

1. Risorse disponibili per i tetti di spesa 2024 e 2025

La legge 30 dicembre 2023, n. 213, all'art. 1, comma 232, ha stabilito che: *“Per garantire la completa attuazione dei propri Piani operativi per il recupero delle liste d’attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi, fino al 31 dicembre 2024, delle misure previste dai commi da 218 a 222 del presente articolo e possono coinvolgere anche le strutture private accreditate, 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, come modificato dal comma 233 del presente articolo. Per l’attuazione delle finalità di cui al presente comma le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore allo 0,4 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l’anno 2024”* (si ricorda che per l’esercizio 2023 analoga disposizione aveva fissato detto limite allo 0,3 per cento del finanziamento indistinto: DL n. 198/2022, art. 4, c. 9-octies, aggiunto nella legge di conversione 24 febbraio 2023, n. 14). Con Intesa Rep. n. 228/CSR del 28 novembre 2024, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome ha approvato il riparto del finanziamento indistinto del Servizio sanitario nazionale per l’anno 2024, fissando la suddetta quota dello 0,4% del finanziamento indistinto 2024 per la Campania in euro 47.116.415.

La stessa legge n. 213/2023, all'art. 1, comma 233, ha stabilito che: *“Al fine di concorrere all’ordinata erogazione delle prestazioni assistenziali ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, il limite di spesa indicato 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, è rideterminato nel valore della spesa consuntivata nell’anno 2011 incrementata di 1 punto percentuale per l’anno 2024, di 3 punti percentuali per l’anno 2025 e di 4 punti percentuali a decorrere dall’anno 2026, fermo restando il rispetto dell’equilibrio economico e finanziario del servizio sanitario regionale”*. Questa norma ha consentito alla Campania di elevare di euro 13.626.694 il limite di legge per l’acquisto delle prestazioni sanitarie di assistenza ospedaliera e di assistenza specialistica ambulatoriale nell’esercizio 2024, rispetto al limite complessivo vigente per l’esercizio precedente.

Le risorse rese disponibili per l’esercizio 2024 dall’art. 1 della legge 30 dicembre 2023, n. 213, commi 232 e 233, sono già state considerate dai provvedimenti regionali di programmazione dei limiti di spesa assegnati alle strutture private accreditate per l’esercizio 2024: DGRC n. 800 del 29.12.2023, per la specialistica ambulatoriale, e n. 405 del 31 luglio 2024 per l’ospedalità privata.

Tuttavia, già con la DGRC n. 800/2023 (che nell’allegato n. 1.1 ha definito il quadro complessivo dei budget fissati per l’acquisto delle prestazioni da privato soggette alle limitazioni stabilite dal DL 95/2012 e s.m.i.), si è evidenziata una complessiva diminuzione delle risorse disponibili per l’esercizio 2024 (circa euro 47 milioni in meno rispetto al 2023), dovuta soprattutto al progressivo esaurimento delle ingenti economie realizzate sull’esercizio 2020, che la normativa introdotta dall’art. 26 del DL n. 73/2021, poi prorogata per il 2022 e per il 2023, ha consentito di sfruttare interamente ad integrazione dei tetti di spesa 2021, 2022 e 2023.

Proprio in relazione a tali difficoltà, nella citata DGRC n. 405/2024, inerente all’aggiornamento dei limiti di spesa assegnati alle case di cura private, si è ritenuto opportuno evidenziare che, nella seduta della Conferenza Stato – Regioni dell’11 luglio 2024, la Conferenza dei Presidenti delle regioni e delle province autonome aveva presentato diversi emendamenti al decreto legge 7 giugno 2024, n. 73, tra i quali:

Allegato A – Relazione Tecnica

- La proposta di un finanziamento ad hoc di euro 500 milioni / anno per il potenziamento dell'offerta assistenziale in relazione alle visite diagnostiche e specialistiche, attraverso il lavoro anche nei giorni di sabato e domenica e il prolungamento della fascia oraria per l'erogazione di tali prestazioni, invece di dover attingere allo 0,4% del finanziamento indistinto;
- La possibilità di aggiungere ai budget 2024 dei privati accreditati, in deroga ai limiti di spesa vigenti per tale esercizio ai sensi dell'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, le risorse rientranti nei limiti di spesa assegnati per l'esercizio 2023, laddove non interamente utilizzate.

Le proposte delle Regioni, poi, non sono state accolte, né in sede di conversione in legge del DL n. 73/2024, né nel disegno di legge n. 1241/2024: *“Misure di garanzia per l'erogazione delle prestazioni sanitarie e altre disposizioni in materia sanitaria”*, approvato in una prima bozza nella seduta del Consiglio dei Ministri del 4 giugno 2024 e riformulato nella versione del 30.09.2024, presentata al Senato della Repubblica, dove è tuttora all'esame della Commissione Affari Sociali. Mentre, a fronte delle proposte delle Regioni, il disegno di legge inerente al *“Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2025 e bilancio pluriennale per il triennio 2025-2027”*, non contempla più la facoltà di utilizzare una quota del finanziamento indistinto (0,3% per il 2023 e 0,4% per il 2024) per coinvolgere le strutture private accreditate nello smaltimento delle liste di attesa, in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del DL n. 95/2012. E si limita (all'art. 48) a stabilire che:

“1. Il limite di spesa di cui all'articolo 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213, è ulteriormente incrementato di 0,5 punti percentuali per l'anno 2025 e di 1 punto percentuale a decorrere dall'anno 2026.

