maturate, a livello ordinamentale, le necessarie condizioni legittimanti (e ferma restando la facoltà per gli interessati di presentare una nuova istanza una volta che quelle condizioni fossero venute ad esistenza), allo stato asseritamente mancanti.

7. Con il successivo motivo di appello, la parte appellante censura la statuizione reiettiva della sentenza appellata avente ad oggetto il denunciato vizio di violazione dell'art. 10-*bis* l. n. 241/1991, essendo stata omessa, prima dell'adozione della nota impugnata in primo grado, la comunicazione dei motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza del 28 novembre 2018.

La parte appellante deduce, sul punto, che se, come ritenuto dal T.A.R., il procedimento conclusosi con la nota impugnata non si identifica con quello di competenza della Giunta regionale e della istituita Commissione consultiva, esso, promanando dalla iniziativa della “parte”, non poteva prescindere dal suddetto adempimento partecipativo.

Anche tale motivo deve essere respinto.

Discende dai rilievi che precedono che la nota impugnata si inserisce nello stesso procedimento di approvazione dei percorsi riabilitativi e di revisione tariffaria destinato, nell’ipotesi di sussistenza dei relativi presupposti legittimanti e di conforme volontà politico-amministrativa dell’organo competente, a concludersi con un conforme provvedimento della Giunta regionale.

Poiché quindi, secondo le affermazioni recate dalla sentenza appellata e non specificamente censurate dalla parte appellante, trattasi di procedimento “*a iniziativa d’ufficio, con una competenza ripartita tra il Ministero della Salute e la Regione*”, esso non è qualificabile come “*procedimento ad istanza di parte*” per il quale solo, ai sensi dell’art. 10-bis l. n. 241/1990, è prevista l’obbligatoria comunicazione “*agli istanti*”, “*prima della formale adozione di un provvedimento negativo*”, dei “*motivi che ostano all’accoglimento della domanda*”, al fine di consentire la presentazione delle relative eventuali osservazioni.

8. Con l’ultimo motivo di appello, la parte appellante ripropone – anche integrandole, come si dirà - le deduzioni formulate in primo grado al fine di dimostrare, contrariamente a quanto ritenuto dal T.A.R., il carattere non conferente degli atti richiamati nella nota impugnata al fine di giustificare l’impugnata nota di diniego.

Deve premettersi che la sentenza appellata ha contenuto essenzialmente recettivo delle ragioni addotte dall’Amministrazione, con la nota impugnata, al fine di respingere l’istanza delle appellanti, nel suo duplice contenuto attinente alla approvazione dei percorsi riabilitativi ed alla revisione delle tariffe delle prestazioni riabilitative così come attualmente conformate: ciò consente di fare riferimento, ai

fini della valutazione della legittimità della nota impugnata, al relativo contenuto motivazionale (anche in ragione del divieto di integrazione postuma, ovvero in sede giudiziale, dello stesso) ed alle censure formulate avverso la stessa in primo grado.

9. Ebbene, iniziando dalla questione – assorbente, nell’ipotesi di fondatezza *in parte qua* dell’appello, in quanto oggetto della domanda formulata in via principale dalle appellanti con l’istanza suindicata - relativa ai percorsi riabilitativi, e ribadito che il sindacato demandato al Collegio deve assumere a primario, anzi esclusivo, riferimento i motivi addotti con la nota impugnata al fine di respingere *in parte qua* l’istanza delle appellanti, deve osservarsi che essi non risultano conferenti al fine di giustificare l’interruzione dell’*iter* istruttorio avviato dall’Amministrazione regionale al fine di sperimentare ed inserire nell’offerta assistenziale, in sostituzione delle pregresse prestazioni riabilitative, quelle incentrate sul modello globale ed integrato dei “*percorsi riabilitativi*”.

