

STUDIO LEGALE PAOLINI

87100 COSENZA – Viale della Repubblica, 110
80121 NAPOLI – Piazza Vittoria, 6
(0984) 38062 – 483118 – 31314
segreteria@studiolegalepaolini.com

AVV. MASSIMILIANO SILVETTI
Lungotevere dei Mellini, 7
00193 – Roma
tel. 063608191 (r.a.) – fax 063201094
email: segreteria@legaliastudio.it

TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE DEL LAZIO

Ricorso ad adiuvandum nel giudizio RG 9719/24

Per

- **ACOP - Associazione Coordinamento Ospedalità Privata**, in persona del Presidente e legale rappresentante *pro tempore* on. prof. Michele Vietti, nonché
- **Eurosanità S.p.A.**, in persona del Presidente e legale rappresentante *pro tempore* avv. Maurizio Martinetti,

entrambe rappresentate e difese, anche disgiuntamente, giuste Procure alle liti qui allegate *sub* docc. “A” e “B”, dagli avvocati Enzo Paolini (C.F.: PLNNZE57R02D086E

- pec: avv.enzopaolini@pecstudio.it) e Massimiliano Silvetti (C.F.: SLVMSM71B01H501D - pec: massimilianosilvetti@ordineavvocatiroma.org) elettivamente domiciliate in Roma, 00193, presso lo studio dell’avv. Massimiliano Silvetti, al Lungotevere dei Mellini, n. 7;

= Ricorrenti *ad adiuvandum* =

nel Ricorso incardinato da

l’**“Istituto Figlie di San Camillo” - Ospedale “Madre Giuseppina Vannini”**, con sede in Roma, Via Acqua Bullicante n. 4 – C.F. 01588540581, rappresentata e difesa dall’Avv. Silvio Bozzi;

= Ricorrente principale =

contro

- La **Regione Lazio** (P. IVA 80143490581) in persona del Presidente *pro tempore* presso la sua sede in Roma, via Cristofaro Colombo 212.
- La **Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS** (P.IVA

13109681000), in persona del rappresentante legale *pro tempore*, nella sua sede legale in Roma, in Largo Francesco Vito 1, Cap 00168.

- **L’Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Umberto I** (P. IVA 05865511009), in persona del rappresentante legale *pro tempore*, nella sua sede legale in Roma, in Viale del Policlinico, 155, Cap 00161.

- **L’Azienda Ospedaliera S. Camillo Forlanini**, in persona del rappresentante legale *pro tempore*, nella sua sede legale in Roma, Circonvallazione Gianicolense 87.

= Resistenti =

per l’annullamento

della **Determinazione della Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione Lazio G08883 del 3 luglio 2024** pubblicata sul BURL n. 58 del 18 luglio 2024 (doc. 1) nonché di ogni altro atto presupposto, connesso e conseguente ivi compresi, tra gli altri e ove occorra, dei DCA n. 422 del 2015 e 334 del 2017 (docc. 2 e 3); nonché della **Deliberazione della Giunta Regionale n. 695 del 4 agosto 2022** pubblicata sul BURL del 25 agosto 2022 (doc. 4), nonché di ogni altro atto o provvedimento a questi connesso in quanto propedeutico, consequenziale, interpretativo o comunque da essi presupposto o derivante.

*

PREMESSA

1. Le odierne Ricorrenti *ad adiuvandum*.

1.1. La Associazione Coordinamento Ospedalità Privata ACOP (di seguito, per brevità, “**ACOP**”) è un’associazione che tutela gli interessi ed i diritti delle Strutture Sanitarie private tra cui gli erogatori ricadenti nel novero di quelle interessate dai provvedimenti della Regione Lazio che qui si contestano (Statuto ACOP, doc. 5).

1.2. La Eurosanità S.p.a. (di seguito, per brevità, anche definita “**Società**”) gestisce l’Ospedale “Policlinico Casilino”, sito in Via Casilina n. 1040 (“**Policlinico Casilino**”) insistente sul territorio della ASL “Roma 2” (già ASL “Roma B”, d’ora innanzi anche “**ASL**”) e, negli anni, in regime di convenzionamento con quest’ultima.

