

REGIONE CAMPANIA - Giunta Regionale - Seduta del 14 febbraio 2006 - Deliberazione N. 161 - Area Generale di Coordinamento N. 19 - Piano Sanitario Regionale e Rapporti con le UU.SS.LL. - **Integrazione, per errata corrige, dell'allegato n. 4 alla DGRC n. 2157 del 30.12.05, recante: "Volumi di prestazioni sanitarie per l'anno 2005 e correlati limiti di spesa - Determinazioni"**

#### PREMESSO

- che con DGRC n. 2157 del 30 dicembre 2005 la Giunta Regionale ha deliberato in merito alla determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2005;

- che le linee generali di definizione della problematica riguardante i limiti di spesa per l'esercizio 2005 erano state discusse dall'Assessorato alla Sanità con le Associazioni di Categoria della sanità privata nelle riunioni del 15 e del 27 dicembre 2005, sulla base di una "Ipotesi di Intesa" elaborata dall'Assessorato medesimo;

- che l'anzi detta "Ipotesi di Intesa", i verbali delle riunioni del 15 e del 27 dicembre 2005 ed i documenti consegnati dalle Associazioni di Categoria della sanità privata nel corso delle stesse riunioni, erano stati allegati alla DGRC n. 2157 del 30/12/2005, nell'allegato n. 4;

- che il punto 7) della citata DGRC n. 2157 del 30/12/2005 ha stabilito che gli allegati formano parte integrante della stessa deliberazione;

#### CONSIDERATO

- che l'allegato n. 4 alla DGRC n. 2157 del 30/12/2005 inizia con l'elenco dei documenti ivi contenuti;

- che per mero disguido il verbale della riunione del 27 dicembre 2005, ancorché richiamato nell'indice anzi detto, non è stato materialmente inserito nell'allegato n. 4 alla medesima delibera;

#### RITENUTO

- che sia opportuno e corretto provvedere con la presente deliberazione ad integrare per errata corrige l'allegato n. 4 alla DGRC n. 2157 del 30/12/2005;

- che a tal fine si allega alla presente l'allegato n. 4 alla DGRC n. 2157 del 30/12/2005, integrato con l'inserimento del predetto verbale della riunione del 27 dicembre 2005;

- che, pertanto, l'allegato alla presente delibera sostituisce ad ogni effetto l'allegato n. 4 alla DGRC n. 2157 del 30/12/2005;

PROPONE, e la Giunta in conformità, a voto unanime,

#### DELIBERA

per i motivi precedentemente formulati e che si intendono qui riportati integralmente:

1. L'allegato n. 4 alla DGRC n. 2157 del 30/12/2005 è sostituito ad ogni effetto dall'allegato alla presente delibera, di cui forma parte integrante e sostanziale.

2. Il presente provvedimento viene inviato ad intervenuta esecutività alle Aree Generali di Coordinamento 8, 19 e 20, ai Settori proponenti, al Settore Stampa, Documentazione, Informazione e Bollettino Ufficiale per la pubblicazione sul B.U.R.C.

Il Segretario  
*Brancati*

Il Presidente  
*Bassolino*

VERBALI delle RIUNIONI del 15 e del 27 dicembre 2005

- Ipotesi di intesa: documento del 15 dicembre 2005 con allegata nota tecnica relativa alla Regressione Tariffaria Unica (R.T.U.);
- Verbale della riunione del 15/12/05 e foglio presenze con le firme dei partecipanti;
- Nota dell'AIOP prot. n. 2371 del 15/12/05;
- Estratto della Relazione della Corte dei Conti sui Risultati della gestione sanitaria della Regione Campania per l'esercizio 2003;
- Ipotesi di intesa: documento del 27 dicembre 2005 con allegata nota tecnica relativa alla Regressione Tariffaria Unica (R.T.U.);
- Verbale della riunione del 27/12/05 e foglio presenze con le firme dei partecipanti;
- Nota delle Associazioni FOAI, ANFFAS, ARIS ed AIAS del 27/12/05;
- Nota della Associazione CONFAPI del 27/12/05.

Napoli, 15 dicembre 2005 - Proposta dell'Assessorato alla Sanità

IPOSTESI DI INTESA TRA ASSESSORATO ALLA SANITA' ED ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA DELLA SANITA'  
PRIVATA CONCERNENTE:

“DEFINIZIONE DELLE NUOVE PROCEDURE E MODALITA' APPLICATIVE PER LA FISSAZIONE DEI LIMITI DI  
SPESA PER GLI ANNI 2005-2006”

PREMESSO:

- che con deliberazione 1272 del 28.03.2003 la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per l'anno 2003 per la determinazione dei volumi di prestazione sanitaria da erogarsi nella regione Campania e dei correlati limiti di spesa;
- che con deliberazione n. 2451 del 1.08.2003 e successive modifiche ed integrazioni, la Giunta Regionale ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione 1272/2003 a determinare i volumi delle prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per l'anno 2003;
- che per l'anno 2004 con deliberazione n°48 del 28.11.2003 la Giunta Regionale ha provveduto, nella fissazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, a confermare le procedure e le modalità applicative come innanzi concordate con le associazioni di categoria della sanità privata;
- che con delibera n. 2105 del 19 novembre 2004 la Giunta Regionale ha precisato che i limiti di spesa, per l'esercizio 2005, sono quelli già fissati per l'esercizio 2004 e che tali limiti operano in regime del tutto transitorio e perderanno la loro efficacia all'atto dell'approvazione, da parte della Giunta Regionale, dei definitivi volumi delle prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2005, con effetto dal 1 °gennaio 2005;

DATO ATTO:

- che la legge 30 dicembre 2004, n°. 311 (finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005), ha previsto, al comma 171 dell'art. 1, la seguente disposizione: “Ferma restando la facoltà delle singole regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.”;
- che l'applicazione della norma che precede richiede una modifica delle procedure e delle modalità fin qui seguite in forza delle quali potrebbe verificarsi l'evenienza che oggi viene vietata dalla citata norma;

Tutto quanto premesso le parti concordano il seguente nuovo percorso metodologico da applicare per la fattispecie che qui interessa per gli anni 2005 e 2006.

La Giunta Regionale con proprio atto deliberativo:

1. Fissa i limiti massimi di spesa per le macroaree di assistenza specialistica ambulatoriale, di assistenza riabilitativa, di assistenza protesica, di assistenza integrativa e di assistenza in regime di ricovero ospedaliero, stanti i volumi che le strutture private provvisoriamente accreditate dovranno assicurare, secondo quanto programmato dai piani annuali delle prestazioni dalle Aziende Sanitarie locali;

2. Ripartisce tra le Aziende Sanitarie locali i limiti di spesa fissati, a livello regionale, per le macroaree di attività delle strutture private provvisoriamente accreditate, in tale riparto si tiene conto per singola azienda dei volumi massimi e dei correlati limiti di spesa delle prestazioni da erogare ai propri residenti, compresa, quindi, la quota di prestazioni erogate da strutture ubicate in altre aziende della Regione.

