

**TRIBUNALE AMMINISTRATIVO REGIONALE DELLA  
CAMPANIA  
sede di Napoli**

**Mandato e Procura  
Speciale**

Il sottoscritto Carmine VALENTINO, nella espressa qualità di Sindaco p.t., legale rappresentante p.t. del Comune di Sant'Agata de' Goti, in esecuzione delle delibere giuntali n. n. 78 del 16/05/2016 e n. 82 del 23/05/2016 esecutive, conferisce, ai termini e condizioni indicati nei predetti atti, all'avv. Mario Verrusio, che accetta, l'incarico di rappresentare e difendere l'Ente nel giudizio di cui al ricorso al lato innanzi al TAR Campania Napoli, avverso i decreti n. 30 e n. 33 del 2016 del Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Campania di cui alla Delibera del C.d.M. dell'11.12.2015. A tal fine nomina e costituisce espressamente l'avv. Mario Verrusio procuratore e difensore del Comune di Sant'Agata de' Goti, perché rappresenti e difenda l'Ente nel detto giudizio, conferendogli ogni facoltà di legge, ivi compreso quella di sottoscrivere il ricorso e proporre se del caso motivi aggiunti anche avverso provvedimenti diversi. Domicilio eletto con il nominato avvocato in Napoli alla Via G.G. Orsini n. 30 presso il prof. avv. Antonio Palma.

**Ricorso**

del Comune di Sant'Agata de' Goti (P.IVA 00641840624-C. F. 80000750622), in persona del Sindaco p.t., legale rappresentante a sensi di legge e statuto, Carmine VALENTINO, rappresentato e difeso -giusta procura al margine del presente atto, rilasciato in virtù di delibere giuntali n. 78 del 16 maggio 2016 e n. 82 del 23 maggio 2016- dall'avv. Mario Verrusio (C.F. VRR MRA 62P16 F839J), con il quale elettivamente domicilia in Napoli alla Via G.G. Orsini 30 presso il prof. avv. Antonio Palma e che indica quali domicili cui intende ricevere le comunicazioni e notificazioni telematiche i seguenti virtuali: pec: [marioverrusio@pec.it](mailto:marioverrusio@pec.it); fax: 082425161; contro

- 1) Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Campania di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11.12.2015, domiciliato ope legis presso l'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Napoli, in Napoli alla Via Diaz;
- 2) Presidenza del Consiglio dei Ministri, in persona del Presidente del Consiglio dei Ministri p.t., domiciliato ope legis presso l'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Napoli, in Napoli alla Via Diaz;
- e nei confronti di 3) Regione Campania, in persona del suo Presidente della Giunta Regionale, domiciliato per la carica presso la sede istituzionale in Napoli alla Via S. Lucia n. 81 ; 4) Regione Campania, Consiglio Regionale, in persona del legale rappresentante p.t., domiciliato per la carica presso la sua sede al Centro Direzionale, Isola F13 - 80143 Napoli; 5) Azienda Sanitaria Locale Benevento, in persona del legale rappresentante p.t, domiciliato per la carica in Benevento alla Via Oderisio 1;

**per l'annullamento**

-del decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro

IL SINDACO  
Carmine VALENTINO



*[Handwritten signature]*

*per accertamento  
e accertamento  
di fatto*

*Li, 28/6/2016*

dai disavanzi del settore sanitario della Regione Campania (di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11.12.2015) **n. 30 del 28 aprile 2016** pubblicato sul BURC n. 27 del 2 maggio 2016, nella parte in cui ha decretato di <<INDIVIDUARE - ai sensi del comma 231 bis, dell'articolo 1, della legge regionale 4 del 2011 e del comma 80 dell'art. 2 della legge 23 dicembre 2009, n. 191, così come modificato dal decreto del 6 luglio 2011, n. 98 convertito con modificazioni, in legge 15/2011, n. 211 - nell'art. 22, comma 3 laddove è previsto che "...la struttura amministrativa competente in materia di Salute e sicurezza alimentare della Regione Campania, in raccordo con le ASL e le AO dei territori interessati, entro 15 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, attiva, esclusivamente sulla base degli indirizzi del Commissario di governo per la prosecuzione del Piano di rientro dal disavanzo del Settore sanitario, i percorsi previsti dalla legge 23 dicembre 1996, n. 662 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica) per gli Accordi di Programma Quadro, affinché la Regione Campania, d'intesa con il Governo ed i Comuni interessati, definisca idonee, legittime e concrete risposte ai bisogni dei territori coinvolti prevedendo, per quanto possibile, l'istituzione di un Polo Oncologico Pluri-Territoriale con la riallocazione dell'Ospedale Sant'Alfonso Maria dei Liguori di Sant'Agata dei Goti (BN), la rinaturalizzazione delle Aree agricole a Rischio ambientale, il riconoscimento di un marchio di Sanità regionale per la tutela delle produzioni agro-zootecniche-alimentari e del pescato..." norma in contrasto con il Piano di rientro e di disporre l'abrogazione; di PROPORRE la rimozione del comma 3, dell'art. 22 della legge regionale n.6/2016; di DISPORRE, per l'effetto, la sospensione dell'efficacia dei provvedimenti assunti in forza delle disposizioni della legge regionale n. 6/2016 individuate come contrastanti con il Piano di Rientro, sino alla necessaria modifica o abrogazione ad opera dei competenti organi regionali;>>>

**-del decreto n. 33 del 17 maggio 2016** (pubblicato sul BURC del 23 maggio 2016) del medesimo Commissario ad acta intimato laddove prevede per il P.O. di Sant'Agata de' Goti in difformità alla Legge regionale il mero ruolo di Pronto Soccorso, senza tener conto del predetto disposto legislativo regionale sopprimendo la specialità di oncologia, nonché in generale della configurazione dell'Ospedale con

omessa previsione dei servizi necessari al P.S. e con omesso mantenimento dei servizi attuali di Cardiologia, Oncologia, Geriatria e riduzione dei posti letto nelle specialità di Chirurgia generale, Medicina interna e Traumatologia e Ortopedia;  
per ogni atto presupposto conseguente o comunque coordinato anche istruttorio e per ogni altra statuizione di legge anche in ordine alle spese e competenze del giudizio.

