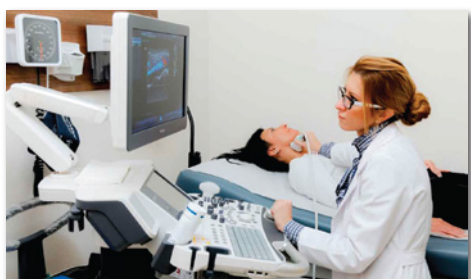




## *La Macroarea Specialistica Ambulatoriale*



### **ASPAT Campania**

Centro Direzionale - Torre Avalon E/3 - 80143 Napoli

Tel.: 081/7345053 - Fax: 081/7345679

[aspatinforma@gmail.com](mailto:aspatinforma@gmail.com)

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



Associazione  
Sanità  
Privata  
Accreditata  
Territoriale

Gli allegati del Presente Documento di Analisi sono disponibili presso la Segreteria dell'Associazione (tel. 081/7345053) facendone richiesta al seguente **indirizzo mail** [aspatinforma@gmail.com](mailto:aspatinforma@gmail.com)

ASPAT Campania  
Centro Direzionale - Torre Avalon E/3 – 80143 Napoli  
Tel. 081/7345053 – Fax 081/7345679  
[www.aspatcampania.it](http://www.aspatcampania.it)  
[aspatinforma@gmail.com](mailto:aspatinforma@gmail.com)



## **DOCUMENTO DI ANALISI**

dei Centri Erogatori Privati Accreditati

della Macroarea Assistenziale

della Specialistica Ambulatoriale

REGIONE CAMPANIA

su

- 1) Accordo dei crediti in contenzioso per prestazioni specialistiche consuntivate nel biennio 2018-19 (ex DCA 84/2019);
- 2) Definizione del fabbisogno assistenziale territoriale a partire dal biennio 2018-19;
- 3) Adozione ex-ante dei nuovi tetti di spesa per il biennio 2020-21 e raccordo alle proposte del Privato Accreditato SSR.

(Napoli, dicembre 2019)

### ✓ **Le credenziali associative**

La scrivente Associazione di Categoria, al dodicesimo anno dalla sua costituzione, rappresenta con i suoi 354 iscritti uno degli Organismi più qualificati e maggiormente rappresentativi della Regione Campania per le Macroaree assistenziali della Specialistica Ambulatoriale e della Riabilitazione Sociosanitario e Salute Mentale. (**cfr. All. 1** <<I numeri della rappresentatività>>)



## MACROAREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

### ✓ **PREMESSA**

L'assegnazione delle risorse economiche alle ASL è stata fatta dalla Regione Campania da sempre in base alla spesa storica degli anni precedenti, creando nel tempo disparità di trattamento tra le Aziende e criticità per gli utenti dei diversi territori provinciali.

Solo nell'anno 2016, con il DCA 55 la Regione Campania rifacendosi alla L. 32/94 (art. 28) ha statuito che la quota di finanziamento per l'assistenza specialistica fosse calcolata in parte con riferimento alla spesa storica ed in parte per quota capitaria e per classi di deprivazione.

Tale principio è rimasto inapplicato ed è stato ripreso solo nel DCA 50/2018, dove viene ribadito che sarà utilizzato per la programmazione della spesa per l'anno 2018 in virtù del reale fabbisogno prestazionale.

Infatti, a partire dalla Branca di Laboratoristica, il succitato DCA, rileva in premessa che *<<appare opportuno avviare il superamento dei criteri storici di attribuzione del budget, favorendo un'allocazione delle risorse che segua i bisogni della popolazione e che sia imperniata sul criterio del cittadino residente.>>*

### ✓ **Le criticità della programmazione regionale afferenti all'anno 2018**

Dopo aver vanamente richiesto per un anno i Tavoli di confronto prodromici alla programmazione della spesa, evidenziando a mezzo stampa i ritardi e le criticità esistenti, la Regione il 31/10/2018 ha adottato tardivamente il DCA 84 con cui definisce la programmazione della spesa per il 2018 senza operare alcuna consultazione con le AdC per il Protocollo d'Intesa.

Tale decreto ha aggiunto ulteriori criticità a quelle già esistenti ed in particolare:

- non viene determinato il fabbisogno prestazionale preannunciato nel DCA 50;
- l'assegnazione delle risorse è fatta nuovamente in base alla sola spesa storica;
- viene mantenuto l'art. 5 bis con la trimestralizzazione dei tetti di spesa, che comporta una interruzione erogativa media di 30/45 giorni lavorativi a trimestre, quindi causando numero quattro STOP & GO su base annuale;



- viene applicato retroattivamente, nonostante le prestazioni siano state erogate in prorogatio in base al DCA 89/2016 ed esaurite in quasi tutte le ASL, ledendo inopinatamente il legittimo affidamento delle strutture erogatrici cui erano state indicate precise date di esaurimento;
- vengono riallocate le risorse tra le varie ASL senza tener conto che alcune di esse non avevano applicato la trimestralizzazione e quindi consolidando situazioni di vantaggio per quei territori in danno di altri; (**all.2**)
- vengono modificati unilateralmente, a prestazioni rese, i criteri di valutazione degli sforamenti e del costo medio delle prestazioni, senza nemmeno considerare la costituzione delle aggregazioni multaziendali dei laboratori di analisi (HUB – Spoke).

✓ **Ulteriori elementi sopraggiunti nel corso del 2019**

Nell'anno 2019 i danni arrecati ai Centri Erogatori privati accreditati della Specialistica Ambulatoriale nel periodo precedente sono stati ulteriormente aggravati dalla assenza di Tavoli regionali di confronto, dalla totale carenza di provvedimenti commissariali sia di programmazione e di disciplina del settore che di regolamentazione contrattuale.

