

REGIONE CAMPANIA
ASL CASERTA
UOC Acquisto e Controllo Prestazioni Esterne Strutture Accreditate
Via Unità Italiana, 28 - 81100 Caserta
mail: centri.accreditati@aslcaserta.it
pec: uoc.centriaccreditati@pec.aslcaserta.it

Al Direttore Generale
Dr. Amedeo Blasotti

Al Direttore Sanitario
Dr. Saverio Misso

Asl CE Prot. n. 0104390/C.PRES.ACC. del 22-04-2025



TRASMISSIONE VERBALE TAVOLO TECNICO SP...

Al Direttore Amministrativo
Dr. Giuseppe Tarantino

Alla Responsabile della Prevenzione
della Corruzione e della Trasparenza
Avv. Francesca Landolfi

E pc Alle associazioni di categoria
Specialistica Ambulatoriale

Oggetto: trasmissione verbale Tavolo Tecnico Specialistica Ambulatoriale del 17/04/25

Si trasmette in allegato il verbale del Tavolo tecnico per la Specialistica Ambulatoriale tenutosi in data **17/04/25** con il seguente Ordine del giorno:

1. Aggiornamento Valore Medio delle prestazioni anno 2025
2. Sottoscrizione protocolli d'intesa DGRC 175/25
3. Consuntivi anno 2024
4. Varie ed eventuali

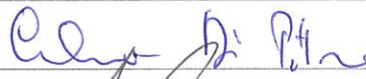

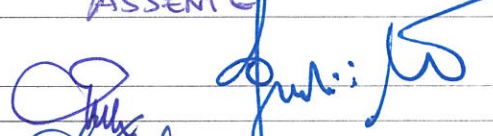

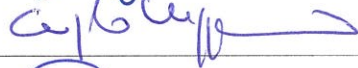


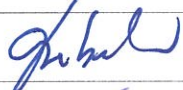



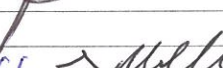
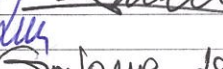
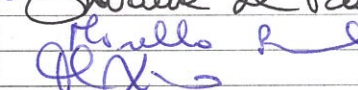




Si evidenzia che le Associazioni all'unanimità hanno ritenuto di dover sospendere le procedure di firma dei protocolli alla luce dell'ordinanza TAR Rg 00775-01574.

La Coordinatrice del Tavolo Tecnico
dott.ssa *Ida Delli Carri*
digitalmente da:
dr. Ida Delli Carri
Data: 22/04/2025
14:00:07

Verbale Specialistica Ambulatoriale ASL CASERTA

Il giorno 17.04.2025, presso la sede dell'ASL di Caserta, via Unità Italiana n. 28.

Sono presenti:

Per le Associazioni di categoria	firma
A.C.O.P. Delega Dott.ssa Carolina DI PIETRO	
ANMED Delega Daniele RIENZO	
A.I.O.P. Dott. Mario MASI	ASSENTE
AISA Prof. Antonio Salvatore Presente	
AISIC Dott. Gaetano Gambino	
ANISAP Prof. Mariniello Delega Dott.ssa Alessandra GALLO	
ASPAT - Dr Ezio Polizzi Delega dr. Angelo MAZZEO	
CONFLAVORO SALUTE Dr. Gaetano GAMBINO	
CONFINDUSTRIA Dott. BALIVO	 ASSENTE
CONFCOMMERCIO	 ASSENTE
FEDERLAB - Campania Dr Giuseppe Diglio	
SNR - Dott. Bruno Accarino	
FEDERBIOLOGI CONFAPI Delega Avvocato Antonella Guerriero	
FEDISALUTE Delega Dott. Bruno Accarino	
Per la ASL	
Dr.ssa Delli Carri Ida (Coordinatrice)	
Dr. Edgardo Di Lullo	
Dr.ssa Giovanna La Manna	
Dr. Piccolo Mirella	
Dr.ssa Lino Maria	

Ordine del giorno:

- Aggiornamento Valore medio delle prestazioni anno 2025
- Sottoscrizione protocolli d'intesa DGRC 175/2025;
- Consuntivi anno 2024;
- Varie ed eventuali.

La riunione ha inizio alle ore 9.54.

1. Aggiornamento Valore medio delle prestazioni anno 2025

FEDERLAB, per il primo punto dichiara quanto segue.

01/04/2025 10:00
 01/04/2025 10:00
 01/04/2025 10:00

Per quanto riguarda le Branche a visita e precisamente per il settore di Neurologia, in riferimento alla determinazione del costo medio per l'anno 2025, si fa presente quanto segue:
la modifica delle tariffe per l'elettromiografia semplice codice 93.08.A e cod. 93.08.B, che attualmente ricollega le tariffe ad una sola prestazione rispetto all'Elettromiografia codice 93.08.3 riferiti a 8 prestazioni, pertanto si chiede di tenere in dovuta considerazione tale criticità.

Il dr. Gambino per AISIC e Conflavoro Salute, in merito al primo punto all'o.d.g., ritiene inesatti i dati presentati all'ordine del giorno in quanto non tutte le strutture sono state in grado di presentare il file C del mese di marzo per incongruenze relative ad alcune prestazioni L.50 e L.60, pertanto sono quanto meno incompleti.

Inoltre sono attribuite prestazioni L70 a strutture di cui si chiede la verifica dei requisiti. Infine la piattaforma SANIARP non consente al momento la distribuzione relativa alle prestazioni L.50 ed L.60: di conseguenza le strutture non hanno modo di verificare l'andamento del costo medio che si ci augura venga sistemata anche con l'inoltro del monitoraggio mensile come previsto dal contratto art. 8 quinquies.

La parte pubblica fa presente che tutte le strutture che erogano le prestazioni L 70 hanno i requisiti autorizzativi previsti.

Il monitoraggio dei costi medi verrà inviato con cadenza mensile.

