



DIR.GEN./ DIR. STAFF (*)	U.O.D. / Staff
DG 04	00

Regione Campania

GIUNTA REGIONALE

SEDUTA DEL **04/08/2021**

PROCESSO VERBALE

Oggetto :

Definizione dei limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2021 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2022, e autorizzazione alle ASL per la stipula di contratti integrativi per l'esercizio 2021 ai sensi dell'art. 26, commi 2 e 3, del decreto legge 25 maggio 2021 n.73, convertito con modifiche dalla legge 23 luglio 2021 n. 106.

1)	Presidente	Vincenzo	DE LUCA	PRESIDENTE
2)	Vice Presidente	Fulvio	BONAVITACOLA	
3)	Assessore	Nicola	CAPUTO	
4)	”	Felice	CASUCCI	ASSENTE
5)	”	Ettore	CINQUE	
6)	”	Bruno	DISCEPOLO	
7)	”	Valeria	FASCIONE	
8)	”	Armida	FILIPPELLI	
9)	”	Lucia	FORTINI	
10)	”	Antonio	MARCHIELLO	
11)	”	Mario	MORCONE	
	Segretario	Mauro	FERRARA	

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dalla Direzione Generale e delle risultanze e degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità della stessa resa dal Direttore a mezzo di sottoscrizione della presente

PREMESSO

- a. che con deliberazione n. 460 del 20.03.2007 la Giunta regionale ha approvato l'Accordo attuativo ed il Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del SSR ai sensi dell'art. 1, comma 180, della Legge 30.12.2004 n. 311;
- b. che con delibera del Consiglio dei Ministri del 24 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 ai sensi dell'art. 4, commi 1 e 2, del decreto legge 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla legge 29 novembre 2007, n. 222, e successive modifiche;
- c. che l'art. 2, comma 88, della legge del 23.12.2009 n. 191 (legge finanziaria 2010), ha stabilito che: *"Per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate alla data di entrata in vigore della presente legge restano fermi l'assetto della gestione commissariale previgente per la prosecuzione del piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal commissario ad acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale"*;
- d. 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 Programmi operativi di cui all'art. 2, comma 88, della legge n. 191/09;
- e. che in data 10 luglio 2017 il Consiglio dei Ministri ha deliberato la nomina del Presidente della Giunta Regionale a Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario;
- f. che a seguito della delibera del Consiglio dei Ministri del 5 dicembre 2019 e della verifica positiva degli adempimenti ivi previsti, intervenuta nella riunione congiunta del 24 gennaio 2020 del tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il comitato permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza, è cessato il mandato commissariale conferito con la sopra citata deliberazione del Consiglio dei Ministri il 10 luglio 2017, e la Regione Campania è rientrata nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di Piani di rientro dai deficit sanitari;

DATO ATTO

- a. che il decreto del Commissario ad acta n. 10 del 17 gennaio 2020, tra l'altro, ha stabilito i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2019 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2020, approvando i relativi schemi contrattuali da sottoscrivere tra le ASL e le strutture private accreditate, rispettivamente, per l'esercizio 2019 e per l'esercizio 2020;
- b. che la delibera della Giunta regionale n. 450 del 3 agosto 2020 ha stabilito in via definitiva i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2020, disponendo che le ASL e gli erogatori privati avrebbero utilizzato gli schemi contrattuali approvati dal DCA n. 10/2020 per formulare e sottoscrivere le conseguenti modifiche dei contratti per l'esercizio 2020;
- c. che la delibera della Giunta regionale n. 621 del 29 dicembre 2020, nel definire i limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni di assistenza ospedaliera per l'esercizio 2020 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2021, ha aggiornato il quadro della programmazione 2020 e 2021 della spesa soggetta alla cd. *Spending Review* (acquisto di prestazioni sanitarie ospedaliere e di specialistica ambulatoriale dalle strutture private accreditate), utilizzando il maggiore margine (ca. 2%) di flessibilità in più, rispetto al limite complessivo previgente, consentito a decorrere dall'esercizio 2020 dalla modifica dell'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, introdotta dall'art. 45, comma 1-ter, del decreto legge 24 ottobre 2019, n. 124, convertito con modificazioni dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157; ed ha disposto che, in via provvisoria:
 1. *"per l'esercizio 2021 ... i limiti di spesa delle case di cura sono ridotti nella misura dell'1% in meno rispetto al totale limite di spesa 2020; la riduzione, pari ad euro 6.950.000, è accantonata per assicurare uno spazio di manovra per eventuali modifiche / sopravvenienze e, possibilmente entro il 30 giugno 2021, si procederà con successivo provvedimento ad assegnare alle case di cura l'importo accantonato"*;
 2. *"parimenti, nella programmazione 2021 viene effettuata una generale riduzione dell'1% dei tetti di*

