



Azienda Sanitaria Locale BN 1

Verbale Riunione del giorno 21/05/2014
TAVOLO TECNICO ISTITUITO ex D.G..R.C n 1269/09

Per il Monitoraggio delle prestazioni di assistenza Specialistica erogate dalle Strutture Private
Provvisoriamente Accreditate con la ASL BN

Il giorno 21 maggio 2014, alle ore 09,30 presso la sede centrale della ASL Benevento, sita in Via Oderisio, si sono riuniti, giusta convocazione prot. 68108 del 12/05/2014

i componenti del Tavolo Tecnico, che di seguito si riportano:

Il Dirigente Responsabile U.O.C Controllo di Gestione: Dott Antonio Glorioso

Il Dirigente Responsabile U.O.C P.V.A.T : Dott.ssa M Rosaria Di Stasio: assente

Il Dirigente U.O.C . Sistema Informativo Statistico: Dott.ssa Anna Pocino :assente

Il Dirigente Responsabile U.O.C Affari Generali : Dott. Antonio Clemente

La Sig.ra Tiso Eleonora con funzioni di segretario verbalizzante

A.N.I.S.A.P., Avv. Antonio FRAENZA;
A.S.P.A.T., Dr. Antonio GAMBINO;
SNR, Dr. Bruno ACCARINO;
UNIONE INDUSTRIALI, Avv. Stefano PARZIALE;
A.I.S.A., Dr. Antonio Salvatore;
FEDERLAB – Dr .Giuseppe Diglio;
S.Na.Bi.L.P. Federbiologi, Dr.Elisabetta Argenziano



Il Dr Glorioso illustra i dati del fatturato 2013 riportati nelle tabelle allegate al presente verbale (all.1), riferite all'intera macroarea specialistica.

Relativamente alla determinazione del consuntivo di spesa per l'anno 2013, l'ASPAT chiede che venga osservato pedissequamente quanto previsto dalla vigente normativa.

In primis il confronto tra le prestazioni va fatto per periodi omogenei, ovvero rispetto all'analogo periodo dell'anno precedente, dopodichè il valore medio di branca va rideterminato in base a quanto disposto dall'art.8 co. 1 del contratto di adesione al Protocollo di Intesa sottoscritto ai sensi del DCA n°88/2013 e conseguentemente stabilita la data di esaurimento a consuntivo, oltre la quale le prestazioni erogate in data successiva non devono essere remunerate ovviamente previa valutazione delle motivazioni presentate dai centri accreditati relative al superamento del 10% del numero delle prestazioni e del costo medio.

Si passa poi alla lettura dell'atto di diffida proposto da ASPAT che si allega al presente verbale (all.n.2).

ASL
Dr. M.

Dr. M.

ANISAP
A

Dr. M.

Federlab si oppone con fermezza alla richiesta, avanzata con atto di diffida dall'ASPAT Campania,

e si riserva di presentare una dettagliata deduzione al prossimo tavolo tecnico.

AISA, ANISAP, SNR e Unione Industriali rinviando ogni decisione al prossimo Tavolo Tecnico, in cui si avranno dati aggiornati e si potranno esaminare le giustificazioni chieste ai centri interessati al superamento di 10%.

La data del prossimo incontro verrà ufficialmente comunicata dal presidente del Tavolo Tecnico, Dr. Glorioso, nei prossimi giorni .

Del che è verbale.

ASPAT
Associazione Sanità Privata
Accreditata Territoriale

S. NA. BI. L. P. Federlab
Glorioso
M. Glorioso

Federlab
Associazione di Categoria
Lavoratori e dei Centri Federlab

AISA
Unione Industriali

SNR

Unione Industriali

ANISAP

M. Glorioso
SERVIZIO CONTROLLO DI GESTIONE
ASPI
BN

- ALLA ASL NAPOLI 2 NORD, IN PERSONA DEL DIRETTORE GENERALE P.T.
- AL SUB COMMISSARIO AD ACTA PER LA PROSECUZIONE DEL PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO DELLA REGIONE CAMPANIA, DOTT. MARIO MORLACCO

