

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 67 del 22.06.2012**Rif. punto d) delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010**

OGGETTO: Definizione per l'esercizio 2012 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, escluso dialisi e fisiokinesiterapia

PREMESSO:

- che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso attraverso i programmi operativi di cui al citato art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- che con delibere del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011 e del 23 marzo 2012 il Governo ha nominato il dr. Mario Morlacco sub commissario ad acta, con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione del Piano di Rientro;
- che fra gli acta della delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, alla lettera d) è richiamata la "definizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stima puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto prescritto dall'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

DATO ATTO

- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30 settembre 2009, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08;



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- che con decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario n. 65 del 22 ottobre 2010 sono stati aggiornati i limiti di spesa stabiliti dalla DGRC n. 1269/09 per l'assistenza specialistica da erogarsi nell'esercizio 2010 da parte delle strutture private;
- che con decreto del Commissario ad acta n. 24 del 5 aprile 2011 sono stati fissati i limiti di remunerazione per l'assistenza specialistica ambulatoriale da erogarsi nell'esercizio 2011, ad esclusione delle branche di dialisi e di fisiokinesiterapia, regolate con appositi e separati decreti;
- che con Circolare del 4 agosto 2011 e decreto del Commissario ad acta n. 63 del 26 settembre 2011 è stato chiarito che i limiti di spesa fissati dal citato decreto n. 24/2011 devono intendersi: *"AL LORDO DELLA QUOTA RICETTA REGIONALE (stabilita dal decreto commissariale n. 53 del 27 settembre 2010 E AL LORDO DELLA QUOTA RICETTA NAZIONALE EX D.L. 98/2011 (ed al netto del ticket nazionale preesistente e dello sconto ex art. 1, comma 796, lettera o), della legge 296 del 27/12/2006)"*;
- che con decreto del Commissario ad acta n. 85 del 20 dicembre 2011 sono state apportate le seguenti modifiche e/o integrazioni alla disciplina dei limiti di spesa per l'esercizio 2011, stabilita dal citato decreto n. 24/2011:
 - al punto 2 del dispositivo: *"Di autorizzare per l'esercizio 2011 il ripristino del limite del 10% all'incremento della produzione di singole strutture, rispetto all'anno precedente, fermo restando il limite di spesa di branca e/o di macroarea"*;
 - al punto 3 del dispositivo: *"Di riportare per l'esercizio 2011 al 10% la percentuale massima consentita di scostamento dal valore medio, di cui all'art. 8 dello schema di contratto allegato al decreto n. 25/2011, rinviando al prossimo esercizio una eventuale riduzione della percentuale di scostamento consentito alle singole strutture dal valore medio delle prestazioni, previo approfondimento tecnico e introduzione di una griglia dei valori medi delle prestazioni, da ritenersi appropriati per i diversi livelli di specializzazione delle singole strutture private"*;
 - al punto 5 del dispositivo: *"Di stabilire che, in considerazione della specificità delle prestazioni di radioterapia e di dialisi, le procedure stabilite dai decreti 7/2011 e 24/2011 per la stipula di contratti integrativi sono semplificate e limitate ai seguenti atti da eseguirsi da parte della ASL competente:*
 - A) *Il Commissario Straordinario / Direttore Generale della ASL dovrà adottare una motivata delibera di approvazione dei contratti integrativi, da inviare subito dopo alla Regione;*
 - B) *Entro tre mesi dalla fine dell'esercizio, il Commissario Straordinario / Direttore Generale della ASL dovrà adottare una formale delibera che esamini ed approvi i controlli eseguiti dalle competenti strutture della ASL in merito alla appropriatezza e regolarità delle prestazioni di radioterapia e di dialisi erogate dai centri privati; la delibera dovrà poi essere inviata alla Regione entro i quindici giorni successivi"*;

CONSIDERATO

- che a seguito della riunione tenutasi il 21 febbraio 2012 tra la struttura commissariale e le Associazioni di Categoria della specialistica ambulatoriale, e dei successivi approfondimenti tecnici, è stata elaborata una bozza del protocollo d'intesa per l'esercizio 2012 tra le Associazioni e le singole ASL, che è stata discussa nella riunione del 22 maggio 2012 tra il Sub Commissario ad acta

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

e le Associazioni di Categoria maggiormente rappresentative della specialistica ambulatoriale, di cui si allega il resoconto, completo dei documenti presentati da diverse Associazioni;

- che lo schema definitivo del protocollo d'intesa per l'esercizio 2012 tra le Associazioni e le singole ASL, allegato al presente decreto sub A\1, in particolare, introduce dall'esercizio 2012 *"una griglia dei valori medi delle prestazioni, da ritenersi appropriati per i diversi livelli di specializzazione delle singole strutture private"*, come previsto dal sopra citato punto 5 del dispositivo del decreto commissariale n. 85 del 20 dicembre 2011;

DATO ATTO

- che per tutto quanto non precisato e/o modificato dal presente decreto si applicano le disposizioni recate dalle delibere della Giunta Regionale in materia di limiti di spesa dei centri privati, con riferimento, in particolare, alle DGRC n. 1268/08 e n. 1269/09 e s.m.i. ed ai decreti del Commissario ad acta n. 34 del 22 giugno 2010, n. 65 del 22 ottobre 2010, n. 24 del 5 aprile 2011, n. 63 del 26 settembre 2011 e n. 85 del 20 dicembre 2011;
- che i limiti di spesa assegnati dal presente decreto hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del S.S.R., in quanto rimane obbligo della ASL territorialmente competente di verificare, prima della stipula del contratto, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari affinché ciascuna struttura privata possa erogare prestazioni a carico del servizio sanitario pubblico nell'ambito del limite massimo di spesa prefissato dal presente decreto;

RITENUTO

- di determinare i limiti di spesa per l'esercizio 2012 delle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private negli importi esposti nell'allegato n. 3, sulla base dei conteggi sviluppati negli allegati n. 1 e n. 2 e dei criteri dettagliatamente illustrati nella *"Nota esplicativa"* allegata sub A\3;
- di confermare per l'esercizio 2012 le procedure semplificate stabilite dal sopra citato punto 5 del dispositivo del decreto commissariale n. 85 del 20 dicembre 2011 per la stipula di eventuali contratti integrativi per la branca della Radioterapia in considerazione della specificità di tali prestazioni;
- di stabilire che in caso di contenzioso, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa di branca di appartenenza somme pari al fatturato, al netto dei controlli, riconosciuto al centro nell'esercizio precedente, fino alla definizione del contenzioso stesso;
- di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali devono assegnare ai medici prescrittori interni e/o convenzionati il budget delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sulla base degli importi definiti per l'esercizio 2012 nell'allegato n. 3 (colonna D), ponendo la massima attenzione, nell'ambito della assegnazione del budget e del successivo controllo di applicazione dello stesso, all'appropriatezza delle prescrizioni ed al rispetto delle linee guida regionali, anche al fine di contenere i costi nei limiti programmati; a tal fine, le ASL sono impegnate a produrre alla struttura di supporto del Commissario ad acta idonea documentazione, comprovante l'attuazione della presente disposizione;



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DATO ATTO

- che i limiti di spesa stabiliti dal presente decreto sono conformi alla programmazione della spesa per assistenza specialistica ambulatoriale nell'esercizio 2012, definita dal decreto commissariale n. 53 del 9 maggio 2012, che ha approvato i Programmi Operativi predisposti dal Commissario ad acta della Regione Campania per l'esercizio 2012 ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009, n. 191;

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

DECRETA

1. Le premesse e gli allegati formano parte integrante e sostanziale del presente decreto.
2. Di stabilire che per l'esercizio 2012 ai centri privati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, accreditati o provvisoriamente / temporaneamente accreditati, si applicano i limiti di spesa fissati nell'allegato n. 3 al presente decreto sulla base dei conteggi sviluppati negli allegati n. 1 e n. 2 e dei criteri dettagliatamente illustrati nella "Nota esplicativa" allegata sub A\3, con le modalità, prescrizioni e condizioni tutte specificate nel presente decreto.
3. Di stabilire che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti ai centri privati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale, accreditati o provvisoriamente / temporaneamente accreditati.
4. Di stabilire che entro dieci giorni dalla notifica del presente decreto, le Aziende Sanitarie Locali dovranno stipulare con le Associazioni di Categoria i protocolli d'intesa redatti secondo lo schema allegato sub A\1, e con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2012, utilizzando lo schema di contratto allegato A\2 al presente decreto.
5. Di precisare che le strutture sanitarie private che non sottoscrivano il contratto di cui al comma precedente, ovvero appongano riserve in ordine alla proposta contrattuale così formulata dalla ASL competente - fatto salvo, ovviamente, il diritto di adire l'autorità giudiziaria - saranno prive di contratto e, pertanto, per tali strutture dal 1° luglio 2012 cessa la remunerazione delle prestazioni sanitarie a carico del servizio sanitario pubblico e si applica la sospensione del rapporto di accreditamento, fino alla rimozione della condizione sospensiva, ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2 quinquies, del D.Lgs. 502/1992 (introdotto dal comma 1-quinquies dell'art. 79 del D.L. 112/2008, convertito nella legge n. 133/2008).
6. Di stabilire che in caso di contenzioso, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa di branca di appartenenza somme pari al fatturato, al netto dei controlli, riconosciuto al centro nell'esercizio precedente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
7. Di dare atto che i limiti di spesa stabiliti dal presente decreto sono conformi alla programmazione della spesa per assistenza specialistica ambulatoriale nell'esercizio 2012, definita dal decreto commissariale n. 53 del 9 maggio 2012, che ha approvato i Programmi Operativi predisposti dal



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

Commissario ad acta della Regione Campania per l'esercizio 2012 ai sensi dell'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009, n. 191.

8. Di stabilire che le Aziende Sanitarie Locali devono assegnare ai medici prescrittori interni e/o convenzionati il budget delle prestazioni di specialistica ambulatoriale sulla base degli importi definiti per l'esercizio 2012 nell'allegato n. 3 (colonna D), ponendo la massima attenzione, nell'ambito della assegnazione del budget e del successivo controllo di applicazione dello stesso, all'appropriatezza delle prescrizioni ed al rispetto delle linee guida regionali, anche al fine di contenere i costi nei limiti programmati. A tal fine, le ASL sono impegnate a produrre alla struttura di supporto del Commissario ad acta idonea documentazione, comprovante l'attuazione del presente disposto.
9. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. "Piano Sanitario Regionale", "Assistenza Sanitaria", "Gabinetto Presidente della Giunta Regionale", all'ARSAN per adeguamento delle procedure informatiche di acquisizione dei dati dei ricoveri ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la immediata pubblicazione sul BURC.

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Il Sub Commissario
Dott. Mario Morlacco

Il Coordinatore dell'A.G.C. 19
Dott. Albino D'Ascoli

Il Coordinatore dell'A.G.C. 20
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente del S.E.F.
Dott. G.F. Ghidelli

**Assistenza Specialistica da privati: costo preconsuntivo 2011 NETTO ticket e sconto ma LORDO
quota ricetta nazionale e regionale**

ASL	Preconsuntivo 2011	Tetto 2011	preconsuntivo o 2011 - tetto 2011	Prec.vo 2011: indice produzione / tetto	Prec.vo 2011: Indice consumo pro capite	% copertura anno solare prec.vo 2011	data esaurimento tetto 2011
ASL	AD: Anti Diabete						
Avellino	1.944.314,50	1.775.000,00	169.314,50	109,5	301,4	86%	11/11/2011
Benevento	178.555,76	153.000,00	25.555,76	116,7	69,0	83%	29/10/2011
Caserta	2.789.772,66	2.761.000,00	28.772,66	101,0	187,9	76%	06/10/2011
Napoli 1 Centro	1.931.309,91	2.366.000,00	-434.690,09	81,6	93,8	118%	31/12/2011
Napoli 2 Nord	0,00	0,00	0,00	n.s.	22,0	0%	
Napoli 3 Sud	856.492,31	986.000,00	-129.507,69	86,9	80,3	113%	31/12/2011
Salerno	822.688,94	789.000,00	33.688,94	104,3	51,6	95%	14/12/2011
Totale	8.523.134,08	8.830.000,00	-306.865,92	96,5	100,0	96%	21/11/2011

ASL	BV: Branche a Visita						
Avellino	39.744,63	54.000,00	-14.255,37	73,6	29,6	126%	31/12/2011
Benevento	0,00	0,00	0,00	n.s.	23,3	0%	
Caserta	5.338.858,82	4.979.000,00	359.858,82	107,2	143,8	88%	16/11/2011
Napoli 1 Centro	5.012.411,86	5.127.000,00	-114.588,14	97,8	129,0	102%	31/12/2011
Napoli 2 Nord	1.438.602,32	1.578.000,00	-139.397,69	91,2	109,8	109%	31/12/2011
Napoli 3 Sud	2.750.500,58	2.366.000,00	384.500,58	116,3	121,7	86%	10/11/2011
Salerno	1.701.113,70	1.777.000,00	-75.886,30	95,7	56,9	104%	31/12/2011
Totale	16.281.231,91	15.881.000,00	400.231,91	102,5	100,0	96%	09/12/2011

ASL	CA: Cardiologia						
Avellino	566.739,36	542.000,00	24.739,36	104,6	36,1	95%	14/12/2011
Benevento	0,00	0,00	0,00	n.s.	3,9	0%	
Caserta	4.633.049,62	4.437.000,00	196.049,62	104,4	105,4	88%	18/11/2011
Napoli 1 Centro	8.873.542,16	8.825.000,00	48.542,16	100,6	143,5	80%	19/10/2011
Napoli 2 Nord	5.809.839,57	5.719.000,00	90.839,57	101,6	113,7	81%	24/10/2011
Napoli 3 Sud	4.698.569,63	4.388.000,00	310.569,63	107,1	113,3	93%	07/12/2011
Salerno	4.242.329,17	4.141.000,00	101.329,17	102,4	80,6	81%	23/10/2011
Totale	28.824.069,51	28.052.000,00	772.069,50	102,8	100,0	84%	03/11/2011

**Assistenza Specialistica da privati: costo preconsuntivo 2011 NETTO ticket e sconto ma LORDO
quota ricetta nazionale e regionale**

ASL	Preconsuntivo 2011	Tetto 2011	preconsuntivo o 2011 - tetto 2011	Prec.vo 2011: indice produzione / tetto	Prec.vo 2011: Indice consumo pro capite	% copertura anno solare prec.vo 2011	data esaurimento tetto 2011
-----	-----------------------	------------	---	--	--	--	-----------------------------------

ASL	LAB: Patologia Clinica (Laboratorio)						
Avellino	12.298.005,88	15.184.000,00	-2.885.994,12	81,0	90,0	119%	31/12/2011
Benevento	6.210.848,78	5.916.000,00	294.848,78	105,0	71,1	93%	05/12/2011
Caserta	24.982.325,77	25.242.000,00	-259.674,23	99,0	100,6	101%	31/12/2011
Napoli 1 Centro	42.684.294,86	42.497.000,00	187.294,86	100,4	116,3	95%	13/12/2011
Napoli 2 Nord	28.552.025,92	27.312.000,00	1.240.025,92	104,5	99,0	88%	16/11/2011
Napoli 3 Sud	30.275.592,79	29.629.000,00	646.592,79	102,2	111,1	98%	23/12/2011
Salerno	28.264.591,70	27.756.000,00	508.591,70	101,8	86,5	87%	12/11/2011
Totale	173.267.685,71	173.536.000,00	-268.314,29	99,8	100,0	96%	09/12/2011