3. Stabilisce che le Aziende Sanitarie Locali sulla base dei volumi e dei correlati livelli di spesa per le prestazioni erogate dalle strutture private temporaneamente accreditate, individuano i volumi per singola branca e/o tipologia di prestazioni e il regime di remunerazione delle stesse e definiscono accordi con le

associazioni di categoria e con i singoli privati temporaneamente accreditati sulla base degli schemi tipo allegati al provvedimento regionale.

4. Stabilisce che nella definizione di tali protocolli d'intesa le AA.SS.LL. devono tener conto dei seguenti vincoli:

- a) il fabbisogno di prestazioni per ciascuna macroarea ed il correlato limite di spesa, comprensivo di quelli da erogarsi ai propri residenti da parte di strutture private provvisoriamente accreditate ubicate in altre ASL della Campania, rappresentano la quota appropriata di attività riconosciuta a carico del S.S.R. e, quindi, il limite massimo di spesa oltre il quale cessa la remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale.
- b) la remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'Azienda Sanitaria Locale è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del provvedimento regionale e degli schemi di accordi preliminare tipo allegati al provvedimento stesso.
- c) le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare erogate sia ai propri residenti che ai non residenti, eccedenti le capacità operative massime di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 377/98 e successive modifiche ed integrazioni, riconosciute con le modalità e le procedure definite con la delibera n. 1270/2003, non potranno essere in alcun caso remunerate;
- d) ai fini della remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici, si precisa che i tetti di spesa sono definiti tenendo conto delle tariffe regionali vigenti e degli effetti economici delle maggiorazioni tariffarie stabilite dagli accordi ex DGRC n. 1573/2004. I tetti di spesa che saranno fissati dalla Giunta Regionale per il 2005 e 2006 saranno onnicomprensivi ed assorbenti di qualsiasi eventuale incremento tariffario, che dovesse intervenire fino al 31 dicembre 2006; si stabilisce l'invarianza dei tetti di spesa rispetto ad eventuali incrementi tariffari: questi ultimi, quindi, dovranno essere assorbiti dall'incremento delle regressioni tariffarie derivanti dalla applicazione dei tetti di spesa e/o dalla riduzione dei volumi delle prestazioni sanitarie, a cominciare da quelle meno appropriate o meno necessarie;
- e) le tariffe saranno riconosciute per tutte le strutture per intero per una prima quota, da definirsi in sede di accordi preliminari tra Aziende Sanitarie Locali e Associazioni di categoria maggiormente rappresentative; per le ulteriori prestazioni si applicheranno le regressioni tariffarie utili a garantire il rispetto dei limiti massimi di spesa, definiti con le modalità previste dagli accordi quadro;
- f) la determinazione delle modalità di regressione tariffaria, è affidata al tavolo tecnico, costituito presso ciascuna Azienda Sanitaria, che, sulla base del monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate a favore dei propri residenti da parte delle strutture private provvisoriamente accreditate ubicate sia nell'Azienda che in altre Aziende sanitarie della Regione, individuerà le regressioni utili al rispetto dei limiti di spesa, in base alla metodologia della Regressione Tariffaria Unica - RTU, esposta nella nota tecnica allegata;
- g) non è consentito, se non sulla base di adeguata motivazione la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico, ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata, di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente quadrimestre dell'anno precedente;
- h) Per l'anno 2005 è confermata la disposizione già vigente dal 2003 che prevede che le prestazioni di ricovero di maggiore complessità e causa anche di mobilità passiva extraregionale, di cui all'allegata tabella B non sono sottoposte ai limiti di spesa previsti per l'attività di assistenza ospedaliera in regime di ricovero.
- i) Per l'anno 2006, invece, si dovrà far riferimento all'allegata tabella B2 che contiene le prestazioni classificate di "alta specialità" dalla Conferenza dei Presidenti del 4. 12.2003.
- j) Le prestazioni di ricovero presso le case di cura private provvisoriamente accreditate attualmente inserite nella rete del SIRES, che siano state effettuate tramite accesso di Pronto Soccorso (con codice rosso o giallo), non sono sottoposte a limiti di spesa per la quota del 50% del fatturato anno.

5. Stabilisce che le strutture private temporaneamente accreditate sono tenute a fornire all'Azienda di appartenenza tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo (il giorno 20 del mese successivo per le sole strutture di riabilitazione) all'erogazione delle prestazioni, onde consentire al tavolo tecnico istituito presso la propria Azienda di effettuare il monitoraggio dei dati relativi ai volumi e alle modalità di remunerazione delle prestazioni erogate, sia ai propri cittadini che ai

cittadini non residenti e che eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione;

6. Stabilisce che le Aziende dovranno corrispondere alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscriveranno il contratto, un'anticipazione dell'importo fatturato in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 70% entro trenta giorni dalla consegna del riepilogo per la fatturazione con conguaglio quadrimestrale, alla verifica delle quote.

#### **Regressione Tariffaria Unica - RTU: Nota Tecnica**

La legge 311/2004 ha ribadito il diritto / dovere delle Regioni di stabilire tetti di spesa per i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie.

La Regione Campania con la DGRC n. 1272/2003 ha stabilito i seguenti principi e criteri applicativi, condivisi dalle Associazioni di Categoria della sanità privata:

- tetto di spesa per macro area / branca e non per singola struttura;
- tetto di spesa regionale definito dalla Giunta Regionale, basato sulla programmazione delle singole ASL;
- tetto di spesa per singola ASL, assegnato alle prestazioni erogate ai residenti di ciascuna ASL, compresa la mobilità passiva nell'ambito della Regione: principio che assicura la libertà di scelta del cittadino e di concorrenza tra le strutture erogatrici, ma che mantiene come obiettivo fondamentale del governo della sanità la programmazione ed il controllo dell'appropriatezza in capo alla ASL di residenza del cittadino;

La **Regressione Tariffaria Unica - R.T.U.** è basata sulla determinazione del contributo di ciascun Centro privato p.a. al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione a ciascuna Azienda Sanitaria Locale.

Seguendo l'impostazione del tetto di branca e non per singola struttura, il contributo di ciascun Centro privato p.a. al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione a ciascuna Azienda Sanitaria Locale non è desumibile dal confronto con il fatturato di precedenti esercizi del singolo Centro stesso.