DIFFIDA E MESSA IN MORA

EX L. 241/1990

l'ASPAT Campania - Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale – quale latrice degli interessi delle strutture private accreditate associate operanti nel territorio della ASL Napoli 2 Nord, in persona del legale rappresentante p.t., rapp.ta e difesa nella presente procedura, per mandato a margine del presente atto, dall'avv. Patrizia Kivel Mazuy, e presso lo studio di quest'ultimo elett.te dom.ta in Napoli al Viale Gramsci n. 10 - 80122 Napoli, Fax n. 081 7613381,

PEC: patriziakivelmazuy@avvocatinapoli.legalmail.it;

PREMESSO

- Che la determinazione regionale del **volume massimo** (comprensivo del volume minimo necessario per garantire i LEA) di prestazioni sanitarie acquistabili dagli erogatori privati deriva dal rapporto tra il tetto di spesa stabilito ed il prezzo delle varie prestazioni stabilito, ai sensi dell'art. 8-sexies della L. n. 502/1992, da "tariffe predefinite";
- Che con decreto n. 88 del 24 luglio 2013, la Regione Campania ha definito il tetto di spesa 2013 per la specialistica ambulatoriale convenzionata (accreditata) esterna, assegnando a ciascuna AA.SS.LL. un determinato volume prestazionale massimo (e le relative disponibilità

economiche per la remunerazione delle prestazioni) da acquistare dai privati accreditati tramite i contratti ex art. 8 quinquies del D.lgs 502/1992;

- Che, tuttavia, dall'analisi del DCA n. 88/2013 si evidenzia una discrasia tra il tetto di spesa fissato per il 2013 ed i preventivi annuali delle prestazioni acquistabili dai privati;
- Che le AA.SS.LL. hanno provveduto a sottoscrivere con i privati erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale convenzionata (accreditata) esterna i contratti ex art. 8 quinquies del D.lgs 502/1992 in conformità allo schema di Protocollo di intesa allegato al DCA n. 88/2013;
- Che all'art. 5 del predetto schema di Protocollo è previsto che *“In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa ... costituisce il **limite massimo di remunerazione** delle prestazioni acquistate nell'anno 2013 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di **residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4; ...”***;
- Che il medesimo art. 5 prevede altresì che *“La ASL comunicherà a ciascun centro privato ...: • la **percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti**; • la **data prevedibile di raggiungimento del 100% di consumo del limite di spesa**, nonché la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo”*, mentre non è prevista alcuna comunicazione circa l'esaurimento dei volumi prestazionali;
- Che il successivo art. 8 dello schema di Protocollo recita *“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 ...”;

- Che l’erronea programmazione per il 2013 operata dalla Regione Campania nella specialistica ambulatoriale convenzionata (accreditata) esterna ha comportato che le AA.SS.LL. abbiano esaurito le disponibilità economiche prima che fossero erogate tutte le prestazioni programmate e contrattualizzate;
- Che, in particolare, la ASL Napoli 2 Nord, alla seduta del Tavolo Tecnico del 28/10/2013, ha comunicato come data prevedibile di esaurimento del tetto di spesa il 30 ottobre 2013, posticipando al 30 novembre 2013 la data di esaurimento dei volumi prestazionali contrattualizzati;

CONSIDERATO

- Che soltanto l’aggiornamento del costo medio permette costantemente di ragguagliare volumi economici e volumi prestazionali, e consente un’analisi effettiva della spesa a consuntivo, e quindi la corretta individuazione di eventuali prestazioni contrattualizzate residue all’esaurimento del tetto di spesa assegnato alla branca;
- Che la possibilità, desunta dai pareri n. 237/19/00/2008 e 575026 del 29/06/2009 dell’Avvocatura Regionale, che l’amministrazione possa richiedere alla struttura accreditata, anche dopo *“il raggiungimento da parte della struttura accreditata del solo limite finanziario fissato per macroarea”*, l’adempimento dell’obbligo (contrattualmente assunto) di assicurare l’erogazione di tutte le prestazioni convenute è evidentemente condizionata alla corretta ed integrale esecuzione, da parte dell’amministrazione, del medesimo contratto;
- Che, nel caso di specie, invece, la ASL Napoli 2 Nord (a differenza, ad

esempio della ASL Napoli 1) non ha adempiuto all'aggiornamento costante del valore medio prestazionale, ai sensi dell'art. 8 dei contratti sottoscritti;