2. Le risorse relative all'ulteriore incremento di cui al comma 1 sono anche destinate alle prestazioni di ricovero e ambulatoriali, erogate dalle strutture sanitarie private accreditate dotate di pronto soccorso e inserite nella rete dell'emergenza, conseguenti all'accesso in pronto soccorso, con codice di priorità rosso o arancio”.

In sostanza, quindi, la normativa sopra richiamata ha confermato la notevole riduzione delle risorse disponibili per l'esercizio 2024, di cui si è già tenuto conto nei provvedimenti regionali citati; e per l'esercizio 2025, a fronte di un incremento del 2,5% del limite di spesa imposto all'acquisto delle prestazioni dai privati accreditati, pari a circa euro 34 milioni, si azzererebbe la possibilità, aggiuntiva nel 2024, di derogare a tale limite fino ad un importo massimo, pari allo 0,4% del finanziamento indistinto: circa euro 47 milioni, con un saldo negativo di circa euro 13 milioni.

In questo quadro, a seguito degli approfondimenti intercorsi negli ultimi mesi tra le Regioni ed i Ministeri dell'economia e della salute, è subentrato un parziale beneficio. Nel decreto-legge 19 ottobre 2024, n. 155, in sede di conversione (con L. 9 dicembre 2024, n. 189, in G.U. 12/12/2024, n. 291) è stato aggiunto l'art. 2-bis. – *(Completo utilizzo delle risorse del Servizio sanitario nazionale contro il COVID-19)*, con il quale si è disposto che: *“1. Le risorse erogate nell'anno 2020 e nell'anno 2021 alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 ai sensi del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, del decreto-legge 14 agosto 2020, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 13 ottobre 2020, n. 126, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, del decreto-legge 22 marzo 2021, n. 41, convertito, con modificazioni, dalla legge 21 maggio 2021, n. 69, e del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23*

Allegato A – Relazione Tecnica

luglio 2021, n. 106, ancora presenti sui bilanci dei servizi sanitari regionali, possono essere utilizzate entro il 31 dicembre 2025 per garantire l'attuazione dei Piani operativi per il recupero delle liste d'attesa. Le regioni e le province autonome, pertanto, anche negli anni 2024 e 2025, possono avvalersi delle misure previste dalle disposizioni di cui all'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, nonché dalle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 277, della legge 30 dicembre 2021, n. 234”.

L'applicazione di questa norma consente alla Regione Campania di riportare a nuovo le residue economie di fondi relativi agli esercizi 2020 e 2021, altrimenti non dedicabili all'incremento degli acquisti di prestazioni dalle strutture private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale e per l'assistenza ospedaliera. L'esatta quantificazione di tali economie è ancora in corso. Tuttavia, sulla base delle prime stime, con la presente delibera si può operare una integrazione di euro 5.000.000 dei limiti di spesa stabiliti dalla DGRC n. 800/2023 all'acquisto delle prestazioni di specialistica ambulatoriale dai soggetti privati accreditati per l'esercizio 2024, prevedendo anche che le risorse disponibili per l'esercizio 2025 siano di importo complessivamente non inferiore. Mentre per il settore della ospedalità privata si procede con separata delibera ad una proporzionale integrazione dei limiti di spesa 2024.

2. Il quadro della programmazione 2024 definitiva e 2025 provvisoria

Considerate le risorse disponibili, la presente delibera provvede ad approvare nell'Allegato 1.1 le tabelle di sintesi, che espongono gli importi dell'“Assistenza Specialistica acquistata dai privati accreditati: consuntivo 2023 e budget 2024” (quest'ultimo prima della applicazione dell'Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i.), suddivisi per branca e per ASL, i cui dettagli sono riportati negli Allegati da 2.1 a 2.9 alla presente delibera.

Per l'esercizio 2025, invece, considerata l'attuale incertezza sulle risorse che saranno disponibili per il prossimo anno, si formula l'ipotesi di confermare in via provvisoria i limiti di spesa definitivi 2024, stabiliti per ciascuna branca dell'assistenza specialistica dalla presente delibera.

3. Disposizioni in merito all'applicazione dell'Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i.

Le DGRC n. 599/2021 e n. 215/2022, hanno stabilito 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”.

Conseguentemente, la DGRC n. 215/2022 (nell'Allegato B) ha introdotto una nuova: “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”, al fine di “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 nuova metodologia è imperniata:

Allegato A – Relazione Tecnica

- 1) Sulla determinazione per ciascuna struttura privata accreditata di un **“Tetto di Spesa BASE”**, determinato *“nel rispetto del vincolo di spesa annuale attribuibile alla singola ASL per la specifica branca di pertinenza”*, mettendo in relazione e confrontando tra di loro tre fattori:
 - a) **“Tetto di Spesa Teorico”** della struttura accreditata, calcolato riproporzionando il **“Valore Teorico Massimo”** della produzione della stessa con la spesa annuale attribuibile alla singola ASL per la specifica branca di pertinenza;
 - b) **tetto di spesa assegnato nell’anno precedente** alla struttura accreditata;
 - c) **fatturato liquidabile riconosciuto dall’ASL sempre per l’anno precedente**, ivi compresa la parte extra-tetto soggetta a regressione tariffaria.
- 2) Su incrementi o decrementi del **“Tetto di Spesa BASE”** in funzione del punteggio conseguito dalla singola struttura privata accreditata in un insieme di **INDICATORI di PERFORMANCE**, che qualificano l’attività svolta nell’anno precedente, selezionati in modo da: *“orientare ... 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”*.

