

## Metodologia

**per l'assegnazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa alle strutture private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale, sulla base degli elementi informativi raccolti e della valutazione delle attività svolte nel corso dell'anno precedente**

Di seguito si espone la metodologia da impiegare per l'assegnazione dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa alle strutture private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale. Si ritiene opportuno esplicitarla in questo provvedimento per applicarla a partire dalla determinazione dei tetti di spesa del prossimo esercizio, affinché le strutture private accreditate conoscano, per tempo, gli elementi informativi necessari ed i parametri di valutazione, sulla base dei quali viene utilizzata la metodologia di assegnazione 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.

La diffusione, con congruo anticipo, dei principi generali sui quali trova fondamento la metodologia in esame consente, peraltro, di poterne condividere i meccanismi applicativi di dettaglio con le associazioni di categoria interessate, a seguito di un confronto costruttivo da svolgersi con queste ultime nel corso dei prossimi mesi del corrente anno.

Anche per il 2023 e per gli anni successivi si conferma che alle strutture private che dovessero essere accreditate *ex novo* nel corso dell'anno viene attribuito un *budget* iniziale quantificato sulla base della produzione registrata in casi simili, così come assicurato anche per l'anno in corso dal presente provvedimento, attingendo a risorse allo scopo appositamente accantonate entro i limiti complessivi di spesa imposti dalla normativa vigente.

Entro il mese di marzo di ciascun anno viene assunto il provvedimento dei tetti di spesa per l'anno in corso, sulla base delle istruttorie condotte dalle ASL e dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute sui dati raccolti al 31 dicembre dell'anno precedente.

Nei primi mesi dell'anno, prima che venga approvato il provvedimento per l'anno in corso, sono confermati i limiti di spesa per ciascun erogatore vigenti per l'anno precedente, sempre suddivisi per dodicesimi.

Il provvedimento da assumere entro il mese di marzo di ciascun anno trova fondamento sui seguenti elementi di base:

1. **capacità operative massime (COM)** delle strutture private accreditate sulla base delle informazioni disponibili al 31 dicembre dell'anno precedente, in applicazione della DGRC n. 491/2006 (al riguardo, è opportuno sottolineare che, secondo quanto previsto dalla deliberazione citata, le capacità operative massime possono essere modificate da un anno all'altro, secondo la seguente procedura: *“le strutture provvisoriamente accreditate possono chiedere la riclassificazione delle capacità operative massime (COM) con indicazione dei relativi carichi di lavoro e dove previsto della tipologia dei livelli, in base ai requisiti posseduti al 31 dicembre dell'anno precedente, inoltrando domanda alle AASSLL territorialmente competenti, che provvederanno ad eseguire i controlli sulle strutture richiedenti”*);
2. **valore medio delle prestazioni** erogate nell'anno precedente, come calcolato da ciascuna ASL, articolato per branca e differenziato in base alle diverse tipologie funzionali, ove previste, delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza (ci si riferisce alle tipologie A, B, C e D, previste dagli schemi di contratto ed attribuite in funzione della dotazione tecnologica posseduta e della presenza o meno dei settori specializzati della patologia clinica);

3. **tetto di spesa** assegnato nell'anno precedente e **fatturato liquidabile** riconosciuto dall'ASL sempre per l'anno precedente, ivi compresa la parte extra-tetto soggetta a regressione tariffaria;
4. **parametri di valutazione**, come descritti più avanti, sulla base dei quali a ciascuna struttura privata accreditata viene attribuito un punteggio, in funzione dei dati comunicati e raccolti nell'esercizio precedente.

Sulla base degli elementi sopra riportati, il tetto di spesa annuale, suddiviso per dodicesimi, viene attribuito a ciascuna struttura privata accreditata in virtù del procedimento descritto di seguito.

