

Tavolo Tecnico per la Macroarea Assistenza Specialistica Ambulatoriale

Addi 11 marzo 2013 sono riuniti alle ore 9.30 presso la sede legale ASL NA 3 SUD, in via Alcide de Gasperi n. 167 C/Mare di Stabia, i componenti del Tavolo Tecnico, Rappresentanti Aziendali e delle Associazioni di Categoria, per la Macroarea Assistenza Specialistica Ambulatoriale, giusta convocazione del 5.03.2013 prot. n. 0015106.

Associazioni di categoria

A.I.S.A.: Dr. Antonio Salvatore delega **BUONINCONTRO**

A.N.P.R.I.C. -dott.ssa Annunziata Guerriero

CONFAPISANITA' Federbiologi - dott. Giovanni Buonincontri

S.N.R. - A.S.P.A.T.: Dott. Bruno Accarino Assente delega Iannella

A.N.I.S.A.P.: Avv. A. Chiosi - Sig.ra C. Mautone

CONF. C. ANTIDIABETE: Dr. A. Iannella

CONFINDUSTRIA SANITA': Avv. G. Abagnale

FEDERLAB SBV : Dr. G. Diglio Dott. Mancino

FOAI: Ing. L. De Carlo

Aspat Polizzi- Gambino

Fras Scognamiglio

Rappresentanti aziendali

D.ssa A. De Stefano - Coordinatore:

Dr. S. D'Ambrosio

Dr. M. Di Gennaro

Dr. P. Sergianni

Dr. L. Fiorenza

Dr. A. Ciccone

Dr. S. Langella

Sig. F. Di Marzo

presente
Assente
presente
presente
presente
presente
presente

Il Coordinatore del Tavolo Tecnico Dott.ssa Antonella De Stefano, ribadisce in premessa che la componente Aziendale, in un profondo spirito di collaborazione e nel rispetto della normativa vigente, si è resa disponibile a ricalcolare i valori della regressione tariffaria 2009 da applicare ai CTA della Specialistica Ambulatoriale, alla luce di quanto è emerso nel corso della disamina della problematica effettuata dal Direttore Generale, Dr. Maurizio D'Amora, dalla quale è scaturito che i fatturati 2008 da cui partire, per il ricalcolo della RTU, sono quelli contenuti e ratificati nelle Delibere Aziendali. A questo proposito, riportando tra l'altro le parole del Direttore Generale: "...fatto salvo le posizioni dei singoli Centri Accreditati...", lo Stesso Direttore ha ribadito che questa posizione aziendale non può che essere condivisa dalle Associazioni di Categoria che hanno avallato con le loro firme i vari passaggi da cui sono poi scaturite le suddette Delibere di RTU 2008. Per la Branca di FKT, sempre in uno spirito di condivisione della procedura, dopo numerosi tentativi di conciliare le diverse proposte venute dalle Associazioni, si è adottato un Valore Medio di Branca che è il risultante dei Valori Medi delle tre tipologie prestazionali in capo ai Centri che effettuano prestazioni di Terapia Fisica. Questa procedura è stata espressamente richiesta dalla Associazione ASPAT e condivisa dal Direttore Generale. Il valore risultante è di 11,80 euro. Sulla base di questi parametri è stata elaborata la Tabella N.1 che è oggetto, nella riunione odierna, di valutazione e ratifica eventuale da parte del Tavolo Tecnico nella sua interezza.

Il dott Polizzi precisa che le proposte fatte dalle Associazioni Aias, anpric, aspat confapi sin dal 2009 erano articolate su tre distinti valori medi prestazionali legati alle tre tipologie di strutture così come classificate dalla dgrc 377/98.

Alla luce di ciò non si comprende come da tali proposte possa pervenirsi poi ad un valore medio prestazionale unico, giacché la proposta del coordinatore dell Asl Napoli tre Sud consisteva nell

COAFAP1-Federbiologi e X delega AISA
 Annunziata Guerriero

ASPAT

ASPAT
 Associazione Sanità Privata
 Accreditata territorialmente
 Presidente

**CONFEDERAZIONE CENTRI
 ANTIDIABETE REGIONE CAMPANIA**
 P.zza Bovio 3 80121 Napoli
 Tel. Fax 081.5527804

A.N.P.R.I.C.
IL PRESIDENTE

[Handwritten signatures and stamps]

Presidente
 ANPRIC
 ANPRIC
 ANPRIC

CONFINDUSTRIA SANITA'
 IL DELICATO
 AVV. GILBERTO ARACINATE

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

adozione dei valori medi fra le due proposte presentate che si sottolinea prevedevano tre distinti valori.

