

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

DECRETO n. 7 del 31 gennaio 2011

Oggetto: Definizione per l'esercizio 2011 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori di prestazioni dialitiche per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza dialitica.

Rif. punto d) delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010

PREMESSO

- che al fine di garantire il rispetto degli obblighi di contenimento della spesa e di razionalizzazione e riqualificazione del Sistema sanitario regionale previsti nel Piano di rientro di cui alla delibera di Giunta Regionale n. 460 del 20 marzo 2007, adottata a seguito dell'Accordo sottoscritto tra il Presidente della Regione Campania e i Ministri della Salute e dell'Economia e delle Finanze, stipulato ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, la Regione Campania ha approvato la legge n. 16 del 28.11.2008 avente ad oggetto "Misure straordinarie di razionalizzazione e riqualificazione del S.S.R. per il rientro dal disavanzo";
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 23 luglio 2009 il Governo ha nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario il Presidente pro tempore della Giunta Regionale;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri del 15 ottobre 2009 è stato nominato un commissario ad acta. con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere per l'attuazione dei Piani di rientro;
- che con Delibera del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 il Presidente pro tempore della Regione Campania è stato nominato Commissario ad acta per il Piano di rientro con il compito di proseguire nell'attuazione del Piano stesso secondo i programmi operativi di cui all'art 1 – comma 88 – della Legge 191/09;
- che con Decreto Commissariale n. 25 del 13 aprile 2010 è stato adottato il programma operativo di cui al summenzionato art. 1 – comma 88 – Legge 191/09;
- che lo stesso Decreto n. 25/2010 prevede nel programma operativo n. 1, denominato "Assistenza Sanitaria da privati convenzionati", la definizione dei limiti di spesa e la stipula dei contratti con i soggetti privati per regolare l'erogazione delle prestazioni sanitarie per l'intero esercizio 2010;
- che fra gli acta del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010 al punto 1 – lettera d – è richiamata la necessità di procedere alla definizione di contratti con gli erogatori privati accreditati, secondo una stipula puntuale del fabbisogno, con l'attivazione, in caso di mancata stipula, di quanto previsto all'art. 8 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502;
- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30.9.09, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- che con il decreto n. 35 del 22 giugno 2010 del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati aggiornati i limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2010 dalla DGRC n. 1269/09 per le prestazioni di assistenza di dialisi;

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto;
- che la branca della dialisi e' interessata da un profondo processo di razionalizzazione, connesso al passaggio della quasi totalità delle strutture private dal regime dell'assistenza indiretta a quello dell'accREDITAMENTO istituzionale;
- che a tal fine il decreto commissariale n. 5 del 4 febbraio 2010, nel sospendere le procedure di accREDITAMENTO istituzionale per tutte le strutture eroganti prestazioni sanitarie, ha escluso da tale divieto le strutture che erogano prestazioni di dialisi;
- che, successivamente, la nota circolare del sub Commissario ad acta prot. n. 172 del 17 febbraio 2010, nelle more del completamento del processo di accREDITAMENTO delle strutture di dialisi, ha stabilito che le AA.SS.LL. accettano dalle strutture istanti autocertificazioni attestanti il possesso dei requisiti richiesti dalla normativa regionale per l'accREDITAMENTO istituzionale;
- che tutte le strutture di dialisi (sia in accREDITAMENTO definitivo che in regime di autocertificazione) devono stipulare con le AA.SS.LL. competenti per territorio il contratto di struttura relativo alle prestazioni erogate nell'esercizio 2011, secondo lo schema allegato A/2 al presente decreto;

CONSIDERATO

- che le prestazioni della branca di dialisi possono essere considerate, per loro natura, indispensabili e a basso rischio di non appropriatezza ;
- che tale dato è confermato dall'analisi dei dati di fatturato degli ultimi esercizi finanziari dai quali non si evidenziano significative variazioni della spesa per le prestazioni dialitiche;
- che pertanto, limitatamente a tale branca, appare possibile consentire eventuali superamenti della spesa programmata per l'esercizio 2011 e fissata dal presente decreto, fatte salve le valutazioni ed i controlli di tipo clinico – epidemiologico e di appropriatezza, che dovranno essere effettuati correntemente dalle ASL durante l'anno solare, ed essere completati entro il 31 marzo 2012;
- che appare tuttavia necessario evitare che tali superamenti dei limiti di spesa programmati possano determinare spese fuori bilancio, attraverso, in primo luogo, l'apposizione di vincoli di destinazione alle economie eventualmente realizzate dal comparto privato accREDITATO per l'esercizio 2011;

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

VALUTATO

- pertanto, congruo, destinare prioritariamente alla copertura della eventuale maggiore spesa per dialisi tutti gli eventuali risparmi di spesa che saranno realizzati nel 2011, rispetto ai limiti di spesa assegnati da altri provvedimenti regionali alle ASL per l'acquisto di prestazioni sanitarie da soggetti privati; nonché destinare eventuali risparmi realizzati in una ASL rispetto alla spesa per dialisi prevista per il 2011 dal presente decreto, esclusivamente a compensare l'eventuale maggiore spesa prodotta su tali prestazioni in altre ASL;
- necessario, dalla data di passaggio all'assistenza diretta, che le singole Aziende Sanitarie Locali assumano a proprio carico, nei contratti con le strutture accreditate, la quota di prestazioni di dialisi erogata a residenti di altre ASL che, precedentemente, i centri operanti in assistenza indiretta fatturavano direttamente alle ASL di residenza del paziente (fatto salvo il riaddebito ed il rimborso attraverso la manovra compensativa della mobilità sanitaria);

RITENUTO

- che le prestazioni di dialisi erogate in Campania dai centri accreditati e/o provvisoriamente o temporaneamente accreditati (in regime di autocertificazione), sono quelle elencate nell'allegato n. 11 alla DGRC n. 1269 del 16 luglio 2009, pubblicato sul BURC n. 48 del 3 agosto 2009, codici da 39.95.1 a 39.95.9;

- che le specifiche condizioni significate dalla lettera H, associata nel DM Sanità 22 luglio 1996 alle prestazioni di dialisi di cui ai codici 39.95.1, 39.95.4, 39.95.5, 39.95.7, 39.95.8 e 39.95.9, sono da intendersi nella Regione Campania nel senso che tali prestazioni sono erogabili solo presso centri di dialisi in possesso dei requisiti generali e specifici di accreditamento previsti per la classe di qualità 3: possesso del 100% dei requisiti generali e del 100% dei requisiti specifici di tipo A, B e C, ai sensi dell'art. 50 del Regolamento Regionale n. 3 del 31 luglio 2006 - BURC n. 41 del 5/9/2006);

- che, in base alle risultanze dei lavori della commissione tecnica all'uopo nominata ed allegata al presente decreto, dal 1 gennaio 2011:

- a) a tutte le prestazioni di dialisi di cui ai codici da 39.95.1 a 39.95.4 si applicherà la tariffa di € 176,98= al lordo dello sconto ex legge 296/2006, art. 1, c. 796, lettera o);
- b) alle prestazioni di dialisi di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, si applicherà la tariffa di € 208,00= al lordo dello sconto ex legge 296/2006, art. 1, c. 796, lettera o);
- c) rimangono invariate in € 176,98=, al lordo dello sconto ex legge 296/2006, art. 1, c. 796, lettera o), le tariffe delle prestazioni di dialisi di cui ai codici 39.95.6 e 39.95.9;

- che lo sconto previsto dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006 n. 296 è calcolato ed esposto per ciascuna prestazione (codici da 39.95.1 a 39.95.9) nel sopra citato allegato n. 11 alla DGRC n. 1269/09;

- che, dal 1 gennaio 2011, al fine di disciplinare il ricorso alla prestazioni che determinano un maggior grado di assorbimento di risorse, alla luce del panorama epidemiologico campano ed in base alle risultanze dei lavori della commissione tecnica all'uopo nominata ed allegata al presente decreto, dal 1 gennaio 2011, è opportuno circoscrivere la percentuale di remunerazione di ciascun centro di dialisi stabilendo una soglia massima di fatturazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8 pari al 15% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate da ciascuna struttura;



Regione Campania
Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- che, come già stabilito dal decreto 35/2010, è sospeso e non più operante l'adeguamento annuale automatico al tasso effettivo di inflazione precedentemente stabilito dalla DGRC n. 3467/2003;

RIBADITE

- la necessità di promuovere e potenziare della distribuzione della Eritropoietina e di incentivazione dell'uso dei biosimilari.;
- la necessità di promuovere e potenziare programmi ed interventi di prevenzione indirizzati a fornire assistenza per il paziente uremico cronico al fine di ritardarne il ricorso alle prestazioni dialitiche;
- la necessità di tracciare e monitorare le prestazioni dialitiche attraverso l'informatizzazione del piano terapeutico e la registrazione di tutte le prescrizioni mediante il ricorso ad uno specifico registro informatico;
- la necessità di valorizzare il ricorso a presidi pubblici per esami predialisi e postdialisi;
- la necessità di dichiarare completamente superato, a partire dal 1 febbraio 2011, il regime di assistenza indiretta;

DATO ATTO

- che per tutto quanto non precisato e/o modificato dal presente decreto si applicano le disposizioni recate dalle delibere della Giunta Regionale in materia di limiti di spesa dei centri privati con riferimento, in particolare, alle DGRC n. 1268/08 e n. 1269/09 e s.m.i. ed il decreto commissariale n. 35/2010;

DECRETA

Per le motivazioni richiamate in premessa da intendersi qui di seguito integralmente riportate:

1. Di stabilire che a partire dal 1 febbraio 2011 in regione Campania le prestazioni di dialisi non possono più essere erogate in regime di assistenza indiretta.
2. Di stabilire per l'esercizio 2011 i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa per ciascuna struttura privata esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto (col C, D ed E), determinati sulla base dei dati di attività e di spesa storica rilevati nel 2010 (col. A e B dello stesso allegato).
3. Di stabilire che le Associazioni di categoria della branca di Dialisi, entro 5 giorni dalla notifica del presente decreto, dovranno stipulare con le ASL competenti per territorio i Protocolli di intesa per le prestazioni da erogarsi per l'anno 2011 secondo lo schema allegato A/1 al presente decreto.
4. Di stabilire che tutte le strutture di dialisi (sia in accreditamento definitivo che in regime di autocertificazione) entro 10 giorni dalla notifica del presente decreto dovranno stipulare con le ASL competenti per territorio il contratto di struttura relativo alle prestazioni da erogare nell'esercizio 2011, secondo lo schema allegato A/2 al presente decreto.
5. Di precisare che le prestazioni di dialisi erogate in Campania dai centri accreditati e/o provvisoriamente o temporaneamente accreditati (in regime di autocertificazione), sono quelle elencate nell'allegato n. 11 alla DGRC n. 1269 del 16 luglio 2009, pubblicato sul BURC n. 48 del 3 agosto 2009, codici da 39.95.1 a 39.95.9.