Il Policlinico Casilino è divenuto Struttura formalmente accreditata con il Servizio Sanitario Nazionale con DCA n. U00034 del 23 gennaio 2019 (doc. 6), avente ad oggetto “*Conferma dell’autorizzazione all’esercizio e all’accreditamento istituzionale definitivo al Policlinico Casilino*”.

Con DCA n. 485 del 7 dicembre 2018 (doc. 7), veniva confermata l’autorizzazione e l’accreditamento definitivo del Poliambulatorio di Via Casilina n. 1040.

A valle del DCA n. U00034/2019, in data 6 agosto 2019, veniva quindi sottoscritto il pedissequo Accordo-Contratto *ex art. 8-quinquies* D.Lgs. n. 502/1992 (doc. 8) (l’“**Accordo-Contratto**”), con decorrenza, ai sensi dell’art. 6 dello stesso Accordo-Contratto, a partire dal 1° febbraio 2019.

Il Policlinico Casilino è una Struttura dotata di Pronto Soccorso (che registra da anni il maggior numero di passaggi nella Regione Lazio) ed è stato evocato in giudizio dal Ricorrente come controinteressato.

*

2. La remunerazione dei costi per l’Emergenza-Urgenza.

Con Determinazione della Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione Lazio G08883 del 3 luglio 2024 è stata introdotta la disciplina della remunerazione per l’anno 2023 dei costi sostenuti dall’ospedale per la rete dell’Emergenza-Urgenza e della rete delle Terapie Intensive.

Tale Determinazione è stata impugnata dall’Istituto Figlie di San Camillo” - Ospedale “Madre Giuseppina Vannini” (“**Ricorrente principale**”) alle cui censure le odierne Ricorrenti *ad adiuvandum* si associano.

In punto di fatto, per più compiutamente inquadrare l'oggetto del contendere, oltre a quanto già riportato nel Ricorso principale, si tenga ulteriormente presente quanto segue.

Nel 2014 la Regione Lazio ha richiesto all'Agenas uno Studio indipendente per formulare una proposta di determinazione della quota di finanziamento ai sensi dell'art. 8-*sexies*, comma 2, D.Lgs. 502/1992 relativo ai maggiori costi per le attività, con elevati costi d'attesa, connesse alla terapia intensiva, alla terapia intensiva neonatale e alle unità coronariche.

I risultati dello Studio (doc. 8), riportati nell'Allegato A del Decreto del Commissario ad Acta n. U00265 del 1° settembre 2014, quantificavano i costi del personale in base al numero dei posti letto nonché i costi diretti e generali in percentuale rispetto ai costi del personale (rispettivamente in misura pari al 61% e al 35%).

Ne conseguiva che, secondo lo Studio, il costo del personale rappresentava una percentuale pari solo al 51% dei costi del reparto.

Nell'allegato A al DCA 422/2015 è stata ulteriormente dettagliata la metodologia con cui la Regione ha valorizzato i finanziamenti per l'anno 2015, tenendo conto della quota parte di costi assorbiti dalle tariffe a DRG per i ricoveri dei pazienti transitati in terapia intensiva, terapia intensiva coronarica (UTIC) e terapia intensiva neonatale (TIN).

I rimborsi attribuiti, già decurtati della quota parte coperta dalla tariffa a DRG, risultavano i seguenti:

| Tipologia Terapia Intensiva | Costo medio annuo posto letto (al netto dei ricavi da DRG) |
|---|---|
| Terapia Intensiva | 287.899 € |
| Unità Terapia Intensiva Coronarica (UTIC) | 236.260 € |
| Terapia Intensiva Neonatale (TIN) | 324.348 € |

Il costo calcolato per singolo posto letto, già al netto della quota parte coperta dalla tariffa a DRG, è stato poi soggetto a continue decurtazioni nelle annualità successive fino al 2018, senza una documentata rivalutazione dei costi di produzione e, in alcune annualità, al solo dichiarato fine di recuperare risorse finanziarie da destinare all'acquisto di altre prestazioni assistenziali.

Nel triennio 2019-2021, il finanziamento è stato poi riconosciuto a giornata di degenza in base ai fondi *ad hoc* stanziati ed al numero di giornate effettive registrate.

Dal 2022 la Regione ha nuovamente attribuito il finanziamento, basandosi sui valori di costo medio del 2018, applicando tuttavia, a causa dell'insufficienza dei fondi stanziati:

- una regressione lineare del 4,3691% nel 2022 (Det. G07301 del 26 maggio 2023);
- una regressione lineare del 9,012% nel 2023 (Det. G08883 del 3 luglio 2024).