- Che, pertanto, stante tale inadempimento, non sussiste allo stato una corretta analisi della spesa a consuntivo, e conseguentemente l'effettiva individuazione di eventuali prestazioni contrattualizzate residue all'esaurimento del tetto di spesa;
- Che la ASL Napoli 2 Nord non può sopperire a tali carenze imponendo ai privati l'erogazione di prestazioni "extra budget";
- Che, infatti, le prestazioni rese dopo la data di esaurimento del tetto di spesa (30/10/2013) costituirebbero indubbiamente prestazioni "extra budget";
- Che, di contro, la ASL Napoli 2 Nord è tenuta, mediante la rimodulazione del costo medio, a raggugliare l'esaurimento del tetto di spesa all'esaurimento dei volumi prestazionali contrattualizzati, facendone coincidere le date;

RITENUTO

- Che, del resto, non è possibile recuperare ulteriori risorse economiche per coprire eventuali prestazioni rese dopo la data di esaurimento del tetto di spesa (30/10/2013)
- Che il DCA n. 101 del 10 ottobre 2013, pubblicato sul BURC n. 57 del 21 ottobre 2013, avente ad oggetto la *"Definizione per l'esercizio 2013 dei volumi massimi riconoscibili nell'esercizio 2013 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale contraddistinte con la lettera R"*, integrando il punto 3) del DCA n. 88/2013, *"al fine di introdurre un*

ulteriore strumento di controllo della spesa non appropriata a vantaggio dell'appropriatezza prescrittiva, in assenza della variazione nei dati epidemiologici", ha statuito che "i volumi massimi riconoscibili nell'esercizio 2013 delle prestazioni contrassegnate dalla lettera R per singola ASL sono fissati nella misura riscontrata nel 2012 entro un margine di incremento massimo del 5%";

- Che, tuttavia, il cit. DCA n. 101/2013 si limita a prevedere che *"le AA.SS.LL. nel cui territorio di competenza siano ubicati erogatori che abbiano presentato, nel primo semestre del 2013, incrementi in volume di prestazioni contrassegnate dalla lettera "R" maggiori del 5% di quanto realizzato nello stesso periodo del 2012, debbano trasmettere, entro 30 giorni dalla notifica del presente decreto, una relazione al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità nella quale evidenzino le motivazioni dell'incremento ed eventuali provvedimenti adottati";*
- Che, pertanto, allo stato non è previsto alcun recupero di quanto eventualmente pagato per prestazioni di lettera R erogate in misura eccedente il 5% rispetto all'anno 2012;

TUTTO QUANTO PREMESSO, CONSIDERATO E RITENUTO

L' **ASPAT Campania**, come sopra rappresentato e difeso, nell'interesse dei propri associati,

DIFFIDA E METTE IN MORA

La ASL Napoli 2 Nord

- a raggugliare l'esaurimento del tetto di spesa all'esaurimento dei volumi prestazionali contrattualizzati, **facendone coincidere le date**, mediante la rimodulazione del costo medio prestazionale in adempimento dell'obbligo

contrattuale previsto dall'art. 8 dello schema del Protocollo di intesa allegato al DCA n. 88/2013.

In caso contrario di avvisa sin d'ora che si provvederà ad agire nelle competenti sedi giudiziarie, a tutela dei diritti e degli interessi dei propri associati, nonché per il risarcimento dei danni subiti e subendi.