- A. Si determina, per ciascuna struttura, il **valore teorico massimo** di produzione ottenuto moltiplicando le capacità operative massime per il valore medio prestazionale di riferimento.
- B. Il valore teorico massimo, così determinato, viene riproporzionato in funzione del vincolo di spesa annuale attribuibile alla singola ASL per la specifica branca di pertinenza, ottenendo così il **tetto di spesa teorico**.
- C. Il tetto di spesa teorico viene, poi, opportunamente confrontato e messo in relazione con il tetto di spesa assegnato nell'anno precedente e con il fatturato liquidabile riconosciuto dall'ASL sempre per l'anno precedente, ivi compresa la parte extra-tetto soggetta a regressione tariffaria, così da ottenere il **tetto di spesa base**, sempre nel rispetto del vincolo di spesa annuale attribuibile alla singola ASL per la specifica branca di pertinenza.
- D. Il tetto di spesa base viene, infine, incrementato o decrementato in funzione del punteggio conseguito dalla singola struttura privata accreditata sulla base dei parametri di valutazione descritti di seguito, così da ottenere il **tetto di spesa di struttura**.

Il procedimento sopra descritto consente di perseguire, al contempo, le seguenti finalità:

- a) rispettare i vincoli di spesa imposti dalla normativa vigente, in modo da salvaguardare le condizioni di equilibrio economico-finanziario del SSR;
- b) determinare tetti di spesa in coerenza con le capacità operative massime di ciascuna struttura e con i *mix* prestazionali delle relative tipologie funzionali di appartenenza, entrambi elementi suscettibili di variazione di anno in anno, in funzione degli investimenti realizzati dagli operatori e delle dinamiche di mercato della domanda e dell'offerta prestazionale, ma tenendo anche conto dei livelli di fatturato / produzione già raggiunti da ciascuna struttura accreditata, in quanto indicatore della sua capacità di attrazione della domanda;
- c) orientare, mediante il ricorso a specifici parametri di valutazione, il comportamento delle strutture private accreditate verso obiettivi di *performance* in linea con la programmazione sanitaria regionale, così da elevare gli *standard* di qualità dell'intero sistema sanitario, premiando gli operatori più performanti.

Introducendo necessari ed opportuni elementi di variabilità da un anno all'altro nell'assegnazione dei tetti di spesa alle diverse strutture accreditate, tale procedimento consente, peraltro, di evitare di restringere la concorrenza tra gli operatori di mercato e di attribuire ogni anno alle singole strutture private il medesimo *budget* dell'anno precedente. Inoltre, il ricorso alla capacità operativa massima ed al valore medio delle prestazioni, rilevato per ASL, branca e tipologia funzionale di appartenenza, evita la cristallizzazione delle posizioni di mercato in danno dei nuovi contrattualizzati (per la contrattualizzazione dei quali – come detto – viene, comunque, riservato un accantonamento di risorse *ad hoc*) e, più in generale, degli operatori più performanti.

In aggiunta a quanto appena rilevato, un ulteriore elemento di variabilità e di competitività tra le diverse strutture private accreditate è garantito dalla messa a disposizione ogni anno, così come già disposto per il 2022 con il presente provvedimento, per ciascuna ASL e branca, di una significativa quota di tetto di spesa, determinata in funzione delle risorse complessivamente utilizzabili per l'acquisto di prestazioni da privato accreditato, non attribuita *ex ante* alle singole strutture, ma lasciata indistintamente a favore di tutti gli operatori accreditati nella medesima ASL e per la specifica branca, cui attingere una volta esaurito il tetto di spesa di struttura con il meccanismo della regressione tariffaria, al fine di rispettare comunque il vincolo della spesa complessiva massima.

I parametri di valutazione, in funzione dei quali viene attribuito di anno in anno un punteggio a ciascuna struttura privata accreditata, ai fini dell'assegnazione del tetto di spesa di struttura, sono raggruppabili nell'ambito delle seguenti famiglie di indicatori:

- A. Tecnologia;
- B. Informatizzazione;
- C. Organizzazione;
- D. Appropriata erogativa;
- E. Collocazione territoriale.

Per il dettaglio degli indicatori individuati per ciascuna famiglia e dei relativi punteggi ad essi correlati si rinvia alla tabella riportata di seguito.