Analizzando l'evoluzione avuta negli anni nell'attribuzione dei finanziamenti per i costi di attesa per le funzioni di Terapia Intensiva, UTIC e TIN emerge dunque quanto segue:

| | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2022 | 2023 |
|------|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|-----------------|
| | DCA 422/2015 | DCA 391/2016 | DCA 334/2017 | DCA 334/2017 | Det G14771/2023 | Det G08883/2024 |
| T.I. | 287.899 | 267.230 | 259.213 | 248.524 | 237.666 | 226.127 |
| UTIC | 236.260 | 190.357 | 184.646 | 177.032 | 169.297 | 161.078 |
| TIN | 324.348 | 252.910 | 245.323 | 235.195 | 224.919 | 213.999 |

* * *

Le Ricorrenti *ad adiuvandum* aderiscono, facendole proprie, a tutte le censure già stigmatizzate dalla Ricorrente principale avverso gli atti impugnati.

La Determinazione della Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione Lazio G08883 del 3 luglio 2024 e la Deliberazione della Giunta Regionale n.

695 del 4 agosto 2022, nonché tutti i presupposti e conseguenti atti e provvedimenti sono infatti illegittime e, pertanto, meritano di essere annullate, oltre che per le ragioni già evidenziate nel Ricorso principale, anche per i seguenti ulteriori motivi di

DIRITTO

Violazione e/o falsa applicazione dell'art. 8 e ss. del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.i.

**Eccesso di potere, difetto di istruttoria, contraddittorietà, illogicità, irragionevole
disparità di trattamento, ingiustizia grave e manifesta. Travisamento dei fatti.
Errore. Sviamento.**

*

Finanziamento a funzione dell'Emergenza-Urgenza

A. Del tutto illegittimo è il provvedimento adottato rispetto alla fissazione degli importi medi di rimborso ad accesso per i maggiori costi dell'Emergenza.

Nel medesimo Studio del 2014 sopra richiamato (doc. 8), l'Agenas, tenendo conto del rispettivo livello di complessità assistenziale (Pronto Soccorso, Pronto Soccorso specialistico, DEA I livello, DEA II livello), aveva quantificato il costo medio per singolo accesso in Pronto Soccorso.

I relativi importi sono stati successivamente indicati e recepiti nel DCA 422/2015, che a quello Studio ha fatto seguito.

| Livello | Costo medio ad accesso |
|------------------|-------------------------------|
| DEA II livello | 176,07 |
| DEA I livello | 161,57 |
| PS specialistico | 133,01 |
| PS | 120,61 |

I suddetti importi sono stati confermati per l'anno 2016 (DCA 391/2016) nonché per il biennio 2017-2018 (doc. 9) rispetto al quale tuttavia gli stessi importi erano ridotti del 20% per gli erogatori che non avessero registrato, nel 2015, un volume minimo prestabilito di accessi in base al livello di complessità assistenziale.

Nel triennio 2019-2021, il finanziamento è stato poi riconosciuto per singolo accesso in base ai fondi *ad hoc* stanziati e al numero di accessi effettivamente registrati in corso d'anno (doc. 10).

Nel 2022, la Regione ha nuovamente attribuito il finanziamento basandosi sui valori di costo medio del 2018, con un'attenuazione della riduzione determinata dal mancato raggiungimento del volume minimo di accessi (doc. 11)

In ogni caso, il valore del rimborso massimo nel 2022 era lo stesso che era stato determinato quasi dieci anni prima sulla base di costi di produzione che nel tempo, invece, sono significativamente aumentati in tutti i fattori di produzione.

Nel 2023, è seguita una inaspettata ulteriore riduzione degli importi di rimborso ad accesso in Pronto Soccorso dei maggiori costi di attesa per l'Emergenza-Urgenza, che sono stati decurtati del 6,06% rispetto all'annualità precedente.

E ciò per non oltrepassare, a detta della Regione, i limiti di finanziamento 2023 previsti nell'ambito delle funzioni di Emergenza-Urgenza (**il fondo ammonta a € 78.587.362,21**).