Deve preliminarmente osservarsi che, con delibera di G.R. n. 11/7 del 21 marzo 2006, la Regione Autonoma della Sardegna disponeva, per le prestazioni di elettroterapia antalgica, ultrasuonoterapia, mesoterapia e laserterapia antalgica, l’istituzione di una commissione tecnica consultiva che avrebbe dovuto esaminare la possibilità di riconoscere tali prestazioni a carico del Servizio sanitario regionale soltanto nell’ambito di “*specifici percorsi riabilitativi, individuati per profili assistenziali, e per i quali verranno indicati oltre le prestazioni anche le modalità e i tempi di erogazione delle stesse nonché le tariffe onnicomprensive per percorso riabilitativo e profilo assistenziale*”.

Con la successiva deliberazione n. 51/48 del 20 dicembre 2007, la Giunta regionale della Sardegna, premesso che “*la commissione tecnica consultiva, costituita nell’aprile del 2006, ha predisposto un primo lavoro, nel quale sono stati esaminati percorsi riabilitativi individuati per profili assistenziali, comprendenti anche le prestazioni ultrasuonoterapia, mesoterapia e laserterapia antalgica, nell’ottica di individuare un approccio globale alla tematica dell’appropriatezza degli interventi*

*riabilitativi ambulatoriali”, che “i percorsi riabilitativi individuati, suddivisi per profili assistenziali secondo la Classificazione ICD-9- CM, definiscono le prestazioni di recupero e rieducazione funzionale e prestazioni di terapia fisica effettuabili, singolarmente o in associazione, secondo quanto previsto dalla DGR 11/7 del 21 marzo 2007, la durata della terapia espressa in minuti riferita alla durata minima della somma delle prestazioni - di recupero rieducazione funzionale e terapia fisica- per percorso riabilitativo, il tempo massimo entro il quale dovrà essere trattato il paziente per il raggiungimento degli obiettivi prefissati, il numero di eventuali ripetizioni dello stesso programma terapeutico nel corso dell’anno” e che “l’attivazione di percorsi riabilitativi si propone di completare il processo di riqualificazione delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, assicurando risposte assistenziali appropriate alle specifiche esigenze delle persone e favorendo la continuità delle cure”, evidenziava che “poiché tale assetto comporta modifiche sostanziali del sistema di erogazione, si rende opportuno avviare con gradualità il processo di riorganizzazione delle prestazioni di medicina fisica e riabilitativa attraverso un progressivo passaggio dalle attività erogate come “insieme di singole prestazioni” a “percorsi riabilitativi per profili assistenziali””, disponendo quindi di “avviare una prima fase di sperimentazione necessaria a valutare la fattibilità dei percorsi riabilitativi per profilo assistenziale nella branca specialistica di medicina fisica e riabilitativa”, precisando che “a tale riguardo, sulla base di valutazioni condotte, a livello regionale, sull’appropriatezza dell’offerta della assistenza e su dati epidemiologici, sono stati individuati tre percorsi riabilitativi, costituiti rispettivamente da: - percorso riabilitativo per la sindrome linfomatosa post-mastectomia ed altri linfedemi conseguenti ad interventi chirurgici per patologie oncologiche, - percorso riabilitativo per linfedema cronico post-mastectomia ed altri linfedemi cronici conseguenti ad interventi chirurgici per patologie oncologiche; - percorso riabilitativo per entesopatie e sindromi analoghe della spalla (capsulite adesiva, sindrome della cuffia dei rotatori e disturbi associati)”, le cui “modalità organizzative per l’erogazione” venivano definite nell’allegato 1.*

Disponeva altresì la Giunta regionale che i suddetti percorsi riabilitativi *“potranno essere sperimentati nelle aziende sanitarie regionali attraverso l’erogazione da parte delle strutture pubbliche e private provvisoriamente accreditate per un periodo di sei mesi a decorrere dal 1 marzo 2008; di seguito, sulla base degli esiti della sperimentazione, si potrà proporre l’introduzione, nel nomenclatore regionale delle prestazioni ambulatoriali, di nuovi percorsi riabilitativi, relativamente alla branca specialistica di medicina fisica e riabilitativa”*.