ASL	MN: Medicina nucleare						
Avellino	683.335,32	1.035.000,00	-351.664,68	66,0	86,6	134%	31/12/2011
Benevento	358.332,32	247.000,00	111.332,32	145,1	67,4	71%	16/09/2011
Caserta	5.877.210,08	5.768.000,00	109.210,08	101,9	107,7	87%	12/11/2011
Napoli 1 Centro	18.518.337,35	17.847.000,00	671.337,35	103,8	121,6	77%	08/10/2011
Napoli 2 Nord	2.794.266,84	2.613.000,00	181.266,84	106,9	98,3	78%	11/10/2011
Napoli 3 Sud	4.751.465,73	2.958.000,00	1.793.465,73	160,6	140,9	62%	15/08/2011
Salerno	1.577.242,37	1.478.000,00	99.242,37	106,7	52,0	92%	30/11/2011
Totale	34.560.190,01	31.946.000,00	2.614.190,01	108,2	100,0	80%	14/10/2011

ASL	RAD: Radiodiagnostica						
Avellino	3.764.076,00	3.352.000,00	412.076,00	112,3	69,5	92%	02/12/2011
Benevento	6.294.973,98	6.074.000,00	220.973,98	103,6	90,6	94%	10/12/2011
Caserta	22.157.693,49	20.903.000,00	1.254.693,49	106,0	101,6	78%	10/10/2011
Napoli 1 Centro	24.118.221,87	23.664.000,00	454.221,87	101,9	98,0	73%	23/09/2011
Napoli 2 Nord	33.879.073,18	30.862.000,00	3.017.073,18	109,8	107,5	80%	20/10/2011
Napoli 3 Sud	24.926.356,48	22.382.000,00	2.544.356,48	111,4	118,3	90%	24/11/2011
Salerno	25.229.222,43	24.529.000,00	700.222,43	102,9	91,9	90%	25/11/2011
Totale	140.369.617,43	131.766.000,00	8.603.617,43	106,5	100,0	83%	29/10/2011

**Assistenza Specialistica da privati: costo preconsuntivo 2011 NETTO ticket e sconto ma LORDO
quota ricetta nazionale e regionale**

ASL	Preconsuntivo 2011	Tetto 2011	preconsuntivo o 2011 - tetto 2011	Prec.vo 2011: indice produzione / tetto	Prec.vo 2011: Indice consumo pro capite	% copertura anno solare prec.vo 2011	data esaurimento tetto 2011
-----	-----------------------	------------	---	--	--	--	-----------------------------------

ASL	RT: Radioterapia						
Avellino	0,00	0,00	0,00	n.s.	33,4	0%	
Benevento	0,00	0,00	0,00	n.s.	51,9	0%	
Caserta	1.297.255,00	1.134.000,00	163.255,00	114,4	117,5	85%	05/11/2011
Napoli 1 Centro	1.276.728,32	1.578.000,00	-301.271,68	80,9	117,0	119%	31/12/2011
Napoli 2 Nord	5.604.704,53	4.437.000,00	1.167.704,53	126,3	152,8	78%	12/10/2011
Napoli 3 Sud	575.851,09	615.078,00	-39.226,91	93,6	151,3	106%	31/12/2011
Salerno	0,00	0,00	0,00	n.s.	14,6	0%	
Totale	8.754.538,94	7.764.078,00	990.460,94	112,8	100,0	90%	07/11/2011

ASL	TOTALE per ASL						
Avellino	19.296.215,69	21.942.000,00	-2.645.784,31	87,9	79,7	112%	22/12/2011
Benevento	13.042.710,84	12.390.000,00	652.710,84	105,3	70,3	93%	05/12/2011
Caserta	67.076.165,44	65.224.000,00	1.852.165,44	102,8	105,8	89%	19/11/2011
Napoli 1 Centro	102.414.846,33	101.904.000,00	510.846,33	100,5	112,4	87%	09/11/2011
Napoli 2 Nord	78.078.512,36	72.521.000,00	5.557.512,36	107,7	102,9	84%	31/10/2011
Napoli 3 Sud	68.834.828,61	63.324.078,00	5.510.750,61	108,7	116,6	93%	04/12/2011
Salerno	61.837.188,31	60.470.000,00	1.367.188,31	102,3	81,8	88%	18/11/2011
Totale	410.580.467,58	397.775.078,00	12.805.389,58	103,2	100,0	89%	17/11/2011

Branche	TOTALE per BRANCHE						
AD	8.523.134,08	8.830.000,00	-306.865,92	96,5		96%	21/11/2011
BV	16.281.231,91	15.881.000,00	400.231,91	102,5		96%	09/12/2011
CA	28.824.069,51	28.052.000,00	772.069,50	102,8		84%	03/11/2011
LAB	173.267.685,71	173.536.000,00	-268.314,29	99,8		96%	09/12/2011
MN	34.560.190,01	31.946.000,00	2.614.190,01	108,2		80%	14/10/2011
RAD	140.369.617,43	131.766.000,00	8.603.617,43	106,5		83%	29/10/2011
RT	8.754.538,94	7.764.078,00	990.460,94	112,8		90%	07/11/2011
Totale	410.580.467,58	397.775.078,00	12.805.389,58	103,2		89%	17/11/2011

Assistenza Specialistica da privati: DETERMINAZIONE del LIMITE di SPESA 2012 NETTO ticket e sconto ma LORDO quota ricetta nazionale e regionale

ASL	Calcolo del tetto 2012	Tetto 2011	Tetto 2012 - Tetto 2011	preconsuntivo 2011 - tetto 2011	Tetto: 2012 / 2011 %	Tetto 2012: Indice consumo pro capite	Prec.vo 2011: Indice consumo pro capite	data esaurim. tetto 2011	% mesi copertura prec.vo 2011	idem, con tetto 2012
ASL	AD: Anti Diabete									
Avellino	1.775.000,00	1.775.000,00	0,00	169.314,50	100,0	278,3	301,4	11/11/2011	86%	86%
Benevento	161.000,00	153.000,00	8.000,00	25.555,76	105,0	65,2	69,0	29/10/2011	83%	87%
Caserta	2.761.000,00	2.761.000,00	0,00	28.772,66	100,0	187,9	187,9	06/10/2011	76%	76%
NA 1 C.	2.058.000,00	2.366.000,00	-308.000,00	-434.690,09	87,0	100,9	93,8	31/12/2011	118%	103%
NA 2 Nord	0,00	0,00	0,00	0,00		22,8	22,0			
NA 3 Sud	887.000,00	986.000,00	-99.000,00	-129.507,69	90,0	84,6	80,3	31/12/2011	113%	102%
Salerno	797.000,00	789.000,00	8.000,00	33.688,94	101,0	50,5	51,6	14/12/2011	95%	96%
Totale col	8.439.000,00	8.830.000,00	-391.000,00	-306.865,92	95,6	100,0	100,0	21/11/2011	96%	91%

ASL	BV: Branche a Visita									
Avellino	45.000,00	54.000,00	-9.000,00	-14.255,37	84,0	30,1	29,6	31/12/2011	126%	106%
Benevento	0,00	0,00	0,00	0,00		22,9	23,3			
Caserta	4.979.000,00	4.979.000,00	0,00	359.858,82	100,0	140,6	143,8	16/11/2011	88%	88%
NA 1 C.	4.994.000,00	5.127.000,00	-133.000,00	-114.588,14	97,4	133,8	129,0	31/12/2011	102%	100%
NA 2 Nord	1.452.000,00	1.578.000,00	-126.000,00	-139.397,69	92,0	113,0	109,8	31/12/2011	109%	100%
NA 3 Sud	2.368.000,00	2.366.000,00	2.000,00	384.500,58	100,1	113,9	121,7	10/11/2011	86%	86%
Salerno	1.724.000,00	1.777.000,00	-53.000,00	-75.886,30	97,0	58,8	56,9	31/12/2011	104%	101%
Totale col	15.562.000,00	15.881.000,00	-319.000,00	400.231,91	98,0	100,0	100,0	09/12/2011	96%	94%

ASL	CA: Cardiologia									
Avellino	547.000,00	542.000,00	5.000,00	24.739,36	101,0	35,5	36,1	14/12/2011	95%	96%
Benevento	0,00	0,00	0,00	0,00		3,8	3,9			
Caserta	4.450.000,00	4.437.000,00	13.000,00	196.049,62	100,3	103,9	105,4	18/11/2011	88%	88%
NA 1 C.	8.843.000,00	8.825.000,00	18.000,00	48.542,16	100,2	146,1	143,5	19/10/2011	80%	80%
NA 2 Nord	5.776.000,00	5.719.000,00	57.000,00	90.839,57	101,0	115,4	113,7	24/10/2011	81%	82%
NA 3 Sud	4.388.000,00	4.388.000,00	0,00	310.569,63	100,0	110,0	113,3	07/12/2011	93%	93%
Salerno	4.182.000,00	4.141.000,00	41.000,00	101.329,17	101,0	81,0	80,6	23/10/2011	81%	82%
Totale col	28.186.000,00	28.052.000,00	134.000,00	772.069,50	100,5	100,0	100,0	03/11/2011	84%	85%

**Assistenza Specialistica da privati: DETERMINAZIONE del LIMITE di SPESA 2012 NETTO ticket e sconto
ma LORDO quota ricetta nazionale e regionale**

ASL	Calcolo del tetto 2012	Tetto 2011	Tetto 2012 - Tetto 2011	preconsuntivo 2011 - tetto 2011	Tetto: 2012 / 2011 %	Tetto 2012: Indice consumo pro capite	Prec.vo 2011: Indice consumo pro capite	data esaurim. tetto 2011	% mesi copertura prec.vo 2011	idem, con tetto 2012
-----	---------------------------	------------	----------------------------	---------------------------------------	----------------------------	--	--	-----------------------------	-------------------------------------	-------------------------

ASL	LAB: Patologia Clinica (Laboratorio)									
Avellino	12.815.000,00	15.184.000,00	-2.369.000,00	-2.885.994,12	84,4	93,9	90,0	31/12/2011	119%	100%
Benevent	5.975.000,00	5.916.000,00	59.000,00	294.848,78	101,0	69,4	71,1	05/12/2011	93%	94%
Caserta	25.040.000,00	25.242.000,00	-202.000,00	-259.674,23	99,2	101,7	100,6	31/12/2011	101%	100%
NA 1 C.	42.497.000,00	42.497.000,00	0,00	187.294,86	100,0	116,8	116,3	13/12/2011	95%	95%
NA 2 Norc	27.585.000,00	27.312.000,00	273.000,00	1.240.025,92	101,0	97,2	99,0	16/11/2011	88%	89%
NA 3 Sud	29.481.000,00	29.629.000,00	-148.000,00	646.592,79	99,5	109,7	111,1	23/12/2011	98%	97%
Salerno	28.172.000,00	27.756.000,00	416.000,00	508.591,70	101,5	87,1	86,5	12/11/2011	87%	88%
Totale co	171.565.000,00	173.536.000,00	-1.971.000,00	-268.314,29	98,9	100,0	100,0	09/12/2011	96%	95%

ASL	MN: Medicina nucleare									
Avellino	818.000,00	1.035.000,00	-217.000,00	-351.664,68	79,0	94,3	86,6	31/12/2011	134%	106%
Benevent	259.000,00	247.000,00	12.000,00	111.332,32	105,0	66,3	67,4	16/09/2011	71%	75%
Caserta	5.826.000,00	5.768.000,00	58.000,00	109.210,08	101,0	114,0	107,7	12/11/2011	87%	87%
NA 1 C.	18.025.000,00	17.847.000,00	178.000,00	671.337,35	101,0	124,9	121,6	08/10/2011	77%	78%
NA 2 Norc	2.639.000,00	2.613.000,00	26.000,00	181.266,84	101,0	101,3	98,3	11/10/2011	78%	79%
NA 3 Sud	3.118.000,00	2.958.000,00	160.000,00	1.793.465,73	105,4	127,1	140,9	15/08/2011	62%	66%
Salerno	1.537.000,00	1.478.000,00	59.000,00	99.242,37	104,0	50,7	52,0	30/11/2011	92%	95%
Totale co	32.222.000,00	31.946.000,00	276.000,00	2.614.190,01	100,9	100,0	100,0	14/10/2011	80%	81%

ASL	RAD: Radiodiagnostica									
Avellino	3.369.000,00	3.352.000,00	17.000,00	412.076,00	100,5	68,0	69,5	02/12/2011	92%	93%
Benevent	6.074.000,00	6.074.000,00	0,00	220.973,98	100,0	92,2	90,6	10/12/2011	94%	94%
Caserta	21.218.000,00	20.903.000,00	315.000,00	1.254.693,49	101,5	102,2	101,6	10/10/2011	78%	79%
NA 1 C.	24.232.000,00	23.664.000,00	568.000,00	454.221,87	102,4	100,9	98,0	23/09/2011	73%	75%
NA 2 Norc	31.171.000,00	30.862.000,00	309.000,00	3.017.073,18	101,0	105,6	107,5	20/10/2011	80%	81%
NA 3 Sud	22.404.000,00	22.382.000,00	22.000,00	2.544.356,48	100,1	114,4	118,3	24/11/2011	90%	90%
Salerno	24.554.000,00	24.529.000,00	25.000,00	700.222,43	100,1	94,0	91,9	25/11/2011	90%	90%
Totale co	133.022.000,00	131.766.000,00	1.256.000,00	8.603.617,43	101,0	100,0	100,0	29/10/2011	83%	84%

Assistenza Specialistica da privati: DETERMINAZIONE del LIMITE di SPESA 2012 NETTO ticket e sconto ma LORDO quota ricetta nazionale e regionale

ASL	Calcolo del tetto 2012	Tetto 2011	Tetto 2012 - Tetto 2011	preconsuntivo 2011 - tetto 2011	Tetto: 2012 / 2011 %	Tetto 2012: Indice consumo pro capite	Prec.vo 2011: Indice consumo pro capite	data esaurim. tetto 2011	% mesi copertura prec.vo 2011	idem, con tetto 2012
-----	------------------------	------------	-------------------------	---------------------------------	----------------------	---------------------------------------	---	--------------------------	-------------------------------	----------------------

ASL	RT: Radioterapia									
Avellino	0,00	0,00	0,00	0,00		33,3	33,4			
Benevent	0,00	0,00	0,00	0,00		52,8	51,9			
Caserta	1.327.000,00	1.134.000,00	193.000,00	163.255,00	117,0	118,4	117,5	05/11/2011	85%	99%
NA 1 C.	1.319.000,00	1.578.000,00	-259.000,00	-301.271,68	83,6	117,6	117,0	31/12/2011	119%	100%
NA 2 Norc	5.554.000,00	4.437.000,00	1.117.000,00	1.167.704,53	125,2	151,8	152,8	12/10/2011	78%	98%
NA 3 Sud	579.000,00	615.078,00	-36.078,00	-39.226,91	94,1	150,6	151,3	31/12/2011	106%	100%
Salerno	0,00	0,00	0,00	0,00		14,6	14,6			
Totale col	8.779.000,00	7.764.078,00	1.014.922,00	990.460,94	113,1	100,0	100,0	07/11/2011	90%	101%

