



*Il Sub Commissario ad acta
per l'attuazione del Piano di Rientro sanitario
(Deliber Consiglio dei Ministri del 28 luglio 2009, 24 Aprile 2010, 3 marzo 2011 e 29 Ottobre 2013)*

Prot. n. 3078 del 6-8-2015

ALL'ASSOCIAZIONE SANITA' PRIVATA ACCREDITATA – APSAT
C/O AVV. PATRIZIA KIVEL MAZUY
VIALE GRAMSCI, 10
NAPOLI

e, p.c. AL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONE CAMPANIA
ON. VINCENZO DE LUCA

OGGETTO : Atto stragiudiziale di significazione ex L. 241/90 .

Con riferimento all'atto di invito e diffida in oggetto, pervenuto tramite posta certificata, datato 13 Luglio 2015 ed assunto al prot.N.2773/C della struttura commissariale il 14 Luglio 2015, si rappresenta quanto segue, anche all'esito della trattazione dei quesiti ivi formulati dal Gruppo di lavoro ex DCA n. 45/2014 nella seduta del 29 luglio scorso:

Punto 1: la tempistica riguardante la pianificazione attuativa aziendale è riportata pag. 3 del DCA n. 59/2015 pubblicato sul BURC n. 36 del 11.06.2015. Codesta Associazione ritiene che *"ragioni di logica e di opportunità imporrebbero la previa comunicazione dei laboratori della volontà di aderire ad un'aggregazione, e solo successivamente la predisposizione di Piani aziendali di Attuazione"*.

Al riguardo, si rappresenta che:

1. Il nuovo cronoprogramma non incide sul termine entro il quale le strutture laboratoristiche avrebbero dovuto manifestare la volontà di aggregarsi che, pertanto, risulta già spirato;
2. Risulta, quindi, coerente, demandare alle AA.SS.LL., l'approvazione dei piani attuativi (entro il 15.10.2015), sentite le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative, che non possono non tener conto, oltre che del fabbisogno effettivo, delle manifestazioni di volontà di aggregazione;
3. Appare, pertanto, assolutamente logico consentire ai laboratori di procedere alla realizzazione delle aggregazioni (entro il 31.12.2015) allorché sia stato definito il quadro programmatico di riferimento da parte delle AA.SS.LL.

Punto 2 : Con riferimento al costo medio delle prestazioni codesta Associazione ritiene che lo stesso sia elevato atteso che nel triennio considerato erano vigenti tariffe maggiori rispetto a quelle introdotte con il nuovo tariffario ex DCA n.32/2013 ed auspica, nell'ottica del passaggio a regime (allorché la soglia di efficienza sarà portata a 200.000 prestazioni annue e cioè al 31.12.2016) che il costo medio sia calcolato con riferimento al quadriennio 2013/2016, con le tariffe di cui al nuovo nomenclatore.

In merito, si ritiene di dover precisare quanto segue:

1. Atteso che il piano di riassetto approvato con DCA n.109/2013 rileva le prestazioni per l'anno 2011 (fonte NSIS), ai fini del calcolo del valore medio non poteva essere preso in considerazione il regime tariffario successivo;
2. Con il DCA n.59/2015 è stato aggiornato il valore del costo unitario medio da utilizzare ai fini del calcolo della PEQ includendo anche prestazioni e relativo fatturato per gli anni dal 2012 al 2014 – applicando i differenti regimi tariffari – precisando che dovrà tenersi conto dei fatturati relativi al periodo 2010/2016 allorquando si procederà all'implementazione della seconda fase del riassetto (soglia minima di 200.000 prestazioni).
3. E' di tutta evidenza, pertanto, che nell'ottica della più accurata determinazione del valore del costo medio, si è tenuto conto di una serie di dati di prestazioni che considerasse un maggior numero di anni, fermo restando l'applicazione dei regimi tariffari vigenti pro-tempore ai fini della valorizzazione delle stesse in termini economici.
4. Tanto ha consentito, comunque, di ridurre ad € 4,48 il costo unitario medio, rispetto alla originaria previsione di € 4,81 contenuta nel DCA n. 45/2014;

Punto 3: Codesta Associazione ha chiesto di precisare che i laboratori "sotto soglia" – benché non possano effettuare prestazioni per conto del SSN – possano continuare a svolgere autonomamente prestazioni in regime privatistico.