*Regione Campania**Il Presidente*

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

6. Di stabilire che le specifiche condizioni significate dalla lettera H, associata nel DM Sanità 22 luglio 1996 alle prestazioni di dialisi di cui ai codici 39.95.1, 39.95.4, 39.95.5, 39.95.7, 39.95.8 e 39.95.9, sono da intendersi nella Regione Campania nel senso che tali prestazioni sono erogabili solo presso centri di dialisi in possesso dei requisiti generali e specifici di accreditamento previsti per la classe di qualità 3: possesso del 100% dei requisiti generali e del 100% dei requisiti specifici di tipo A, B e C, ai sensi dell'art. 50 del Regolamento Regionale n. 3 del 31 luglio 2006 - BURC n. 41 del 5/9/2006).
7. Di stabilire che dal 1 gennaio 2011:
 - a) a tutte le prestazioni di dialisi di cui ai codici da 39.95.1 a 39.95.4 si applicherà la tariffa di € 176,98= al lordo dello sconto ex legge 296/2006, art. 1, c. 796, lettera o);
 - b) alle prestazioni di dialisi di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, si applicherà la tariffa di € 208,00= al lordo dello sconto ex legge 296/2006, art. 1, c. 796, lettera o);
 - c) rimangono invariate in € 176,98=, al lordo dello sconto ex legge 296/2006, art. 1, c. 796, lettera o), le tariffe delle prestazioni di dialisi di cui ai codici 39.95.6 e 39.95.9;
lo sconto previsto dall'art. 1, comma 796, lettera o) della legge 27 dicembre 2006 n. 296 è calcolato ed esposto per ciascuna prestazione (codici da 39.95.1 a 39.95.9) nel sopra citato allegato n. 11 alla DGRC n. 1269/09.
8. Di stabilire che dal 1 gennaio 2011, al fine di disciplinare il ricorso alla prestazioni che determinano un maggior grado di assorbimento di risorse, alla luce del panorama epidemiologico campano ed in base alle risultanze dei lavori della commissione tecnica all'uopo nominata ed allegata al presente decreto, la soglia massima di fatturazione da parte di ciascun centro di dialisi delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8 è fissata pari al 15% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate dallo stesso centro di dialisi.
9. Di stabilire per le prestazioni di dialisi è sospeso e non più operante l'adeguamento annuale automatico al tasso effettivo di inflazione precedentemente stabilito dalla DGRC n. 3467/2003.
10. Di stabilire con riferimento alle sole prestazioni di dialisi che:
 - a) eventuali superamenti della spesa per l'esercizio 2011, fissata dal presente decreto, fatte salve le valutazioni ed i controlli di tipo clinico – epidemiologico e di appropriatezza, che dovranno essere effettuati correntemente dalle ASL, durante l'anno solare ed essere completati entro il 31 marzo 2011, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato;
 - b) a tal fine, le ASL nelle quali si dovesse profilare in corso d'anno il superamento della spesa prefissata per dialisi, dovranno stipulare con i centri privati operanti sul proprio territorio appositi accordi integrativi, quantificando il fabbisogno aggiuntivo, tenuto conto della eventuale disponibilità di prestazioni erogabili presso centri pubblici dello stesso territorio;
 - c) qualora il maggiore fabbisogno superi del 5% il limite previsto per ciascuna ASL dal presente decreto, tali accordi integrativi dovranno essere preventivamente approvati dalla Struttura Commissariale.
11. Di stabilire che alla branca di dialisi si applicano, come espresso in premessa, le seguenti specifiche disposizioni:



Regione Campania

Il Presidente

*Commissario ad acta per la prosecuzione del
Piano di rientro del settore sanitario
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 23/4/2010)*

- a) tutti gli eventuali risparmi di spesa che saranno realizzati nel 2011, rispetto ai limiti di spesa assegnati da altri provvedimenti regionali) alle ASL per le diverse macroaree / branche delle prestazioni erogate dai soggetti privati, saranno destinati prioritariamente alla copertura della eventuale maggiore spesa per dialisi;
 - b) eventuali risparmi realizzati in una ASL rispetto alla spesa per dialisi prevista per il 2011 dal presente decreto, saranno destinati esclusivamente a compensare l'eventuale maggiore spesa prodotta su tali prestazioni in altre ASL.
12. Di confermare che la modalità di assistenza diretta mediante accesso alle strutture di dialisi prevede un'unica prescrizione mensile del Medico di Medicina Generale sulla base del Piano Terapeutico dei Centri Prescrittori.
 13. Di prevedere che tutti i centri che erogano prestazioni dialitiche e che sono individuati quali prescrittori debbano procedere ad informatizzare il piano terapeutico e registrare tutte le prescrizioni attraverso uno specifico registro informatico.
 14. Di istituire uno specifico tavolo tecnico regionale per la branca di dialisi.
 15. Di impegnare le ASL e i centri di dialisi al potenziamento della distribuzione della Eritropoietina con acquisti a cura delle ASL incentivando la distribuzione dei biosimilari.
 16. Di impegnare le ASL e i centri di dialisi per definire protocolli protetti per l'esecuzione di esami diagnostici con le strutture pubbliche.
 17. Di dare corso alle procedure per l'attivazione di un progetto regionale ad oggetto *"Il profilo di assistenza per il paziente uremico cronico nella regione Campania"* in base alle linee guida allegate al presente decreto (All. 2).
 18. Di dare corso, in esecuzione del regolamento consiliare n. 3/2006, all'istituzione del registro regionale di dialisi e trapianti.
 19. Di trasmettere il presente provvedimento, per quanto di competenza, alle AA.GG.CC. "Piano Sanitario Regionale", "Assistenza Sanitaria", "Gabinetto Presidente della Giunta Regionale", ed al Settore "Stampa e Documentazione" per la pubblicazione sul BURC.

Il Commissario ad Acta
Stefano Caldoro

Il Sub Commissario
Dott. Giuseppe Zuccatelli

Il Coordinatore dell'A.G.C. 19
Dott. Albino D'Ascoli

Il Coordinatore dell'A.G.C. 20
Dott. Mario Vasco

Il Dirigente del Servizio
Economico Finanziario
Dott. G. F. Ghidelli

ASL	Cod.Strut.	DENOMINAZIONE CENTRO di DIALISI	(A) NUMERO TRATTAMEN TI ANNUI	(B) FATTURATO 2010 (STIMATO)	(C) Totale Trattamenti 2011	(D) Budget 2011 LORDO SCONTO	(E) Budget 2011 NETTO SCONTO
AVELLINO	087201	PLATANI S.P.A	2.178	385.462,44	2.178	395.600,00	388.400,00
AVELLINO	101012	NEPHROCARE S.p.A.	5.149	911.270,02	5.149	935.200,00	918.200,00
AVELLINO	AD0093	DIALISI ALTA IRPINIA srl	2.706	478.907,88	2.706	491.500,00	482.600,00
AVELLINO	AD0094	EMODIALISI IRPINIA srl	4.464	790.038,72	4.464	810.800,00	796.100,00
AVELLINO	AD0095	IRPINIA DIALISI srl	3.114	551.115,72	3.114	565.600,00	555.300,00
AVELLINO	AD0096	DIALYSIS srl	792	140.168,16	792	143.900,00	141.200,00
AVELLINO	AD0097	DIALYSIS GIUSEPPE CAPODICASA srl	6.066	1.073.560,68	6.066	1.101.800,00	1.081.800,00
AVELLINO	AD0098	DIAGNOSTICA MEDICA SPA	5.358	948.258,84	5.358	973.200,00	955.500,00
AVELLINO	AD0099	CENTRO DIALISI BARTOLI srl	4.693	830.567,14	4.693	852.400,00	836.900,00
		TOTALE ASL di AVELLINO	34.520	6.109.349,60	34.520	6.270.000,00	6.156.000,00
BENEVENTO	170401	Emodialisi e Nefrologia G.B. Morgagni	3.604	637.835,92	3.604	654.600,00	642.700,00
BENEVENTO	AD0133	CEN EMODIALISI "PADRE PIO" LA PECCERELLA SRL	5.976	1.057.632,48	5.976	1.085.400,00	1.065.700,00
BENEVENTO	AD0134	CENTRO ARCEF	3.876	685.974,48	3.876	704.000,00	691.200,00
BENEVENTO	AD0136	CENTRO NEOREN SRL	5.304	938.701,92	5.304	963.400,00	945.900,00
BENEVENTO	AD0135	ERREDIAL SRL	4.168	737.652,64	4.168	757.000,00	743.300,00
BENEVENTO	AD0138	EMODIALISI SANNITA SRL	904	159.989,92	904	164.200,00	161.200,00
BENEVENTO	AD0137	EMODIALISI SANNIOMEDICA SRL	3.716	657.657,68	3.716	674.900,00	662.700,00
		TOTALE ASL di BENEVENTO	27.548	4.875.445,04	27.548	5.003.500,00	4.912.700,00
CASERTA	AD0074	CMP Centro Medico Specialistico	7.053	1.248.239,94	7.053	1.281.100,00	1.257.800,00
CASERTA	AD0075	CEDIAL S.Maria	5.955	1.053.915,90	5.955	1.081.600,00	1.062.000,00
CASERTA	AD0076	NEFRODIAL	6.177	1.093.205,46	6.177	1.121.900,00	1.101.600,00
CASERTA	AD0077	DIALCA	2.628	465.103,44	2.628	477.300,00	468.700,00
CASERTA	AD0078	SO.D.A.V.	3.798	672.170,04	3.798	689.800,00	677.300,00
CASERTA	AD0079	SEAN	10.353	1.832.273,94	10.353	1.880.400,00	1.846.300,00
CASERTA	AD0080	CEDIAL Sessa	6.015	1.064.534,70	6.015	1.092.500,00	1.072.700,00