ASL	TOTALE per ASL									
Avellino	19.369.000,00	21.942.000,00	-2.573.000,00	-2.645.784,31	88,3	81,2	79,7	22/12/2011	112%	98%
Benevent	12.469.000,00	12.390.000,00	79.000,00	652.710,84	100,6	69,7	70,3	05/12/2011	93%	94%
Caserta	65.601.000,00	65.224.000,00	377.000,00	1.852.165,44	100,6	106,7	105,8	19/11/2011	89%	89%
NA 1 C.	101.968.000,00	101.904.000,00	64.000,00	510.846,33	100,1	114,6	112,4	09/11/2011	87%	86%
NA 2 Norc	74.177.000,00	72.521.000,00	1.656.000,00	5.557.512,36	102,3	101,8	102,9	31/10/2011	84%	85%
NA 3 Sud	63.225.000,00	63.324.078,00	-99.078,00	5.510.750,61	99,8	113,1	116,6	04/12/2011	93%	93%
Salerno	60.966.000,00	60.470.000,00	496.000,00	1.367.188,31	100,8	82,8	81,8	18/11/2011	88%	89%
Totale col	397.775.000,00	397.775.078,00	-78,00	12.805.389,58	100,0	100,0	100,0	17/11/2011	89%	89%

Branche	TOTALE per BRANCHE									
AD	8.439.000,00	8.830.000,00	-391.000,00	-306.865,92	95,6			21/11/2011	96%	91%
BV	15.562.000,00	15.881.000,00	-319.000,00	400.231,91	98,0			09/12/2011	96%	94%
CA	28.186.000,00	28.052.000,00	134.000,00	772.069,50	100,5			03/11/2011	84%	85%
LAB	171.565.000,00	173.536.000,00	-1.971.000,00	-268.314,29	98,9			09/12/2011	96%	95%
MN	32.222.000,00	31.946.000,00	276.000,00	2.614.190,01	100,9			14/10/2011	80%	81%
RAD	133.022.000,00	131.766.000,00	1.256.000,00	8.603.617,43	101,0			29/10/2011	83%	84%
RT	8.779.000,00	7.764.078,00	1.014.922,00	990.460,94	113,1			07/11/2011	90%	101%
Totale col	397.775.000,00	397.775.078,00	-78,00	12.805.389,58	100,0			17/11/2011	89%	89%

Elenco delle strutture private: programmazione 2012 (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	(E)	(F)	(G =D-E+F)
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Budget Medici Prescrittori	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Mobilità attiva intra regione	Tetto di Spesa
ASL Avellino							
Diabetologia	1.744.460	41.600	2.210	1.788.270	41.600	28.330	1.775.000
Branche a visita	41.840	311.740	370	353.950	311.740	2.790	45.000
Cardiologia	544.220	215.750	430	760.400	215.750	2.350	547.000
Patologia Clinica (Lab.)	10.603.080	1.565.370	159.520	12.327.970	1.565.370	2.052.400	12.815.000
Medicina nucleare	598.300	1.437.400	21.140	2.056.840	1.437.400	198.560	818.000
Radiodiagnostica	3.086.730	3.626.290	71.060	6.784.080	3.626.290	211.210	3.369.000
Radioterapia	0	221.130	0	221.130	221.130	0	0
TOTALE	16.618.630	7.419.280	254.730	24.292.640	7.419.280	2.495.640	19.369.000

ASL Benevento							
Diabetologia	152.290	123.120	80	275.490	123.120	8.630	161.000
Branche a visita	0	176.970	0	176.970	176.970	0	0
Cardiologia	0	54.120	0	54.120	54.120	0	0
Patologia Clinica (Lab.)	5.409.790	511.660	19.300	5.940.750	511.660	545.910	5.975.000
Medicina nucleare	197.290	746.120	2.840	946.250	746.120	58.870	259.000
Radiodiagnostica	5.042.870	953.470	63.670	6.060.010	953.470	967.460	6.074.000
Radioterapia	0	230.970	0	230.970	230.970	0	0
TOTALE	10.802.240	2.796.430	85.890	13.684.560	2.796.430	1.580.870	12.469.000

ASL Caserta							
Diabetologia	2.431.710	17.420	7.260	2.456.390	17.420	322.030	2.761.000
Branche a visita	3.228.110	132.120	38.820	3.399.050	132.120	1.712.070	4.979.000
Cardiologia	4.000.780	514.950	48.690	4.564.420	514.950	400.530	4.450.000
Patologia Clinica (Lab.)	23.724.630	3.040.650	138.880	26.904.160	3.040.650	1.176.490	25.040.000
Medicina nucleare	3.941.950	1.061.550	170.800	5.174.300	1.061.550	1.713.250	5.826.000
Radiodiagnostica	16.845.440	3.663.060	1.199.010	21.707.510	3.663.060	3.173.550	21.218.000
Radioterapia	907.650	688.110	19.480	1.615.240	688.110	399.870	1.327.000
TOTALE	55.080.270	9.117.860	1.622.940	65.821.070	9.117.860	8.897.790	65.601.000

Elenco delle strutture private: programmazione 2012 (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	(E)	(F)	(G =D-E+F)
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Budget Medici Prescrittori	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Mobilità attiva intra regione	Tetto di Spesa

ASL NA 1 Centro

Diabetologia	1.528.510	14.290	0	1.542.800	14.290	529.490	2.058.000
Branche a visita	3.418.370	332.800	11.440	3.762.610	332.800	1.564.190	4.994.000
Cardiologia	7.012.970	434.460	17.200	7.464.630	434.460	1.812.830	8.843.000
Patologia Clinica (Lab.)	33.059.060	3.009.730	277.970	36.346.760	3.009.730	9.159.970	42.497.000
Medicina nucleare	5.597.150	831.790	3.605.280	10.034.220	831.790	8.822.570	18.025.000
Radiodiagnostica	16.062.090	7.695.090	1.158.430	24.915.610	7.695.090	7.011.480	24.232.000
Radioterapia	766.010	1.094.690	17.800	1.878.500	1.094.690	535.190	1.319.000
TOTALE	67.444.160	13.412.850	5.088.120	85.945.130	13.412.850	29.435.720	101.968.000

ASL NA 2 Nord

Diabetologia	0	334.890	0	334.890	334.890	0	0
Branche a visita	1.222.470	1.821.050	2.290	3.045.810	1.821.050	227.240	1.452.000
Cardiologia	4.809.010	846.480	6.560	5.662.050	846.480	960.430	5.776.000
Patologia Clinica (Lab.)	23.140.000	5.711.710	595.220	29.446.930	5.711.710	3.849.780	27.585.000
Medicina nucleare	1.015.010	3.994.310	16.500	5.025.820	3.994.310	1.607.490	2.639.000
Radiodiagnostica	19.910.500	3.969.070	239.130	24.118.700	3.969.070	11.021.370	31.171.000
Radioterapia	2.000.910	306.880	26.130	2.333.920	306.880	3.526.960	5.554.000
TOTALE	52.097.900	16.984.390	885.830	69.968.120	16.984.390	21.193.270	74.177.000

ASL NA 3 Sud

Diabetologia	854.760	369.700	950	1.225.410	369.700	31.290	887.000
Branche a visita	2.003.560	1.017.480	3.410	3.024.450	1.017.480	361.030	2.368.000
Cardiologia	3.905.810	1.401.990	6.280	5.314.080	1.401.990	475.910	4.388.000
Patologia Clinica (Lab.)	27.048.830	5.016.600	46.700	32.112.130	5.016.600	2.385.470	29.481.000
Medicina nucleare	2.086.290	4.108.100	20.920	6.215.310	4.108.100	1.010.790	3.118.000
Radiodiagnostica	19.056.320	6.444.740	113.740	25.614.800	6.444.740	3.233.940	22.404.000
Radioterapia	477.700	1.777.780	20	2.255.500	1.777.780	101.280	579.000
TOTALE	55.433.270	20.136.390	192.020	75.761.680	20.136.390	7.599.710	63.225.000

Elenco delle prestazioni da strutture private: programmazione 2012 (1)

	(A)	(B)	(C)	(D = A+B+C)	(E)	(F)	(G =D-E+F)
Importi in migliaia di euro	Budget Residenti ASL	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Residenti extra regione	Budget Medici Prescrittori	Budget Mob. passiva intra regione	Budget Mobilità attiva intra regione	Tetto di Spesa

ASL Salerno

Diabetologia	789.280	25.710	770	815.760	25.710	6.950	797.000
Branche a visita	1.461.590	276.010	61.550	1.799.150	276.010	200.860	1.724.000
Cardiologia	4.051.750	300.750	13.800	4.366.300	300.750	116.450	4.182.000
Patologia Clinica (Lab.)	26.766.180	1.595.040	125.080	28.486.300	1.595.040	1.280.740	28.172.000
Medicina nucleare	1.378.910	1.370.410	19.950	2.769.270	1.370.410	138.140	1.537.000
Radiodiagnostica	21.521.830	1.810.880	488.570	23.821.280	1.810.880	2.543.600	24.554.000
Radioterapia	0	243.740	0	243.740	243.740	0	0
TOTALE	55.969.540	5.622.540	709.720	62.301.800	5.622.540	4.286.740	60.966.000

TOTALE REGIONE

Diabetologia	7.501.010	926.720	11.270	8.439.000	926.720	926.720	8.439.000
Branche a visita	11.375.950	4.068.170	117.880	15.562.000	4.068.170	4.068.170	15.562.000
Cardiologia	24.324.530	3.768.500	92.970	28.186.000	3.768.500	3.768.500	28.186.000
Patologia Clinica (Lab.)	149.751.580	20.450.760	1.362.660	171.565.000	20.450.760	20.450.760	171.565.000
Medicina nucleare	14.814.910	13.549.670	3.857.420	32.222.000	13.549.670	13.549.670	32.222.000
Radiodiagnostica	101.525.770	28.162.610	3.333.620	133.022.000	28.162.610	28.162.610	133.022.000
Radioterapia	4.152.280	4.563.290	63.430	8.779.000	4.563.290	4.563.290	8.779.000
TOTALE	313.446.030	75.489.720	8.839.250	397.775.000	75.489.720	75.489.720	397.775.000

(1) Prestazioni di Assistenza Specialistica Ambulatoriale: Importi netto ticket e sconto ex art.1 comma 796 lettera O della Legge 296 del 27/12/2006 e lordo quota ricetta regionale, di cui al decreto commissariale 53/2010 e s.m.i., e nazionale (art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e decreto commissariale n. 63/2011)

Nota esplicativa dei conteggi di cui agli allegati 1, 2 e 3

Sulla base dei dati forniti dalle Aziende Sanitarie Locali in riscontro della richiesta del Settore Programmazione, prot. n. 209586 del 16/3/2012, e del Coordinatore AGC 19, prot. 394158 del 23/5/2012, nell'allegato n. 1 sono riportati i costi preconsuntivi 2011 delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogata dalle strutture private accreditate, suddivisi per ASL e per branca, nonché le relative date ufficiali di esaurimento del tetto di spesa 2011.

Nella stessa tabella sono calcolati tre indici, utilizzati nei conteggi esposti nell'allegato n. 2:

- A. *“Prec.vo 2011: produzione / tetto %”* che, fatto pari a 100 il tetto di spesa 2011, esprime il superamento o il sotto utilizzo del tetto;
- B. *“Prec.vo 2011: indice consumo pro capite”* che, fatto pari a 100 il consumo medio pro capite 2011 delle prestazioni di ciascuna branca a livello regionale, esprime il maggiore o minore consumo pro capite da parte dei residenti della ASL considerata, per ciascuna branca; il conteggio è effettuato tenendo conto:
 - a) delle prestazioni erogate a i residenti di ciascuna ASL su tutto il territorio regionale (prestazioni erogate dai centri operanti nella ASL di appartenenza del cittadino, nonché prestazioni in cd. mobilità passiva);
 - b) della popolazione di ciascuna ASL al 1° gennaio 2011, pesata con gli stessi criteri stabiliti dal decreto commissariale n. 42/2011 per il riparto del finanziamento della spesa sanitaria (frequenza dei consumi per età e indice di deprivazione);
- C. *“% di copertura anno solare prec.vo 2011”* che esprime in percentuale:
 - a) il numero di mesi dell'anno solare coperti dal tetto di spesa fino alla data di esaurimento dello stesso, ovvero,
 - b) nel caso in cui non si è arrivati ad esaurire il tetto di spesa, indica il numero di mesi che avrebbero potuto essere coperti dal medesimo limite di spesa “consumando” la parte del tetto di spesa non utilizzata.

Nel successivo allegato n. 2, sulla base dei dati esposti nell'allegato n. 1, per l'esercizio 2012 è stato determinato il limite di spesa complessivo di ciascuna branca per ogni ASL, con i seguenti criteri:

- 1) Mantenimento del livello complessivo di costo per il Servizio Sanitario Regionale prefissato nei Programmi Operativi approvati dal Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro con i decreti n. 45 del 20 giugno 2011 e n. 53 del 9 maggio 2012, pari ad euro 397.775.000 netto ticket e sconto e lordo quota ricetta regionale e nazionale;

- 2) Esigenza di incrementare il tetto di spesa della branca di Radioterapia, in considerazione dell'effettivo consumo registrato nel 2011 nelle diverse ASL, del fatto che tali prestazioni sono da considerare per loro natura a minor rischio di non appropriatezza ed indispensabili e, infine, per contenere la mobilità passiva interregionale dei pazienti con patologie oncologiche;
- 3) Riallocazione delle economie verificatesi nel 2011 in alcune ASL e per alcune branche, riducendo o incrementando il tetto di spesa per ASL e per branca, rispettivamente, in considerazione di due fattori principali:
 - a) percentuale dei mesi dell'anno solare che risulterebbero coperti con il nuovo tetto di spesa, qualora nel 2012 si verificasse lo stesso andamento mensile delle prestazioni erogate nel corso del 2011;
 - b) livello dell'indice di consumo pro capite per ASL e branca di prestazioni con il tetto 2012, rispetto alla media regionale della branca considerata ed allo stesso indice registrato per il 2011;

Infine, nell'allegato n. 3 sono esposti per ciascuna ASL e per ciascuna branca:

- A) I limiti di spesa 2012 come sopra determinati nell'allegato n. 2, avendo presente che gli importi sono netto ticket e sconto ex art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/2006 e lordo quota ricetta regionale, di cui al decreto commissariale 53/2010 e s.m.i., e nazionale (art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, e decreto commissariale n. 63/2011);
- B) I livelli di Budget delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale che ciascuna ASL deve assegnare ai medici prescrittori interni e/o convenzionati per orientare e monitorare il consumo delle prestazioni dei propri assistiti, dovunque "spendano" le ricette sul territorio regionale.

N.B. Si ricorda che l'importo del tetto di spesa al lordo dello sconto ex art. 1, comma 796, lettera o) della legge 296/2006, da indicare nei protocolli d'intesa e nei contratti, dovrà essere calcolato da ciascuna ASL applicando agli importi dell'allegato n. 3 la stima di incidenza dello sconto, come determinata nella colonna F dell'allegato n. 10 alla DGRC n. 1269/09.

In merito alle variazioni dei limiti di spesa 2012 recate dal presente decreto, si evidenzia che la quota ricetta nazionale di 10 euro, applicata dal 17 luglio 2011 ai sensi dell'art. 1, comma 796, lettera p), primo periodo, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e dell'art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, operando nel 2012 sull'intero esercizio, determina ulteriori effetti di contenimento delle prestazioni erogate dalle strutture private a carico del Servizio Sanitario Regionale, sia per il maggior costo a carico dell'utente, sia per l'innalzamento della soglia oltre la quale risulta più economico per l'utente pagare ticket e quota ricetta ed avvalersi del rimborso del SSR.

Sono, inoltre, in corso di emanazione con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le nuove tariffe massime nazionali delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, ai sensi dell'art. 8 sexies, comma 5, del Dlgs 502/1992 e s.m.i., come comunicato dal Ministero della salute con nota del 12/6/2012, prot. n. GAB-5025-P. Le nuove tariffe potranno determinare sensibili variazioni dei costi programmati, a parità di volumi di prestazioni erogate dalle strutture private.

