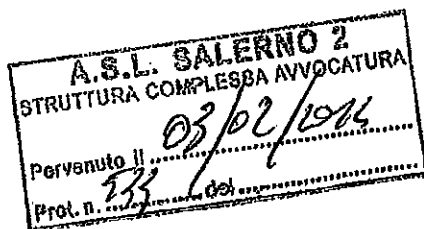




Sistema Informativo

Via Nizza, 146 - 84124 Salerno

Prot. n. 220 del 03 FEB 2014



Al Direttore F.F.
Funzione Affari Legali

SEDE

Oggetto: RICORSO NRG. 94/2014 proposto dalla Soc. Coop. SANATRIX NUOVO ELAION ONLUS, dalla FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ONLUS e dalla ASSOCIAZIONE LA NOSTRA FAMIGLIA.

Con le delibere del Direttore Generale n. 766 del 1/10/2013 e n. 829 del 29/10/2013, la ASL Salerno ha attribuito i tetti di spesa per l'esercizio 2013 ai singoli centri privati afferenti alla macroarea della riabilitazione, determinando con l'una i volumi di prestazioni in ex art. 44 L. 833/78, ovvero di specialistica ambulatoriale di medicina fisica e riabilitativa, con l'altra i volumi di prestazioni di riabilitazione in ex art 26 L. 833/78.

La prerogativa di attribuire ai singoli centri privati operanti nel proprio territorio i volumi di prestazioni ed i correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 è stata conferita dalla Regione a ciascuna ASL, *"in quanto soggetto istituzionale deputato ad intercettare le istanze del territorio ed a trasformarle in un'offerta sanitaria adeguata"*,

In ragione di ciò, la Regione ha effettuato le proprie scelte programmatiche con il decreto del Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario n. 86 del 24 luglio 2013, pubblicato sul BURC n. 41 del 29 luglio 2013, avente ad oggetto la *“Definizione per l’esercizio 2013 dei limiti di spesa e dei 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, ex art 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario”*, così come modificato dal decreto del Commissario ad acta per la prosecuzione del piano di rientro del settore sanitario della Regione Campania n. 102 dell’11 ottobre 2013, pubblicato sul BURC n. 57 del 21 ottobre 2013, avente ad oggetto la *“Definizione per l’esercizio 2013 dei limiti di spesa e dei 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, ex art 44 e/o alla macroarea della salute mentale e socio sanitario – Modifiche ed integrazioni al decreto del Commissario ad acta n. 86 del 24 luglio 2013”*.

Quindi, la Regione Campania ha consentito alle ASL di utilizzare *“ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità, nell’ambito della propria autonomia”* nell’attribuzione delle risorse ai singoli Centri privati.

Detto ciò, è necessario descrivere brevemente lo scenario all’interno del quale la Asl ha dovuto dare applicazione ai sopradetti Decreti Commissariali.

L’area della riabilitazione è stata attraversata negli ultimi anni da importanti cambiamenti e sottoposta ad un intenso riassetto finalizzato al recupero

dell'appropriatezza prescrittiva ed erogativa, in particolare attraverso la distinzione tra trattamenti rivolti a persone abili che attraversano temporaneamente una limitazione più o meno complessa della loro funzionalità e che necessitano di trattamenti riabilitativi di durata limitata, da quelle attività riabilitative rivolte a soggetti disabili per i quali è necessario redigere un progetto riabilitativo individuale e di struttura di più lunga durata.

Su tale differenza si connota la diversificazione dei requisiti strutturali, organizzativi e strumentali tra **Centri di riabilitazione** preposti al trattamento della disabilità e **Presidi di recupero e riabilitazione funzionale** preposti al trattamento delle limitazioni funzionali.

A partire dal 2011, la Regione ha disposto che un insieme di prestazioni non sono più erogabili nei Centri di riabilitazione e che le singole prestazioni rivolte al trattamento delle patologie semplici siano ricondotte all'interno di pacchetti riabilitativi tesi alla cura di profili riabilitativi.

Venendo meno la possibilità di erogare quasi tutti i codici del vecchio nomenclatore, compresa la prestazione domiciliare, che rappresentava la prestazione maggiormente erogata dai Centri di riabilitazione, contemporaneamente anche Presidi di tipologia B), si è realizzato in molti Centri via via un calo della produttività e conseguentemente del fatturato derivante dall'erogazione delle prestazioni ex art 44.

I maggiori effetti della normativa si sono prodotti tuttavia nel 2013, laddove in taluni casi si è registrato un azzeramento di tali prestazioni.

In virtù di questi fenomeni prodottisi in tutte le ASL campane, le risorse assegnate per la branca di medicina fisica e riabilitativa (FKT) nell'anno 2013 hanno subito un ridimensionamento commisurato alle prestazioni effettivamente erogate.