ASL	Cod.Strut.	DENOMINAZIONE CENTRO di DIALISI	(A) NUMERO TRATTAMEN TI ANNUI	(B) FATTURATO 2010 (STIMATO)	Totale Trattamenti 2011	Budget 2011 LORDO SCONTO	Budget 2011 NETTO SCONTO
CASERTA	AD0081	Centro ATELLANO	6.036	1.068.251,28	6.036	1.096.300,00	1.076.400,00
CASERTA	AD0082	VILLA S.ANDREA	5.319	941.356,62	5.319	966.100,00	948.600,00
CASERTA	AD0083	IATREION Dialisi	3.183	563.327,34	3.183	578.100,00	567.600,00
CASERTA	AD0084	CEDIAL S.Cipriano	4.551	805.435,98	4.551	826.600,00	811.600,00
CASERTA	AD0085	POLISAN	3.672	649.870,56	3.672	667.000,00	654.800,00
CASERTA	AD0086	RENART	7.725	1.367.170,50	7.725	1.403.100,00	1.377.600,00
CASERTA	AD0087	LUNA	4.776	845.256,48	4.776	867.500,00	851.700,00
CASERTA	AD0088	LUDIAL	2.208	390.771,84	2.208	401.000,00	393.800,00
CASERTA	AD0089	HELIOS	7.605	1.345.932,90	7.605	1.381.300,00	1.356.200,00
CASERTA	AD0090	ADEM	3.780	668.984,40	3.780	686.600,00	674.100,00
CASERTA	AD0091	NEPHRART	5.136	908.969,28	5.136	932.900,00	915.900,00
CASERTA	AD0092	Casa di cura SANT'ANNA	1.344	237.861,12	1.344	244.100,00	239.700,00
CASERTA	CDD014	Centro D.I.A.M	5.286	935.516,28	5.286	960.100,00	942.700,00
TOTALE ASL di CASERTA			102.600	18.158.148,00	102.600	18.635.300,00	18.297.100,00
NAPOLI 1	044055	EMODIAL CENTER S.R.L.	3.915	692.876,70	3.915	711.100,00	698.200,00
NAPOLI 1	AD0100	CENTRO EMODIALISI INTERNAZIONALE S.R.L.	4.800	849.504,00	4.800	871.800,00	856.000,00
NAPOLI 1	AD0101	BLU E ROSSO S.R.L.	4.314	763.491,72	4.314	783.600,00	769.300,00
NAPOLI 1	440083	NEPHROCARE S.P.A. EX FANUS S.R.L.	8.229	1.456.368,42	8.229	1.494.700,00	1.467.500,00
NAPOLI 1	AD0102	KIDNEY S.R.L.	10.680	1.890.146,40	10.680	1.939.800,00	1.904.600,00
NAPOLI 1	AD0103	NEPHROCARE S.P.A.	8.881	1.571.818,00	8.881	1.613.100,00	1.583.800,00
NAPOLI 1	AD0105	NEPHROCARE S.P.A. EX ENNE E S.R.L.	5.236	926.667,00	5.236	951.000,00	933.800,00
NAPOLI 1	AD0104	SERVIZI DI DIALISI RENALE S.R.L.	2.973	526.161,54	2.973	540.000,00	530.200,00
NAPOLI 1	480205	EURODIAL S.R.L.	3.426	606.333,48	3.426	622.300,00	611.000,00
NAPOLI 1	AD0106	NEPHROCARE S.P.A. EX CAPODIMONTE S.R.L.	5.512	975.514,00	5.512	1.001.200,00	983.000,00
NAPOLI 1	AD0107	AMBULATORIO EMODIALISI CAPODICHINO S.R.L.	8.316	1.471.765,68	8.316	1.510.500,00	1.483.000,00
NAPOLI 1	AD0108	NEPHROCARE S.P.A.	6.387	1.130.371,26	6.387	1.160.100,00	1.139.000,00

ASL	Cod.Strut.	DENOMINAZIONE CENTRO di DIALISI	(A) NUMERO TRATTAMEN TI ANNUI	(B) FATTURATO 2010 (STIMATO)	Totale Trattamenti 2011	Budget 2011 LORDO SCONTO	Budget 2011 NETTO SCONTO
NAPOLI 1	AD0073	CENTRO EMODIALISI DIDA S.R.L.	8.997	1.592.289,06	8.997	1.634.200,00	1.604.500,00
NAPOLI 1	AD0109	NEPHROCARE S.P.A. EX EMODIAL VESUVIO S.R.L.	9.284	1.643.082,00	9.284	1.686.300,00	1.655.600,00
NAPOLI 1	AD0110	NEPHROCARE S.P.A. EX DIALTEN S.R.L.	7.417	1.312.720,00	7.417	1.347.200,00	1.322.700,00
NAPOLI 1	530425	NEPHROCARE S.P.A. EX NEDIAL NAPOLI S.R.L.	9.795	1.733.460,00	9.795	1.779.100,00	1.746.800,00
NAPOLI 1	AD0111	DIAL NAPOLI S.R.L.	4.638	820.833,24	4.638	842.400,00	827.100,00
NAPOLI 1	AD0112	CENTRO GIUSEPPE MOSCATI S.N.C.	7.929	1.403.274,42	7.929	1.440.200,00	1.414.000,00
TOTALE ASL NAPOLI 1 Centro			120.729	21.366.676,92	120.729	21.928.600,00	21.530.100,00
NAPOLI 2	AD0140	NEPHROCARE SPA - POZZUOLI	13.896	2.459.314,08	13.896	2.524.000,00	2.478.100,00
NAPOLI 2	AD0141	NEPHROCARE SPA - QUARTO	6.009	1.063.472,82	6.009	1.091.400,00	1.071.600,00
NAPOLI 2	AD0142	CENTRO EMODIALISI VILLARICCA SRL	14.088	2.493.294,24	14.088	2.558.800,00	2.512.400,00
NAPOLI 2	AD0143	AMB EMODIALISI GAMMA DIAL SRL	11.772	2.083.408,56	11.772	2.138.200,00	2.099.300,00
NAPOLI 2	AD0144	VISAM SRL CENTRO DI EMODIALISI	8.100	1.433.538,00	8.100	1.471.200,00	1.444.500,00
NAPOLI 2	AD0145	C.G.A SAS DI POTA ANTONIO E C.	3.060	541.558,80	3.060	555.800,00	545.700,00
NAPOLI 2	AD0146	NEPHROS SRL	8.517	1.507.338,66	8.517	1.547.000,00	1.518.900,00
NAPOLI 2	AD0148	CENDIAL SRL	3.168	560.672,64	3.168	575.400,00	565.000,00
NAPOLI 2	AD0149	KIDNEY SRL	9.255	1.637.949,90	9.255	1.681.000,00	1.650.500,00
NAPOLI 2	AD0150	DIAL 3 SRL	6.048	1.070.375,04	6.048	1.098.500,00	1.078.600,00
NAPOLI 2	AD0151	AMB. EMODIALISI DIALIFE SRL	6.516	1.153.201,68	6.516	1.183.500,00	1.162.000,00
NAPOLI 2	AD0152	CENTRO DI NEFROLOGIA E DIALISI CAMPANO	7.944	1.405.929,12	7.944	1.442.900,00	1.416.700,00
NAPOLI 2	AD0153	DIALGEST SRL	6.588	1.165.944,24	6.588	1.196.600,00	1.174.900,00
NAPOLI 2	AD0154	SO.DIA.FRA SRL	9.708	1.718.121,84	9.708	1.763.300,00	1.731.300,00
NAPOLI 2	AD0155	CENTRO SAN BIAGIO SAS	6.912	1.223.285,76	6.912	1.255.400,00	1.232.600,00
NAPOLI 2	AD0156	CENTRO SAN PIO X DIALISI SRL	2.952	522.444,96	2.952	536.200,00	526.400,00
NAPOLI 2	AD0157	CE.DI.SAN SRL	3.804	673.231,92	3.804	690.900,00	678.400,00
NAPOLI 2	AD0175	DIAL PROCIDA	912	161.405,76	912	165.600,00	162.600,00
NAPOLI 2		KEYPLAN DIALISI SRL	2.400	424.752,00	2.400	435.900,00	428.000,00

ASL	Cod.Strut.	DENOMINAZIONE CENTRO di DIALISI	(A) NUMERO TRATTAMEN TI ANNUI	(B) FATTURATO 2010 (STIMATO)	(C) Totale Trattamenti 2011	(D) Budget 2011 LORDO SCONTO	(E) Budget 2011 NETTO SCONTO
TOTALE ASL NAPOLI 2 Nord			131.649	23.299.240,02	131.649	23.911.600,00	23.477.500,00
NAPOLI 3		CI.MA.SA	16.128	2.854.333,44	16.128	2.929.400,00	2.876.200,00
NAPOLI 3		DIA.GRA	2.436	431.123,28	2.436	442.500,00	434.400,00
NAPOLI 3		PROF.CIRILLO	8.400	1.486.632,00	8.400	1.525.700,00	1.498.000,00
NAPOLI 3		DOMA	8.385	1.483.977,30	8.385	1.523.000,00	1.495.300,00
NAPOLI 3	AD0159	NEPHROCARE SPA (Somma Vesuviana)	3.681	651.463,38	3.681	668.600,00	656.400,00
NAPOLI 3	AD0160	NEPHROCARE SPA (Pomigliano D'Arco)	8.352	1.478.136,96	8.352	1.517.000,00	1.489.400,00
NAPOLI 3	AD0172	NEPHROCARE SPA (Torre del Greco)	11.640	2.060.047,20	11.640	2.114.200,00	2.075.800,00
NAPOLI 3	AD0173	NEPHROCARE SPA (Cercola)	9.156	1.620.428,88	9.156	1.663.000,00	1.632.800,00
NAPOLI 3	ASD0158	ALMACENTER	8.148	1.442.033,04	8.148	1.479.900,00	1.453.100,00
NAPOLI 3	AD0161	GEST-DIAL	3.768	666.860,64	3.768	684.400,00	672.000,00
NAPOLI 3	AD0162	C.E.VESUVIANA	6.540	1.157.449,20	6.540	1.187.900,00	1.166.300,00
NAPOLI 3	AD0163	C.E.Poggiomarino	2.268	401.390,76	2.268	411.900,00	404.500,00
NAPOLI 3	AD0164	CEPIDIAL	4.056	717.830,88	4.056	736.700,00	723.300,00
NAPOLI 3	AD0165	DIAL CENTER (Pomigliano D'Arco)	11.160	1.975.096,80	11.160	2.027.000,00	1.990.200,00
NAPOLI 3	AD0166	SEIRONOS	7.104	1.257.265,92	7.104	1.290.300,00	1.266.900,00
NAPOLI 3	AD0167	CENTRO AZZURRO	5.844	1.034.314,56	5.844	1.061.500,00	1.042.200,00
NAPOLI 3	AD0168	C.E.S.GIORGIO Torre del Greco	8.616	1.524.859,68	8.616	1.564.900,00	1.536.500,00
NAPOLI 3	AD0169	NEPHRON	5.748	1.017.281,04	5.748	1.044.000,00	1.025.100,00
NAPOLI 3	AD0170	C.E.S.GIORGIO S Giorgio a Cremano	5.544	981.177,12	5.544	1.007.000,00	988.700,00
NAPOLI 3	AD0171	CENTRO DELTA	2.568	454.484,64	2.568	466.400,00	458.000,00
TOTALE ASL NAPOLI 3 Sud			139.542	24.696.186,72	139.542	25.345.300,00	24.885.100,00
SALERNO	070115	TRADES S.R.L. - AMBULATORIO DI NEFROLOGIA - EMODIALISI	5.594	989.966,46	5.594	1.016.000,00	997.500,00
SALERNO	601001	"CASA DI CURA PRIVATA MALZONI DI AGROPOLI" S.P.A.	4.962	878.166,00	4.962	901.300,00	884.900,00