Per tutti i motivi sopra esposti, nel presente decreto le variazioni dei limiti di spesa 2012 rispetto a quelli vigenti nel 2011 per ASL e per branca sono state relativamente contenute e consistono, principalmente:

- 1) nello spostamento di circa euro 2,5 milioni dalle altre tipologie di prestazioni all'area radiologica, incrementando la Radioterapia di € 1 milione; la Radiodiagnostica di € 1,3 milioni, e la Medicina Nucleare di 300 mila euro;
- 2) nell'ambito di ciascuna branca, tenuto conto dei fattori sopra citati, si è avviato il processo di riequilibrio tra le diverse ASL, contenendo le situazioni di consumo pro capite superiore alla media e migliorando il grado di copertura dell'anno solare (nei casi in cui un precoce esaurimento del tetto di spesa si accompagnava ad un consumo pro capite relativamente basso);
- 3) le riduzioni per ASL e per branca superiori al 10% rispetto al tetto 2011 hanno interessato esclusivamente n° 6 casi in cui si è verificato un significativo sotto utilizzo del limite di spesa 2011; per tali casi, comunque, è stata riallocata ad altre branche e/o ASL una quota del sotto utilizzo del 2011, sempre tenendo conto dei due fattori fondamentali sopra richiamati: il livello di consumo pro capite ed il grado di copertura dell'anno solare.

**Schema di Protocollo di intesa tra l'ASL _____ e l'Associazione _____
_____ per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le
tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca
di _____, da erogarsi per l'anno 2012 da parte delle strutture private
accreditate o temporaneamente accreditate ed i correlati limiti di spesa.**

PREMESSO

- che con deliberazione n. 1272 del 28 marzo 2003, pubblicata sul B.U.R.C. n. 16 del 14 aprile 2003, la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella Regione Campania e dei correlati limiti di spesa, ulteriormente precisato dalle successive delibere regionali in materia;
- che con il decreto n. ___ del ___ 2012 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2012 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di :
 1. Diabetologia
 2. Cardiologia
 3. Altre branche a visita
 4. Patologia Clinica
 5. Radiodiagnostica
 6. Medicina nucleare
 7. Radioterapia

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n. ___ del ___ / ___ / 2012 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

La premessa è patto e forma parte integrante del presente protocollo.

Art. 2

(oggetto)

Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 2012, da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3**(quantità delle prestazioni)**

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2012.
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2012.
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2012.
4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2012, derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Art. 4**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2012 relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, determinato per l'anno 2012 all'art. 3, comma 4, è fissato in € _____, al netto di ticket e sconto (pari al lordo di detto sconto a circa € _____) e che esso è composto come specificato nei successivi commi 2, 3 e 4; si precisa che in conformità al decreto commissariale n. 63/2011 tutti gli importi di cui al presente articolo sono al netto del ticket, al netto (o al lordo, laddove precisato) dello sconto di cui all'art. 1, comma 796, lettera o), della legge 296/2006, ed al lordo sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ da acquistare nell'anno 2012 per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € _____).
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2012 per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € _____).
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2012 per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € _____).
5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, di cui al precedente comma 4, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla DGRC n. 517/2007, ed asseverate dalle strutture

regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni; l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui al comma 4 non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui ai commi 2 e 3.

6. Gli importi di cui al comma 1, al netto e al lordo dello sconto ex legge 296/06, divisi per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definiscono il valore medio della prestazione per la branca di _____, rispettivamente, al netto e al lordo dello sconto ex legge 296/06; in accordo con la classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, così come determinata dal tavolo tecnico aziendale di cui al successivo art.6.

Art. 5

(criteri di remunerazione delle prestazioni)

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario – al netto degli sconti di legge e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificato con decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro o delibera dalla Giunta Regionale.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto dello sconto ex legge 296/06 costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2012 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di riduzione o eliminazione dello sconto ex legge 296/06.
3. La ASL comunicherà a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):
 - la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
 - la data prevedibile di raggiungimento del 100% di consumo del limite di spesa (in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi, ponderata in ragione di un eventuale periodo di chiusura delle strutture erogatrici nel periodo estivo), nonché la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;

le suddette comunicazioni dovranno essere effettuate dalla ASL secondo il seguente calendario:

- entro il 15 aprile dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 28 febbraio, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 31 luglio dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 30 giugno, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 31 ottobre dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 30 settembre, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 30 novembre dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 31 ottobre, e conseguenti proiezioni a finire.

ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola:

- qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione della ASL, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli

erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;

- qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.

4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente protocollo, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro o della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.
5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 5 bis

(condizioni particolari per la branca di radioterapia)

Questo articolo si applica solo per la branca di radioterapia va omissa per le altre branche.

1. *Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. ___ del _____ 2012 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro, eventuali superamenti della spesa per l'esercizio 2012, fissata nello stesso decreto e riportata nel presente protocollo, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto.*
2. *Le parti si impegnano a rilevare tempestivamente il profilarsi dei superamenti di cui al comma precedente ed a promuovere la definizione dei suddetti accordi integrativi prima che i limiti di spesa prefissati siano esauriti, in modo da evitare ogni possibile disagio per l'utenza.*

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. ___ membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento.

2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
 - c) determinazione del valore medio della prestazione differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente.

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Patologia Clinica	Laboratori generali di base con o senza settori specializzati A1 e A2	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, escluso A6	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, incluso A6	Laboratori specializzati
Radiodiagnostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN	
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET		

4. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile. Ai sensi del decreto commissariale n. 47 del 20 giugno 2011, limitatamente alle prestazioni rese nell'esercizio corrente, l'acconto potrà essere non inferiore al 70% del fatturato mensile.
2. Ai sensi del decreto commissariale n. 47 del 20 giugno 2011, limitatamente alle prestazioni rese nell'esercizio corrente, il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro la fine del quinto mese successivo a quello in cui sono state rese le prestazioni, previa emissione della relativa fattura mensile, e il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 agosto per le fatture del primo trimestre; entro il 30 novembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 28 febbraio 2013 per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 maggio 2013 per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per

applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5.

3. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
4. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 31 maggio dell'anno successivo.
5. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

Art. 8

(variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti)

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente protocollo.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata:
 - a) di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - b) di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (al netto dello sconto), determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art. 4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale;
3. Nel caso in cui il tavolo tecnico esprima una valutazione positiva, le prestazioni ed il case-mix eccedenti devono essere conseguentemente remunerate, nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa; in caso di valutazione negativa si fa obbligo all'ASL del recupero, con emissione di note di credito, delle somme eccedenti, sia per il superamento del 10% del volume di produzione che del superamento del 10% del case-mix (valore medio). Per evitare la concentrazione delle prestazioni nella prima parte dell'anno e garantire un'erogazione prestazionale distribuita per quanto possibile sull'intero anno, il tavolo tecnico esaminerà l'eccedenza prestazionale in occasione del monitoraggio da tenersi almeno 30 giorni prima della data presunta di esaurimento delle prestazioni.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria e ne dà immediata comunicazione al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disequaglianze applicative del presente protocollo le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità, con cadenza trimestrale, su tutti gli adempimenti

previsti dal presente protocollo e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Art. 9
(efficacia)

1. Il presente protocollo si riferisce all'anno 2012 in esecuzione del decreto n. ___ del ___ / ___ / 2012 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro.
2. Il presente protocollo sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 10
(norme finali)

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

..... , ___ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Commissario Straordinario /
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione di categoria

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.**Contratto TRA**

La struttura privata
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: __ ; CAP: _____) – Via n°
rappresentato/a dal/la sottoscritto/a, CF,
come da fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL o
della Regione che redige il presente atto;

il / la quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi
dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come
attestato dalla seguente documentazione agli atti della ASL: Certificato della C.C.I.A.A. recante
la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data
recente – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di
conferimento dei poteri agli Amministratori;

b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di
concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova
in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di _____;

c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di
prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause
ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti
indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;

d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela
dell'igiene e della salute sul lavoro;

E

L'Azienda Sanitaria Locale con sede in
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
rappresentata dal Commissario Straordinario / Direttore Generale,
nato a il, munito dei necessari poteri come da DGRC / DECRETO di
nomina n. ____ del _____,

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale,
relativamente alla branca di _____, redatto in conformità al Decreto del
Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n° ____ del ____ / ____ / 2012.

PREMESSO

- che con decreto n° ____ del ____ / 2012 il Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di Rientro ha fissato i limiti massimi entro i quali possono rientrare le prestazioni
sanitarie di specialistica ambulatoriale, da erogare nell'anno 2012, per le prestazioni di
assistenza specialistica ambulatoriale, riferite alle branche di :
- Diabetologia
- Cardiologia

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

- Altre branche a visita
- Patologia Clinica
- Radiodiagnostica
- Medicina nucleare
- Radioterapia

ed ha emanato anche i relativi schemi contrattuali, cui si uniforma il presente contratto;

Si conviene quanto segue:**Art. 1**

La premessa è patto e forma parte integrante del presente contratto.

Art. 2**(oggetto)**

Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di _____, da erogarsi nell'anno 2012, da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL, ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3**(quantità delle prestazioni)**

1. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, da acquistare per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2012.
2. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2012.
3. Il fabbisogno di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, che la ASL prevede di dover acquistare per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate ubicate nel territorio della ASL, corrisponde a n. _____ prestazioni per l'anno 2012.
4. Il volume massimo di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, è determinato in n. _____ prestazioni per l'anno 2012, derivato dalla somma dei valori di cui ai commi 1, 2 e 3.

Art. 4**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2012 relativa al volume di prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____, determinato per l'anno 2012 all'art. 3, comma 4, è fissato in € _____, al netto di ticket e sconto (pari al lordo di detto sconto a circa € _____) e che esso è composto come specificato nei successivi commi 2, 3 e 4; si precisa che in conformità al decreto commissariale n. 63/2011 tutti gli importi di cui al presente articolo sono al netto del ticket, al netto (o al lordo, laddove precisato) dello sconto di cui all'art. 1, comma 796, lettera o), della legge 296/2006, ed al lordo sia della quota ricetta regionale di cui al decreto commissariale n. 53/2010 e s.m.i., sia della quota ricetta nazionale ex art. 17, comma 6, del decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito con modificazioni dalla legge 15 luglio 2011, n. 111.
2. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ da acquistare nell'anno 2012 per i propri residenti presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € _____).
3. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2012 per i residenti di altre ASL della Regione Campania dalle strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € _____).
4. Il limite di spesa per le prestazioni della branca/tipologia di prestazioni di _____ che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2012 per i residenti di altre Regioni presso strutture private accreditate e/o provvisoriamente accreditate, ubicate nel territorio della ASL, è fissato in € _____ al netto dello sconto ex legge 296/06 (pari al lordo di detto sconto a circa € _____).
5. Le prestazioni erogate a residenti di altre Regioni, di cui al precedente comma 4, concorrono ai sopra citati limiti di spesa; tuttavia, l'eventuale superamento del limite di cui al comma 4, potrà comportare analogo incremento dello stesso limite, in base alle condizioni di riconoscimento dell'addebito alle altre Regioni, stabilite dalla DGRC n. 517/2007, ed asseverate dalle strutture regionali (Assessorato alla Sanità e Agenzia Sanitaria Regionale) che gestiscono gli addebiti e gli accrediti della compensazione della mobilità sanitaria tra le Regioni; l'eventuale sotto utilizzo del limite di cui al comma 4 non potrà essere utilizzato per compensare superamenti dei limiti di cui ai commi 2 e 3.
6. Gli importi di cui al comma 1, al netto e al lordo dello sconto ex legge 296/06, divisi per il volume massimo di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4, definiscono il valore medio della prestazione per la branca di _____, rispettivamente, al netto e al lordo dello sconto ex legge 296/06; in accordo con la classificazione delle strutture erogatrici in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, così come determinata dal tavolo tecnico aziendale di cui al successivo art.6.

Art. 5**(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali previste dal vigente nomenclatore tariffario – al netto degli sconti di legge e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4.

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto dello sconto ex legge 296/06 costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2012 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di riduzione o eliminazione dello sconto ex legge 296/06.
3. La ASL comunicherà a ciascun centro privato con lettera raccomandata A.R. (o a mezzo PEC - Posta Elettronica Certificata, secondo accordi da definire tra la ASL e gli operatori stessi):
 1. la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti;
 2. la data prevedibile di raggiungimento del 100% di consumo del limite di spesa (in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi, ponderata in ragione di un eventuale periodo di chiusura delle strutture erogatrici nel periodo estivo), nonché la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo;

le suddette comunicazioni dovranno essere effettuate dalla ASL secondo il seguente calendario:

- entro il 15 aprile dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 28 febbraio, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 31 luglio dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 30 giugno, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 31 ottobre dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 30 settembre, e conseguenti proiezioni a finire;
- entro il 30 novembre dell'anno di riferimento il consuntivo delle prestazioni erogate al 31 ottobre, e conseguenti proiezioni a finire.

ai fini della remunerazione delle prestazioni subito prima e dopo l'eventuale superamento del limite di spesa, si applicherà la seguente regola:

- a) qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo prima della data prevista nell'ultima comunicazione della ASL, a tutte le prestazioni di quella ASL / branca erogate dall'inizio dell'anno fino alla suddetta data prevista di esaurimento del limite di spesa, si applicherà la regressione tariffaria di cui all'allegato C) alla DGRC n. 1268/08, in modo da far rientrare la spesa nei limiti prefissati; mentre nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data prevista di esaurimento del limite di spesa;
 - b) qualora l'esaurimento del limite di spesa si verifichi a consuntivo in una data successiva rispetto all'ultima data di previsione di esaurimento del limite di spesa comunicata dalla ASL, nulla spetterà agli erogatori, né a titolo di compenso, né a titolo di indennizzo o di risarcimento, per le prestazioni sanitarie rese oltre la data consuntiva di esaurimento del limite di spesa.
4. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sforamento dei limiti di spesa già concordati, a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro o della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive. Pertanto, i maggiori costi

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

conseguenti ad eventuali aumenti delle tariffe dovranno comunque essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie meno appropriate.

5. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC nn. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06, e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.

Art. 5 bis**(condizioni particolari per la branca di radioterapia)**

Questo articolo si applica solo per la branca di radioterapia va omissa per le altre branche.