spesa assegnati per il 2020 dalla DGRC n. 450 del 03.08.2020 ai centri privati accreditati erogatori di assistenza specialistica ambulatoriale, ad eccezione della branca della dialisi ambulatoriale, per la quale si stima un incremento di almeno l'1,5%";

d. che, pertanto, con la presente delibera si provvede a determinare in via definitiva la programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2021, stabilendo anche, in via provvisoria le variazioni percentuali dei limiti di spesa 2022, rispetto a quelli definitivi del 2021; e si rinvia a successivo provvedimento, in corso di istruttoria, ogni determinazione in merito alla fissazione definitiva dei limiti di spesa 2021 delle strutture ospedaliere private accreditate;

CONSIDERATO

a. che, come negli anni scorsi, anche per l'esercizio 2021 l'istruttoria della programmazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa, assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale si è basata sul criterio della spesa storica, integrato per le diverse branche con la considerazione di specifiche situazioni e fabbisogni, declinato nel rispetto dei limiti tassativi imposti dalla cd. "*Spending Review*", ovvero, dalle disposizioni recate dall'art. 15, comma 14, del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e s.m.i.;

b. che, in merito alla legittimità di tali criteri, la giurisprudenza amministrativa si è espressa positivamente, anche nelle sedi più autorevoli: è sufficiente, in proposito, richiamare le sentenze del Consiglio di Stato – Sezione Terza, n. 3247/2013, 203/2018 e 3796/2018; quest'ultima sentenza così recita: *"... in ordine alla ragionevolezza di un sistema programmatico basato sul riferimento alla produzione dell'anno precedente, questa Sezione si è espressa anche recentemente (16/01/2018, n. 203) richiamando in termini altro precedente della Sezione (sentenza n. 3247 del 12 giugno 2013) in cui è affermato che "l'esigenza di determinare i tetti di spesa e, quindi, delle prestazioni erogabili con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale costituisce per l'Amministrazione sanitaria un'esigenza prioritaria ed ineludibile, ed è quindi inevitabile che, nella concreta determinazione delle somme spettanti alle diverse branche e poi alle diverse aziende, si faccia riferimento, in assenza di più precisi studi sull'evoluzione delle necessità assistenziali e della relativa spesa, alla spesa storica costituita dalle prestazioni erogate negli anni e nei mesi immediatamente precedenti a quello di riferimento, con la possibile applicazione sugli importi così determinati anche di tagli percentuali e di meccanismi di regressione tariffaria" ... Ne consegue, secondo la citata sentenza n. 203/2018, che siffatto modus procedendi assolve in sé anche gli oneri istruttori, in quanto "il volume di spesa raggiunto nell'anno immediatamente precedente" è "suscettibile di costituire una adeguata base di riferimento per la determinazione del fabbisogno per l'anno successivo";*

c. che si è ritenuto, comunque, opportuno elaborare una analisi aggiornata del fabbisogno di prestazioni dei diversi settori dell'assistenza specialistica ambulatoriale, evidenziando anche le approfondite analisi del fabbisogno di determinate tipologie di prestazioni, già approvate dalla Regione negli anni più recenti, che si espone nell'allegato documento "*IL FABBISOGNO REGIONALE DI PRESTAZIONI SANITARIE - Assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera - Anni 2020-2022*";

d. che tale documento costituisce, quindi, l'aggiornamento della cornice entro cui si iscrive la programmazione regionale della domanda e dell'offerta di prestazioni sanitarie, nel rispetto del limite inderogabile dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario pubblico (come recentemente sottolineato dal TAR di Salerno – Sezione II nella sentenza n. 1096/2021, richiamando il nuovo primo comma all'art. 97 della Costituzione, come riformulato dalla legge costituzionale 20 aprile 2012, n. 1) e dei sopra richiamati vincoli di legge, che si applicano specificamente all'acquisto, da parte del SSR pubblico, delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie private accreditate;