Il tutto peraltro ad esercizio 2023 già ampiamente concluso, a costi già sostenuti, a bilanci delle Strutture già approvati e senza alcun confronto preliminare con le relative Associazioni di categoria.

E ciò, nonostante il chiaro disposto dell'art. 19 "*Determinazione della disciplina degli accordi contrattuali*" della Legge Regionale n. 4 del 3 marzo 2023 "*Norme in materia di autorizzazione alla realizzazione di strutture e all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie, di accreditamento istituzionale e di accordi contrattuali*" che stabilisce che la Giunta regionale determini con apposito provvedimento la disciplina degli accordi contrattuali, previa intesa con le organizzazioni dei soggetti pubblici ed equiparati accreditati e dei soggetti privati accreditati rappresentative a livello regionale, anche con riferimento (comma 1 lettera d) ai criteri per stabilire,

secondo il sistema di classificazione dei soggetti accreditati, la remunerazione delle prestazioni (la legge si riferisce alla prima emissione della disciplina ma non può che applicarsi anche alle successive modifiche sostanziali).

*

B. Nel caso di specie, è pacifico che i Servizi di Emergenza consistano in attività assistenziali non rifiutabili, destinate a pazienti fragili in condizioni di rischio e possibile compromissione di funzioni vitali, la cui erogazione è vincolata a rigidi requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi che rendono il relativo costo di produzione del tutto incomprimibile.

L'assegnazione di sufficienti coperture economiche dovrebbe quindi rappresentare una assoluta priorità nella politica allocativa delle seppur limitate risorse del Fondo Sanitario Regionale.

Un'eventuale copertura solo parziale dei suddetti rimborsi potrebbe – *rectius*, dovrebbe – discendere esclusivamente da situazioni del tutto eccezionali che abbiano determinato un'assoluta carenza di risorse, circostanza non riscontrabile, non affermata, né documentata in alcun modo nell'anno 2023.

*

C. A ciò si aggiunga che nel medesimo provvedimento qui impugnato la Regione ha stanziato un **fondo di 40 milioni di euro** (che secondo logica dovrebbe essere ulteriore rispetto al fondo di € 78.587.326,21 sopra indicato), con la dichiarata finalità di voler finanziare i maggiori costi connessi a prestazioni sanitarie erogate da Strutture caratterizzate da un'elevata complessità organizzativa che avessero registrato nell'esercizio 2023 un indice di dispersione specialistico per DRG ad alta e media complessità assistenziale superiore al 90%.

Tuttavia le modalità di calcolo dell'indice di dispersione indicate nel provvedimento in oggetto precludono **a priori** l'accesso al Fondo per la quasi totalità

degli erogatori privati accreditati, dal momento che non si prevede l'esclusione dal calcolo dell'indicatore di quei DRG che risultano in concreto non erogabili, per assenza nella Struttura della rispettiva disciplina accreditata.

In altri termini, le risorse assegnabili vengono parametrize su tutti i DRG astrattamente erogabili nella Regione, a prescindere dal fatto che le singole Strutture possano erogarle concretamente. Gli indicatori e le soglie previste per l'assegnazione risultano, pertanto, sostanzialmente irraggiungibili.

*

D. Per altro verso, si pensi che un solo unico soggetto privato (il Policlinico Gemelli) risulta destinatario di grandissima parte dei suddetti fondi per oltre 20 milioni di euro (per l'esattezza € 20.267.528,96).

Tale somma ha assorbito oltre un quarto del complessivo fondo di € 78.587.362,21 (e non solo di quello "ulteriore" di € 40 milioni), stanziato per le funzioni di Emergenza-Urgenza delle Strutture Private accreditate.

E in effetti, solo per coprire il costo dell'ingiustificata "attribuzione" al Gemelli si può spiegare l'introduzione nel 2023 della regressione di oltre il 6% dei rimborsi dei maggiori costi di attesa.

