



Prot. n. 307/AP  
Napoli, 10 Settembre 2014

**Ai Centri Associati ASPAT  
di Riabilitazione e Socio-Sanitario  
ASL NAPOLI 2 NORD  
Loro Sedi**

## ***URGENTISSIMO***

**Oggetto: Indicazioni associative relative alla proposta di sottoscrizione dei contratti individuali di struttura – budget 2014.**

Gentili Associati,

**come stabilito** nella riunione congiunta delle Commissioni Consultive Permanenti ASPAT di Branca del giorno 5 settembre u.s.,

### **VI CONFERMIAMO**

**che il contratto ex DCA 90/2014 sarà impugnato nelle prossime ore presso il TAR Campania, secondo quanto riportato nell'allegata nota (all. 1) formulata dallo Studio Legale designato, che redatta in formato word deve essere trasferita e sottoscritta sulla Vs. carta intestata senza alcuna modifica ed inviata in pec alle autorità in indirizzo.**

Vi ricordiamo, infine, di unire alla Vs. nota l'allegata Sentenza del TAR Lazio (all. 2) dandoci comunicazione, per conoscenza, dell'avvenuto invio della documentazione in oggetto.

Mille cordialità.

Il Presidente  
Dr. Pier Paolo Polizzi

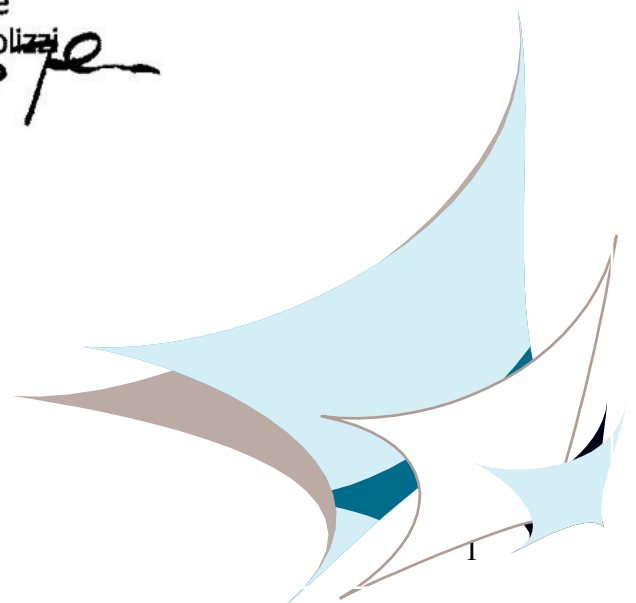
All. Nota Studio Legale  
Sentenza TAR Lazio

#### **Aspat Campania**

Centro Direzionale Isola E/3 – Torre Avalon  
80143 NAPOLI

#### **Territoriale**

Palazzo Esedra Isola F11 - 80143 NAPOLI  
Partita Iva e Codice Fiscale 05964321219  
Telefono 081 7345053 Fax 081 7345679  
E-mail [aspatinforma@gmail.com](mailto:aspatinforma@gmail.com)  
Web [www.aspatcampania.it](http://www.aspatcampania.it)



CARTA INTESTATA  
DEL CENTRO

- ALLA ASL NAPOLI 2 NORD  
C.A. DIRETTORE GENERALE  
DR. GIUSEPPE FERRARO  
VIA C. ALVARO, 8 -  
MONTERUSCIELLO  
80072 – POZZUOLI (NA)
- AL COMMISSARIO AD ACTA  
PER LA PROSECUZIONE DEL  
PIANO DI RIENTRO DEL  
SETTORE SANITARIO DELLA  
REGIONE CAMPANIA, ON.  
STEFANO CALDORO  
VIA SANTA LUCIA, 81  
80132 NAPOLI
- AI SUB COMMISSARI AD ACTA  
PER LA PROSECUZIONE DEL  
PIANO DI RIENTRO DEL  
SETTORE SANITARIO DELLA  
REGIONE CAMPANIA, DOTT.  
MARIO MORLACCO E DOTT.  
ETTORE CINQUE  
CENTRO DIREZIONALE IS. C3  
80143 NAPOLI

p.c. ASPAT  
CENTRO DIREZIONALE IS. E3  
80143 NAPOLI

Inviata in pec :  
[direzionegenerale@pec.aslnapoli2nord.it](mailto:direzionegenerale@pec.aslnapoli2nord.it)  
[capo.gab@pec.regione.campania.it](mailto:capo.gab@pec.regione.campania.it)  
[commissariato.sanita@pec.regione.campania.it](mailto:commissariato.sanita@pec.regione.campania.it)  
[ettore.cinque@regione.campania.it](mailto:ettore.cinque@regione.campania.it)  
[aspat@pec.it](mailto:aspat@pec.it)

