



Prot. n. 086/AP
Napoli, 3 Aprile 2013

**Ill.mo Direttore Generale
Dott. Sergio Florio**

**ASL AVELLINO
Via degli Imbimbo
83100 – Avellino**

Inviata a mezzo pec protocollo@pec.aslavellino.it

Oggetto: Reiterazione dell'istanza del Tavolo Tecnico relativa a compensazione risparmi di spesa anno 2011 Macroarea Assistenza Specialistica Ambulatoriale.

Egregio Direttore Generale,

con riferimento a quanto in oggetto siamo a precisarLe che la vigente normativa, relativa alle misure di compensazione in caso di risparmi di spesa rispetto ai tetti prefissati, stabilisce regole precise ed inderogabili.

A tal riguardo la DGRC n. 1268/2008 ha regolato la fattispecie statuendo che "dal 1° gennaio 2008 la compensazione tra sforamenti dei limiti di spesa programmati o minore utilizzo di altri limiti di spesa programmati, introdotta dalla DGRC 800/06, è consentita soltanto nell'ambito della stessa ASL e soltanto tra le diverse branche e/o tipologie di prestazioni rientranti all'interno di ciascuna delle seguenti macroaree:

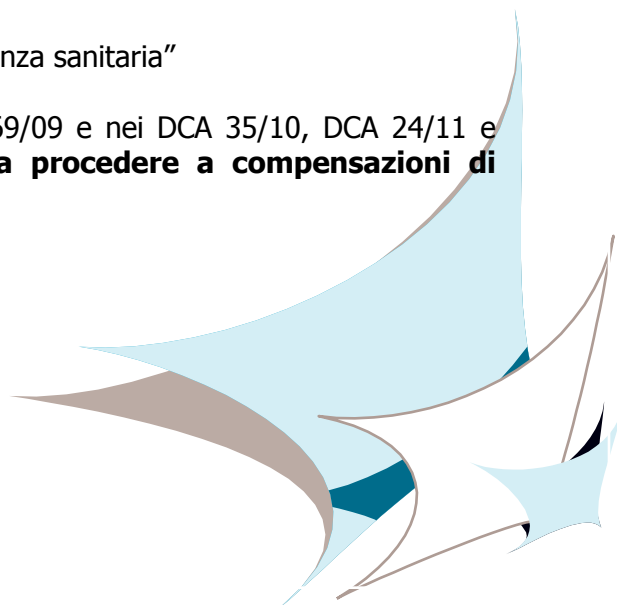
- Specialistica ambulatoriale
- Riabilitazione ex art. 26
- Assistenza ospedaliera
- Assistenza integrativa e protesica
- Assistenza termale
- Assistenza psichiatrica e sociosanitaria a rilevanza sanitaria"

Tale norma, richiamata nella successiva DGRC 1269/09 e nei DCA 35/10, DCA 24/11 e DCA 57/11, **vieta tassativamente che si possa procedere a compensazioni di risparmi di spesa fra diverse macroaree.**

**Aspat Campania
Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

Centro Direzionale Isola E/3 – Torre Avalon
80143 NAPOLI

PARTITA IVA e Codice Fiscale 05964521219
Telefono 081 7345053 Fax 081 7345679
E-mail aspatinforma@gmail.com
Web www.aspatcampania.it





Pertanto qualsiasi destinazione delle risorse risparmiate venissero destinate a macroaree diverse da quella in cui sono state realizzate darebbero immediatamente seguito ad impugnativa legale.

Per contro, **Le rammentiamo la nostra richiesta fatta**, congiuntamente alle altre Associazioni di Categoria, **nel tavolo tecnico del 2 ottobre 2012** che alleghiamo in copia, affinché si destinasse una piccola parte (20%) del risparmio realizzato nell'anno 2011 in alcune branche della macroarea di assistenza specialistica ambulatoriale alle altre branche della stessa macroarea in cui si erano verificati sforamenti di spesa e ciò nell'ambito previsto dal dettato normativo. A tutt'oggi non ci risulta che Ella abbia ancora dato seguito a quanto da noi richiesto e pertanto La invitiamo a farlo affinché si possano definire i consuntivi di spesa.

Certi della Sua sensibilità e disponibilità ad adottare il provvedimento richiesto, nello spirito della collaborazione da sempre dimostrata, restiamo in attesa di riscontro alla presente e porgiamo distinti saluti.

Il Presidente
Dr. Pier Paolo Polizzi

All. n. 1

Addì due ottobre 2012, sono presenti presso gli uffici del Controllo di Gestione i seguenti convenuti:

D.ssa Martino, D.ssa Vitale, Dr. Califano per l'ASL Avellino.

Dr. Gambino per ASPAT, Dr. Accarino SNR, Avv. Iannella per Centri Antidiabete. Assente giustificato Dr. Diglio per Federlab.

Le associazioni di categoria presenti chiedono che i dati presentati siano asseverati, ovvero al netto dei controlli di merito e dei requisiti COM.

La D.ssa Martino ed il Dr. Califano presentano i dati di produzione 2011 confrontati con lo storico 2009 e 2010 (Allegato 1). Viene precisato che i dati di produzione provengono dalla piattaforma informatica aziendale utilizzata per le operazioni di controllo/liquidazione, sul cui flusso- dati concorrono i direttori di distretto, per le fasi di controllo ed autorizzazione alla successiva fase di liquidazione. I dati estratti sono stati preventivamente controllati e comparati con lo stato attuale (al giorno 1ott2012) della banca dati.