Per l’applicazione dei criteri sopra richiamati, sulla base dell’apposito mandato conferito dalla DGRC n. 800/2023, a seguito degli approfondimenti intercorsi con le ASL e con le Associazioni di categoria in diversi appositi incontri, la Direzione Generale per la Tutela della Salute è intervenuta con i decreti n. 130 del 12 febbraio 2024 e n. 358 del 16 aprile 2024 – che si ratificano con la presente delibera - per completare, modificare e integrare le regole di rilevazione e di valutazione degli indicatori individuati nell’Allegato B alla DGRC n. 215/2022.

Nei mesi successivi, le ASL hanno completato la ricognizione degli indicatori di performance, secondo le nuove disposizioni di cui ai citati decreti n. 130/2024 e n. 358/2024; e hanno svolto appositi confronti con le Associazioni di categoria. Lo stato di questa attività è stato, poi, comunicato alla Regione - da ultimo - con i seguenti atti:

- ASL di Avellino: delibere del Direttore Generale n. 747 del 30.05.2024 e n. 967 del 09.07.2024;
- ASL di Benevento: delibera del Direttore Generale n. 489 del 18.10.2024;
- ASL di Caserta: delibera del Direttore Generale n. 1357 del 02.08.2024;
- ASL Napoli 1 Centro: convocazione prot. n. 0118185/u del 18.04.2024 del Tavolo Tecnico con le Associazioni di categoria per il 23.04.2024 e nota del Direttore Generale prot. n. 0296031/u del 08.10.2024;
- ASL Napoli 2 Nord: verbale del Tavolo Tecnico del 21.03.2024, trasmesso in pari data a mezzo PEC, e nota del Direttore UOC Accreditamento del 16.09.2024, registrata in pari data al protocollo della Regione: PG/2024/0430394;
- ASL Napoli 3 Sud: relazione nota del Direttore Generale prot. n. 0161138/u del 02.08.2024 con allegata istruttoria prot. n. 159169 del 31.07.2024 a firma del Coordinatore del Tavolo Tecnico per la Specialistica Ambulatoriale;
- ASL di Salerno: delibera del Direttore Generale n. 1496 del 01.10.2024.

Nel contempo, le ASL hanno riscontrato diverse difficoltà operative nella concreta applicazione dei criteri di calcolo:

- A) Del **“Tetto di Spesa Teorico”** e del conseguente **“Tetto di Spesa BASE”**.

Allegato A – Relazione Tecnica

- B) Degli incrementi o decrementi del “**Tetto di Spesa BASE**” in funzione del punteggio conseguito dalla singola struttura privata accreditata in un insieme di **INDICATORI di PERFORMANCE**.

Più in dettaglio, si fa presente che l’Allegato B alla DGRC n. 215/2022 prevede i seguenti criteri per la determinazione per ciascuna struttura privata accreditata del “**Tetto di Spesa Teorico**” e del “**Tetto di Spesa BASE**”:

*“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 ... [Indicatori di Performance] descritti di seguito, così da ottenere il **tetto di spesa di struttura**”.*

Innanzitutto, si è osservato che il riferimento alla **C.O.M. – Capacità Operativa Massima** della struttura non tiene conto di fattori quali:

- 1) L’incidenza della produzione pagata direttamente dagli utenti al di fuori del SSR (cd. Out of Pocket);
- 2) L’attività svolta per pazienti ricoverati nella casa di cura privata in cui opera la struttura ambulatoriale.

Questi due elementi rendono meno significativo il riferimento alla capacità produttiva della struttura, ai fini della determinazione del tetto di spesa, poiché:

- a) Si è riscontrato che in tutte le branche sussiste una elevata quota di produzione direttamente a carico dell’utente, con medie addirittura intorno al 40% nelle branche di Laboratorio di Analisi e di Radiodiagnostica e punte in singole strutture anche dell’80% e oltre.
- b) Tra le strutture di specialistica ambulatoriale, operanti nelle case di cura private, si va da casi in cui l’attività è quasi interamente svolta per i pazienti ricoverati (e, quindi, la remunerazione della capacità produttiva rientra nei ricavi dei ricoveri), a casi in cui la struttura opera sul territorio per il SSR con volumi molto più importanti di quelli sostenuti per i cd. “interni”.

Inoltre, in diverse branche il “**Valore Teorico Massimo**” della produzione della struttura accreditata varia molto in funzione del mix di prestazioni erogate dalla singola struttura. Questa criticità è evidente nelle branche della Radiologia diagnostica, Medicina Nucleare e Radioterapia, per le quali - ai sensi della DGRC n. 491/2006 - la **C.O.M. – Capacità Operativa Massima** non è determinata come numero massimo di prestazioni, ma come Monte Ore delle principali figure professionali caratterizzanti l’attività, da rispettarsi a consuntivo, in base a dettagliati calcoli sui minuti necessari

Allegato A – Relazione Tecnica

per eseguire le diverse prestazioni a seconda della tecnologia posseduta dal singolo centro. Ma questa difficoltà si riscontra anche nella Diabetologia e nelle Branche a Visita, per la compresenza in varia misura, nelle diverse strutture della stessa ASL, di prestazioni afferenti a branche ministeriali caratterizzate da tariffe unitarie molto diverse.