Si definisce una R.T.U. per ogni Centro privato p.a. e per ogni branca e/o tipologia di prestazioni oggetto di uno specifico tetto di spesa regionale e per ASL.

Per determinare la R.T.U. del singolo Centro privato p.a. si procede a determinare l'apporto di ciascun Centro:

- al consuntivo delle prestazioni effettuate ai residenti della ASL in cui opera il Centro, da parte dei Centri che operano in quella ASL;
- al consuntivo delle prestazioni effettuate ai residenti di ciascuna altra ASL, da parte dei Centri che operano in ASL diverse da quella di residenza del cittadino che ha fruito della prestazione;

Successivamente, confrontando i consuntivi complessivi per ASL con i tetti di spesa prestabiliti, si ottiene proporzionalmente l'ammontare di fatturato (il contributo) del singolo Centro p.a. che ha concorso all'eventuale superamento del tetto di spesa della ASL in cui opera e/o del tetto di spesa assegnato ad altre ASL regionali.

Infine, il contributo complessivo di ciascun Centro privato p.a. al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione alle varie ASL viene rapportato al fatturato totale del centro, per ottenere la R.T.U. da applicare al quel Centro per quella specifica branca.



**Giunta Regionale della Campania**  
A.G.C. Piano Sanitario Regionale e Rapporti con gli Organi Istituzionali  
delle AA.SS.LL. ed AA.OO.

Settore Programmazione

### VERBALE TAVOLO TECNICO

Il giorno 15 dicembre 2005 alle ore 10, presso il Settore Programmazione dell'Assessorato alla sanità si sono riuniti per discutere delle problematiche relative ai tetti di spesa per il 2005, giusta convocazione dell'Assessore alla Sanità, Prof. Angelo Montemarano, prot. n.2452, i rappresentanti delle Associazioni di Categoria riportate all'Allegato 1 al presente verbale, che costituisce parte integrante dello stesso.

Il dott. D'Ascoli apre la seduta sottoponendo all'attenzione dei presenti un documento in cui viene descritta la procedura elaborata dall'Assessorato per la fissazione dei tetti di spesa e precisa che i lavori del tavolo verteranno esclusivamente sugli aspetti procedurali. Nelle sedute successive del Tavolo si discuterà più specificamente dei profili finanziari.

Rileva inoltre come per le ASL SA2 e AV1 sia stato sollevato un problema di "mero errore materiale" nella definizione dei tetti di spesa per il 2003 e 2004.

La dott. Bertoli illustra i contenuti del documento.

Le procedure previste per gli anni 2003 - 2004 consentivano che una stessa prestazione medica potesse essere remunerata diversamente nello stesso centro a seconda che il cittadino a cui era destinata appartenesse alla ASL di riferimento o ad altra ASL. Tali procedure devono essere riviste poiché questa fattispecie non è più ammessa in seguito alla disposizione del comma 171 della legge n. 311/2004.

Per il Pronto Soccorso si pone invece la necessità di maggiore chiarezza poiché le prestazioni devono essere escluse dai tetti solo se di "vera emergenza".

Il dott. Ghidelli procede, quindi, all'illustrazione dei meccanismi della regressione tariffaria.

Innanzitutto è cambiata la lista delle prestazioni. Per evitare equivoci queste sono raggruppate in dieci categorie di costi ai quali corrispondono 10 diversi tetti per le dieci macroaree.

Il dott. D'Anna chiede maggiori spiegazioni.

Il dott. Ghidelli dichiara che, alla luce degli obiettivi regionali di avere dei tetti di branca, ogni centro, nell'erogare le prestazioni a cittadini di diverse ASL, produce un costo che contribuisce allo sfondamento dei tetti da parte di ogni centro. In altre parole, determinando il contributo di ciascun centro allo sfondamento dei vari tetti per ASL, si applica la regressione tariffaria: se qualche ASL ha superato il tetto, tutte le prestazioni erogate ai cittadini di quell'ASL contribuiscono allo sfondamento, si vede l'incidenza del centro sullo sfondamento e si applica la regressione.

Il dott. Accarino sottolinea l'importanza di un monitoraggio tempestivo e corretto senza il quale qualsiasi procedura è destinata ad essere inefficace.

Il dott. D'Anna chiede che, alla luce della politica di forte contenimento della spesa che l'Assessorato sta perseguendo, venga valutata la possibilità di avere un'unica regressione tariffaria a livello regionale, un unico tetto regionale, un'unica volumetria, un unico tavolo. In tal modo, per esempio, se la macroarea laboratorio "sfonda", tutte le strutture devono sopportare lo sfondamento con la regressione di macroarea! Altrimenti, il rischio è di perdersi in troppi rivoli! Se il decisore politico - continua il dott. D'Anna - ritiene necessario ridimensionare del 27% in 3 anni i trasferimenti alla sanità privata, deve consentire alle associazioni di difendersi. A sostegno della proposta dell'unitarietà della regressione, il dott. D'Anna produce la relazione del Procuratore generale presso la Corte dei Conti inerente i risultati della gestione del sistema sanitario regionale che evidenzia la necessità di un forte presidio, ai fini del rispetto del principio di concorrenzialità, anche del segmento pubblico della spesa sanitaria (Allegato 2 al presente verbale). Quindi, per il 2006 si chiede di avere una efficace programmazione a monte, un'unica somma cumulativa del pubblico e del privato, un unico tavolo, un'unica regressione tariffaria. E si chiede che ciò avvenga nel rispetto del principio della concertazione (l'unico in grado di garantire un basso coefficiente di contenzioso) con una maggiore partecipazione del decisore politico al processo.

Il Dott. D'Ascoli prende la parola e chiarisce, in primo luogo, come l'Assessorato abbia ormai da tempo assunto il principio della concertazione come principio cardine della programmazione. Continua dichiarando che la Regione sta lavorando in più direzioni. Innanzitutto, si deve procedere in tempi rapidi alla definizione del pregresso perchè l'entità del debito è ormai insostenibile; la Conferenza Stato -

Regioni ha imposto che, ai fini del trasferimento delle risorse finanziarie dovute, la Regione Campania ponga in essere delle efficaci manovre di rientro del debito.

In considerazione di ciò, sono in corso manovre per l'azzeramento del debito attraverso la SORESA per poter finalmente evitare la commistione fra "pregresso ed ordinario" .

Ma soprattutto, non va trascurato che uno degli aspetti più complessi e sul quale l'Assessore ha chiesto la collaborazione di tutti, è l'aumento del finanziamento della Regione da parte del Fondo Sanitario Nazionale.