#### **FATTO**

Con legge regionale n. 6 del 5 aprile 2016 “Prime misure per la razionalizzazione della spesa e il rilancio dell’economia campana – Legge collegata alla legge regionale di stabilità per l’anno 2016” è stato stabilito all’art. 22 (Misure in materia sanitaria) co. 3 quanto di seguito: *“3. Alla luce delle risultanze delle analisi sull’incremento delle patologie tumorali in una zona della Regione Campania svolte, ai sensi dell’articolo 1, comma 1 bis della legge 6/2014, dall’Istituto Superiore di Sanità, la struttura amministrativa competente in materia di salute e sicurezza alimentare della Regione Campania, in raccordo con le ASL e le AO dei territori interessati, entro 15 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, attiva, esclusivamente sulla base degli indirizzi del Commissario di governo per la prosecuzione del Piano di rientro dal disavanzo del Settore sanitario, i percorsi previsti dalla legge 23 dicembre 1996, n. 662 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica) per gli Accordi di Programma Quadro, affinché la Regione Campania, d’intesa con il Governo ed i Comuni interessati, definisca idonee, legittime e concrete risposte ai bisogni dei territori coinvolti prevedendo, per quanto possibile, l’istituzione di un Polo Oncologico Pluri-Territoriale con la riallocazione dell’Ospedale Sant’Alfonso Maria dei Liguori di Sant’Agata dei Goti (BN), la rinaturalizzazione delle Aree agricole a Rischio ambientale, il riconoscimento di un marchio di Sanità regionale per la tutela delle produzioni agro-zootecniche-alimentari e del pescato. Resta fermo che, per l’intera durata della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, le attività di cui al presente comma, sono esercitate esclusivamente nell’osservanza delle disposizioni impartite dal Commissario ad acta.”.*

Il Commissario ad Acta per l’attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore

sanitario della Regione Campania con proprio decreto n. 30 del 28 aprile 2016 pubblicato sul BURC n. 27 del 2 maggio 2016 -in riferimento a tale disposizione legislativa regionale- ha così decretato: << (...) *RILEVATO*, altresì, che il medesimo art. 22, al comma 3 prevede che “...la struttura amministrativa competente in materia di Salute e sicurezza alimentare della Regione Campania, in raccordo con le ASL e le AO dei territori interessati, entro 15 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, attiva, esclusivamente sulla base degli indirizzi del Commissario di governo per la prosecuzione del Piano di rientro dal disavanzo del Settore sanitario, i percorsi previsti dalla legge 23 dicembre 1996, n. 662 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica) per gli Accordi di Programma Quadro, affinché la Regione Campania, d’intesa con il Governo ed i Comuni interessati, definisca idonee, legittime e concrete risposte ai bisogni dei territori coinvolti prevedendo, per quanto possibile, l’istituzione di un Polo Oncologico Pluri-Territoriale con la riallocazione dell’Ospedale Sant’Alfonso Maria dei Liguori di Sant’Agata dei Goti (BN), la rinaturalizzazione delle Aree agricole a Rischio ambientale, il riconoscimento di un marchio di Sanità regionale per la tutela delle produzioni agro-zootecniche alimentari e del pescato...”; (...) *RITENUTO*

a) che la materia relativa alla riorganizzazione della rete dell’offerta ospedaliera è materia di specifica ed esclusiva competenza commissariale ;

b) che, peraltro, in attuazione dell’actum commissariale “i” di adozione ed attuazione del Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in attuazione del D.M.70/2015, è in corso di adozione il Nuovo Piano Ospedaliero della Regione Campania che non prevede la costituzione di un Polo oncologico a Sant’Alfonso Maria dei Liguori di Sant’Agata dei Goti (BN) limitandosi a riconfermare presso il Presidio la presenza di un Pronto Soccorso e individuandolo come punto spoke della rete ictus;

c) che il comma in esame presenti, pertanto, profili di ostacolo alla piena attuazione dei programmi Operativi; *RAVVISATO* di dover provvedere, in attuazione del disposto di cui al comma 231 bis, dell’articolo 1, della legge regionale 4 del 2011,

*così come inserito dal comma 34, dell'articolo 1, della legge regionale 14 del 2011, alla sospensione dell'efficacia dei provvedimenti eventualmente già assunti in forza delle disposizioni della legge regionale n. 6/2016, in contrasto con il piano di rientro dei disavanzi e dei programmi operativi 2016 - 2018, come individuati nel presente decreto, sino alla necessaria modifica o abrogazione ad opera dei competenti organi regionali. DECRETA (...)*

*di INDIVIDUARE - ai sensi del comma 231 bis, dell'articolo 1, della legge regionale 4 del 2011 e del comma 80 dell'art. 2 della legge 23 dicembre 2009, n. 191, così come modificato dal decreto del 6 luglio 2011, n. 98 convertito con modificazioni, in legge 15/2011, n. 211 - nell'art. 22, comma 3 laddove è previsto che "...la struttura amministrativa competente in materia di Salute e sicurezza alimentare della Regione Campania, in raccordo con le ASL e le AO dei territori interessati, entro 15 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, attiva, esclusivamente sulla base degli indirizzi del Commissario di governo per la prosecuzione del Piano di rientro dal disavanzo del Settore sanitario, i percorsi previsti dalla legge 23 dicembre 1996, n. 662 (Misure di razionalizzazione della finanza pubblica) per gli Accordi di Programma Quadro, affinché la Regione Campania, d'intesa con il Governo ed i Comuni interessati, definisca idonee, legittime e concrete risposte ai bisogni dei territori coinvolti prevedendo, per quanto possibile, l'istituzione di un Polo Oncologico Pluri-Territoriale con la riallocazione dell'Ospedale Sant'Alfonso Maria dei Liguori di Sant'Agata dei Goti (BN), la rinaturalizzazione delle Aree agricole a Rischio ambientale, il riconoscimento di un marchio di Sanità regionale per la tutela delle produzioni agro-zootecniche-alimentari e del pescato..." norma in contrasto con il Piano di rientro e di disporre l'abrogazione ; di PROPORRE la rimozione del comma 3, dell'art. 22 della legge regionale n.6/2016; di DISPORRE, per l'effetto, la sospensione dell'efficacia dei provvedimenti assunti in forza delle disposizioni della legge regionale n. 6/2016 individuate come contrastanti con il Piano di Rientro, sino alla necessaria modifica o abrogazione ad opera dei competenti organi regionali".>>.*