Per affrontare queste problematiche, le ASL hanno individuato diverse soluzioni tecniche, in modo da giungere a rilevazioni del **“Valore Teorico Massimo”** che siano almeno rappresentative in senso relativo: di maggiore o minore capacità produttiva nel confronto fra le stesse strutture a livello di ASL / branca.

Una volta determinato il **“Valore Teorico Massimo”**, e giunti al **“Tetto di Spesa BASE”** seguendo i procedimenti di cui ai passaggi “B” e “C” sopra richiamati, si è rilevato che – anche in conseguenza delle criticità sopra esposte -, il **“Tetto di Spesa BASE”** risulta nella maggior parte dei casi molto maggiore o minore del tetto di spesa dell’anno precedente, come si può riscontrare negli esempi di calcolo sviluppati nell’allegato documento: *“Indicazioni operative per l’applicazione dell’Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i.”*.

Si è, quindi, ritenuto opportuno e necessario stabilire che l’applicazione del “Tetto di Spesa BASE”, sopra richiamato, avvenga predisponendo apposite graduatorie (analogamente alla tecnica che si intende utilizzare anche per i punteggi degli INDICATORI di PERFORMANCE, come si vedrà più avanti), in modo da assicurare una gradualità di avvicinamento dei tetti individuali al **“Tetto di Spesa BASE”**.

Nel contempo, le ASL hanno riscontrato difficoltà operative anche nella concreta applicazione degli INDICATORI di PERFORMANCE, ai fini della formazione dei tre gruppi previsti dalla seguente disposizione dell’Allegato B alla DGRC n. 215/2022:

“In funzione del punteggio complessivo conseguito dalla singola struttura privata accreditata, vengono determinati incrementi o decrementi di risorse, secondo la metodologia descritta di seguito ...:

- 1. si calcola il punteggio di ciascuna struttura privata accreditata e si redige una graduatoria in ordine decrescente per ASL e branca di riferimento ...;*
- 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.”

In molti casi, infatti, nel formare i tre gruppi di strutture risulta impossibile far sì che ciascuno di essi abbia *“pressoché lo stesso ammontare complessivo dei tetti di spesa base dei centri che li compongono”*, a causa della presenza di strutture con tetti di spesa di rilevante ammontare e/o di

molte strutture con lo stesso punteggio e che, pertanto, devono necessariamente essere collocate nello stesso raggruppamento.

Per ovviare a questo problema, la Direzione Generale per la Tutela della Salute nel documento allegato alla nota indirizzata alle ASL prot. n. 0614135 del 23 dicembre 2024, recante per oggetto: *“Indicazioni operative per l’applicazione dell’Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i.”* ha elaborato una efficace soluzione di calcolo, che consente di formare tre gruppi di strutture per i quali la somma su cui si applica la variazione in aumento o in diminuzione, a seconda del punteggio conseguito, è esattamente un terzo del totale. Come si può osservare in tale documento, la soluzione si basa sul frazionamento degli importi che risultano *“al limite”* tra un gruppo e l’altro, in modo che per tali strutture – in modo assolutamente equo – si applica l’incremento, la conferma o la diminuzione sulle frazioni del proprio tetto che ricadono in due (o, addirittura, tre) raggruppamenti diversi. E risolve anche il problema dei casi di *“esiguità del numero delle strutture private accreditate, per ASL e branca”*, di cui all’ultimo periodo del sopra citato stralcio dall’Allegato B alla DGRC n. 215/2022, consentendo di suddividere in tre raggruppamenti, ciascuno dello stesso importo, anche tetti complessivi di ASL / branca formati da due sole strutture. Ne consegue che nel caso di un’unica struttura per ASL / branca, non si procede a variazione, essendo impossibile formare una graduatoria a livello di ASL. Per questi pochi casi, si procederà confrontando il punteggio conseguito dalla struttura interessata con la stratificazione dei punteggi conseguiti dalle altre strutture private accreditate, operanti nelle altre ASL nella medesima branca, determinandone la posizione in una graduatoria regionale. A seconda del raggruppamento di livello regionale in cui si colloca, alla struttura si applicherà la variazione in più, *“attingendo dalle risorse accantonate centralmente”*, o in meno, prevista per i casi generali.

Le soluzioni tecniche, individuate nelle suddette *“Indicazioni operative per l’applicazione dell’Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i.”*, rappresentano, quindi, una modifica dell’Allegato B alla DGRC n. 215/2022, che viene approvata dalla presente delibera.

Tenuto conto dei criteri del *“Tetto di Spesa BASE”* e degli INDICATORI di PERFORMANCE, le suddette *“Indicazioni operative”* giungono a definire un range di variazione massima compreso tra più 10% e meno 10% del tetto definitivo 2024, rispetto al tetto provvisorio, conseguente al cumulo delle variazioni del 2023 (sulla base dei dati 2022) e 2024 (sulla base dei dati 2023). E una ulteriore variazione compresa tra -5% e + 5% sarà applicata nel corso del 2025, non appena saranno disponibili tutti i dati consuntivi 2024 necessari.