In funzione del punteggio complessivo conseguito dalla singola struttura privata accreditata, vengono determinati incrementi o decrementi di risorse, secondo la metodologia descritta di seguito, in modo tale da trasformare il **tetto di spesa base** in **tetto di spesa di struttura**, che rappresenta il vero e proprio tetto di spesa assegnato per l'anno successivo a quello cui si riferiscono i parametri di valutazione:

1. si calcola il punteggio di ciascuna struttura privata accreditata e si redige una graduatoria in ordine decrescente per ASL e branca di riferimento (per la branca della patologia clinica, gli Spoke vengono valutati in uno con il proprio Hub, in relazione alla ASL nella quale quest'ultimo ha la propria sede legale);
2. in base alla loro posizione nella graduatoria, si collocano le singole strutture in tre raggruppamenti, formati in modo che abbiano ciascuno pressoché lo stesso ammontare complessivo dei tetti di spesa base dei centri che li compongono;
3. alle strutture private che si collocano nel raggruppamento delle strutture con punteggi inferiori viene applicata una decurtazione di risorse per un importo pari al 3% del tetto di spesa base come sopra determinato;
4. l'importo della decurtazione di cui al punto 2 viene distribuito tra le strutture private collocate nel raggruppamento delle strutture con punteggi superiori.

Laddove l'esiguità del numero delle strutture private accreditate, per ASL e branca, non consenta la piena applicazione della procedura sopra descritta, l'attribuzione della premialità del 3% del tetto di spesa base, alle strutture che abbiano conseguito punteggi performanti, avviene attingendo dalle risorse accantonate centralmente.

**PARAMETRI DI VALUTAZIONE PER L'ATTRIBUZIONE DI PUNTEGGI SULLA BASE DEI DATI RACCOLTI AL 31 DICEMBRE DELL'ANNO PRECEDENTE**

				punteggi correlati al valore					
FAMIGLIA	N.	INDICATORE	NOTE	3	2	1	0	-1	
<b>A</b>	<b>TECNOLOGIA</b>	<b>1</b>	rapporto tra (costi per godimento di beni di terzi + ammortamenti) relativi ad apparecchiature ed impianti di produzione / valore della produzione	a	>20%	10-20%	5-9,99%	<5%	
		<b>2</b>	n° attrezzature <5 anni / n° totale attrezzature dichiarato alla ASL (con ponderazione mediante il costo storico di ciascuna attrezzatura)	b	>50%	20-50%	10-19,99%	<10%	
<b>B</b>	<b>INFORMATIZZAZIONE</b>	<b>3</b>	invio sistematico e continuativo dei referti al Fascicolo Sanitario Elettronico	c	SI			NO	
<b>C</b>	<b>ORGANIZZAZIONE</b>	<b>4</b>	rapporto tra n° dipendenti / totale addetti	d		>=80%		<80%	
		<b>5</b>	rapporto tra n° dipendenti laureati / totale dipendenti	e		>50%	20-50%	<20%	
		<b>6</b>	presenza di certificazione ISO 9001:2015 in corso di validità	f			SI	NO	
		<b>7</b>	rapporto tra fatturato netto annuo extratetto / tetto di spesa netta (prima dell'applicazione della regressione tariffaria)	g	>10%	5-10%	2-4,99%	0,01-1,99%	0% o sottoutilizzo del tetto
		<b>8</b>	n° di prestazioni di laboratorio erogate nell'anno (solo per la branca della patologia clinica)	h	>=500.000	350.000-499.999	200.000-349.999	70.000-199.999	<70.000
		<b>9</b>	n° di giorni annui nei quali sono state erogate prestazioni a carico del S.S.R. (comprese quelle sulle quali si applica la regressione tariffaria)	i	>200	180-199	150-179	120-149	<120
<b>D</b>	<b>APPROPRIATEZZA EROGATIVA</b>	<b>10</b>	rapporto tra n° prestazioni con classe di priorità D e P erogate a carico del S.S.R. in accesso diretto (senza prenotazione) / totale prestazioni erogate a carico del S.S.R. con classe di priorità D e P	j	<10%	10-20%	20,01-30%	>30%	
		<b>11</b>	rapporto tra n° prestazioni erogate a carico del S.S.R. correlate a PDTA / totale prestazioni erogate a carico del S.S.R. (sulla base delle prestazioni di PDTA individuate e codificate con apposito decreto direttoriale da emanare allo scopo)	k	>15%	10-15%	5-9,99%	<5%	
		<b>12</b>	scostamento dal valore medio di branca e di fascia di appartenenza	l	>10% in meno	5-10% in meno	0,01-4,99% in meno	>= al v.m.	
<b>E</b>	<b>COLLOCAZIONE TERRITORIALE</b>	<b>13</b>	numerosità dei punti di offerta per la medesima branca nel distretto di appartenenza o collocazione in zona disagiata	m		IN ZONA DISAGIATA	INFERIORE ALLA MEDIA	NELLA NORMA	SUPERIORE ALLA MEDIA