Tanto, per dare conto del quadro generale, ma , in attesa dell'approvazione del Bilancio Regionale, ciò che va qui più specificamente affrontato, come si diceva, è la chiusura del 2005.

Il dott. D'Anna esprime la medesima volontà di portare il sistema sanitario regionale a congrui livelli di "certezza" ma ritiene che ciò appaia oltremodo difficile considerato che per il 2005 non c'è nessuna forma di contabilizzazione interaziendale e non c'è nessun calcolo delle compensazioni perchè nessuno dei tredici tavoli è in grado di darci dati certi.

Il dott. Dell'Aquila dell'ANFASS ritiene che la necessità di risparmiare stia condizionando tutto e chiede il perchè dell'abolizione dei tetti di struttura, visto che le strutture per "soggetti ipodotati" pur non sforando mai non traggano da ciò alcuna forma di beneficio!

Il dott. D'Anna afferma come l'ipotesi di tetti di struttura sia già stata ampiamente superata nello schema di contratto della DGR 2451, in quanto tale modello, per i suoi meccanismi intrinseci, lascia ricchi i ricchi e poveri i poveri.

Anche la dott.ssa Bertoli ricorda che i tetti di struttura sono ormai superati con i tetti di branca a partire dalla DGR n.1272 del 28/03/03.

Il dott. Amodei dell' SBV dichiara che dopo giugno 2006 non sarà più disposto ad effettuare prestazioni non retribuite. E chiede con insistenza che si ponga la debita attenzione alla necessità di un corretto monitoraggio.

Il dott. Crispino dell'Assistenza Ospedaliera Convenzionata dice che le Case di cura hanno avuto dei budget mal formulati perchè elaborati sulla base di dati delle ASL sbagliati, in quanto il fabbisogno non è stato correttamente ripartito fra le singole aziende.

In merito alla correttezza dei budget si precisa, per le prestazioni di emergenza ed urgenza, la necessità di sottrarre il pronto soccorso dai budget. Tali prestazioni devono essere fuori budget.

Per il dott. Pagano della FOAI sono condivisibili le affermazioni del dott. D'Anna circa il 2006. Richiama inoltre l'attenzione dei presenti sulla situazione della ASL SA 2.

Il dott. D'Anna chiarisce che la situazione della ASL SA 2 è definibile di "assoluto non rispetto delle regole" per cui ciò che accade presso il relativo tavolo tecnico non può e non deve essere preso come parametro.

Il dott. Pagano conclude chiedendo che fra gli oneri richiesti al fine del trasferimento delle risorse venga inserita la tempestività dell'invio delle informazioni.

Prende la parola il rappresentante dell' ACICAR che richiama l'attenzione su una proposta relativa alle compensazioni inter ASL. L'ACICAR , continua, ha già chiesto compensazioni inter ASL .

L'ACICAR rinnova la richiesta di un unico tavolo regionale e di una sola tariffa di abbattimento per residenti e non residenti al fine di eliminare l'anarchia delle ASL. Conferma, in ogni caso, la volontà di addivenire ad un accordo, a patto che questo sia veloce e serio.

Il dott. Cicenìa di CONFAPI rileva gli elementi positivi di questa "sterilizzazione delle compensazioni": se si assegnano alle ASL volumi omnicomprensivi, il "totem delle compensazioni è più avvicinabile". Viene valutata positivamente la regressione tariffaria unica ma si richiede, essendo tale regressione posta per la prima volta, una riflessione più approfondita a livello regionale.

Per il dott. Coriglioni di Confindustria Campania è impensabile che il "corrente" serva per pagare il "pregresso". Sottolinea che dai documenti della Conferenza Stato - Regioni si evince che il FSN ha stanziato per la Regione Campania circa 7 miliardi di Euro.

Il dott. Pagano chiede al dott. D'Ascoli se la rimodulazione delle tariffe inciderà sui tetti di spesa.

Il dott. D'Ascoli richiama l'attenzione dei presenti sull'ordine del giorno e afferma che, alla luce delle nuove ipotesi di lavoro prese in considerazione, è necessario un ulteriore momento di di verifica prima di poter esprimere un indirizzo.

Anche perchè bisogna, come detto in apertura di lavori, mettere a fuoco le richieste di correzioni per le ASL NA1, AV1, SA1, SA2 e SA3 .

Il dott. Coriglioni afferma che anche per altre ASL sembrano esserci problemi di errori materiali da correggere. Il dott. D'Ascoli dichiara che, allo stato, dagli atti non risultano esserci altre ASL nelle medesime condizioni. Riepilogando, sarebbero da correggere gli errori materiali già individuati; c'è da operare una riflessione più approfondita sulle procedure che il Tavolo propone già per il 2005 e che sono diverse da quelle seguite per il 2004. Per il 2006 , bisognerà attendere l'approvazione del bilancio regionale per poter lavorare con cognizione di causa.

Il dott. D'Ascoli continua auspicando una chiusura entro fine anno.

Il dott. D'Anna, dopo essersi impegnato a far sospendere le agitazioni presso la SA2, si augura che possa essere elaborato un Albo delle Associazioni di Categoria, poiché essendo tali Associazioni i soggetti che, per legge, sono investiti della responsabilità dell'elaborazione delle procedure è necessario che esse siano rappresentative degli interessi espressi .  
Del che è verbale.

I RAPPRESENTANTI DELLE CATEGORIE

I RAPPRESENTANTI REGIONALI



TA VOLO T E C N I C O T E T T I D I S P E S A 2005  
 SEDUTA DEL  
 15 - 12 - 05

Organismo	Nome Cognome	Firma
Prof. Resp. Centro Diagnostico S.N.R. Confederazione CENTRI ANTI DIABETE	OLGA ACANFORA OTTAVIO CORICIONI BRUNO ACCARINO	
PEDERLAB	LUIGI GESUÈ	
SBV	D'ANNA VINCENZO	
ANISAP.	Paolo Alfredo OLIVIERO CIRO	
FOAI	COSIMO DE VITA	
FOAI	GERARDO PAGANO	
EDUFAP SANITA'	SILVANA TAPA	
ANFFAS	GENNARO DELL'ARQUILA	
ANFFAS <small>in loco</small>	ANGELO CERRACCHIO	
ARIS	Zehie Forgiaue	
AMPRIE		
A.I.-A.S.		
ACICAR		
AIDP	Sebastian (SCHIAVONE VINCENZO)	
U.I.	Gry (De V. 20) U.I.	
ASS.TO SANITA':	Dr. D'ASCOLI:	
" "	Ghidelli:	
" "	dans Natal	
	ARSAN	



**A.I.O.P.**

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA  
SEDE REGIONALE DELLA CAMPANIA  
**Data:** 15/12/2005  
**Prot.:** 2371