ASL	Cod.Strut.	DENOMINAZIONE CENTRO di DIALISI	(A) NUMERO TRATTAMEN TI ANNUI	(B) FATTURATO 2010 (STIMATO)	(C) Totale Trattamenti 2011	(D) Budget 2011 LORDO SCONTO	(E) Budget 2011 NETTO SCONTO
SALERNO	AD0113	CENTRO MEDICO METELLIANO SRL	8.561	1.515.097,08	8.561	1.554.900,00	1.526.700,00
SALERNO	AD0114	SOREBEN SRL	2.814	498.085,56	2.814	511.200,00	501.900,00
SALERNO	AD0115	DIAL NEFRO AMBULATORI DI EMODIALISI SRL	8.178	1.447.365,78	8.178	1.485.400,00	1.458.400,00
SALERNO	AD0116	NEPHROCARE SPA Cava T	4.903	867.674,00	4.903	890.500,00	874.300,00
SALERNO	AD0117	NEPHROCARE SPA Angri	3.704	655.461,24	3.704	672.700,00	660.500,00
SALERNO	AD0118	ISAMA SRL (S.Egidio M./Nocera Sup/Scafati/Maiori	7.354	1.301.482,98	7.354	1.335.700,00	1.311.400,00
SALERNO	AD0119	ISAMA SRL (S.Egidio M./Nocera Sup/Scafati/Maiori	3.044	538.724,34	3.044	552.900,00	542.800,00
SALERNO	AD0120	NEPHROCARE SPA (Battipaglia)	7.468	1.321.687,00	7.468	1.356.400,00	1.331.800,00
SALERNO	AD0121	NEPHROCARE SPA (Oliveto)	4.816	852.361,32	4.816	874.800,00	858.900,00
SALERNO	AD0122	NEPHROCARE SPA (Salerno)	3.917	693.290,00	3.917	711.500,00	698.600,00
SALERNO	AD0123	NEPHROCARE SPA (Salerno)	7.222	1.278.135,96	7.222	1.311.700,00	1.287.900,00
SALERNO	AD0124	NEPHROCARE SPA (Fisciano)	3.187	563.976,00	3.187	578.800,00	568.300,00
SALERNO	AD0125	NEPHROCARE SPA (Battipaglia)	9.781	1.731.100,00	9.781	1.776.600,00	1.744.300,00
SALERNO	AD0126	VENODIAL SRL	8.289	1.466.975,46	8.289	1.505.500,00	1.478.200,00
SALERNO	AD0127	DIAL SISTEM SRL	13.124	2.322.662,58	13.124	2.383.700,00	2.340.400,00
SALERNO	AD0128	NEPHROCARE SPA (Rocca D.) e (Capaccio)	6.786	1.200.986,28	6.786	1.232.600,00	1.210.200,00
SALERNO	AD0130	NEPHROCARE SPA (Polla)	7.380	1.306.112,00	7.380	1.340.500,00	1.316.100,00
SALERNO	AD0131	DIALISI TIRRENO SRL	3.194	565.219,50	3.194	580.100,00	569.500,00
SALERNO	AD0132	MERIDIAL SRL	8.222	1.455.051,30	8.222	1.493.300,00	1.466.200,00
		TOTALE ASL di SALERNO	132.498	23.449.580,84	132.498	24.066.100,00	23.628.800,00
		TOTALE REGIONE CAMPANIA	689.086	121.954.627,14	689.086	125.160.400,00	122.887.300,00

Il profilo di assistenza per il paziente uremico cronico nella regione Campania

I dati epidemiologici evidenziano che vi è spesso un ritardo nella presa in cura del paziente affetto da insufficienza renale cronica (IRC) con conseguente elevata morbilità, mortalità, peggioramento della qualità della vita ed elevati costi. Inoltre dall'analisi delle SDO risulta che in grande percentuale i pazienti che si ricoverano per insufficienza renale sono affetti da IRC .

Queste ed altre considerazioni quali:

- la lunga durata della malattia e la necessità di continuità assistenziale,
- l'elevata disabilità ad essa associata,
- il crescente invecchiamento della popolazione in generale e dei pazienti in dialisi con conseguente aumento dei bisogni socio-assistenziali
- le richieste dei malati e delle relative associazioni,
- la complessità della risposta assistenziale,
- la rilevanza economica del trattamento,

inducono la struttura commissariale della Campania a proporre la realizzazione di un profilo di assistenza per il paziente uremico cronico.

Il profilo di assistenza:

- è uno strumento per la gestione clinica del paziente in un'ottica di "clinical governance" intesa come gestione complessiva del paziente basata su consenso tra esperti, formazione continua degli operatori, informazione e sicurezza del paziente e qualità dei servizi,
- garantisce al paziente cure appropriate, quindi di qualità e tempestive in quanto basate sulle evidenze scientifiche applicate nel contesto locale
- consente di realizzare la presa in carico garantendo la continuità assistenziale in forma coordinata ed integrata.
- è un atto di trasparenza nei confronti del cittadino in quanto definisce, in relazione ad un determinato bisogno di salute, gli operatori responsabili, i servizi sanitari coinvolti e le singole responsabilità .

Obiettivo generale:

Migliorare la qualità della vita del paziente uremico cronico e della sua famiglia .

Garantire attraverso nuclei di controllo aziendali l'appropriatezza dei trattamenti .

Obiettivi specifici

- Presa in carico precoce del paziente con IRC da parte del nefrologo e del medico di medicina generale
- riduzione delle complicanze dell'uremia e del trattamento dialitico



Azioni

Per realizzare una reale presa in carico del paziente in tutte le fasi della malattia risulta indispensabile garantire :

- un'adeguata rete assistenziale territoriale.
- un'assistenza integrata tra ospedale e territorio, in particolare tra nefrologi e medici di medicina generale

Pertanto i nefrologi, i MMG e gli operatori del distretto devono trovare una modalità di comunicazione ed un'ottica comune di intervento. Qualora questo non si verificasse, si correranno i rischi di formulare diagnosi tardive, di moltiplicare inutilmente gli esami diagnostici ed i ricoveri ospedalieri, di sottoporre il paziente a messaggi contrastanti.

L'ottimizzazione dell'assistenza sanitaria attraverso il profilo assistenziale dovrebbe avere, nel medio periodo, un impatto positivo sul piano economico attraverso la riduzione dei ricoveri ordinari per IRC, la riduzione del numero dei pazienti che iniziano la dialisi in urgenza, la riduzione del numero di spostamenti del paziente in ambulanza.

Realizzazione

Al fine di realizzare il competente Settore dell'Assistenza Sanitaria dell'Assessorato alla Sanità nominerà con proprio decreto specifici gruppi di lavoro con l'obiettivo di produrre un primo documento entro il 31 marzo 2011.

Fasi

1. costruzione del team di progetto
2. analisi della domanda e dell'offerta
3. analisi dell'attuale modalità assistenziale del paziente uremico cronico (variabilità e criticità)
4. costruzione del profilo di assistenza nella varie fasi.
5. individuazione del set di indicatori di risultato
6. sperimentazione del profilo
7. valutazione
8. monitoraggio
9. aggiornamento
10. analisi dei costi prima e dopo l'implementazione del profilo di assistenza

Protocollo d'intesa con le associazioni di categoria per la stipula dei contratti per l'esercizio 2011 con i Centri di Dialisi ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

**Schema di Protocollo di intesa tra l'Associazione _____
per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di DIALISI, da erogarsi per l'anno 2011 da parte delle strutture private accreditate o provvisoriamente o temporaneamente accreditate (in regime di autocertificazione) ed i correlati limiti di spesa.**

E

L'Azienda Sanitaria Locale con sede inPartita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
rappresentata dal Commissario Straordinario, nato il, munito dei necessari poteri come da DGRC di nomina n. del ../...../.....,

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n°del /

PREMESSO

- che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30.9.09, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08, che sono recepite nel presente Protocollo;
- che con il decreto n. del del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2011 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;
- che le prestazioni della branca di dialisi possono essere considerate, per loro natura, a minor rischio di non appropriatezza ed indispensabili, pertanto, limitatamente a tale branca il medesimo decreto ha stabilito che:
 - a. eventuali superamenti della spesa per l'esercizio 2011, fissata dal presente decreto, fatte salve le valutazioni ed i controlli di tipo clinico – epidemiologico e di appropriatezza, che dovranno essere effettuati correntemente dalle ASL durante l'anno solare, ed essere completate entro il 31 marzo 2012, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato;
 - b. a tal fine, le ASL nelle quali si dovesse profilare in corso d'anno il superamento della spesa prefissata per dialisi, dovranno stipulare con in centri privati operanti sul proprio territorio appositi accordi integrativi, quantificando il fabbisogno aggiuntivo, tenuto conto della eventuale disponibilità di prestazioni erogabili presso centri pubblici dello stesso territorio. Qualora il maggior fabbisogno superi di oltre il 5% il limite per ASL previsto dal medesimo decreto, tali accordi integrativi dovranno essere preventivamente approvati dalla Regione, al fine di evitare che il particolare regime sopra previsto per la branca di dialisi possa determinare spese "fuori bilancio".
 - c. tutti gli eventuali risparmi di spesa che saranno realizzati nel 2011, rispetto ai limiti di spesa assegnati da altri provvedimenti regionali alle ASL per le diverse macroaree

Protocollo d'intesa con le associazioni di categoria per la stipula dei contratti per l'esercizio 2011 con i Centri di Dialisi ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

- e branche delle prestazioni erogate dai soggetti privati, saranno destinati prioritariamente alla copertura della eventuale maggiore spesa per dialisi;
- d. eventuali risparmi realizzati in una ASL rispetto alla spesa per dialisi prevista per il 2011 dal presente decreto, saranno destinati esclusivamente a compensare l'eventuale maggiore spesa prodotta su tali prestazioni in altre ASL;
- e. dalla data di passaggio all'assistenza diretta le singole Aziende Sanitarie Locali dovranno assumere a proprio carico, nei contratti con le strutture accreditate, la quota di prestazioni di dialisi erogata a residenti di altre ASL (fatto salvo il riaddebito ed il rimborso attraverso la manovra compensativa della mobilità sanitaria) che, precedentemente, i centri operanti in assistenza indiretta fatturavano direttamente alle ASL di residenza del paziente;

PRECISATO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n.del del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

Si conviene quanto segue:

Art. 1

La premessa è patto e forma parte integrante del presente contratto.