Per gennaio e febbraio 2025, attesa la difficoltà delle strutture di inoltrare i file C, tale monitoraggio non è stato inviato.

Il Prof. Salvatore chiede di invertire i punti dell'ordine del giorno. Chiede di trattare prima il punto 2 e successivamente i punti 3 e 4.

I Rappresentanti presenti concordano.

2. Consuntivi anno 2024

Le Associazioni prendo atto dei dati presentati.

3. Sottoscrizione protocolli d'intesa DGRC 175/2025

Alla luce dell'ordinanza TAR Rg 00775-01574 del 16/04/2025, le Associazioni all'unanimità ritengono di sospendere le procedure di firma dei protocolli e dei contratti in attesa del pronunciamento.

La parte pubblica prende atto ed attende la Camera di Consiglio del 06/05/2025.

4. Varie ed eventuali

La parte pubblica al fine di quantificare i tetti di spesa provvisori 2025, ha trasmesso alle Associazioni di categoria, con nota successiva alla convocazione del tavolo tecnico, i dati relativi alla determinazione della premialità sui dati di produzione 2024 ed i conseguenti conteggi dei tetti di spesa determinati come sommatoria dei tetti definitivi di cui alla DGRC 757/2024 e delle variazioni per la premialità calcolate sui dati di produzione degli esercizi 2022, 2023 e 2024.

SEGNALAZIONE pervenuta dalla Associazione ANMED.

FederLab Campania
Centro Direzionale Is. F3
80143 Napoli
C.F. 94176120632

FEDISALUTE

July

ANP SAP

CONFAPPI
FEDISALUTE

AISA
Gambino

Uet

CP

[Signature]

folm

AccoP
Dr. Piele

La parte pubblica sottopone la segnalazione pervenuta dall'Associazione ANMED in merito ai dati della premialità trasmessi.

In primis si segnala che l'espressione utilizzata "errori materiali, omissioni ed attribuzioni non conformi ai dati documentali e normativi di riferimento" utilizzata non è corroborata da argomentazioni. Così formulata risulta generica e priva di fondamento.

In merito al punto 1, attribuzione COM codice NSIS 391103, si rappresenta che con delibera aziendale n° 566 del 04/04/2025 notificata ai Centri con nota Asl CE Prot. n. 0091673/C.PRES.ACC. del 07-04-2025, l'ASL ha corretto l'errore rappresentato dalla struttura.

In merito a quanto rappresentato per l'indicatore C6 per le strutture 000088 e 381107 si provvederà alla correzione inserendo la Certificazione ISO in corso di validità.

Si precisa comunque che l'attribuzione del punteggio per tale indicatore, pur modificando, il punteggio complessivo dei Centri non ha ripercussioni sulla posizione in graduatoria.

Nello specifico:

- il Centro NSIS 000088 passerebbe dal punteggio complessivo di 15 a 16 e resterebbe per una parte del tetto nel secondo gruppo e per la restante nel terzo;
- il Centro NSIS 381107 passerebbe dal punteggio complessivo di 12 a 13 e resterebbe nel terzo gruppo.

In merito alle criticità segnalate per gli Indicatori C8 e C9 si prende atto di quanto segnalato e si sottoporrà la segnalazione agli Uffici regionali.

In merito alla criticità segnalata per l'Indicatore D12, la formula utilizzata dalla ASL Caserta è sovrapponibile a quella suggerita dall'Associazione.

A titolo esemplificativo si allega prospetto relativo alla patologia clinica dove viene riportato il conteggio secondo le due modalità, quella adottata dall'Azienda e quella suggerita dall'Associazione. Per effetto degli arrotondamenti, i valori sono sovrapponibili.

In merito alla criticità segnalata per l'Indicatore E13, si prende atto di quanto segnalato e si sottoporrà la segnalazione agli Uffici regionali.

Criticità dati FSE

FEDERLAB attraverso il suo delegato ai tavoli tecnici dr. Giuseppe DIGLIO segnala che alla struttura codice 34112 non è stato riconosciuto l'invio dei referti al FSE per l'anno 2023.

L'ACOP lamenta la stessa problematica per l'anno 2024 per la branca della RX per la struttura 150023. Inoltre lamenta il mancato inoltro dei monitoraggi che sono fermi al 1° trimestre 2024.

La parte pubblica, si riserva una nuova verifica dei dati forniti dal Referente aziendale del FSE.

L'incontro termina alle ore 11:30 circa.

Del che è verbale, letto confermato e sottoscritto.

Att.ne UOC ASL CE

uoc.centriaccreditati@pec.aslcaserta.it
protocollo@pec.aslcaserta.it

e p.c.

Dipartimento Generale per la Tutela della Salute e
Coordinamento del Sistema Sanitario - Regione Campania

Avv. Antonio Postiglione

dg.500400@pec.regione.campania.it

Assessore Bilancio

Prof. Ettore Cinque

ass.bilancio@pec.regione.campania.it

Dott. Luigi Riccio

dg04.staff02@pec.regione.campania.it

OGGETTO: Riscontro DGRC 175 del 02/04/2025 relativa ad ulteriori determinazioni nell'attuazione delle Delibere della Giunta Regionale n. 757 del 27 dicembre 2024 e n. 80 del 24 febbraio 2025

Nell'ambito dell'analisi delle graduatorie relative all'assegnazione dei tetti di struttura per l'annualità 2024 e degli indicatori per la Premialità 2024 (cfr. file "PATOLOGIA CLINICA" Del. 262_2025 - Premialità DGRC 757 (1) inviati dall'ASL Caserta in data 13 febbraio 2025, e Premialità 2024, Indicatori 2024, Tetti 2025 Provvisori inviati dall'ASL Caserta in data 15 aprile 2025) sono emerse alcune incongruenze che, se non correttamente rettificate, rischiano di compromettere l'equità e la legittimità dell'intero processo valutativo.