**Oggetto: riscontro Vs. nota prot. n. 1096 del 1/9/2014 –  
Sottoscrizione contratto 2014.**

La scrivente struttura privata accreditata, in adesione alle iniziative già intraprese dalla propria Associazione di Categoria ASPAT, rappresenta l'impossibilità di sottoscrivere lo schema di contratto per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 della L. 833/78 da erogarsi nel periodo 1°

gennaio - 31 dicembre 2014 allegato al **DCA n. 90 del 11.08.2014**, a causa della vessatorietà della “Clausola di salvaguardia” di cui all’art. 10 dello schema di contratto che viola il diritto di difesa costituzionalmente garantito dall’art. 24 Cost., imponendo al contraente privato l’acquiescenza all’operato della p.a., con accettazione espressa, che determinerebbe l'estinzione del diritto di azione.

Del resto l’illegittimità della clausola è stata già acclarata dalla giurisprudenza (**v. TAR Lazio, sentenza n. 9193 del 24 ottobre 2013 – allegata – nonché le sentenze nn. 7978 del 17 ottobre 2011 e 7742 del 5 ottobre 2011**).

Pertanto la scrivente struttura comunica la propria disponibilità alla stipula del contratto ex art. 8-quinquies del D.Lgs. 502/1992 per le prestazioni relative all’anno 2014 **solo a seguito della rimozione o modifica della clausola di cui al cit. art. 10.**

Luogo e data

Il Rappresentante Legale

---

Allegata Sentenza TAR Lazio

N. 09139/2013 REG.PROV.COLL.  
N. 00789/2013 REG.RIC.



REPUBBLICA ITALIANA  
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 n. 789/13, proposto dalla s.p.a. Centro Geriatrico Romano, società di gestione della Casa di cura Merry House, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'avv. Ulisse Corea presso il cui studio in Roma, via dei Monti Parioli n. 48, è elettivamente domiciliata,

*contro*

il Commissario ad acta per l'emergenza sanitaria nella Regione Lazio, rappresentato e difeso dall'Avvocatura generale dello Stato presso i cui Uffici in Roma, Via dei Portoghesi n. 12, è per legge domiciliato, la Regione Lazio, in persona del Presidente pro tempore, rappresentata e difesa dall'avv. Giuseppe Allocca e con questi elettivamente domiciliata presso il proprio ufficio legale in Roma, via Marcantonio Colonna n. 27, l'A.U.S.L. Rm D, in persona del legale rappresentante pro tempore, rappresentata e difesa dall'avv. Fabio Ferrara e con questi elettivamente

domiciliata presso i propri uffici legali in Roma, via Casal Bernocchi n. 73,

*per l'annullamento*

del decreto commissariale n. 498 del 27 dicembre 2012, che ha fissato il budget 2012 per i soggetti privati accreditati relativamente alle prestazioni di lungodegenza post-acuzie, nella parte in cui prevede la sospensione dell'accreditamento nel caso di mancata sottoscrizione dell'accordo; della clausola v) dello "Schema di contratto/accordo 2012", allegato come parte integrante del decreto del Commissario ad acta n. 88 del 2012; di ogni altro atto presupposto, connesso e consequenziale a quelli impugnati, nei limiti dell'interesse, nonché per la dichiarazione di illegittimità e nullità, con contestuale disapplicazione della citata clausola v);

Visti il ricorso ed i relativi allegati;

Visto l'atto di costituzione in giudizio del Commissario ad acta per l'emergenza sanitaria nella Regione Lazio;

Visto l'atto di costituzione in giudizio della Regione Lazio;

Visto l'atto di costituzione in giudizio della A.U.S.L. Rm D;

Viste le memorie prodotte dalla ricorrente, dalla Regione Lazio e dalla A.U.S.L. Rm D a sostegno delle rispettive difese;

Visti gli atti tutti della causa;