N.B.: L'attribuzione dei punteggi alle diverse strutture private accreditate, sulla base della presente griglia di indicatori, avviene a seguito di proposta istruttoria compiuta dalla ASL competente e sottoposta alla Regione, la quale ne valuta la coerenza e l'omogeneità di applicazione rispetto all'intero territorio regionale

- a = indicatore calcolato a cura della ASL competente, sulla base dell'ultimo bilancio della struttura accreditata depositato presso il registro delle imprese e gli elementi di dettaglio relativi ad apparecchiature ed impianti di produzione
- b = indicatore calcolato sulla base della documentazione messa a disposizione della ASL competente, da parte della struttura accreditata, entro il 31 dicembre dell'anno precedente, così come previsto dalla DGRC n. 491/2006
- c = indicatore qualitativo alimentato sulla base di quanto attestato al 31 dicembre dell'anno precedente dal responsabile regionale del Fascicolo Sanitario Elettronico
- d = indicatore calcolato sulla base della documentazione messa a disposizione della ASL competente, da parte della struttura accreditata, entro il 31 dicembre dell'anno precedente, così come previsto dalla DGRC n. 491/2006
- e = indicatore calcolato sulla base della documentazione messa a disposizione della ASL competente, da parte della struttura accreditata, entro il 31 dicembre dell'anno precedente, così come previsto dalla DGRC n. 491/2006
- f = indicatore qualitativo alimentato sulla base del possesso o meno della certificazione ISO 9001:2015 in corso di validità al 31 dicembre dell'anno precedente, come verificato dalla ASL competente
- g = indicatore calcolato a cura della ASL competente, sulla base dei dati relativi all'anno precedente
- h = indicatore calcolato a cura della ASL competente, sulla base dei dati relativi all'anno precedente; il punteggio -1 non è attribuito ai laboratori che risultino formalmente esentati dal rispetto della soglia dimensionale minima
- i = indicatore calcolato a cura della ASL competente, sulla base dell'alimentazione, da parte della struttura accreditata, del campo "data di erogazione" delle prestazioni come risultante dai file C mensili regolarmente trasmessi relativi all'anno precedente; nel caso la struttura accreditata sia stata contrattualizzata soltanto a decorrere da una certa data in poi, l'indicatore andrà calcolato in proporzione ai giorni effettivi di contratto rispetto a 365 giorni
- j = indicatore calcolato a cura della ASL competente, sulla base dell'alimentazione, da parte della struttura accreditata, dei relativi campi dei file C mensili regolarmente trasmessi relativi all'anno precedente
- k = indicatore calcolato a cura della ASL competente, sulla base dell'alimentazione, da parte della struttura accreditata, dei relativi campi dei file C mensili regolarmente trasmessi relativi all'anno precedente; l'indicatore potrà essere calcolato soltanto a decorrere dalla data di decorrenza indicata nel/nei decreto/i direttoriale/i che verrà/anno emanato/i allo scopo
- l = indicatore calcolato a cura della ASL competente, sulla base dei dati relativi all'anno precedente
- m = indicatore qualitativo alimentato sulla base dell'istruttoria svolta dalla ASL competente