



*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. 15 del 02.03.2011  
Rif. lettera q)

Oggetto: DGRC 2108 del 31.12.2008 Prestazioni contrassegnate dalla lettera “R” ex D.M. n. 150 del 22 luglio 1996: integrazioni e rettifiche.

#### PREMESSO

- che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 24 luglio 2009 si è proceduto alla nomina del Presidente pro - tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;
- che con la medesima delibera il Commissario è stato incaricato di dare attuazione al Piano di rientro dai disavanzi del Servizio sanitario regionale campano ed, in via prioritaria, di provvedere alla realizzazione di specifici interventi, identificati in venti punti, tenendo conto delle specifiche prescrizioni ed osservazioni comunicate dal Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali e dal Ministero dell'economia e delle finanze, in occasione della preventiva approvazione dei provvedimenti regionali attuativi degli obiettivi previsti dal Piano di rientro, ovvero in occasione delle riunioni di verifica trimestrale ed annuale con il Comitato per la verifica dei livelli essenziali di assistenza ed il tavolo per la verifica degli adempimenti, di cui agli articoli 9 e 12 dell'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;
- che con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 15 ottobre 2009, il dott. Giuseppe Zuccatelli è stato nominato Sub Commissario con il compito di affiancare il Commissario ad acta nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24.07.2009;
- che con delibera del Consiglio dei Ministri in data 23 aprile 2010 si è proceduto alla nomina del Presidente pro - tempore della Regione Campania quale Commissario ad acta per il risanamento del servizio sanitario regionale, a norma dell'articolo 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 novembre 2007, n. 222;
- che tra gli interventi previsti, alla lettera j) è disposta il “completamento del riassetto della rete laboratoristica e di assistenza specialistica ambulatoriale”;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

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

VISTI

- la D.G.R.C. n. 2108 del 31.12.2008 “Prestazioni contrassegnate dalla lettera “R” ex D.M. n. 150 del 22 luglio 1996”;
- il decreto del Commissario ad acta n. 40 del 13.07.2010 “DGRC 2108 del 31.12.2008 Prestazioni contrassegnate dalla lettera “R” ex D.M. n. 150 del 22 luglio 1996: integrazioni e rettifiche”;
- la nota del Sub Commissario ad acta prot. 1771/C del 22.07.2010;
- la nota del Sub Commissario ad acta prot. 2814/C del 24.09.2010;

CONSIDERATO

- che con la citata prot. 1771/C del 22.07.2010, richiamando quanto emerso in istruttoria del decreto commissariale n. 40 del 13.07.2010, in merito al forte incremento di alcuni test diagnostici di genetica che, secondo gli studi della Società Italiana di Genetica Umana (SIGU), hanno un indice di appropriatezza inferiore al 5%, si è chiesta la verifica dei comportamenti seguiti sia nella fase di prescrizione che in quella di erogazione delle prestazioni a maggior rischio di inappropriata addebitate alle AASSLL, erogate dopo l'entrata in vigore della DGRC n. 2108/2008 ed in difformità dai criteri stabiliti dalla stessa delibera. Si è chiesto, in dettaglio, di avviare un controllo puntuale delle impegnative SSN aventi ad oggetto i seguenti codici:

91.29.4	ANALISI DI MUTAZIONE DEL DNA Con reazione polimerasica e ibridazione con sonde non radiomarcate
91.30.1	ANALISI DI MUTAZIONI DEL DNA Con Reverse Dot-Blot (da 2 a 10 mutazioni)
91.30.3	ANALISI DI SEGMENTI DI DNA MEDIANTE SEQUENZIAMENTO (Blocchi di circa 400bp)
91.30.4	CARIOTIPO AD ALTA RISOLUZIONE 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 550 bande)
91.31.1	CARIOTIPO DA METAFASI DI LIQUIDO AMNIOTICO 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)
91.33.4	COLTURA DI AMNIOCITI
91.34.5	COLTURA DI LINFOCITI PERIFERICI CON PHA O ALTRI MITOGENI
91.36.5	ESTRAZIONE DI DNA O DI RNA (nucleare o mitocondriale) Da sangue periferico, tessuti, colture cellulari, villi coriali
91.37.2	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI Mediante sequenze genomiche in YAC
91.37.3	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI Mediante sonde molecolari a singola copia in cosmide
91.37.4	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI Mediante sonde molecolari alfoidi ed altre sequenze ripetute
91.37.5	IBRIDAZIONE IN SITU (FISH) SU METAFASI, NUCLEI INTERFASICI, TESSUTI Mediante sonde molecolari painting