Relatore alla pubblica udienza del 23 ottobre 2013 il Consigliere Giulia Ferrari; uditi altresì i difensori presenti delle parti in causa, come da verbale;

Ritenuto e considerato, in fatto e in diritto, quanto segue:

FATTO

1. Con ricorso notificato in data 24 gennaio 2013 e depositato il

successivo 25 gennaio la s.p.a. Centro Geriatrico Romano, società di gestione della Casa di cura Merry House, ha impugnato la clausola v) dello "Schema di contratto/accordo 2012", allegato come parte integrante del decreto del Commissario ad acta n. 88 del 2012, a norma del quale "con il presente contratto/accordo, la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di attribuzione del budget, di determinazione delle tariffe e di ogni altro atto agli stessi collegato e presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto/accordo. In conseguenza dell'accettazione, la struttura presta acquiescenza ai medesimi provvedimenti". La ricorrente ha altresì impugnato il decreto commissariale n. 498 del 27 dicembre 2012, che ha fissato il budget 2012 per i soggetti privati accreditati relativamente alle prestazioni di lungodegenza post-acuzie, nella parte in cui ha previsto la sospensione dell'accreditamento nel caso di mancata sottoscrizione dell'accordo.

Espone, in fatto, che la Casa di cura Merry House è una struttura sanitaria plurispecialistica accreditata dalla Regione Lazio per l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime di ricovero e ambulatoriali. Con l'impugnata clausola v) le è stata inibita la possibilità di adire le vie giudiziali per far valere l'illegittimità del budget assegnato con decreto commissariale

2. Avverso la predetta clausola la ricorrente è insorta deducendone l'illegittimità per violazione del diritto di difesa costituzionalmente garantito.

3. Il Commissario ad acta per l'emergenza sanitaria nella Regione Lazio si è costituito in giudizio per resistere al ricorso senza peraltro espletare alcuna attività difensiva.

4. Si è costituita in giudizio la Regione Lazio, che ha sostenuto l'infondatezza, nel merito, del ricorso.
5. Si è costituita in giudizio la A.U.S.L. Rm D, che ha preliminarmente eccepito il proprio difetto di legittimazione passiva mentre nel merito ha sostenuto l'infondatezza del ricorso.
6. Con ordinanza n. 962 del 28 febbraio 2013 è stata accolta l'istanza cautelare di sospensiva.
7. All'udienza del 23 ottobre 2013 la causa è stata trattenuta per la decisione.

#### DIRITTO

1. Come esposto in narrativa, la s.p.a. Centro Geriatrico Romano è società di gestione della Casa di cura Merry House, struttura sanitaria plurispecialistica accreditata dalla Regione Lazio per l'erogazione di prestazioni sanitarie in regime di ricovero e ambulatoriali. Ha impugnato la clausola v) dello "Schema di contratto/accordo 2012", allegato come parte integrante del decreto del Commissario ad acta n. 88 del 2012, a norma del quale "con il presente contratto/accordo la struttura accetta espressamente, completamente ed incondizionatamente il contenuto e gli effetti dei provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa, di attribuzione del budget, di determinazione delle tariffe e di ogni altro atto agli stessi collegato e presupposto, in quanto atti che determinano il contenuto del contratto/accordo. In conseguenza dell'accettazione, la struttura presta acquiescenza ai medesimi provvedimenti". Ha altresì impugnato il decreto commissariale n. 498 del 27 dicembre 2012, che ha fissato il budget 2012 per i soggetti privati accreditati relativamente alle prestazioni di lungodegenza post-acuzie, nella parte in cui ha previsto la sospensione dell'accreditamento nel caso di mancata sottoscrizione

dell'accordo. Ad avviso di parte ricorrente la clausola dell'accordo/contratto ha contenuto vessatorio perché inibisce la possibilità di adire la competente autorità giudiziaria affinché verifichi la legittimità del budget assegnato. Ad aggravare la previsione, ad avviso di parte ricorrente, è la circostanza che l'imposizione di una siffatta preclusione farebbe riferimento ad ogni provvedimento regionale di fissazione dei tetti di spesa e di assegnazione dei budget, con la conseguenza che la struttura sarebbe chiamata a prestare acquiescenza anche ad eventuali provvedimenti di determinazione dei tetti di spesa successivi a quelli relativi all'anno 2012.