CONSIDERATO

a. che, rispetto alla programmazione provvisoria per l'esercizio 2021, operata dalla delibera della Giunta regionale n. 621 del 29 dicembre 2020, con la presente delibera è possibile incrementare di circa euro 6 milioni i tetti di spesa della specialistica ambulatoriale, come si espone nell'allegato n. 1 alla presente delibera, che fornisce il quadro programmatico aggiornato delle prestazioni acquistate dalle strutture sanitarie private soggette alla *Spending Review*, fermo restando l'accantonamento di euro 6.950.000 per il quale, come sopra richiamato, la DGRC n. 621/2020 ha previsto che nel corso del 2021 *"si procederà con successivo provvedimento ad assegnare alle case di cura l'importo accantonato"*;

b. che le modifiche, rispetto ai limiti di spesa provvisori 2021, sono finalizzate, innanzitutto, a garantire le prestazioni di dialisi e di radioterapia, con i seguenti criteri:

1. per la dialisi ambulatoriale si fissano i volumi di prestazioni ed i limiti spesa 2021 nella misura del 1,5% in più, rispetto al consuntivo 2020, come si espone nell'allegato n. 2 alla presente delibera

(confermando, sostanzialmente, l'incremento complessivo del tetto di spesa di questa branca, già previsto per l'esercizio 2021 dalla DGRC n. 621/2020); nella stessa tabella si espongono anche i volumi massimi ed i limiti di spesa provvisori 2022, applicando un ulteriore incremento del 1,5%;

2. per la branca della radioterapia, considerato lo sfioramento di circa euro 2,9 milioni del consuntivo 2020, rispetto al tetto 2020 fissato dalla DGRC n. 450/2020, si è ritenuto necessario incrementare di tale importo i limiti di spesa 2021, aggiungendo un ulteriore incremento prudenziale nella misura del 3%, (circa euro 1,4 milioni), rispetto al dato consuntivo 2020; in tal modo il budget 2021 della radioterapia aumenta, rispetto al budget provvisorio 2021, di complessivi (2,9 + 1,4 =) euro 4,3 milioni;

c. che per le altre branche è stato confermato il limite di spesa provvisorio 2021, con le seguenti eccezioni, che tengono di situazioni particolari, verificate a livello di singole ASL:

1. per la diabetologia, a seguito del recente accreditamento nell'ambito della ASL Napoli 2 Nord di diversi centri privati, si attribuisce per l'esercizio 2021 un budget di euro 1.861.000 (spesa netta) per circa 200 mila prestazioni, in conformità al fabbisogno comunicato dal Direttore Generale della ASL Napoli 2 Nord con nota prot. n. 0021611/u del 28.05.2021;

2. per la medicina nucleare, si aggiorna, poi, il budget provvisorio 2021 delle seguenti ASL:

a) per l'ASL di Avellino si accoglie la richiesta di cui alla nota del Direttore Generale della ASL, prot. n. 0026094 del 06.07.2021, di incrementare il limite di spesa a circa euro 574 mila, considerato il fabbisogno di prestazioni di PET-TAC sul territorio;

b) per l'ASL Napoli 2 Nord si provvede ad incrementare il limite di spesa di circa euro 762 mila, per tenere conto dell'accreditamento, disposto in data 01.07.2021, di un ulteriore centro privato, limitatamente alle prestazioni di PET/TC 92.11.6, 92.11.7 e 92.18.6, necessarie per i pazienti oncologici;

c) per l'ASL Napoli 3 Sud, si dispone per il 2021 la riduzione del budget a circa l'80% del tetto provvisorio, atteso che le proiezioni del consumo del tetto di spesa provvisorio 2021, fornite dalla ASL sulla base del consuntivo del I semestre 2021, confermano per il secondo anno consecutivo una produzione inferiore ai 2/3 del tetto di spesa (ferma restando la possibilità di ripristinare il budget preesistente nel prossimo anno, qualora l'ASL dovesse attestare un significativo incremento del fabbisogno);

d. che, pertanto, per l'esercizio 2021 i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa lorda e netta delle branche di Diabetologia, Branche a Visita, Cardiologia, Laboratorio di Analisi, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica e Radioterapia, sono aggiornati secondo quanto esposto negli allegati n. 3, 4 e 5 alla presente delibera; mentre i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa lorda e netta della branca di Medicina Fisica e Riabilitazione (cd. FKT) sono aggiornati (rispetto all'analogo prospetto approvato dalla DGRC n. 450/2020) come si espone nella tabella seguente:

Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT)	Volumi e limiti di spesa 2021		
	Limite di spesa a tariffa	Limite di spesa netta (*)	per n° prestazioni
ASL Avellino	1.768.973	1.621.125	84.869
ASL Benevento	1.581.324	1.423.521	78.249
ASL Caserta	5.218.432	4.805.064	262.260
ASL Napoli 1 Centro	6.966.840	6.524.298	347.074
ASL Napoli 2 Nord	9.204.807	8.633.592	465.661
ASL Napoli 3 Sud	8.787.586	8.213.139	444.691
ASL Salerno	5.397.823	4.825.755	275.347
TOTALE	38.925.785	36.046.494	1.958.151

(*) Importi in euro al netto del ticket e della quota ricetta

PRECISATO

a. che, analogamente a quanto stabilito per il 2015 dal DCA n. 8/2016, per il 2016 e 2017 dal DCA n. 89/2016, per il 2018 dal DCA n. 84/2018 e per gli esercizi 2019 e 2020 dal DCA n. 10/2020, anche per il biennio 2021 e 2022, in considerazione della specificità della branca della dialisi ambulatoriale, si

applicherà la compensazione tra sottoutilizzi e sforamenti dei tetti di spesa, prima a livello di ASL, e poi a livello regionale; nonché la previsione che, qualora nonostante tali compensazioni dovessero residuare degli sforamenti non coperti, la Regione potrà autorizzare la stipula di contratti integrativi con una decurtazione del 35% della tariffa, in analogia con quanto convenuto per il 2014 ed approvato dal DCA n. 68/2015, e fermo restando il rispetto dei limiti massimi complessivi ammessi dalla normativa sulla Spending Review (DI 95/2012 e s.m.i.);

b. che anche per la branca di radioterapia, in considerazione della specificità di tali prestazioni, si confermano le disposizioni in vigore fin dal DCA n. 85/2011, secondo le quali: *“tutti gli eventuali risparmi di spesa che saranno realizzati ..., rispetto ai limiti di spesa assegnati ... alle ASL per le diverse macroaree / branche delle prestazioni erogate dai soggetti privati, saranno destinati prioritariamente alla copertura della eventuale maggiore spesa per radioterapia, in concorrenza con la branca di dialisi ...; eventuali risparmi realizzati in una ASL, rispetto alla spesa per radioterapia prevista ..., saranno destinati a compensare l'eventuale maggiore spesa prodotta su tali prestazioni in altre ASL”*;

c. che, al fine di fornire a tutti gli erogatori pubblici e privati una prima indicazione, è opportuno stabilire, ancorché in via provvisoria, la variazione dei limiti di spesa netta ad oggi programmabile per l'esercizio 2022, come si espone nell'ultima colonna dell'allegato n. 1: oltre al già accennato incremento del 1,5% per la dialisi ambulatoriale, va previsto un incremento ulteriore del 3% per la radioterapia e, per assicurare l'invarianza della programmazione complessiva, una corrispondente riduzione dello 0,8% dei limiti di spesa delle altre branche;

CONSIDERATO

a. che il decreto legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, all'art. 29 rubricato *“Disposizioni urgenti in materia di liste di attesa”*, ha stabilito, al comma 1, che *“Al fine di corrispondere tempestivamente alle richieste di prestazioni ambulatoriali, screening e di ricovero ospedaliero non erogate nel periodo dell'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2, e, contestualmente allo scopo di ridurre le liste di attesa ... a decorrere dalla data di entrata in vigore del presente decreto e sino al 31 dicembre 2020, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono avvalersi degli strumenti straordinari di cui al presente articolo, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa del personale”*, specificamente previsti nei commi 2 e 3 del medesimo art. 29 del citato DL n. 104/2020;

b. che, per le finalità previste dal comma 1, il successivo comma 8 dell'art. 29 del DL n. 104/2020 ha assegnato alla regione Campania risorse aggiuntive per complessivi euro 44.483.036, con la precisazione, però, che il ricorso agli strumenti straordinari richiamati dai citati commi 2 e 3, secondo quanto stabilito inizialmente dal legislatore, è consentita limitatamente al periodo dalla data di entrata in vigore del decreto e fino al 31 dicembre 2020;

c. che il comma 9 dello stesso art. 29 del DL n. 104/2020 ha previsto, poi, che *“per l'accesso alle risorse di cui al comma 8, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano provvedono ... a presentare al Ministero della salute e al Ministero dell'economia e delle finanze, nell'ambito del programma operativo previsto dall'articolo 18, comma 1, quarto periodo, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 un Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa, con la specificazione dei modelli organizzativi prescelti, dei tempi di realizzazione e della destinazione delle risorse”*;