In particolare, si segnalano **errori materiali, omissioni ed attribuzioni non conformi ai dati documentali e normativi di riferimento**, che hanno inciso direttamente sul posizionamento delle strutture interessate nelle graduatorie, nonché sulla determinazione dei rispettivi tetti di struttura.

Di seguito si riportano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, alcune delle principali anomalie riscontrate, con specifico riferimento alle strutture coinvolte.

Si rappresenta che la **struttura con codice NSIS 391103, denominata "LAB. ANALISI CHECKUP di De Rosa C. & C. S.a.s."**, ha formalmente comunicato in data 24 agosto 2023 a codesta Azienda Sanitaria Locale una segnalazione relativa all'erronea attribuzione del numero di COM, pari a 36.000.

A supporto della richiesta di rettifica, la struttura ha trasmesso copia della **Delibera n. 1037 del 9 giugno 2011** (che alleghiamo alla presente), nella quale risultano chiaramente indicati i valori corretti da attribuire.

Tuttavia, la **correzione richiesta non risulta essere stata recepita dall'ASL di Caserta**, né in sede di aggiornamento del tetto di spesa, né ai fini dell'elaborazione della relativa graduatoria, la cui costruzione include il parametro COM che, per la struttura in questione, risulta errato.

Tale omissione determina una **lesione dei principi di correttezza, trasparenza e parità di trattamento**, con conseguente pregiudizio nella definizione del tetto di struttura e nella posizione in graduatoria, essendo quest'ultima influenzata direttamente dal valore delle COM attribuite.

Si chiede, pertanto, di procedere con l'**immediata rettifica del dato**, mediante aggiornamento dei sistemi informativi e ricalcolo dei dati in cui il valore delle COM risulta determinante, al fine di ripristinare la corretta posizione della struttura nell'ambito della distribuzione delle risorse.

1 di 8

INDICATORE C6 – “Presenza di certificazione ISO 9001:2015 in corso di validità”

Si segnala che le seguenti strutture risultano in possesso di certificazione di qualità ISO 9001:2015, regolarmente rilasciata e in corso di validità alla data di riferimento.

Tuttavia, nel documento denominato “INDICATORI 2024” trasmesso da codesta ASL in data 15 aprile 2024, non è stato attribuito alle suddette strutture il relativo punteggio previsto.

Si richiede pertanto una **rettifica urgente** del punteggio attribuito, mediante il riconoscimento del parametro relativo alla certificazione ISO 9001:2015, al fine di garantire l’aderenza ai principi di trasparenza, imparzialità e correttezza procedurale.

Codice NSIS	DESCRIZIONE STRUTTURA	VALORE INDICATORE C6	PUNTEGGIO INDICATORE C6
000088	CENTRO MEDICO RECALE s.r.l.	SI	1
381107	LAB. Analisi FLEMING S.A.S.	SI	1

CRITICITÀ DEGLI INDICATORI DI PERFORMANCE (cfr. INDICATORI 2024)

INDICATORI C8 e C9 - Multicollinearità e ridondanza informativa

La **multicollinearità** rappresenta una criticità nota nell’ambito dell’analisi statistica multivariata, e si manifesta quando due o più variabili indipendenti risultano fortemente correlate tra loro. Tale condizione compromette la capacità del modello di stimare in modo corretto l’effetto specifico di ciascuna variabile, determinando una duplicazione del peso associato ad uno stesso fenomeno.

Nel contesto in esame, l’effetto cumulativo della somma dei coefficienti finisce per premiare ripetutamente lo stesso parametro, amplificandone artificialmente il contributo alla graduatoria finale. Questo meccanismo determina una sovrastima sistematica del peso attribuito al medesimo fattore, con impatti distorsivi sull’equità e la rappresentatività della valutazione complessiva.

Ne derivano conseguenze rilevanti:

- *Distorsione della premialità*: i soggetti che eccellono nel parametro sovraponderato vengono premiati più volte, a prescindere dalla loro performance su altri aspetti rilevanti;
- *Perdita di equilibrio* nella composizione della graduatoria;
- *Riduzione della validità complessiva della misura di ranking*.

In tale contesto, risulta evidente e scontato che una maggiore capacità di erogazione (in termini di volume di prestazioni) si traduca inevitabilmente in una maggiore copertura in termini di giorni di attività, trattandosi di due parametri direttamente e strutturalmente correlati. La loro considerazione come variabili indipendenti determina, dunque, una ripetizione artificiale dello stesso concetto operativo, con conseguente alterazione del valore finale dell’indice e della posizione in graduatoria.

PROPOSTA per evitare la multicollinearità degli indicatori C8 e C9.

Evitare la duplicazione del peso tra parametri fortemente correlati (es. numero di prestazioni e giorni di attività), facendoli confluire in un unico indice sintetico, normalizzato rispetto alla dimensione complessiva della struttura.

INDICATORE D10 – “Prestazioni D e P”

L’indicatore D10, definito come:

$$D10 = \frac{n^{\circ} \text{ di prestazioni D e P in accesso diretto}}{n^{\circ} \text{ totale di prestazioni D e P}}$$

risulta non idoneo alla corretta valutazione della performance e dell’efficienza delle prestazioni di Patologia Clinica erogati dai Laboratori di analisi privati accreditati. Tali strutture, infatti, operano senza l’obbligo di agende programmate, garantendo l’accesso

2 di 8

diretto alle prestazioni, con conseguente impossibilità di applicare criteri valutativi basati sulla distinzione tra accesso diretto e programmato.

L'utilizzo di questo indicatore, pertanto, introduce un **errore metodologico rilevante**, in quanto non tiene conto delle specifiche modalità organizzative di erogazione delle prestazioni proprie di questi contesti.

Inoltre, si evidenzia una **criticità formale nei dati trasmessi**: in alcuni casi, il valore del numeratore risulta superiore a quello del denominatore, circostanza logicamente incoerente rispetto alla definizione dell'indicatore. Tale anomalia appare riconducibile a un probabile **errore di trasposizione dei dati, verosimilmente causato dall'inversione delle colonne nei tracciati** (cfr. Indicatori 2024 – Tracciato di rilevazione 2024).