4. Altri criteri per la determinazione dei tetti di spesa

La metodologia stabilita nell’Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i. determina le regole da applicarsi in generale, laddove l’unica modifica da un anno all’altro riguarda esclusivamente il livello del budget da attribuire *“alla singola ASL per la specifica branca di pertinenza”*. Infatti, è evidente che – ad esempio – nell’assegnare il tetto di spesa per l’esercizio corrente ad un nuovo accreditato, mancano gli elementi di confronto con i dati dell’anno precedente. Lo stesso avviene in tutti i casi in cui nell’esercizio precedente la struttura ha interrotto in tutto o in parte l’attività, come accade in diverse fattispecie: lavori di ristrutturazione; trasferimento della sede operativa; sospensione temporanea dell’accreditamento; ecc. Parimenti, il confronto con i dati di attività dell’esercizio precedente diventa molto difficile e rischia di non essere significativo e corretto, in tutti i casi di importanti modifiche della struttura privata accreditata, come avviene ad esempio, a seguito di

Allegato A – Relazione Tecnica

rilevanti implementazioni tecnologiche; oppure, in conseguenza degli spostamenti dei laboratori di analisi da una aggregazione ad un'altra e/o con la cessazione di una aggregazione e la confluenza dei suoi componenti in varie aggregazioni, peraltro, spesso in corso d'anno.

Per affrontare queste difficoltà, la DGRC n. 215/2022 ha indicato nell'Allegato A.1 - NUOVI ACCREDITAMENTI, INTEGRAZIONI E SITUAZIONI PARTICOLARI diverse soluzioni, sviluppate, poi, dalla DGRC n. 800/2023 in vari casi, quali:

- il riferimento a situazioni similari;
- l'assegnazione in fase di avviamento e/o di riattivazione di una percentuale del valore medio del tetto di spesa assegnato ai centri che operano nella stessa ASL o a livello regionale, con determinazione del tetto in proporzione alle frazioni di anno in cui si espleta l'attività, e conseguente adeguamento del tetto dell'anno successivo alla operatività per l'intero anno solare;
- la possibilità di incrementare il tetto di spesa dei centri di radiologia in caso di passaggio ad una classe superiore di tipologia di prestazioni e, quindi, di rilevanti implementazioni tecnologiche;
- l'assegnazione di appositi incrementi del budget dei centri di medicina nucleare che attivano l'erogazione di PET/TC per pazienti oncologici;
- incrementi per ottenere maggiori prestazioni da centri specializzati nella erogazione di prestazioni di cui vi sia particolare carenza (considerando anche l'offerta pubblica);

ma anche riduzioni dei tetti di spesa, laddove ne sorga l'esigenza per assicurare un ragionevole spazio di attività a nuovi ingressi e/o, a maggior ragione, per restituire almeno parzialmente quote di tetto di spesa ricevute a seguito di temporanee sospensioni (per qualsiasi motivo) di strutture che tornano ad operare, senza per questo dover necessariamente aumentare il budget complessivo della branca nella ASL interessata.

Ciascuna ASL, quindi, nell'attribuire il tetto di spesa nei casi di nuovi accreditamenti e situazioni particolari, dovrà attenersi a questi criteri generali, attingendo agli accantonamenti previsti, eccetto che per le aggregazioni dei Laboratori di Analisi che, per definizione, comportano modifiche a somma zero tra le diverse strutture preesistenti, eventualmente anche tra ASL diverse.

5. Limiti di spesa definitivi per l'esercizio 2024 e provvisori per l'esercizio 2025

Con la presente delibera si approvano le seguenti ulteriori disposizioni generali, inerenti alla fissazione definitiva dei tetti di spesa 2024 e di quelli provvisori per l'esercizio 2025.

Innanzitutto, si stabilisce che, entro 30 giorni dalla approvazione della presente delibera, ciascuna ASL deve:

- 1) Controllare e prendere atto dei limiti di spesa 2024, esposti negli allegati alla presente delibera, oppure – se del caso - determinare ogni eventuale correzione e/o aggiornamento (ad esempio: per nuovi accreditamenti, situazioni particolari e/o modifiche delle aggregazioni dei Laboratori di Analisi).
- 2) Calcolare gli importi del tetto di spesa 2024, conseguenti alla somma algebrica degli importi stabiliti al punto precedente con il cumulo delle variazioni "**per il 2023**" e "**per il 2024**", che derivano dalla applicazione dell'Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i. (utilizzando i criteri

Allegato A – Relazione Tecnica

del “*Tetto di Spesa BASE*” e degli INDICATORI di PERFORMANCE, secondo le indicazioni fornite in questa Relazione e nelle suddette “*Indicazioni operative*”).

- 3) Calcolare il limite di spesa provvisorio di ciascuna struttura per l’esercizio 2025 come proiezione degli importi determinati al precedente punto 2), tenendo conto della esigenza di adeguare su base annua gli importi assegnati per il 2024 per periodi infrannuali.

Inoltre, poiché le variazioni “*per il 2023*” e “*per il 2024*”, che derivano dalla applicazione dell’Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i. assommano – per definizione – ad incrementi per alcune strutture e a decrementi per altre, è necessario ed opportuno stabilire che:

- a) alle strutture che ricevono dalla applicazione dell’Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i. un incremento del limite di spesa, al fine di consentire loro di utilizzare appieno gli aumenti del tetto di spesa, essi si applicano su base annua sul tetto di spesa 2025, invece che su quello del 2024, in aumento dell’importo di cui al precedente punto 3);
- b) parimenti, riguardo alle strutture che ricevono dalla applicazione dell’Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i. un decremento del limite di spesa, essendo ormai trascorso l’esercizio corrente, la riduzione del tetto di spesa del 2024 si applicherà a tutti gli effetti su base annua sul tetto di spesa 2025, in diminuzione dell’importo di cui al precedente punto 3).