A.I.O.P. REGIONE CAMPANIA  
Sede in Napoli  
Piazza Vittoria, 10 - C.A.P. 80121  
E-mail info@aiopcampania.it

C.F. 80150160630  
Tel. 081.764.31.22 (Pbx)  
Fax 081.764.43.47

All'assessore alla Sanità della  
Regione Campania  
Prof. Angelo Montemarano

Al C.A.G.C. Piano Sanitario Regionale  
e Settore Programmazione  
Dr. Albino D'Ascoli

- Loro Sedi -

**Oggetto:** Vs convocazione per tavolo tecnico tetti di spesa 2005.

In riferimento all'oggetto della convocazione odierna, con la presente la scrivente Associazione dichiara quanto segue:

Considerato

- che, con deliberazioni di Giunta regionale n° 2451/03, 3133/03, 048/03, sulla base di previsioni effettuate dalle AA.SS.LL., sono stati stanziati i finanziamenti per il Settore Ospedaliero Accreditato (Case di cura) per gli anni 2003, 2004 ;

Verificato

- dai consuntivi delle AA.SS.LL., che alcune di esse avevano sottostimato la spesa mentre altre l'avevano sovrastimata, tant'è che dai conti regionali si rileva che nove AA.SS.LL. hanno dichiarato un saldo attivo mentre altre quattro (AV 1, NA 1, SA, SA 2) hanno dichiarato un saldo passivo;

Rilevato

- che, a seguito dei saldi passivi dichiarati dalle AA.SS.LL. le stesse hanno provveduto a comunicare alle Case di cura insistenti sul territorio di loro competenza che non avrebbero corrisposto alcun pagamento oltre il limite di spesa loro assegnato pur in presenza di prestazioni da tempo erogate;
- che inoltre, la quasi totalità delle AA.SS.LL. ha applicato, anche a distanza di 12 mesi, regressioni tariffarie sui soli residenti che avevano usufruito di prestazioni presso Case di cura insistenti su territori diversi da quello di propria competenza, e che tale meccanismo ha innescato una richiesta a posteriori di recupero finanziario per prestazioni già erogate ed in molti casi già pagate;

Considerato

- che un tale meccanismo perverso ha generato, oltre che estrema confusione, una massiccia ripresa del contenzioso con conseguenti azioni legali su tutto il territorio regionale;
- che inoltre, per alcune delle quattro AA.SS.LL. che avevano dichiarato a consuntivo un saldo negativo si è già proceduto ad effettuare una modifica nella ripartizione dei budgets precedentemente loro assegnati e che per la sola Napoli 1, che dichiarava il maggior saldo passivo sia per l'anno 2003 che per l'anno 2004, a tanto non si è ancora proceduto;
- che a seguito di colloqui intercorsi sia con l'Assessore alla Sanità che con la Direzione Sanitaria della suddetta ASL, la stessa si è dichiarata disponibile a comunicare all'Assessorato l'effettivo scostamento del fabbisogno di prestazioni provenienti dal
- territorio di sua competenza rispetto a quanto in precedenza dalla stessa comunicato;

**A.I.O.P.**

ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITÀ PRIVATA  
SEDE REGIONALE DELLA CAMPANIA

A.I.O.P. REGIONE CAMPANIA  
Sede in Napoli  
Piazza Vittoria, 10 - C.A.P. 80121  
E-mail info@aiopecampania.it

C.F. 80150160630  
Tel. 081.764.31.22 (Pbx)  
Fax 081.764.43.47

- che tale erronea comunicazione ha generato l'insufficiente assegnazione da parte della Regione a favore della stessa ASL;

Ritenuto

- che la citata comunicazione sia indispensabile al fine della corretta determinazione del livello di spesa di ciascuna delle AASSL del territorio regionale, permettendo così un giusto allineamento dei budget a quanto dalle stesse effettivamente e storicamente consuntivato;

In considerazione del fatto

- che lo stanziamento effettuato a mezzo delle citate deliberazioni di G.R. debba essere considerato come budget assegnato alla macroarea "assistenza ospedaliera accreditata" e come tale assoggettabile ad una operazione di compensazione perequativa da effettuare sulla base dei costi effettivamente sostenuti e consuntivati a fine di ogni anno dalle AA.SS.LL. della Regione Campania;
- che i citati stanziamenti, anche a seguito di opportuna compensazione di Settore, risultano congrui rispetto alla spesa globalmente sostenuta e consuntivata dalle AASSLL;

Si ritiene che

- Il provvedimento di ripartizione alle Aa.Ss.Ll. per l'anno 2005, così come previsto dalla DGRC 2105/04, non possa essere effettuato sino a quando la Regione non avrà rimodulato le assegnazioni tenendo conto dell'effettivo fabbisogno della ASL Napoli 1. Solo così sarà quindi possibile procedere ad una corretta assegnazione alle AASSLL operando una ripartizione dei fondi compatibile sia con il budget della Macroarea "assistenza Ospedaliera Accreditata", sia con i livelli di spesa effettivamente sostenuti da ciascuna ASL, così come esemplificativamente mostra lo schema allegato (dati consuntivo spesa 2003).

AASSLL	Tetto Settore (DGRC 3133/03)	Spesa x residenti	Mobilità passiva	Totale consuntivo	AASSLL con saldo attivo	AASSLL con saldo passivo	Saldo Settore dopo compensazione
AV1	10.120.000	4.494.000	7.550.000	12.044.000		- 1.924.000	
AV2	31.358.000	18.613.000	8.027.000	26.640.000	4.718.000		
BN	54.307.000	37.488.000	5.935.000	43.423.000	10.884.000		
CE1	37.740.000	25.715.000	11.819.000	37.534.000	206.000		
CE2	43.862.000	18.824.000	18.525.000	37.349.000	6.513.000		
NA1	101.908.000	92.195.000	24.201.000	116.396.000		- 14.448.000	
NA2	37.981.000	9.916.000	27.901.000	37.817.000	164.000		
NA3	43.282.000	10.180.000	26.300.000	36.480.000	6.802.000		
NA4	68.701.000	33.913.000	26.722.000	60.635.000	8.066.000		
NA5	84.037.000	23.548.000	35.040.000	58.588.000	25.449.000		
SA1	20.591.000	3.889.000	17.801.000	21.690.000		- 1.099.000	
SA2	38.333.000	31.556.000	7.360.000	38.916.000		- 583.000	
SA3	27.237.000	14.329.000	8.755.000	23.084.000	4.513.000		
<b>TOTALE</b>	<b>599.457.000</b>	<b>324.660.000</b>	<b>225.936.000</b>	<b>550.596.000</b>	<b>66.955.000</b>	<b>-18.094.000</b>	<b>48.861.000</b>