La sottrazione dell'importo di € 20.267.528,96 rende esuberante la produzione rispetto al fondo stanziato che deve perciò essere riassegnato con riduzione percentuale dal 6.06%.

| PS/DEA | accessi netti 2023 | Rimborso ad accesso pieno | Finanziamento a rimborso ad accesso pieno (€) | Rimborso ad accesso con regressione | Finanziamento Det G08883/2024 (€) |
|---------------------------------|--------------------|---------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Pol. Gemelli | 65.977 | 167,27 | 11.035.972,79 | 157,13 | 10.366.966,01 |
| Aurelia 80 | 19.649 | 153,49 | 3.015.925,01 | 144,19 | 2.833.189,31 |
| Aurelia Hospital srl | 3.425 | 153,49 | 525.703,25 | 144,19 | 493.850,75 |
| FBF - Isola Tiberina | 29.011 | 153,49 | 4.452.898,39 | 144,19 | 4.183.096,09 |
| San Pietro FBF | 40.867 | 153,49 | 6.272.675,83 | 144,19 | 5.892.612,73 |
| Vannini | 33.777 | 153,49 | 5.184.431,73 | 144,19 | 4.870.305,63 |
| Pol. Casilino | 76.444 | 161,57 | 12.351.057,08 | 151,78 | 11.602.670,32 |
| Campus Biomedico | 30.608 | 153,49 | 4.698.021,92 | 144,19 | 4.413.367,52 |
| Cristo Re | 21.739 | 120,61 | 2.621.940,79 | 113,3 | 2.463.028,70 |
| San Carlo di Nancy | 26.955 | 120,61 | 3.251.042,55 | 113,3 | 3.054.001,50 |
| Sant'Anna | 20.456 | 120,61 | 2.467.198,16 | 113,3 | 2.317.664,80 |
| Città di Aprilia | 31.471 | 120,61 | 3.795.717,31 | 113,3 | 3.565.664,30 |
| ICOT | 18.073 | 133,01 | 2.403.889,73 | 124,95 | 2.258.221,35 |
| Tot | 418.452 | | 62.076.474,54 | | 58.314.639,01 |
| Gemelli (indice di dispersione) | | | 20.267.528,96 | | 20.267.528,96 |
| Totale | | | 82.344.003,50 | | 78.582.167,97 |
| Fondo | | | 78.587.362,21 | | 78.587.362,21 |

> **sforamento fondo**

3.756.641,29

> **regressione**

6,06%

Pertanto, oltre un quarto del Fondo finalizzato al finanziamento delle funzioni di Emergenza-Urgenza in base ai criteri definiti è stato reso attribuibile - ed è stato poi effettivamente attribuito, per € 20.267.528,96 - a un unico soggetto erogatore in base a presunti maggiori costi connessi a prestazioni sanitarie erogate da Strutture caratterizzate da un'elevata complessità organizzativa.

E ciò senza neppure che il provvedimento dia conto delle modalità con cui il destinatario del finanziamento abbia rendicontato che i suddetti costi siano stati effettivamente sostenuti né di come la Regione li abbia poi verificati.

*

E. La “squilibrata” attribuzione al Gemelli, congiuntamente al calcolo dei rimborsi dei maggiori costi di attesa degli altri erogatori, determina lo sfioramento per € 3.756.641,29 del Fondo complessivo stanziato (€ 78.587.362,21).

Il suddetto “sfioramento” ha fatto scattare quindi, sulla base della metodologia utilizzata dalla Regione nel provvedimento impugnato, l’applicazione di una percentuale lineare di **regressione** che tuttavia non è stata applicata a tutti i finanziamenti gravanti sul fondo ma solo ai maggiori costi di attesa dei PS/DEA, mentre la quota parte assegnata al Policlinico Gemelli in base all’indice di dispersione è rimasta inspiegabilmente sottratta alla regressione.

Tutti gli altri erogatori sono stati quindi doppiamente lesi:

- *una prima volta*, perché oltre un quarto del fondo stanziato è stato invece destinato alla copertura di costi (allo stato, virtuali) di un solo erogatore, mentre tutti gli altri ne sono rimasti esclusi in base ai criteri di attribuzione;
- *una seconda volta*, perché la quota di finanziamento così iniquamente attribuita ha contribuito a rendere incapiente il fondo complessivo stanziato. E di ciò hanno fatto le spese solo gli altri erogatori, soggetti ad una regressione tariffaria del 6,06%, in quanto la quota sottratta non ha subito invece alcuna regressione.

*

F. Ulteriore elemento di criticità è rappresentato dai criteri di selezione utilizzati dalla Regione per individuare i ricoveri da conteggiare ai fini del **calcolo dell’indice di dispersione**, non sufficientemente dettagliati nel testo della Determinazione G08883/2024.