Successivamente con decreto n. 33 del 17 maggio 2016 (pubblicato sul BURC n. 32

del 23 maggio 2016), lo stesso Commissario ha approvato il “Piano regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del DM 70/2015”. In tale piano per il Presidio Ospedaliero (P.O.) di Sant'Agata de' Goti viene ridotto a Pronto Soccorso, con riduzione dei posti letto e discipline, per lo stesso non è prevista alcuna destinazione per la oncologia, ma diversamente (come risulta dalla tabella allegato C.2) vengono previsti -a fronte dei 100 esistenti per acuti oltre i lungodegenti- solo n.76 posti letto complessivi di cui 56 per acuti -16 per Chirurgia generale, 20 per medicina generale, 16 per ortopedia e traumatologia- e 20 per non acuti -nello specifico per lungodegenti-, pur essendo stato riconfermato il Pronto Soccorso nella rete dell'emergenza.

Va precisato che l'Ospedale di Sant'Agata è l'unico presidio dell'ASL Benevento essendo in esso confluiti gli altri Presidi ospedalieri ASL (già oggetto di disposti di riduzione) ed in particolare il Presidio di Cerreto Sannita e quello di San Bartolomeo in Galdo (oltre il Presidio San Giovanni di Dio di Sant'Agata dei Goti). In conformità al Piano della rete ospedaliera di cui al Decreto Commissario ad acta 49 del 27/9/2010, eroga prestazioni sanitarie per le seguenti discipline: in degenza per 100 posti letto: 1) Medicina Interna (per 25 posti letto -P.L.- di cui 5 in Day Hospital -D.H.); 2) Oncologia (11 P.L., di cui 6 D.H.); 3) Geriatria (5 P.L.); 4) Chirurgia Generale (25 P.L. di cui 5 D.H.); 5) Ortopedia e Traumatologia (20 P.L. di cui 5 D.H.); 6) Cardiologia (10 P.L., di 2 D.H.); in servizi specialistici: Diagnostica di Laboratorio; Diagnostica per Immagini; Anestesia e Rianimazione - Terapia Intensiva; assicurando: il Complesso Operatorio; il servizio Pronto Soccorso e la Farmacia ospedaliera.

---

~~E' altresì sede di corso di laurea in discipline infermieristiche, che ovviamente potrà subire eliminazione in assenza di discipline attive.~~

---

Di fatto il piano di cui al decreto 33 qui impugnato non solo ha ridotto i servizi ospedalieri ed anche i posti letto per le discipline riconfermate, residuando solo il ruolo di ospedale di Pronto Soccorso ma non ha preso in considerazione la indicazione stringente della Legge regionale (L.R. Campania 6/2016), senza dare conforme applicazione e senza valutare neppure la indicazione ivi prevista, anzi

escludendo proprio la disciplina oncologica sia pediatrica che per adulti sia clinica che chirurgica, prima già assicurati.

Il Comune di Sant'Agata dei Goti ha interesse alla impugnazione dei detti atti commissariali, quale ente esponenziale della comunità amministrata, perché -sia singolarmente (ed in particolare il decreto 30/2016) sia nel loro complesso ed in combinato disposto- implicano il sostanziale esautoramento dalla rete ospedaliera e di cura pubblici territoriali di Sant'Agata dei Goti, con implicazioni evidenti in termini di riduzione ed impedimento di accesso ai servizi sanitari della comunità e perché impediscono in assoluto lo insediamento sul territorio di un previsto -dalla Legge Regionale- centro di eccellenza nella cura delle patologie oncologiche tumorali, probabilmente preordinando alla chiusura anche del corso di laurea in scienze infermieristiche.

Entrambi gli atti commissariali sono illegittimi e vanno annullati per i seguenti specifici

#### **motivi**

#### **1. ILLEGITTIMITA' DEL DECRETO 33/2016: VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DELL'ART. 22 CO. 3 L.R. 6/2016.**

E' ben vero che il Commissario può proporre al Consiglio Regionale l'abrogazione di atti legislativi regionali che ritiene in contrasto con il piano di rientro, ma tale potere propositivo non lo esime dal rispettare -nelle more della decisione della Regione- il disposto regionale, sicchè l'atto di programmazione commissariale di cui al decreto 33 del 17 maggio 2016 è illegittimo, nella parte in cui non prevede e neppure valuta o riserva di valutare la individuazione presso il P.O. di Sant'Agata di -per intanto- una UOC di oncologia, ossia la conferma e la implementazione di posti letto in oncologia, anche con valenza dipartimentale interaziendale e pluriterritoriale. Il Commissario ad acta non è posto in posizione di legibus solutus.

#### **2. ILLEGITTIMITA' DEL DECRETO 30/2016: VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DELL'ART. 117 COST. E 120 COST. IN RELAZIONE AGLI ART. 1 CO. 2 E 5 COST. NONCHE' DELL'ART. 2 CO. 80 L. 191/2009 E ART. 1 CO. 231 BIS L. R. CAMPANIA 4/2011. ECCESSO DI POTERE PER**

## SVIAMENTO, DIFETTO DI ISTRUTTORIA E SOTTO VARI ALTRI PROFILI.

Il Commissario ad acta non è legibus solutus né un Signore che ha il dominio assoluto del settore sanitario, senza alcuna necessità di tenere conto delle indicazioni fissate dal legittimo atto legislativo proveniente dalla unica e deputata sede costituzionalmente prevista di rappresentanza ed espressione della sovranità popolare. E' semplicemente un Commissario, cioè un (mero) funzionario esecutivo, che deve procedere al compimento di atti coerenti con il piano di rientro e relativi programmi operativi, pur sempre attenendosi alla Legge. Il potere di proposta di sollecitare un intervento degli organi regionali per modificare, sospendere o abrogare norme legislative ovvero atti e provvedimenti è perciò subordinato ad un contrasto oggettivo e concreto con il piano di rientro o programma operativo in atto nonché deve essere specificatamente motivato: non a caso la L. 191/2009 prevede che vengano indicati "puntualmente i motivi di contrasto con il Piano di rientro o con i programmi operativi"; e la L.R. ripropone l'assunto richiedendo un decreto, ossia un atto specifico motivato.