Art. 2

(oggetto)

1. Il presente protocollo ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di specialistica ambulatoriale ed i correlati limiti di spesa, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE, da erogarsi nell'anno 2011 da parte delle strutture private operanti nel territorio della sottoscritta ASL.

Art. 3

(quantità delle prestazioni)

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nell'anno 2011, corrisponde a n. (prestazioni).

Art. 4

(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2011 per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3 è fissato in €,..... al

Protocollo d'intesa con le associazioni di categoria per la stipula dei contratti per l'esercizio 2011 con i Centri di Dialisi ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

netto dello sconto di cui all'art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/06 (pari al lordo di detto sconto a circa €)

Art. 5**(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni alle strutture erogatrici avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 15% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate da ciascuna struttura, come stabilite dal citato decreto n.del del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario – al netto degli sconti di legge e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificato con decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro o delibera dalla Giunta Regionale.
2. In ogni caso, l'importo fissato quale limite di spesa al netto dello sconto ex legge 296/06 costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nel 2011 dai centri di dialisi privati, anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di riduzione o eliminazione dello sconto ex legge 296/06.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati (fatto salvo quanto previsto al successivo comma 5), a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro o della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive.
4. Le prestazioni eccedenti le capacità operative massime, riconosciute con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06 e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.
5. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. __ del __ ____ 2011 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro, eventuali superamenti del limite di spesa per l'esercizio 2011 fissato nello stesso decreto e riportato nel presente protocollo, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto.
6. Le parti si impegnano a rilevare tempestivamente il profilarsi dei superamenti di cui al comma precedente ed a promuovere la definizione dei suddetti accordi integrativi prima che i limiti di spesa prefissati siano esauriti, in modo da evitare ogni possibile disagio per l'utenza.

Protocollo d'intesa con le associazioni di categoria per la stipula dei contratti per l'esercizio 2011 con i Centri di Dialisi ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

Art. 6

(Tavolo Tecnico)

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente protocollo è istituito un tavolo tecnico regionale
2. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
3. Per le finalità di cui ai commi precedenti le strutture private sono impegnate a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7

(modalità di pagamento delle prestazioni)

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà ad ogni struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5.
3. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

Art. 8

(variazione del volume delle prestazioni e loro limiti)

1. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo

Protocollo d'intesa con le associazioni di categoria per la stipula dei contratti per l'esercizio 2011 con i Centri di Dialisi ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

dell'anno precedente; nel caso in cui il tavolo tecnico esprima una valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa); in caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.

Art. 8
(efficacia)

1. Il presente protocollo si riferisce all'anno 2011, in esecuzione del decreto n.del del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro.
2. Il presente protocollo sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.

Art. 9
(norme finali)

1. In caso di contenzioso con uno o più centri privati, la ASL accantonerà a valere sul limite di spesa della branca di appartenenza le somme eventualmente spettanti al centro ricorrente, fino alla definizione del contenzioso stesso.
2. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente protocollo è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

_____, li ___ / ___ / 2011

Timbro e firma della ASL
Il Commissario Straordinario

Timbro e firma del Legale Rappresentante
della Associazione di categoria

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.**Contratto TRA**

La struttura privata --(cod.....)
Partita IVA: Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
con sede in (Prov: ; CAP: _____) –
rappresentata dal
il quale, consapevole delle responsabilità penali in caso di dichiarazioni mendaci, ai sensi dell'art. 76 T.U. 445/2000, dichiara:

- a) di intervenire al presente atto in qualità di rappresentate legale del soggetto contraente, come attestato dalla seguente documentazione allegata al presente atto:
- Certificato della C.C.I.A.A. recante la composizione del Consiglio d'Amministrazione e ed i poteri di rappresentanza, a data recente (se superiore a 90 giorni, il sottoscritto si impegna a produrre un nuovo certificato entro 10 giorni da oggi) – oppure- copia autentica dello Statuto vigente e del verbale dell'Assemblea dei Soci di conferimento dei poteri agli Amministratori;
 - Fotocopia della carta d'identità e del codice fiscale, autenticata dal funzionario della ASL che redige il presente contratto;
- b) che il soggetto contraente non si trova in stato di fallimento, di liquidazione coatta, di concordato preventivo e che nessuno di tali procedimenti è stato avviato ai suoi danni / si trova in stato di insolvenza ed è pertanto sottoposto a procedura di _____;
- c) che non è pendente nei suoi confronti procedimento per l'applicazione di una delle misure di prevenzione di cui all'articolo 3 della legge 27.12.1956, n. 1423, e che non sussistono le cause ostative previste all'art. 10 della legge 31.5.1965, n. 575; e ciò con riguardo a tutti i soggetti indicati alla lett. b), art. 38, comma 1, D.lgs. 163/2006;
- d) di essere in regola con la normativa in materia antinfortunistica, impiantistica e sulla tutela dell'igiene e della salute sul lavoro;

E

L'Azienda Sanitaria Locale _____
Partita IVA: _____ Codice Fiscale (se diverso dalla Partita IVA):
rappresentata dal Commissario Straordinario, nato il, munito dei necessari poteri come da DGRC di nomina n. del .../.../.....,

PER

regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, relativamente alla branca di EMODIALISI AMBULATORIALE, redatto in conformità al Decreto del Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro n°del /

PREMESSO

1. che con delibere n. 1268 del 24 luglio 2008 e n. 1269 del 16 luglio 2009, modificata dal decreto del Presidente Commissario ad Acta n. 3 del 30.9.09, la Giunta Regionale ha aggiornato la programmazione recata dalla DGRC n. 517/07 ed i correlati limiti di spesa, stabilendo diverse modifiche, integrazioni e miglioramenti alla normativa precedente, anche per adeguarla al nuovo assetto territoriale delle ASL campane conseguente alla L.R. 16/08, che sono recepite nel presente contratto;
2. che con il decreto n. del del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario sono stati definiti i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa stabiliti per l'esercizio 2011 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale;

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

- che le prestazioni della branca di dialisi possono essere considerate, per loro natura, a minor rischio di non appropriatezza ed indispensabili; pertanto, limitatamente a tale branca il medesimo decreto ha stabilito che:
 - a. eventuali superamenti della spesa per l'esercizio 2011, fissata dal presente decreto, fatte salve le valutazioni ed i controlli di tipo clinico – epidemiologico e di appropriatezza, che dovranno essere effettuati correntemente dalle ASL durante l'anno solare, ed essere completate entro il 31 marzo 2012, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato;
 - b. a tal fine, le ASL nelle quali si dovesse profilare in corso d'anno il superamento della spesa prefissata per dialisi, dovranno stipulare con in centri privati operanti sul proprio territorio appositi accordi integrativi, quantificando il fabbisogno aggiuntivo, tenuto conto della eventuale disponibilità di prestazioni erogabili presso centri pubblici dello stesso territorio. Qualora il maggior fabbisogno superi di oltre il 5% il limite per ASL previsto dal medesimo decreto, tali accordi integrativi dovranno essere preventivamente approvati dalla Regione, al fine di evitare che il particolare regime sopra previsto per la branca di dialisi possa determinare spese “fuori bilancio”.
 - c. tutti gli eventuali risparmi di spesa che saranno realizzati nel 2011, rispetto ai limiti di spesa assegnati da altri provvedimenti regionali alle ASL per le diverse macroaree e branche delle prestazioni erogate dai soggetti privati, saranno destinati prioritariamente alla copertura della eventuale maggiore spesa per dialisi;
 - d. eventuali risparmi realizzati in una ASL rispetto alla spesa per dialisi prevista per il 2011 dal presente decreto, saranno destinati esclusivamente a compensare l'eventuale maggiore spesa prodotta su tali prestazioni in altre ASL;
 - e. dalla data di passaggio all'assistenza diretta le singole Aziende Sanitarie Locali dovranno assumere a proprio carico, nei contratti con le strutture accreditate, la quota di prestazioni di dialisi erogata a residenti di altre ASL (fatto salvo il riaddebito ed il rimborso attraverso la manovra compensativa della mobilità sanitaria) che, precedentemente, i centri operanti in assistenza indiretta fatturavano direttamente alle ASL di residenza del paziente;

VISTO

- lo schema di protocollo di intesa preliminare tipo tra le AA.SS.LL e le Associazioni di categoria maggiormente rappresentative per la definizione dei criteri e delle linee guida per regolare i volumi, le tipologie ed i correlati limiti di spesa delle prestazioni di specialistica ambulatoriale da erogarsi per l'anno 2011 da parte delle strutture private accreditate e/o in regime di autocertificazione, allegato sub A/1 al citato decreto n.del del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

DATO ATTO

- che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura ubicata nel territorio dell'ASL è subordinata alla sottoscrizione da parte della medesima di specifico contratto che recepisce i criteri e le modalità applicative del citato decreto n.del del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario;

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

Si conviene quanto segue:

Art. 1

La premessa è patto e forma parte integrante del presente contratto.

Art. 2**(oggetto)**

1. Il presente contratto ha ad oggetto la fissazione dei volumi e delle tipologie delle prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE da erogarsi nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2011 da parte della sottoscritta struttura privata ed i correlati limiti di spesa.

Art. 3**(quantità delle prestazioni)**

1. Il fabbisogno di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE che la ASL prevede di dover acquistare nel periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2011 dalla sottoscritta struttura privata, e che dovrà essere erogato nel rispetto della continuità assistenziale fino a tutto il 31 dicembre 2011, è determinato in n.prestazioni.