✓ **Le circolari della Direzione Generale Regionale**

Nel marzo del corrente anno, su iniziativa della Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, è stata adottata una circolare dispositiva (prot. 145969 del 5/3/19 - **all.3**) con la quale la Regione, per la sola Branca laboratoristica, al fine di *<<garantire ai cittadini residenti nei diversi ambiti territoriali uniformi modalità di accesso alle cure>>*, si impegnava a *<<mettere in atto un riequilibrio dei budget assegnati alle diverse ASL.>>*.

Il DCA solo preannunciato e mai adottato dalla struttura Commissariale ha lasciato in “bagnomaria” i conseguenziali provvedimenti ed ha penalizzato in tal modo cittadini, ASL ed erogatori privati.

A tal riguardo recentemente la stessa Direzione Generale regionale, con un'altra circolare dispositiva (prot. 0714010 del 25/11/19 – **all.4**), ha modificato completamente quanto stabilito con la precedente del marzo scorso, sovvertendo a posteriori i criteri di erogazione degli HUB/Spoke laboratoristici con effetto retroattivo, cioè a prestazioni esaurite ed operando ancora una volta un vero e proprio “furto prestazionale” in danno dei Centri Privati



accreditati che hanno operato in base ad un legittimo affidamento generato dalla precedente nota regionale dell'Avv. Postiglione. La descritta situazione di stallo per l'area laboratoristica è stata ancorpiù appesantita dal mancato completamento del processo di riorganizzazione della rete dei laboratori di analisi cliniche ai sensi del DCA 109/2013 e ss.mm.ii. .

✓ **La pronuncia del consiglio di Stato sul fabbisogno**

Nel luglio scorso il Consiglio di Stato (Roma), su ricorso di ASPAT e Centri Associati, si è **pronunciato nel merito della mancata adozione del fabbisogno prestazionale**, attualizzato ai LEA, propedeutici alla fissazione dei tetti di spesa, secondo quanto stabilito da normativa, Decreti Commissariali e Piani Attuativi.

La pronuncia del Giudice di Appello (**all.5**), nel riferirsi al biennio 2018-19, ha fatto chiarezza sulla questione a trecentosessanta gradi in quanto ha stabilito che non risulta, allo stato, essere stata disposta da parte della P.A. una analisi del fabbisogno prestazionale per le succitate annualità ed, inoltre, ha riconosciuto la validità delle richieste ASPAT di accesso agli atti della Commissione regionale preposta (DCA 55/2017) alla stesura del nuovo fabbisogno, al fine di *<<attuare il controllo degli atti amministrativi sulle risorse pubbliche, secondo i principi e la logica della piena trasparenza>>*.

✓ **La ricognizione dei crediti 2018 in contenzioso**

Nel settembre u.s., anche a seguito di un'attenta valutazione da parte della P.A. della portata della succitata pronuncia giurisdizionale, l'Avv. Postiglione (**all.6**) ha investito le Aziende Sanitarie Locali nell'elaborazione di una ricognizione puntuale di tutte le prestazioni erogate nel corso del 2018 ed oggetto di accresciuto contenzioso legale, al fine di **definire una proposta di negoziazione** extra-giudiziale di detti crediti **attraverso i cd. contratti integrativi** in grado di portare soluzione alle molteplici doglianze rappresentate dai Centri presso le diverse sedi giudiziarie.

Di questa iniziativa della P.A., allo stato, non si conoscono le conclusioni e si paventano (rumors) risposte incomprensibili e sostanzialmente penalizzanti per il nostro Comparto.

La raccolta dati, promossa lo scorso ottobre dalla scrivente Associazione nell'ambito dei propri iscritti in merito al contenzioso concernente



l'applicazione ex-post del DCA 84 e nuova regolamentazione annessa, ha documentato uno scompaginamento delle attività consuntivate nel corso del 2018 per diversi milioni di euro che le singole ASL oggi pretendono di addebitare alle strutture erogatrici agendo anche sulla produzione corrente.

**Un quadro – a nostro avviso – di inqualificabile caos amministrativo mai raggiunto nel corso dei dieci anni di Commissariamento governativo della Sanità Campana.**

Per queste fondamentali motivazioni **riteniamo**, anche sulla base dell'incipit statuito dal Consiglio di Stato ed al fine di contribuire da un lato alla deflazione del contenzioso legale e dall'altro alla definizione di soluzioni strutturali per la stabilizzazione dell'intero sistema erogativo afferente all'accreditamento istituzionale campano, di **proporre il sottoriportato percorso di analisi e proposte** in quanto ciascun punto che precede ha senza alcun dubbio ricadute sul successivo e solo attraverso una adeguata sintesi il groviglio delle problematiche in esame potrà essere suscettibile di concrete ed efficaci soluzioni.

I temi, nell'ordine, sono i seguenti:

- 1) Accordo regionale dei crediti in contenzioso per prestazioni specialistiche consuntivate nel biennio 2018-19 (ex DCA 84/2019);**
- 2) Definizione del fabbisogno assistenziale territoriale a partire dal biennio 2018-19;**
- 3) Adozione ex-ante dei nuovi tetti di spesa per il biennio 2020-21 e raccordo alle proposte del Privato Accreditato SSR.**

≈\*≈≈≈\*≈\*≈≈≈\*≈\*≈≈≈\*≈



**1 ACCORDO REGIONALE RELATIVO AI CREDITI IN CONTENZIOSO PER PRESTAZIONI SPECIALISTICHE CONSUNTIVATE NEL BIENNIO 2018-19.**

Giova precisare preliminarmente che ad oggi non si conoscono i dati riepilogati per l'esercizio 2018 dalle singole ASL in ossequio alla richiesta regionale di ricognizione dell'erogato consuntivato dal privato accreditato della Macroarea Specialistica Ambulatoriale.