10. La scelta regionale si pone in linea con i contenuti dell’Accordo del 10 febbraio 2011 in sede di Conferenza Stato/regioni (recante il *“Piano di indirizzo per la riabilitazione”*), laddove si ritiene necessario:

*“- promuovere l’utilizzo di un “percorso assistenziale integrato” per le persone con disabilità e, nell’ambito di questo, la definizione di un Progetto riabilitativo individuale (PRI), che definisca la prognosi, le aspettative e le priorità del paziente e dei suoi familiari applicando i parametri di menomazione, limitazione di attività e restrizione di partecipazione sociale elencati nella International Classification of Function (ICF);*

*- individuare le principali caratteristiche dei diversi setting assistenziali;*  
*- garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo unico integrato all’interno della rete riabilitativa, individuando le dimensioni che, opportunamente combinate, permettono di individuare il setting più appropriato in relazione alla fase del percorso di cura e prevedendo l’utilizzo di adeguati strumenti di valutazione per monitorare, in ambito dipartimentale, le fasi di passaggio tra i diversi setting riabilitativi”*.

Non vi è dubbio che le suddette Linee di indirizzo, pur facendo salva *“l’autonomia delle regioni e delle province autonome nell’adottare le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle esigenze della propria programmazione”*, avvalorino a posteriori la scelta regionale di adeguare l’offerta assistenziale riabilitativa a più evoluti modelli erogativi, funzionali all’esigenza di garantire il recupero sociale e

familiare del disabile attraverso la più completa ed appropriata individuazione del *setting* assistenziale adeguato alle sue specifiche necessità di cura.

11. In tale contesto, come anticipato, non sono pertinenti le ragioni opposte dall'Amministrazione al fine di respingere l'istanza sollecitatoria delle ricorrenti, atteso che, da un lato, i "*percorsi riabilitativi*" non rappresentano "*nuove prestazioni*", ma sono destinate a sostituire quelle attualmente previste, secondo criteri di integrazione ed appropriatezza, mentre non è allegato né dimostrato che dalla introduzione, pur "*graduale*", di tale modello assistenziale derivi necessariamente il superamento dei menzionati "*massimi*" tariffari ovvero l'incremento della spesa sanitaria complessiva.

Né potrebbe sostenersi, come fa la difesa regionale, che la deliberazione di G.R. n. n. 51/48 del 20 dicembre 2007 abbia valenza conclusiva del relativo procedimento, atteso che se, da un lato, tale circostanza non è espressamente indicata nella nota impugnata e non potrebbe quindi essere opposta nella presente sede giudiziale, dall'altro lato, la deliberazione suindicata si prefigge di avviare l'introduzione, in modo graduale ed in un'ottica sperimentale, dei suddetti percorsi, in vista – nell'ipotesi di esito positivo della sperimentazione – di una loro più ampia attivazione, sulla scorta delle risultanze istruttorie della Commissione all'uopo istituita.

12. Discende, dai rilievi che precedono, che la domanda di annullamento proposta in primo luogo e reiterata in appello deve essere accolta, con il conseguente annullamento, nei limiti innanzi evidenziati, della nota impugnata.

Deve altresì affermarsi l'obbligo dell'Amministrazione regionale di pronunciarsi sull'istanza delle ricorrenti con un provvedimento espresso dell'organo competente, eventualmente approvativo di nuovi percorsi riabilitativi e recante la definizione dei relativi profili tariffari, sulla scorta delle autonome valutazioni programmatiche riservate alla Giunta regionale della Sardegna, da condursi anche alla luce degli esistenti limiti di compatibilità finanziaria e delle risultanze della condotta sperimentazione, ovvero attraverso l'indicazione ad opera del Dirigente del

Servizio competente che ha emesso la nota impugnata, emendata dai vizi innanzi evidenziati, delle eventuali persistenti ragioni ostantive.