La motivazione deve attenere al contrasto con il piano di rientro o con i programmi operativi adottati ed attuali, e deve essere soprattutto concreta e provata.

Nel caso in esame per la parte impugnata del decreto non è specificata alcuna ragione di contrasto specifica o puntuale con il piano di rientro e neppure con programma operativo adottato, ma diversamente si assume una competenza esclusiva del Commissario per la riorganizzazione della rete della offerta ospedaliera, e un presunto contrasto con un adottando piano di riorganizzazione ex D.M. 75/2015 (poi adottato con il parimenti impugnato decreto 33): entrambi gli assunti sono macroscopicamente infondati.

Quanto al primo punto, la competenza all'adozione del piano della riorganizzazione della rete della offerta ospedaliera non implica che il Commissario non debba tener conto -in ragione del principio di leale collaborazione- delle esigenze della Comunità amministrata espresse mediante la Legge adottata dall'organo sovrano rappresentativo ed espressivo della sovranità popolare, ma soprattutto non gli è dato affatto non

considerare, specie in ragione della ratio espressa nella stessa disposizione, le esigenze da questa manifestate. Tanto più gli è dato omettere nel proprio provvedimento la ratio espressa della disposizione pur di astrattamente giustificare la sua decisione (sintomo evidente di sviamento).

In particolare, la competenza alla adozione del piano ospedaliero, assegnata solo ai fini della verifica della compatibilità di sostenibilità economico finanziaria con il piano di rientro, non significa che il Commissario non debba procedere ad istruttoria o non debba consentire la partecipazione della istituzione regionale espressione della comunità amministrata individuata a livello costituzionale di regolazione dell'esercizio della sovranità popolare (art. 1 co. 2 Cost.) o peggio ancora non tenere conto degli elementi di valutazione provenienti dalla legge Regionale. La motivazione del disposto del decreto qui impugnato rappresenta invece una affermazione di una signoria assoluta e di esclusione di qualsiasi valutazione e partecipazione della Regione e della Legge e come tale si pone in contrasto con i disposti di legge costituzionale innanzi indicati.

La intera disposizione regionale rilevante innanzi trascritta proprio come esordio del presente ricorso e gravemente omessa dal provvedimento commissariale impugnato premette infatti: *“3. Alla luce delle risultanze delle analisi sull'incremento delle patologie tumorali in una zona della Regione Campania svolte, ai sensi dell'articolo 1, comma 1 bis della legge 6/2014, dall'Istituto Superiore di Sanità, la struttura amministrativa ...”*.

E' evidente che è stata espressa una esigenza attuale riguardo all'incremento delle patologie tumorali in una data zona. Si fa chiaro riferimento alla cd. terra dei fuochi con il rinvio alla L.S. 6/2014 e si pone l'indirizzo di utilizzare il P.O. di Sant'Agata de' Goti quale polo oncologico “pluriterritoriale”: scelta ovvia proprio perché Sant'Agata si trova ai confini della zona ed è facilmente accessibile dai pazienti (e dunque proprio per evitare ulteriori disagi agli utenti -come del resto previsto dal D.M.70/2015-) in attuazione del principio di sussidiarietà. Lo strumento previsto è un accordo quadro con le altre istituzioni (centrali, Governo, e locali, Comuni) e le articolazioni territoriali del SSR (Aziende Sanitarie e ospedaliere) e peraltro senza

necessità alcuna di contravvenire al piano di rientro, ipotizzandosi una riallocazione delle risorse. Non si tratta dunque di invadere le sfere di competenza ma di partecipazione -in applicazione del principio di leale collaborazione e di rispetto della sovranità popolare- alla produzione dell'atto, con conseguente onere, anzi obbligo, del Commissario non solo di valutare, ma di seguire quella indicazione, e solo in caso di impossibilità assoluta dimostrata esclusivamente per contrasto al piano di rientro o ad un programma operativo, rappresentare le ragioni specifiche del perché non sia possibile ottemperare ed adempiere al disposto regionale. Il Commissario ad acta ritiene invece che l'attribuzione formale della competenza escluda qualsiasi intervento legislativo regionale: non è così! Il Commissario, se intervenuta la Legge, deve anzi attuarla: gli è data solo la possibilità di dimostrare l'assoluta impossibilità di attuazione in concreto con riferimento specifico al piano di rientro. Dunque non è questione di competenza.

Il secondo punto poi è manifestamente non pertinente e deviante: la riorganizzazione alla stregua del D.M. 75/2015 attiene agli standards qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera da rispettare in ogni Regione, non riguarda affatto un mezzo o uno strumento di attuazione del Piano di rientro. In altri termini, il Piano della rete ospedaliera regionale deve comunque rispettare quei parametri -a prescindere se la Regione sia commissariata-, sicché l'indirizzo legislativo regionale (tanto più se conforme al detto D.M.) non può essere considerato di ostacolo al piano di rientro o ad un programma operativo perché non lo è in assoluto. Certo il Commissario può ravvisare la oggettiva assoluta inapplicabilità in concreto di quell'indirizzo al formulando programma di rete ospedaliera con il piano di rientro, ma lo deve motivare rispetto alla assoluta impossibilità di attuazione nonostante le possibili compensazioni. Ma questa valutazione è in concreto e la attività del Commissario non è contrastata dalla norma legislativa regionale, che appunto non può neppure in astratto porsi in contrasto con il piano di rientro o programmi operativi.

Ed infatti proprio la disposizione regionale in oggetto fa riferimento allo strumento dell'Accordo quadro e precisa che deve comunque "esclusivamente" basarsi sugli

“indirizzi operativi del Commissario di Governo” e in ogni caso fermo restando “che, per l’intera durata della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario, le attività di cui al presente comma, sono esercitate esclusivamente nell’osservanza delle disposizioni impartite dal Commissario ad acta.”.