1. *Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. ___ del _____ 2012 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro, eventuali superamenti della spesa per l'esercizio 2012, fissata nello stesso decreto e riportata nel presente contratto, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto.*
2. *Le parti si impegnano a rilevare tempestivamente il profilarsi dei superamenti di cui al comma precedente ed a promuovere la definizione dei suddetti accordi integrativi prima che i limiti di spesa prefissati siano esauriti, in modo da evitare ogni possibile disagio per l'utenza.*

Art. 6**(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico composto da n. ___ membri di cui n. _ designati congiuntamente dalle Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, e di n. _ membri nominati dalla ASL, di cui un membro con funzione di coordinamento.
2. Non possono fare parte del tavolo tecnico i rappresentanti delle Associazioni di categoria titolari di strutture ubicate nell'ambito territoriale della ASL.
3. Al tavolo tecnico aziendale spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private e confronti con lo stesso monitoraggio effettuato dalla ASL, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici;
 - c) determinazione del valore medio della prestazione differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente:

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

BRANCA	Tipologia A	Tipologia B	Tipologia C	Tipologia D
Patologia Clinica	Laboratori generali di base con o senza settori specializzati A1e A2	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, escluso A6	Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati, incluso A6	Laboratori specializzati
Radiodiagnostica	Radiologia tradizionale di base ed ecografia	Radiologia tradizionale, ecografia e TAC	Radiologia tradizionale, ecografia TAC e RMN	
Medicina nucleare	Scintigrafie	Scintigrafie e PET		

4. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7**(modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile. Ai sensi del decreto commissariale n. 47 del 20 giugno 2011, limitatamente alle prestazioni rese nell'esercizio corrente, l'acconto potrà essere non inferiore al 70% del fatturato mensile.
2. Ai sensi del decreto commissariale n. 47 del 20 giugno 2011, limitatamente alle prestazioni rese nell'esercizio corrente, il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro la fine del quinto mese successivo a quello in cui sono state rese le prestazioni, previa emissione della relativa fattura mensile, e il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 31 agosto per le fatture del primo trimestre; entro il 30 novembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 28 febbraio 2013 per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 maggio 2013 per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5.
3. Contestualmente all'acconto ed al saldo, qualora il soggetto privato sia una persona fisica esercente attività di lavoro autonomo, nei soli casi previsti dalla normativa vigente, la ASL provvederà ad effettuare le ritenute di legge ed il contestuale versamento dei contributi (come precisato nella nota del Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità del 28 aprile 2008, prot. n. 360992).
4. Qualora in corso d'anno si prospetti un superamento della C.O.M. della struttura privata, poiché tale superamento dovrà essere verificato in base al consuntivo dell'intero anno solare, il saldo

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

delle fatture rese nei primi tre trimestri, per la parte corrispondente al superamento C.O.M. in maturazione, sarà liquidato entro il 31 maggio dell'anno successivo.

5. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

Art. 8**(variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti)**

1. Il tavolo tecnico di cui all'art. 6, con cadenza bimestrale, sulla base dei dati relativi alle prestazioni erogate, aggiorna il valore medio delle prestazioni di cui al precedente art. 4 e secondo quanto previsto dagli schemi allegati al presente contratto.
2. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata:
 - di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente;
 - di superare di oltre il 10% il valore medio delle prestazioni (al netto dello sconto), determinato secondo i criteri di cui al comma 6 dell'art.4 ed agli allegati schemi che definiscono il case-mix delle strutture facenti capo alla medesima branca/tipologia prestazionale;
3. Nel caso in cui il tavolo tecnico esprima una valutazione positiva, le prestazioni ed il case-mix eccedenti devono essere conseguentemente remunerate, nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa; in caso di valutazione negativa si fa obbligo all'ASL del recupero, con emissione di note di credito, delle somme eccedenti, sia per il superamento del 10% del volume di produzione che del superamento del 10% del case-mix (valore medio). Per evitare la concentrazione delle prestazioni nella prima parte dell'anno e garantire un'erogazione prestazionale distribuita per quanto possibile sull'intero anno, il tavolo tecnico esaminerà l'eccedenza prestazionale in occasione del monitoraggio da tenersi almeno 30 giorni prima della data presunta di esaurimento delle prestazioni.
4. In caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria e ne dà immediata comunicazione al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità.
5. Al fine di evitare disparità di comportamento tra i vari tavoli tecnici e/o disequilibranze applicative del presente contratto le AA.SS.LL. sono tenute a relazionare al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità, con cadenza trimestrale, su tutti gli adempimenti previsti dal presente contratto e messi in essere, comprese le attività svolte dai tavoli tecnici e le successive attuazioni delle decisioni assunte.

Art. 9**(efficacia del contratto)**

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

- d) Il presente contratto si riferisce all'anno 2012 in esecuzione del decreto n. ___ del ___ / ___ / 2012 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro.
- e) Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 10**(norme finali)**

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto e/o di ogni altro rapporto del sottoscritto centro privato con il servizio sanitario regionale è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL, con espressa esclusione del ricorso ad eventuali clausole compromissorie contenute in precedenti atti sottoscritti tra le parti.
3. La sottoscritta struttura privata dichiara espressamente di conoscere il citato decreto n. ___ del ___ / ___ / 2012 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario.

..... , ___ / _____

Timbro e firma della ASL _____
Il Commissario Straordinario /
Il Direttore Generale

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della struttura privata

VERBALE

Il giorno 22 maggio 2012, alle ore 9.30, previa convocazione da parte del Sub Commissario ad acta per la Prosecuzione del Piano di Rientro, Dr. Mario Morlacco con lettera del 10/5/2012, prot. n. 3245/C, si sono incontrati per discutere in merito ai tetti di spesa 2012:

- per la Regione: il Sub Commissario Dr. Mario Morlacco, assistito dal Coordinatore AGC 19 Dr. D'Ascoli, dal dirigente S.E.F. Dr. G. Ghidelli, dall'Avv. Lara Natale e dalla Dr.ssa Rosa Martino;
- i rappresentanti delle Associazioni delle strutture private che erogano prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, come da allegato foglio presenze.

Aprè i lavori il Dr. Ghidelli rappresentando che, sulla base dei risultati dei precedenti incontri del 21 febbraio e del 27 febbraio scorso, è stata elaborata una bozza del protocollo d'intesa tra le Associazioni e le singole ASL, che sarà allegato al decreto di approvazione dei tetti di spesa 2012.

Il Dr. Ghidelli distribuisce ai presenti una copia di detta bozza, evidenziando che:

- nell'art. 5 è stato specificato che la data prevedibile di raggiungimento del 100% di consumo del limite di spesa dovrà essere calcolata da ciascuna ASL in base alla proiezione lineare dei dati consuntivi, ponderata in ragione di un eventuale periodo di chiusura delle strutture erogatrici nel periodo estivo;
- nell'art. 6 è stata inserita una tabella recante i raggruppamenti per la determinazione del valore medio della prestazione, differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza;
- nell'art. 8, in coerenza con quanto già operato per il 2011 dal decreto commissariale n. 85 del 20.12.2011, è stata confermata nel 10% la percentuale massima di incremento della produzione di ciascun centro;
- sempre nell'art. 8 viene precisato che il limite del 10% al superamento del valore medio delle prestazioni dovrà essere calcolato con riferimento ai vari raggruppamenti di cui alla sopra citata tabella inserita nell'art. 6.

Le Associazioni consegnano copia dei seguenti documenti (che si allegano):

- una nota datata 13 marzo 2012, recante per oggetto: "*Osservazioni relative alla ripartizione alle AA.SS.LL. dei fondi per l'anno 2012*", firmata da FEDERBIOLOGI e CONFAPI Sanità;
- una nota datata 12 aprile 2012, avente anch'essa per oggetto: "*Osservazioni relative alla ripartizione alle AA.SS.LL. dei fondi per l'anno 2012*", firmata dalle Associazioni FEDERLAB – SBV, SNR, AISA, Centri Anti Diabete, Confindustria Campania – Raggruppamento Sanità, ANISAP, ASPAT e FEDERCARDIO;
- una lettera del 24 aprile 2012 dell'Associazione AISA di invito e diffida agli Organi regionali, affinché adottino "*... scelte programmatiche di natura transitoria, nelle more della definizione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa da allocare a ciascuna branca specialistica in ragione del fabbisogno effettivo registrato nell'esercizio 2011*";

Il Dr. Accarino (SNR) ricorda, inoltre, le proposte presentate dalla Sua Associazione alla Regione con nota del 27 marzo 2012 (che si allega).

La Dr.ssa Rosa Martino fa presente che sussistono criticità per l'area della radiodiagnostica, sia perché i ticket e la quota ricetta hanno indotto gli utenti a pagare in proprio le prestazioni di minore importo, sia per la maggiore diffusione delle metodiche più moderne e sofisticate (Risonanza

Magnetica, TAC e PET), fermi restando i rischi di consumismo e di non appropriatezza, oltre al pericolo per la salute derivante da una sovra esposizione alle radiazioni. Più in generale, ritiene che la suddivisione dei tetti di spesa per il 2012 tra le diverse branche e tra le ASL dovrebbe essere rivista sulla base dei dati di produzione e di consumo più recenti (consuntivo 2011) in rapporto alla popolazione residente in ogni ASL.

Il Dr. Accarino (SNR) segnala l'opportunità che nella tabella inserita nell'art. 6 della bozza di protocollo d'intesa, laddove si parla di radiologia tradizionale sia sempre specificato "ed ecografia", in modo da evitare possibili equivoci o dubbi interpretativi.

La Dr.ssa Martino e le altre Associazioni convengono sulla opportunità della precisazione richiesta dal SNR, anche se – a rigore – dal punto di vista scientifico potrebbe essere considerata superflua.

Il Dr. Salvatore (AISA) ribadisce la richiesta urgente di un provvedimento interinale per la definizione e la stipula di contratti transitori, in attesa del definitivo 2012; a tal fine fa presente che – salvo eccezioni - le ASL, in mancanza di un contratto almeno transitorio per l'anno in corso, nel prossimo mese interromperanno i pagamenti correnti.

Il Dr. Accarino (SNR) evidenzia che tra ottobre e dicembre di ogni anno si esauriscono i tetti di spesa delle branche della radiodiagnostica e della medicina nucleare, con la conseguenza per i cittadini di dover pagare in proprio le prestazioni o di rimandarle all'anno successivo; peraltro, il risparmio per la Pubblica Amministrazione è solo fittizio, in quanto i centri che hanno esaurito il tetto di spesa mettono il loro personale in Cassa Integrazione, con oneri a carico dello Stato. Ricorda, infine, la problematica di alcune tariffe della specialistica ambulatoriale, oggetto di un contenzioso amministrativo promosso da SNR (*: v. **nota a verbale**).

Il Dr. Varrelli (ANISAP) lamenta la privazione del diritto del cittadino alla libera scelta dell'erogatore dell'assistenza sanitaria specialistica; nonché la distruzione dell'avviamento commerciale dei centri privati, causata da tetti di spesa troppo bassi rispetto al fabbisogno ed alla potenzialità delle strutture.

La Dr.ssa Fumo (ANISAP) chiede che la Regione acceda alla richiesta, presentata da diverse Associazioni, di Tetto Unico Regionale di branca, anche per alleviare le difficoltà economiche e finanziarie dei centri che si trovano ad operare nelle ASL in cui è più precoce l'esaurimento del tetto di spesa e, spesso, più tardivo il pagamento delle spettanze dei centri privati.

Il Dott. Salvatore (AISA) propone che le economie derivanti dalla introduzione della quota ricetta regionale (stimate in circa 37 milioni di euro / anno) siano utilizzate per incrementare i tetti di spesa della radiodiagnostica e della medicina nucleare, che più delle altre branche sono sotto stimati.

La Dr.ssa Fumo (ANISAP) si associa alla proposta dell'AISA di distribuzione della suddetta economia di 37 milioni di euro / anno, da destinare, in particolare, ad aumento del tetto di spesa della ASL Napoli 1 Centro; chiede, inoltre, un intervento della Regione affinché questa ASL sia più regolare nei pagamenti.

Il Dr. Basile (Confindustria) si associa ai precedenti interventi, che hanno evidenziato la sotto stima dei tetti di spesa per le branche della radiodiagnostica e della medicina nucleare.

Il Dr. Buonincontro (CONFAPI) propone l'anticipazione del monitoraggio dell'eccedenza di prestazioni, previsto dal comma 3 dell'art. 8 della bozza di protocollo d'intesa, da 30 a 60 giorni prima della data presunta di esaurimento delle prestazioni, in considerazione dei tempi non brevi impiegati da alcune ASL nell'espletare detto monitoraggio.

Il Dr. Accarino (SNR) ritiene che il termine di 30 giorni sia adeguato; e che si debba, piuttosto, richiamare le ASL meno efficienti (e cita la ASL Napoli 1 Centro e la ASL Napoli 3) a far funzionare in modo più tempestivo ed efficace i tavoli tecnici Associazioni – ASL.

Il Dr. Gambino (ASPAT) dà atto che la Regione sta accogliendo tutti i miglioramenti tecnici ed operativi proposti dall'Associazione, esclusa la richiesta di Tetto Unico Regionale di branca.

La Dr.ssa Martino spiega che la richiesta di Tetto Unico Regionale di branca non appare accoglibile per vari motivi: a) le difficoltà degli attuali sistemi informativi delle ASL rischierebbero di rendere tardivo il monitoraggio del consumo del tetto di spesa in corso d'anno; b) ciascuna ASL è maggiormente responsabilizzata nei controlli sulle prestazioni rese dai centri operanti nel proprio territorio; c) le ASL più virtuose, che riescono più di altre ad evitare il consumismo e la non appropriatezza, rischierebbero di vedere il proprio budget per gli ultimi mesi dell'anno assorbito dai centri operanti in altre ASL, meno attente ed efficienti nella gestione dei fabbisogni sanitari (non va dimenticato che esistono anche gli ambulatori pubblici, sia delle ASL che delle Aziende Ospedaliere, non sempre utilizzati al meglio).

La Dr.ssa Argenziano (FEDERBIOLOGI) chiede che la Regione convochi una nuova riunione a breve, finalizzata a valutare i tetti di spesa per branca e per ASL che la Regione intende adottare per il 2012.

Il Dr. Ghidelli fa presente che la definizione dei tetti di spesa 2012 è in corso di completamento e sarà pronta nei prossimi giorni. Successivamente, la Regione valuterà se procedere ad un ulteriore incontro; fermo restando che la Regione non ha l'obbligo di concordare i valori economici con le Associazioni, trattandosi di un potere autoritativo riconosciuto dall'ordinamento.

L'Avv. Meo (FEDERLAB / SBV) ribadisce le proposte e le osservazioni contenute nel documento delle Associazioni del 12 aprile scorso, allegato al presente verbale, e si riserva di esprimere valutazioni scritte in merito alla bozza di protocollo d'intesa. In ogni caso, chiede che la Regione acceda ad un confronto con le Associazioni sui criteri che adotterà per la eventuale revisione dei tetti di spesa per branca e per ASL a valere per l'esercizio 2012.

Napoli, 22 maggio 2012

(*) **Nota a verbale:** il Dr. Accarino con E-Mail del 13/6/2012 ha chiesto di sostituire il contenuto della Sua dichiarazione a pag. 2 con il seguente:

“Il Dr Accarino (SNR) fa rilevare che, non ostante i cittadini della Regione Campania paghino le aliquote più alte d'Italia, la benzina più cara d'Italia ed i ticket più cari d' Italia, con l'attuale sistema, ormai ben da tre anni, tra ottobre ed i primi giorni di dicembre di ogni anno si esauriscono i tetti di spesa della branche della radiodiagnostica e della medicina nucleare, con la conseguenza per i cittadini di dover pagare in tale periodo in proprio e per intero le prestazioni, o di recarsi presso altre regioni, o peggio di rimandarle all'anno successivo; peraltro il risparmio per la Pubblica Amministrazione è solo fittizio perché così, da un lato aumenta il costo della compensazione inter-regionale passiva, e dall'altro i centri che hanno esaurito il tetto di spesa mettono il personale in Cassa Integrazione, con oneri a carico dello Pubblica Amministrazione stessa. Ricorda, infine, la problematica inerente il costo di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale oltre il valore massimo nazionale vigente consentito, oggetto di un contenzioso promosso dal SNR presso i competenti organi giurisdizionali.”