d. che con DGRC n. 543 del 02.12.2020 è stato approvato il *“Programma operativo per la gestione dell'emergenza da Covid-19 per gli anni 2020 e 2021”* che contiene, conformemente a quanto previsto dal citato comma 9 dell'art. 29 del DL n. 104/2020, il *“Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa”*; tale Piano è stato, poi, integrato e modificato dalla DGRC n. 620 del 29.12.2020, con la quale, tra l'altro, sono state ripartite tra le diverse aziende sanitarie del SSR risorse a valere sul finanziamento di cui al sopra citato comma 8 dell'art. 29 del DL n. 104/2020 per euro 34.810.609, mantenendo accantonata in capo alla gestione sanitaria accentrata la parte residua rispetto all'assegnazione complessiva di euro 44.483.036;

e. che, successivamente, il decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modifiche dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, all'art. 26 ha stabilito:

al comma 1, che: *“Per le finalità del Piano di cui all'articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, ... al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriali non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate nel 2020, a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono ricorrere, dalla data di entrata in vigore del presente decreto e fino al 31 dicembre 2021:*

a) *per il recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione, agli*

istituti già previsti dall'articolo 29, comma 2, lettere a), b) e c), del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 ...;

b) per il recupero delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, agli istituti già previsti dall'articolo 29, comma 3, lettere a), b) e c), del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 ...”

al comma 2, che: *“Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per il raggiungimento delle finalità di cui al comma 1, fermo restando il prioritario ricorso alle modalità organizzative di cui al comma 1, possono integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato, di cui agli accordi contrattuali stipulati per l'anno 2021, ai sensi dell'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale, anche utilizzando eventuali economie derivanti dai budget attribuiti per l'anno 2020. A tal fine le regioni e le province autonome rimodulano il piano per le liste d'attesa adottato ai sensi dell'articolo 29 del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104 ..., prevedendo, ove ritenuto, il coinvolgimento delle strutture private accreditate e conseguentemente rimodulando l'utilizzo delle relative risorse. Le strutture private accreditate eventualmente interessate dal periodo precedente rendicontano alle rispettive regioni entro il 31 gennaio 2022 le attività effettuate nell'ambito dell'incremento di budget assegnato, anche ai fini della valutazione della predetta deroga”;*

al comma 3 che: *“Per l'attuazione delle finalità di cui ai commi 1, 2 ... le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano utilizzano le risorse non impiegate nell'anno 2020, previste dall'articolo 29, comma 8, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, ... nonché quota parte delle economie di cui all'articolo 1, comma 427, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, qualora tali economie non siano utilizzate per le finalità indicate dal medesimo articolo 1, comma 427, secondo le modalità indicate nei rispettivi Piani per il recupero delle liste d'attesa opportunamente aggiornati e dando priorità agli utilizzi secondo le modalità organizzative di cui al comma 1 e solo in via residuale alle modalità individuate ai sensi del comma 2. Il Ministero della salute monitora le attività effettuate dalle regioni e province autonome a valere sui finanziamenti di cui al presente comma”;*

f. che, in attuazione della normativa appena richiamata, la Giunta regionale con delibera n. 353 del 04.08.2021 ha approvato il: *“Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa. Aggiornamento della DGRC n. 620/2020 ai sensi dell'art. 26 del D.L. 25 maggio 2021, n.73 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106”*, completando l'assegnazione alle AA.SS. del finanziamento di euro 44.483.036 di cui al comma 8 dell'art. 29 del DL n. 104/2020, e mettendo a disposizione di eventuali contratti integrativi con le strutture private accreditate – ai sensi del combinato disposto del comma 427 dell'art. 1 della legge n. 178/2020 e del comma 4 dell'art. 26 del DL n. 73/2021 – economie per complessivi euro 37.261.448, realizzate sui finanziamenti concessi per l'emergenza COVID dal DL 18/2020 e, precedentemente, destinate alle finalità, sempre relative all'emergenza COVID, previste dai commi 423 e 425 dell'art. 1 della legge 178/2020;

g. che, in conformità al comma 2 dell'art. 26 del DL n. 73/2021, sono inoltre disponibili per le finalità di cui al comma 1 del medesimo articolo anche le economie realizzate sui budget 2020, assegnati dalla Regione alle strutture private accreditate; tali economie, sulla base dei dati preconsuntivi forniti dalle ASL, assommano per il complesso delle strutture private che erogano assistenza specialistica e assistenza ospedaliera, a circa euro 56 milioni, che risultano accantonati nel conto economico consolidato del Servizio sanitario regionale per l'esercizio 2020; di tali economie, prudenzialmente, con il presente provvedimento si procede a mettere a disposizione dei budget integrativi, previsti dal comma 2 dell'art. 26 del DL n. 73/2021, circa 2/3 che, sommati alle suddette economie di euro 37.261.448, consentono di fissare in circa euro 72 milioni i budget integrativi dell'assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2021, approvati dal presente provvedimento;