Avv. Patrizia Kivel Mazuy

- ALLA ASL BENEVENTO, IN PERSONA DEL DIRETTORE GENERALE P.T.
- AL SUB COMMISSARIO AD ACTA PER LA PROSECUZIONE DEL PIANO DI RIENTRO DEL SETTORE SANITARIO DELLA REGIONE CAMPANIA, DOTT. MARIO MORLACCO

DIFFIDA E MESSA IN MORA

EX L. 241/1990

l'ASPAT Campania - Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale – quale latrice degli interessi delle strutture private accreditate associate operanti nel territorio della ASL Benevento, in persona del legale rappresentante p.t., rapp.ta e difesa nella presente procedura, per mandato a margine del presente atto, dall'avv. Patrizia Kivel Mazuy, e presso lo studio di quest'ultimo elett.te dom.ta in Napoli al Viale Gramsci n. 10 - 80122 Napoli, Fax n. 081 7613381,

PEC: patriziakivelmazuy@avvocatinapoli.legalmail.it;

PREMESSO

- Che la determinazione regionale del **volume massimo** (comprensivo del volume minimo necessario per garantire i LEA) di prestazioni sanitarie acquistabili dagli erogatori privati deriva dal rapporto tra il tetto di spesa stabilito ed il prezzo delle varie prestazioni stabilito, ai sensi dell'art. 8-sexies della L. n. 502/1992, da "tariffe predefinite";
- Che con decreto n. 88 del 24 luglio 2013, la Regione Campania ha definito il tetto di spesa 2013 per la specialistica ambulatoriale convenzionata (accreditata) esterna, assegnando a ciascuna AA.SS.LL. un determinato volume prestazionale massimo (e le relative disponibilità

economiche per la remunerazione delle prestazioni) da acquistare dai privati accreditati tramite i contratti ex art. 8 quinquies del D.lgs 502/1992;

- Che, tuttavia, dall'analisi del DCA n. 88/2013 si evidenzia una discrasia tra il tetto di spesa fissato per il 2013 ed i preventivi annuali delle prestazioni acquistabili dai privati;
- Che le AA.SS.LL. hanno provveduto a sottoscrivere con i privati erogatori di prestazioni di specialistica ambulatoriale convenzionata (accreditata) esterna i contratti ex art. 8 quinquies del D.lgs 502/1992 in conformità allo schema di Protocollo di intesa allegato al DCA n. 88/2013;
- Che all'art. 5 del predetto schema di Protocollo è previsto che ***“In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa ... costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nell'anno 2013 dai centri privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di residua capienza del limite di spesa lorda (a tariffa vigente) di cui all'art. 4, comma 1, lettera a), ovvero, di residua disponibilità dei volumi massimi di prestazioni di cui all'art. 3, comma 4; ...”***;
- Che il medesimo art. 5 prevede altresì che ***“La ASL comunicherà a ciascun centro privato ...: • la percentuale consuntiva di consumo dei limiti di spesa sopra stabiliti; • la data prevedibile di raggiungimento del 100% di consumo del limite di spesa, nonché la data consuntiva di raggiungimento di dette percentuali di consumo”***, mentre non è prevista alcuna comunicazione circa l'esaurimento dei volumi prestazionali;
- Che il successivo art. 8 dello schema di Protocollo recita ***“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 ...”;

- Che l’erronea programmazione per il 2013 operata dalla Regione Campania nella specialistica ambulatoriale convenzionata (accreditata) esterna ha comportato che le AA.SS.LL. abbiano esaurito le disponibilità economiche prima che fossero erogate tutte le prestazioni programmate e contrattualizzate;
- Che, in particolare, la ASL Benevento, alla seduta del Tavolo Tecnico del 29/10/2013, ha comunicato come data prevedibile di esaurimento del tetto di spesa il 4 novembre 2013, posticipando al 6 novembre 2013 la data di esaurimento dei volumi prestazionali contrattualizzati;