Al riguardo si rappresenta:

1. L'art. 1, comma 796, lett. o) della legge 27.12.2006, n. 296 stabilisce, tra l'altro che "le Regioni provvedono entro il 28 febbraio 2007 ad approvare un piano di riorganizzazione della rete delle strutture pubbliche e private accreditate eroganti prestazioni specialistiche e di diagnostica di laboratorio, al fine dell'adeguamento degli standard organizzativi e di personale coerenti con i processi di incremento dell'efficienza resi possibili dal ricorso a metodiche automatizzate";
2. Ai fini dell'autorizzazione all'esercizio, assumono fondamentale importanza gli aspetti organizzativi che, allo stato, sono disciplinati dalla DGRC n.7301/2001 che obbliga le strutture a dotarsi di locali, attrezzature e figure professionali adeguate per tipologia di attività;

Punto 4: Con riferimento alle Case di Cura che erogano prestazioni di laboratorio anche all'esterno, il Par. 8 dell'Allegato al DCA n. 59/2015 esplicita puntualmente le motivazioni per le quali non è applicabile alle stesse la soglia minima di efficienza. Nel caso detti laboratori costituiscano punti di aggregazione per altri che non raggiungano il limite di efficienza, non è prevista un'estensione della deroga: in tal caso, alle PEQ calcolate dai singoli laboratori aggreganti, vanno aggiunte le prestazioni di laboratorio erogate all'esterno dalla struttura di ricovero;

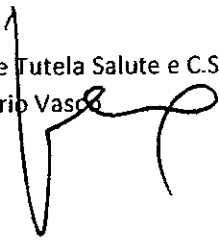
Punto 5: Sulla possibilità di effettuare un raggruppamento "multiservice", si evidenzia che l'Accordo Stato/Regioni Rep 61/CSR del 23.3.2011, che ha approvato il documento recante "Criteri per la riorganizzazione delle reti di offerta di diagnostica di laboratorio" ha previsto che "al fine di evitare concentrazioni e possibili posizioni dominanti, vanno vietate la aggregazioni che prevedano l'ingresso di soggetti economici diversi dalle strutture di laboratorio, quali ad esempio fornitori di reagenti, assicurazioni e società finanziarie. ... Inoltre, al fine di evitare la formazione di Trust, le costituite aggregazioni non potranno detenere quote di partecipazione in altre aggregazioni presenti in tutto il territorio nazionale";

Punto 6: In merito alla richiesta di esplicitazione dei criteri per il monitoraggio e per il controllo della spesa si chiarisce, preliminarmente, che, come affermato dal Ministero della Salute con nota di prot. n. 11669 del 16.4.2015, attiene alla responsabilità del soggetto aggregatore – unico interlocutore regionale - di vigilare sulla correttezza e trasparenza delle attività amministrative e fiscali. Qualora la richiesta di esplicitazione sia riferita ad aggregazioni sovraziendali di laboratori, i criteri per il monitoraggio e per il controllo della spesa potranno essere definiti dopo il 15.10.2015, termine concesso alle AA.SS.LL. per l'approvazione dei piani di attuazione,

che rappresentano il necessario quadro programmatico di riferimento per ogni conseguente determinazione in merito al controllo della spesa.

Si rappresenta infine che la responsabilità del procedimento è incardinata nella U.O.D. 07 "Accreditamento Istituzionale e Governo Clinico" della Direzione Generale Tutela della Salute e Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale.

Il Direttore Generale Tutela Salute e C.S.S.R.
Dott. Mario Vasco



I Sub Commissari ad Acta
Dott. Mario Morlacco Prof. Ettore Cinque