Nel merito dei dati viene messa dapprima in evidenza la produzione della struttura di Patologia Clinica COD. 087100 per n.2416 prestazioni di sovra-produzione rispetto ai limiti del 2010 incrementato del 10%. Viene letta la nota fatta pervenire dal centro COD. 087100 che contro deduce rispetto all'overselling contestato (Allegato 2). Dopo discussione i presenti decidono di non poter accettare le contro deduzioni in quanto le motivazioni espresse risultano non adeguate alla contestazione, e pertanto confermano la necessità di recuperare la sovra-produzione del centro COD. 087100 secondo le modalità previste dal Decreto regionale in vigore e secondo il parametro del costo medio 2011 registrato con valore al netto di sconto, al netto di ticket e comprensivo di quota ricetta, per un importo pari a €11.992,34. Si demanda agli uffici competenti di provvedere al recupero di tali prestazioni contabilizzate al netto del ticket, sconto e quote ricetta aggiuntive nazionale e regionale.

Si passa a discutere il case mix per branca.

Per quanto riguarda la branca di Diabetologia si ritiene di non dover chiedere le motivazioni riguardanti il superamento del case-mix in quanto sono sopraggiunte modifiche prestazionali per nuovi provvedimenti normativi regionali introdotti a cavallo degli anni 2010-2011.

Per la branca di Radiodiagnostica, si registra un over case-mix per due strutture: COD. 086800 e COD. 150007. Viene data lettura integrale delle contro deduzioni fatte pervenire dai centri (Allegati 3 e 4). Le motivazioni espresse dai due centri vengono ritenute adeguate e coerenti a quanto richiesto, e pertanto il Tav.Tec. accoglie le stesse soprattutto perché si evince che il confronto più idoneo sarebbe fra la complessità 2011/2010, senza inclusione dell'anno 2009.

Viene evidenziato un superamento di tetto anno 2011 per le branche di: Diabetologia, Cardiologia e Radiodiagnostica.

Per quanto riguarda la Branca di Diabetologia, viene registrata una percentuale di regressione pari a 9,16%, per un importo complessivo di € 179.084,63. Per la Cardiologia la percentuale di regressione risulta del 4,37% per un importo complessivo di € 24.739,36. Per la branca di Radiodiagnostica la percentuale di regressione è pari al 10,97%, per un importo di € 412.943,70. Lo sfioramento complessivo risulta essere di € 616.767,69, sempre a lordo della "quota ricetta". Si demanda agli uffici competenti di provvedere al recupero di tali prestazioni contabilizzate al netto del ticket, sconto e quote ricetta aggiuntive nazionale e regionale.

Le branche di Patologia Clinica, Branche a Visita e Medicina Nucleare, registrano un risparmio rispettivamente di: € 14.255,37 (BV), € 2.887.468,01 (LAB) e € 351.664,68 (MN), per un risparmio totale di 3.253.388,06. Per queste branche si potrà procedere alla liquidazione secondo le autorizzazioni dei Direttori di Distretto.

In ultimo viene presentato al Tav.Tec. Il monitoraggio prestazioni, valore e quantità, con proiezione di esaurimento prestazioni (Allegato 5), aggiornato al 31 agosto 2012.

Le associazioni presenti formulano la presente dichiarazione: "premesso che a consuntivo dell'esercizio 2011 si sono verificati significativi risparmi (circa 3.353.000 euro) in alcune discipline della Macroarea della Specialistica ambulatoriale, mentre, a causa della errata programmazione regionale, e del mutato assetto diagnostico epidemiologico del territorio che tenderà a consolidarsi anche negli anni a venire, si sono verificati sfioramenti nelle branche di Radiodiagnostica, Diabetologia e Cardiologia per circa 616.767 euro, Si demanda agli uffici competenti di provvedere al recupero di tali prestazioni contabilizzate al netto del ticket, sconto e quote ricetta aggiuntive nazionale e regionale, constatato che le prestazioni sono state comunque erogate, tanto premesso e constatato le associazioni presenti propongono e chiedono che i risparmi verificatisi in altre discipline vengano utilizzati, almeno in parte, per compensare gli sfioramento registrati nelle discipline di

Radiodiagnostica, Diabetologia e Cardiologia, che di fatto non comporta alcuna alterazione del totale attribuito alla Macroarea di Specialistica Ambulatoriale, registrandosi comunque un cospicuo risparmio per l'azienda nonostante la richiesta compensazione".

L' ASPAT, in considerazione del fatto che il DCA 67/2012 e sue ss.ii.mm. fissa per l'anno 2012 che il criterio di calcolo del costo medio sia fatto secondo le tipologie funzionali delle prestazioni delle singole strutture in base ad apposita classificazione per branca, ritiene che l'unico periodo di riferimento da poter considerare è quello relativo al periodo gennaio-luglio 2012 o successivo, dal momento che i Protocolli d'Intesa sono stati firmati in data 8 agosto 2012 ed i singoli contratti in data successiva, fatta salva la possibilità di aggiornare il costo medio in corso d'anno così come stabilito dall'art.8 del DCA 67/2012 e seguenti e che mai si potrebbe determinare il valore medio della prestazione partendo da quello prodotto dalle strutture nell'anno precedente in quanto il criterio di calcolo nell'anno 2011 era completamente diverso.

La riunione termina alle ore 12,30. L.C.S.

D.ssa Martino, Asl Av.

D.ssa Vitale Asl Av.

Dr. Califano Asl Av

SNR - Dr. B. Accarino

Centri Antidiabete - Avv. A.Iannella

ASPAT
Associazione Sanità Privata
Accreditata Territoriale