Il Presidente  
dr. Vincenzo Schiavone



**CORTE DEI CONTI**  
**SEZIONE REGIONALE DI CONTROLLO**  
**PER LA CAMPANIA**

**I RISULTATI DELLA GESTIONE SANITARIA**  
**DELLA REGIONE CAMPANIA**

*( Esercizio 2003 )*

**Relazione**  
*(ai sensi dell'articolo 3 della legge 14 gennaio 1994, n. 20)*

**LA GESTIONE FINANZIARIA CORRENTE E LE MISURE DI**  
**CONTENIMENTO DEL FABBISOGNO SANITARIO**

*§ 2.1 – Linee evolutive del fabbisogno sanitario*

*(stralcio)*

§§§§§§§§§§§§

Con riguardo ai meccanismi di imposizione di tetti di spesa per le strutture operanti in regime di accreditamento provvisorio, si osserva che l'utilizzo di tali misure deve avere i caratteri della tempestività, sotto il profilo programmatico, e della interconnessione con altri strumenti di controllo, quali

la verifica dell'appropriatezza delle prestazioni. Inoltre, al fine di non incorrere in violazioni dei principi di concorrenzialità e di libera scelta (come avvenuto in occasione della DGRC n. 6216 del 23 novembre 2001, parzialmente annullata con sentenza della V Sezione del Consiglio di Stato n. 1663/04 del 20 gennaio 2004) l'individuazione, da parte della Giunta regionale, di un tetto complessivo di spesa alle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa, integrativa ed ospedaliera fornite per conto e nell'ambito del Servizio sanitario regionale da parte dei soggetti privati provvisoriamente accreditati, deve avvenire adottando effettivi interventi di ridimensionamento e di contenimento della spesa anche sul versante delle strutture pubbliche. I presidi del Servizio sanitario regionale, siano essi pubblici che privati, vanno, infatti, considerati su di un piano di parità, così da salvaguardare il diritto di libera scelta del cittadino tra le strutture pubbliche e quelle private ed evitare che elementi meramente soggettivi (quali, ad es., la fissazione di tetti che abbiano un precipuo riguardo preferenziale per le strutture pubbliche) possano incidere sulla libertà di scelta dell'utente tra strutture equiordinate ovvero l'efficace competizione tra le strutture accreditate. Sotto tale profilo, la funzione di pianificazione ed autorizzazione della spesa deve contemperarsi sia con i principi di affidamento degli operatori privati sia con i canoni di ragionevolezza e proporzionalità.

Nel solco della giurisprudenza in materia di accreditamento provvisorio, la Regione ha adottato due recenti provvedimenti di programmazione (DGRC n. 1270, 1272 del 28 marzo 2003) con i quali ha fissato i criteri di evoluzione qualitativa e quantitativa delle "capacità operative massime" delle strutture pubbliche e private provvisoriamente accreditate nel quadro di una corretta programmazione del fabbisogno sanitario compatibile con le risorse finanziarie disponibili. Successive delibere (DGRC n. 2451 del 1° agosto 2003 e n. 48 del 28 novembre 2003) hanno definito il Piano delle prestazioni ed i correlati tetti di spesa; rispettivamente, per gli esercizi 2003 e 2004.

E' da segnalare, inoltre, il divieto posto dalla recente legge finanziaria per il 2005 (L. n. 311 del 30 dicembre 2004, art. 1, comma 171) di procedere alla modulazione dei volumi di attività e dei tetti di spesa praticando importi tariffari, per la remunerazione delle prestazioni dei soggetti erogatori pubblici e privati, diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale.

Napoli, 27 dicembre 2005 - Proposta dell'Assessorato alla Sanità

IPOTESI DI INTESA TRA ASSESSORATO ALLA SANITA' ED ASSOCIAZIONI DI CATEGORIA DELLA SANITA' PRIVATA CONCERNENTE:

**"DEFINIZIONE DELLE NUOVE PROCEDURE E MODALITA' APPLICATIVE PER LA FISSAZIONE DEI LIMITI DI SPESA PER L'ANNO 2005"**

**PREMESSO:**

- che con deliberazione 1272 del 28.03.2003 la Giunta Regionale ha individuato, previo accordo con le Associazioni di categoria della sanità privata, l'iter procedurale per l'anno 2003 per la determinazione dei volumi di prestazioni sanitarie da erogarsi nella regione Campania e dei correlati limiti di spesa;
- che con deliberazione n. 2451 del 1.08.2003 e successive modifiche ed integrazioni, la Giunta Regionale ha provveduto, in applicazione dei principi e delle procedure di cui alla citata deliberazione 1272/2003 a determinare i volumi delle prestazioni sanitarie ed i correlati limiti di spesa per l'anno 2003;
- che per l'anno 2004 con deliberazione n°48 del 28.11.2003 la Giunta Regionale ha provveduto, nella fissazione dei volumi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, a confermare le procedure e le modalità applicative come innanzi concordate con le associazioni di categoria della sanità privata;
- che con delibera n. 2105 del 19 novembre 2004 la Giunta Regionale ha precisato che i limiti di spesa, per l'esercizio 2005, sono quelli già fissati per l'esercizio 2004 e che tali limiti operano in regime del tutto transitorio e perderanno la loro efficacia all'atto dell'approvazione, da parte della Giunta Regionale, dei definitivi volumi delle prestazioni sanitarie e dei correlati limiti di spesa per l'esercizio 2005, con effetto dal 1° gennaio 2005;

**DATO ATTO:**

- che la legge 30 dicembre 2004, n°. 311 (finanziaria dello Stato per l'esercizio 2005), ha previsto, al comma 171 dell'art. 1, la seguente disposizione: "Ferma restando la facoltà delle singole regioni di procedere, per il governo dei volumi di attività e dei tetti di spesa, alla modulazione, entro i valori massimi nazionali, degli importi tariffari praticati per la remunerazione dei soggetti erogatori pubblici e privati, è vietata, nella remunerazione del singolo erogatore, l'applicazione alle singole prestazioni di importi tariffari diversi a seconda della residenza del paziente, indipendentemente dalle modalità con cui viene regolata la compensazione della mobilità sia intraregionale che interregionale. Sono nulli i contratti e gli accordi stipulati con i soggetti erogatori in violazione di detto principio.";
- che l'applicazione della norma che precede richiede una modifica delle procedure e delle modalità fin qui seguite in forza delle quali potrebbe verificarsi l'evenienza che oggi viene vietata dalla citata norma;

Tutto quanto premesso le parti concordano il seguente nuovo percorso metodologico da applicare per la fattispecie che qui interessa per l'anno 2005.

