



Prot. n. 010/AP
Napoli, 29 Gennaio 2016

All' On. Vincenzo De Luca
Presidente Giunta
Regione Campania
Via S. Lucia, 81
80132 Napoli

Inviata a mezzo pec:
capo.gab@pec.regione.campania.it

Oggetto: Tetti di spesa del privato accreditato anno 2016 relativi alle Macroaree della Specialistica Ambulatoriale e Riabilitazione-Sociosanitario: Osservazioni e proposte ASPAT Campania.

Ill.mo Presidente On. Vincenzo De Luca,

la scrivente Associazione di Categoria, maggiormente rappresentativa del Comparto (vedi scheda allegata), nella qualità di latrice degli interessi legittimi e diffusi dei propri iscritti, Centri erogatori istituzionalmente accreditati per conto del Servizio Sanitario Regionale ed afferenti ad entrambe le Macroaree Assistenziali della Specialistica Ambulatoriale e della Riabilitazione e Socio-Sanitario, con la presente nota, **in ottemperanza a quanto da Lei richiestoci nell'ultimo incontro in data 11 dicembre 2015, articola le seguenti osservazioni e proposte** concernenti la problematica in oggetto, confermando, al tempo stesso, la disponibilità ad un confronto in sede di Struttura Commissariale per ogni eventuale approfondimento.

PREMESSA

1 TETTO DI SPESA: QUALE MODELLO ADOTTARE?

Giova precisare, preliminarmente, che l'esperienza, acquisita in oltre dodici anni di sistematica collaborazione e fattiva partecipazione ai Tavoli Tecnici regionali ed aziendali, porta, senza tema di smentite, a concludere che per la nostra regione **il modello più congruo, idoneo ed appropriato per la definizione dei tetti di spesa è senz'altro quello cosiddetto di Macroarea/Branca** piuttosto che di "singola struttura".

Aspat Campania
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale
Centro Direzionale Napoli

Centro Direzionale Isola E/3 – Torre Avalon
80143 NAPOLI

Telefono 081 7345053 Fax 081 7345679
E-mail aspatinforma@gmail.com
Web www.aspatcampania.it





Quest'ultimo utilizzato nel recente passato (biennio 2010-11) per la Macroarea della Riabilitazione sulla falsariga della Spedalità ha avuto, a dispetto delle evocate prerogative, il precipuo risultato di cristallizzare gli errori e le discrasie di una **programmazione** ad impronta ragionieristica completamente **avulsa da una valutazione del reale fabbisogno prestazionale**, collegato ai prescrittori (siano essi MMG - PLS od UOAR) nella loro qualità di ordinatori della spesa.

Il tetto per singola struttura ha in questi anni concretamente appiattito il gioco della domanda e dell'offerta, abbassando pericolosamente la soglia di una reale concorrenza tra gli erogatori, demotivando le imprese in ordine a percorsi di qualità e di investimenti e, al tempo stesso, negando, segnatamente nell'ultimo periodo dell'anno, l'assistenza ai cittadini costretti a rivolgersi a professionisti e luoghi di cura diversi da quelli prescelti ovvero ad incrementare i flussi di mobilità infra/extra regionale a causa del precoce esaurimento del budget.

Il tetto di spesa modulato sul criterio della Macroarea/Branca per il Comparto della Specialistica Ambulatoriale se da un lato ha consentito un miglioramento quanto-qualitativo dell'offerta prestazionale e del correlato dato occupazionale, dall'altro, come vedremo in seguito, ha presentato anch'esso delle criticità ascrivibili sostanzialmente a lacune gestionali ed amministrative del modello organizzativo adottato e del sistema informativo regionale di supporto.

2 **FABBISOGNO, VOLUMI PRESTAZIONALI E CORRELATI LIMITI DI SPESA**

La seconda premessa alla formulazione di qualsivoglia proposta relativa ai tetti di spesa è quella concernente al **significato da attribuire al fabbisogno assistenziale** che - a nostro avviso - non può che essere l'espressione dei volumi prestazionali occorrenti a garantire, in un corretto sistema competitivo fatto di norme chiare e di regole condivise, la continuità assistenziale e solo successivamente da correlare agli invalicabili limiti di spesa. Diversamente, procedere alla programmazione del fabbisogno partendo dal dato relativo al volume economico disponibile e sempre più contingentato significa falsare, come accaduto in passato, un procedimento teso a garantire la copertura prestazionale ai cittadini/assistiti per l'intero anno.