Ciò detto la scrivente, nel rifarsi a quanto riportato nella relativa circolare della Direzione Generale regionale (prot. 0533473 del 5/9/19) ha allestito all'uopo un **DOSSIER dei TAVOLI TECNICI AZIENDALI (all.7)** con la documentazione di ciascuna ASL concernente <<la consuntivazione dell'anno 2018, già verificata anche in contraddittorio con le Associazioni di Categoria>>.

Onde poter validamente collaborare alla definizione di dette criticità l'Associazione, inoltre, ha raccolto attraverso le proprie strutture iscritte tutti i dati inerenti i volumi prestazionali ed i correlati economici del 2018 delle diverse Branche costituenti la Macroarea.

La tabella riassuntiva sottoriportata, scaturita dal questionario somministrato ai Centri ASPAT, rappresenta per ciascuna Branca specialistica della Macroarea la percentuale di fatturato non riconosciuto:

BRANCHE		% FATTURATO NON RICONOSCIUTO ANNO 2018
1	BRANCHE A VISITA	9,5
2	CARDIOLOGIA	13,77
3	DIABETOLOGIA	11,25
4	DIALISI (NON TRATTATA) *	-----
5	FKT	23,6
6	RADIOTERAPIA	20,5
7	RADIOLOGIA	14,36
8	MEDICINA NUCLEARE	45,5
9	PATOLOGIA CLINICA	18

\*La sola Dialisi non è stata oggetto del questionario conoscitivo in quanto Branca Specialistica non rappresentata dall'Associazione



Pertanto, in base al campione ASPAT, ribaltato sull'intero parterre degli Erogatori privati accreditati SSR, **il valore economico da attribuire ai contratti integrativi per l'anno 2018 risulterebbe essere complessivamente di**

**€ 75.322.567**

così ripartito:

BRANCHE		LIMITI DI SPESA 2018 (ALLEGATO 1 DCA 89/2016)	% FATTURATO NON RICONOSCIUTO ANNO 2018	VALORE ECONOMICO CONTRATTI INTEGRATIVI
1	BRANCHE A VISITA	€ 15.650.000	9,5	€ 1.486.750
2	CARDIOLOGIA	€ 33.346.000	13,77	€ 4.591.744
3	DIABETOLOGIA	€ 8.521.000	11,25	€ 958.612
4	DIALISI (NON TRATTATA) *	----	----	----
5	FKT	€ 35.770.000	23,6	€ 8.441.720
6	RADIOTERAPIA	€ 19.975.000	20,5	€ 4.094.875
7	RADIOLOGIA	€ 128.549.000	14,36	€ 18.459.636
8	MEDICINA NUCLEARE	€ 39.866.000	45,5	€ 18.139.030
9	PATOLOGIA CLINICA	€ 106.390.000	18	€ 19.150.200
<b>TOTALE</b>		<b>€ 388.067.000</b>		<b>€ 75.322.567</b>

Per la Branca di FKT, in considerazione che è regolamentata da tetti di spesa per singola struttura, il dato si riferisce all'over budget per esaurimento precoce degli importi assegnati.

Il campione delle strutture private accreditate Associate ASPAT, ritenuto più che significativo ed affidabile (73% della base associativa), ha confermato che i soprariportati numeri sono inconfutabilmente riferiti alle **criticità indotte dalla tardiva adozione ed applicazione del DCA 84/2018, subentrato al previgente DCA 89/2016.**



Le fattispecie ricorrenti, oggetto di contestazione da parte della P.A., sono quelle relative al:

- Disallineamento delle date comunicate per esaurimento precoce del tetto trimestrale;
- Overselling (>10% della produzione);
- Costo-medio prestazionale;
- Controlli su appropriatezza prescrittiva;
- Overbudget.

Per quanto attiene le istanze associative sul punto in esame esse sono articolare nella parte conclusiva relativa alle PROPOSTE DEL PRIVATO ACCREDITATO.



## 2 DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO ASSISTENZIALE TERRITORIALE

### ✓ DCA 83/2019 – Cambio del paradigma assistenziale e Piano Rete AST – 2019/21

Nell'ultimo Tavolo di Verifica interministeriale Patto di Stabilità – LEA tenutosi a Roma nel mese di novembre scorso la delegazione della Regione Campania ha depositato il **DCA n. 83**, adottato il 31/10/19 e pubblicato successivamente sul BURC n. 71 in data 26/11/19, concernente il **Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-2021**. (cfr. all.8 – nota di sintesi CENTRO STUDI ASPAT)

In detto Decreto, al paragrafo 8 viene descritto il Piano di riorganizzazione dell'assistenza territoriale distrettuale che **definisce**, attraverso il modello di monitoraggio della rete territoriale (cd. CRUSCOTTO), il **FABBISOGNO PUBBLICO E PRIVATO ACCREDITATO DI PRESTAZIONI SPECIALISTICHE**, concludendo che la problematica *<<così ragionata permette alla Regione Campania di individuare bisogni di salute ed allocare le risorse.>>*.

Giova precisare, in via preliminare, che la descrizione della tematica da parte regionale ricalca sostanzialmente quanto descritto dalla Struttura Commissariale nell'ambito del Forum Tematico del 22 febbraio 2018, evento promosso dalla scrivente Associazione al fine di una rimodulazione del fabbisogno di prestazioni di assistenza specialistica ed ambulatoriale.