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

Dal controllo dovevano, in particolare, emergere:

- la presenza o meno della prescrizione della diagnosi sull'impegnativa SSN;
- se le prestazioni siano state eseguite più di una volta allo stesso paziente, e, in tale ipotesi, se siano state prescritte dallo stesso medico.

Le anomalie dovevano essere raggruppate per singola struttura erogatrice, per le quali, occorreva, anche, evidenziare:

- la presenza o meno dell'accreditamento provvisorio per il settore specialistico cui afferiscono le specifiche prestazioni erogate, secondo quanto disciplinato nell'allegato 2 della DGRC 2108 del 31.12.2008;
- l'avvenuta conferma dei requisiti posseduti da parte dall'ASL competente per territorio;
- la quota parte di prestazioni erogate a pazienti residenti e a pazienti non residenti nell'ASL, in termini percentuali ed in valore assoluto;

CONSIDERATO inoltre

- che con la nota prot. 2814/C del 24.09.2010, tenendo conto dei rilievi al Decreto commissariale n. 40 del 13.07.2010 sollevati nel corso della riunione congiunta del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza del 20.07.2010, si sono precisate le procedure per la verifica sistematica e periodica delle prestazioni contrassegnate dalla lettera R;

RITENUTO

- di ribadire il contenuto della nota del Sub Commissario ad acta prot. 2814/C del 24.09.2010;
- che le ASL debbano sottoporre a verifica sistematica e periodica le prestazioni contrassegnate dalla lettera "R" sulla base dei dati disponibili, attraverso il Sistema TS ed i flussi informativi del file C;
- che tali controlli devono essere effettuati mensilmente, evidenziando, per ciascun codice di prestazione R, le seguenti informazioni:
  - rispetto dei criteri di prescrivibilità di cui al punto 3 dell'allegato 1 del decreto commissariale 40 del 13.07.2010;
  - quantità erogate, suddivise tra:
    - strutture pubbliche e strutture private;
    - residenti nell'ASL e non residenti;
  - quantità prescritte da ogni medico prescrittore;
  - verifica della diagnosi sull'impegnativa SSN;
- nel report da trasmettere alla struttura subcommissariale entro il giorno venti del mese successivo a quello di consegna delle impegnative da parte degli erogatori, le ASL dovranno evidenziare le prestazioni effettivamente rimborsate, le iniziative intraprese a garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni, le contestazioni sollevate in caso di anomalie, le fatture contestate per mancanza dei requisiti;



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

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

## PRESO ATTO

- delle osservazioni formulate nel parere reso congiuntamente dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia e delle Finanze con nota prot. CAMPANIA-DGPROG-25/01/2011-0000039-P;

## CONSIDERATO

- necessario chiarire alcune modalità applicative dei criteri di prescrivibilità di cui al punto 3 dell'Allegato 1 al citato decreto 40;

## RITENUTO che

- in ipotesi di violazione dei criteri di prescrivibilità di cui al punto 3 dell'allegato 1, l'onere della prestazione resta a carico della struttura che ha accettato la prescrizione in difformità e non potrà essere richiesta alcuna remunerazione all'ASL competente, né al paziente. L'ASL, competente, verificherà con il medico prescrittore le motivazioni del mancato rispetto dei richiamati criteri di prescrivibilità;
- la prestazione con codice 91.31.2 "*CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)*" è prescrivibile, a carico del SSR, una sola volta nella vita del paziente, salvo casi documentati di patologie neoplastiche del sangue, e salvo il verificarsi di circostanze eccezionali ed imprevedibili, da documentare a cura del medico prescrittore;