Riunione del 22 maggio 2012 su tetti di spesa 2012 assistenza specialistica

QUALIFICA	Nominativo dei Partecipanti	Firma dei Partecipanti (*)	Indirizzo E-Mail, telefono, fax e cellulare
REGIONE CAMPANIA	Dr. MARIO MORLACCO D. D'ASCOI Dr. DORLA NATALE Dr. G. FAYO G. TIDELLI Dr. Rosa MARTINO		
AISA	ANTONIO SALVATORE		oisa@lepolmare.it
ANISAP	FLAVIA FUMO		info@anisap.it Feduid. fumod@chero.it
ANPRIC	SERGIO TERRACENO		anpric@reazioneonline.it
ASPAT	GAETANO GAMBINO		aspat@univa@f.uva.it 348-494428 081-7345679
Conf. Centri Anti Diabete			
Confindustria Sanità	GIOVANNI SEVERINO / EUGENIO BRUNO		STANCO @ UNIDUSTRIA.NA. IT
FEDERCARDIO	MAGGIA RAGNONI		FEDERCARDIO@VIRALIO.IT
FEDERLAB - SBV	ARTURO NERO		
SABIFederbiologi	ELISABETTA ARGENTIANO		mazzin@med99.federbiologi.it 39913967087 - 08252661
SIR	BRUNO ACCARINO		BRUNO@ACCARINOFISICA.IT - 08252661 336615381 Fax 089/799392
CONFAP	GIOVANNI BUONICONTRI		confap@confap.campania.it

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2012. 0390656 22/05/2012

Mittente FEDERLAB - SBV

Assegnatario Economico finanziario

Classifica 19 Fascicolo 7 del 2010

**OSSERVAZIONI RELATIVE ALLA RIPARTIZIONE ALLE AA.SS.LL. DEI FONDI PER L'ANNO 2012.-**

Le sottoscritte Associazioni di Categoria, rappresentative della Macroarea della Specialistica Ambulatoriale, (**Federlab-SBV, AISA, Anisap, ASPAT, Confindustria Campania Raggruppamento Sanità, Confederazione Centri Antidiabete, Federcardio, SNR**), in riferimento alla ipotesi di ripartizione dei fondi per l'anno 2012, illustrata dalla struttura Commissariale di codesta Regione, intendono offrire, con il presente documento, il proprio contributo, nell'ottica anche del principio di concertazione, quale momento di confronto e condivisione di criteri e procedure per la programmazione della spesa sanitaria.-

Tale ultimo aspetto, nella specie, rappresenta e costituisce presupposto non solo di legittimità formale, ma anche e soprattutto sostanziale ove si consideri che il contributo delle Associazioni, fondato su studi ed analisi, concorre al governo del bisogno assistenziale.-

Nella indicata riunione, in seguito anche ad esplicite richieste delle Associazioni di Categoria, è stata prospettata una ipotesi di modulazione, ovvero di rimodulazione, della attribuzione dei fondi alle AA.SS.LL., al fine di consentire una distribuzione omogenea degli stessi (fondi), su tutto il territorio regionale, e quindi di garantire il soddisfacimento della domanda assistenziale, mediante l'esaurimento, possibilmente coevo in tutte le AA.SS.LL., dei volumi di prestazioni e dei correlati livelli economici di spesa.-

Orbene, proprio per le ragioni testè indicate, la modulazione dei fondi assegnati alle AA.SS.LL., descritta nella indicata riunione, evidentemente rappresenta, anzi sicuramente rappresenta, la base dalla quale partire per evidenziare criteri e motivazioni delle assegnazioni dei fondi, ovvero rivisitare presupposti e criteri, ancorché espressi sinteticamente, - quali l'anno di riferimento (2009), la quota



16/6/12

regionale ticket inserita nei fondi, ecc..-

In buona sostanza, dal confronto, da avviare in tempi ragionevolmente brevi, dovrà certamente emergere - anche al fine di assicurare all'adottando decreto commissariale la dovuta legittimità - :

- Il percorso istruttorio e motivazionale da porre a base della modulazione dei fondi e quindi della distribuzione degli stessi alle AA.SS.LL.,
- La previsione di un Tetto Unico Regionale di branca e le relative modalità operative,
- La indicazione del consuntivo 2011, o quanto meno 2010, quale presupposto della modulazione,
- Una valutazione reale e concreta delle risorse da assegnare quale tetto per la mobilità interregionale,
- Una rivisitazione della previsione dei fondi al lordo della quota ticket regionale.-

A.- L'attività innanzi descritta costituisce momento fondamentale per evitare che la modulazione (ovvero la rimodulazione) dei fondi da attribuire alle AA.SS.LL. per la Macroarea della specialistica ambulatoriale, possa risolversi in una mera rappresentazione di dati contabili, da cui non è possibile enucleare, evidentemente, il ragionamento logico, prima ancora che giuridico, posto a base della stessa.-

E' necessario, quindi, individuare criteri omogenei e ragioni che determineranno la rimodulazione dei fondi alle AA.SS.LL., in ragione dell'assegnazione alle singole branche.

Essi, certamente vanno individuati nei dati del fabbisogno assistenziale per singola ASL, ovvero nelle necessità che queste (ASL) dovranno (o hanno già) indicato, sulla base anche di dati clinici ed epidemiologici. Siffatti criteri servono anche ad individuare, una volta esauriti i volumi di prestazioni e livelli economici di spesa, le patologie che necessitano ancora delle relative prestazioni.-

Allo stato, il descritto passaggio istruttorio non sembra che sia stato fornito dalle AA.SS.LL.-

Così come è necessario utilizzare i dati dell'anno 2011, o verosimilmente quelli del 2010 (certamente non quelli del 2009), quale presupposto dell'assegnazione dei fondi alle AA.SS.LL., perché sarebbe non solo conforme al dettato normativo, ma anche perché consentirebbe di rappresentare il reale ed effettivo fabbisogno. Evidentemente, le AA.SS.LL. sono in ritardo nell'invio dei dati relativi agli anni 2010 e 2011: ritardo ovviamente che non può in alcun modo inficiare la programmazione per l'anno 2012.-

Il D.Lgs. n.502/92 e s.m.i. traccia il percorso e indica i presupposti in ragione dei quali la Regione procede alla programmazione dei volumi di prestazioni e dei correlati livelli economici di spesa. Questi indicatori si concretizzano nella prospettazione da parte di ciascuna ASL del proprio fabbisogno assistenziale, che deve tener conto al massimo dei dati prodotti nell'esercizio finanziario precedente (anno 2011).-

Tale procedimento è necessario a maggior ragione nei casi in cui, come nella specie, i volumi di prestazioni e livelli economici di spesa individuati per Macroarea, distribuiti per branche, e poi assegnati alle singole AA.SS.LL., devono garantire in modo omogeneo il fabbisogno, e quindi cercare di prevedere che l'esaurimento dei volumi di prestazioni e dei livelli economici di spesa si verifichi quanto più è possibile in modo coevo nelle varie AA.SS.LL. E ciò al fine di evitare una anomala mobilità interaziendale, che è frutto non di una libera scelta del cittadino, bensì della ricerca di prestazioni e fondi non ancora esauriti.-

E' evidente, quindi, che il raggiungimento di una possibile omogeneità del fabbisogno e dell'esaurimento dei volumi di prestazioni presuppone la individuazione di criteri altrettanto omogenei, che tengano conto ovviamente delle singole realtà territoriali.-

Tale esigenza trova una sua congrua soluzione anche nella previsione di un Tetto Unico Regionale di Brancha, la cui introduzione nella

programmazione, a dire il vero, è stata più volte avanzata nei vari incontri, proponendo anche modelli operativi.-

Questo (il Tetto Unico di Branca) può certamente costituire un efficace ed efficiente strumento di controllo e di monitoraggio, non solo della spesa, ma anche dell'appropriatezza sia prescrittiva che erogativa delle prestazioni.-

Tuttavia, le scriventi Associazioni sono consapevoli che la novità del modello, che rappresenta la naturale evoluzione del tetto di branca per ASL, richiede approfondimenti al fine anche di consentire che lo stesso sia effettivamente capace di assolvere alle finalità che intende perseguire.-

Quindi, la (ri)modulazione dei fondi alle AA.SS.LL., anche alla luce della possibile introduzione di un Tetto Unico Regionale di Branca, deve necessariamente essere oggetto di uno specifico procedimento istruttorio, e deve indicare la fonte da cui promana, diversamente si svincola la funzione della programmazione, imposta anche dal Giudice delle Leggi, appalesandosi così come una semplice distribuzione aritmetica del fondo della Macroarea, suddiviso per le singole branche, in teoria incapace di garantire quanto testè illustrato.-

E' altrettanto fondamentale, sempre nella logica di garantire il fabbisogno assistenziale, indicare le modalità di utilizzo delle risorse non consumate in alcune AA.SS.LL., prevedendo, nell'ipotesi in cui ciò dovesse verificarsi, una distribuzione delle stesse in favore di assistiti affetti da gravi patologie, croniche o degenerative.-

A tal riguardo, è necessario un immediato confronto tecnico sulla base di dati concreti, ma soprattutto aggiornati, al fine di pervenire in tempi ragionevolmente brevi ad una programmazione quanto più vicina alle esigenze del paziente, in termini di garanzia del fabbisogno assistenziale.-

B.- Anche la assegnazione di determinate risorse per la mobilità interregionale necessita di un correttivo. In particolare, non si comprende, o comunque non è dato sapere, le motivazioni in base alle quali per qualche ASL (ASL Napoli 1 ad esempio) è stata aumentata la

spesa notevolmente, rispetto alle assegnazioni, ma soprattutto al consumo nell'anno 2010 (per il laboratorio circa il 700%, per la radiologia 115%).-

Una revisione di siffatta assegnazione può fondarsi su due ordini di motivi.

In primo luogo, prevedere un aumento della spesa per tale mobilità non ha senso ove si consideri che la mobilità interregionale è riconosciuta in sede di compensazione del fondo nazionale. Sicchè, la parte di aumento potrebbe essere destinata a garantire le prestazioni per i pazienti delle singole AA.SS.LL..-

In secondo luogo, l'aumento per la mobilità fuori regione sarebbe dovuto essere conseguenza di una valutazione di un dato contabile corrispondente, ovvero del consumo prodottosi negli anni 2010 e 2011, che invece non c'è. Anzi, il consumo per la mobilità interregionale nell'anno 2010 è stato di gran lunga inferiore alle risorse previste per l'anno 2012..-

C.- La (ri)modulazione dei fondi alle AA.SS.LL. soffre anche di un'altra irragionevole previsione ove viene indicato che il fondo della Macroarea è al lordo della quota del ticket regionale.

Tale previsione sostanzialmente sottrae alla Specialistica Ambulatoriale circa 40 mEuro, incidendo così per l'anno 2012 sulle date di esaurimento dei volumi di prestazioni e dei livelli economici di spesa..-

Il ticket sanitario per definizione è la compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino paziente.

In altri termini per contenere i costi della spesa sanitaria, sempre crescenti, ed anche per responsabilizzare i cittadini al momento della richiesta di prestazioni specialistiche o di farmaci, la legge chiede a tutti di pagare una somma variabile, contenuta, a titolo di partecipazione alla spesa che il sistema sanitario sostiene. Le disposizioni normative, attualmente vigenti prescrivono che tutti i cittadini "non esenti" sono obbligati a partecipare alla spesa per le prestazioni specialistiche, di diagnostica strumentale e di laboratorio,

versando una quota (il ticket, appunto) per poter usufruire delle stesse.-

Non vi sono ragioni che inducono ad affrancarsi dalla descritta finalità anche per la quota ticket regionale.-

Pertanto, il ticket non rappresenta affatto una parte dell'importo per le prestazioni di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche rese dalle strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale.-

Di qui la necessità di una rivisitazione della previsione dei fondi al lordo del quota ticket regionale, che potrebbe liberare risorse a vantaggio del fabbisogno, ovvero anche soprattutto a vantaggio delle classi più svantaggiate.-

Infine, proprio la carenza dei dati, non solo contabili (consuntivo 2010 e 2011), ma anche clinici ed epidemiologici, non consente di affrontare un altro tassello altrettanto importante della tutela della salute, ossia garantire per determinate patologie - preventivamente individuate - la fruibilità delle relative prestazioni, anche dopo l'esaurimento dei volumi di prestazioni e dei livelli economici di spesa.-

Tale aspetto, così come accade in altre Regioni, può e deve essere oggetto dell'attuale concertazione.-

In conclusione, le presenti osservazioni rappresentano solamente una parte del procedimento dettato dal D.Lgs.n.502/92, e costituiscono il momento partecipativo e concertativo che certamente non si risolverà in un mero simulacro, ma che potrà e dovrà essere la base per discutere le illustrate indicazioni, che nella specie evocano solamente il rispetto di determinati canoni legislativi.-

Alla luce di ciò, le sottoscritte Associazioni dichiarano la loro immediata disponibilità ad esaminare specificamente le osservazioni innanzi illustrate, e a tal fine invitano codesta

Struttura Commissariale a richiedere alle singole AA.SS.LL. i dati aggiornati agli anni 2010 e 2011.-

Nelle more di ciò, le sottoscritte Associazioni propongono la formulazione e la sottoscrizione di un contratto interipale - con scadenza al 31 maggio 2012 - al fine di assicurare legittimità formale e sostanziale all'erogazione delle prestazioni e, al tempo stesso, di consentire un'adeguata e congrua istruttoria in merito alle sindacate osservazioni.-

Napoli, 12 aprile 2012

Segue allegato con firme

OSSERVAZIONI RELATIVE ALLA RIPARTIZIONE ALLE AA.SS.LL.
DEI FONDI PER L'ANNO 2012

Associazioni di categoria

FederLab - S.B.V.
Via Santa Lucia, 20
80132 NAPOLI
Part. I.V.A. 07819900638

[Handwritten signature]
ENR
IL RAPPRESENTANTE REGIONALE

[Handwritten signature]
CENTRI ANTIDIABETE
di G. Genè

ASPAT
Associazione Sanità Privata
Associazione Nazionale
Il Presidente
[Handwritten signature]

ASA *[Handwritten signature]*

CONFINDUSTRIA CAMPANIA
RAGGRUPPAMENTO SANITA'

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
ANSA *[Handwritten signature]*

FEDERCARDIO
Il Presidente
ITALIA *[Handwritten signature]*

DA FEDERBIOLOGI E CONFAPU SANITA'

**OSSERVAZIONI RELATIVE ALLA RIPARTIZIONE ALLE AA.SS.LL. DEI FONDI
PER L'ANNO 2012.-**

API

Le sottoscritte Associazioni di Categoria, rappresentative della Macroarea della Specialistica Ambulatoriale, (**Federlab-SBV, Anisap, Unione Industriale Sezione Sanità, SNR, AISA, Confederazione Centri Antidiabete, Federbiologi, ASPAT**), in riferimento alla ipotesi di ripartizione dei fondi per l'anno 2012, illustrata dalla struttura Commissariale di codesta Regione nella riunione tenutasi il... , intendono offrire, con il presente documento, il proprio contributo, nell'ottica anche del principio di concertazione, quale momento di confronto e condivisione di criteri e procedure per la programmazione della spesa sanitaria.-

Tale ultimo aspetto, nella specie, rappresenta e costituisce presupposto non solo di legittimità formale, ma anche e soprattutto sostanziale ove si consideri che il contributo delle Associazioni, fondato su studi ed analisi, concorre al governo del bisogno assistenziale.-

Nella indicata riunione, in seguito anche ad esplicite richieste delle Associazioni di Categoria, è stata prospettata una ipotesi di modulazione, ovvero di rimodulazione, della attribuzione dei fondi alle AA.SS.LL., al fine di consentire una distribuzione omogenea degli stessi (fondi), su tutto il territorio regionale, e quindi di garantire il soddisfacimento della domanda assistenziale, mediante l'esaurimento, possibilmente coevo in tutte le AA.SS.LL., dei volumi di prestazioni e dei correlati livelli economici di spesa.-

Orbene, proprio per le ragioni testè indicate, la modulazione dei fondi assegnati alle AA.SS.LL., descritta nella indicata riunione, evidentemente rappresenta, anzi sicuramente rappresenta, la base dalla quale partire per evidenziare criteri e motivazioni delle assegnazioni dei fondi, ovvero rivisitare presupposti e criteri, ancorchè espressi sinteticamente, - quali l'anno di riferimento (2009), la quota

REGIONE CAMPANIA

Prot. 2012. 0390659 22/05/2012

Materia: FEDERBIOLOGI

Sussidiario Economico Finanziario

Classifica: 19. Fascicolo 7 del 2010



regionale ticket inserita nei fondi, ecc..-

In buona sostanza, dal confronto, da avviare in tempi ragionevolmente brevi, dovrà certamente emergere - anche al fine di assicurare all'adottando decreto commissariale la dovuta legittimità - :

- Il percorso istruttorio e motivazionale da porre a base della modulazione dei fondi e quindi della distribuzione degli stessi alle AA.SS.LL.,
- La indicazione della media dei consumi dell'ultimo triennio (2009-2010-2011) quale presupposto della modulazione,
- Una valutazione reale e concreta delle risorse da assegnare quale tetto per la mobilità interregionale,
- Una rivisitazione della previsione dei fondi al lordo della quota ticket regionale.-

A.- L'attività innanzi descritta costituisce momento fondamentale per evitare che la modulazione (ovvero la rimodulazione) dei fondi da attribuire alle AA.SS.LL. per la Macroarea della specialistica ambulatoriale, possa risolversi in una mera rappresentazione di dati contabili, da cui non è possibile enucleare, evidentemente, il ragionamento logico, prima ancora che giuridico, posto a base della stessa.-

E' necessario, quindi, individuare criteri omogenei e ragioni che determineranno la rimodulazione dei fondi alle AA.SS.LL., in ragione dell'assegnazione alle singole branche.

