

L'UTILIZZO DELLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE NELLA LOTTA ALLA PANDEMIA ED IL SISTEMA DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE COMPESSIVO MESSO ALLA PROVA DEI FATTI . IN PARTICOLARE IL CASO CAMPANIA

In questa terribile pandemia, in questa drammatica temperie storica, il SSN è stato intensamente messo sotto pressione: da più parti si sono sottolineati il grande senso del dovere e la professionalità dei nostri sanitari. Poi – come sempre accade – al momento di celebrazione unanime hanno fatto seguito le polemiche. In disparte delle discussioni relative ai casi delle residenze sanitarie assistite, l'altro grande tema dibattuto è stato quello dell'impegno della sanità pubblica e di quella privata, perché da taluni si è ritenuto che in Italia(e soprattutto in alcune Regioni) si è verificata un '**indebita cessione di funzioni** alla sanità privata.

In realtà, non sempre è andata così: là dove, infatti, il rapporto tra pubblico e privato è stato rigorosamente declinato sul piano dell'integrazione, con un **severo controllo pubblico** sulle attività svolte dai privati, gli esiti sono apparsi soddisfacenti: in tal senso l'esperienza della Regione Campania appare paradigmatica.

La Regione Campania non appare – al momento – una delle zone del paese nelle quali il virus pandemico che ci affligge (COVID 19) si è manifestato con maggiore aggressività.

Nondimeno la Regione non era dotata – almeno all'inizio – di un sistema sanitario assistenziale idoneo a fronteggiare adeguatamente la grave crisi epidemiologica in corso.

Per tali motivi l'Ente regionale ha dovuto porre in essere misure organizzative drastiche e urgenti.

Appartengono oramai all'aneddotica satirica le performances del vulcanico Presidente della Regione De Luca, ma – in disparte da esse – vanno esaminate in concreto le misure adottate.

Hanno suscitato entusiasmo e condivisione le immagini dell'arrivo a Napoli della lunga colonna dei 51 TIR e della conseguente, rapida installazione- nel parcheggio dell'Ospedale del Mare – di un ospedale da campo attrezzato con molteplici posti di terapia intensiva.

Ma tale misura organizzativa, unitamente col potenziamento dell'Ospedale Cotugno, con l'allestimento dell'Ospedale Loreto Mare e di quello di Boscotrecase come nosocomi interamente dedicati al COVID 19 , non è sembrata – all'Unità di crisi insediatasi in Campania - sufficiente per irrobustire e rendere pienamente operativo il sistema assistenziale campano.

Pertanto, l'Unità di crisi campana, facendo anche leva sull'**art.3 del DL 17/3/2020 n. 18** (convertito con modificazioni dalla legge 24/4/2020 n. 27) , il quale conferisce alle Regioni e alle Province autonome di Trento e Bolzano la facoltà di derogare ai limiti di spesa fissati, al fine di fronteggiare l'emergenza dovuta alla diffusione del COVID 19, in data **27/3/2020** ha stipulato con l'AIOP (l'Associazione Italiana Ospedalità Privata sede regionale della Campania- l'Associazione che riunisce il maggior numero di case di cura della Regione) un **protocollo d'intesa** , cui ha fatto seguito un **addendum** in data **3/4/2020**.

Con tali protocolli è stato previsto che le Case di Cura associate all'AIOP avrebbero messo a disposizione dell'Unità di crisi posti letto per pazienti Covid di grado *medio* , per pazienti Covid di grado *lieve* e posti letto per *pazienti clinicamente* guariti, ma in attesa di effettuare il doppio tampone

per la definitiva dimissione , nonché posti letto per pazienti NON COVID per dare la possibilità ai presidi pubblici di attrezzare i loro posti letto per ricevere i pazienti COVID.

L' impegno complessivo per tali tipologie ha comportato l' allestimento – da parte delle strutture private accreditate – di **3125 posti letto**.

Per altro, nell' addendum del 3/4/2020 si è dato atto che le strutture private accreditate hanno dovuto **sospendere l' attività assistenziale di elezione** (quella non urgente), hanno dovuto sospendere l' **attività di specialistica ambulatoriale** (i provvedimenti che hanno disposto tali sospensioni sono a cura della Direzione Generale per la Tutela della Salute e il coordinamento del sistema sanitario regionale) , hanno dovuto sopportare costi fissi per garantire l' operatività delle strutture (personale e altri) e hanno dovuto sostenere costi aggiuntivi dettati dalle necessità di convertire le strutture per fronteggiare l' emergenza.

In virtù di tali circostanze, la remunerazione contemplata nei protocolli indicati viene **svincolata** dall' effettuazione concreta della prestazione e viene, quindi, collegata - sinallagmaticamente - alla **sola obbligazione della predisposizione dei reparti in conformità ai predetti protocolli di intesa**.

La soluzione ermeneutica proposta risponde alle regole esegetiche fissate dagli artt.1362/1371 c.c.

Invero, l' interpretazione **letterale** delle clausole non è difforme dalla valutazione della **comune intenzione dei contraenti** di cui all' art. 1362 del c.c. Oltre alla espressa affermazione contenuta nell' *addendum* del 3/4/2020, soccorre anche il **criterio logico e quello di conservazione del contratto ai sensi dell' art.1367 c.c.**, atteso che – in mancanza del protocollo de quo – le Case di Cura – impossibilitate all' attività di elezione e alla specialistica ambulatoriale – avrebbero potuto legittimamente procedere alla sospensione dell' intera attività, ponendo il personale in CIG.

In conclusione, per altro, può legittimamente affermarsi che il modello previsto non conduce affatto ad una **sottomissione della sanità pubblica a quella privata**, ma ad un corretto utilizzo delle risorse private al fine della compiuta realizzazione del disegno unitario del SSN, nel quale al settore pubblico competono comunque **funzioni di rigoroso controllo** sull' esecuzione delle prestazioni.

La fondatezza del principio appena esposto può anche verificarsi alla luce del nuovo verbale di intesa tra le parti del **3/5/2020** col quale la Regione – avendo registrato una netta diminuzione dei contagi che ha determinato una riduzione dei ricoveri sia nelle strutture pubbliche che in quelle private, e ha quindi valutato come superfluo l' utilizzo dei posti letto nelle case di cura accreditate – ha sostanzialmente revocato il precedente protocollo a far data dal 1°/6/2020. Infatti, in data 3/5/2020 le parti hanno sottoscritto un nuovo verbale di intesa che sancisce questa circostanza di fatto e disciplina unicamente l' effettuazione delle indagini diagnostiche sui pazienti ricoverati presso le strutture e sul personale interno.

Una considerazione finale merita di essere svolta: l' **integrazione tra pubblico e privato** non rappresenta una **deriva liberista** svincolata dal perseguimento dell' interesse pubblico indicato dalla legge 833/1978(la cura fisica e psichica della popolazione), ma una precisa modalità organizzativa del SSN (siccome indicata dal D.Lgs. 502/1992) . Il segreto del successo di questo modello è costituito dalla presenza di un **forte potere di controllo in capo al settore pubblico**. Anche in occasione di questa terribile pandemia, il sistema messo in campo in Campania – complice anche una curva favorevole dei contagi – ha mostrato che anche attraverso queste integrazioni può realizzarsi un'

azione amministrativa efficiente ed efficace. Nessuno pensa che il modello attivato sia stato la chiave del successo, né un esempio universale da seguire, ma sicuramente un profilo da esaminare con attenzione e senza spocchia.

Avv. Bruno Ricciardelli

Componente del Direttivo della Camera Amministrativa e Comunitaria della Campania