Art. 4**(rapporto tra spesa sanitaria e acquisto delle prestazioni)**

1. Il limite entro il quale deve essere contenuta la spesa per l'anno 2011 per il volume di prestazioni di EMODIALISI AMBULATORIALE determinato all'art. 3 è fissato in €, al netto dello sconto di cui all'art. 1 comma 796 lettera o) della legge 296 del 27/12/2006 (pari al lordo di detto sconto a circa €

Art. 5**(criteri di remunerazione delle prestazioni)**

1. La remunerazione delle prestazioni di cui al precedente art. 4 avverrà sulla base delle tariffe regionali e della soglia massima di remunerazione delle prestazioni di dialisi convettive di cui ai codici 39.95.5, 39.95.7 e 39.95.8, pari al 15% del numero delle prestazioni di dialisi (codici da 39.95.1 a 39.95.9) complessivamente erogate dalla sottoscritta struttura, come stabilite dal citato decreto n.del del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro dal disavanzo sanitario – al netto degli sconti di legge e fatti salvi eventuali adeguamenti tariffari che, tuttavia, non potranno comportare aumento del limite di spesa di cui all'art. 4, se non espressamente modificato con decreto del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro o delibera dalla Giunta Regionale.
2. In ogni caso, l'importo fissato nell'art. 4 quale limite di spesa al netto dello sconto ex legge 296/06 costituisce il limite massimo di remunerazione delle prestazioni acquistate nel 2011 dal sottoscritto centro di dialisi anche in caso di modifica delle tariffe vigenti e/o di riduzione o eliminazione dello sconto ex legge 296/06.
3. Ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, lettera e-bis) del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e del punto 18 della Delibera della Giunta Regionale n. 800 del 16 giugno 2006, si conviene che in caso di incremento a seguito di modificazioni, comunque intervenute nel corso dell'anno, dei valori unitari dei tariffari regionali per la remunerazione delle prestazioni sanitarie

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

oggetto del presente contratto, il volume massimo di prestazioni di cui al precedente art. 3 si intende rideterminato nella misura necessaria al mantenimento dei limiti di spesa indicati al precedente art. 4. In ogni caso, al fine inderogabile di rispettare l'equilibrio economico finanziario programmato, non è ammissibile uno sfioramento dei limiti di spesa già concordati (fatto salvo quanto previsto al successivo comma 5), a meno che non sia intervenuto anche un espresso provvedimento del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di Rientro o della Giunta Regionale, che individui i risparmi compensativi e/o le necessarie ed ulteriori coperture finanziarie aggiuntive.

4. Le prestazioni eccedenti la capacità operativa massima, riconosciuta con le modalità e le procedure definite con le DGRC n. 377/98, 1270 e 1272/2003, 491/06 e s.m.i. non potranno in alcun caso essere remunerate.
5. Le parti si danno atto che, in base a quanto disposto dal Decreto n. __ del __ ____ 2011 del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro, eventuali superamenti del limite di spesa per l'esercizio 2011 fissato nello stesso decreto e riportato nel presente contratto, saranno remunerati a consuntivo sulla base di quanto effettivamente erogato, previa stipula di appositi accordi integrativi tra la ASL ed i centri privati operanti sul proprio territorio, alle condizioni e con le modalità specificate nello stesso decreto.
6. Le parti si impegnano a rilevare tempestivamente il profilarsi dei superamenti di cui al comma precedente ed a promuovere la definizione dei suddetti accordi integrativi prima che i limiti di spesa prefissati siano esauriti, in modo da evitare ogni possibile disagio per l'utenza.

Art. 6**(Tavolo Tecnico)**

1. Le parti si danno atto che per monitorare e garantire la compiuta e corretta applicazione del presente contratto è istituito un tavolo tecnico regionale
2. Al tavolo tecnico spettano, in particolare, i seguenti compiti:
 - a) monitoraggio dei volumi delle prestazioni erogate dalle singole strutture private, in modo da acquisire elementi utili a favorire il rispetto dei limiti di spesa definiti dall'art 4;
 - b) esame dei conteggi e delle determinazioni assunte dalla ASL ai fini della applicazione dei criteri di remunerazione stabiliti nei precedenti art. 4 e 5, con possibilità di formulare proposte di correzione e/o miglioramenti tecnici.
3. Per le finalità di cui ai commi precedenti la sottoscritta struttura si impegna a fornire alla ASL tutti i dati relativi ai volumi ed ai fatturati entro e non oltre il giorno 10 del mese successivo all'erogazione delle prestazioni; l'omissione di tali comunicazioni comporterà l'esclusione della struttura dal pagamento dell'anticipazione prevista dall'art. 7.

Art. 7**(modalità di pagamento delle prestazioni)**

1. A fronte delle prestazioni erogate e rendicontate, la ASL corrisponderà alla sottoscritta struttura privata un acconto mensile pari all'85% del fatturato mensile.
2. Il diritto al pagamento dei suddetti acconti maturerà entro sessanta giorni dalla fine del mese cui si riferiscono. Il pagamento del saldo avverrà in quattro tranches come segue: entro il 30 giugno per le fatture del primo trimestre; entro il 30 settembre per le fatture relative ai mesi da aprile a giugno; entro il 31 dicembre per le fatture relative ai mesi da luglio a settembre; entro il 31 marzo dell'anno successivo per le fatture relative ai mesi da ottobre a dicembre. Il pagamento di

Contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs n 502/1992 e s.m.i.

ciascun saldo potrà essere effettuato, oltre che in seguito al completamento dei controlli di regolarità delle prestazioni, previa emissione da parte della sottoscritta struttura privata delle note credito richieste dalla ASL, sia con riguardo ad eventuali contestazioni delle prestazioni rese, sia per applicare la regressione tariffaria o l'abbattimento del fatturato riconoscibile ai sensi del comma 3 del precedente art. 5.

3. A fini di regolarità contabile, la liquidazione ed il pagamento di ciascuno dei saldi di cui al precedente comma 2 è subordinata al ricevimento da parte della ASL della/e suddetta/e (eventuale/i) nota/e di credito.

Art. 8**(variazione del volume delle prestazioni e loro limiti)**

1. Allo scopo di garantire continuità nella erogazione delle prestazioni ai cittadini ed una sana competizione tra le strutture private temporaneamente accreditate, non è consentito, se non sulla base di adeguate motivazioni, la cui valutazione è affidata al tavolo tecnico di cui all'art. 6, ad ogni singola struttura privata di incrementare la propria produzione a carico del S.S.R. oltre il limite del 10% rispetto a quella fatta registrare nel corrispondente periodo dell'anno precedente; nel caso in cui il tavolo tecnico esprima una valutazione positiva, le prestazioni eccedenti devono essere conseguentemente remunerate (nell'ovvio rispetto dei limiti di spesa); in caso di valutazione della ASL non concorde con quella della maggioranza degli altri componenti del tavolo tecnico, il parere di questi ultimi non è vincolante per la ASL, che procederà ai conseguenti adempimenti in difformità dal parere dei rappresentanti delle associazioni di categoria.

Art. 9**(efficacia e norme finali)**

1. Il presente contratto si riferisce periodo 1° gennaio - 31 dicembre 2011 in esecuzione del decreto n.del del Presidente Commissario ad Acta per l'attuazione del Piano di Rientro.
2. Il presente contratto sarà adeguato agli eventuali ulteriori provvedimenti regionali in materia, qualora dovessero intervenire nel periodo di vigenza dello stesso.
3. Ogni controversia in merito alla interpretazione, esecuzione, validità o efficacia del presente contratto è di competenza esclusiva del giudice ordinario / amministrativo che ha giurisdizione sul territorio in cui ha sede legale la sottoscritta ASL.

_____, li ___ / ___ / 2011

Timbro e firma della ASL
Il Commissario Straordinario

Timbro e firma del Legale Rappresentante
del Centro di Dialisi

**RELAZIONE TECNICA
DEFINIZIONE TARIFFE PER LA DIALISI
REGIONE CAMPANIA**

Le DGRC n. 3139/95 e n. 1860/98 prevedevano per i centri privati in assistenza indiretta una tariffa per l'emodialisi (cod. 39.95.2, priva della lettera H) pari a Lire 255.012, mentre per quella stessa prestazione la DGRC n. 1874/98 prevedeva una tariffa per i centri provvisoriamente accreditati pari a Lire 66.362 .

Trattandosi di un "divario *ictu oculi eccessivo*", il TAR CAMPANIA – Sezione Quinta, nella SENTENZA n. 1785 del 23/06/1999 ha annullato la DELIBERA n. 1874 del 1998 limitatamente alla tariffa stabilita per le emodialisi in acetato o in bicarbonato ad assistenza limitata (cod. 39.95.2, priva della lettera H).

Non è stata invece annullata dal TAR la tariffa relativa all'EMODIAFILTRAZIONE prevista dal tariffario vigente di cui alla DGRC n. 1874/98 (cod. 39.95.7 – altra emodiafiltrazione con lettera H) pari a € 206,58, che peraltro non è stata ingiustamente oggetto di adeguamento al valore percentuale pari al tasso effettivo di inflazione.

Prima della pubblicazione del Decreto n. 35 del 22-06-10 (BURC del 02-08-10) la tariffa per le prestazioni di cui sopra era determinata dalla DGRC n. 3467 del 28/11/2003, sia per i Centri privati, sia per quelli temporaneamente accreditati.

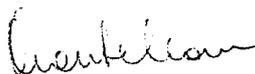
Il Nomenclatore di cui all'Allegato 11 della DGRC n. 1269 del 2009 richiamato nel Decreto n. 35 del 22-06-10 prevedeva una tariffa pari ad euro 170,30, che incrementata per effetto del tasso di inflazione (ai sensi delle DGRC n.1557 del 10 marzo 2000 e n. 3467 del 28 novembre 2003) portava ad una tariffa unica per le prestazioni di dialisi in vigore dal 1 gennaio 2009 di euro 176,98 (dato il tasso di inflazione ISTAT –FOI consuntivo 2008 del 3,2 % e consuntivo 2009 dello 0,7 %)

Per un'ulteriore e piu' appropriata definizione dei costi afferenti alla tariffa per emodialisi ambulatoriale in paziente cronico stabilizzato gli organismi regionali hanno ritenuto di costituire un tavolo tecnico a cui hanno preso parte consulenti tecnici dipendenti pubblici, le organizzazioni di categoria e un consulente esperto di economia.

Tale tavolo tecnico, istituito per la rideterminazione delle tariffe, non avendo avuto mandato e competenze per modificare i requisiti strutturali, tecnici ed organizzativi richiesti dal Regolamento n° 3/2006 per l'accREDITAMENTO istituzionale delle strutture sanitarie nella Regione Campania, ha seguito le seguenti direttive :

- analisi della letteratura scientifica più recente sui diversi trattamenti dialitici, facendo particolare attenzione all'efficacia clinica ed alla qualità di vita del paziente dializzato;
- analisi degli studi di caso realizzati nelle regioni Piemonte, Lombardia, Lazio, Puglia dal Censis nel 2009;
- valutazione della situazione delle suddette regioni italiane verificando, per ognuna di esse, i requisiti organizzativi, infrastrutturali e tecnologici richiesti e l'incidenza di questi sull'analisi dei costi.

Il numero di pazienti in dialisi veniva stimato nel 2005 dalla SIN-RIDT pari a 41.478 mentre i trapiantati di rene risultavano essere 17.226.