La Giunta Regionale con proprio atto deliberativo:

1. Fissa i limiti massimi di spesa per le macroaree di assistenza specialistica ambulatoriale, di assistenza riabilitativa, di assistenza protesica, di assistenza integrativa e di assistenza in regime di ricovero ospedaliero, stanti i volumi che le strutture private provvisoriamente accreditate dovranno assicurare, secondo quanto programmato dai piani annuali delle prestazioni dalle Aziende Sanitarie locali;
2. Ripartisce tra le Aziende Sanitarie locali i limiti di spesa fissati, a livello regionale, per le macroaree di attività delle strutture private provvisoriamente accreditate; in tale riparto si tiene conto per singola azienda dei volumi massimi e dei correlati limiti di spesa delle prestazioni da erogare ai propri residenti, compresa, quindi, la quota di prestazioni erogate da strutture ubicate in altre aziende della Regione.
3. Stabilisce che le Aziende Sanitarie Locali sulla base dei volumi e dei correlati livelli di spesa per le prestazioni erogate dalle strutture private temporaneamente accreditate, individuano i volumi per singola

branca e/o tipologia di prestazioni e il regime di remunerazione delle stesse e definiscono accordi con le associazioni di categoria e con i singoli privati temporaneamente accreditati sulla base degli schemi tipo allegati al provvedimento regionale.

4. Stabilisce che nella definizione di tali protocolli d'intesa le AA.SS.LL. devono tener conto dei seguenti vincoli:

- k) il fabbisogno di prestazioni per ciascuna macroarea ed il correlato limite di spesa, comprensivo di quelli da erogarsi ai propri residenti da parte di strutture private provvisoriamente accreditate ubicate in altre ASL della Campania, rappresentano la quota appropriata di attività riconosciuta a carico del S.S.R. e, quindi, il limite massimo di spesa oltre il quale cessa la remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale.
- l) la remunerazione a carico del Servizio sanitario regionale delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'Azienda Sanitaria Locale è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del provvedimento regionale e degli schemi di accordi preliminare tipo allegati al provvedimento stesso.
- m) le prestazioni di specialistica ambulatoriale e di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare erogate sia ai propri residenti che ai non residenti, eccedenti le capacità operative massime di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 377/98 e successive modifiche ed integrazioni, riconosciute con le modalità e le procedure definite con la delibera n. 1270/2003, non potranno essere in alcun caso remunerate;
- n) ai fini della remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici, si precisa che i tetti di spesa sono definiti tenendo conto delle tariffe regionali vigenti e degli effetti economici delle maggiorazioni tariffarie stabilite dagli accordi ex DGRC n. 1573/2004. I tetti di spesa che saranno fissati dalla Giunta Regionale per il 2005 saranno onnicomprensivi ed assorbenti di qualsiasi eventuale incremento e/o rivalutazione tariffaria;
- o) le tariffe saranno riconosciute per tutte le strutture per intero per una prima quota, da definirsi in sede di accordi preliminari tra Aziende Sanitarie Locali e Associazioni di categoria maggiormente rappresentative; per le ulteriori prestazioni si applicheranno le regressioni tariffarie utili a garantire il rispetto dei limiti massimi di spesa, definiti con le modalità previste dagli accordi quadro;
- p) la determinazione delle modalità di regressione tariffaria, è affidata al tavolo tecnico, costituito presso ciascuna Azienda Sanitaria, che, sulla base del monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate a favore dei propri residenti da parte delle strutture private provvisoriamente accreditate ubicate sia nell'Azienda che in altre Aziende sanitarie della Regione, individuerà le regressioni utili al rispetto dei limiti di spesa, in base alla metodologia della Regressione Tariffaria Unica - RTU, esposta nella nota tecnica allegata;
- q) non è consentito ad ogni singola struttura privata provvisoriamente accreditata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quello fatto registrare nel corrispondente quadrimestre dell'anno precedente. Tale limite può essere superato unicamente sulla base di adeguate motivazioni la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico; in caso di valutazione positiva le prestazioni eccedenti vanno remunerate nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa;
- r) Anche per l'anno 2005 sono confermate le disposizioni già previste dalla DGRC 2451/03 (punto 8 lettera f) in merito alla esclusione dai limiti di spesa di alcune prestazioni di ricovero.

5. Stabilisce che le strutture private temporaneamente accreditate sono tenute a fornire all'Azienda di appartenenza tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo (il giorno 20 del mese successivo per le sole strutture di riabilitazione) all'erogazione delle prestazioni, onde consentire al tavolo tecnico istituito presso la propria Azienda di effettuare il monitoraggio dei dati relativi ai volumi e alle modalità di remunerazione delle prestazioni erogate, sia ai propri cittadini che ai cittadini non residenti e che eventuali ritardi comporteranno l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione;

6. Stabilisce che le Aziende dovranno corrispondere alle strutture private provvisoriamente accreditate che sottoscriveranno il contratto, un'anticipazione dell'importo fatturato in ragione di una percentuale non inferiore al 65% e non superiore al 70% entro trenta giorni dalla consegna del riepilogo per la fatturazione con conguaglio quadrimestrale, alla verifica delle quote.

### Regressione Tariffaria Unica - RTU: Nota Tecnica

La legge 311/2004 ha ribadito il diritto / dovere delle Regioni di stabilire tetti di spesa per i soggetti erogatori di prestazioni sanitarie.

La Regione Campania con la DGRC n. 1272/2003 ha stabilito i seguenti principi e criteri applicativi, condivisi dalle Associazioni di Categoria della sanità privata:

- tetto di spesa per macro area / branca e non per singola struttura;
- tetto di spesa regionale definito dalla Giunta Regionale, basato sulla programmazione delle singole ASL;
- tetto di spesa per singola ASL, assegnato alle prestazioni erogate ai residenti di ciascuna ASL, compresa la mobilità passiva nell'ambito della Regione: principio che assicura la libertà di scelta del cittadino e di concorrenza tra le strutture erogatrici, ma che mantiene come obiettivo fondamentale del governo della sanità la programmazione ed il controllo dell'appropriatezza in capo alla ASL di residenza del cittadino;

La **Regressione Tariffaria Unica - R.T.U.** è basata sulla determinazione del contributo di ciascun Centro privato p.a. al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione a ciascuna Azienda Sanitaria Locale.

Seguendo l'impostazione del tetto di branca e non per singola struttura, il contributo di ciascun Centro privato p.a. al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione a ciascuna Azienda Sanitaria Locale non è desumibile dal confronto con il fatturato di precedenti esercizi del singolo Centro stesso.