Essi, certamente vanno individuati nei dati del fabbisogno assistenziale per singola ASL e non certo nei consumi registrati e non controllati, ovvero nelle necessità che queste (ASL) dovranno (o hanno già) indicato, esclusivamente sulla base di dati clinici ed epidemiologici temperati da principio inattendibile della libertà di scelta del cittadino utente. Siffatti criteri servono anche ad individuare, una volta esauriti i volumi di prestazioni e livelli economici di spesa, le patologie che necessitano ancora delle relative prestazioni.-

Allo stato, il descritto passaggio istruttorio non sembra che sia stato fornito dalle AA.SS.LL.-

Così come è necessario utilizzare i dati della media dei consuntivi all'ultimo triennio, quale presupposto dell'assegnazione dei fondi alle AA.SS.LL., perché sarebbe non solo conforme al dettato normativo, ma anche perché consentirebbe di rappresentare il reale ed effettivo fabbisogno e non il semplice consumo di prestazioni. Evidentemente, le AA.SS.LL. sono in ritardo nell'invio dei dati relativi agli anni 2010 e 2011: ritardo ovviamente che non può in alcun modo inficiare la programmazione per l'anno 2012.-

Il D.Lgs. n.502/92 e s.m.i. traccia il percorso e indica i presupposti in ragione dei quali la Regione procede alla programmazione dei volumi di prestazioni e dei correlati livelli economici di spesa. Questi indicatori si concretizzano nella prospettazione da parte di ciascuna ASL del proprio fabbisogno assistenziale, che deve tener conto al massimo della media del consuntivo dei dati prodotti nell'ultimo triennio finanziario.-

Tale procedimento è necessario a maggior ragione nei casi in cui, come nella specie, i volumi di prestazioni e livelli economici di spesa individuati per Macroarea, distribuiti per branche, e poi assegnati alle singole AA.SS.LL., devono garantire in modo omogeneo il fabbisogno, e quindi cercare di prevedere che l'esaurimento dei volumi di prestazioni e dei livelli economici di spesa si verifichi quanto più è possibile in modo coevo nelle varie AA.SS.LL. E ciò al fine di evitare una anomala mobilità interaziendale, che è frutto non di una libera scelta del cittadino, bensì della ricerca di prestazioni e fondi non ancora esauriti.-

E' evidente, quindi, che il raggiungimento di una possibile omogeneità del fabbisogno e dell'esaurimento dei volumi di prestazioni presuppone la individuazione di criteri altrettanto omogenei, che tengano conto ovviamente delle singole realtà territoriali.-

Nella specie, la (ri)modulazione dei fondi alle AA.SS.LL., deve necessariamente essere oggetto di uno specifico procedimento istruttorio, e deve indicare la fonte da cui promana, diversamente si

svilisce la funzione della programmazione, imposta anche dal Giudice delle Leggi, appalesandosi così come una semplice distribuzione aritmetica del fondo della Macroarea, suddiviso per le singole branche, in teoria incapace di garantire quanto testè illustrato.-

E' altrettanto fondamentale, sempre nella logica di garantire il fabbisogno assistenziale, indicare le modalità di utilizzo delle risorse non consumate nelle singole AA.SS.LL., prevedendo, nell'ipotesi in cui ciò dovesse verificarsi, una distribuzione nelle stesse organizzando progetti sanitari a favore degli assistiti sul territorio in particolare per quelli affetti da gravi patologie croniche e degenerative.

A tal riguardo, è necessario un immediato confronto tecnico sulla base di dati concreti, ma soprattutto aggiornati, al fine di pervenire in tempi ragionevolmente brevi ad una programmazione quanto più vicina alle esigenze del paziente, in termini di garanzia del fabbisogno assistenziale.-

B.- Anche la assegnazione di determinate risorse per la mobilità interregionale necessita di un correttivo. In particolare, non si comprende, o comunque non è dato sapere, le motivazioni in base alle quali per qualche ASL (ASL Napoli 1 ad esempio) è stata aumentata la spesa notevolmente, rispetto alle assegnazioni, ma soprattutto al consumo nell'anno 2010 (per il laboratorio circa il 700%, per la radiologia 115%).-

Una revisione di siffatta assegnazione può fondarsi su due ordini di motivi.

In primo luogo, prevedere un aumento della spesa per tale mobilità non ha senso ove si consideri che la mobilità interregionale è riconosciuta in sede di compensazione del fondo nazionale. Sicchè, la parte di aumento potrebbe essere destinata a garantire le prestazioni per i pazienti delle singole AA.SS.LL..-

In secondo luogo, l'aumento per la mobilità fuori regione sarebbe dovuto essere conseguenza di una valutazione di un dato contabile corrispondente, ovvero del consumo prodottosi negli anni 2010 e 2011, che invece non c'è. Anzi, il consumo per la mobilità interregionale

nell'anno 2010 è stato di gran lunga inferiore alle risorse previste per l'anno 2012.-

C.- La (ri)modulazione dei fondi alle AA.SS.LL. soffre anche di un'altra irragionevole previsione ove viene indicato che il fondo della Macroarea è al lordo della quota del ticket regionale.

Tale previsione sostanzialmente sottrae alla Specialistica Ambulatoriale circa 40 mEuro, incidendo così per l'anno 2012 sulle date di esaurimento dei volumi di prestazioni e dei livelli economici di spesa.-

Il ticket sanitario per definizione è la compartecipazione alla spesa sanitaria da parte del cittadino paziente.

In altri termini per contenere i costi della spesa sanitaria, sempre crescenti, ed anche per responsabilizzare i cittadini al momento della richiesta di prestazioni specialistiche o di farmaci, la legge chiede a tutti di pagare una somma variabile, contenuta, a titolo di partecipazione alla spesa che il sistema sanitario sostiene. Non vi sono ragioni che inducono ad affrancarsi dalla descritta finalità per la quota ticket regionale.-

Pertanto, il ticket non rappresenta affatto una parte dell'importo per le prestazioni di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche rese dalle strutture sanitarie private provvisoriamente accreditate con oneri a carico del Servizio Sanitario Regionale.-

Di qui la necessità di una rivisitazione della previsione dei fondi al lordo del quota ticket regionale, che potrebbe liberare risorse a vantaggio del fabbisogno rendendo l'importo della macroarea libero da tali risorse diversamente finalizzate. In sostanza le scriventi associazioni richiedono che sia determinata la somma delle risorse da assegnare indipendentemente dalle indicazioni delle fonti di finanziamento.

In sostanza le scriventi associazioni richiedono che sia determinata la somma delle risorse a disposizione indipendentemente dalle fonti di finanziamento.

Infine, proprio la carenza dei dati, non solo contabili (consuntivo 2010 e 2011), ma anche clinici ed epidemiologici, non consente di affrontare un altro tassello altrettanto importante della tutela della salute, ossia garantire per determinate patologie – preventivamente individuate - la fruibilità delle relative prestazioni, anche dopo l'esaurimento dei volumi di prestazioni e dei livelli economici di spesa.-

Tale aspetto, così come accade in altre Regioni, può e deve essere oggetto dell'attuale concertazione.-

In conclusione, le presenti osservazioni rappresentano solamente una parte del procedimento dettato dal D.Lgs.n.502/92, e costituiscono il momento partecipativo e concertativo che certamente non si risolverà in un mero simulacro, ma che potrà e dovrà essere la base per discutere le illustrate indicazioni, che nella specie evocano solamente il rispetto di determinati canoni legislativi.-

Alla luce di ciò, le sottoscritte Associazioni **invitano codesta Struttura Commissariale a richiedere alle singole AA.SS.LL. i dati aggiornati agli anni 2009 - 2010 e 2011, e a convocare urgentemente un Tavolo Tecnico al fine di esaminare specificamente le osservazioni innanzi illustrate.-**

Napoli, 13 marzo 2012

Federlab-SBV

Il Presidente

ANISAP

Il Presidente

ASPAT

Il Presidente

UNIONE INDUSTRIALE Sezione Sanità

Il Presidente

SNR

Il Segretario

AISA

Il Presidente

Confederazione Centri Antidiabete

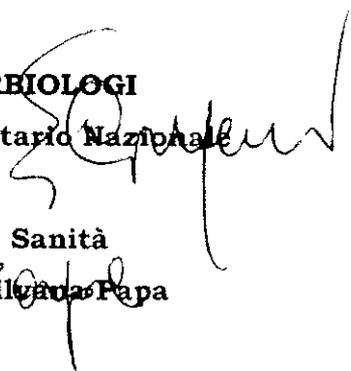
Il Presidente

FEDERBIOLOGI

Il Segretario Nazionale

Confapi Sanità

Arch. Silvana Papa





Prot. 2012. 0390666 22/05/2012
Mittente ASSOCIAZIONE ITALIANA SPECIALISTICA AMBULATORIALE
Beneficiario Economico Finanziario
Classifica 19 Fascicolo 7 del 2010



**Al Commissario ad acta
per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
On. le Stefano Caldoro**

**Al sub Commissario ad acta
per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario
Dott. Mario Morlacco**

Oggetto : Budget 2012 e Accordi Negoziali

A seguito di Vostra richiesta del 15.03.2012 prot. n° 1865 abbiamo prodotto, unitamente alle altre Associazioni di Categoria, le nostre osservazioni alla ipotesi di ripartizione dei Budget 2012 da Voi formulata. Nella nostra nota Vi abbiamo significato l'esigenza di addivenire alla sottoscrizione di un contratto transitorio nelle more della definizione dei suddetti Budget di spesa.

Principi di buona amministrazione rendono opportuna l'esplicazione, sia pure provvisoria, di scelte programmatiche all'inizio dell'anno con l'adozione di determinazioni che stabiliscano - all'esordio dell'esercizio - almeno Tetti provvisori sulla base dei dati disponibili, rinviando alla statuizione finale la quantificazione definitiva. Tale principio è stato recentemente ribadito dal Consiglio di Stato con sentenza n° 3 del 12.04.2012.

Essendo trascorsi ben quattro mesi di erogazione senza che le Strutture Private Accreditate abbiano sottoscritto alcun accordo negoziale, l'A.I.S.A.

invita e diffida

gli organi Regionali alla adozione di scelte programmatiche di natura transitoria, nelle more della definizione dei Volumi delle prestazioni e dei correlati limiti di spesa da allocare a ciascuna Branchia Specialistica in ragione del fabbisogno effettivo registrato nell'esercizio 2011.

Distinti saluti.

Caserta, 24 aprile 2012

Il Presidente
Prof. Antonio Salvatore

A.I.S.A.

Associazione Italiana Specialistica Ambulatoriale
Via Giovanni Aristide Barducci n. 10-12 * 81100 Caserta
Telefono: 0823.1871377 Fax: 0823.1871431

fonte: <http://burc.regione.campania.it>



SINDACATO NAZIONALE AREA RADIOLOGICA

Segreteria Regionale della Campania
Settore Liberi Professionisti

Al Dr. Mario Morlacco
Sub Commissario Sanità Regione Campania
Via Santa Lucia, 81 - 80132 Napoli

Al Presidente della Regione Campania
On. Stefano Caldoro
Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di
Rientro del Settore Sanitario
Via Santa Lucia, 81 - 80132 Napoli

All'On. Raffaele Calabrò
Consulente del Presidente Caldoro per la Sanità
c/o Assessorato alla Sanità Regione Campania
Via Santa Lucia, 81 - 80132 Napoli

Salerno 29/03/2012

Oggetto : Accordi contrattuali anno 2012- Area Specialistica Ambulatoriale.

In nome e per conto del SNR – Sindacato Nazionale Area Radiologica – segreteria regionale della Campania – settore dei liberi professionisti – il sottoscritto dr. Bruno Accarino, in qualità di rappresentante regionale, in riscontro del Vs fax prot. 1865/c del 15/03/2012 con la presente espone la propria autonoma posizione rispetto alle richieste formulate.

In particolare la scrivente Associazione ritiene che le uniche possibilità per superare le attuali criticità manifestate nelle riunioni tenutesi presso la struttura Sub Commissariale, senza alterare i già precari equilibri economico-finanziari della Regione Campania e senza ingenerare punitive soluzioni nei confronti delle AASSLL e/o delle altre discipline componenti la macroarea di Specialistica Ambulatoriale, siano :

1. il recupero della quota ricetta (ticket) regionale di cui al DCA 53/10 e smi, stimabile in non meno di 40 milioni di €, da destinare a quelle criticità emerse dai consuntivi 2010 e 2011 e di cui all' allegato 1 alla presente (date esaurimento prestazioni) in special modo per coprire le necessità assistenziali dei cronici, degli oncologici ed in generale delle classi meno abbienti, che sono, poi, i più colpiti dalle criticità medesime, ovvero dal blocco erogativo, cui si assiste ormai da diversi anni;
2. il recupero dei fondi di cui all'art 1 co. 170 L 311/2004 , valutabili in non meno di 60 milioni di € e di cui agli allegati 9 e 10 alla DGRC 1269/09, da utilizzarsi con le medesime finalità esposte nel precedente capoverso

Allo scopo si allega breve relazione (allegato 2)

In attesa di riscontro

Cordiali saluti

Il rappresentante regionale
Dr. Bruno Accarino

ASL	DATA ESAURIMENTO						
	Dibetologia	Branche a Visita	Cardiologia	Laboratorio	medicina nucleare	radiologia	radioterapia
AV	31-dic	31-dic	31-dic	31-dic	31-dic	31-dic	
BN	29-ott			10-dic	16-set	17-dic	
CE	03/10/11*	16-nov	18-nov	23-dic	16-nov	06-ott	05/11/11*
NA 1	31-dic	31-dic	19-ott	13-dic	08-ott	23-set	31-dic
NA 2		31-dic	24-ott	18-nov	11-ott	20-ott	12/10/11*
NA 3	31-dic	09-nov	13-ott	04-dic	29-ago	01-nov	31-dic
SA	31-dic	31-dic	28-ott	13-dic	15-dic	29-nov	

* CONTRATTO
INTEGRATIVO



SINDACATO NAZIONALE AREA RADIOLOGICA
Segreteria Regionale della Campania
Settore Liberi Professionisti

Criticità dell'Area Radiologica (Radiodiagnostica, Radioterapia, Medicina Nucleare)

- Il contesto -

Il settore dell'Area Radiologica comprende tre discipline ad elevato contenuto tecnologico (Radiodiagnostica, Medicina Nucleare e Radioterapia) ed eroga complessivamente oltre 3.500.000 prestazioni l'anno per un costo complessivo di oltre 172 mil di €. Allo stato tale raggruppamento disciplinare è sicuramente quello che presenta le maggiori criticità nell'ambito del settore privato accreditato nella macroarea di specialistica ambulatoriale in Campania

Infatti l'incessante e vorticoso evoluzione tecnologica della diagnostica per immagini, unitamente alle aumentate aspettative di vita e di salute della popolazione, comportano una continua crescita della richiesta di prestazioni clinico-strumentali.