## CONSIDERATO

- che la DGRC 2108 del 31.12.2008 individuava tre diverse modalità di prescrizione per le prestazioni contrassegnate dalla lettera "R":
  - prestazioni senza vincoli di prescrivibilità. Sono tali le prestazioni per le quali non viene indicato alcun criterio nella relativa colonna dell'Allegato 2;
  - prestazioni da effettuare nel rispetto dei criteri di prescrivibilità indicati al punto 5 dell'Allegato 1;
  - prestazioni per le quali è necessaria l'acquisizione dell'autorizzazione rilasciata dai Centri di prescrizione, e, quindi, sottoposte alla preventiva valutazione del medico genetista (associate alla lettera "f" nell'allegato 2 alla DGRC 2108/2008);
- che nell'attivazione dei centri prescrittori di cui al punto 4 dell'allegato 1 alla DGRC 2108 del 31.12.2008 da parte delle AASSLL non sono stati rispettati i tempi e le modalità previste dalla DGRC 2108 del 31.12.2008;
- che, pertanto, in alcune AASSLL e in alcuni periodi, le prestazioni R associate alla lettera "f" nell'allegato 2 alla DGRC 2108 del 31.12.2008, tutte ricomprese nei LEA, pur prescritte dai MMG e/o PLS non avrebbero potuto essere erogate per la mancata attivazione dei centri prescrittori;

*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 citato decreto 40 del 13.07.2010 si è proceduto a disciplinare ulteriormente le prestazioni contrassegnate con la lettera R, con integrazioni e rettifiche alla DGRC 2108 del 31.12.2008;
- che per le prestazioni contrassegnate dalla lettera “R” erogate dopo l’entrata in vigore della DGRC 2108 del 31.12.2008 e fino all’emanazione del decreto commissariale n. 40, sono sorte divergenze in ordine ai comportamenti adottati dalle singole ASL;
- che le AASSLL hanno provveduto alla definizione delle prestazioni contrassegnate dalla lettera “R” in maniera disomogenea, soprattutto per quanto concerne la riconoscibilità dei crediti per le specifiche prestazioni associate alla lettera “f” (esame per il quale occorre l’autorizzazione del Centro di prescrizione);

#### RITENUTO

- che le prestazioni R erogate in conformità alla disciplina della DGRC 2108 del 31.12.2008 fino all’entrata in vigore del decreto commissariale n. 40 del 13.07.2010 vanno remunerate nel rispetto degli ordinari controlli e procedure di pagamento vigenti nelle AASSLL;
- di disciplinare i controlli finalizzati alla remunerazione delle prestazioni “R” associate alla lettera “f” erogate in difetto della prevista preventiva autorizzazione del centro prescrittore;
- che, al fine di prevenire un contenzioso, fonte di eventuale danno erariale, tutte le AASSLL devono verificare se le prestazioni contrassegnate dalla lettera “R” erogate successivamente all’entrata in vigore della DGRC 2108 del 31.12.2008 e specificamente tutte quelle associate alla lettera “f” nell’allegato 2 alla citata DGRC 2108 hanno rispettato i requisiti formali e di appropriatezza appositamente previsti in tale delibera;
- che si può, pertanto, procedere ai pagamenti delle prestazioni R erogate in difetto della prevista preventiva autorizzazione del centro prescrittore solo all’esito di un positivo riscontro dei citati controlli, da concludersi entro il 31.03.2011. Il tutto anche allo scopo di scongiurare il rischio di immotivate disparità di pagamento;
- che, qualora l’ASL avesse già completato il pagamento delle prestazioni “R” associate alla lettera “f”, relativamente all’anno 2009, il rappresentante legale dell’ASL dovrà attestare l’esito positivo dei citati controlli, provvedendo al recupero di eventuali importi non dovuti;
- gli adempimenti in parola costituiscono obiettivo specifico dei legali rappresentanti delle Aziende sanitarie locali e, pertanto, saranno oggetto di valutazione;

Per tutto quanto esposto in premessa e che qui si intende integralmente riportato:

**DECRETA**



*Regione Campania*  
*Il Presidente*

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

1. di ribadire il contenuto della nota del Sub Commissario ad acta prot. 2814/C del 24.09.2010;
  - che le AASSLL debbano sottoporre a verifica sistematica e periodica le prestazioni contrassegnate dalla lettera "R" sulla base dei dati disponibili, attraverso il Sistema TS ed i flussi informativi del file C;
  - tali controlli devono essere effettuati mensilmente, evidenziando, per ciascun codice di prestazione R, le seguenti informazioni:
    - rispetto dei criteri di prescrivibilità di cui al punto 3 dell'allegato 1 del decreto commissariale n. 40 del 13.07.2010;
    - quantità erogate, suddivise tra:
      - strutture pubbliche e strutture private;
      - residenti nell'ASL e non residenti;
    - quantità prescritte da ogni medico prescrittore;
    - verifica della diagnosi sull'impegnativa SSN;

Nel report da trasmettere alla struttura subcommissariale entro il giorno venti del mese successivo a quello di consegna delle impegnative da parte degli erogatori, le AASSLL dovranno evidenziare le prestazioni effettivamente rimborsate, le iniziative intraprese a garanzia dell'appropriatezza delle prestazioni, le contestazioni sollevate in caso di anomalie, le fatture contestate per mancanza dei requisiti;

2. necessario chiarire alcune modalità applicative dei criteri di prescrivibilità di cui al punto 3 dell'Allegato 1 al citato decreto n. 40 del 13.07.2010;
  - in ipotesi di violazione dei criteri di prescrivibilità di cui al punto 3 dell'allegato 1, l'onere della prestazione resta a carico della struttura che ha accettato la prescrizione in difformità e non potrà essere richiesta alcuna remunerazione all'ASL competente, né al paziente. L'ASL, competente, verificherà con il medico prescrittore le motivazioni del mancato rispetto dei richiamati criteri di prescrivibilità;
  - la prestazione con codice 91.31.2 "*CARIOTIPO DA METAFASI LINFOCITARIE 1 Tecnica di bandeggio (Risoluzione non inferiore alle 320 bande)*" è prescrivibile, a carico del SSR, una sola volta nella vita del paziente, salvo casi documentati di patologie neoplastiche del sangue, e salvo il verificarsi di circostanze eccezionali ed imprevedibili, da documentare a cura del medico prescrittore;
1. di stabilire:
  - che le prestazioni R erogate in conformità alla disciplina della DGRC 2108 del 31.12.2008 fino all'entrata in vigore del decreto commissariale n. 40 del 13.07.2010 vanno remunerate nel rispetto degli ordinari controlli e procedure di pagamento vigenti nelle AASSLL;



*Regione Campania*

*Il Presidente*

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

- di disciplinare i controlli finalizzati alla remunerazione delle prestazioni “R” associate alla lettera “f” erogate in difetto della prevista preventiva autorizzazione del centro prescrittore;
  - che, al fine di prevenire un contenzioso, fonte di eventuale danno erariale, tutte le AASSLL devono verificare se le prestazioni contrassegnate dalla lettera “R” erogate successivamente all’entrata in vigore della DGRC 2108 del 31.12.2008 e specificamente tutte quelle associate alla lettera “f” nell’allegato 2 alla citata DGRC 2108 hanno rispettato i requisiti formali e di appropriatezza appositamente previsti in tale delibera;
  - che si può, pertanto, procedere ai pagamenti delle prestazioni R erogate in difetto della prevista preventiva autorizzazione del centro prescrittore solo all’esito di un positivo riscontro dei citati controlli, da concludersi entro il 31.03.2011. Il tutto anche allo scopo di scongiurare il rischio di immotivate disparità di pagamento;
  - che, qualora l’ASL avesse già completato il pagamento delle prestazioni “R” associate alla lettera “f”, relativamente all’anno 2009, il rappresentante legale dell’ASL dovrà attestare l’esito positivo dei citati controlli, provvedendo al recupero di eventuali importi non dovuti;
4. gli adempimenti in parola costituiscono obiettivo specifico dei legali rappresentanti delle Aziende sanitarie locali e, pertanto, saranno oggetto di valutazione;
  5. di inviare il presente provvedimento all’AGC 19 Piano Sanitario Regionale; all’AGC 20 Assistenza Sanitaria; al Settore Stampa, Documentazione e Informazione e Bollettino Ufficiale; al B.U.R.C. per la pubblicazione.

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  
Compensazione della mobilità  
sanitaria intra ed extraregionale.  
Patrimonio delle AA.SS  
Dott. Luigi Riccio