La disposizione legislativa regionale cioè impone al Commissario una valutazione di una priorità, cui il Commissario ad acta non può sottrarsi e che non impedisce a questo la valutazione motivata negativa (ma specifica ed in concreto), tale da impedire la attuazione “per l’intera durata della gestione”.

La disposizione legislativa regionale non presenta pertanto “profili di ostacolo alla piena attuazione dei programmi Operativi”, tanto è vero che non ne viene indicato uno adottato, ma diversamente si rinvia al programma di riorganizzazione ex D.M. 75/2015 in corso di adozione, che non solo non è attuale ma non è neppure piano operativo per il rientro e la cui rimodulazione può ben tener conto della indicazione legislativa regionale.

### **3. ANCORA SULLA ILLEGITTIMITA' DEL DECRETO N. 30/2016: VIOLAZIONE E FALSA APPLICAZIONE DEL D.M. 75/2015. ASSENZA DI CONTRASTO. IRRAZIONALITA' MANIFESTA. ECCESSO DI POTERE SOTTI VARI PROFILI.**

E quanto innanzi si diceva trova proprio puntale conferma nel documento in corso di adozione all’atto del decreto 30 del 28 aprile 2016 e successivamente adottato con il decreto 33 del 27 maggio 2016.

Il D.M. 75/2015 prevede nell’allegato tecnico: al punto *“8.1.1. All’interno del disegno globale della rete ospedaliera e’ necessaria l’articolazione delle reti per patologia che integrano l’attività ospedaliera per acuti e post acuti con l’attività territoriale: (...) -rete oncologica;”* precisando per la rete oncologica: *“Nell’ambito dell’implementazione delle reti oncologiche, le regioni considerano la necessita’ di migliorare la qualità della vita delle persone malate di cancro, assicurando loro cure riabilitative e cure palliative anche in ambito pediatrico. In coerenza con gli atti di indirizzo dell’Unione europea, presso i centri di oncologia*

*deve essere assicurato adeguato sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, individuando specifici percorsi di accompagnamento a cura di personale specializzato.”.*

Dunque la previsione della disposizione regionale dell'istituzione di un Polo Oncologico Pluri-Territoriale ed interaziendale (cioè tra varie aziende sanitarie territoriali), per la specifica esigenza territoriale, con la individuazione (“per quanto possibile”) del luogo e della struttura del P.O. di Sant'Agata de' Goti mediante anche la sua riallocazione -id est, senza cioè generare incrementi finanziari- appare del tutto legittima e non di ostacolo al piano di rientro.

Non solo ma è il documento del Commissario ad acta a dimostrare, contrariamente a quanto assunto -cioè la previsione per l'Ospedale di Sant'Agata del Pronto soccorso e dello spoke per ictus lungodegenti- che in realtà non vi è alcun contrasto e tanto meno profilo di ostacolo della disposizione regionale atteso che nel piano predisposto dal Commissario ad acta non è previsto alcunché di organico e definitivo per la rete oncologica (prevedendosi solo Posti Letto nella disciplina oncologica dispersi tra vari Presidi sulla base di una mera matrice astratta di calcolo), che è da stabilirsi successivamente con previsione proprio di dipartimenti interaziendali (cioè pluriterritoriali) e centri di oncologia .

Infatti, nel detto piano si affronta il tema delle patologie oncologiche ipotizzando due reti (in distonia con il D.M. 75/2015 che prevede una sola rete) una di oncologia pediatrica ed altra di oncologia.

Quanto alla oncologia pediatrica, trattata a pag. 38 dell'allegato tecnico al decreto 33 sub “centro di oncologia pediatrica” e sub paragrafo 10.6.2 detto allegato. Nel primo paragrafo si prende atto della criticità nei seguenti termini:

---

*“I servizi oncologici pediatrici sono sostanzialmente concentrati nella città di Napoli, imponendo alla grande maggioranza dell'utenza una migrazione intra-regionale, ove pure l'iter diagnostico e terapeutico della maggior parte delle patologie oncologiche pediatriche prevede anche fasi potenzialmente gestibili in Centri non specialistici ma esperti, decentrati, anche non dotati della organizzazione diagnostico-assistenziale e della tecnologia tipici dei Centri di III livello.”*

E si rinvia la soluzione ad altro tavolo tecnico e dunque a futura programmazione:  
“Con successivo atto sarà costituito un tavolo tecnico che dovrà consentire in tempi brevi di valutare l’opportunità di:

- costituire, entro dodici mesi, la rete oncologica pediatrica, ricorrendo a forme innovative di integrazione organizzativa e gestionale, tra i quali anche la eventuale istituzione di un Dipartimento Interaziendale;
- integrare, nella logica di rete ed in coordinamento con le ASL, di altre funzioni relative all’iter diagnostico terapeutico, anche appartenenti ad altri ambiti assistenziali (Pediatrica di Libera Scelta, funzione di salvaguardia della fertilità, funzione di Assistenza Domiciliare, funzione di Terapia del Dolore e cure Palliative/Hospice, funzione di sorveglianza dei “fuori terapia”, attività del volontariato).”

Tale azioni sono ribadite nel secondo paragrafo sub 10.6.2..

Come si osserva il primo punto di azione da programmare è sostanzialmente in linea con la disposizione regionale, potendo appunto essere attivato il Polo oncologico a Sant’Agata dei Goti pluriterritoriale interaziendale.

Per quanto riguarda la rete oncologica sub paragrafo 10.6.1 sono individuate le seguenti criticità -sebbene su dati risalenti al 2012-: “... Da un’analisi dettagliata dei tassi di sopravvivenza relativa standardizzata a 5 anni dalla diagnosi effettuata da AIOM ed AIRTUM nel 2012 per tumori maligni di mammella, cervice uterina e colon-retto, emerge chiaramente come il Sud Italia sia gravato dai tassi di sopravvivenza più bassi (81% per tumore della mammella, 56% per tumore del colon-retto maschile e femminile, 65% per il tumore della cervice) rispetto alle macro regioni del Nord Est, Nord Ovest ed Italia Centrale. In Campania, questo rilevante dato negativo trova una sua spiegazione nell’ancora troppo scarsa partecipazione della popolazione ai programmi regionali di screening, attualmente in fase di potenziamento, con conseguente riduzione delle diagnosi precoci e delle possibilità di cura. Un’altra fondamentale spiegazione va ricercata nell’eccessiva dispersione territoriale dell’assistenza in Chirurgia Oncologica.”

