

1. Premessa

La delibera della Giunta regionale n. 599 del 28 dicembre 2021 ha disposto il passaggio dal 1° gennaio 2022 alla impostazione dei tetti di spesa “di struttura” anche per le branche della Diabetologia, Cardiologia, Branche a Visita, Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), Medicina Nucleare, Radiodiagnostica e Radioterapia, che fino al 2021 avevano mantenuto la precedente impostazione del cd. *tetto di branca*.

A tal fine, la stessa DGRC n. 599/2021 ha previsto una fase provvisoria per il periodo gennaio – aprile 2022, durante la quale raccogliere dalle ASL ed istruire la documentazione elencata nell’Allegato A alla stessa delibera. Ed ha stabilito che: “... sulla base dell’esame della ulteriore documentazione di cui ai precedenti punti ... e degli approfondimenti intervenuti con le ASL medesime e con i soggetti privati e/o loro Associazioni, entro il 30 aprile 2022 si procederà ad approvare in via definitiva i tetti di spesa “di struttura” per l’esercizio 2022, con le eventuali modifiche ed aggiornamenti, rispetto a quelli approvati in via provvisoria dalla presente delibera”.

Nei mesi scorsi, oltre alle elaborazioni richieste alle ASL, sono pervenute alla Direzione Generale per la Tutela della Salute numerose proposte di miglioramento e segnalazioni di criticità, sia da parte di singoli centri privati che di loro associazioni. Si è svolto, quindi, un costruttivo confronto, pervenendo alla riunione del 26 aprile scorso con i rappresentanti di tutte le associazioni di categoria della specialistica ambulatoriale, nella quale sono state anticipate e discusse le linee principali della presente delibera, come da verbale agli atti della Direzione Generale per la Tutela della Salute.

Il Consiglio Regionale della Campania ha approvato la mozione n. 36 del 4 febbraio 2022, dando atto che la DGRC n. 599/2021, nel sancire “il passaggio dal sistema dei tetti di spesa “di branca”, a quello dei tetti “di struttura”, attraverso una definizione su base mensile dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati tetti di spesa”, ha perseguito “la finalità ... di razionalizzare l’offerta di prestazioni sanitarie della macroarea, che negli anni scorsi ha evidenziato una cronica assenza di programmazione dell’effettivo fabbisogno, la sottoscrizione dei contratti intempestiva e l’esaurimento anzitempo del budget assegnato alle ASL, con il conseguente blocco erogativo delle prestazioni, un incremento della domanda indotta dagli erogatori e un eccesso di contenzios”. Ed ha sottolineato la necessità e l’urgenza “che, contestualmente alla razionalizzazione della disciplina dei rapporti con gli erogatori privati, si provveda a potenziare e ottimizzare la rete dell’offerta pubblica”.

L’Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato – AGCM, con parere del 3 marzo 2022, reso ai sensi dell’articolo 21-bis della legge 10 ottobre 1990, n. 287, si è espressa in merito alla DGRC n. 599/2021. In linea di principio, l’Autorità vede nel passaggio dall’impostazione “per branca” a quella “per struttura” “un elemento più funzionale al raggiungimento dell’obiettivo di individuare criteri di definizione dei budget idonei a tenere conto dei risultati effettivamente ottenuti da ciascuna struttura. L’assegnazione dei budget avviene infatti in favore di una singola struttura, e non più a livello di ASL, lasciando quindi spazio per una valutazione in concreto delle performance su base individuale”. La stessa Autorità ha, però, evidenziato gli effetti restrittivi della concorrenza, che deriverebbero dalla adozione di tetti di spesa “di struttura”, qualora si adotti solo il “criterio della spesa storica che consiste nell’attribuire ogni anno alle singole strutture private convenzionate lo stesso budget dell’anno precedente”.

Nel seguito della presente Relazione Tecnica, si provvede, quindi, ad evidenziare le ulteriori innovazioni e miglioramenti, introdotti rispetto alla disciplina recata dalla DGRC n. 599/2021.