Al di là della particolare regolamentazione stabilita nei precedenti punti a) e b), è importante sottolineare che gli importi di cui si dovrà tenere conto per applicare i criteri stabiliti dall’Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i. ai fini della determinazione dei tetti di spesa 2025, in funzione dell’attività svolta nel 2024, sono e rimangono quelli previsti nel precedente punto 2).

6. Ulteriori disposizioni generali per la determinazione dei limiti di spesa 2025 e successivi

Dal 2025 la programmazione degli acquisti da parte delle ASL delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale dovrà essere revisionata alla luce del nuovo nomenclatore nazionale della specialistica ambulatoriale, che introduce nei Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria molte nuove prestazioni, anche di elevato costo unitario, e ne elimina alcune, e considerando anche che al nuovo nomenclatore si affianca un generale aggiornamento delle relative tariffe.

Nel contempo, la Giunta regionale con la DGRC n. 210/2022, per gli esercizi 2022 e 2023, e con la DGRC n. 420/2024, per gli esercizi 2024 e 2025, ha effettuato la ricognizione del fabbisogno delle prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, assegnando a ciascuna azienda sanitaria pubblica precisi obiettivi di incremento della produzione e/o di spostamento verso le modalità di erogazione più appropriate (ad es. dalla erogazione in regime di ricovero ospedaliero diurno a prestazione ambulatoriale).

Sussistono, inoltre, forme di collaborazione tra le strutture pubbliche e quelle private, nelle quali le prime mettono a gara l’erogazione per alcuni anni di determinate prestazioni sanitarie presso proprie sedi, ma con personale ed apparecchiature delle seconde, che sarebbe utile promuovere, sia per favorire la libera concorrenza tra i soggetti privati, sia per elevare in tempi rapidi la quantità e la qualità delle prestazioni offerte dalle medesime strutture pubbliche in aree di assistenza non coperte adeguatamente e che, spesso, assorbono rilevanti quote dei limiti complessivi di spesa imposti dalla normativa vigente (art. 1, comma 233, della legge 30 dicembre 2023, n. 213).

Allegato A – Relazione Tecnica

Pertanto, a partire dalla determinazione dei limiti di spesa 2025 si ritiene opportuno affidare alle ASL il compito di istruire, in coordinamento con la Direzione Generale per la Tutela della Salute, e in concerto con le aziende ospedaliere pubbliche operanti sul loro territorio:

- 1) Dettagliate proposte alla Regione di approfondimento ed aggiornamento degli obiettivi assegnati dalla citata DGRC n. 420/2024, da perseguire eventualmente anche con strumenti innovativi (come le sopra richiamate forme di collaborazione pubblico - privato).
- 2) Conseguenti proposte di modifica dei budget assegnati dalla Regione a ciascuna ASL per le diverse aree / branche di assistenza sanitaria.
- 3) La individuazione di tipologie e quantità di prestazioni, di particolare interesse per assicurare tempestività e qualità dell'assistenza sanitaria nelle aree di maggiore criticità del servizio pubblico, per le quali contrattualizzare separatamente, con le strutture private aderenti, disponibilità delle prenotazioni nell'ambito del CUP regionale.

Al fine di attuare i precedenti punti 1) e 2), sono istituiti i seguenti cinque Gruppi di Lavoro, che saranno coordinati dal Direttore Generale per la Tutela della Salute (o suo delegato):

- A) Napoli e provincia, composto dalle tre ASL territoriali, dalle AA.OO. Cardarelli, Santobono e dei Colli, dalle AA.OO.UU. Federico II e Vanvitelli e dall'IRCCS Pascale;
- B) Avellino e provincia, composto dalla ASL territoriale e dalla A.O. Moscati;
- C) Benevento e provincia, composto dalla ASL territoriale e dalla A.O. San Pio;
- D) Caserta e provincia, composto dalla ASL territoriale e dalla A.O. San Sebastiano;
- E) Salerno e provincia, composto dalla ASL di Salerno e dalla AOU Ruggi.

Al fine di dare attuazione al precedente punto 3), anche sulla base delle attività di cui ai precedenti punti 1) e 2), ciascuna ASL dovrà concordare con le strutture private operanti sul proprio territorio, attraverso ADDENDUM ai contratti ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., la disponibilità di SLOT dedicati per le priorità definite dalla ASL. Le prestazioni acquistate tramite questi accordi ricadranno nei limiti di spesa assegnati a ciascuna struttura privata; ma con il seguente vantaggio: se di valore medio superiore alla massima eccedenza consentita, rispetto al VMP di riferimento per la struttura privata, NON determineranno abbattimenti a consuntivo per applicazione del vincolo del VMP.

Inoltre, al fine di velocizzare e semplificare l'attuazione della programmazione regionale, si stabilisce che a partire dal 2025:

- A. A conclusione delle istruttorie sopra previste, le ASL procederanno alla loro immediata attuazione ed ai conseguenti contratti con le strutture private accreditate, previa adozione di apposite delibere del Direttore Generale della ASL, immediatamente esecutive, ma con riserva di presa d'atto e ratifica (o modifica) da parte della Regione. In particolare, qualora le deliberazioni assunte siano conformi ai provvedimenti generali già deliberati dalla Giunta regionale, sarà sufficiente la presa d'atto con decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute.
- B. In considerazione delle molteplici novità introdotte dal nuovo nomenclatore nazionale della specialistica ambulatoriale, che impattano anche sui criteri di determinazione delle C.O.M. (Capacità Operative Massime), nonché delle criticità in merito ai parametri del "**Tetto di Spesa Teorico**" e del conseguente "**Tetto di Spesa BASE**", esposte nel precedente paragrafo 3, e ferma restando la possibile utilità del riferimento (anche) alla C.O.M. nei casi di nuovi accreditamenti e/o situazioni particolari, si ritiene opportuno modificare l'Allegato B alla DGRC n. 215/2022, prevedendo che:

Allegato A – Relazione Tecnica

- La percentuale di incremento o di decremento, conseguente alla valutazione degli INDICATORI di PERFORMANCE aumenti dal +/- 3% al +/- 5%; e che tale variazione si applica a decorrere dal tetto di spesa 2025 (che tiene conto della valutazione della performance realizzata nel 2024);
- Non si procede più alla determinazione del “**Tetto di Spesa BASE**” a partire dalla C.O.M. vigente all’inizio dell’esercizio. Gli incrementi o i decrementi conseguenti alla valutazione degli INDICATORI di PERFORMANCE si applicano direttamente sul tetto di spesa definitivo, relativo all’anno precedente.

Ovviamente, anche dopo queste modifiche, la C.O.M. – Capacità Operativa Massima rimane uno degli elementi da prendere in considerazione in tutti i casi nei quali non vi è una rilevante attività pregressa: nuovi accreditamenti, ecc.

Si sottolinea che la disposizione di cui al precedente punto B risulta anche più idonea a premiare gli elementi di qualità e di rispondenza dell’assistenza erogata, rispetto agli obiettivi fissati dalla programmazione regionale, in coerenza con le linee di indirizzo e raccomandazioni più volte rappresentate dalla AGCM - Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano.

7. Disposizioni specifiche per le branche della Diagnostica per Immagini

A seguito di apposite autorizzazioni della Regione, nel corso del 2023 e del 2024 diversi centri privati di Radiologia si sono dotati di apparecchiature di Risonanza Magnetica di elevata qualità e potenza (cd. RM Total Body con intensità del campo magnetico > 1 Tesla), oppure, sono in procinto di attivarle nei prossimi mesi.

Si ricorda che, ai fini della gestione dei limiti di spesa, i centri di Radiologia sono suddivisi in quattro classi:

- A - Radiologia tradizionale di base ed ecografia
- B - Radiologia tradizionale di base, ecografia e TAC
- C – Radiologia tradizionale, ecografia, TAC e RMN ≤ 1 tesla
- D - Radiologia tradizionale, ecografia, TAC e RMN > 1 tesla.

Sempre a seguito di specifica autorizzazione regionale, nonché di appositi decreti di accreditamento, nel corso del 2024 alcuni centri di Medicina Nucleare hanno attivato apparecchiature per le PET/TC con macchina ibrida, necessarie per la stadiazione delle patologie oncologiche e ancora molto carenti nelle strutture pubbliche. Anche per questa branca, ai fini della gestione dei limiti di spesa, sussiste da molti anni una suddivisione in classi:

- A – Scintigrafie
- B - Scintigrafie e PET, comprese le PET/TC (con o senza macchina ibrida)
- C – Strutture accreditate solo per le PET/TC 92.11.6, 92.11.7 e 92.18.6 con macchina ibrida.

In considerazione delle specificità di queste branche, la DGRC n. 800/2023, nello stabilire i limiti di spesa provvisori per l’esercizio 2024, a fronte di una generale diminuzione dei limiti di spesa del 7%, resa necessaria dalla ristrettezza delle risorse disponibili, sopra evidenziata, ha limitato tale riduzione:

Allegato A – Relazione Tecnica

- al 4% per i centri di Radiologia di Classe D, *“il cui fatturato è composto in misura rilevante da prestazioni di risonanza magnetica di elevata qualità, necessarie per diverse patologie gravi e ancora molto carenti nelle strutture pubbliche”*;
- per la Medicina Nucleare: al 1,7% per i centri di Classe B e allo 0% (nessuna riduzione) per quelli di Classe C.

Si ricorda, poi, che la DGRC n. 215/2022, nel determinare i limiti di spesa per l'esercizio 2022 delle branche della Diagnostica per Immagini, diede indicazione alle ASL di applicare - ai casi di rilevante implementazione tecnologica e a determinate condizioni – un incremento del tetto di spesa del 5%; prevedendo, poi, che dal 2023 l'effetto delle implementazioni tecnologiche sui tetti di struttura avrebbe seguito le regole generali *“stabilite dalla presente delibera e dai successivi approfondimenti”*.

Nel corso del 2023 e ad inizio 2024 altri tre centri di Medicina Nucleare sono stati accreditati per l'erogazione di prestazioni di PET/TC con macchina ibrida. E tali implementazioni sono state espressamente considerate nel fissare i limiti di spesa definitivi per l'esercizio 2024 (cfr. Allegato 2.4), tenendo conto anche di apposite istruttorie svolte dalle ASL in cui operano.

Riguardo, invece, alla branca della Radiologia (cfr. Allegato 2.5), diverse ASL hanno segnalato l'attivazione dall'inizio del 2024 di apparecchiature di RM > 1 tesla, con conseguente passaggio delle strutture alla Classe D, rispetto alla precedente collocazione B o C; ed hanno proposto di incrementare il limite di spesa di tali centri, poiché nella branca della Radiologia le implementazioni tecnologiche che determinano i passaggi di Classe comportano un indubbio e significativo incremento dei costi fissi della struttura (quote annuali di ammortamento o di leasing), del loro Valore Medio prestazionale e del fatturato.