DATO ATTO

a. che la cospicua riduzione delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, intervenuta nel 2020 a causa dell'emergenza COVID, ha determinato una conseguente maggiore domanda delle medesime prestazioni nell'anno corrente, tra l'altro, con l'effetto, evidenziato nel sopra citato *“Piano Operativo Regionale per il recupero delle liste di attesa. Aggiornamento della DGRC n. 620/2020 ai sensi dell'art. 26 del D.L. 25 maggio 2021, n.73 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106”*, di determinare un più rapido esaurimento dei budget assegnati ai centri privati erogatori di assistenza specialistica ambulatoriale, stimabile in circa due mesi di minore copertura, come si evidenzia nella tabella esposta nell'allegato n. 6 alla presente delibera;

b. che è opportuno sottolineare che tale tabella è basata sui preconsuntivi 2020 e sui monitoraggi 2021 forniti dalle ASL in corso d'anno, laddove ancora per il 2020 e, a maggior ragione, per il 2021, il

completamento di tutti i controlli, anche in contraddittorio con le strutture interessate, può determinare risultati parzialmente diversi;

c. che, sulla base delle previsioni di esaurimento dei limiti di spesa vigenti, si è provveduto a formulare i budget integrativi per l'esercizio 2021, esposti nell'allegato n. 7, nella misura di circa 1/3 della differenza tra la stima per ciascuna ASL dell'importo che sarebbe necessario per portare a fine anno il consumo del tetto di spesa di ogni branca e quello definitivamente assegnato dalla presente delibera;

d. che per la branca della dialisi ambulatoriale non è stato determinato alcun budget integrativo, perché il limite di spesa 2021 assegnato a tale branca dalla presente delibera dovrebbe essere sufficiente a coprire interamente la domanda di tali prestazioni (tenuto conto anche della possibilità di compensazione tra sforamenti e sottoutilizzi a livello di ASL e tra le diverse ASL, consentita per questa branca);

e. che il budget integrativo per l'esercizio 2021, assegnato alla branca di Laboratorio di Analisi, deve intendersi relativo alle sole prestazioni "non R", poiché, sulla base della valutazione del fabbisogno delle prestazioni di Patologia Clinica contrassegnate dalla lettera "R" (quasi interamente costituite da prestazioni di Genetica Medica), effettuata con il DCA n. 58/2018, il fabbisogno appropriato di tali prestazioni risulta sostanzialmente soddisfatto, sia per l'anno 2020 che per l'anno in corso, attraverso l'attività delle strutture pubbliche ed il concorso dei budget specifici, assegnati alle strutture private;