Il Collegio non condivide la lettura che della clausola ne dà la ricorrente. Al di là della formulazione letterale, non certamente di lineare chiarezza, è assorbente la considerazione che l'accordo che le parti (A.S.L. e struttura erogatrice) devono firmare non può che disciplinare il rapporto contrattuale connesso all'annualità cui il decreto determinativo del budget si riferisce. Aggiungasi che ad ogni decreto commissariale che fissa, per il singolo anno di riferimento, il budget ed individua le strutture sanitarie destinatarie dello stesso accede un accordo stipulato, ai sensi dell'art. 8 quinquies, comma 2, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, da ciascuna struttura e l'Azienda sanitaria di riferimento, con la conseguenza che è questo e solo questo che disciplina il rapporto privatistico sorto tra le parti, ivi compresi i diritti e doveri facenti capo a ciascuno dei soggetti del rapporto e le rinunce eventualmente pattuite. Una diversa conclusione - che effettivamente potrebbe trovare spazio nella libertà contrattuale assicurata alle parti del rapporto dalla disciplina dettata dal codice civile - non sarebbe conforme a criteri di logica, scontrandosi con la possibilità di inserire la stessa clausola nell'accordo che ogni anno la struttura deve

sottoscrivere per essere accreditata.

2. Così precisata la portata della clausola impugnata, preme ancora al Collegio chiarire che oggetto (in parte qua) del gravame è, appunto, la clausola di uno “schema di contratto/accordo” che, per espressa previsione del decreto commissariale che l’ha approvato, ne costituiscono parte integrante. Si tratta, quindi, di schema di accordo approvato con delibera commissariale e non ancora del contratto stipulato tra A.S.L. e struttura erogatrice della prestazione sanitaria. Questa puntualizzazione appare al Collegio importante per definire le modalità con cui valutare la legittimità o meno del contenuto di tale clausola.

Da sottolineare, ancora, - perché rilevante ai fini dell’ammissibilità del gravame in esame - che la struttura sanitaria ha proposto separato ricorso (n. 1897/13) avverso il decreto commissariale n. 498 del 2012 (impugnato, per altro profilo, anche con l’odierno gravame), che ha determinato il budget ad essa spettante per le prestazioni di lungodegenza post-acuzie per l’anno 2012, e ciò rende concreto ed attuale il suo interesse a censurare, con il ricorso in esame, la clausola che potrebbe essere opposta in quella sede dalle parti resistenti per eccepire l’inammissibilità del ricorso proposto contro la quantificazione del budget, sul rilievo che la struttura accreditata avrebbe prestato acquiescenza al contenuto dell’accordo medio tempore sottoscritto, rinunciando a contestarne la legittimità in sede giurisdizionale.

3. Prima di passare al merito, occorre esaminare l’eccezione di difetto di legittimazione passiva sollevata dalla A.U.S.L. Rm D, sul rilievo che la determinazione del budget è competenza esclusiva della regione (e, per essa, del Commissario ad acta nominato per fronteggiare l’emergenza sanitaria).

L'eccezione non è suscettibile di positiva valutazione. Nell'impugnato decreto n. 498 del 2012 si dà mandato alle Aziende sanitarie di far sottoscrivere l'accordo alle strutture accreditate che insistono sul proprio territorio, entro cinque giorni dalla notifica del decreto stesso. Correttamente quindi la ricorrente ha ritenuto di partecipare l'Azienda sanitaria del contenzioso in atto e della richiesta di sospensione degli atti impugnati. Aggiungasi, ed il rilievo è assorbente, che la ricorrente ha impugnato lo schema di accordo che deve sottoscrivere proprio con l'A.U.S.L. Rm D.

4. Passando all'esame del merito il ricorso, nella parte volta a far accertare l'illegittimità del contenuto della clausola v) dello "Schema di contratto/accordo 2012", allegato come parte integrante del decreto del Commissario ad acta n. 88 del 2012 è suscettibile di positiva valutazione.

La Sezione si è già occupata di analoga questione con le sentenze nn. 7978 del 17 ottobre 2011 e 7742 del 5 ottobre 2011 ed ha accolto il motivo di doglianza sul rilievo che una clausola, che impone la rinuncia ad agire in giudizio avverso la determinazione del budget assegnato, si pone in palese contrasto con i principi fissati dalla Costituzione a tutela del diritto di difesa. La prima di tali sentenze non è stata appellata, la seconda è stata appellata ma non relativamente al capo di pronuncia che riteneva illegittima la clausola. Di tale circostanza dà espressamente atto il Consiglio di Stato nella sentenza n. 878 del 13 febbraio 2013, che ha definito l'appello.