2. Risorse disponibili per i tetti di spesa 2022

La presente delibera aggiorna i limiti di spesa per l’esercizio 2022, fissati per ciascuna branca dell’assistenza specialistica ambulatoriale da acquistare dalle strutture private accreditate nell’allegato n. 1 - *Quadro delle prestazioni da privato soggette alla Spending Review (DL 95/2012 e s.m.i.)*, sia per tenere conto dei dati preconsuntivi 2021 delle diverse branche dell’assistenza specialistica ambulatoriale, sia per integrare i limiti di spesa 2022 per le finalità previste dall’articolo 26, commi 1 e 2,

Allegato A – Relazione Tecnica

del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, le cui disposizioni sono state prorogate fino al 31 dicembre 2022 dall'art. 1, comma 276, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. Per queste ultime finalità, rivolte al recupero delle minori prestazioni sanitarie erogate nel 2020 a causa della pandemia da COVID-19, sono state individuate risorse aggiuntive per complessivi euro 50.000.000, composte da:

- euro 17.237.830,00 assegnati alla Regione Campania dall'art. 1, comma 276, della legge 30 dicembre 2021, n. 234;
- euro 22.415.053,99 derivanti da economie sui fondi COVID assegnati alla Regione Campania per l'esercizio 2020 ai sensi dell'art. 2, commi 5 e 7, del DL 34/2020;
- euro 10.347.116,01 derivanti da economie sui fondi COVID assegnati alla Regione Campania per l'esercizio 2021 ai sensi dell'art. 2, comma 10, del DL 34/2020.

Rispetto alla programmazione provvisoria dei tetti di spesa 2022, stabilita dalla DGRC n. 354/2021 e non modificata (negli importi complessivi) dalla DGRC n. 599/2021, tali risorse sono attribuite:

- per euro 33.000.000 ad integrazione dei limiti di spesa 2022 dell'assistenza specialistica ambulatoriale acquistata dalle strutture private accreditate;
- per euro 15.000.000 ad integrazione dei limiti di spesa 2022 dell'assistenza ospedaliera erogata dalle case di cura private accreditate: importo che si aggiunge ai 20.850.000 già accantonati dalla DGRC n. 497/2021 per essere ripartiti alle case di cura nel corso dell'esercizio 2022;
- per euro 2.000.000 ad integrazione dei limiti di spesa 2022 dell'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale acquistata dagli Ospedali Religiosi e dall'IRCCS ICS Maugeri.

3. Nuovo conteggio dei tetti di struttura 2022

Il nuovo conteggio dei tetti di spesa 2022 si basa sul fatturato liquidabile degli esercizi 2018, 2019, 2020 e 2021, comunicato dalle ASL alla Direzione Generale per la Tutela della Salute nell'ambito della documentazione richiesta nell'Allegato A alla DGRC n. 599/2021. Si evidenzia che la base dati utilizzata per la presente delibera, in considerazione del suo volume, è oggetto di presa d'atto e pubblicazione sul sito istituzionale della Regione attraverso un apposito decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute, in corso di emissione. In sede di notifica della presente delibera a tutte le strutture private interessate, si provvederà a fornire le indicazioni per accedere a detta documentazione.

Si è, quindi, proceduto ad estendere la base dati sulla quale calcolare il tetto individuale di struttura al biennio anteriore alla pandemia da COVID-19. Inoltre, dai quattro esercizi considerati, è stata calcolata la media dei soli due importi maggiori del fatturato liquidabile (al netto di tutti gli abbattimenti previsti dalla normativa *pro tempore* vigente). Tale media è stata, poi, utilizzata come *driver* per attribuire i tetti di spesa alle singole strutture, in proporzione al budget disponibile per ogni ASL / branca.

Il numero di prestazioni acquistabile nel limite del tetto di spesa è stato determinato in misura diversa, per ciascuna branca / raggruppamento dei centri per tipologie omogenee, in base alle classificazioni fissate nell'art. 6 degli schemi di contratto allegati alla DGRC n. 599/2021 ed ai valori medi comunicati dalle ASL.

Particolare attenzione è stata rivolta alla previsione dei tetti di spesa per i nuovi soggetti accreditati, ai quali è stato attribuito un primo tetto di spesa in base alla valutazione del *budget* di situazioni similari. Inoltre, è stato redatto l'allegato A.1, contenente un elenco di nuovi accreditamenti e situazioni particolari, con relative indicazioni operative alle ASL.

Per le aggregazioni dei Laboratori di Analisi, i dati 2018 – 2021, sui quali è stata calcolata la media dei due risultati migliori, sono stati tutti attribuiti all'attuale HUB, come si può verificare

dall'apposito allegato inserito nel sopra citato decreto di presa d'atto in corso di pubblicazione. Per le variazioni intervenute a fine 2021, o dall'inizio del 2022, nella composizione delle aggregazioni, si stabilisce che le ASL in cui operano gli HUB e gli SPOKE interessati, provvedono entro il 31 maggio p.v. con proprie delibere coordinate, a spostare in compensazione gli importi dei tetti di spesa relativi ai centri che hanno costituito o modificato la composizione delle loro aggregazioni. Tali delibere dovranno essere trasmesse alla Direzione Generale per la Tutela della Salute, che ne prenderà atto per la Regione con proprio decreto, e alla So.Re.Sa. S.p.A., che terrà un *database* aggiornato con tutte le modifiche intervenute nelle aggregazioni dei laboratori e nel loro tetto di spesa.