≈≈≈≈≈≈≈



LA PROPOSTA ASPAT

II TURB - Tetto Unico Regionale di Branca / ASL

Obiettivi:

- a) omogeneità ed equità distributiva delle risorse economiche da allocare come mix di quote capitarie e consuntivato-LEA;*
- b) esaurimento coevo delle prestazioni della singola Branca/ASL in tutti gli ambiti territoriali;*
- c) ripristino del principio di responsabilità prescrittiva ed erogativa;*
- d) semplificazione amministrativa e gestionale del controllo di spesa;*
- e) rimodulazione dei budget in relazione al reale fabbisogno a tutela del principio di continuità assistenziale;*
- f) salvaguardia dei fabbisogni territoriali provinciali programmati;*
- g) reintroduzione per le Branche attinenti a prestazioni specialistiche salvavita (diabete, dialisi e radioterapia) di accordi integrativi;*
- h) recupero delle quote di mobilità passiva extra-regionale puntando sulle strutture di eccellenza campane.*

Il D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. traccia il percorso ed 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 dei dati prodotti negli esercizi finanziari precedenti (consuntivato LEA) e di una ripartizione equitativa delle quote capitarie assegnate in base alla popolazione assistita. (L.R. 32/94 - art. 28)

Tale procedimento è necessario a maggior ragione nei casi in cui, come ripetutamente accaduto, i volumi di prestazioni e livelli economici di spesa individuati per Macroarea, distribuiti per le Branche specialistiche e poi assegnati alle singole Aziende Sanitarie Locali, devono garantire in modo omogeneo il fabbisogno e, quindi, cercare di prevedere che **l'esaurimento dei volumi di prestazioni (e dei correlati economici) si verifichi possibilmente 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.

Resta di palmare evidenza 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, diversamente si svilisce la funzione di programmazione (imposta anche dal Giudice delle Leggi) appalesandosi così come una semplice e, quindi, carente distribuzione aritmetica del fondo di Macroarea, suddiviso per le singole Branche, in teoria incapace di garantire quanto testè illustrato.

Per comprendere la nostra istanza del TETTO UNICO REGIONALE DI BRANCA bisogna necessariamente condividere il principio assiomatico che a fronte della programmazione in oggetto v'è il cd. "budget prescrittori" quale **volume economico complessivo attribuito agli induttori della domanda specialistica**, cioè alla grande platea di medici generalisti e specialisti operanti nelle AA.SS.LL. ovvero nelle UOAR, che sono gli **unici ordinatori della spesa sanitaria in esame**.

Tutto ciò premesso, proponiamo, senza mezzi termini, che, per l'anno 2016 ed a seguire, venga **salvaguardato ex-ante il principio di responsabilità prescrittiva ed erogativa** sul quale si basa una corretta ed efficace programmazione dei Tetti di spesa di entrambe le Macroaree assistenziali in quanto il budget attribuito a valle del sistema in capo agli Erogatori è generato a monte dal cd. Budget Prescrittori.

Pertanto, **il controllo della spesa**, attraverso i monitoraggi periodici ai Tavoli Tecnici Aziendali e Regionale, **deve avere riguardo principalmente alle prestazioni da erogarsi ai cittadini/assistiti di ciascuna ASL** al fine di garantire l'esaurimento contemporaneo delle prestazioni della singola Brancha/ASL in tutti gli ambiti territoriali, cioè a prescindere dal luogo di svolgimento della prestazione.

In tal modo si pone fine ad un fenomeno distorsivo ed anomalo di mobilità interaziendale, particolarmente critico nell'ultimo periodo dell'anno, che nel penalizzare il cittadino/utente, deresponsabilizza l'ordinatore della spesa trasferendo in capo alle strutture erogatrici quel limite di budget ascritto diversamente ed unicamente al Prescrittore.

Riteniamo, infatti, sulla scorta dell'annosa esperienza maturata, che tutto quanto attiene al **controllo degli Erogatori** debba essere svolto, secondo pedissequa statuizione contrattuale ex art. 8-quinquies D.Lvo 502/92 e s.m., presso il Tavolo Tecnico della singola ASL, mentre la **gestione della piattaforma regionale** concernente i complessivi budget delle singole ASL (ripartiti nelle diverse Branche specialistiche), a garanzia di quanto proposto attraverso il Tetto Unico Regionale di Brancha, va affidata al Tavolo Tecnico Regionale di controllo e monitoraggio che semplicemente acquisendo i dati trasmessi con cadenza mensile dai Centri erogatori (files "C" ed "H") è in grado, a mezzo della compensazione delle quote cd. "attiva" e "passiva", di verificare sistematicamente la



perfetta collimazione delle prestazioni prescritte ed erogate ai limiti di spesa stabiliti, ovviamente, quest'ultimi in alcun modo invalicabili.

