

TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE della Campania

SEZ. I

- Napoli -

Atto di intervento ad adiuvandum

per **ASPAT - ASSOCIAZIONE SANITA' PRIVATA ACCREDITATA TERRITORIALE**, P.IVA 05964321219, con sede in Napoli al Centro Direzionale is. E3, in persona del legale rappresentante Pierpaolo Polizzi, rappresentato e difeso, in virtù di mandato in calce al presente atto, dall'avv. Umberto Morelli (CF MRLMRT78M01L845M), con il quale è elettivamente domiciliato in Napoli alla Piazza G. Bovio 22, presso lo studio Allodi - Starace, indicando per comunicazioni il fax: 081422355 e gli indirizzi pec umberto.morelli@ordineavvocatita.it;

INTERVENTORE

nel ricorso

RG 1980/2017

Promosso da Cooperativa Sociale Onlus Integrazioni (di seguito Integrazioni), con sede in Casoria alla via Pio XII n. 129, PIVA 03204041218, in persona del legale rappresentante dott. Giovanni Ariano

RICORRENTE

Contro: Commissario ad Acta per la attuazione del Piano di Rientro dal Deficit Sanitario p.t., rappresentato e difeso per legge dall'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Napoli, domiciliataria in Napoli, via Armando Diaz,11; Regione Campania in persona del Presidente p.t., e nei confronti di Casa di Cura Villa Elisa - San Paolo S.P.A. in persona del legale rapp.te p.t

per l'annullamento

- Del decreto n. 193 del 29/12/2016, successivamente pubblicato sul

BURC n. 20 del 6/3/2017, del Commissario ad acta per l'attuazione del vigente Piano di Rientro dai disavanzi del S.S.R. della Campania, avente ad oggetto *“riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche e definizione delle nuove Tariffe per le Strutture Residenziali Psichiatriche”*;

- di tutti gli atti antecedenti connessi e conseguenti, ivi compreso, se ed in quanto occorra, il decreto del Commissario Ad Acta n. 94 dell'11/8/2014, pubblicato sul BURC in data 8/9/2014.

FATTO

ASPAT è un'Associazione senza scopo di lucro tra i Centri operanti nel settore socio-sanitario che erogano prestazioni e servizi in regime di accreditamento con il Servizio Sanitario Regionale.

Ai sensi dell'art. 3 del relativo Statuto, *“promuove l'attività di ricerca (quella scientifica per il tramite del proprio Comitato Scientifico), l'assistenza, la divulgazione nel settore ove operano gli associati, nelle forme a tal fine ritenute più idonee, anche attraverso l'organizzazione di convegni ed altri eventi, corsi e seminari di formazione, pubblicazione di studi, attività editoriali, ecc.; il tutto nell'intento di affermare il ruolo della sanità privata accreditata e potenziare, al tempo stesso, le capacità di penetrazione di mercato delle strutture associate”*.

In tale prospettiva, giusta quanto deliberato nell'adunanza del 17/11/2016, ASPAT ha assunto l'obiettivo programmatico della *“Istituzione di un Tavolo Regionale dedicato alla Branca Salute Mentale sul tema del fabbisogno assistenziale regionale e dei requisiti concernenti l'accreditamento di sistema che faccia salve le buone prassi di integrazione*

*sociosanitaria ed introduca ineludibili principi quali la **parità degli Erogatori, la tutela della concorrenza e la libertà di scelta del paziente psichiatrico** come opportunità per attivare un circolo virtuoso tra sapere scientifico (paradigma bio-psico-sociale) e prassi clinica ed assistenziale”.*

Ciò posto, il decreto commissariale n. 193 del 29/12/2016, avente ad oggetto la *“riconversione delle Case di Cura Neuropsichiatriche e definizione delle nuove Tariffe per le Strutture Residenziali Psichiatriche”*, reca previsioni che delineano un modello di cura psichiatrica fortemente accentrato, in cui non riceve adeguata tutela la libera scelta del paziente psichiatrico che integra, invece, un fattore ineludibile per un sistema effettivamente concorrenziale.

Di qui l’interesse all’accoglimento del ricorso, in particolare alla luce del secondo motivo ivi formulato.

1) Come dedotto nel ricorso, l’impugnato Decreto Commissariale individua modalità di accesso del paziente psichiatrico alle strutture di cura, che risultano declinate secondo moduli organizzatori fortemente accentrati, contrastanti con i principi della libertà di cura e scelta da parte del paziente e della pari e libera concorrenza tra gli operatori.

Ed invero, vengono concentrate nel Dipartimento di Salute Mentale, peraltro secondo soluzioni procedurali unilaterali e per nulla partecipate, le varie fasi in cui può essere scandito il percorso assistenziale in favore del paziente, dall’individuazione della terapia, alla scelta della struttura, sino all’eventuale dimissione.

Vale a dire che i DSM detengono in via esclusiva: la definizione della

diagnosi e della conseguente determinazione del fabbisogno assistenziale; l'accesso del cittadino in strutture residenziali o semiresidenziali; l'individuazione non solo della tipologia, ma della specifica struttura.