A tali criticità fanno seguito le seguenti ipotesi di azioni a venire:

“Sono sufficienti questi due paragrafi per evidenziare come sia diventato non più

*procrastinabile costruire per questa Regione la Rete Oncologica, in tutto il suo sistema di rete complessa, multidisciplinare, multipresidiale, a più livelli e con forti integrazioni, basato sul concetto ormai universale della presa in carico globale del paziente, finalmente tutelato nel percorso di diagnosi e cura da PDTA (n.d.d. Acronimo per “percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale”) regionali, sostenuti da Evidenze Scientifiche, e assistito in setting di cura predeterminati che consentano il massimo dell’appropriatezza ed il massimo della qualità. La rete deve necessariamente dunque essere trasversale, deve richiamare i forti principi dell’integrazione Ospedale-Territorio, deve riferirsi con fiducia ad un polo chirurgico di comprovata qualità, all’assistenza terminale e palliativa ben organizzata ed accogliente, ad una rete diffusa di terapia del dolore. Per la numerosità delle tipologie neoplastiche non sarà facile definire i percorsi ed i nodi della rete.*

*Allo stato è in corso di valutazione un documento di programmazione relativo alla rete chirurgica oncologica che costituirà la base fondante per la definizione nei PDTA e nelle reti del setting chirurgico. Il documento, oltre ad una analisi epidemiologica e di offerta, procederà alla ricognizione della domanda, compresa quella espressa in mobilità passiva, e ad elaborare una proposta di network regionale di Chirurgia Oncologica. Tutto dovrà necessariamente passare attraverso una valutazione di volumi/esiti anche in adesione ai risultati prodotti dal Piano Nazionale Esiti 2014. La struttura Commissariale si impegna ad adottare questo primo documento tecnico per l’avvio della costruzione delle reti oncologiche.”.*

*Dunque la rete oncologica (sia per adulti che pediatrica) ancora in fase di gestazione dovrà articolarsi su strutture che integrano territorio ed ospedale con centri di qualità.*

*Non si comprende allora perché la disposizione regionale sia in contrasto rispetto a tali linee guida ipotizzate dallo stesso piano di riorganizzazione: la disposizione di legge regionale si limita a rappresentare una esigenza territoriale e ad indicare lo strumento giuridico -Accordo quadro- e la localizzazione di un polo per le specifiche esigenze territoriali, per quanto possibile.*

*A ciò si aggiunga che nel piano (pi approvato con il decreto 33) -di cui il*

Commissario osserva impropriamente, nel decreto 30 impugnato, il contrasto della disposizione regionale- nella parte relativa al presupposto contesto epidemiologico, si rileva riguardo alle patologie oncologiche che “i tassi di mortalità più alti si registrano nelle province di Caserta e di Napoli in entrambi i generi”. Cioè esattamente nelle zone della cd. Terra dei fuochi.

Da qui in previsione della programmazione della rete oncologica che è riservata a futuri atti ancora in corso di istruttoria, la coerente indicazione della disposizione regionale -che appunto prevede, per quanto possibile, la riallocazione dell'Ospedale di Sant'Agata quale polo oncologico per le esigenze territoriali- non si pone affatto in contrasto con il “sopravvenuto” attuale piano e neppure con la possibilità di valutazione negli atti successivi proprio alla stregua delle “linee guida” delle azioni programmate nel piano predisposto in applicazione ed esecuzione del D.M. 75/2015. Il contrasto non sussiste e neppure sussiste alcun profilo di ostacolo con il programma adottando e poi adottato, essendo perfettamente coerente ai presupposti di questo e non presentando neppure una distonia. E' il piano che non tiene conto già alla attualità della indicazione regionale: in sostanza il Commissario con il decreto 30 RIFIUTA di operare la valutazione nel piano di rete oncologica redigendo, prendendo occasione strumentale, vero e proprio infondato pretesto, dal piano ospedaliero ex D.M. 75, che invece nella indicazione delle linee di programmazione prevede esattamente strumenti e mezzi coerenti e conformi alla Legge Regionale, che dunque non è di ostacolo, ma diversamente di indirizzo attuativo coerente.

%%%%%%%%%

La verità è che il Commissario ad acta interpreta malamente il proprio ruolo e funzione come esautoramento totale della sovranità regionale e popolare, violando così apertamente l'art. 117 e l'art. 120 Cost. in relazione all'art. 1 co. 2 e art. 5 Cost..

**4. ILLEGITTIMITA' DEL DECRETO 33/2016: VIOLAZIONE DEL D.M. 75/2015. CONTRADDIZIONEN INTERNA. IRRAZIONALITA' MANIFESTA DELLA CONFIGURAZIONE DELL'OSPEDALE DI SANT'AGATA de' GOTI.**

Il D.M. 75/2015 stabilisce che <<9.2.1 Ospedale sede di Pronto Soccorso E' la struttura organizzativa ospedaliera deputata ad effettuare in emergenza-urgenza

*stabilizzazione clinica, procedure diagnostiche, trattamenti terapeutici, ricovero oppure trasferimento urgente al DEA di livello superiore di cura, in continuità' di assistenza, secondo protocolli concordati per patologia (es. reti assistenziali ad alta complessità'). Devono essere presenti le discipline di Medicina interna, Chirurgia generale, Anestesia, Ortopedia e Servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità' H/24 di Radiologia, Laboratorio, Emoteca, coordinati come previsto al capitolo 2.>>.*

Nello stesso piano qui impugnato è premesso (punto 6.2 pag. 31 allegato) che gli “Ospedali di base sede di pronto soccorso (nnd, devono essere) dotati delle discipline di base secondo la seguente configurazione minima:

*A) Discipline con posti letto:- Medicina interna; - Chirurgia generale; - Ortopedia e traumatologia;*

*B) Discipline senza posti letto: - Anestesia e rianimazione; - Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza con letti tecnici di osservazione breve intensiva; - Patologia clinica; - Radiodiagnostica; - Emoteca;*

*In questa tipologia di presidio può essere prevista la disciplina di Ostetricia e Ginecologia nel rispetto dei requisiti previsti o in deroga, secondo le procedure dettate dalla norma e discipline a media diffusione, compatibilmente con gli standard di riferimento. Va garantita la gestione di farmaci e dispositivi, la funzione amministrativa e sanitaria secondo quanto previsto dal DM 70/15.”.*

Orbene, come si rileva dalla configurazione nel piano del Presidio (tabella all. C2 allegato tecnico del piano) non sono previste né Anestesia e rianimazione; né Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza con letti tecnici di osservazione breve intensiva; né Patologia clinica; né Radiodiagnostica; né Emoteca.