Solo in tal modo, a mezzo di una procedura gestionale ed amministrativa semplice, razionale e trasparente, tutti gli operatori sanitari (prescrittori ed erogatori) di ciascuna ASL saranno informati sull'andamento dei consumi per ogni singola Branca specialistica costituente la Macroarea assistenziale, potranno conoscere con buon anticipo l'eventuale data di esaurimento delle prestazioni a carico del privato accreditato ed i cittadini/assistiti, all'avverarsi di tali circostanze, rivolgersi necessariamente ai presidi pubblici che, diversamente dal privato che opera attraverso limiti inderogabili di spesa contrattualizzati, devono garantire la continuità assistenziale a tutto il 31/12.

Un ulteriore elemento da chiarire nell'ambito della gestione dei budget riguarda la **salvaguardia dei fabbisogni assegnati a ciascun territorio provinciale.**

Ci riferiamo alle criticità generate da una **programmazione dei Tetti di spesa con utilizzo di un valore medio unico prestazionale indistinto**, cioè scervo dalla valutazione che le prestazioni afferenti alla cd. QUOTA RESIDENTI (ASL) sono da sempre a più basso impatto economico rispetto a quelle della cd. QUOTA ATTIVA (altre ASL) che, diversamente dalle prime, hanno un più alto contenuto tecnologico e specialistico e che documentano una discreta mobilità interaziendale nella misura di poco più del venti per cento dei tetti complessivamente assegnati.

Riteniamo, pertanto, indispensabile segnalare la necessità di ripristinare all'interno dei protocolli d'intesa 2016 la portata di quanto stabilito al punto 6 della parte dispositiva della DGRC 1268/08 che consente una compensazione tra le due componenti del contratto (come detto quote RESIDENTI ed ATTIVA) solo in presenza di un minor utilizzo MA NON DI UTILIZZO INDISTINTO DELLE RISORSE ATTRIBUITE e ciò evidentemente a garanzia del fabbisogno assistenziale programmato e finanziato per il territorio provinciale di ciascuna ASL.

Altro aspetto di non trascurabile importanza concerne - a nostro parere - la necessità di indicare nel Protocollo d'Intesa, prodromico ai contratti con le singole strutture, le modalità di utilizzo delle risorse non consumate in alcune AA.SS.LL. o di eventuali economie di Bilancio, prevedendo, sempre nella logica di garantire il fabbisogno assistenziale, una distribuzione delle stesse in favore di assistiti affetti da gravi patologie. In tal senso, non può essere sottaciuta l'esigenza primaria di **definire preventivamente le eventuali carenze dei tetti di spesa per le Branche attinenti prestazioni specialistiche salvavita e di impatto sociale** (diabete, dialisi, radioterapia, etc.) proponendo il ripristino della possibilità di adottare alla bisogna gli accordi integrativi che furono introdotti in Campania nell'anno 2010.



Non v'è dubbio che la prospettata soluzione, in particolar modo per l'assistenza ai pazienti oncologici, incida significativamente anche sul dato della mobilità passiva extraregionale che vede la Campania in testa alla classifica italiana delle regioni a saldo negativo con circa trecento milioni annui.

Orbene, Presidente,

in conclusione, ci riserviamo di farLe avere quanto prima delle schede sintetiche relative alle problematiche e criticità specifiche delle singole Branche Specialistiche costituenti le due Macroaree assistenziali, corredate di commento tematico e di alcune tabelle sinottiche, al fine di rappresentare quanto emerso dal confronto che la scrivente Associazione ha tenuto nel corso del mese scorso con tutti i propri iscritti sull'argomento dei tetti di spesa anno 2016.

Ci corre l'obbligo di significarLe, così come già anticipato a più riprese all'Amministrazione regionale che **i Centri erogatori del SSR rappresentati da ASPAT reiterano la disponibilità a "fare sistema" nel quadro dei nuovi scenari assistenziali tendenti ad una valorizzazione della medicina territoriale** quale soluzione all'insostenibile ed anacronistico modello ospedalocentrico, collaborando al riordino ed alla organizzazione dei Servizi specialistici poliambulatoriali e polidiagnostici, a supporto dei Medici generalisti e specialistici territoriali, anche in veste h.24.

In attesa delle convocazioni dei Tavoli di confronto e concertazione, l'occasione ci è gradita per porgerLe cordiali saluti.

Il Presidente
Dr. Pier Paolo Polizzi