In detta riunione pubblica l'ASPAT richiese al Presidente / Commissario alla Sanità De Luca l'istituzione urgente di Tavoli Tecnici di confronto per Branche specialistiche omogenee per condividere, secondo il consueto procedimento partecipativo, l'attività ricognitiva sul fabbisogno quale base dei nuovi tetti di spesa relativi al biennio 2018-19.

Nella circostanza **l'ASPAT**, nel riconoscere all'Amministrazione Regionale il merito di aver strutturato per la prima volta, dopo tanti anni dalle reiterate richieste delle Associazioni di Categoria, una programmazione più aderente alle reali esigenze prestazionali degli assistiti ed a prescindere dai vincoli, seppure ineludibili, dei tetti di spesa imposti dal Piano di Rientro, **chiedeva come mission del Forum di condividere un approfondimento sui soli VOLUMI PRESTAZIONALI OCCORRENTI A GARANTIRE AI CITTADINI CAMPANI I LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) IN REGIME DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE, CIOE' AL 31/12 DI OGNI ANNO.**

**Nel succitato DCA 83/2019 viene confermata l'inversione del paradigma assistenziale** passando dall'erogazione delle prestazioni a seconda dell'offerta alla programmazione dell'assistenza a seconda del bisogno.



Dunque, secondo la Regione, si deve prioritariamente <<definire il bisogno assistenziale e compararlo all'offerta esistente (pubblico/privato accreditato) per poter programmare, per il biennio 2018-19, l'erogazione dei servizi per i diversi livelli di assistenza (ivi inclusa la territoriale) e per le diverse aree geografiche.>>.

Si legge, inoltre, che <<la definizione di un fabbisogno rappresenta per la Regione Campania la possibilità di modificare l'erogazione delle prestazioni e l'allocazione delle risorse ad esse destinate, considerandole non più come una semplice operazione di sommatoria a valere sull'erogato, ma come strumento per governare la domanda e riorientare l'offerta, rimodulando infine anche con appropriatezza, i tetti di spesa.>>.

Il DCA 83/2019, come il provvedimento giuntale ricognitivo del biennio 2016/17 (precisiamo mai adottato!) fa riferimento alle nove Branche costituenti la Macroarea Specialistica Ambulatoriale, suddivise in tre classi omogenee di appartenenza:

**A. Clinica – Diagnostica Strumentale – Procedure:**

1. Branche a Visita
2. Cardiologia
3. Dialisi
4. Diabetologia
5. FKT
6. Radioterapia

**B. Diagnostica per immagini:**

7. Radiologia
8. Medicina Nucleare

**C. Diagnostica di Laboratorio:**

9. Laboratorio di Patologia Clinica.

Esso chiarisce, inoltre, che sulla scorta della metodologia utilizzata dalla struttura tecnocratica, i valori standard di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, secondo il progetto Mattone, sono come di seguito rappresentati:

TIPOLOGIA PRESTAZIONI SPECIALISTICA	N.PRESTAZIONI STANDARD/ABITANTE
Clinica, Diagnostica strumentale e procedure	3,1
Diagnostica per immagine	0,6
Diagnostica di laboratorio	8,3
<b>TOTALE COMPLESSIVO</b>	<b>12</b>



✓ **Fabbisogno teorico complessivo prestazioni aggiuntive ed incremento budget erogatori.**

Dalla complessa analisi dei dati elaborati con il succitato documento tecnico scaturisce, su una popolazione regionale di 5.826.860 (ISTAT – assistiti al 1.1.2018) il **fabbisogno teorico complessivo di prestazioni** (secondo il progetto Mattone)

<b>* STIMA DEL FABBISOGNO</b>	
Tipologia di prestazione	Totale Prestazioni
Clinica, Diagnostica strumentale e procedure	19.020.835
Diagnostica per immagini	3.282.546
Diagnostica di Laboratorio	45.408.547
<b>TOTALE</b>	<b>67.711.928</b>

Il dato tecnico sopra rappresentato per la definizione dei nuovi tetti di spesa deve essere – a nostro avviso – confrontato e calato nella **tabella che segue relativa alla OFFERTA CONSUNTIVATA 2018** delle strutture accreditate SSR sia pubbliche che private



	CONSUNTIVATO 2018 - OFFERTA			
	numero di prestazioni			
	Pubblico	Privato	TOTALE	% Privato
<b>Branche a Visita</b>	4.272.518	849.422	5.121.940	16%
<b>Cardiologia</b>	489.228	1.212.233	1.701.461	71%
<b>Diabetologia</b>	274.307	1.104.880	1.379.196	80%
<b>Dialisi</b>	174.721	726.157	900.878	80%
<b>FKT</b>	113.514	2.013.624	2.127.138	95%
<b>Radioterapia</b>	175.049	520.058	695.107	75%
<b>Radiologia Medica</b>	387.655	2.895.176	3.282.828	88%
<b>Medicina Nucleare</b>	11.765	106.192	117.957	90%
<b>Diagnostica di laboratorio</b>	5.081.473	35.388.678	40.470.151	87%
	<b>10.980.230</b>	<b>44.816.426</b>	<b>55.796.656</b>	<b>80%</b>

La prima osservazione è che **occorrono complessivamente n. 11.915.271 prestazioni aggiuntive** al volume erogato nel 2018 per raggiungere il dato stimato occorrente al fabbisogno dell'intera Macroarea della Specialistica Ambulatoriale.