Dai propri recenti precedenti, che sembrano essere condivisi dalla regione Lazio e dal Commissario ad acta che, come si è detto, non hanno appellato la statuizione del Tar che ha ritenuto illegittima una siffatta clausola, il Collegio non intende discostarsi, apparendo

illegittima – perché, appunto, violativa del diritto di difesa costituzionalmente garantito – una rinuncia preventiva ad adire il giudice perché accerti la legittimità della delibera autoritativa con cui è stato determinato il budget, non potendo le scelte effettuate dall'Amministrazione essere sottratte al controllo di legittimità, cioè alla verifica che le medesime siano conformi alle norme ed ai principi che regolano il regime di accreditamento e che non siano il frutto di valutazioni macroscopicamente incoerenti o irragionevoli, così da comportare un vizio della funzione.

Si tratta, peraltro, di conclusione che sembra essere condivisa dallo stesso Commissario ad acta anche per un ulteriore profilo, che si aggiunge all'omessa interposizione di appello.

Nel decreto n. 498 del 2012, con il quale è stato determinato il budget spettante alla ricorrente per l'anno 2012 per le prestazioni di lungodegenza post-acuzie, il Commissario ad acta dà espressamente atto (pag. 8) che “avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale amministrativo del Lazio nel termine di sessanta giorni ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi”. Non c'è dubbio che legittimati a ricorrere e titolari di un interesse concreto ed attuale ad impugnare il decreto n. 498 del 2012 non possono essere che le strutture accreditate alle quali lo stesso è stato notificato perché destinatarie del budget e, quindi, gli stessi erogatori chiamati a sottoscrivere gli accordi contenenti la clausola impugnata.

Si tratta di una evidente contraddittorietà tra la previsione del decreto commissariale e quella dell'accordo - di cui la prima ammette la possibilità di impugnare il budget assegnato alla struttura e la seconda, invece, lo esclude - che non può essere superata né richiamando la

diversa natura dell'atto in cui la stessa è contenuta (atto autoritativo la prima e accordo/contratto la seconda), atteso che in entrambi i casi oggetto della previsione è, nella sostanza, la possibilità di contestare la determinazione del budget assegnato, né la circostanza che l'accordo non è sottoscritto dal Commissario ad acta ma dall'Azienda sanitaria, e ciò in quanto è comunque il Commissario ad acta che ha predisposto lo schema di accordo. La rilevata contraddizione può essere invece superata secondo criteri di logica e di buon senso, vedendo in essa un ripensamento, da parte del Commissario, in ordine alla necessità, opportunità e legittimità di inserire la clausola di chiusura nell'accordo, anche alla luce del recente giudicato formatosi sul punto.

Preme peraltro al Collegio chiarire che l'illegittimità della clausola gravata non comporta che la struttura accreditata potrà senza limiti contestare il budget assegnato, soccorrendo i principi, elaborati dalla giurisprudenza, che regolano la materia. E' noto, infatti, che mentre deve essere data la possibilità di contestare senza limiti, dinanzi al giudice naturale, errori di calcolo effettuati nell'individuazione del budget assegnato, il sindacato sulla determinazione autoritativa dello stesso budget deve tener conto che le Regioni, nell'esercitare detta potestà programmatica, godono di un ampio potere discrezionale, chiamato a bilanciare interessi diversi, ossia l'interesse pubblico al contenimento della spesa, il diritto degli assistiti alla fruizione di prestazioni sanitarie adeguate, le legittime aspettative degli operatori privati che ispirano le loro condotte ad una logica imprenditoriale e l'assicurazione dell'efficienza delle strutture pubbliche che costituiscono un pilastro del sistema sanitario universalistico (Cons. St., A.P., 12 aprile 2013, n. 3).

A fronte di tale potere discrezionale il sindacato del giudice

amministrativo non può impingere nel merito delle scelte effettuate e può riguardare solo vizi che ictu oculi appaiano di eccesso di potere in alcune figure sintomatiche, quali l'illogicità, la contraddittorietà, l'ingiustizia manifesta, l'arbitrarietà o l'irragionevolezza della determinazione (Cons. St., sez. III, 3 luglio 2013, n. 3572; id. 14 gennaio 2013, n. 134).