Per questi casi si può quindi stabilire – in aggiunta ai criteri generali fissati dalla DGRC n. 215/2022 e s.m.i. - un incremento del tetto di spesa del 5%, con un incremento minimo forfetario di almeno:

- Euro 50.000 per il passaggio da B a C;
- Euro 100.000 per il passaggio da C a D;
- Euro 120.000 per il passaggio da B a D.

In altri casi, alcuni centri di radiologia – già autorizzati dalla Regione ad installare RM Total Body con del magnete > 1 Tesla - hanno comunicato l'attivazione e il collaudo delle nuove apparecchiature per dicembre 2024. Per tali casi, nonché per le ulteriori attivazioni, le ASL competenti potranno disporre con delibera del Direttore Generale i conseguenti aumenti del tetto di spesa 2025 in conformità alle indicazioni appena fornite per l'esercizio 2024.

8. Disposizioni specifiche per la branca di Laboratorio di Analisi (Patologia Clinica)

Si precisa, innanzitutto, che per la branca di Laboratorio di Analisi sono allegate alla presente delibera le seguenti quattro tabelle:

All. 2.6.1: Tetti di spesa 2023 ai sensi della DGRC n. 800/2023 come successivamente modificati dalle ASL a seguito di correzioni e/o modifiche delle Aggregazioni, recepite nei decreti del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 543 del 12.06.2024, n. 876 del 03.10.2024 e n. 902 del 10.10.2024

Allegato A – Relazione Tecnica

- All. 2.6.2:** Tetti di spesa 2024, sulla base delle modifiche dei tetti di spesa 2023 contenute nella Tabella 2.6.1 e dei limiti di spesa provvisori fissati per il 2024 dalla DGRC n. 800/2023
- All. 2.6.3:** Modifiche delle Aggregazioni deliberate dalle ASL nel corso del 2024 e loro effetto sui singoli Laboratori che le compongono
- All. 2.6.4:** Tetti di spesa 2024 definitivi, salvo ulteriori correzioni e/o modifiche delle Aggregazioni, da effettuarsi direttamente dalle ASL interessate con delibera del Direttore Generale immediatamente esecutiva.

Si evidenzia, poi, che l'introduzione del Nuovo Nomenclatore e delle nuove tariffe delle prestazioni della specialistica ambulatoriale – intervenuta, da ultimo, con la DGRC n. 660 del 26.11.2024 – impatta profondamente sulla branca di Laboratorio di Analisi, attraverso la soppressione di molte prestazioni preesistenti, l'introduzione di numerose nuove prestazioni e importanti modifiche tariffarie.

Riguardo alla branca di Laboratorio di Analisi, si ricorda che, ai fini della gestione dei limiti di spesa, i centri accreditati sono suddivisi in quattro tipologie:

- A - Laboratori generali di base con o senza settori specializzati A1 e A2
- B - Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati escluso A6
- C - Laboratori generali di base con almeno tre settori specializzati incluso A6
- D - Laboratori specializzati;

mentre i limiti di spesa sono suddivisi dal 2020 (DCA n. 10/2020) in tre distinti budget, ognuno con una specifica regolamentazione:

- Prestazioni "Non R"
- Prestazioni "R non 7"
- Prestazioni "7 R",

dove le prestazioni "R" sono riconducibili – sostanzialmente – ai settori specializzati della microbiologia e sieroinmunologia, citoistopatologia, virologia e genetica medica. Infatti, i budget per le prestazioni "R" risultano assegnati per circa il 97% ai Laboratori di Analisi ricadenti nella sopra richiamata Tipologia "C".

Il Nuovo Nomenclatore ha modificato profondamente proprio le prestazioni di Laboratorio di maggiore contenuto specialistico. Ai fini dei tetti di spesa 2025 dei Laboratori di Analisi risulta, quindi, indispensabile e urgente superare la predetta impostazione dei budget, imperniata sulla suddivisione tra le prestazioni che nel precedente Nomenclatore erano caratterizzate dalla associazione o meno alla cd. "lettera R".

Con la presente delibera si stabilisce, quindi, che dal 2025 i budget assegnati ai Laboratori di Analisi privati accreditati sono suddivisi nei seguenti due raggruppamenti di prestazioni:

- 1) Prestazioni di Laboratorio di base e/o specializzate, **ad esclusione di quelle elencate nell'Allegato n. 3 alla presente delibera;**
- 2) Prestazioni di Laboratorio **elencate nell'Allegato n. 3 alla presente delibera,** afferenti alla Microbiologia / Virologia, Anatomia ed Istologia patologica, Genetica / citogenetica.

E, in via provvisoria, si stabilisce che limite di spesa 2025 delle prestazioni elencate nell'Allegato n. 3 alla presente delibera, sarà pari per ciascun Laboratorio privato accreditato al limite di spesa complessivo, assegnato per l'esercizio 2024, relativo all'insieme delle prestazioni che nel precedente nomenclatore erano contrassegnate dalla lettera "R". Pertanto, l'ELENCO Allegato n. 3

Allegato A – Relazione Tecnica

sostituisce dal 2025 – ai fini dei tetti di spesa – l' *"Elenco prestazioni "R" -Sezione III - Allegato n. 9"* al DCA n. 10/2020.

Si noti che per la individuazione delle prestazioni di cui all'ELENCO Allegato n. 3 si è fatto riferimento alla Classificazione FA.RE., utilizzata anche dal Ministero della Salute nelle Relazioni Tecniche a supporto del Nuovo Nomenclatore nazionale.