All' uopo si allega il documento All n.1 per farne parte integrante e di cui dà lettura il Dott Polizzi. Infine Polizzi chiarisce che non ha in alcuna occasione formalizzato la propria adesione ad un valore prestazionale unico di branca.

La Dott.ssa Scognamiglio dà lettura del documento n.2 a nome di Confindustria Sanità, Federlab, Fras Anisap e Foai che si allega al presente verbale per farne parte integrante.

Il rappresentante dei Centri antidiabetici come già fatto in precedenza con atti di diffida chiede all'azienda di procedere alla liquidazione dei saldi 2009 per le proprie strutture attesa la certezza dei conteggi appurati.

L'avv. Abagnale osserva che non si è proceduto ad istruire le osservazioni fatte dai c.t.a. a seguito del provvedimento direttoriale prot, 62644 del 8.10.12 con il quale venivano richiesti ai cta di produrre osservazioni e chiarimenti. Reitera altresì la nota dell' Unione Industriali di Napoli con la quale si evidenziava che per le strutture di fascia B vmp deve essere calcolato sulla scorta delle prestazioni che tali cta possono produrre.

La parte pubblica viste che non ci sono altre dichiarazioni da parte delle Associazioni più rappresentative prende atto delle diverse posizioni espresse constatando che nonostante gli sforzi e le cure poste in essere e la dimostrata disponibilità dell'azienda ad attendere una soluzione, le posizioni relative all'ordine del giorno sono rimaste praticamente inalterate e pertanto non si può far altro che prenderne atto e si riserva di decisioni in merito.

Si concludono i lavori alle ore 11.15

C/mare di Stabia il 13.12.2012 *11-3-2012*

Del che è verbale L.F.S.

Associazioni di categoria

S.N.R.: Bruno Accarino *x. Deiana*

A.I.S.A.: Dr. Antonio Salvatore *x. delega*

A.N.P.R.I.C. - Annunziata Guerriero *IL PRESIDENTE*

CONFAPISANITA' Federbiologi
dott. Giovanni Buonincontri *IL PRESIDENTE*

~~CONF.~~ - A.S.P.A.T.: Dott. *P.P. Pajola*

A.N.I.S.A.P.: Chiosi - Mautone *IL PRESIDENTE*


CONF. C. ANTIDIABETE: Iannella *CONFEDERAZIONE CENTRI ANTIDIABETICI REGIONE CAMPANIA*

CONFINDUSTRIA SANITA': ~~CONF.~~

FEDERLAB SBV: Niglio Mancino *FEDERLAB SBV*

FRAS Scognamiglio *FRAS*

FOAI: *Cherofbis*

 **CONFINDUSTRIA SANITÀ**
IL DELEGATO
AVV. GIUSEPPE ABAGNALE

Rappresentanti aziendali

D.ssa A. De Stefano - Coordinatore: *A. De Stefano*

Dr. M. Di Gennaro *M. Di Gennaro*

Dr. S. D' Ambrosio ASSENTE GIUSTIFICATO

Dr. S. Langella *S. Langella*

Dr. P. Sergianni *P. Sergianni*

Dr. Ciccone *Dr. Ciccone*

Dr. Fiorenza *Dr. Fiorenza*

Di marzo *Di marzo*

DUE 9510 1.



Al Tavolo Tecnico ASLNA 3 Sud
Macroarea Specialistica Amb.
Coordinatore Dott.ssa De Stefano

Oggetto : monitoraggio e RTU Specialistica Ambulatoriale 2009 NA3 Sud

Le scriventi Associazioni di categoria, in merito alla conclusione del procedimento di monitoraggio 2009 per la Macroarea della Specialistica Ambulatoriale e conseguente determinazione della RTU ed avuto specifico riguardo alla Branca di FKT, nel riportarsi integralmente a quanto già dichiarato nei precedenti tavoli anche con riferimento alla tutela dei diritti dei propri associati, confermano la propria assoluta contrarietà ad ogni ipotesi di applicazione di un Valore Medio Prestazionale unico di Branca.