Il suddetto provvedimento tal proposito dispone:

“È confermato anche per il 2023, il fondo di € 40.000.000,00 per finanziarie i maggiori costi connessi a prestazioni sanitarie erogate da strutture caratterizzate da un’elevata

complessità organizzativa che hanno registrato nell'esercizio 2023 un indice di dispersione specialistico per DRG ad alta e media complessità assistenziale, ad esclusione di quelli ad alto rischio di inappropriatezza superiore al 90%. Nello specifico, la quota di finanziamento è stata determinata secondo la seguente metodologia:

- differenziazione delle strutture in base al numero di casi di ricovero ad alta e media complessità (ottenuti escludendo i DRG "potenzialmente inappropriati"), corretti con l'indice di dispersione specialistica (IDS) calcolato su 417 DRG, distinti in 84 di alta complessità e 333 di media complessità (DCA 310/2021);
- attribuzione della quota parte di finanziamento (complessivo pari ad € 40.000.000) alle strutture che registrano un indice di dispersione > 90%; tale quota verrà assegnata a ciascuna struttura in base all'incidenza percentuale del numero dei casi registrati dalle strutture con indice di dispersione > 90% corretti per il relativo indice di dispersione sul totale del numero dei casi registrati dalle strutture che accedono a tale fondo."

Dal testo non è dato comprendere se i ricoveri selezionati – al fine di calcolare l'indice di dispersione – siano esclusivamente quelli provenienti dalla rete dell'Emergenza (modalità urgente e provenienza dal proprio Pronto Soccorso o per trasferimento dal Pronto Soccorso di altra struttura) ovvero comprendano tutti i ricoveri, anche in regime di elezione.

Se fossero stati selezionati dalla Regione tutti i ricoveri, ivi inclusi quelli in elezione, non si giustificerebbe in alcun modo perché i € 20.267.528,96 attribuiti al Policlinico Gemelli vengano conteggiati nell'ambito del fondo di € 78.587.362,21 stanziato per le funzioni di Emergenza-Urgenza.

Escludendo tale importo, la somma dei finanziamenti a funzione calcolati a tariffa piena per tutte le strutture in base al numero degli accessi in PS, pari a € 62.076.474,54, sarebbe stata pienamente coperta dal fondo e nessuna regressione tariffaria si sarebbe resa necessaria.

*

G. Al fine di poter conoscere nei dettagli gli scopi e le intenzioni degli Uffici Regionali, per come tradotti nella complessa procedura, il Policlinico Casilino ha

inoltrato – nelle forme di legge – istanza di accesso agli atti (doc. 12) con la quale ha richiesto testualmente

“con riferimento ai richiamati “casi registrati dalle strutture con indice di dispersione > 90% corretti per il relativo indice di dispersione sul totale del numero dei casi registrati dalle strutture che accedono a tale fondo”, di poter conoscere ed esaminare la documentazione relativa ai criteri di selezione, sia al numeratore che al denominatore, dagli archivi regionali 2023 del flusso SIO-XL, nonché di conoscere se i casi siano stati o meno filtrati sulla base delle informazioni contenute nei seguenti campi del tracciato record SIO-XL: “Provenienza” e “Modalità”

Il riscontro da parte della Regione si è avuto con Nota prot. 1203325 del 2 ottobre 2024 a firma del Direttore Regionale Salute (doc. 13) nella quale è testualmente scritto quanto segue.

“In relazione all’istanza soprarichiamata, con la quale la Società Eurosanità S.p.a. ha formalizzato istanza di accesso agli atti al fine di visionare ed acquisire documentazione in relazione al calcolo delle funzioni ospedaliere 2023, approvate con determinazione n. G08883/2024 avente ad oggetto: “Definizione dei livelli massimi di finanziamento per le strutture private accreditate erogatrici di prestazioni di assistenza ospedaliera per acuti, F.R.A.C., riabilitazione post-acuzie e lungodegenza medica con onere a carico del servizio sanitario regionale per l’anno 2023, in attuazione di quanto previsto dalla DGR n. 642 del 2 d luglio 2022”, si forniscono i seguenti chiarimenti.