13. L'accoglimento *in parte qua* dell'appello esimerebbe dall'esame dei motivi attinenti alla questione subordinata relativa alla invocata revisione tariffaria.

In ogni caso, con riguardo alla stessa, deve osservarsi che, con il ricorso introduttivo del giudizio, la parte ricorrente non formula alcuna censura avverso il caposaldo motivazionale della nota impugnata inteso ad evidenziare il contrasto dell'invocato incremento tariffario con le disposizioni recate dall'art. dell'art. 15, commi 15, 16, e 17 del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, in legge 7 agosto 2012, n. 135, contenente "*Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini*", laddove stabilivano che le tariffe massime di riferimento (anche) per la prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale di cui al decreto del Ministro della Salute del 18 ottobre 2012 (pubblicato in Gazzetta Ufficiale n. 23 del 28 gennaio 2013), adottato di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, rappresentavano, per le Regioni in piano di rientro, un limite invalicabile.

Invero, solo in sede di appello, la parte appellante ha inteso contestare che il Piano di riorganizzazione del SSR, approvato con delibera di G.R. n. 63/24 del 15 dicembre 2015, integri un vero e proprio "*piano di rientro*", cui applicare gli stringenti limiti all'aumento della spesa sanitaria discendenti dalle disposizioni suindicate, aggiungendo che la vigenza dell'unico piano di rientro, siglato con Accordo del 31 luglio 2007, approvato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 30/33 del 2007, è cessata in data 31 dicembre 2009.

Trattasi, tuttavia, di deduzione inammissibile, in quanto contrastante con il divieto dei *nova* in appello: essa inoltre, essendo destinata ad impingere in un profilo motivazionale assorbente della nota impugnata in primo grado, quanto al tema della revisione tariffaria, impone di prescindere dalle altre doglianze, in quanto inidonee a superarlo.

Queste peraltro sono essenzialmente rivolte a denunciare l'arresto procedimentale che la nota impugnata avrebbe determinato nel percorso istruttorio, demandato ad apposita Commissione ed ancora in corso di svolgimento: tuttavia, è evidente che l'avvio dell'istruttoria finalizzata all'aggiornamento tariffario non vincola l'Amministrazione alla sua conclusione, laddove emergano ragioni ostative alla definizione del procedimento, quali quelle indicate nella nota impugnata e, come già detto, non tempestivamente avversate dalla parte appellante.

Nemmeno assume rilievo decisivo il dedotto contrasto della nota impugnata con il disposto di cui all'art. 8-sexies, comma 6, d.lvo n. 502/1992, costituendo oggetto di espressa deroga ad opera dell'art. 15, comma 15, d.l. n. 95/2012, la cui applicabilità alla fattispecie esaminata, come già evidenziato, non è stata specificamente contestata in primo grado dalle odierne appellanti.

14. L'appello, in conclusione, deve essere accolto in parte, nei sensi precisati in motivazione, mentre l'esito della controversia e la complessità dei temi affrontati giustificano la compensazione delle spese del doppio grado di giudizio.

P.Q.M.

Il Consiglio di Stato in sede giurisdizionale, Sezione Terza, definitivamente pronunciando sull'appello n. 9670/2020, lo accoglie in parte e per l'effetto, in riforma della sentenza appellata, accoglie in parte il ricorso introduttivo del giudizio ed annulla, nei limiti indicati in motivazione, il provvedimento impugnato in primo grado.

Spese del doppio grado di giudizio compensate.

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

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 23 marzo 2023 con l'intervento dei magistrati:

Giovanni Pescatore, Presidente FF

Ezio Fedullo, Consigliere, Estensore

Giovanni Tulumello, Consigliere

Antonio Massimo Marra, Consigliere

Antonella De Miro, Consigliere

**L'ESTENSORE**

**Ezio Fedullo**

**IL PRESIDENTE**

**Giovanni Pescatore**

**IL SEGRETARIO**