RITENUTO

- a. che le prestazioni comprese nei budget integrativi 2021, assegnati dal presente provvedimento:
1. devono essere erogate dalle strutture private accreditate esclusivamente a cittadini residenti in Campania, considerata la finalità essenziale di recupero delle minori attività svolte nel 2020 a seguito dell'emergenza COVID;
 2. potranno essere erogate non prima del 1° settembre 2021, a meno che a tale data il budget "ordinario" non risulti ancora non esaurito: dovrà, quindi, essere cura di ciascuna ASL di comunicare formalmente a tutte le strutture private interessate la data effettiva di inizio della possibilità di attingere ai budget integrativi assegnati dalla presente delibera;
 3. dovranno essere tracciate sul flusso informativo "FILE C", anche ai fini della specifica rendicontazione richiesta entro il 31.01.2022 dal comma 2 dell'art. 26 del DL n. 73/2021; a tal fine le strutture interessate inseriranno nel tracciato C2, alla posizione 202 (campo alfanumerico di un solo carattere) il numero "9";
 4. dovranno essere fatturate separatamente, riportando nella fattura l'indicazione: "*Prestazioni rese utilizzando il budget integrativo assegnato dalla DGRC n. 353 del 04/08/2021*";
 5. dovranno essere oggetto di specifico e separato monitoraggio da parte delle ASL, al fine di comunicare ogni mese alle strutture private la data prevista di esaurimento del budget integrativo e, successivamente, la data consuntiva;
- b. che ad esse si applicheranno tutte le limitazioni vigenti per i budget "ordinari", con specifico riferimento ai limiti inerenti ai valori medi di branca e/o tipologie di strutture o di prestazioni, secondo le regole definite, da ultimo, nel DCA n. 10/2020; riguardo, invece, al limite del 10% di incremento del numero di prestazioni rispetto all'anno precedente, per assicurare una sana competizione tra le strutture private ed evitare comportamenti opportunistici, il limite sarà applicato sul totale delle prestazioni rese nell'esercizio 2021, sommando quelle rese da ciascun centro nell'ambito del budget "ordinario" e del budget "integrativo" e depurando la percentuale di variazione dalla variazione percentuale della somma dei due budget, rispetto al budget dell'anno prima (tenuto conto di eventuali variazioni del numero di strutture che hanno consumato il budget "ordinario" 2020 ed uno o entrambi dei budget 2021);
- c. che per la branca di Medicina Fisica e Riabilitazione (cd. FKT), per la quale la normativa vigente prevede l'assegnazione di un tetto individuale da parte della ASL, viene consentito che la ripartizione del budget integrativo sui diversi centri privati sia effettuata dalla ASL tenendo conto del maggiore o minore esaurimento, nel corso del 2021, del budget "ordinario" assegnato alle singole strutture;

RITENUTO, altresì,

che sia opportuno incaricare il Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR affinché con proprio decreto emani entro venti giorni dalla approvazione della presente delibera gli schemi dei protocolli d'intesa con le Associazioni di Categoria e dei contratti ex art- 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, da applicarsi per l'esercizio 2021, sia per i limiti di spesa "ordinari" che per i budget "integrativi" assegnati dalla presente delibera, sulla base degli schemi già approvati per l'esercizio 2020 dal DCA n. 10/2020 e delle prescrizioni tutte recate dalla presente delibera;

DATO ATTO

- a. che per l'assistenza ospedaliera erogata dalle case di cura private e dall'IRCCS ICS Maugeri di Telese Terme, nonché per l'assistenza ospedaliera e specialistica erogata dagli Ospedali Religiosi, l'eventuale assegnazione di budget integrativi per l'esercizio 2021, ai sensi dei commi 2 e 3 dell'art. 26 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modifiche dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, sarà oggetto di separati e successivi provvedimenti;
- b. che per tutto quanto non modificato dalla presente delibera, rimangono in vigore le disposizioni recate dal citato decreto del Commissario ad acta n. 10 del 17 gennaio 2020, come modificato integrato dalla delibera della Giunta regionale n. 450 del 3 agosto 2020;

Alla stregua della istruttoria tecnico-amministrativa effettuata dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento con il SSR