CONSIDERATO

- Che soltanto l’aggiornamento del costo medio permette costantemente di ragguagliare volumi economici e volumi prestazionali, e consente un’analisi effettiva della spesa a consuntivo, e quindi la corretta individuazione di eventuali prestazioni contrattualizzate residue all’esaurimento del tetto di spesa assegnato alla branca;
- Che la possibilità, desunta dai pareri n. 237/19/00/2008 e 575026 del 29/06/2009 dell’Avvocatura Regionale, che l’amministrazione possa richiedere alla struttura accreditata, anche dopo *“il raggiungimento da parte della struttura accreditata del solo limite finanziario fissato per macroarea”*, l’adempimento dell’obbligo (contrattualmente assunto) di assicurare l’erogazione di tutte le prestazioni convenute è evidentemente condizionata alla corretta ed integrale esecuzione, da parte dell’amministrazione, del medesimo contratto;
- Che, nel caso di specie, invece, la ASL Benevento (a differenza, ad

esempio della ASL Napoli 1) non ha adempiuto all'aggiornamento costante del valore medio prestazionale, ai sensi dell'art. 8 dei contratti sottoscritti;

- Che, pertanto, stante tale inadempimento, non sussiste allo stato una corretta analisi della spesa a consuntivo, e conseguentemente l'effettiva individuazione di eventuali prestazioni contrattualizzate residue all'esaurimento del tetto di spesa;
- Che la ASL Benevento non può sopperire a tali carenze imponendo ai privati l'erogazione di prestazioni "extra budget";
- Che, infatti, le prestazioni rese dopo la data di esaurimento del tetto di spesa (4/11/2013) costituirebbero indubbiamente prestazioni "extra budget";
- Che, di contro, la ASL Benevento è tenuta, mediante la rimodulazione del costo medio, a raggugliare l'esaurimento del tetto di spesa all'esaurimento dei volumi prestazionali contrattualizzati, facendone coincidere le date;

RITENUTO

- Che, del resto, non è possibile recuperare ulteriori risorse economiche per coprire eventuali prestazioni rese dopo la data di esaurimento del tetto di spesa (4/11/2013)
- Che il DCA n. 101 del 10 ottobre 2013, pubblicato sul BURC n. 57 del 21 ottobre 2013, avente ad oggetto la *"Definizione per l'esercizio 2013 dei volumi massimi riconoscibili nell'esercizio 2013 per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale contraddistinte con la lettera R"*, integrando il punto 3) del DCA n. 88/2013, *"al fine di introdurre un*

ulteriore strumento di controllo della spesa non appropriata a vantaggio dell'appropriatezza prescrittiva, in assenza della variazione nei dati epidemiologici", ha statuito che "i volumi massimi riconoscibili nell'esercizio 2013 delle prestazioni contrassegnate dalla lettera R per singola ASL sono fissati nella misura riscontrata nel 2012 entro un margine di incremento massimo del 5%";

- Che, tuttavia, il cit. DCA n. 101/2013 si limita a prevedere che *"le AA.SS.LL. nel cui territorio di competenza siano ubicati erogatori che abbiano presentato, nel primo semestre del 2013, incrementi in volume di prestazioni contrassegnate dalla lettera "R" maggiori del 5% di quanto realizzato nello stesso periodo del 2012, debbano trasmettere, entro 30 giorni dalla notifica del presente decreto, una relazione al Settore Programmazione dell'Assessorato alla Sanità nella quale evidenzino le motivazioni dell'incremento ed eventuali provvedimenti adottati";*
- Che, pertanto, allo stato non è previsto alcun recupero di quanto eventualmente pagato per prestazioni di lettera R erogate in misura eccedente il 5% rispetto all'anno 2012;

TUTTO QUANTO PREMESSO, CONSIDERATO E RITENUTO

L' **ASPAT Campania**, come sopra rappresentato e difeso, nell'interesse dei propri associati,

DIFFIDA E METTE IN MORA

La ASL Benevento

- a raggugliare l'esaurimento del tetto di spesa all'esaurimento dei volumi prestazionali contrattualizzati, **facendone coincidere le date**, mediante la rimodulazione del costo medio prestazionale in adempimento dell'obbligo

contrattuale previsto dall'art. 8 dello schema del Protocollo di intesa allegato al DCA n. 88/2013.

In caso contrario di avvisa sin d'ora che si provvederà ad agire nelle competenti sedi giudiziarie, a tutela dei diritti e degli interessi dei propri associati, nonché per il risarcimento dei danni subiti e subendi.

Avv. Patrizia Kivel Mazuy

-