Più in generale, tutte le strutture accreditate potranno riscontrare la base dati utilizzata per la presente delibera e, se del caso, chiederne la correzione alla ASL competente. In tal caso, l'ASL dovrà definire entro giugno p.v., con il supporto tecnico della So.Re.Sa. S.p.A. e della Direzione Generale per la Tutela della Salute, eventuali correzioni dei tetti di spesa individuali approvati dalla presente delibera. Tali correzioni dovranno essere deliberate dalla/e ASL competente/i, con delibera immediatamente esecutiva, e assunte dalla Regione per presa d'atto con decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute.

Poiché per ciascuna struttura il nuovo tetto di spesa risulta di importo diverso (maggiore o anche minore) rispetto a quello provvisorio stabilito dalla DGRC n. 599/2021, per uniformità si stabilisce che la differenza in più o in meno deve essere ripartita a carico delle mensilità residue, salvo diverso accordo tra i singoli centri e le ASL competenti.

4. Margine di deroga ai tetti mensili

Nella DGRC n. 599/2021 si è stabilito che le prestazioni eccedenti il dodicesimo del tetto di spesa non saranno remunerate. Si è precisato che questo vincolo deve essere rispettato sul progressivo del valore economico, al netto della compartecipazione dell'utente, delle prestazioni rese nel corso dell'anno solare. E si è dichiarata ammissibile una tolleranza non superiore al 30% del tetto di spesa netta mensile (50% per i Laboratori di Analisi che nel 2021 hanno prodotto più di 200 mila prestazioni), con obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre 2022, a condizione che le prestazioni rese dopo l'esaurimento del dodicesimo mensile abbiano l'indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG ("U" = "Priorità Urgente", oppure "B" = "Priorità Breve", poi riportata nel campo "35.0: Livello di Priorità della richiesta" del FILE C).

Si ritiene opportuno far rientrare nel suddetto margine di tolleranza anche le prestazioni che i pazienti devono effettuare con precise scadenze temporali nell'ambito dei PDTA, a cominciare da quelli oncologici, elevando nel contempo il margine del 30% al 50% e quello del 50% all'80%. Tuttavia, per uniformare l'applicazione di questo criterio, è necessario che la Direzione Generale per la Tutela della Salute provveda, anche con il supporto tecnico della So.Re.Sa. S.p.A., a definire ed attuare tutti i passaggi necessari affinché le richieste di tali prestazioni siano opportunamente qualificate e tracciate nei flussi informativi, a cominciare dai PDTA dei pazienti affetti dalle patologie oncologiche, cardiache e del metabolismo (come il diabete). Successivamente, il Direttore Generale per la Tutela della Salute emanerà appositi decreti, con i quali si darà atto delle prestazioni ammissibili per specifici PDTA e del mese solare dal quale si attiverà l'incremento sopra previsto del margine mensile.

Si segnala, poi, che l'effettuazione di prestazioni rientranti nei PDTA, "*individuate e codificate con apposito decreto direttoriale da emanare allo scopo*", è inserita nei parametri di valutazione (indicatore n. 11) definiti nell'Allegato B ai fini della metodologia di determinazione e variazione dei tetti di spesa "*volta a garantire, da un anno all'altro, dinamismo e variabilità nella determinazione dei tetti individuali di struttura, in modo da premiare i comportamenti ritenuti maggiormente performanti*".

5. Ulteriori criteri di determinazione dei tetti di struttura: le misure che consentono la concorrenzialità

Negli allegati da 2.1 a 2.6 si espongono, rispettivamente, i tetti di struttura delle branche della Diabetologia, Branche a Visita, Cardiologia, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica e Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi).

In tali allegati è riportata in calce una sintesi per ASL delle assegnazioni operate, dalla quale si evidenziano, tra l'altro, l'integrazione ex art. 26 del DL 73/2021 e s.m.i., gli specifici accantonamenti e/o incrementi per situazioni particolari, e gli accantonamenti operati sul budget 2022 per dare copertura a:

- a) nuovi accreditamenti, integrazioni e situazioni particolari;
- b) prestazioni extra tetto da remunerare in regressione tariffaria.

L'accantonamento sub a) è operato nella misura di circa il 2% del budget.

L'accantonamento sub b) è operato nella misura del 3% del budget. Questo accantonamento ha la seguente finalità.