Si definisce una R.T.U. per ogni Centro privato p.a. e per ogni branca e/o tipologia di prestazioni oggetto di uno specifico tetto di spesa regionale e per ASL.

Per determinare la R.T.U. del singolo Centro privato p.a. si procede a determinare l'apporto di ciascun Centro:

- al consuntivo delle prestazioni effettuate ai residenti della ASL in cui opera il Centro, da parte dei Centri che operano in quella ASL;
- al consuntivo delle prestazioni effettuate ai residenti di ciascuna altra ASL, da parte dei Centri che operano in ASL diverse da quella di residenza del cittadino che ha fruito della prestazione;

Successivamente, confrontando i consuntivi complessivi per ASL con i tetti di spesa prestabiliti, si ottiene proporzionalmente l'ammontare di fatturato (il contributo) del singolo Centro p.a. che ha concorso all'eventuale superamento del tetto di spesa della ASL in cui opera e/o del tetto di spesa assegnato ad altre ASL regionali.

Infine, il contributo complessivo di ciascun Centro privato p.a. al superamento del tetto di spesa assegnato dalla Regione alle varie ASL viene rapportato al fatturato totale del centro, per ottenere la R.T.U. da applicare al quel Centro per quella specifica branca.





**Giunta Regionale della Campania**  
A.G.C. Piano Sanitario Regionale e Rapporti con gli Organi Istituzionali  
delle AA.SS.LL. ed AA.OO.  
Settore Programmazione

### VERBALE TAVOLO TECNICO

Il giorno 27 dicembre 2005 alle ore 15, presso il Settore Programmazione dell'Assessorato alla sanità si sono riuniti per discutere delle problematiche relative ai tetti di spesa per il 2005, giusta convocazione dell'Assessore alla Sanità, Prof. Angelo Montemarano, prot. n.2586, i rappresentanti delle Associazioni di Categoria riportate all'Allegato 1 al presente verbale, che costituisce parte integrante dello stesso.

Il dott. D'Ascoli apre la seduta sottoponendo all'attenzione dei presenti un documento in cui sono descritte le nuove procedure, presentate nella precedente riunione del Tavolo.

Il dott. Crispino dell' AIOP, rileva che le procedure, così come predisposte, penalizzano le strutture poiché gli inadempimenti delle ASL nel monitoraggio, ricadono sulle strutture.

La dott. ssa Bertoli ricorda che la natura paritetica dei Tavoli Tecnici delle ASL rende tali Tavoli luoghi idonei ad esprimere eventuali criticità.

Il dott. Crispino ribadisce che nel documento presentato non viene dato un giusto rilievo ai controlli. Bisognerebbe chiedere con più rigore i dati alle ASL perchè se esse splaffonano, e non riescono a far quadrare i conti, non possono essere ingiustamente penalizzate le Case di cura che da anni non mutano il fatturato. Vi sono ingiuste penalizzazioni e si rischia di tagliare le risorse finanziarie per le case di cura due volte pur se non c'è stato mai sfondamento.

La dott.ssa Giuliana Fusco dell'Arcade dichiara di non essere immediatamente investita dalle problematiche trattate dal Tavolo e di riservarsi di fare le sue considerazioni in futuro.

Il dott. Corigliani contesta la premessa, riferisce che le DGR citate sono tutte impugnate e che nel documento presentato dai rappresentanti regionali non c'è nessun riferimento ai necessari controlli.

Il dott. Cerrocchio ( FOAI - ANFASS -ARIS - AIAS), pur condividendo il procedimento, afferma che lo sfondamento dei tetti non è responsabilità delle strutture ma è dovuto a determinazioni tardive delle ASL e, a suo giudizio, all'assenza di controlli da parte della Regione sull'operato delle ASL. Deposita un documento sottoscritto dai rappresentanti delle associazioni di cui è portavoce.

Il dott. Gesuè, dei centri antidiabete, non condivide le soglie stabilite per l'anticipazione.

La dott. ssa Bertoli specifica che l'ampiezza dei margini si rende necessaria per agevolare operazioni di conguaglio e ricorda che la necessità di queste riunioni del Tavolo Tecnico è determinata dall'obbligo di uniformarsi alla finanziaria dello stato per il 2005 e di risolvere piccoli aspetti problematici ( per es. le norme antiagiotaggio) ma che non è questa la sede per discutere di ulteriori aspetti.

Il dott. Accarino chiede chiarezza sulla compatibilità tra la continuazione del monitoraggio periferico con una unica regressione tariffaria regionale. Il dott. D'Ascoli ripete che per il 2005 l'Assessorato sta riproponendo le procedure già in vigore nel 2003 e nel 2004 e prorogate per il 2005, in via transitoria, dalla DGR 2105/04. Modifiche a tali procedure, che non siano imposte dalla legge, potranno essere valutate per il 2006.

Il dott. D'Anna, rinnova la richiesta di predisporre un Albo delle Associazioni di Categoria, poiché la pletoricità del Tavolo ne indebolisce la rappresentatività.

In merito all'ordine del giorno la richiesta è di un unico tavolo tecnico, un unico finanziamento volumetrico, un unico volume ed un'unica regressione tariffaria per branca specialistica.

Per il 2005, si chiede, inoltre, la sollecita costituzione di un Tavolo suppletivo per il consuntivo in cui far confluire tutti i dati che poi verranno passati ai tavoli periferici.

Inoltre il dott. D'Anna chiede un'ulteriore specifica al documento: alla lettera G. deve essere ulteriormente chiarito che, in caso di superamento del limite, si può procedere al pagamento, nel rispetto dei tetti.

La dott. ssa Bertoli opera in tempo reale la modifica richiesta e ne dà lettura.

In merito alla prima richiesta del dott. D'Anna il dott. D'Ascoli si dichiara disposto a parlarne ma solo per il 2006. Per il 2005 non è opportuno operare modifiche, se non quelle imposte dalla legge finanziaria.

Il dott. Accarino dichiara di associarsi alla richiesta del dott. D'Anna.

Il dott. Oliviero dell' ANISAP chiede che per i lavori del 2006, al Tavolo sia presente anche il decisore politico.

Il dott. Gambardella chiede che al Tavolo tecnico per la riabilitazione siano presenti anche rappresentanti della Regione allo scopo di dividerne i lavori.

La dott. ssa Papa della Confapi, consegna al Tavolo un documento, di cui si chiede l'acquisizione e chiede che venga messo a verbale che le deduzioni rimangono confermate anche alla luce delle modifiche discusse.

Del che è verbale.

I RAPPRESENTANTI DELLE CATEGORIE

I RAPPRESENTANTI REGIONALI