Ma la irrazionalità manifesta del piano, dopo aver costruito artificialmente la macro area Avellino Benevento, si dimostra rispetto alla soppressione della disciplina di Geriatria: la Provincia di Benevento non ha alcun posto letto di geriatria pubblica non essendo previsto alcun posto neppure nell'unico altro Ospedale che è il Rummo di Benevento, Azienda Ospedaliera di Rilevanza nazionale.

Manifestamente irrazionale è la soppressione della disciplina della Cardiologia,

cosicchè non è previsto alcun posto letto pubblico territoriale nella provincia di Benevento, essendo tutti i posti concentrati unicamente a Benevento città (preso A.O. R.N. Rummo e Ospedale Classificato Fatebenefratelli). Ed infatti il P.O. di Sant'Agata non è neppure individuato come spoke per accesso alla rete IMA della rete cardiologica (cfr. pag. 100 e ss. tabella n. 47 pag. 103 allegato decreto 33 impugnato). Parimenti riguardo ai posti letto per oncologia, nella Provincia di Benevento non ne viene previsto alcuno territoriale pubblico (ASL), ma solo 18 posti letto presso l'A.O. Rummo concentrandone ben 41 nella provincia di Avellino, non prevedendosi neppure posti letto Day Hospital.

In tal modo gli assistiti del territorio locale e le loro famiglie (che per il D.M. 75/2015 sono destinatari di aiuti e di sostegno terapeutici) non hanno eguale accesso alle cure.

Il piano impugnato in realtà costituisce una mera applicazione di una matrice astratta matematica di tipo computazionale, priva di qualsiasi istruttoria concreta sugli effettivi bisogni della popolazione e delle effettive risposte, basata su un equilibrio numerico astratto e senza neppure tener conto degli effettivi bacini di utenza e di dati epidemiologici e di flussi di domanda consolidati.

E tale omessa istruttoria si è riverberata proprio sull'Ospedale di Sant'Agata de' Goti di recente costruzione che anche per le esperienze già in atto si poneva come centro di eccellenza, riducendone lo utilizzo rispetto ai posti letto sussistenti e alle discipline erogate ed erogabili. Il tutto con disagio per la popolazione residente ed anche delle zone viciniori.

Peraltro non è da sottacere che il concentramento di oncologia e cardiologia con riduzione altresì di posti a solo Benevento città, collegata solo mediante la ~~traffecatissima Statale Appia, rende difficile e non tempestivo l'accesso, obbligando~~ ad una emigrazione sanitaria vari comprensori provinciali rimasti privi di presidi ospedalieri già per il vecchio piano (Ospedale di Cerreto e di San Bartolomeo): la Valle Telesina e il comprensorio del Titerno Alto Tammaro invece collegati da strada extraurbana veloce -la fondovalle Isclero- con Sant'Agata de' Goti.

Allo stesso modo l'assenza di una assistenza ospedaliera per Geriatria di tipo territoriale e priva di qualsiasi altra struttura pubblica rende di fatto inaccessibile in

toto alla assistenza per tale disciplina nella Provincia di Benevento.

Si tratta in sostanza di una decisione programmatica priva proprio del riferimento che il D.M. 75/2015 impone e cioè: art. 3 D.M. 75/2015:

*lett. c) perseguire gli standard per disciplina indicati nel paragrafo 3 dell'Allegato 1, tenendo conto di eventuali specificità del territorio regionale, documentate sulla base di criteri epidemiologici e di accessibilità attraverso compensazioni tra discipline;*

*e senza tener conto del criterio dipartimentale: sempre detto art. 3, lett. d) assumere come riferimento quanto indicato nel paragrafo 4 dell'Allegato 1, in materia di rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, anche sotto il profilo della qualità e della gestione del rischio clinico, provvedendo, altresì, ad assicurare modalità di integrazione aziendale ed interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cure al fine di assicurare la maggior flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero e dando specifica rilevanza per le necessità provenienti dal pronto soccorso aventi le caratteristiche dell'urgenza e dell'emergenza; (punto 4 allegato tecnico al D.M. 75/2015: "4. la regione, nel definire il modello organizzativo dei singoli presidi, provvederà ad assicurare modalità di integrazione aziendale e interaziendale tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello per intensità di cure.").*

Ossia, si tratta di una programmazione astratta priva di riferimento ai bisogni concreti che ha portato ad una configurazione del modello organizzativo dell'Ospedale di Sant'Agata de' Goti astratto privo di qualsiasi efficacia verso gli effettivi bisogni della popolazione, e tanto è ancora più grave in presenza invece di una indicazione della Legge Regionale (il predetto art. 22 co. 3 L.R. Campania 6/2016), del tutto conforme al disposto di cui al D.M. 75/2015, che invece preordina appunto l'Ospedale di Sant'Agata, tra l'altro, ad un centro specialistico per i tumori interaziendale pluriteritoriale e che indirizzava verso modelli interaziendali pluriterritoriali, in perfetta coerenza con quanto disposto dal D.MN. 75/2015 e cioè: "*in coerenza con*

gli atti di indirizzo dell'Unione europea, presso i centri di oncologia deve essere assicurato adeguato sostegno psicologico ai pazienti e ai loro familiari, individuando specifici percorsi di accompagnamento a cura di personale specializzato.”.

In parte de qua il piano di cui al decreto 33 è dunque illegittimo quanto alla configurazione dell'Ospedale di Sant'Agata de' Goti.