Per PASL SALERNO il limite di spesa lorda è passato da € 9.159.000,00 ad € 5.362.000,00, con una decurtazione di € 3.817.000,00 rispetto al 2012.

Fino all'anno precedente, i Centri si erano avvalsi del meccanismo dell'osmosi introdotto dal decreto commissariale n. 25 del 5 aprile 2011: *"nell'ambito dei limiti di spesa stabiliti nell' allegato 2 [del medesimo decreto] per ciascuna struttura (che eroga prestazioni ex art. 26, ex art. 44 e salute mentale e socio-sanitarie RSA) è consentita una osmosi tra le tre branche (prestazioni ex art. 26, ex art. 44 e salute mentale e socio-sanitarie RSA): un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 26 potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 44 e viceversa; analogamente un superamento del limite di spesa stabilito per le prestazioni di RSA potrà essere compensato da un sotto utilizzo del limite di spesa stabilito per le prestazioni ex art. 26 e viceversa"*. Ovverosia, avevano utilizzato il budget attribuito per l'FKT per erogare prestazioni in ex art 26 e/o prestazioni socio-sanitarie.

Nell'anno 2013 invece, la Regione, recependo una specifica osservazione dei Ministeri affiancanti, **ha disposto il divieto dell'osmosi**, determinando *"una netta separazione dei volumi di prestazioni e correlati limiti di spesa programmati a livello di ASL e di singola struttura tra la branca afferente la medicina fisica e riabilitativa, la branca della riabilitazione territoriale ex art 26 e la branca afferente il socio sanitario..."*.

Correttamente dunque, la ASL ha proceduto con due atti deliberativi distinti all'attribuzione dei tetti di spesa alle singole strutture: uno per l'attribuzione dei tetti di spesa per le prestazioni ex art 44, l'altro per le prestazioni ex art 26 e socio sanitarie.

Delibera n. 766 del 01.10.2013

Quanto alle prestazioni ex art 44 L. 833/78 (o FKT) da erogare nell'anno 2013, l'Asl ha dato applicazione a quanto indicato al punto "B" del DCA n 86/2013, ovvero assumendo l'importo inferiore fra il tetto di spesa 2012 ed il consuntivo di spesa 2012, nonché tenendo conto in alcuni casi di "ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da valutare con ragionevolezza ed equità, NELL'AMBITO DELLA PROPRIA AUTONOMIA".

La ratio insita nella disposizione regionale è di facile lettura. Venendo meno il meccanismo dell'osmosi, la riduzione delle risorse destinate all'area dell'FKT, (-41,58% per l'Asl SALERNO rispetto al 2012), è stata pari alla mancata consuntivazione di tali prestazioni nell'anno precedente. Pertanto, la Regione doveva assicurarsi che l'attribuzione dei tetti nel 2013 avvenisse sulla base di quanto effettivamente consuntivato nel 2012, purchè non eccedente il limite di spesa.

L'ASL Salerno ha pertanto ripartito il proprio tetto ai singoli centri privati operanti nel territorio della ASL Salerno, applicando i seguenti criteri di calcolo:

1. sono stati assunti quali dati di partenza gli importi riconosciuti nell'anno 2012, come disposto dal DCA n. 86/2013. Per la maggior parte dei Centri, come riconosciuto dagli stessi ricorrenti, il tetto di struttura è stato pari all'importo inferiore fra il tetto di spesa 2012 ed il consuntivo di spesa 2012.
2. è stato azzerato il budget delle strutture ex art. 26 con fatturato per prestazioni ex art 44 inferiore ai € 10.000,00, assunto come soglia minima di sostenibilità e di appropriatezza erogativa, quest'ultima in ottemperanza al DCA n. 64/2011,
3. sono stati allineati i fatturati su undici mensilità delle strutture classificate come presidi di recupero e rieducazione funzionale con nuova capacità produttiva nel 2012 o che hanno subito interruzioni di attività per causa di forza maggiore, in quanto

elementi particolari ritenuti significativi nell'ambito dell'autonomia conferita alle AA.SS.LL. dai DD.CC.AA. nn. 86/2013 e 102/2013.

Per effetto dell'applicazione di tali criteri, la ASL Salerno ha attribuito:

- alla Soc. Coop. SANATRIX NUOVO ELAION ONLUS un tetto di spesa 2013 pari ad € 36.579 (corrispondente al consuntivato 2012),
- alla FONDAZIONE DON CARLO GNOCCHI ONLUS un tetto di spesa 2013 pari a zero, avendo un fatturato per prestazioni ex art 44 inferiore alla soglia minima sostenibilità e di appropriatezza erogativa di € 10.000,00,
- alla ASSOCIAZIONE LA NOSTRA FAMIGLIA un tetto di spesa 2013 pari a zero, non avendo mai erogato prestazioni ex art 44.