DELIBERA

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

1. di **APPROVARE** l'allegato documento "IL FABBISOGNO REGIONALE DI PRESTAZIONI SANITARIE - Assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera - Anni 2020-2022", nonché gli allegati da n. 1 a n. 7, che costituiscono parte integrante e sostanziale della presente delibera.
2. di **APPROVARE** specificamente tutte le indicazioni e disposizioni dettagliatamente esposte nelle premesse alla presente delibera e, in particolare:
 - a. di **INCARICARE** il Direttore Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del SSR affinché con proprio decreto emani entro venti giorni dalla approvazione della presente delibera gli schemi dei protocolli d'intesa con le Associazioni di Categoria e dei contratti ex art. 8-quinquies con gli erogatori privati accreditati, da applicarsi per l'esercizio 2021, sia per i limiti di spesa "ordinari" che per i budget "integrativi" assegnati dalla presente delibera, sulla base degli schemi già approvati per l'esercizio 2020 dal DCA n. 10/2020 e delle prescrizioni tutte recate dalla presente delibera.
 - b. di **STABILIRE** che le prestazioni comprese nei budget integrativi 2021, assegnati dal presente provvedimento:
 - b1. potranno essere erogate non prima del 1° settembre 2021, a meno che a tale data il budget "ordinario" non risulti ancora non esaurito: dovrà, quindi, essere cura di ciascuna ASL di comunicare formalmente a tutte le strutture private interessate la data effettiva di inizio della possibilità di attingere ai budget integrativi assegnati dalla presente delibera;
 - b2. siano tracciate sul flusso informativo "FILE C", anche ai fini della specifica rendicontazione richiesta entro il 31.01.2022 dal comma 2 dell'art. 26 del DL n. 73/2021; a tal fine le strutture interessate inseriranno nel tracciato C2, alla posizione 202 (campo alfanumerico di un solo carattere) il numero "9";
 - b3. siano fatturate separatamente, riportando nella fattura l'indicazione: "Prestazioni rese utilizzando il budget integrativo assegnato dalla DGRC n. 353 del 04/08/2021";
3. di **STABILIRE** che le ASL e le strutture private accreditate dovranno sottoscrivere i contratti ex art. 8-quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. per i limiti di spesa "ordinari", assegnati dalla presente delibera, entro il 15 settembre 2021. Entro la stessa data dovranno essere sottoscritti anche i contratti ex art. 8-quinquies per i budget "integrativi", laddove il tetto di spesa "ordinario" risulti già esaurito. Diversamente, i contratti per i budget "integrativi" dovranno essere sottoscritti entro 10 giorni dalla formale comunicazione della ASL alle strutture private di avvenuto esaurimento del tetto di spesa "ordinario".
4. di **STABILIRE** che la remunerazione a carico del S.S.R. delle prestazioni erogate da ciascuna struttura privata è subordinata alla sottoscrizione da parte della stessa di specifico contratto ai sensi dell'art. 8-quinquies, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. con la ASL nel cui territorio è ubicata, e non può eccedere i limiti di spesa fissati nella presente delibera e riportati nel suddetto contratto.
5. di **PRECISARE** che i limiti di spesa fissati dalla presente delibera hanno natura programmatica e non determinano, quindi, di per sé il diritto ad erogare prestazioni a carico del SSR: rimane, infatti, obbligo della ASL territorialmente competente verificare prima della stipula dei contratti con i singoli operatori privati accreditati, nonché periodicamente, la sussistenza e la permanenza dei requisiti tecnici e normativi necessari per poter erogare prestazioni sanitarie con oneri a carico del SSR.
6. di **STABILIRE** che la presente delibera sarà immediatamente notificata alle Aziende Sanitarie Locali e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutte le strutture private interessate.
7. di **TRASMETTERE** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di adeguarlo alle eventuali osservazioni formulate dagli stessi.
8. di **TRASMETTERE** il presente atto alla Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alla Direzione Generale per le Risorse Finanziarie, ai Direttori Generali delle

Aziende Sanitarie Locali e all'Ufficio competente per la pubblicazione nella sezione trasparenza del sito istituzionale della Regione Campania.



GIUNTA REGIONALE DELLA CAMPANIA

DELIBERAZIONE n°	354	del	04/08/2021	DIR.GEN./DIR. STAFF (*)	UOD/STAFF DIR.GEN.
				DG 04	00

OGGETTO :

Definizione dei limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2021 e, in via provvisoria, per l'esercizio 2022, e autorizzazione alle ASL per la stipula di contratti integrativi per l'esercizio 2021 ai sensi dell'art. 26, commi 2 e 3, del decreto legge 25 maggio 2021 n.73, convertito con modifiche dalla legge 23 luglio 2021 n. 106.

QUADRO A	CODICE	COGNOME	MATRICOLA	FIRMA
PRESIDENTE <input type="checkbox"/> ASSESSORE <input type="checkbox"/>		<i>Presidente De Luca Vincenzo</i>		<i>05/08/2021</i>
DIRETTORE GENERALE / DIRIGENTE STAFF		<i>Avv. Postiglione Antonio</i>	<i>15437</i>	<i>05/08/2021</i>

VISTO DIRETTORE GENERALE ATTIVITA' ASSISTENZA GIUNTA	COGNOME	FIRMA	
DATA ADOZIONE	<i>04/08/2021</i>	INVIATO PER L'ESECUZIONE IN DATA	<i>05/08/2021</i>

AI SEGUENTI UFFICI:

- 40 . 1 : Gabinetto del Presidente**
- 50 . 4 : DG per la tutela della salute e il coordin. del sist. sanitario regionale**
- 50 . 13 : Direzione generale per le risorse finanziarie**

Dichiarazione di conformità della copia cartacea:

Il presente documento, ai sensi del T.U. dpr 445/2000 e successive modificazioni è copia conforme cartacea dei dati custoditi in banca dati della Regione Campania.

Firma

(*)

DG= Direzione Generale

US= Ufficio Speciale

SM= Struttura di Missione

UDCP= Uffici di Diretta Collaborazione con il Presidente