A tal riguardo sottolineano che per la Branca di FKT esiste storicamente una netta classificazione tipologica delle strutture erogatrici. Infatti, con DGRC 377/98 sono state individuate - sulla base di specifici requisiti strutturali, impiantistici ed organizzativi - tre differenti tipologie ("A" , "B" , "C") cui corrispondono ben distinte possibilità erogative (case mix), rinvenibili nelle corrispondenti lettere con cui risultano contrassegnate le prestazioni nella Branca della Riabilitazione del Nomenclatore Tariffario.

Risulta normativamente sancita, pertanto, una netta distinzione tra le strutture erogatrici con chiara definizione di specifici case mix erogativi.

Vien da sé che, a fronte di una tale chiara classificazione con individuazione di ben distinti case mix erogativi, risulti quantomeno inconcepibile l'assunzione di un valore medio prestazionale unico di Branca.

In tal senso soccorre anche un altro dato normativo, laddove gli schemi di contratto e di protocolli d'intesa allegati alla DGRC 1269/09 parlano di valore medio della prestazione per la Branca / **Tipologia di prestazioni**, in ragione della indiscutibile possibilità di adeguare il VMP alle diverse tipologie erogative eventualmente presenti nella Branca.

Ad ulteriore conferma di ciò, è opportuno richiamare quanto affermato con decreto del Presidente della Repubblica del 10/12/2009 in recepimento del parere del Consiglio di Stato - Sezione III - n° 2280/2009 espresso nell'adunanza del 14/7/2009, nel quale fra l'altro si afferma : " ... Deve intendersi per case-mix l'indice che misura la complessità media delle funzioni sanitarie concretamente esercitate dai soggetti accreditati, sicché esso va assegnato in relazione alle risorse umane o tecnologiche possedute ed alla complessità organizzativa di ciascun Centro. Ora non vi è dubbio che l'assegnazione di un certo case mix

X *del* AISA
ffumivante

CONFAPI
ffumivante

ASPAT
Associazione Sanità Privata
Accreditata/Perforabile
Il Presidente

AN.P.R.I.C.
IL PRESIDENTE
ffumivante

finisce per riflettersi sulla determinazione del complesso delle prestazioni effettuate che ciascuna ASL sarà tenuta a rimborsare a ciascuna struttura di assistenza privata ...".

Assegnare lo stesso VMP alle diverse tipologie di strutture significherebbe ignorare la differente complessità media delle funzioni sanitarie esercitate (come riconosciuta dalla normativa vigente e considerata dalla costante giurisprudenza), in funzione della quale – peraltro - le strutture di Tipologia " B " e " C " hanno dovuto rispettare requisiti operativi (*il possesso e l'attivazione di un'equipe riabilitativa, l'elaborazione di un progetto riabilitativo di persona o di struttura*) e strutturali (*superficie complessiva minima, locali specifici ad es. vasca per idroterapia*) ben più complessi ed onerosi rispetto alla tipologia " A " deputata all'erogazione di sole prestazioni per patologie semplici.

L'impossibilità di un VMP unico per la Branca di FKT si appalesa con oggettiva, cristallina ed inconfutabile evidenza, se si considera che il VMP unico 2009 per la Branca di FKT (pari a 7,99 + 10%) risulterebbe inferiore alla totalità delle prestazioni individuali complesse erogabili da una struttura di tipo " B ", precludendone di fatto l'operatività e quindi la stessa esistenza.

E' di palmare evidenza, quindi, che un VMP unico per la Branca di FKT finirebbe per disconoscere la classificazione delle strutture operata dalla DGRC 377/98 e per annullare i tre specifici e distinti case-mix riconosciuti dallo stesso nomenclatore regionale alle tre diverse tipologie di strutture erogatrici.

La rigida applicazione di un VMP unico di Branca costituisce un assurdo normativo, logico e persino matematico, che non può trovare accoglimento ed assenso in alcuna sede.

In ragione di ciò, in tutti gli altri tavoli tecnici aziendali si è opportunamente tenuto conto (in sede di contestazioni e/o giustificazioni) di un VMP per tipologia di erogatori, non comprendendosi a riguardo come le stesse Associazioni che hanno approvato una tale soluzione altrove ne propongano una diversa in questa sede.

D'altra parte, conscio di un tale possibile errore - sottolineato e censurato più volte dalla giurisprudenza - e con l'intento di uniformarsi ai criteri applicativi degli altri tavoli, l'ex coordinatore del Tavolo Tecnico Dr. E. Esposito nel corso del 2009 aveva più volte sollecitato i componenti a presentare proposte in merito alla determinazione di un VMP per tipologia, pervenendo per la Branca di FKT alla proposta finale comunicata e verbalizzata in seno al Tavolo Tecnico del 13/10/09, a cui non ha fatto seguito – a riguardo ed in seno allo stesso tavolo – alcuna altra proposta modificativa né tantomeno alcuna nota di contestazione.