L'incremento delle richieste diagnostiche rivolte alle discipline dell'area radiologica comporta un sicuro beneficio in termini di controllo e prevenzione della salute pubblica, ma comporta, altresì, quale ricaduta negativa un netto incremento dei costi di gestione del SSN.

Tale conseguenza negativa nella Regione Campania ha avuto **drammatiche conseguenze negli ultimi cinque anni**, infatti a fronte **del repentino esaurimento dei fondi** destinati all'area radiologica, in alcuni casi **fin dal mese di agosto.(NA 1)**, si è assistito al **blocco erogativo** da parte dei privati accreditati.

Le criticità, verificatesi ormai da anni, sono dovute principalmente ad errata e/o arbitraria applicazione di norme già esistenti.

- La normativa -

- Con la DGRC 517/07 (All 2) sono indicati volumi di prestazioni ritenuti congrui su base regionale per il mantenimento dei LEA ed i correlati limiti di spesa per singola disciplina.
- Purtroppo, per l'area radiologica, **IL MOLTIPLICATORE UTILIZZATO ERA ED E' ERRATO** in quanto viene utilizzata ancora la DGRC 1874/98 (tariffario annullato dalla sentenza TAR 7857/02), per cui il valore espresso non corrisponde alla realtà (ovvero è sottostimato)
- Infatti appare del tutto inspiegabile l'irresponsabile comportamento della Regione Campania, che ha sempre rifiutato di applicare il tariffario oggi vigente (DGRC 378/98) a seguito della **sentenza TAR 7857/02**, alla quale la stessa Regione ha prestato acquiescenza
- Finalmente con la circolare **1082/SP è del 17/03/07** (corretta applicazione del tariffario vigente per l'area radiologica -378/98-) la Regione **ha deciso di rispettare quanto disposto con la citata sentenza del TAR, ben 5 anni prima**
- **Per tale motivo la distribuzione del fondo** assegnato alla **macroarea** avviene in tutte le AASSLL sul consumo economico storico (ovvero **applicando un tariffario errato**): tale

distribuzione è stata sin dall'inizio contestata dal SNR, come risulta da tutti i verbali dei tavoli tecnici e dalla clausola di riserva apposta dal SNR a tutti i protocolli.

- **la Regione** a questo punto **impone alle AASSLL di ridurre il numero di prestazioni da contrattualizzare** solo per l'area radiologica, contravvenendo così al dettato della DGR 517/07 e non consentendo il mantenimento dei LEA in essa identificati con il risultato di ottenere il **repentino esaurimento delle prestazioni da erogare quasi in tutte le AASSLL; tale impostazione verrà poi mantenuta anche nelle successive delibere dalla 1268/08 e successive, tutte ritualmente impugnate**
- Il DCA 53/10 ha introdotto come è noto, una compartecipazione sulle ricette di 10€ per non esenti e di 5€ per soggetti esenti a partire da ottobre 2010 in poi.
- Il valore di tale compartecipazione è ca. 35/40 milioni di € su base regionale
- Tale somma, che viene **PAGATA direttamente DAI CITTADINI** - ovvero non a carico del bilancio regionale- **NON VIENE CONTEGGIATA AI FINI DEL TETTO di 397 MLE dichiarati come finanziati** in DCA 24/11 -Tetti di spesa 2011-
- Sicché la cifra stanziata dalla regione risulta inferiore di ca 35/40 40 milioni di €, **OVVERO 357 milioni di € e non 397 milioni di €.**

- Le ricadute -

Il risultato è stato il **repentino esaurimento delle prestazioni coperte da finanziamento con conseguente blocco dell'erogazione su tutto il territorio regionale dal 2008 in poi**, cosa ampiamente riportata da tutti gli organi di stampa locale e nazionale

Ovviamente il commissariamento della Regione Campania ha drammaticamente accentuato la criticità, ma a solo danno dell'area radiologica come vedremo

Per l'anno **2011 poi il finanziamento dell'area radiologica, ridotto rispetto al 2010 del 1,4% (nominale)**, è stato complessivamente di circa **€ 172 mln** di cui

- € 132 mln per la radiologia,
- € 32 mln per la medicina nucleare ed
- € 8 mln per la radioterapia, che finalmente è stata scorporata dai budget

Tuttavia **le necessità documentate** sono in totale **superiori a € 207 mln** con **almeno € 36 mln di sottofinanziamento**, per cui anche nell'esercizio 2011 non sono state coperte da finanziamento tutte le prestazioni necessarie e le strutture sono state obbligate a fermarsi ed a non coprire tutto l'arco dell'anno

La situazione più drammatica è, come al solito, quella della città di Napoli, dove già per ben 3 anni consecutivi si è riusciti a garantire l'erogazione fino al mese di agosto, mentre nel 2010 e 2011 si è riusciti a coprire quasi tutto il mese di settembre, lasciando però scoperto il trimestre ottobre-dicembre, nel quale i Cittadini delle ASL NA 1 Centro bisognosi di cure sono stati costretti ad allungare le già congestionate liste di attesa delle strutture pubbliche – sovraffollate dalla richiesta di prestazioni di urgenza-emergenza – oppure ad affrontare la diaspora sul territorio regionale, o peggio extra-regionale (con conseguente aumento della già disastrosa spesa in compensazione inter-regionale passiva), oppure a pagare di tasca propria le prestazioni richieste.

Segue a ruota Caserta (fino ad ottobre)

- Confronto della spesa con le altre Regioni d'Italia -

Dal rapporto 2008 del CEIS (Centre for Economic and International Studies – Università di Roma Tor Vergata), riguardante la spesa sanitaria sostenuta nel 2006 dalle Regioni per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, emerge che la Campania non è tra le regioni che spendono di più, e/o che consumano il maggior numero di prestazioni e questo già prima di essere commissariata

- II RISPETTO DELLE NORME -

La Regione Campania applica per l'area radiologica il tariffario più basso d'Italia (AGENAS - Prestazioni specialistiche ambulatoriali - confronto tra le tariffe nazionali ex DM 1996 e le tariffe regionali relative all'anno 2009; Prestazioni specialistiche ambulatoriali: Variabilità ed impatto economico dei nomenclatori tariffari regionali al 31 dicembre 2009) e pertanto **non assorbe in alcun caso risorse regionali proprie ai sensi dell'art. 1 co. 170 L 311/2004**

- **la Legge 311/2004 legge finanziaria 2005** all' art. 1 comma 170 recita ... omissis... Gli importi tariffari, fissati dalle singole regioni, superiori alle tariffe massime restano a carico dei bilanci regionali.....
- **Il DM 12 settembre 2006.**
"Ricognizione e primo aggiornamento delle tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni sanitarie", pubblicata sulla G.U n°289 del 13/12/2006 che
 - all' art 3 , comma 1 a) recita "le tariffe massime per la remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale a carico del Servizio sanitario nazionale sono quelle individuate dal decreto del Ministro della sanità' del 22 luglio 1996 «Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe».
 - all'art 3 comma 3 recita "A partire dalla data di entrata in vigore del presente decreto, gli importi tariffari stabiliti con provvedimenti regionali e superiori alle tariffe massime di cui al comma 1 del presente articolo restano a carico dei bilanci regionali per la parte eccedente le tariffe di cui ai medesimi commi.

Le regioni devono dare comunicazione al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, in sede di bilancio di previsione e a consuntivo, delle risorse regionali individuate sul proprio bilancio e destinate alla copertura dei maggiori oneri derivanti dall'adozione degli importi tariffari stabiliti con propri provvedimenti e superiori alle tariffe massime di cui al presente articolo

Và doverosamente chiarito che in regione Campania non vi è univocità di tariffe nell'ambito della specialistica ambulatoriale, in quanto alcune tariffe - e precisamente **quelle dell'area radiologica** - risultano in linea, ovvero uguali o anche inferiori a quelle del vigente tariffario nazionale cd BINDI, e **NESSUNA** di queste risulta ad esso superiore- con evidente risparmio per le casse regionali-, mentre altre tariffe, in particolare quelle della patologia clinica, risultano più alte rispetto a quelle del CD tariffario nazionale BINDI, alcune il 100% ed oltre .

Orbene questo costo risulta non inferiore a € 47 mln per ogni anno dal 2005 in poi, e non vi è traccia in nessun atto regionale delle fonti di finanziamento di questa cifra!!!

Il SNR fin dal 2007 ha richiesto alle **competenti autorità** di avere indicazioni precise ed esaustive circa il finanziamento della tariffe in questione, reclamando il rispetto delle norme vigenti in materia

Solo dopo l'ennesima battaglia legale è stato possibile effettuare un accesso agli atti presso la Regione Campania in data 30 aprile 2010 - a seguito del ricorso proposto da SNR al TAR Campania N.RG 984/2010 - nel corso del quale il responsabile regionale del procedimento ha verbalizzato dichiarazioni di particolare interesse circa il valore delle prestazioni tariffate in eccedenza: **ben 388 milioni di euro dal 2005 al 2009 !!! senza fornire tuttavia nessuna indicazione o atto circa agli adempimenti previsti dal DM 12/09/2006 circa la trasmissione ai competenti Ministeri contenenti sia le cifre di cui trattasi che sui capitoli di spesa da cui queste somme venivano e vengono attinte !!!**

Della vicenda è stata investita anche la Corte dei Conti Campana con più esposti.

- Le conseguenze

Per chiarire la portata della problematica è utile analizzare in maniera critica gli allegati 10 ed 11 alla DGRC 1269/09 (cfr tetti spesa per la specialistica ambulatoriale per l'anno 2009) da cui si evidenziano alcuni dati significativi.

- Per erogare oltre 3 milioni di prestazioni di diagnostica radiologica (radiografie ecografie TAC e RM) la Regione Campania programmava di spendere circa 172 milioni di € se pagate secondo il tariffario regionale vigente, mentre le stesse prestazioni pagate secondo il tariffario cd. BINDI nazionale sarebbero costate circa 181 milioni di €, quindi con un evidente risparmio di circa 8,5 milioni di € per le casse regionali (ovvero il 5%).
- Altrettanto dicasi per la medicina nucleare e la radioterapia: per capirci quella che serve a curare i tumori.
- Le stesse tabelle evidenziano nel medesimo atto che per erogare invece nello stesso esercizio (2009) circa 30 milioni di prestazioni di patologia clinica la Regione ha preventivato di spendere, pagando queste prestazioni con il vigente tariffario regionale, oltre 210 milioni di €, mentre il valore dello stesso numero di prestazioni secondo il vigente tariffario nazionale (la cui vigenza è documentata da una sentenza della corte costituzionale -94/2009-) è di 163 milioni di €, quindi con un onere a carico delle casse regionali di oltre 48 milioni di € (ovvero il 30%) e per un solo esercizio !!!

Và ricordato che la norma è vigente dal 2005 e che i dati riferiti riguardano gli anni fino al 2012 (7 anni) e che le prestazioni erogate nel 2010 sono salite a circa 40 milioni (ed anche il loro costo conseguentemente)

Basta moltiplicare per avere contezza della dimensione del fenomeno

In assenza di documentata e precisa differente provenienza di queste somme, bisogna ritenere che le stesse provengano dal FSR e quindi provengono dalla sottrazione di risorse economiche alle altre discipline specialistiche, che invece, come documentato dalla stessa Regione, generano risparmi con il tariffario oggi vigente in Campania.

Per dovere di chiarezza corre l'obbligo di precisare che **il punto nodale della questione non è perchè vengono pagate - affermo legittimamente - tariffe superiori a quelle nazionali, ma bensì conoscere in maniera documentata da dove vengono reperiti i fondi per pagare questa differenza economica, garantendo che non vi siano diminuzioni dei fondi del SSR, ovvero della quota di riparto del FSN che il Governo assegna a questa Regione**

Và precisato che la sottrazione di risorse alle discipline si traduce in sottrazione di prestazioni alla collettività ed al mantenimento dei LEA ad una popolazione che già paga di tasca propria tasse addizionali regionali e quote di compartecipazione alla spesa sanitaria tra le più alte del Paese (fonte AGENAS) e che viene perciò beffata due volte: la prima quando paga in più e la seconda, quando, a causa di questa indebita sottrazione, che genera precoce esaurimento dei fondi, è costretta a pagare per intero le prestazioni di cui necessita

Và sottolineato che la nostra Regione, commissariata per il debito sanitario, è soggetta a piano di rientro e che le scarse risorse esistenti non consentono in alcun caso di sprecare finanziamenti.

Ma il primo finanziamento è quello che non consente a nessuno di sperperare denaro, soprattutto quando questo è un bene scarso.

E' inoltre indispensabile applicare correttamente le leggi esistenti, perché non c'è più grande ingiustizia che fare parti uguali tra diseguali

- La proposta -

In questo quadro ed al fine di mantenere in maniera costante ed uniforme i LEA sull'intero territorio regionale e per l'intero anno solare è necessario che la Struttura Commissariale per la Sanità della Regione Campania, consapevole dell'importanza del ruolo che le prestazioni dell'Area Radiologica svolgono nel complessivo operato del SSR, attribuisca alta rilevanza strategica alle azioni di programmazione, regolamentazione, verifica e controllo volte ad assicurare elevati livelli di qualità, efficienza ed efficacia alle attività proprie delle discipline mediche specialistiche dell'Area Radiologica

E' indispensabile quindi che la Regione Campania:

- finanzia in maniera adeguata il settore dell' area radiologica recuperando quelle somme indebitamente sottratte al FSR e non di sua competenza (art. 1 co 170 L 311/2004)
- apra al più presto un tavolo di concertazione con le associazioni rappresentative dell'Area Radiologica unitamente alle Società Scientifiche dell'area per elaborare protocolli erogativi sulla scorta di quanto già effettuato con successo in altre Regioni Italiane (Lazio, Piemonte, Trentino, Emilia Romagna)
- escluda dai budget la spesa in compensazione regionale attiva, perché a carico di altri fondi sanitari regionali diversi da quello Campano

Salerno 27 marzo 2012.

Cordialmente

Il rappresentante regionale
Dr. Bruno Accarino