Permangono altresì perplessità in merito ai criteri adottati per la definizione della griglia di attribuzione del punteggio collegata ai valori percentuali dell'indicatore, la cui coerenza e proporzionalità rispetto agli obiettivi dichiarati non risultano sufficientemente motivate.

L'effetto pratico dell'attuale applicazione del punteggio è paradossale: i laboratori che garantiscono l'erogazione tempestiva e completa di tutte le prestazioni urgenti (U), differibili (D) e programmate (P) in accesso diretto, senza disservizi per l'utenza, risultano penalizzati in graduatoria. Al contrario, vengono premiate strutture che, pur avendo margine operativo, hanno differito l'erogazione di alcune prestazioni, con una conseguente apparente maggiore proporzione di accessi "programmati".

PROPOSTA

Si raccomanda pertanto di **escludere l'indicatore D10 dal novero degli strumenti valutativi adottati**.

INDICATORE D12 – Scostamento del Valore medio della prestazione erogata rispetto al valore medio di branca e di fascia

L'indicatore D12, definito come lo scostamento del valore medio della prestazione erogata rispetto al valore medio di branca e di fascia di appartenenza, presenta rilevanti criticità sotto il profilo metodologico, statistico e giuridico.

I dati presenti nel file "INDICATORI 2024", inviati dall'ASL di Caserta il 15 aprile 2024 derivano dall'applicazione della seguente formula:

$$D12 = \frac{VMP_i - VMP_c}{VMP_i} \quad \text{Denominatore ERRATO}$$

dove:

D12 = indice relativo all'indicatore

VMP_i = Valore Medio Prestazione del singolo Centro "i"

VMP_c = Valore Medio Prestazione Classe di appartenenza (A, B, C)

Errore metodologico nel calcolo della percentuale di scostamento

La percentuale di scostamento è stata calcolata in maniera ERRATA, ponendo al denominatore il valore medio delle prestazioni del singolo centro e non il valore medio della classe, che dovrebbe invece rappresentare il benchmark di riferimento. Questo determina una sovra o sottostima sistematica dello scostamento percentuale, alterando la posizione in graduatoria delle strutture e compromettendo la validità dell'indicatore come strumento di ranking.

Oltre al mero e sostanziale errore matematico si aggiungono le seguenti osservazioni.

Assenza di responsabilità diretta del centro erogatore

Occorre preliminarmente osservare che la scelta della prestazione da erogare a carico del Servizio Sanitario Regionale (SSR) è effettuata dal medico prescrittore, non dal centro diagnostico. Di conseguenza, il centro non ha alcuna possibilità di intervenire sulla tipologia della prestazione prescritta né sul relativo valore tariffario. Attribuire alla struttura erogatrice una responsabilità in termini di "efficienza economica" in base al valore medio delle prestazioni erogate costituisce una distorsione logica e una violazione del principio di imputabilità soggettiva, come sancito in ambito amministrativo.

3 di 8

Errore statistico: improprio confronto tra classi eterogenee

L'indicatore D12 è stato calcolato senza tenere conto dell'eterogeneità intrinseca delle classi (A, B, C). Si tratta di un confronto tra medie condizionate su gruppi disomogenei, che genera un *bias di selezione*. Una corretta analisi comparativa dovrebbe prevedere la stratificazione per classe omogenea e, all'interno di ciascuna, la comparazione tra strutture con pari autorizzazioni e composizione prestazionale.

In termini statistici, l'attuale impostazione viola il principio della comparabilità *interna dei gruppi (internal validity)*, con effetti distorsivi sulle metriche di performance.

Effetti discriminatori e non meritocratici

Ciò genera un paradosso: i centri appartenenti alla classe C – che hanno l'autorizzazione per più settori specializzati – ma che, per motivi legati alla domanda territoriale, erogano prevalentemente prestazioni di base, risultano premiati. *Il valore medio delle loro prestazioni sarà fisiologicamente inferiore rispetto al valore atteso della propria fascia, non per efficienza o scelta strategica, ma per la mancanza di prescrizioni complesse da parte del medico curante, che condiziona l'output dell'attività.*

In termini normativi, ciò può configurare un trattamento iniquo e potenzialmente discriminatorio, lesivo del principio di proporzionalità e adeguatezza nell'allocazione di risorse pubbliche e nella valutazione delle performance.

PROPOSTA per il superamento delle distorsioni metodologiche e statistiche dell'indicatore D12.

Si raccomanda pertanto di **escludere l'indicatore D12 dal novero degli strumenti valutativi adottati**, in quanto privo di correlazione con parametri oggettivi di efficienza gestionale o con scelte strategiche finalizzate all'ottimizzazione della spesa.

L'indicatore in oggetto risulta *non rispondente ai criteri di imputabilità oggettiva della performance*, in quanto non esprime una variabile sotto il controllo diretto delle strutture valutate, né è riconducibile a comportamenti gestionali deliberati. **La sua applicazione nella determinazione di graduatorie o punteggi premiali genera effetti distorsivi**, compromettendo i principi di equità, trasparenza e proporzionalità che devono informare i meccanismi di allocazione delle risorse pubbliche.

INDICATORE E13 - Territorio

L'indicatore E13, volto a misurare la **densità dell'offerta sanitaria per branca specialistica** o in contesti territoriali svantaggiati, produce effetti distorsivi se applicato in modo meccanico, **senza tener conto delle dinamiche autorizzative pregresse** e del quadro regolatorio regionale.

Le strutture accreditate operano in un sistema in cui l'**autorizzazione all'apertura, al trasferimento o alla modifica dei punti di erogazione** (inclusi i punti prelievo) è subordinata a **disposizioni regionali e a decisioni delle ASL e dei comuni**, secondo quanto previsto da normative sanitarie regionali e dai piani di programmazione dell'offerta.