La precedente impostazione dei tetti di spesa "*di branca*" prevedeva due importanti limitazioni:

- 1) le prestazioni erogate potevano essere incrementate annualmente al massimo del 10% (cd. "*overselling*"): limite oltre il quale le prestazioni non erano riconosciute liquidabili;
- 2) il *mix* delle prestazioni erogate non poteva essere sbilanciato verso quelle di maggiore importo unitario, in modo da evitare la selezione delle prestazioni di maggiore ricavo unitario ed assicurare all'utenza la disponibilità di tutte le prestazioni: vincolo di non superare di oltre il 10% il costo medio della branca / raggruppamento dei centri per tipologie omogenee.

Queste due limitazioni avevano, quindi, la funzione di moderare la concorrenza tra le diverse strutture, limitando in misura ragionevole le possibilità di crescere ogni anno in quantità e fatturato, sottraendo *budget* alle altre strutture.

La seconda limitazione è rimasta operante anche nella nuova impostazione dei tetti di spesa "*di struttura*", che consentono comunque a ciascun centro di orientare il proprio *mix* produttivo verso prestazioni di diverso valore unitario, entro il limite prefissato.

La possibilità di incrementare le quantità erogate e, quindi, il fatturato può invece essere consentita nella nuova impostazione dei tetti "*di struttura*" attraverso due strumenti: l'introduzione di meccanismi di premialità / penalizzazione, che consentono una variabilità del *budget* individuale da un anno all'altro (a questa innovazione è dedicato l'Allegato B alla presente delibera, riguardante la nuova metodologia di determinazione e aggiornamento dei tetti di spesa di anno in anno); l'altro strumento consiste nel consentire, alle strutture che lo ritengano vantaggioso, di produrre un extra tetto che – entro il 10% del tetto di spesa netta – potrà essere remunerato a consuntivo nella misura di almeno il 30%. Tale remunerazione, infatti, avverrà attraverso l'utilizzo dell'accantonamento sub b). E potrà risultare anche significativamente maggiore del 30% poiché a tale remunerazione saranno imputati anche:

- i residui non utilizzati dell'accantonamento sub a);
- eventuali sottoutilizzi dei tetti individuali di altre strutture,

purché non siano oggetto di contenzioso e, quindi, siano economie solo apparenti.

Si sottolinea che la parziale remunerazione del fatturato extra tetto, contenuto nel 10% dei tetti di spesa netta, è pienamente giustificata dalla considerazione che, in condizioni normali, il fatturato realizzato entro il tetto di spesa dovrebbe aver già ampiamente coperto i costi fissi; per cui il costo marginale delle prestazioni extra tetto dovrebbe plausibilmente consistere solo nei costi variabili diretti.

Si segnala, infine, che l'effettuazione di prestazioni extra tetto in regressione tariffaria è inserita nei parametri di valutazione (indicatore n. 7) definiti nell'Allegato B ai fini della metodologia di determinazione e variazione dei tetti di spesa "*volta a garantire, da un anno all'altro, dinamismo e*

variabilità nella determinazione dei tetti individuali di struttura, in modo da premiare i comportamenti ritenuti maggiormente performanti”.

6. Prestazioni rese a residenti fuori regione

Nella presente delibera si conferma la regolamentazione delle prestazioni erogate a utenti residenti in altre regioni o stranieri, già stabilita nell'Allegato A alla DGRC n. 599/2021.

7. Prestazioni “R”

Per le prestazioni della branca di Laboratorio di Analisi, i tetti di struttura sono esposti nell'allegato 2.6 con la stessa ripartizione fra le prestazioni “non R”, le prestazioni “R” escluse le 7R e le “7 Prestazioni “R” Alto Costo ex DCA 101/13” già utilizzata nell'allegato n. 1 alla DGRC n. 599/2021. Tutti i tetti di struttura, però, sono ora calcolati con la nuova metodologia sopra esposta. Anche per le prestazioni “R” il tetto di spesa individuale è stato determinato in base ai due migliori importi di fatturato liquidabile 2018 – 2021. Tuttavia, le ASL hanno segnalato tre criticità:

- 1) alcuni centri sono accreditati per effettuare alcune prestazioni “R” pur essendo accreditati solo per i settori A1 e A2 e, quindi, non per la genetica;
- 2) alcuni centri, per i quali risulta calcolato un tetto di spesa per prestazioni “R”, non sono accreditati per eseguire tali prestazioni;
- 3) nella applicazione del decreto dirigenziale n. 348/2021, che ha innovato le modalità di prescrizione e di erogazione dei test genetici, sussistono difficoltà operative ai fini del rispetto della separazione fra il tetto di spesa delle prestazioni “R” escluse le 7R, e quello delle “7 Prestazioni “R” Alto Costo”.