5. Privata di pregio è invece la censura proposta nei confronti della previsione contenuta nel decreto commissariale n. 498 del 2012, che dispone la sospensione dell'accreditamento nell'ipotesi in cui l'Erogatore non firmi l'accordo.

Il Commissario ad acta si è infatti limitato a richiamare quanto previsto dall'art. 8 quinquies, comma 2 quinquies, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 (aggiunto dal comma 1 quinquies dell'art. 79, d.l. 25 giugno 2008, n. 112, nel testo integrato dalla relativa legge di conversione), secondo cui "in caso di mancata stipula degli accordi di cui al presente articolo, l'accreditamento istituzionale di cui all'art. 8 quater delle strutture e dei professionisti eroganti prestazioni per conto del Servizio sanitario nazionale interessati è sospeso". Non può quindi ritenersi illegittima la censurata disposizione, che si limitava a riportare l'esatto contenuto di una previsione di legge, e ciò per la semplice ragione che tale sospensione sarebbe comunque scattata ex lege nel caso in cui la ricorrente non avesse firmato l'accordo, anche se il Commissario non lo avesse precisato nel decreto n. 498.

Si tratta, peraltro, di previsione che risponde alla logica del sistema che perna l'istituto dell'accreditamento. Il sistema di programmazione è, infatti, incentrato su di un modello bifasico in seno al quale alla fase autoritativa regionale segue un momento di negoziazione. L'acquisto delle prestazioni sanitarie da parte dell'Amministrazione presuppone,

infatti, la stipulazione dell'accordo contrattuale, in mancanza del quale l'attività sanitaria non può essere esercitata per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale. La struttura sanitaria, che vuole operare nell'ambito del servizio sanitario nazionale, ha quindi l'onere non solo di conseguire l'accreditamento, ma anche di stipulare l'accordo contrattuale.

6. Per le ragioni sopra esposti il ricorso deve essere accolto limitatamente all'impugnata clausola dell'accordo/contratto.

In considerazione della particolarità della controversia le spese di giudizio possono essere integrate fra le parti costituite.

P.Q.M.

Il Tribunale Amministrativo Regionale per il Lazio (Sezione Terza Quater)

definitivamente pronunciando sul ricorso, come in epigrafe proposto, lo accoglie nei limiti di cui in motivazione e, per l'effetto, annulla la clausola v) dello "Schema di contratto/accordo 2012", allegato come parte integrante del decreto del Commissario ad acta n. 88 del 2012. Respinge il ricorso nella parte volta all'annullamento del decreto commissariale n. 498 del 27 dicembre 2012, limitatamente alla previsione della sospensione dell'accreditamento nel caso di mancata sottoscrizione dell'accordo.

Compensa integralmente tra le parti in causa le spese e gli onorari del giudizio.

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

Così deciso in Roma nella camera di consiglio del giorno 23 ottobre 2013 con l'intervento dei magistrati:

Italo Riggio, Presidente

Giuseppe Sapone, Consigliere

Giulia Ferrati, Consigliere, Estensore

**L'ESTENSORE**

**IL PRESIDENTE**

DEPOSITATA IN SEGRETERIA

Il 24/10/2013

IL SEGRETARIO

(Art. 89, co. 3, cod. proc. amm.)

Prot. n° 1096 del 01/09/2014

Ai Legali Rappresentanti  
Centri Provvisoriamente Accreditati ASL Napoli 2 Nord  
Macroarea Assistenza Riabilitativa  
incluso FKT e socio-sanitario

S E D I

Oggetto: stipula contratti esercizio 2014.