In tal senso, l'indicatore E13 rischia di **attribuire una penalità a strutture esistenti da decenni**, che si sono ritrovate "**circondate**" da nuove strutture o punti prelievo non per loro scelta ma per **decisioni amministrative superiori**, e che hanno anche subito una **riduzione dell'utenza per effetto di una concorrenza localizzata indotta dalle istituzioni stesse**.

Il peso dell'indicatore E13, così per come è pensato, evidenzia che una maggiore concentrazione di offerta equivale a ridondanza o inefficienza, **senza tener conto della storicità delle autorizzazioni né della non controllabilità delle scelte di localizzazione da parte delle singole strutture**.

Una valutazione equa richiederebbe una **ponderazione sulla base della cronologia autorizzativa**, ad esempio attraverso una **graduatoria di storicità (first-in-time logic)**, penalizzando eventualmente solo le strutture **subentrate successivamente in aree già coperte**, e non quelle storiche. L'indicatore E13, così come formulato, **non considera la dimensione temporale (storicità) e la dipendenza delle strutture da processi autorizzativi esterni**.

Un adeguamento del modello, fondato su criteri demografici e sulla cronologia autorizzativa, garantirebbe **maggiore equità e coerenza metodologica** nella valutazione delle performance sanitarie.

PROPOSTA

Eliminazione o revisione dell'indicatore, qualora non sia possibile distinguere responsabilità attribuibili alle strutture.

Riformulazione dell'indicatore sulla base di una metrica dinamica di "saturazione dell'area" basata su:

- Densità demografica vs. densità dell'offerta
- Storicità autorizzativa
- Raggio di attrazione reale (analisi dei flussi)

GRADUATORIA derivante dall'indice per il calcolo del tetto base 2023 e 2024

Come richiamato nella premessa della delibera in oggetto che fa riferimento alla D.G.R.C n. 215/2022 nell' ALLEGATO B, *Metodologia* di cui, si riscontra la seguente affermazione:

"Il tetto di spesa teorico viene, poi, opportunamente confrontato e messo in relazione con il tetto di spesa assegnato nell'anno precedente e con il fatturato liquidabile riconosciuto, dall'ASL sempre per l'anno precedente, ivi compresa la parte extra-tetto soggetta a regressione tariffaria, così da ottenere il tetto di spesa base, sempre nel rispetto del vincolo di spesa annuale attribuibile alla singola ASL per la specifica branca di pertinenza."

Tale metodologia, come si è poi resa esplicita nei documenti ufficiali ^{INVIATE DALL'ASL DI CASERTA A GENNAIO 2025} (cfr. Del. 262_2025) - Premialità DGRC 757 (I) inviati dall'ASL Caserta in data 13 febbraio 2025, e Premialità 2024, Tetti 2025 Provvisori inviati dall'ASL Caserta in data 15 aprile 2025) **non è supportata da un'adeguata trattazione statistica**, essenziale per la determinazione equa e proporzionale dei tetti di spesa per struttura. L'analisi della formula di calcolo evidenzia la presenza di **bias metodologici che compromettono l'equità della graduatoria e la corretta valutazione delle capacità operative delle strutture sanitarie.**

ANALISI del calcolo adottato per la generazione dell'indice utile alle graduatorie per il calcolo del tetto base 2023 e 2024 (cfr. del 262_2025 – premialità dgrc 757)

L'indice utilizzato per la costruzione della graduatoria è definito come:

$$I_i = \frac{TT_i}{Media(TS_i; L_i)}$$

dove:

- TT_i = Numero di prestazioni teoriche che il laboratorio i può eseguire (cfr Tetto Teorico 2024, colonna 7);
- TS_i = Tetto di spesa netto assegnato al laboratorio i (colonna 8);
- L_i = Valore effettivamente liquidato (Cons.vo NETTO Liquidato, colonna 9).

L'applicazione di tale formula evidenzia una serie di errori metodologici che distorcono l'equilibrio della graduatoria e ne compromettono l'affidabilità e risulta, quindi, inadatta a rappresentare in modo fedele la capacità produttiva e il livello di efficienza delle strutture. Di seguito, si elencano le principali problematiche riscontrate.

a) Bias di attribuzione

La metrica adottata introduce un *bias di attribuzione*, in quanto può premiare laboratori con un valore elevato di TT_i, anche se la loro effettiva operatività (riflessa da L_i) è inferiore al tetto assegnato TS_i. Tale distorsione è in contrasto con le finalità della D.G.R.C. 215/2022, poiché **non riflette correttamente la capacità di attrazione della domanda e l'effettiva efficienza operativa delle strutture.**

Inoltre, questa impostazione penalizza le strutture che, pur avendo erogato un numero di prestazioni superiore al tetto assegnato, si vedono attribuire un indice inferiore. Questo accade nonostante il loro maggiore impegno nell'assicurare l'erogazione dei servizi.

A titolo esemplificativo, si riportano – con riferimento al codice NSIS – alcune strutture che, *pur non avendo raggiunto il tetto di spesa netto loro assegnato (ossia presentando un consuntivo liquidato inferiore al tetto stesso), hanno comunque beneficiato di una maggiorazione del 2% sul tetto di struttura per l'anno successivo.*

Tale attribuzione risulta in evidente contraddizione con i criteri previsti dalla normativa di riferimento, la quale, come stabilito dalla D.G.R.C. n. 215/2022 e successive determinazioni, subordina l'accesso a premialità e incrementi alla piena saturazione del tetto di spesa assegnato.

L'applicazione di un criterio premiale a favore di strutture che non hanno dimostrato piena capacità erogativa e non hanno raggiunto i volumi programmati, produce una disparità di trattamento ingiustificabile nei confronti delle strutture che, al contrario, hanno esaurito – o addirittura superato – il tetto assegnato, mostrando un impegno concreto nell'assicurare l'erogazione dei servizi ai cittadini.