In particolare, codesta Società mira a conoscere i criteri utilizzati, con i quali è stata individuata la selezione dei ricoveri ai fini del calcolo dell’indice di dispersione specialistica (IDS) uno dei parametri, presi a base di calcolo, per l’assegnazione del fondo aggiuntivo di 40.000.000 già presente nell’anno 2022, sul presupposto che i suddetti criteri “...appaiono generici e non specificamente dettagliati, difettando dunque la determinazione dei necessari requisiti di chiarezza e trasparenza ”

Di fatto la richiamata determinazione ha chiarito che, il fondo di € 40.000.000,00, per finanziare i maggiori costi connessi a prestazioni sanitarie erogate da strutture caratterizzate da un’elevata complessità organizzativa che hanno registrato nell’esercizio 2023 un indice di dispersione specialistico per DRG ad alta e media complessità assistenziale, ad esclusione di quelli ad alto rischio di inappropriatezza superiore al 90% è stato attribuito sulla base dei seguenti criteri, già esplicitati nella richiamata determinazione:

- *differenziazione delle strutture in base al numero di casi di ricovero ad alta e media complessità (ottenuti escludendo i DRG “potenzialmente inappropriati”), corretti con l’indice di dispersione specialistica (IDS) calcolato su 417 DRG, distinti in 84 di alta complessità e 333 di media complessità;*

- *attribuzione della quota parte di finanziamento (complessivo pari ad C 40.000.000) alle strutture che registrano un indice di dispersione > 90%; tale quota verrà assegnata a ciascuna struttura in base all’incidenza percentuale del numero dei casi registrati dalle strutture con indice di dispersione > 90/o corretti per il relativo indice di dispersione sul totale del numero dei casi registrati dalle strutture che accedono a tale fondo.*

Al fine di dare seguito alla presente istanza di accesso agli atti, l’Area Economico finanziaria e rapporti con gli operatori economici, ha ritenuto di acquisire ulteriori informazioni come richieste da codesta Società e, con nota prot. n. 1129369 del 17 settembre 2024 ha chiesto all’Area Sistemi informativi/ICT l’estrazione delle seguenti informazioni:

- *elenco dei 417 DRG per il calcolo dei casi di ricovero ad alta e media complessità;*
- *elenco dei casi, registrati dal Policlinico Casilino, per l’anno 2023, utili alla determinazione dell’indice di dispersione specialistico;*
- *criteri di selezione dagli archivi SIOXL, comprensivi di eventuali filtri sui campi del tracciato record, in particolare i campi “Provenienza” e “Modalità”.*

Pertanto, in relazione alla presente istanza di accesso agli atti, si trasmette la seguente documentazione, trasmessa dall’Area competente con nota Prot. n. 1154847 del 23/09/2024:

- *Lista DRG classificati per complessità*
- *Estrazione per singola SDO 2023 Policlinico Casilino rispondente alla suddetta elaborazione*

In relazione al criterio di selezione è stato adottato il seguente parametro:

- *Strutture dotate di PS in accordo con la rete regionale dell’emergenza*
- *Onere delle SDO (solo quelle a carico del SSR)*

Di seguito il rapporto dal quale è stato ricavato l’indice di dispersione specialistica:

$$IDS = \frac{\text{n° dei DRG ad alta e media complessità trattati } 289}{\text{DRG ad alta complessità e media complessità } 417} = \dots (69\%)$$

Dalla risposta testualmente riportata si capisce meglio la procedura seguita dagli Uffici Regionali, si confermano le perplessità e si rafforzano i motivi di censura.

Viene infatti esplicitato che l'indice di dispersione - cioè la proporzione tra tutti i DRG ad alta e media complessità effettivamente trattati dalla Struttura e quelli astrattamente trattabili - è stata calcolata, per il Policlinico Casilino, sulla base di tutti i DRG erogabili in astratto e non, come sarebbe stato logico e corretto, sulla base di quelli effettivamente erogabili dal Policlinico in quanto afferenti a specialità accreditate.

In altre parole, uno dei fattori della proporzione non poteva e non può essere applicato al Policlinico Casilino nella dimensione indicata (cioè 417) dal momento che la Struttura non poteva – e non può – erogare tutti i DRG previsti ma un numero consistentemente inferiore.