1



Tale prevalenza attesta l'Italia al quinto posto nel mondo per dimensione della popolazione dialitica. Secondo quanto riportato nel sito della Società Italiana di Nefrologia sono 954 in Italia le strutture sanitarie che erogano trattamenti dialitici, ammontano a 12.995 i posti dialisi e sono 2.782 i posti letto autonomi di nefrologia, per un numero di posti dialisi per milione di abitanti pari a 221,2 e di posti letto autonomi di nefrologia pari a 49,3 PMP.

Tab. 2 - Strutture, posti letto e posti dialisi per ripartizione territoriale (v.a. e v.a. PMP)

	v.a.			PMP		
	Strutture	Letti nefrologia autonomi*	Posti dialisi	Strutture	Letti nefrologia autonomi	Posti dialisi
Nord Ovest	194	817	2.551	12,5	52,5	164,0
Nord Est	132	458	1.789	11,9	41,2	160,9
Centro	178	484	2.501	15,7	42,8	220,9
Sud e Isole	450	1.023	6.154	21,7	49,3	296,4
Totale	954	2.782	12.995	16,2	47,4	221,2

* Letti di degenza in reparto di nefrologia

Fonte: elaborazione Censis su dati SEN Italy - www.sni-italy.org

La distribuzione delle strutture sul territorio nazionale è variabile. Circa il 50% delle strutture e posti letto dialisi sono presenti nelle regioni del Sud (35,3% della popolazione italiana), 47,2% delle strutture, 47,4% dei posti dialisi), e la maggior parte di essi (55%) sono collocati nel settore privato. Secondo nell'offerta è il Nord Ovest (26,5% della popolazione), con il 20,3% delle strutture e il 19,6% dei posti dialisi, collocati per il 91,7% presso il settore pubblico. Nel complesso, in Italia l'offerta di posti dialisi è così suddivisa: 66,5% settore pubblico, 32,5% settore privato.

In Campania i centri di Dialisi privati (accreditati e in corso di accreditamento) sono 115, così distribuiti nelle 7 AASSLL. (Tab 1)

ASL	N. Centri
Napoli 1	18
Napoli 2	19
Napoli 3	20
Avellino	9
Benevento	7
Caserta	20
Salerno	22
Tot	115

Carabinieri

2

[Signature]

[Signature]

[Signature]

[Signature]

I Posti letto nel pubblico sono estremamente ridotti.

Prevalenza e incidenza dei pazienti in dialisi In Italia e in Campania Dati RIDT - Fine 2004		
	Italia	Campania
Prevalenza Dialisi (HD+PD)	741 pm	842 pm
Incidenza Dialisi (HD+ PD)	169 pm	187 pm
Mortalita'	12,90%	12,80%
PD su totale dialisi	10,30%	2,70%

Il numero dei pazienti in trattamento dialitico nei centri di dialisi privati nel 2010 e' pari a 4.606 con una frequenza mensile media pari a 12,50 trattamenti (57.573 trattamenti mensili).

ASL	N. Centri	N.Paz (med)	Trattamenti medi mensili	Trattamenti medi mensili/paziente
Napoli 1 Centro	18	771,7	9.993,00	12,95
Napoli 2 Nord	19	974	10.770,75	11,06
Napoli 3 Sud	20	943	12.001,00	12,73
Avellino	9	221	2.876,67	13,02
Benevento	7	175,7	2.304,67	13,12
Caserta	20	662	8.550,00	12,92
Salerno	22	859,5	11.077,25	12,89
Tot	115	4606,9	57.573,3	12,50

L'analisi della letteratura scientifica ha permesso, ai componenti il tavolo, di acquisire ed approfondire gli aspetti relativi sia all'efficacia ed appropriatezza terapeutica che alla qualità della vita del paziente dializzato. La molteplicità dei trattamenti sostitutivi della funzione renale, principalmente distinti in intra- ed extracorporei e rappresentati gli uni dalla dialisi peritoneale PD (APD e CAPD) e gli altri dall'emodialisi, a sua volta distinta in emodialisi con metodiche diffuse (HD) e convettive (HDF, HF), ha indotto i componenti a raggruppare le varie metodiche sostitutive, indicate nel nomenclatore AGENAS, riducendole a sole tre grandi categorie che rappresentano le tecniche ad oggi più utilizzate : PD, HD ed HDF.

L'evoluzione delle tecniche (introduzione di soluzioni più biocompatibili, maggior ricorso alla APD e maggior ricorso alla dialisi High Flux con membrane biocompatibili altamente permeabili e alla Emodiafiltrazione (HDF) soprattutto "on line" con elevate quantità di liquido di re infusione ed alla Emodiafiltrazione on line (HF), rende necessario un aggiornamento del confronto, anche se, come già sottolineato, le due metodiche (intracorporea la PD ed extracorporea l'HD, con le varianti sopra riportate) devono essere considerate integrative e non in contrapposizione. D'altra parte, in HD, le metodiche convettive migliorano la sopravvivenza dei pazienti. Un recente importante studio su oltre 700 pazienti, durato sette anni, randomizzato multicentrico europeo ha infatti dimostrato una sopravvivenza statisticamente superiore per i pazienti più complessi, (compresi i

Beccabellone

3

[Handwritten signatures]

pazienti diabetici) che sono attualmente la maggior parte, trattati con filtri ad elevata biocompatibilità e componente convettiva (dialisi con membrane altamente biocompatibili ad alto flusso) rispetto ai pazienti trattati con dialisi a basso flusso, con membrane meno biocompatibili (Locatelli F, Martin-Malo A, Hannedonche T, Loureiro A, Papadimitriou M, Wizemann V, Jacobson SR, Czekalski S, Ronco C, Vanholder R; for the Membrane Permeability Outcome (MPO) Study Group. Effect of Membrane Permeability on Survival of Hemodialysis Patients. J Am Soc Nephrol published December 17, 2008 as doi:10.1681/ASN.2008060590). Inoltre uno studio osservazionale internazionale sui risultati in base ai comportamenti di pratica clinica (DOPPS) (Canaud B, Bragg-Gresham JL, Marshall MR, Desmeules S, Gillespie BW, Depner T, Klassen P, Port FK. Mortality risk for patients receiving hemodiafiltration versus hemodialysis: European results from the DOPPS. Kidney Int. 2006;69:2087-2093) ha evidenziato un'associazione tra HDF con elevata utilizzo di liquidi di reinfusione(HDF on line) e miglior sopravvivenza dei pazienti

Partendo dal presupposto che il ricorso ad ognuna di queste tecniche, laddove non vi siano contro-indicazioni cliniche, sociali od ambientali, non deve essere visto in modo competitivo ma integrativo e considerando l'aspetto psicologico-emozionale e le necessità del paziente, che inducono a personalizzare sempre più le terapie mediche, è importante che ogni Ambulatorio di Dialisi sia in grado di offrire al paziente tutte le metodiche che la scienza e la tecnologia rendono disponibili.

Considerato che nella nostra regione, l'85% dei trattamenti sostitutivi extracorporei sono rappresentati dalle metodiche diffuse con l'utilizzo di membrane altamente biocompatibili si è provveduto, quindi, a raggruppare tutte le metodiche diffuse, indicate con vari codici nel tariffario nazionale (39.95.1; 39.95.2; 39.95.3; 39.95.4; 39.95.41] 39.95.42]), con l'unico codice 39.95.4.

Per quelle convettive che rappresentano, invece, il 15% degli stessi si è scelto di fare riferimento all' unico codice 39.95.5 (altrimenti indicata come dialisi convettiva con codici 39.95.5; 39.95.7; 39.95.8).

HD-b (39.95.4)	Dialisi diffusiva
HDF (39.95.5)	Dialisi convettiva
HDF-pb (39.95.7)	
HF (39.95.8)	

L'analisi degli studi di caso, condotti nelle 4 regioni selezionate, confrontata con i dati forniti dalle singole ASL della regione Campania, ha permesso di definire la situazione epidemiologica, ricostruire il modello di offerta di strutture di nefrologia e dialisi e la struttura dei costi dei centri privati, anche della Regione Campania, e realizzare un'analisi dei costi-efficacia dei trattamenti dialitici.

Il lavoro del tavolo tecnico ha avuto come obiettivo la ricostruzione dei costi sostenuti per l'erogazione dei trattamenti dialitici ad un paziente stabilizzato, tralasciando, quindi, sia i costi legati alla fase di avvio (realizzazione FAV, stesura del piano dialitico, etc.) che quelli relativi a prestazioni per le quali esiste una tariffazione a parte (diagnostica di laboratorio, radiologia, revisione dell'accesso vascolare, ricoveri, etc.).

Sono stati analizzati i costi delle quattro regioni benchmark individuando quattro principali categorie:

- costi diretti

benchmark

4

San G

ep

M

- costi indiretti
- costi sociali
- costi finanziari

L'attenzione del tavolo tecnico si è rivolta principalmente all'analisi dei costi diretti non avendo avuto mandato di definire gli altri.

Per la determinazione dei costi diretti in attuazione del "DECRETO DEL MINISTRO DELLA SANITA' DEL 15 APRILE 1994 "ad oggetto " «Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera» ed in particolare all'art 3."

sono stati selezionati quattro determinanti di costo: personale direttamente impiegato, materiali di consumo, attrezzature (manutenzione, ammortamento, ecc. Sono incluse anche le apparecchiature in service) e farmaci ,escludendo i farmaci in distribuzione presenti tra i drivers di altre regioni ma non in Campania.

COSTO DEL PERSONALE direttamente impiegato (almeno il 72% di personale sanitario assunto, incluso il Direttore Sanitario, con CCNL AIOP)

Tipologie
Medici (1 ogni 14 pazienti in trattamento)
Infermieri professionali (1 ogni 4 posti letto autorizzati, anche in assenza di pazienti)
Personale ausiliario ed amministrativo
Psicologo a consulenza per valutazioni psicosociali (per i centri in fascia C)

COSTO DEI MATERIALI CONSUMATI

Tipologie
Kit dialisi (membrane, aghi, linee, soluzioni, kit monouso attacco-stacco, disinfettanti, ecc.)
Kit dialisi per metodiche ad elevata specializzazione
Farmaci e parafarmaci intra-dialitici (anticoagulanti, soluzioni iniettabili, ecc.)
Kit per indagini di laboratorio semplici (emogas , emoglobina, elettroliti)

COSTO DELLE APPARECCHIATURE utilizzate (manutenzione, ammortamento), proporzionato ad un tasso di utilizzo predeterminato a livello regionale;

Tipologie
Reni artificiali (per 8 anni)
Poltrone/Letti Bilance
Aspiratore
Defibrillatore
Elettrocardiografo
Apparecchiature per esami di laboratorio semplici (emogas, elettroliti, emoglobina)
Impianto trattamento acque ed anello di distribuzione acqua osmotizzata
impianto di ossigeno centralizzato
Gruppo elettrogeno
Impianto elettrico
Sistema informatico (gestione fatturazione pazienti, ecc.)