## **ATTENZIONE**

La sottoriportata tabella, sviluppa, a partire dalle prestazioni erogate nel 2018 (ovviamente sommando quelle pubbliche al privato accreditato), i dati relativi al numero complessivo di prestazioni occorrenti al fabbisogno di ciascuna Brancha specialistica (suddivise nelle menzionate tre classi funzionali), indicandone, secondo il peso "storico" di ognuna di esse, il numero di prestazioni aggiuntive da integrare a quelle consuntivate nel 2018.



Infine, sulla base del costo-medio prestazionale di Branca, ricavato da voluminose statistiche pluriennali, viene calcolato l'importo economico totale necessario ad incrementare i budget degli Erogatori Accreditati del SSR, sia pubblici che privati.

**Tale importo è di € 178.867.659**

BRANCHE	PRESTAZIONI 2018	FABBISOGNO STIMATO	PESO BRANCA	INTEGRAZIONE PRESTAZIONI	C.M. € REGIONALE	BUDGET AGGIUNTIVO
<b>BRANCHE A VISITA</b>	5.121.940	8.411.430	46,46	3.289.490	22,03	€ 72.467.465
<b>CARDIOLOGIA</b>	1.701.461	2.793.551	15,43	1.092.090	29,75	€ 32.489.677
<b>DIABETOLOGIA</b>	1.379.196	2.264.894	12,51	885.698	7,48	€ 6.625.021
<b>FKT</b>	2.127.138	3.492.390	19,29	1.365.252	19,25	€ 26.281.101
<b>RADIOTERAPIA</b>	695.107	1.142.405	6,31	447.298	59,15	€ 26.457.677
	<i>11.024.842</i>	<i>18.104.670</i>	<i>100</i>			<i>€ 164.320.941</i>
<b>DIALISI</b>	900.878	916.166		15.288	176,00	€ 2.690.688
	<i>11.925.720</i>	<i>19.020.836</i>		<i>7.095.116</i>		<i>€ 167.011.629</i>
<b>RADIOLOGIA MEDICA</b>	3.282.828	3.168.642	96,53	- 114.186	59,40	€ - 6.782.648
<b>MEDICINA NUCLEARE</b>	117.957	113.904	3,47	- 4.053	323,82	€ - 1.312.442
	<i>3.400.785</i>	<i>3.282.546</i>	<i>100</i>	<i>- 118.239</i>		<i>€ - 8.095.090</i>
<b>DIAGNOSTICA DI LABORATORIO</b>	40.470.151	45.408.547		4.938.396	4,04	€ 19.951.120
<b>TOTALE</b>	<b>55.796.656</b>	<b>67.711.929</b>		<b>11.915.273</b>		<b>€ 178.867.659</b>

Non è di trascurabile rilievo precisare che, ferme ed impregiudicate tutte le nostre riserve ed osservazioni tecnico giuridiche di merito circa la metodologia utilizzata dalla Regione per il calcolo del fabbisogno, la sottoriportata tabella



FABBISOGNO REGIONALE PRESTAZIONI		COEFF.	ASSISTITI 5.826.860
CLINICA, DIAGNOSTICA STRUMENTALE E PROCEDURE	19.020.835	3,10	18.063.266
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI	3.282.546	0,60	3.496.116
DIAGNOSTICA DI LABORATORIO	45.408.547	8,30	48.362.938
<b>TOTALE</b>	<b>67.711.928</b>	<b>12</b>	<b>69.922.320</b>
PRESTAZIONI 2018	55.796.656		
PRESTAZIONI AGGIUNTIVE	11.915.271		14.125.664

documenta che, in base alla popolazione assistita di 5.826.860 residenti, utilizzando gli indicati coefficienti metodo Mattone, **le prestazioni aggiuntive** necessarie al soddisfacimento del fabbisogno regionale **sono 14.125.864 piuttosto che 11.915.271.**

Inoltre, non sono assolutamente condivisibili i dati rappresentati per la Radiologia Medica e la Medicina Nucleare in quanto oggettivamente penalizzanti e regressivi. A nostro parere le suddette Branche, seppure da valutare in ordine ai tassi di inappropriatezza prescrittiva (come le altre d'altronde) sono, ormai da diversi lustri, le discipline della Macroarea assistenziale più innovative per aver introdotto ulteriori metodologie e nuove potenzialità terapeutiche e diagnostiche.

✓ **Risorse economico-finanziarie e fonti di finanziamento dedicate al potenziamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)**

Come già evidenziato in premessa, la Sentenza del Consiglio di Stato (III Sez.) n. 5293/2019, nello stabilire l'obbligo da parte della P.A. di definizione del fabbisogno prestazionale della Macroarea specialistica ambulatoriale quale atto amministrativo doveroso, autonomo ed indipendente dal provvedimento di determinazione dei tetti di spesa e degli schemi di contratto, ha stigmatizzato, al tempo stesso, che **l'obbligo in parola non è stato compiutamente adempiuto né per il 2018, né per il 2019.**



A tal riguardo, l'adottato Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-21 del cennato DCA 83/2019 ha ammesso con chiarezza tale carenza.

Infatti, il Decreto Commissariale in argomento, tra l'altro, precisa che <<*Definire dunque il bisogno assistenziale e compararlo all'offerta esistente (pubblico/privato accreditato) permette di poter programmare per il biennio 2018-19 l'erogazione dei servizi parametrata all'effettiva definizione dei bisogni*>> ed il collegato Piano al paragrafo 10 impegna la Regione, entro la metà del corrente mese, ad emanare **uno specifico documento concernente il fabbisogno regionale delle prestazioni di specialistica ambulatoriale.**

Per quanto riguarda le **risorse economiche finanziarie necessarie** al completo sviluppo ed al mantenimento dell'assistenza territoriale campana, ivi comprese l'area della specialistica ambulatoriale, il Piano Regionale in argomento stabilisce che esse, nel breve periodo, **dovranno essere attinte da fonti di finanziamento dedicate, quale quota parte del fondo per il potenziamento dei L.E.A. .**

A tal uopo la Regione Campania ha provveduto ad aggiornare a mezzo Bilanci di previsione e gestionale 2019/21 le poste relative ai residui e cassa, documentando un **accantonamento**, da precedenti esercizi, di parte dei fondi assegnati al SSR **in un fondo destinato** al finanziamento di interventi volti **al potenziamento dei livelli essenziali di assistenza** (cd. Fondo per il potenziamento dei LEA).