Per tali motivi si dispone che:

- a) Le ASL devono verificare lo stato dell'accreditamento dei singoli centri ai fini della erogabilità delle prestazioni comprese nei tetti di spesa individuali delle prestazioni “R”, assegnati nell'allegato 2.6 e, qualora la struttura non sia accreditata per tali prestazioni, aggiungeranno l'importo del tetto di spesa delle prestazioni “R” a quello delle prestazioni “non R”.
- b) Tutti i centri dotati di idoneo accreditamento dei propri settori (ad es. settori A1 e A2 e metodica PCR), qualora non abbiano nell'allegato 2.6 un tetto di spesa assegnato per tali prestazioni, ovvero il tetto assegnato sia inferiore al 2% del loro tetto complessivo (lordo), potranno erogare le prestazioni “R” rientranti nei settori per i quali sono accreditati, nel limite del 2% del loro tetto complessivo (lordo).
- c) Dal 2022 è consentita l'osmosi fra il tetto di spesa delle prestazioni “R” escluse le 7R, e quello delle “7 Prestazioni “R” Alto Costo”, nel rispetto del tetto complessivo delle prestazioni “R” e dei distinti vincoli di costo medio vigenti per i due raggruppamenti di prestazioni.

8. Disposizioni particolari per le branche della Radioterapia e della Dialisi

Per la branca della Radioterapia, in considerazione delle specificità di queste prestazioni, si ritiene necessario stabilire una regolamentazione in parte analoga a quella vigente da diversi anni per la dialisi ambulatoriale, incaricando le ASL di assegnare il tetto individuale di struttura sulla base della programmazione che si espone nell'allegato 2.7.

Allegato A – Relazione Tecnica

Entro 30 giorni dalla approvazione della presente delibera, la Direzione Generale per la Tutela della Salute e le ASL istruiranno una proposta di suddivisione del *budget* tra i diversi centri, che sarà oggetto di confronto con i centri interessati per essere poi sottoposta alla approvazione della Giunta regionale.

Nell'immediato, si stabilisce di esentare la branca della Radioterapia dal vincolo di non superare il dodicesimo mensile del tetto di spesa.

Nella branca della dialisi si è verificata nel 2021 una significativa riduzione delle prestazioni erogate e della relativa spesa netta, pari a circa il 3%, come si espone nell'allegato 2.8. La riduzione è dovuta ai centri DIAL-COVID attivati nel corso del 2020 ai sensi delle disposizioni emanate dalla Unità di Crisi per potenziare il trattamento ospedaliero e domiciliare dei soggetti dializzati affetti da COVID. Poiché il ricorso ai centri DIAL-COVID è continuato nei primi mesi del 2022, si è provveduto a ricalcolare i volumi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa 2022, come si espone nelle colonne E ed F dell'allegato 2.8.

9. Disposizioni particolari per la branca della FKT

Per la branca della medicina fisica e riabilitativa (FKT) la presente delibera, nel confermare la regolamentazione prevista dalle delibere precedenti, assegna per il 2022 un incremento complessivo di euro 603.000 rispetto al tetto provvisorio 2022 (compresi euro 303 mila a titolo di integrazione ex art. 26 del DL n. 73/2021 e s.m.i.), in modo da consentire alle ASL una maggiore flessibilità nella assegnazione dei tetti di spesa individuali. Si espone di seguito il budget aggiornato.

Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT)	Volumi e limiti di spesa 2022		per n° prestazioni
	Limite di spesa a tariffa	Limite di spesa netta (*)	
ASL Avellino	1.800.941	1.634.752	86.791
ASL Benevento	1.599.338	1.435.487	80.400
ASL Caserta	5.259.749	4.845.454	260.885
ASL Napoli 1 Centro	7.041.163	6.579.140	351.881
ASL Napoli 2 Nord	9.259.594	8.706.164	471.750
ASL Napoli 3 Sud	8.865.297	8.282.177	444.615
ASL Salerno	5.417.909	4.866.319	274.071
TOTALE	39.243.992	36.349.494	1.970.393

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

10. Schemi contrattuali per l'esercizio 2022

Per la gestione corrente e i nuovi accreditamenti, per i quali viene assegnato il tetto di spesa 2022, gli schemi contrattuali approvati dalla DGRC n. 599/2021 possono continuare ad essere utilizzati, fino al loro adattamento alle innovazioni e modifiche stabilite dal presente provvedimento, che sarà effettuato con separata delibera della Giunta regionale entro un mese.