Il monito giurisprudenziale innanzi richiamato "il case mix va assegnato in relazione alle risorse umane o tecnologiche possedute ed alla complessità organizzativa di ciascun Centro " costituisce un principio a tutela della qualità dei servizi offerti all'utenza,

Xidda
AISA
G. Guominante

CONFAPI
G. Guominante

ASPAT
Associazione Sanità Privata
Accreditata Territoriale
Il Presidente

Pagina 2 di 3
A.N.P.R.I.C.
IL PRESIDENTE
G. Guominante

garantendo un giusto riconoscimento agli investimenti effettuati ed incentivando gli operatori verso un miglioramento continuo dei propri processi erogativi.

L'applicazione di uno stesso case mix ad erogatori diversi per dotazione strumentale, strutturale ed organica e quindi per complessità media di servizi offerti finirebbe per mortificare gli investimenti in funzione di attività complesse e di alto profilo tecnico - scientifico, determinando un appiattimento produttivo verso le sole prestazioni meno complesse e sicuramente remunerabili, foriero di ingente mobilità passiva extraziendale o extraregionale per le prestazioni più complesse e di alto costo.

Giova, altresì, richiamare altre due circostanze a conforto della tesi qui sostenuta.

La prima riguarda la prassi consolidata - *anche per le altre Branche della Macroarea* - di tenere in debito conto la specifica complessità strumentale, tecnologica e quindi erogativa in sede di accoglimento delle giustificazioni addotte dalle singole strutture (così come finora concordato anche in seno al presente procedimento e poi recepito nella Delibera aziendale n°104/12).

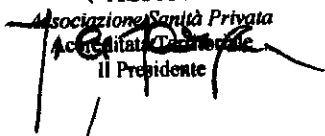

La seconda è costituita dalla esplicita previsione della determinazione di un VMP differenziato a seguito della nuova classificazione delle strutture operata con DCA n°67/2012. Infatti - ai sensi dell'art. 6 comma 3 lettera c dell'Allegato A1 del menzionato decreto - al tavolo tecnico aziendale spetta :c) *determinazione del valore medio della prestazione differenziato in base alle diverse tipologie funzionali delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza secondo la classificazione seguente.*

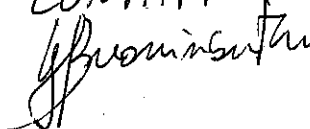
BRANCA Tipologia A Tipologia BTipologia CTipologia D

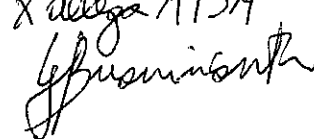
Ciò non può che confermare, in generale, la necessità di tener conto della diversa complessità media delle funzioni sanitarie concretamente esercitate dalle strutture erogatrici e, nello specifico, di dover inderogabilmente considerare le singole tipologie laddove distintamente classificate dalla normativa vigente (così nel caso del DCA n°67/2012 come in quello della DGRC 377/98).

Alla luce di quanto innanzi argomentato, le scriventi Associazioni si dichiarano del tutto **contrarie a qualsiasi ipotesi di rigida applicazione di un VMP unico di Branca per l'FKT**, in quanto ritenuta in stridente contrasto sia con il dato normativo e sia con le più elementari evidenze oggettive e logiche. A riguardo manifestano, sin d'ora, la propria ferma intenzione di impugnare qualsiasi provvedimento in contrasto con le enunciate posizioni. .

Castellammare di Stabia, 11/03/2013

ASPAT
Associazione Sanità Privata
Acreditata Nazionale
Il Presidente

A.N.P.R.I.C.
Il Presidente


CONFAPI


x delega AISA


ALL. N°2 *11/03/2013*

Al Presidente del tavolo Tecnico Macroarea Assistenza Specialistica
Ambulatoriale dell'ASL NAPOLI 3 SUD

Le sottoscritte Associazioni : Unione industriali , Federlab riabilitazione,
Anisap, Fras, FOA *11/03/2013*
in relazione alla rideterminazione della regressione tariffaria anno 2009 per la
branca FKT preliminarmente rappresentano che nei tavoli tecnici relativi
all'anno 2008 hanno piu' volte documentato:

a) la mancata valenza dei dati utilizzati nei calcoli per diversi errori di
comunicazione da parte dei Distretti Sanitari relativi ai volumi di prestazioni
erogati dalle Strutture P.A.

b) di aver contestato le procedure eseguite .