Delibera 829 del 29.10.2013

Successivamente, con l'altra delibera, la n. 829 del 29/10/2013, la ASL Salerno ha attribuito i tetti di spesa per l'esercizio 2013 ai singoli centri privati afferenti alla macroarea della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78, sempre espressamente in applicazione del DCA n. 86/2013 così come modificato dal DCA n. 102/2013.

Per inciso, va detto che una delle modifiche sostanziali introdotte dal DCA n. 102/2013 è rappresentata dalla precisa indicazione di cui al punto 5) di espungere dai criteri applicativi fissati nel punto 3, lettera a), del dispositivo del decreto commissariale n. 86/2013 l'inciso "dando priorità alla copertura del fabbisogno di prestazioni residenziali e semiresidenziali", al fine di garantire una maggiore efficacia ed appropriatezza delle prestazioni, dando addirittura mandato ai Direttori Generali delle ASL di "...disporre una valutazione straordinaria dei pazienti individuando quelli dimissibili sia al fine di evitare prestazioni e possibili istituzionalizzazioni,

non necessarie e/o non appropriate, sia per evitare costi improduttivi e dispersione di risorse”.

Pertanto, le caratteristiche che i ricorrenti riferiscono come peculiari delle proprie strutture e delle attività svolte, in realtà, sono comuni agli altri Centri oggetto della delibera 829/2013 ed alla luce dei su citati punti non potevano essere ritenuti elementi “*significativi*” nella distribuzione delle risorse.

L’assegnazione dei tetti di spesa per prestazioni ex art. 26 alle singole strutture è stata effettuata dalla ASL tenendo conto dei tetti assegnati nel 2012 *“comprensivi per la riabilitazione della quota destinata all’FKT ed utilizzata, secondo la normativa precedente, in osmosi per prestazioni ex art 26 e/o socio sanitarie e ricondotti ai limiti di spesa previsti dal vigente Decreto Commissariale”.*

Cosa lamentano i ricorrenti?

1. Mancato riconoscimento dell’incremento del 4,9% per la **branca di riabilitazione ex art 26**, facendo riferimento al fatto che il limite di spesa assegnato all’Asl Salerno per il 2013 è passato da € 58.441.000,00 ad € 61.317.000,00.

Invero, i ricorrenti non tengono conto dell’inciso presente nel DCA 102/2013 che testualmente recita “..va effettuata una valutazione programmatica dei volumi prestazionali tenendo conto del parziale spostamento del volume di prestazioni verificatosi nel 2012 tra diverse tipologie di prestazioni nell’ambito dei tetti di spesa 2012 complessivo, consentito dalla normativa regionale allora vigente ed applicando una percentuale di riduzione per la realizzazione di obiettivi di appropriatezza”.

E’ vero che la riabilitazione ex art 26 ha avuto un incremento per coprire lo spostamento di risorse tra FKT e riabilitazione ex art 26 (osmosi), ma lo stesso, a ben guardare, è stato inferiore ai tetti assegnati nel 2012, dovendosi considerare, in ragione dell’osmosi,

la somma dei tetti FKT +riabilitazione ex art 26, come si evince dal prospetto allegato, posto a base di calcolo per la ripartizione dei tetti tra le strutture.

Più specificamente si evince che si è dovuto applicare un coefficiente di riduzione uguale per tutti e pari all'1.76% circa per rientrare nei limiti di spesa assegnati dalla Regione. /r

2. I ricorrenti lamentano inoltre che l'Asl non ha preso in considerazione il consuntivo 2012, bensì il tetto del 2012.

È anzitutto da sottolineare che, al riguardo, il dispositivo regionale testualmente recita che *“ciascuna ASL, pertanto, tenuto conto dei dati di consuntivo 2012, nonché di ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità, nell'ambito della propria autonomiaattribuirà ai singoli centri privati i volumi di prestazioni ed i correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 della riabilitazione ex art. 26 L. 833/78”*; e che quanto sopra assume una pregnanza del tutto diversa da quanto poi specificato nel comma successivo a proposito della riabilitazione ex art 44, laddove dirà che *“ciascuna ASL attribuirà ai singoli centri privati i volumi di prestazioni ed i correlati limiti massimi di spesa per l'esercizio 2013 assumendo l'importo inferiore tra il tetto di spesa 2012 e il consuntivo 2012, fatta salva la facoltà della Asl di considerare ulteriori elementi particolari, ritenuti significativi e da considerare con ragionevolezza ed equità, nell'ambito della propria autonomia”*

Ciò detto, è importante ricostruire brevemente quel che è avvenuto nell'anno 2012.