Tale anomalia, oltre a compromettere l'equità del sistema, mina la coerenza interna dei meccanismi di allocazione delle risorse pubbliche, premiando situazioni di sotto-utilizzo e disincentivando la piena efficienza operativa.

Codice NSIS	Tetto di spesa netto 2023	Cons.vo liquidato 2023	Posizione nei tre gruppi (1°: + 2%; 2°: 0%; 3°: -2%)
421104	300.932.00 €	290.910,00 €	1°
000071	135.329	121.452	1°

b) Aggregation Bias

Si verifica quando si mescolano gruppi con caratteristiche diverse senza considerare l'effetto della variabile discriminante (in questo caso il VMP), portando a un'errata interpretazione dei dati aggregati.

PROPOSTA per il superamento delle distorsioni metodologiche nel calcolo dei tetti di spesa

Al fine di garantire equità, trasparenza e coerenza rispetto ai principi definiti dalla D.G.R.C. n. 215/2022 e successive determinazioni, si propongono i seguenti interventi correttivi:

Revisione dell'Indice Ii per la definizione della graduatoria

Sostituzione dell'indice basato sulla media aritmetica nel denominatore con la seguente formula che genera un indicatore che riflette meglio l'effettiva capacità operativa, e valorizza al contempo il potenziale produttivo teorico.

$$I_i = \left(\frac{L_i}{TS_i} \right) * \left(\frac{TT_i}{TS_i} \right)^{1,2} * \left(\frac{1}{VMP_i} \right)$$

I_i = Indice di merito della struttura *i* (da utilizzare per la graduatoria)

L_i = Consuntivo netto liquidato

TS_i = Tetto di spesa assegnato

TT_i = Tetto teorico (potenziale produttivo)

VMP_i = Valore Medio della Prestazione della struttura

1,2 = Esponente di peso sul Tetto Teorico per valorizzare il potenziale

Tale versione dell'Indice di merito normalizzato:

- **Premia** chi ha lavorato molto in rapporto a ciò che gli è stato assegnato.
- **Valorizza** chi ha ancora margine per crescere (tetto teorico > tetto assegnato).
- **Neutralizza** il vantaggio automatico delle strutture con prestazioni mediamente più complesse (VMP alto), che altrimenti otterrebbero punteggi alti anche con volumi ridotti.

CONCLUSIONI

I calcoli esposti risultano chiaramente *privi di una trattazione statistica rigorosa, indispensabile per la costruzione di una graduatoria che tenga conto di una pluralità di fattori in maniera equa e comparabile.*

L'assenza di un'adeguata ponderazione delle variabili e la mancata standardizzazione determina una distorsione sistematica nella graduatoria. In particolare, **il criterio di premialità adottato risulta sbilanciato a favore di chi ha un volume di prestazioni più elevato, rendendo la valutazione, intrinsecamente autoreferenziale.**

Tale dato, negli anni a venire, determinerà un consolidamento delle posizioni ai vertici per le strutture che già oggi dispongono di Tetti di Struttura di dimensioni estremamente elevate. Ciò avverrà indipendentemente dagli eventuali adeguamenti tecnologici, organizzativi o strutturali che le altre strutture potranno implementare per massimizzare i punteggi negli ulteriori indicatori di valutazione.

In altre parole, il modello attuale introduce un *bias strutturale che perpetua un vantaggio competitivo indipendentemente dall'evoluzione delle altre variabili, minando così l'equità del sistema di valutazione.*

L'analisi delle formule di calcolo e degli indici adottati evidenzia **una carenza metodologica di natura statistica e regolatoria, che compromette l'equità della graduatoria e la coerenza con le finalità della normativa di riferimento.** La mancata adozione di criteri correttivi e di tecniche di normalizzazione dei dati porta a una distorsione sistematica dei risultati.

Ne consegue che i calcoli esposti non rispondono ai criteri di equità, proporzionalità e trasparenza richiesti per la ripartizione dei tetti di spesa, rendendo necessario un approfondimento metodologico e una revisione dei criteri di assegnazione.

RICHIESTA DI CHIARIMENTI IN MERITO ALLA RICHIESTA DEL PATTO DI INTEGRITÀ

Si rappresenta che numerose strutture da noi rappresentate hanno segnalato di aver ricevuto, da parte di codesta Azienda Sanitaria Locale, la richiesta di sottoscrizione di un Patto di Integrità quale condizione propedeutica alla stipula dei contratti.

Pur confermando la piena disponibilità degli associati a collaborare con l'Amministrazione, in particolare su temi di assoluto rilievo come la prevenzione della corruzione e la trasparenza amministrativa — come già ampiamente dimostrato in occasione della trasmissione della documentazione relativa alle dichiarazioni antimafia e alle misure di contrasto al fenomeno del *pantouflage* — **non risulta del tutto chiara la ratio giuridico-amministrativa della richiesta del suddetto "Patto di Integrità" in questo specifico contesto.**

Nello specifico, si evidenzia che tale tipologia di documento è **ordinariamente richiesta nell'ambito delle procedure ad evidenza pubblica**, e non nelle fasi di stipula dei contratti derivanti da accreditamento o regolati da convenzioni con soggetti già qualificati.

Inoltre, il contenuto del documento trasmesso fa espresso riferimento, fin dal primo punto, all'**accettazione di un Capitolato e di un Disciplinare di gara**, nonché dei relativi allegati. Tuttavia, **tali documenti non risultano essere stati trasmessi alle strutture, né sono stati resi disponibili alle Associazioni di Categoria per una valutazione preventiva.**

Alla luce di quanto sopra, si chiede di voler fornire **chiarimenti puntuali** in merito alla natura e alla finalità della richiesta, e di valutare l'opportunità di rettificare quanto trasmesso qualora, come si presume, si sia trattato di un refuso amministrativo.