Per una analisi dettagliata del punto in esame rinviamo il lettore all'allegato documento tecnico di sintesi redatto dal Centro Studi ASPAT.

Il dato che vogliamo evidenziare è che secondo il Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-21, confermato dal DCA 94 del 21/11/2019, e recepito con DGRC n. 586 del 21/11/19, considerando le risorse presenti nello stato patrimoniale 2018,

### **RISULTEREBBERO DISPONIBILI NEL BILANCIO REGIONALE PER LA MACROAREA SPECIALISTICA AMBULATORIALE**

**~ € 132 mln  
(conto BA1510)**

al netto delle risorse da destinare a specifiche ulteriori attività di potenziamento LEA.



3

### **ADOZIONE DEI NUOVI TETTI DI SPESA PER IL BIENNIO 2020-21. LE PROPOSTE DEL PRIVATO ACCREDITATO SSR**

La formulazione ex-ante dei nuovi tetti 2020-21 rappresenta un altro punto molto qualificante e sostanzialmente innovativo.

Nelle conclusioni del DCA 83/2019 al paragrafo sulla specialistica ambulatoriale si legge:

*<<Tale programmazione deve necessariamente tener conto dell'apporto significativo del privato accreditato al soddisfacimento della domanda ed alle potenzialità che potrà esprimere nel prossimo futuro il settore pubblico finalmente liberato dai vincoli del turn-over, riprogrammato nei modelli organizzativi del presente Piano e dotato di risorse tecnologiche adeguate al futuro.*

*Sulla base di questo studio la Regione Campania individua con atto a parte ogni anno o biennio la propria programmazione per branche attribuendo obiettivi ai Direttori Generali per il potenziamento delle attività da rendere nel pubblico, assegnando i tetti di spesa alle varie ASL per il privato accreditato in funzione della popolazione residente, della mobilità interaziendale, della domanda residua rispetto a quanto erogabile nel pubblico.*

*Per ogni mese di dicembre la Regione emana il corrispondente Decreto di ripartizione a valere sull'annualità successiva.>>*

Tutto ciò premesso, riteniamo necessario precisare che le scelte da farsi attengono alla sola Regione Campania che deve procedere in modo unilaterale ed autoritativo al giusto temperamento degli interessi rappresentati da tutte le componenti attoree del Sistema Sanitario Regionale al fine di garantire nel contempo il diritto alla salute dei cittadini, le legittime aspettative degli Erogatori accreditati pubblici e privati e gli obiettivi prefissati di equilibrio gestionale di Parte Pubblica.

In tale contesto, atteso che il tema di una ripresa del settore a gestione statale nel complessivo Sistema erogativo delle prestazioni di specialistica ambulatoriale si rende, a giudizio prevalente della P.A., ancorché auspicabile, necessaria e di tempestiva attuazione per il raggiungimento dell'evocato equilibrio gestionale, riportiamo, per una obiettiva **analisi comparativa dei dati le tabelle relative al CONSUNTIVATO-OFFERTA 2016 con quella dell'anno 2018.**



	<b>CONSUNTIVATO 2016 - OFFERTA</b>			
	<b>numero di prestazioni</b>			
	<b>Pubblico</b>	<b>Privato</b>	<b>TOTALE</b>	<b>%</b>
<b>Branche a Visita</b>	3.322.625	797.698	4.120.323	19%
<b>Cardiologia</b>	411.250	1.095.491	1.506.741	73%
<b>Diabetologia</b>	25.476	999.037	1.024.513	97%
<b>Dialisi</b>	117.030	726.034	843.064	86%
<b>FKT</b>	80.959	1.953.322	2.034.281	96%
<b>Radioterapia</b>	89.864	429.276	519.140	83%
<b>Radiologia Medica</b>	315.589	2.715.216	3.030.805	89%
<b>Medicina Nucleare</b>	10.994	112.774	123.768	91%
<b>Diagnostica di laboratorio</b>	3.358.471	32.759.623	36.118.094	91%
	<b>7.732.258</b>	<b>41.588.471</b>	<b>49.320.729</b>	<b>84%</b>

Precisiamo che la tabella 2016 è stata espunta dalla bozza di deliberazione giunta del 2017 NON PIU' ADOTTATA ma utilizzata ed aggiornata tal quale a tutto il 2018 con il DCA 83/2019.

	<b>CONSUNTIVATO 2018 - OFFERTA</b>			
	<b>numero di prestazioni</b>			
	<b>Pubblico</b>	<b>Privato</b>	<b>TOTALE</b>	<b>% Privato</b>
<b>Branche a Visita</b>	4.272.518	849.422	5.121.940	16%
<b>Cardiologia</b>	489.228	1.212.233	1.701.461	71%
<b>Diabetologia</b>	274.307	1.104.880	1.379.196	80%
<b>Dialisi</b>	174.721	726.157	900.878	80%
<b>FKT</b>	113.514	2.013.624	2.127.138	95%
<b>Radioterapia</b>	175.049	520.058	695.107	75%
<b>Radiologia Medica</b>	387.655	2.895.176	3.282.828	88%
<b>Medicina Nucleare</b>	11.765	106.192	117.957	90%
<b>Diagnostica di laboratorio</b>	5.081.473	35.388.678	40.470.151	87%
	<b>10.980.230</b>	<b>44.816.426</b>	<b>55.796.656</b>	<b>80%</b>



La comparazione tra le due Tavole aiuta a comprendere ciò che è accaduto negli ultimi quattro anni.