[Handwritten signatures and initials on the right side of the table]

Si precisa che il service medio in Campania comprende filtro, linee ematiche, quanto necessario per la preparazione del liquido di dialisi, uso e manutenzione del monitor preparatore.

[Handwritten signatures and initials at the bottom of the page]

Tab. - Costi diretti per trattamento, media delle quattro regioni (valori medi in euro)
Piemonte, Lombardia, Lazio e Puglia

	Personale	Manutenzione	Materiali	Apparecchiature (non in service)	Service	Farmaci*	Esami	Totale costi diretti
HD (39.95.1)	83,87	1,23	15,52	5,39	29,96	25	5,45	166,42
HD- CAL(39.95.2)	44,73	1,71	-	11,28	40,02	20,96	-	118,7
HD-b (39.95.4)	87,96	2,3	4,76	2,59	43,22	21,34	5,71	167,88
HDF (39.95.5)	85,15	2,71	17,26	3,8	79,39	22,87	5,95	217,14
HDF- CAL(39.95.6)	42,38	1,26	-	11,84	76,71	24,63	1,53	149,83
HDF-pb (39.95.7)	87,82	0,47	0,39	1,17	81,21	22,52	5,58	199,15
HF (39.95.8)	88,11	2,39	20,45	4,37	86,44	26,99	5,95	234,7
APD (54.98.1)	15,35	-	-	-	48,46	5,39	2,46	71,66
CAPD (54.98.2)	15,5	-	-	-	30,65	6,68	2,47	55,3

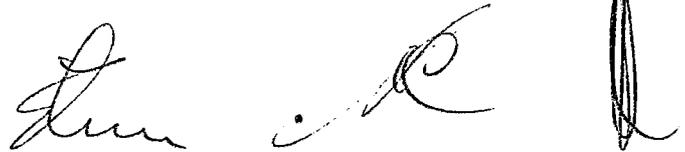
Nell'interpretazione dei dati emerge che la principale differenziazione, unico fattore distorsivo dei costi rispetto alle altre regioni, è il costo del personale in relazione al rapporto richiesto tra questo, il numero dei pazienti assistiti ed il numero dei posti letto in convenzione.

Particolarmente oneroso e' il costo del personale infermieristico che passando dal rapporto 1:5 a 1:4 ha fatto perdere il 20 % della produttività a cui si aggiunge la minore produttività legata ai layout delle sale dialisi precedentemente strutturate a multipli di 5. In una sala da 10 posti prima con due infermieri per 6 ore ciascuno si faceva appunto 10 dialisi, per un "consumo" di 1,2 ore/dialisi. Passando ad 1:4 o si aggiunge un'unità (6 ore * 3 infermieri) e tale consumo cresce del 33% oppure si usa la sala per 8 pazienti. In tal caso l'aumento delle ore lavorative per trattamento sale del 20 % lasciando però improduttivi gli investimenti nelle apparecchiature.

Un infermiere mediamente costa 36.500 euro /anno e lavora per la cura dei pazienti 1620 ore, ovvero 270 turni per un massimo di 1050 dialisi. L'aumento degli stipendi dovuti ai contratti collettivi (AIOP) porta d un incremento di circa l'1 %.

In sintesi in Regione Campania la dotazione di 1 infermiere ogni quattro posti letto (dove nelle altre regioni esaminate il rapporto è rispetto al numero dei pazienti assistiti) per la dialisi standard incide sui costi in proporzioni maggiori rispetto al 52,39% ; analogamente per il gruppo delle HDF rispetto al 40,28% della media delle Regioni esaminate.

L'assunzione del Direttore Sanitario determina un incremento del 5 % (ovvero 8,85 euro) ed un altro 1,9 % per lo psicologo (per i centri in fascia C)




Tab. Costi medi delle 4 Regioni Benchmark e stima dei costi in Campania

	Personale	Attrezzature ed Impianti	Materiale di consumo	Facility Management	Totale costi diretti
HD-b (39.95.4)	87,96	48,11	31,81		167,88
HDF (39.95.5)	85,15	69,46	50		204,61
HDF-pb (39.95.7)	87,82	74,29	42,5		199,16
HF (39.95.8)	88,11	71,05	45,45		204,61

Costi in Campania

HD	88,38	48,11	31,81		168,30
HDF	85,15	82,51	36,95		204,61

Il gruppo delle HDF, invece, è gravato da un maggiore costo del materiale di consumo che incide per il 19,43% a fronte di una tariffa globalmente superiore. Dall'analisi di tali dati, indicata nelle allegate tabelle, emerge che il totale dei costi diretti per l'HD (39.95.4) è di € 168,30, mentre il totale dei costi diretti per l'HDF (39.95.5) è di € 204,61 come costo medio tra i tre trattamenti convettivi.

Costi stimati

	Campania	Lombardia	Lazio	Puglia	Piemonte
HD	168,30	194,79	171,6	165,27	190,1
HDF	204,61	270,27	208,49	232,41	267,3

Analizzando i differenziali tra le quattro regioni esaminate, in confronto ai costi della regione Campania emerge che il Lazio ha costi molto simili (lievemente superiori) a quelli della Campania e la Puglia si assesta per la HD a costi lievemente inferiori. I costi, invece, per l'HDF sono vicini solo a quelli del Lazio.

Sulla base di tali dati, riportati in analitico nelle tabelle allegate, si definisce quale tariffa per le prestazioni emodialitiche codificate (codici 39.95.1 a 39.95.4) l'importo di euro 176,98.

Per le dialisi HDF -Convettive (HDF -39.95.5, HDF-pb 39.95.7, HF-39.95.8) la tariffa viene determinata in euro 208,00 con una soglia massima del 15% rispetto al numero di prestazioni di dialisi complessive.

Le tecniche convettive portano 4.500 euro di risparmio anno/paziente (8 giorni di ospedalizzazione al costo marginale di 500 euro/giorno e di 500 euro di EPO, cioè 39 euro a trattamento) migliorando significativamente la qualità della vita.

Oggi nelle sette Asl Campane operano 115 centri privati in regime di assistenza diretta (sia in accreditamento definitivo che con autocertificazione in attesa di accreditamento definitivo).

Carabellera

ASL	N. Centri	N.Paz (med)	Trattamenti medi mensili	Trattamenti medi mensili/paziente	Fatturato Medio Mensile	Periodo Osservazione
Napoli 1 Centro	18	771,7	9.993,00	12,95	1.768.561,14	Luglio-Ottobre
Napoli 2 Nord	19	974	10.770,75	11,06	1.906.207,34	Settembre
Napoli 3 Sud	20	943	12.001,00	12,73	2.123.852,32	Settembre
Avellino	9	221	2.876,67	13,02	509.112,47	Agosto/settembre
Benevento	7	175,7	2.304,67	13,12	407.879,91	Agosto/Ottobre
Caserta	20	662	8.550,00	12,92	1.513.179,00	Giugno/settembre
Salerno	22	859,5	11.077,25	12,89	1.960.451,71	Sett/ottobre
Tot	115	4606,9	57.573,33	12,50	10.189.243,87	

Analizzando i dati delle prestazioni erogate nel II Semestre 2010 (con l'attivazione dell'assistenza diretta) sono stati rilevati il numero medio di trattamenti mensili (12,50) ed il fatturato medio mensile (al lordo della tariffa unica applicata nel 2010 ai sensi del decreto 35/2010).

ASL	N. Centri	N.Paz (med)	N.Tratt. Annuì	Costo annuo 2010	Costo Trattamento HD Nuova Tariffa	Costo Trattamento HDF 15 %	Totale annuo stimato 2011
Napoli 1	18	771,7	119.916	21.222.733,68	18.039.323,63	3.741.379,20	21.780.702,83
Napoli 2	19	974	129.249	22.874.488,02	19.443.314,82	4.032.568,80	23.475.883,62
Napoli 3	20	943	144.012	25.486.227,84	21.664.157,2	4.493.174,40	26.157.331,60
Avellino	9	221	34.520	6.109.349,60	5.192.947,16	1.077.024,00	6.269.971,16
Benevento	7	175,7	27.656	4.894.558,88	4.160.375,05	862.867,20	5.023.242,25
Caserta	20	662	102.600	18.158.148,00	15.434.425,80	3.201.120,00	18.635.545,80
Salerno	22	859,5	132.927	23.525.420,46	19.996.607,39	4.147.322,40	24.143.929,79
Tot	115	4606,9	690.880,00	122.270.926,48	103.931.151,05	21.555.456,00	125.486.607,05

Proiettando tali dati ad un anno emerge una stima di fatturato annuo (al lordo dello sconto) pari ad euro 122.270.926,48

Con le nuove tariffe definite dalla tavolo tecnico viene stimato un costo 2011 a parita' di pazienti e quindi di trattamenti pari ad euro 125.486.607,05

Tale dato appare compatibile con il budget assegnato alla branca della dialisi con il decreto 35/2010.

Il confronto con le altre Regione conferma la congruita' e nello stesso tempo la coerenza con le tariffe delle Regioni del Sud

Carlo Leone

	Campania	Calabria	Emilia R.	Friuli VG	Lazio	Liguria	Lombardia	Toscana	Molise	Piemont e	Puglia	Veneto
39.95.4 memb.comp.	176,98	165,27	174,00	280,00	171,60	165,27	€ 194,79	208,00	165,27	190,10	165,27	182,30
39.95.5 HDF	208,00	232,41	244,00	330,00	208,49	232,41	€ 232,40	255,00	232,41	267,30	232,41	

I firmatari di tale documento ritengono comunque necessario riaggiornare il tavolo entro un anno per un consuntivo del primo periodo di sperimentazione e ritengono fondamentale affrontare in modo organico la problematica delle prestazioni accessorie (visita, stesura del piano, visite specialistiche , erogazione farmaci etc.) , i requisiti organizzativi e l'applicazione dell'art. 50,punto 7 (Reg. Regionale 3/2006) e la tariffa della PD con un nuovo tavolo nel 2011.

Napoli, 15 dicembre 2010

ANISAP

Ing. Antonio Carillo Antonio Carillo

Dott. Espedito D'Amaro Esposito D'Amaro

CONFINDUSTRIA

Dott.ssa Raffaolina Franco Raffaolina Franco

Dott.ssa Anna Landi Anna Landi

ARCADE

Dott.ssa Giuliana Fusco Giuliana Fusco

Dott. Guido Giordana Guido Giordana

LA PARTE TECNICA

Dott. Michele Tari Michele Tari

Prof. Corrado Cuccurullo Corrado Cuccurullo

Dott. Domenico Cante Domenico Cante

Dott. Eugenio Monteleone Eugenio Monteleone