Ai sensi del punto "10" del Decreto del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di rientro del Settore Sanitario della Regione Campania n. 90 del 11/08/2014, le SS.LL. sono invitate per la stipula dei contratti per l'anno 2014, nei seguenti giorni:

- **martedì 9 settembre 2014, dalle ore 10,30 alle ore 13,30;**
- **mercoledì 10 settembre 2014, dalle ore 10,30 alle ore 13,30;**
- **giovedì 11 settembre 2014, dalle ore 10,30 alle ore 11,30.**

E' indispensabile munirsi anticipatamente di:

- **fotocopia della carta d'identità del legale rappresentante;**
- **fotocopia del codice fiscale del legale rappresentante;**
- **Partiva IVA e Codice Fiscale (se diverso) della struttura;**
- **Dichiarazione Unica di Regolarità Contributiva – DURC, aggiornato all'anno 2014;**
- **Codice IBAN e corrispettivo Istituto Bancario, sul quale la ASL effettuerà ogni pagamento dovuto in esecuzione al contratto da sottoscrivere, con le generalità dei soggetti autorizzati ad operare su detto conto.**

Si rappresenta che il suddetto decreto al punto "18" stabilisce: "*.... che le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto di cui al comma precedente, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - saranno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture dal 1° agosto 2014 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008)*".

La presente convocazione è inviata tramite Posta Elettronica Certificata.

Il Responsabile U.O. Convenzionamento Esterno  
dott. Claudio Cimmino

Il Direttore  
Coordinamento Assistenza Riabilitativa  
dott. Marcello Ricci



Il Direttore  
UOC Accreditemento e Controllo della Spesa Sanitaria  
(Dott. Pasquale Bove)



ASL NA 2 NORD  
ASL NA2 NORD  
Prot. N. 0035564/2014  
USCITA  
27/08/2014  
DG

Al Presidente Commissario della Regione Campania  
On. Stefano Caldoro

Ai Sub Commissari ad acta della Regione Campania  
per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario  
dott. Mario Morlacco  
Prof. Ettore Cinque

Al Capo Dipartimento della Salute della Regione Campania  
Prof. Ferdinando Romano

Al Direttore Generale per la Tutela della Salute della Regione Campania  
Dott. Mario Vasco

Al Dirigente UOD 14- G.E.F.- dott. G. Ghidelli

Al Dirigente UOD 05- Interventi socio sanitari- dott.ssa M. Rinaldi

Oggetto: DCA n. 90 del 11.08.2014. Osservazioni sulla definizione del volume di prestazioni e concolato limite di spesa per la branca di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 ASL Napoli 2 nord.

Il Presidente Commissario ad acta della Regione Campania per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario, con Decreto n. 90 del 11.08.2014 pubblicato nel BURC n. 59 del 18.08.2014, ha definito per l'esercizio 2014 i limiti di spesa ed i relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza sanitaria afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 Legge 833/78, ex art 44 Legge 833/78 ed alla macroarea della salute mentale e socio sanitario.

L'ASL Napoli 2 nord, già con precedenti note, aveva espresso le proprie considerazioni e proposte già per i tetti 2013 relativi alla branca in oggetto riportata, in considerazione:

- del fabbisogno riscontrato a livello territoriale;
- dell'avvenuta riconversione e trasformazione parziale/totale delle strutture di riabilitazione estensiva ex art. 26 operanti in regime residenziale e semiresidenziale in strutture socio- sanitarie per disabili (ai sensi del DCA n. 6/2010).

Limiti prestazionali ambulatoriali/domiciliari: l'andamento delle prestazioni negli ultimi 2 anni testimonia una stabilizzazione del numero delle prestazioni ambulatoriali e domiciliari erogate dai nostri centri privati provvisoriamente accreditati/ accreditati, dato che consente di affermare che tale è il reale fabbisogno territoriale.

Tale fabbisogno sarebbe stato parzialmente garantito, per il regime ambulatoriale/domiciliare, con un taglio del 6,5% sul consuntivato 2012 e non dell'11% come attuato nel DCA n. 90/2014.

Infatti il taglio dell'11% certamente non garantirebbe il raggiungimento di uno degli obiettivi regionali dettati dal piano di rientro, quali la diminuzione delle liste di attesa, già fuori dagli standard da garantire per la normalità assistenziale, ma ad un loro notevole allungamento.

Tra l'altro non ci risulta che il nostro numero di prestazioni pro- capite e la relativa spesa sia al di sopra della media regionale.