Il che ha ricadute negative sotto molteplici profili.

In primo luogo, negando al malato mentale il diritto alla scelta del luogo di cura ex art. 32 Cost. e D.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, art. 8-*bis*, co. 2, rimane sullo sfondo, fino a perdere del tutto rilevanza, il tema del consenso del paziente, cui è, invece, connesso il riconoscimento in capo allo stesso della facoltà di scelta della struttura di cura tra quelle accreditate.

In secondo luogo, risulta del tutto dequotata la specificità del percorso terapeutico offerto dalla singola struttura accreditata, in quanto non elevata a fattore di orientamento della scelta da parte del paziente nell'ambito di un sistema concorrenziale.

L'anomalia del delineato sistema emerge, sotto tale profilo, nella concentrazione in capo al solo soggetto pubblico, ed al di fuori di schemi istituzionali di concertazione e partenariato, del potere di stabilire chi va curato, fino a quando va curato, come e dove va curato.

Tale modello, del tutto autoreferenziale, si spinge sino a rimettere la definizione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato esclusivamente all'équipe multidisciplinare del Centro di Salute Mentale che ha in carico l'utente, degradando l'apporto scientifico dei soggetti accreditati ad un rango meramente occasionale e subalterno.

E ciò in aperto contrasto con il principio di buon andamento, impedendosi l'espressione di quel pluralismo scientifico che viene, invece, correttamente valorizzato nell'accordo della Conferenza Unificata denominato "*le*

strutture residenziali psichiatriche” del 2013, laddove si attribuisce all’*équipe* della struttura residenziale la responsabilità – in coerenza con il Piano di Trattamento Individuale e in accordo col Centro di Salute Mentale che ha stilato quest’ultimo – della definizione ed elaborazione del Progetto Terapeutico Riabilitativo Personalizzato.

L’impugnato decreto delinea, dunque, un sistema in cui viene appiattito sino a scomparire del tutto l’apporto degli operatori privati, così frenando il progresso scientifico, clinico ed economico che sarebbe stato, invece, promosso valorizzando un sistema concorrenziale effettivo tra erogatori e modelli di intervento.

Nel campo della salute mentale, infatti, esistono almeno tre modelli di spiegazione e di cura differenziati della malattia mentale. La teoria scientifica dei tre fattori – psicologico, sociale e biologico – permette modelli di cura, in cui uno degli elementi può essere dominante:

- Modello a dominanza biologica / organica: il disturbo mentale come effetto di fragilità biologica, che predispone alla patologia in circostanze ambientali nefaste;
- Modello a dominanza sociale: il disturbo mentale come effetto di relazioni sociali patologiche, che minano l’evidenza naturale nei rapporti umani e lavorativi;
- Modello a dominanza psicologica. il disturbo mentale come malattia della soggettività e della intersoggettività.

In terzo luogo, risulta alterata la concorrenza, non solo tra gli operatori privati accreditati, ma anche tra questi ed il pubblico.

Ed invero, spettando unicamente al DSM la scelta della struttura di cura, lo stesso diventa anche arbitro delle modalità di copertura del fabbisogno.

Ed in tale prospettiva rileva che lo stato dell'offerta sanitaria di residenzialità e semiresidenzialità psichiatrica per adulti è caratterizzato – come del resto confermato dal Decreto commissariale n. 14 del 1° marzo 2017, avente a oggetto: "Programmi operativi 2016-2018". Approvazione", pagg. 195 e 196 – dalla presenza di una quota di circa il 65% di posti letto pubblici, in cui, peraltro, vengono conteggiate, a quanto risulta, anche le prestazioni rese da soggetti in realtà privati e non accreditati, operanti – in patente contrasto con le forme e i modi previsti dalla legge dello Stato (artt. 8 bis e ss. del D. Lgs. n. 502/1992 e ss. mm. ii.) – in regime di convenzione e/o con la messa a disposizione, da parte dell'ASL, di proprio personale medico.

2) Alla luce di quanto sopra, l'illegittimità dell'impugnato decreto commissariale scaturisce dallo sviluppo di un'ormai anacronistica percezione dei DSM come centri di governo e produzione diretta e tendenzialmente esclusiva, anziché di governo dei consumi finanziati dal Servizio Sanitario in **una rete** estesa e pluralistica di produttori, con specifici modelli di intervento, in cui riconoscere, accanto al soggetto pubblico, la presenza con pari dignità dei privati accreditati.

In particolare, nel sistema di cura mentale sotteso all'impugnato provvedimento viene mortificato l'apporto dell'operatore privato sotto il profilo scientifico, clinico e, conseguentemente, della libera iniziativa economica, in quanto costruita su di uno specifico modello scientifico.

P.Q.M.

SI CONCLUDE

Per l'accoglimento del ricorso.

Con ogni conseguente statuizione in ordine alle spese di giudizio.

Ai sensi del Testo Unico sulle spese di giustizia si dichiara che il presente atto non modifica il valore del giudizio.

Napoli, 12 luglio 2017

Avv. Umberto Morelli