A causa di eventi straordinari ed imprevedibili si sono prodotte economie di spesa in alcuni Centri ed eccedenze in altri, talchè è stato possibile operare una redistribuzione delle risorse, compensando le eccedenze dei limiti di spesa realizzatesi in alcuni Centri, tra i quali i ricorrenti, fermo restando il limite di spesa complessivo attribuito alla ASL

cui compete di soddisfare l'esigenza fondamentale ed ineludibile di contenere la remunerazione a carico del servizio sanitario regionale.

Tuttavia, tale beneficio è stato riconosciuto a ciascun Centro a fronte di una formale rinuncia ad ogni pretesa circa eventuali incrementi tariffari e riconoscimento che tale beneficio era relativo al solo anno 2012 e non costituiva un diritto acquisito per l'anno successivo.

Orbene, tener conto del consuntivo 2012 anziché del tetto 2012 avrebbe procurato un ingiusto vantaggio a quei centri che avevano sfiorato il proprio limite di spesa l'anno precedente, penalizzando quelle strutture nelle quali, a causa di difficoltà temporanee, nel 2012, si erano realizzate economie e/o quelle strutture che nell'anno precedente si erano mantenute all'interno del proprio budget assegnato. Pertanto proprio elementi di ragionevolezza ed equità, hanno indotto l'ASL a ripartire il tetto 2013 sulla base del tetto 2012 .

❖ Quanto alla richiesta di rimodulazione dei tetti di spesa in forza della doppia tariffazione prevista dai DDCCAA nn. 81/2013 e 92/2013., essa risulta inammissibile, alla luce degli intervenuti pareri dei Ministeri della Salute e del Ministero dell'Economia e Finanze, resi noti per il tramite delle circolari del Sub Commissario ad Acta prot. n. 6527/2013 e prot 225/2014, laddove è precisata la necessità di procedere per la Regione alla rideterminazione delle tariffe, atteso che *“non è possibile prevedere una differenziazione di rette per le varie strutture territoriali in relazione al tipo di CCNL applicato da ogni singola struttura”* ed alla luce, ancora, dell'ordinanza n. 1850/2013 del 4/12/2013 del TAR Campania Napoli, il quale ha rilevato che *“non si presenta destituita di fondamento la censura con cui si stigmatizza l'indebita decurtazione delle tariffe nella misura del 15%, atteso che è*

pacifico che i centri ricorrenti hanno applicato fino al 2008 contratti collettivi non soggetti a decurtazione (AIOP e AIAS) e dal 2009 il CCNL ASPAT/Confedia, che prevedeva l'invarianza del trattamento economico del personale fino al successivo aumento contrattuale".

❖ *Del tutto incomprensibile è poi il richiamo alle C.O.M. dei Centri.*

Come noto, la C.O.M. (capacità operativa massima) va considerata come la potenzialità di ogni singolo centro, in termini di qualità e quantità delle prestazioni erogabili in virtù dei carichi di lavoro massimi parametrati all'organizzazione tecnologica, alla dotazione strutturale ed ai coefficienti di personale posseduti. In nessun caso le COM sono equivalenti al volume di prestazioni programmate che ciascuna ASL può acquistare da ogni struttura privata poiché tale programmazione è strettamente correlata alla fissazione del limite massimo di spesa che influisce sulla possibilità stessa di attingere le risorse necessarie per remunerare le prestazioni erogate.

La C.O.M. va considerata un parametro di qualità a garanzia degli assistiti, in quanto eventuali prestazioni oltre le capacità operative massime sarebbero erogate con una qualità inferiore delle prestazioni stesse, perché ciò presuppone che siano state effettuate in tempi ridotti rispetto a quelli che sono i parametri normativi che derivano da acquisizioni scientifiche e statistiche sui tempi medi necessari affinché le prestazioni siano erogate con la dovuta efficienza ed efficacia.

Tanto è stato chiarito anche da codesto Ecc.mo TAR (v. sent. n. 2150/2013), secondo cui è stata "chiarita, formalizzata e resa operativa nella Regione Campania la differenza tra COM (che esprime una capacità potenziale di prestazione del servizio) e limite di spesa (che esprime la quantità concreta del servizio richiesto all'operatore sanitario). Di conseguenza, ciò che rileva in via diretta ai fini della remunerabilità concreta delle prestazioni è in primo luogo il limite di spesa concretamente stabilito,

non rilevante risultando al riguardo la mera COM e la relativa entità riconosciuta dall'Amministrazione." /1

Non vi è dubbio che la ASL Salerno abbia agito in piena conformità del dettato normativo oltrechè dei principi di equità e ragionevolezza.

Il Dirigente
Dr.ssa Antonia Scaramuzza

