



Prot. n. 116/AP  
Napoli, 13 Marzo 2018

**All' On. Vincenzo De Luca**  
n.q. di Commissario ad Acta  
per il Piano di rientro  
dal disavanzo sanitario

**All' Avv. Antonio Postiglione**  
Direttore Generale per la Tutela della Salute e il  
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

**Alla Dr.ssa Antonella Guida**  
Direzione Supporto Tecnico  
Valutazione di qualità dell'assistenza

Inviata a mezzo pec:

[capo.gab@pec.regione.campania.it](mailto:capo.gab@pec.regione.campania.it)

[dq.04@pec.regione.campania.it](mailto:dq.04@pec.regione.campania.it)

[antonella.guida@regione.campania.it](mailto:antonella.guida@regione.campania.it)

**REGIONE CAMPANIA**

**Oggetto: Tetti di spesa del privato accreditato anno 2018 relativi  
alla Macroarea della Specialistica Ambulatoriale:  
osservazioni e proposte ASPAT Campania.**

*Ill.mo Presidente On. Vincenzo De Luca,*

da diversi anni, come ben noto, la ripartizione delle risorse economiche per **l'attribuzione dei tetti di spesa** delle varie AASSLL è stata fatta dagli Uffici Regionali **in base al consuntivato storico** prescindendo da un'accurata valutazione dei volumi prestazionali occorrenti a garantire ai cittadini campani i LEA in regime di continuità assistenziale.

Tra **gli effetti distorsivi** di tale impostazione non possono sottacersi **il precoce esaurimento dei budget assegnati alle diverse Branche Specialistiche della Macroarea**, con conseguente stop erogativo diversificato per ciascuna ASL, e **l'anomala mobilità interaziendale degli utenti** alla ricerca dei Centri erogatori dove poter ottenere le prestazioni richieste.

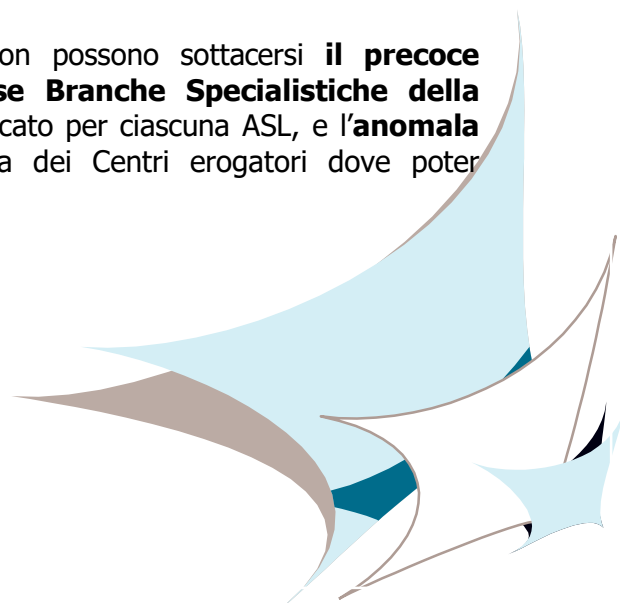
**Aspat Campania**  
**Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale**

Centro Direzionale Isola E/3 – Torre Avalon  
80143 NAPOLI

Telefono 081 7345053 Fax 081 7345679

E-mail [aspatinforma@gmail.com](mailto:aspatinforma@gmail.com)

Web [www.aspatcampania.it](http://www.aspatcampania.it)





Per ovviare a ciò **l'ASPAT ha proposto da tempo l'adozione di un Tetto Unico Regionale di Branca (TURB)** che, utilizzando una piattaforma informatica (ad esempio SANIARP), consentirebbe di registrare in tempo reale l'utilizzo delle prestazioni assegnate alle varie Asl al fine di **ottenere il raggiungimento coevo dell'esaurimento di esse**, tutto ciò evitando <<la transumanza>> dell'utenza in Asl diverse da quelle di appartenenza e, contestualmente, ponendo rimedio alla persistente criticità presso le ASL di tetti sottoutilizzati e di tetti incapienti.

Tale necessità appare oggi ancora più evidente dal momento che a seguito della **riorganizzazione della rete dei laboratori privati** si sono formate aggregazioni con spoke appartenenti a varie Asl e quindi, sia pure in presenza di un'analisi del fabbisogno prestazionale esistente fatto recentemente dalla Regione, risulta ancor più difficile allocare le risorse nelle varie Asl per determinarne i tetti di spesa.

## **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 su piattaforma SANIARP;*
- e) rimodulazione dei budget in relazione al reale fabbisogno a tutela dei LEA e del principio di continuità assistenziale;*

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., che sono gli **unici ordinatori della spesa sanitaria in esame.**

Tutto ciò premesso, proponiamo, senza mezzi termini, che, per l'anno 2018 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 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 ascrivito 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 Branca, va affidata al **Tavolo Tecnico Regionale di controllo e monitoraggio** che semplicemente acquisendo i dati trasmessi con cadenza mensile dai Centri erogatori (file "C") 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.

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  