VALUTAZIONI PRELIMINARI SULLA CONGRUITÀ DELLE MODIFICHE AI BUDGET DERIVANTI DALLE VARIAZIONI NELLE AGGREGAZIONI TERRITORIALI

Con riferimento alla documentazione trasmessa da codesta Azienda Sanitaria Locale — comprensiva di dati, fogli di calcolo e parametri di assegnazione dei budget — si evidenzia come **il termine di circa 48 ore intercorrente tra l'invio della documentazione e la convocazione della seduta del tavolo tecnico risulti del tutto insufficiente** rispetto alla complessità e all'estensione del materiale da analizzare.



La documentazione trasmessa, infatti, comprende migliaia di record e formule, la cui valutazione richiede necessariamente un approfondito esame tecnico da parte di personale qualificato, non compatibile con i tempi estremamente ristretti concessi.

Si rappresenta, altresì, che la scrivente parte intende evidenziare, già in questa sede, il rilevante impatto negativo prodotto dalla riorganizzazione territoriale delle strutture "spoke" avvenuta tra il 2022 e il 2023, con particolare riferimento alla migrazione di alcune di esse dall'ASL di Caserta verso l'ASL di Salerno. Tale trasferimento ha determinato una riduzione complessiva del budget disponibile per l'ASL CE, incidendo in modo diretto e sfavorevole sulla successiva ripartizione delle risorse tra le strutture ancora afferenti e sulla quantità delle prestazioni sanitarie erogabili ai cittadini del territorio.

Alla luce di quanto sopra, ANMED si riserva formalmente di procedere ad un'analisi più dettagliata, avvalendosi del supporto di professionisti esperti, al fine di:

- verificare eventuali anomalie o incongruenze nei criteri di attribuzione dei budget aggiornati;
- valutare l'effettiva conformità delle operazioni poste in essere rispetto alla normativa vigente e ai vincoli autorizzativi eventualmente connessi al trasferimento delle strutture spoke;
- rilevare possibili profili di illegittimità e pregiudizio derivante alle strutture ancora in carico all'ASL CE.

Si richiede, pertanto, che eventuali determinazioni definitive in merito alle assegnazioni dei budget, derivanti dalle modifiche alle aggregazioni territoriali, siano sospese o comunque subordinate alla conclusione della suddetta fase di analisi e verifica tecnica, al fine di garantire il rispetto dei principi di trasparenza, equità e tutela dell'interesse pubblico.