Tanto premesso, il Comune di Sant'Agata de' Goti, in persona del suo legale rappresentante, a mezzo del sottoscritto avvocato,

**ricorre**

**al Tribunale Amministrativo Regionale della Campania, sede di Napoli, e chiede** che il presente ricorso venga accolto con le conclusioni di cui n epigrafe e dunque che sia:

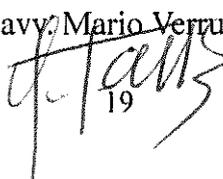
- a) annullato in parte de qua l'impugnato decreto n. 30 del 28 aprile 2016 dell'intimato Commissario ad acta;
  - b) annullato in parte de qua -e specificamente nella configurazione dell'ospedale di Sant'Agata de' Goti- il decreto n. 33 del 17 maggio 2016 dell'intimato Commissario ad acta;
  - c) annullato ogni altro atto presupposto conseguente o comunque coordinato.
- Spese regolamentate secondo legge.

In via istruttoria si offrono in comunicazione e si depositano per intanto -con riserva di depositarne altri- i seguenti documenti:

- 1) decreti n. 30/2016 Commissario ad acta (provvedimento impugnato);
- 2) decreto n. 33/2016 Commissario ad acta (provvedimento impugnato);
- ~~3) delibera n. 78 del 16 maggio 2016 G.C. Sant'Agata de' Goti autorizzativa alla lite;~~
- 4) delibera n. 82 del 23 maggio n2016 G.C. Sant'Agata de' Goti autorizzativa alla lite.

Il presente ricorso è ordinario e sconta un C.U. Di euro 650,00.

Con ogni salvezza.

avv. Mario Verrusio *de retto e curatore per il Comune*  
*di Sant'Agata de' Goti*  
  
19

**Istanza di notificazione:**

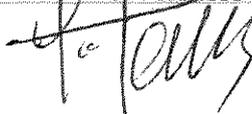
All'Ufficiale Giudiziario addetto all'ufficio notifiche presso la Corte di Appello di Napoli.

Il sottoscritto avv. Mario Verrusio (C.F. VRRMRA62P16F839J), quale procuratore e difensore del Comune di Sant'Agata de' Goti in persona del legale rappresentante p.t.; chiede la notifica urgente di quanto innanzi (ricorso al TAR Campania Napoli con procura al margine) a:

- 1) Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Campania di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11.12.2015, domiciliato ope legis presso l'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Napoli, in Napoli alla Via Diaz 11, a mezzo consegna a mani;
- 2) Presidenza del Consiglio dei Ministri, in persona del Presidente del Consiglio dei Ministri p.t., domiciliato ope legis presso l'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Napoli, in Napoli alla Via Diaz 11, a mezzo consegna a mani;
- 3) Regione Campania, in persona del suo Presidente della Giunta Regionale, domiciliato per la carica presso la sede istituzionale in Napoli alla Via S. Lucia n. 81, a mezzo consegna a mani;
- 4) Regione Campania, Consiglio Regionale, in persona del legale rappresentante p.t.. domiciliato per la carica presso la sua sede al Centro Direzionale, Isola F13 - 80143 Napoli a mezzo consegna a mani;
- 5) Regione Campania, Consiglio Regionale, Quinta Commissione Permanente (sanità e sicurezza sociale), in persona del legale rappresentante p.t.. domiciliato per la carica presso la sua sede al Centro Direzionale, Isola F13 - 80143 Napoli a mezzo consegna a mani
- 6) Azienda Sanitaria Locale Benevento, in persona del legale rappresentante p.t, domiciliato per la carica in (82100) Benevento alla Via Oderisio 1, a mezzo posta.

---

avv. Mario Verrusio



**Relata di notifica:** Ad istanza dell'avv. Mario Verrusio, come innanzi, Io sottoscritto Ufficiale Giudiziario addetto all'Ufficio Notifiche presso la Corte di Appello di Napoli ho notificato e dato copia conforme di quanto innanzi (ricorso al TAR Campania Napoli con

procura al margine ed istanza di notificazione) a:

- 1) Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Campania di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri dell'11.12.2015, domiciliato ope legis presso l'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Napoli, in Napoli alla Via Diaz 11, ivi portandola e consegnandola a mani
  
- 2) Presidenza del Consiglio dei Ministri, in persona del Presidente del Consiglio dei Ministri p.t., domiciliato ope legis presso l'Avvocatura Distrettuale dello Stato di Napoli, in Napoli alla Via Diaz 11, ivi portandola e consegnandola a mani
  
- 3) Regione Campania, in persona del suo Presidente della Giunta Regionale, domiciliato per la carica presso la sede istituzionale in Napoli alla Via S. Lucia n. 81, ivi portandola e consegnandola a mani
  
- 4) Regione Campania, Consiglio Regionale, in persona del legale rappresentante p.t.. domiciliato per la carica presso la sua sede al Centro Direzionale, Isola F13 - 80143 Napoli ivi portandola e consegnandola a mani
  
- 5) Regione Campania, Consiglio Regionale, Quinta Commissione Permanente (sanità e sicurezza sociale), in in persona del legale rappresentante p.t.. domiciliato per la carica presso la sua sede al Centro Direzionale, Isola F13 - 80143 Napoli ivi portandola e consegnandola a mani

---

- 6) Azienda Sanitaria Locale Benevento, in persona del legale rappresentante p.t, domiciliato per la carica in (82100) Benevento alla Via Oderisio 1, ivi spedendola a mezzo posta raccomandata come per legge .

UNEP - NAPOLI

RICEVUTA GA

Registro Modello A/10

CRON.: **85385**

N. Dest.: 6 Data Rich.: **29/06/16**

**URGENTE**

Si rilascia ricevuta al richiedente **VERRUSIO AVV. MARIO** della somma versata di **€ 39,29** per la notifica dell'atto di **RICORSO** ad istanza di **COMUNE DI SANTAGATA DE GOTI** e la consegna di originale + 6 copie da notificare a **COMMISSARIO AD ACTA REGIONE CAMPANIA C/O AVVOCATURA+ 5**

Addetto ricezione \_\_\_\_\_

179



-1H21085385/1