In sintesi:

- premesso che il fabbisogno prestazionale attiene all'intero comparto delle strutture erogatrici accreditate sia pubbliche che private, nel 2018 si è registrato un incremento complessivo di prestazioni pari a

	<b>PUBBLICO</b>	<b>PRIVATO</b>	<b>TOTALE</b>
<b>2016</b>	7.732.258	41.588.471	49.320.729
<b>2018</b>	10.980.230	44.816.426	55.796.656
	<b>N. + 6.457.927</b>		

- tale incremento è stato garantito nel modo seguente:

<b>PUBBLICO</b>	<b>PRIVATO</b>
+ 3.247.972	+ 3.227.955
(50,29%)	(49,71%)

**con un totale equilibrio tra le due componenti;**

- il peso complessivo del **privato accreditato** rispetto al pubblico si decrementa **- 4%**  
**di quattro punti percentuali passando dall'84% all'80%;**
- **la sola "Branche a Visita"** documenta da sempre una netta prevalenza del Pubblico sul Privato in ragione della attività degli specialisti ambulatoriali distrettuali al punto da **invertire il rapporto esistente a livello di media regionale (~80/20).**
- In nessuna delle nove Branche specialistiche costituenti la Macroarea si osserva nel biennio successivo un incremento del rapporto dei volumi prestazionali del privato rispetto al corrispondente volume del pubblico.
- **I dati in incremento per la Parte Pubblica oscillano** dall'1% (per la FKT – Radiologia Medica e Medicina Nucleare) al 6-8% (per la Dialisi e la



Radioterapia), fino alla Diabetologia con un +17% (dato alterato dalle ben note criticità della Azienda Sanitaria Locale NA2 NORD).