ROMA, 16 Aprile 2025

Presidente
Dr.ssa Elisa Interlandi

Esercizio colabato Patologia Clinica Invalentata DR

Struttura	Denominazione/Struttura	Specialistica	Produzione Lorda	Prestazioni	Classe	Costo Medio	Costo Medio	Costo Medio	Costo Medio	Costo Medio	Quota Eccedente	Variazione Percentuale	Nota Credito	%
000013	LABORATORIO ANALISI CLINICHE ALFA 1 S.A.S.	011	203908,45	62266	A	3,27	3,52	3,88	92,9	0	-8%	-7%	-1%	
000016	LAB. BIOMEDICO S.A.S DI G. PETRILLO	011	269045,16	77855	B	3,45	3,59	3,95	96,21	0	-4%	-4%	0%	
000049	CERASOLE CENTRO POLISPECIALISTICO S.N.C.	011	248051,17	68127	B	3,64	3,99	3,95	101,5	0	1%	1%	0%	
000071	CEITAC - SRL	011	119239,81	30619	C	3,89	3,91	4,3	99,51	0	-1%	-1%	0%	
000082	CENTRO DIAGNOSTICO S. MARIA S.A.S.	011	81545,81	22531	A	3,62	3,52	3,88	102,67	0	3%	3%	0%	
000088	L.A.M. SRL	011	349666,35	104783	A	3,34	3,52	3,88	94,75	0	-5%	-5%	0%	
000088	CENTRO MEDICO RECALE S.R.L.	011	114096,37	33403	A	3,42	3,52	3,88	96,9	0	-3%	-3%	0%	
000092	LAB. BIOMEDICA MARCIANISE S.R.L.	011	389877,86	114010	A	3,42	3,52	3,88	97,01	0	-3%	-3%	0%	
000100	LABORATORIO BIOGAMMA S.R.L.	011	117159,24	33314	A	3,52	3,52	3,88	99,77	0	0%	0%	0%	
000114	HERMES S.P.A.	011	417964,46	118870	C	3,52	3,91	4,3	89,84	0	-11%	-10%	-1%	
000117	LABORATORIO - IGEA PIEDIMONTE	011	551130,49	152887	B	3,6	3,59	3,95	100,49	0	0%	0%	0%	
000118	LAB. ANALISI L.A.C.	011	152228,55	42622	A	3,57	3,52	3,88	101,32	0	1%	1%	0%	
150020	CASA DI CURA SAN MICHELE S.R.L.	011	345937,52	92242	A	3,75	3,52	3,88	106,39	0	6%	7%	0%	
150023	CLINICA ATHENA	011	171623,83	47961	A	3,58	3,52	3,88	101,51	0	2%	2%	0%	
341104	LAB. BISCEGLIA S.N.C.	011	167030,02	45949	A	3,64	3,52	3,88	103,12	0	3%	3%	0%	
341105	LAB. BIOMEDICAL S.R.L.	011	297145,76	84725	C	3,51	3,91	4,3	89,62	0	-11%	-10%	-1%	
341106	LAB. ANALISI CLINICHE QUARANTELLI S.N.C.	011	81841,01	23292	A	3,51	3,52	3,88	99,67	0	0%	0%	0%	
341107	LAB. ANALISI CLINICHE LAMPITELLA	011	114906,06	34084	A	3,56	3,52	3,88	95,3	0	1%	1%	0%	
341108	LAB. ANALISI CLINICHE STEFANO GALDIERO S.R.L.	011	907990,14	230662	C	3,94	3,91	4,3	100,59	0	1%	1%	0%	
341113	ALBA CLINICA S. PAOLO SRL	011	48123,09	13522	A	3,56	3,52	3,88	100,96	0	1%	1%	0%	
351104	LAB. ANALISI CLINICHE CARRINO S.A.S.	011	135991,84	37774	A	3,6	3,52	3,88	102,13	0	2%	2%	0%	
351105	LAB. ANALISI CLINICHE VOZZA S.A.S.	011	149164,89	39899	A	3,74	3,52	3,88	106,05	0	6%	6%	0%	
351106	LABORATORIO ANALISI DI MICHELE S.R.L.	011	206746,47	57872	A	3,57	3,52	3,88	101,34	0	1%	1%	0%	
351107	LAB. ANALISI CLINICHE DELL' AVERSANA M. ANTONIETTA & C. S.A.	011	135851,07	37076	A	3,66	3,52	3,88	103,94	0	4%	4%	0%	
361104	CENTRO RICERCHE CLINICHE C.R.C.DI SCALZONE E. & C. S.	011	329397,41	92602	A	3,56	3,52	3,88	100,91	0	1%	1%	0%	
361105	BIOLAB S.R.L.	011	114338,98	31949	A	3,68	3,52	3,88	101,52	0	2%	2%	0%	
361106	LAB. NOBISSEO SAS	011	102857,91	26418	A	3,9	3,52	3,88	110,56	528,36	10%	11%	-1%	
361107	LAB. OMIKRON S.A.S.	011	143094,84	37656	A	3,8	3,52	3,88	107,8	0	7%	8%	-1%	
361113	LABORATORIO DIAGNOSTICA 2000	011	245921,83	70038	A	3,51	3,52	3,88	99,61	0	0%	0%	0%	
371104	LAB. RICERCHE CLINICHE CORONELLA & C. SNC DI CORONE	011	252401,31	74252	A	3,4	3,52	3,88	96,43	0	-4%	-3%	0%	
371106	LAB. ANAL. BIOLABOR DI VITALE A. S.A.S.	011	254682,92	71759	A	3,55	3,52	3,88	100,68	0	1%	1%	0%	
381104	LAB. ANALISI SALUS S.A.S.	011	166034,63	45111	A	3,68	3,52	3,88	104,41	0	4%	5%	0%	
381105	LAB. ANALISI FLEMING S.A.S.	011	116208,84	33283	A	3,49	3,52	3,88	99,05	0	-1%	-1%	0%	
391105	LAB. ANALISI CHECKUP DI DE ROSA C. & C S.A.S.	011	95475,39	25923	A	3,68	3,52	3,88	104,48	0	4%	5%	0%	
391107	LAB. ANALISI BIOCENTRO DI GUARINO S.A.S.	011	261194,74	71489	A	3,65	3,52	3,88	103,65	0	4%	4%	0%	
391108	CENTRO ANAL. CLIN. SCOTTO LAVINA S.R.L.	011	307362,34	83917	A	3,66	3,52	3,88	103,9	0	4%	4%	0%	
401103	B.D.C. GRAZZIANESE S.R.L. (LAB. ANAL. CLIN. SAN GIOVANNI)	011	189426,47	52165	A	3,63	3,52	3,88	103,01	0	3%	3%	0%	
401104	LAB. ANALITICO DOMITIO SAS	011	283950,67	77405	A	3,66	3,52	3,88	103,92	0	4%	4%	0%	
401107	PINETA GRANDE S. P. A.	011	392228,81	120921	A	3,24	3,52	3,88	92,01	0	-9%	-8%	-1%	
411105	CENTRO DIAGNOSTICO LETIZIA SAS	011	91389,5	25467	C	3,59	3,91	4,3	91,7	0	-5%	-4%	0%	
421104	CENTRO DIAGNOSTICO POCIA DEL DOTTOR POCIA & C S.	011	66442,96	18895	A	3,52	3,52	3,88	99,75	0	0%	0%	0%	
431103	BRONGO PALMIERI S.A.S.	011	310836,53	90442	B	3,44	3,59	3,95	95,81	0	-4%	-4%	0%	
431105	LAB. FARTRELL SRL	011	19828,77	56724	A	3,5	3,52	3,88	99,33	0	-1%	-1%	0%	
431107	LAB. ANALISI MAONE DI MIELE S.N.C. DI MIELE R & C.	011	250969,69	75815	A	3,31	3,52	3,88	93,9	0	-6%	-6%	0%	
AG6201	RETE LABS	011	94774	28419	A	3,33	3,52	3,88	94,6	0	-6%	-5%	0%	
AG6203	laboratori in rete - Alfa Center	011	534134,82	153834	C	3,47	3,91	4,3	88,72	0	-13%	-11%	-1%	
AG6204	INTERLAB CASERTA	011	408174,57	123583	A	3,3	3,52	3,88	103,07	0	3%	3%	0%	
AG6205	NetworkMedicine - CDC spa	011	466206,13	130935	A	3,48	3,52	3,88	93,69	0	-7%	-6%	0%	
AG6206	PASTEUR LAB (CONTRATTO DI RETE DI IMPRESE)	011	959302,79	235118	C	4,08	3,91	4,3	98,84	0	-1%	-1%	0%	
AG6208	BIOLOGIA FUTURA SCARL	011	459407,83	141593	C	3,53	3,91	4,3	104,25	0	4%	4%	0%	
AG6209	MIMINA LAB - Centro Medico Calas	011	245661,11	68355	A	3,59	3,52	3,88	90,12	0	-11%	-10%	-1%	
AG6230	GAM CENTER RETE D'IMPRESA	011	254880,62	74299	A	3,43	3,52	3,88	101,95	0	2%	2%	0%	
AG6248	SAN CARLO S.R.L.	011	276656,11	653918	C	4,17	3,91	4,3	97,35	0	-3%	-3%	0%	
AG6256	Bianalisi Campania (EX Consorzio Igea)	011	1588353,54	438527	B	3,62	3,59	3,95	106,48	0	6%	7%	0%	
AG6262	UNILab ATI	011	152096,5	41748	B	3,64	3,59	3,95	100,97	0	1%	1%	0%	