Rapporto percentuale ambulatoriali/domiciliari: il rapporto percentuale fra le prestazioni ambulatoriali e domiciliari erogate negli ultimi due anni è stato il seguente:

ANNO	Prestazioni Ambulatoriali	Prestazioni Domiciliari	Percentuale Domiciliari
2012	684.635	339.933	33,18%
2013	671.558	351.253	34,34%

Per l'analisi della tabella sopra riportata bisogna anche tenere conto che sul territorio dell'ASL Napoli 2 Nord sono ubicati il Centro Gaetano Torre (UJLDM), che garantisce un'assistenza riabilitativa specialistica ai pazienti distrofici di tutta la Regione Campania, nonché il Centro Procida ed il Centro D.H.C. di Ischia, che coprono il fabbisogno riabilitativo delle due isole, e che quindi, per ovvi motivi, sono oggetto della deroga per i trattamenti domiciliari ai sensi dei DCA 74/2010, 86/2011, 68/2012 e 85/2012.

Complessivamente queste tre strutture hanno erogato nell'anno 2013 52.856 prestazioni domiciliari, pari al 15,05% del totale delle prestazioni erogate, per cui, se calcoliamo la percentuale delle prestazioni domiciliari erogate al netto dell'attività di tali strutture, risulta una percentuale del 30,76%, perfettamente in linea con quanto stabilito dal DCA 90/2014.

È utile ricordare che l'erogazione di prestazioni domiciliari non è direttamente collegata ad un arruolamento dei pazienti da parte delle strutture, ma è vincolata alla valutazione e prescrizione di specialisti di struttura pubblica (nostri medici prescrittori iscritti ad un elenco regionale).

Limiti prestazioni semiresidenziali e residenziali: l'ASL Napoli 2 nord ha da sempre e correttamente imputato la spesa socio-sanitaria per disabili nel capitolo di bilancio socio-sanitario/salute mentale, con le strutture operanti ai sensi del DCA n. 6/2010. Non è possibile mantenere nel tetto di spesa/capitolo della riabilitazione una spesa relativa a prestazioni che non sono unicamente di tipo riabilitativo.

In particolare l'ASL Napoli 2 già a metà dell'anno 2011 ha completato la transizione dall'assistenza riabilitativa a quella socio-sanitaria dei pazienti cosiddetti "cronici", per i quali non esisteva la possibilità di raggiungere specifici obiettivi riabilitativi, mantenendo fino ad oggi la modalità operativa di limitare le autorizzazioni ai trattamenti riabilitativi ex art. 26 L. 833/78 nell'ambito dei tempi già vigenti dal 2004, per cui tali pazienti, da allora, ultimati i tempi contrattuali sono dimessi dall'assistenza riabilitativa e, se necessario, con una nuova prescrizione e conseguente nuova autorizzazione sono indirizzati ad un regime assistenziale di tipo socio sanitario, con un nuovo e diverso piano terapeutico e non con una semplice operazione temporale legata ai 240 giorni, senza tener conto dei risultati clinici ottenuti e quindi dei nuovi bisogni assistenziali.

Per quanto sopra, tenendo fermo il tetto di spesa previsto dall'allegato I al DCA 90/2014 e nell'ottica di garantire una efficiente assistenza riabilitativa territoriale non legata a semplici operazioni aritmetiche che burocratizzano ed ingessano il sistema assistenziale che deve necessariamente essere dinamico e riferito all'effettivo fabbisogno, si comunica che:

- si provvederà a rimodulare in rapporto alle esigenze assistenziali territoriali il numero delle prestazioni assegnate nei vari regimi di trattamento, anche al fine di evitare danni economici derivanti da inutili contenziosi con le strutture;
- si procederà a rientrare nella percentuale del 30% di prestazioni domiciliari, escludendo, almeno per il corrente anno 2014, le suddette strutture in deroga, in quanto diventerebbe estremamente complicato garantire l'assistenza domiciliare ai disabili aventi diritto e già in carico assistenziale, visti i tempi di adozione del DCA n. 90/2014.

Infine va sottolineato, relativamente alle prestazioni di riabilitazione ex art. 44 Legge 833/78, che il tetto assegnato nel DCA 90/2014 non ha tenuto conto della nostra comunicazione relativa all'Ossigenoterapia Iperbarica, per cui riteniamo di utilizzarlo per le prestazioni di fisiokinesiterapia, rinnovando l'invito ad incrementare il tetto della specialistica ambulatoriale per le Branche a Visita.

Dott. ~~Esposito~~ *Dove*

Dott. ~~Marcillo~~ *Ricci*

Il Direttore Generale  
Dott. Giuseppe Ferraro