Dunque se il riconoscimento della “premierità” ha lo scopo di valorizzare la capacità delle Strutture di erogare prestazioni di alta e media complessità con un alto “indice di dispersione” (ovvero coprendo nella misura più consistente tutti quelli erogabili), il fatto di calcolare tale indice tenendo conto anche dei DRG non erogabili della Struttura falsa il dato, inconfutabilmente.

Se invece si fosse applicato correttamente il criterio stabilito dalla Regione (proporzione tra i casi trattati e quelli astrattamente trattabili in quanto erogabili a valere sull'offerta accreditata) il Policlinico Casilino avrebbe vantato un indice di dispersione superiore al 90%, tale da consentirgli di concorrere alla ripartizione del fondo all'uopo destinato.

*

H. Ulteriore motivo di censura consiste nell'inserimento, da parte della Regione Lazio, nel numero dei casi trattati (cioè l'altro fattore della produzione) quelli cosiddetti “di elezione”, cioè non provenienti dalla Emergenza-Urgenza.

Ciò provoca un duplice, illegittimo, fenomeno distorsivo.

Il primo è quello di creare un vantaggio, ad esempio per il Policlinico Gemelli, non coerente con la funzione propria del finanziamento.

Il secondo è quello di rendere iniqua la sottrazione dal fondo destinato alla Emergenza-Urgenza, della premialità basata su un calcolo generale, che tiene conto anche delle prestazioni rese in elezione.

Si pensi ad una struttura dotata di Pronto Soccorso che tuttavia si rifiutasse di ricoverare i pazienti urgenti in reparto di degenza per destinare tutta l'offerta ospedaliera ai soli pazienti in elezione. Se l'attività elettiva coprisse un ampio ventaglio di DRG di medio-alta complessità così da rendere l'indice di dispersione, per come erroneamente calcolato, superiore al 90%, tale Struttura si troverebbe ad assorbire risorse dal fondo destinato all'Emergenza-Urgenza, pur non avendo adempiuto in alcun modo al suo ruolo nell'ambito della rete dell'Emergenza.

E' evidente che trattasi di un calcolo errato e che l'indice di dispersione vada invece calcolato sui soli ricoveri provenienti dalla rete dell'Emergenza se dal relativo fondo si vogliono assorbire le risorse.

Mentre, viceversa, se lo si intende calcolare a valere su tutta l'attività ospedaliera, ivi inclusa quella elettiva, le risorse economiche a ciò destinate devono essere esterne al fondo dell'Emergenza così da non penalizzare, con ingiuste regressioni lineari, le Strutture che hanno erogato attività di Pronto Soccorso, come il Policlinico Casilino.

*

Mancata rivalutazione

Le riduzioni apportate unilateralmente nel tempo dalla Regione Lazio (-21,5 % per le terapie intensive, -31,8% per le UTIC, -34% per le TIN) sono state infine effettuate senza alcuna rivalutazione dei costi di produzione e ciò quantomeno per un duplice ordine di ragioni.

Da un primo punto di vista, della rivalutazione non si fa neanche accenno nelle istruttorie dei provvedimenti regionali (cfr., da ultimo, la Determinazione G08883/2024)

Da un secondo punto di vista, perché le stesse sono oggettivamente del tutto illogiche stante il consistente e notorio aumento, nello stesso periodo, dei costi di tutti i fattori di produzione (costi energetici, costi per gli acquisti legati al fenomeno inflazionistico, costo del personale in ragione degli aumenti contrattuali, ecc.).

*

Da quanto sopra esposto e da quanto stigmatizzato nel Ricorso principale, consegue che i provvedimenti e gli atti impugnati debbano essere annullati, *in parte qua*, essendo stati assunti in totale violazione dei principi generali in materia di procedimento amministrativo, oltre che violativi delle norme di legge richiamate e palesemente irragionevoli, ingiusti e contraddittori rispetto a precedenti provvedimenti.

*

P.Q.M.

La ACOP - Associazione Coordinamento Ospedalità Privata e la Eurosanità S.p.a., *ut supra* rappresentate e difese, chiedono che l'Ecc.mo TAR adito, in accoglimento del Ricorso principale, voglia annullare i provvedimenti impugnati.

Con vittoria di spese, competenze e onorari di causa.

*

In via istruttoria, si allegano i documenti richiamati nel presente atto, come da separato Foliaro.

Con osservanza.



Roma, 15 ottobre 2024

avv. Enzo Paolini

avv. Massimiliano Silveti