- Giova precisare che i **dati riportati riflettono** sostanzialmente **l'avvio dell'organizzazione delle reti assistenziali a gestione pubblica** (ad. es. la rete oncologica, quella dell'infarto, la diabetologica, etc.) e l'incremento del settore pubblico rispetto al privato accreditato è attribuibile oggettivamente anche ai **4 STOP erogativi imposti ai convenzionati** dai contratti e tetti trimestrali che dal 2017 hanno catapultato gioco-forza migliaia di assistiti in ambito di struttura pubblica riducendo la effettiva operatività del privato accreditato ai primi 40/45 giorni di ciascun trimestre (cfr. v. allegato 2).
- **La terapia d'urto** generata dalla Regione negli ultimi anni **sul sistema erogativo accreditato delle prestazioni specialistiche ambulatoriali e territoriali** se da un lato ha messo il freno alla componente del privato (STOP & GO trimestrali) dall'altro ha visto crescere:
  - 1) **Il ricorso degli utenti al regime privatistico** (cd. ticket of pocket);
  - 2) **Il differimento sistematico della erogazione delle prestazioni** in ragione del meccanismo dello STOP & GO del privato accreditato e conseguentemente del fenomeno di "assalto alla diligenza" da parte degli assistiti nelle prime decadi dei trimestri di riavvio del budget in accreditamento.
  - 3) **L'abbandono del paziente dalle cure** e la rinuncia alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche; anche quelle definite "salvavita".
  - 4) **La mobilità passiva extra-regionale** quale soluzione "ultima spiaggia" del malato e di interi nuclei familiari in accompagnamento alla "transumanza" degli ammalati .
  - 5) **Le liste di attesa**, il cui piano regionale di governo, nel disattendere le linee guida nazionali, non potrà garantire le aspettative dei pazienti attraverso i cd. "percorsi di tutela" e continuerà a rappresentare un punto gravemente dolente e marcescente nel rapporto tra cittadini e Servizio Sanitario Regionale.

~~~~~

**Tutto ciò viene a manifestarsi in modo inequivoco a causa del fenomeno dell'esaurimento precoce dei tetti di spesa in quanto**, come dettagliato in precedenza, il valore del calcolo (teorico) di prestazioni occorrenti a garantire i livelli essenziali di assistenza in regime di SSR, documenta la necessità di un incremento complessivo annuo, "finalmente" previsto dalla sez. tecnica dal DCA 83/2019.



## REBUS SIC STANTIBUS (!)

e tenuto conto:

- che nel novero delle azioni definite dal **Piano triennale 2019/21 di sviluppo e riqualificazione del Servizio Sanitario Campano** recentemente approvato e recepito a corredo del Piano Regionale della Rete AST, v'è il perseguimento degli obiettivi ritenuti strategici dalla Regione Campania *<<al fine di garantire ai cittadini un sistema di offerta di prestazioni specialistiche adeguato ai bisogni nonché facilmente e tempestivamente accessibile.>>*
- che **tra gli obiettivi ineludibili e prioritari rientra la <<rimodulazione>>**, laddove necessaria, **dell'offerta di prestazioni specialistiche in strutture pubbliche e private accreditate** e relativa distribuzione delle risorse che tenga conto dell'analisi del fabbisogno, consentendo così:
  - di *<<scongiurare la sospensione dell'erogazione di prestazioni specialistiche da parte delle strutture private accreditate in caso di superamento del numero massimo di prestazioni programmate in rapporto ai limiti di spesa fissati annualmente.>>*
  - *ovverosia (attraverso l'adozione di specifico documento di programmazione delle prestazioni) <<l'allineamento per le strutture private accreditate che erogano prestazioni di assistenza specialistica, tra i volumi di prestazioni erogate ed i volumi di prestazioni programmate, finalizzato alla riduzione dei casi di mancata erogazione delle prestazioni per sforamento del budget>>*.
- che **l'attivazione del Piano di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019-21, in termini di offerta incrementale programmata e relativa valorizzazione economica**, si limita ai soli setting dell'area riabilitativa e sociosanitaria, pari al 50% delle fonti di finanziamento di breve periodo descritte, e **rinvia l'area specialistica ambulatoriale ad uno specifico documento di programmazione dell'offerta e delle prestazioni**, senza determinare né valorizzare attivazioni incrementali e, peraltro, lasciando la previsione dei tetti di spesa degli erogatori privati saldamente ancorata al DCA 84/2018;

**L'ASPAT – Associazione di Categoria  
maggiormente rappresentativa della  
Specialistica Ambulatoriale Regione Campania  
CHIEDE  
al Presidente/Governatore On. De Luca,**



il giorno dopo la fuoriuscita dal Piano di Rientro, consapevole dei nuovi limiti operativi imposti alla Regione Campania dalla fase di affiancamento, di **operare con competenza, rigore ed equità alla risoluzione strutturale delle descritte problematiche e criticità** al fine:

- **di garantire ai cittadini assistiti campani l'erogazione "qui ed ora" dei LEA in continuità assistenziale** (al 31/12 di ciascun anno) secondo quanto previsto dalla normativa vigente;
- **di consentire ai Centri privati accreditati**, nella loro qualità di operatori sinergici del Servizio Sanitario Regionale ed in un clima di rinnovata fiducia, **una duratura stabilità gestionale** in grado di valorizzare gli investimenti sostenuti e gli accresciuti requisiti richiesti dal procedimento di accreditamento definitivo e/o istituzionale oramai a pieno regime.

Per il raggiungimento dei succitati obiettivi formuliamo, in conclusione, le istanze per ciascun biennio in esame.

#### ✓ **Le proposte del Privato Accreditato SSR**

- **Per il biennio 2018-19**
  - Una **piena "restitutio ad integrum" dei volumi prestazionali erogati nel 2018** entro tetto in forza della prorogatio contrattuale afferente al DCA 89/2016.
  - **Estensione dei contratti integrativi scaturenti dalla applicazione del punto precedente all'anno 2019**, anche in considerazione della carenza in tale periodo di programmazione del fabbisogno, di definizione dei nuovi tetti di spesa e correlati contratti 8-quinquies.
  - **Pedissequa applicazione** sul tema del fabbisogno di quanto stabilito dalla **pronuncia del Consiglio di Stato n. 5293/2019 in termini normativi e giuridici**.
  - Una **riallocazione perequativa delle risorse economiche tra le varie ASL** che tenga in debito conto delle disparità territoriali createsi in ordine alle distorsioni applicative della cd. trimestralizzazione dei budget e dello storico disallineamento dei valori delle cd. "quote capitarie".



- **Per il biennio 2020-21**

- **La consultazione con le AdC per la condivisione e redazione del Protocollo d'intesa** basato sui tetti di spesa del biennio precedente così come riveduti e corretti;
- **La determinazione del fabbisogno prestazionale in base ai criteri della L. 32/94** (spesa storica – quota capitaria indice di deprivazione etc.) **attuando il Tetto Unico Regionale di Branca (TURB)** di modo che ogni ASL paghi le prestazioni limitatamente per i cittadini residenti, e soprattutto realizzando una contemporanea cessazione delle prestazioni indicate dai prescrittori in tutti i territori allorquando siano raggiunti i limiti di spesa per singola branca; **(all. 9)** Tale modello organizzativo oggi è sostenibile per il tramite della piattaforma SINFONIA in grado di gestire in tempo reale, per conto di una CABINA UNICA regionale, i flussi informativi degli Erogatori privati accreditati di tutte le Aziende Sanitarie Locali campane.
- **L'abolizione dell'art. 5 bis (trimestralizzazione) e ripristino del tetto su base annuale** in virtù della rimodulata capienza di quest'ultimo in grado di garantire la continuità assistenziale dei LEA a tutto il 31/12.
- **Per l'area laboratoristica** il completamento del processo di riorganizzazione della Rete dei Laboratori di analisi cliniche ai sensi del DCA 109/2013 e ss.mm.ii.
- **Il superamento del blocco imposto in epoca Piano di rientro** dalla Conferenza Stato-Regioni relativo alla erogazione delle prestazioni a cittadini non residenti in Campania al fine di compensare il dato della mobilità passiva extra regionale e valorizzare le prerogative di attrattività delle nostre strutture sanitarie e socio-sanitarie di eccellenza (residenziali e ad elevata tecnologia di area diagnostico-clinica e strumentale).

- ***Sul piano contrattuale e regolamentare***

- **la reintroduzione delle regole di valutazione degli sforamenti e del costo medio delle prestazioni**, limitatamente alle situazioni oggettivamente più volte riconosciute negli anni ai tavoli tecnici aziendali (cambio di proprietà, trasferimento sede, implementazione quali-quantitativa);
- **L'introduzione di costi medi differenziati nell'ambito delle prestazioni R** tra prestazioni del settore A6 (genetica), di più alto costo unitario, e quelle del settore A2 (biologia molecolare), di più basso costo unitario e con maggiore frammentazione numerica di esami;
- **L'introduzione per le branche a visita di costi medi differenziati per sottobranca**, in considerazione delle differenti tariffe e specifiche peculiarità delle branche interessate.