Infine, dopo numerosi incontri , presero solo atto delle risultanze relative
all'anno 2008 al solo fine di consentire all'Azienda di proseguire le attivita'
per l'anno 2009, attendendo che l'Azienda riconvocasse il tavolo per le
modifiche da apportare in merito alla esatta apposizione delle giuste risultanze
numeriche dei volumi di prestazioni erogati e dei correlati fatturati prodotti dai
Centri. In considerazione che sono ancora in corso adempimenti istruttori a
carico dell'ASL, tra i quali quelli previsti dal Ministero della Salute, per il
ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, avverso la delibera n. 104
del 29.02.12, che ha ordinato la trasmissione di tutti gli atti e documenti sottesi
alle citate determinazioni aziendali, nonché dall'ordinanza n. 11502/12 del Tar
Campania per la corretta individuazione per l'esercizio 2011 dei limiti di spesa
indicati per alcune strutture - che necessariamente risentono del dato ancora
mancante per il 2009 - per una corretta determinazione della RTU della
Macroarea Assistenza Specialistica Ambulatoriale dell'ASL NAPOLI 3 SUD
per l'anno 2009, ai sensi delle delibere regionali, occorre preliminarmente
considerare le criticità e conflittualità, scaturite dai giudizi amministrativi
instaurati:

1. Riconoscimento retroattivo aziendale della maggiore capacità operativa

CONFERMA SANITARIA
IL DIRIGENTE
AVV. GIUSEPPE CARACALÀ

FederLab-SSV
Associazione di Categoria dei
Laboranti e dei Centri Privati Accordati

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]

Fra Orefice

17.02.2009

massima ai sensi delle DGRC n. 1270/1272 del 2003, per alcuni centri, che comporta conseguentemente il riconoscimento del fatturato prodotto nei limiti della Com tardivamente riconosciuta, e conseguente correzione nelle tabelle dei fatturati prodotti e riconoscibili quali liquidabili;

2. il Tetto di spesa 2008 risulta poi determinato non sulla base di una analisi dei volumi finanziari riconosciuti alla ex ASL NA 5 per le strutture eroganti FKT, nelle diverse tipologie di attività previste nella predetta branca, ma su dati incompleti ed erronei, perché ASL NA 3 Sud ha erroneamente indicato in tutti gli allegati alla delibera aziendale n. 1357/10 (all.1, 3 e 4), un tetto di spesa 2008 per la branca di FKT di complessive n. 1.260.705 prestazioni per complessivi euro 7.834.731,00, come valore base per determinare la regressione tariffaria, omettendo di aggiungere tutti gli altri valori relativi alle prestazioni di tipo "domiciliare complesso", che pur appartenendo alla branca di FKT, in alcuni distretti della ex ASL NA 5 sono sempre state imputate finanziariamente all'area della Riabilitazione, e pertanto liquidate con i fondi a questa pertinenti;

- inoltre occorre determinare un unico valore medio prestazionale così come previsto dall'art. 4, comma 6, del citato Protocollo di Intesa, definito dal rapporto del limite di spesa fissato per la branca ed il volume massimo di prestazioni previsto dall'ASL;
- rideterminare il case-mix a seguito dei nuovi LEA ex DGRC n. 1273 con l'individuazione di un valore unico per tutto l'anno 2009, che tenga conto delle variazioni intervenute in corso d'anno.

Le scriventi Associazioni ritengono, infatti, che tutte le attività del Tavolo Tecnico, tese alla corretta determinazione delle regressioni e corretti volumi di prestazioni da riconoscere dall'anno 2009 in poi, necessitano di una definitiva presa d'atto da parte dello stesso tavolo, di tutte quelle circostanze ormai cristallizzate, o diritti riconosciuti tardivamente solo per inerzia amministrativa.

CONFERENZA REGIONALE
COMITATO REGIONALE
DELEGATO
AVV. GIUSEPPE CASARETO

TOAI

Chiodella

Arzuffi

FederLab-3V
Associazione di Comuni del
Lavorato e del Comunità

FederLab-3V
il delegato
Lavinio Scarpato