



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

DECRETO N. 77 DEL 09.10.2018

OGGETTO: Limiti di spesa assegnati agli erogatori privati: autorizzazione alle AA.SS.LL. per la stipula di contratti integrativi per le prestazioni di dialisi, per gli esercizi 2016 e 2017, e di radioterapia, per gli esercizi dal 2014 al 2017.

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017, acta n. xi “definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, con la normativa vigente in materia e con quanto previsto dal punto i [riorganizzazione della rete ospedaliera]”)

VISTA la legge 30 dicembre 2004, n. 311 recante “*Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2005)*” e, in particolare, l’art. 1, comma 180, che ha previsto per le regioni interessate l’obbligo di procedere, in presenza di situazioni di squilibrio economico finanziario, ad una ricognizione delle cause ed alla conseguente elaborazione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio Sanitario Regionale, di durata non superiore ad un triennio;

VISTA l’Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 che, in attuazione della richiamata normativa, pone a carico delle regioni l’obbligo di garantire, coerentemente con gli obiettivi di indebitamento netto delle amministrazioni pubbliche, l’equilibrio economico-finanziario del servizio sanitario regionale nel suo complesso, realizzando forme di verifica trimestrale della coerenza degli andamenti con gli obiettivi assegnati in sede di bilancio preventivo per l’anno di riferimento, nonché la stipula di un apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell’equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale della Campania n. 460 del 20 marzo 2007 “*Approvazione del Piano di Rientro dal disavanzo e di riqualificazione e razionalizzazione del Servizio sanitario Regionale ai fini della sottoscrizione dell’Accordo tra Stato e Regione Campania ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004*”;

VISTA la Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 24 luglio 2009 con la quale il Governo ha proceduto alla nomina del Presidente pro tempore della Regione Campania quale Commissario ad Acta per l’attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario ai sensi dell’art. 4, comma 2, del DL 1 ottobre 2007, n. 159, convertito con modificazioni dalla L. 29 novembre 2007, n. 222;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell’11 dicembre 2015 con la quale sono stati nominati quale Commissario *ad acta* il dott. Joseph Polimeni e quale subcommissario *ad acta* il dott. Claudio D’Amario;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017 con la quale, all’esito delle dimissioni del dott. Polimeni dall’incarico commissariale, il Presidente della Giunta Regionale è stato nominato Commissario *ad acta* per l’attuazione del vigente piano di rientro dai disavanzi del SSR campano, secondo i Programmi operativi di cui all’articolo 2, comma 88, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii.;

VISTA la comunicazione assunta al protocollo della Struttura Commissariale n. 430 del 9 febbraio



Regione Campania

Il Commissario ad Acta per l'attuazione

del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano

(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

2018, con la quale il subcommissario *ad acta* dott. Claudio D'Amario ha rassegnato le proprie dimissioni per assumere la funzione di Direttore Generale della Prevenzione Sanitaria presso il Ministero della Salute;

VISTA la richiamata deliberazione del Consiglio dei Ministri del 10 luglio 2017, che:

- assegna *“al Commissario ad acta l'incarico prioritario di attuare i Programmi operativi 2016-2018 e gli interventi necessari a garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità, nei termini indicati dai Tavoli tecnici di verifica, nell'ambito della cornice normativa vigente”*;
- individua, nell'ambito del più generale mandato sopra specificato, alcune azioni ed interventi come *acta* ai quali dare corso prioritariamente e, segnatamente, al punto xi) la *“definizione e sottoscrizione dei contratti con gli erogatori privati accreditati, in coerenza con il fabbisogno assistenziale, con la normativa vigente in materia e con quanto previsto dal punto i [riorganizzazione della rete ospedaliera]”*;

RICHIAMATA

la sentenza del Consiglio di Stato n. 2470/2013 secondo cui, *“nell'esercizio dei propri poteri, il Commissario ad acta agisce quale organo decentrato dello Stato ai sensi dell'art. 120 della Costituzione, che di lui si avvale nell'espletamento di funzioni d'emergenza stabilite dalla legge, in sostituzione delle normali competenze regionali, emanando provvedimenti qualificabili come “ordinanze emergenziali statali in deroga”, ossia “misure straordinarie che il commissario, nella sua competenza d'organo statale, è tenuto ad assumere in esecuzione del piano di rientro, così come egli può emanare gli ulteriori provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali necessari alla completa attuazione del piano di rientro”*;

PRESO ATTO

- a. che le esigenze di contratti integrativi per la branca di radioterapia sono state regolate per gli esercizi dal 2011 al 2013 dalle procedure stabilite dal DCA n. 85 del 20.12.2011 (pubblicato sul BURC n. 79 del 27.12.2011), confermate per gli esercizi 2012 e 2013 dai DCA n. 67/2012 e n. 88/2013, prevedendo che il Direttore Generale della ASL in cui operano i centri privati avrebbe adottato, ove necessario *“... una motivata delibera di approvazione dei contratti integrativi ...”* e, a consuntivo, *“... una formale delibera che esamini ed approvi i controlli eseguiti dalle competenti strutture della ASL in merito alla appropriatezza e regolarità delle prestazioni di radioterapia ... erogate dai centri privati”*;
- b. che, per le integrazioni richieste da alcune ASL per l'esercizio 2014, la Direzione Generale per la Tutela della Salute con lettera prot. n. 65351 del 30.01.2018, tra l'altro, ha rappresentato alle ASL presso cui operano centri di radioterapia privati accreditati (ASL di Caserta, di Napoli 1, 2 e 3 e di Salerno) quanto segue:

“... in merito alle autorizzazioni richieste a suo tempo dalle ASL per la stipula di contratti integrativi a fronte degli sforamenti registrati nell'esercizio 2014, il DCA n. 68 del 16.06.2015 al punto 5 del dispositivo aveva espressamente rinviato “a successivo provvedimento l'autorizzazione alle ASL a coprire con contratti integrativi parte dello sforamento avutosi nel 2014 nella branca di radioterapia in quanto la relativa istruttoria è ancora in corso per i motivi esposti in premessa ...”, motivi riguardanti la possibilità che l'eccedenza sul tetto 2014 (circa 12 milioni di euro) avrebbe potuto “... essere significativamente ridimensionata a seguito



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

degli approfondimenti in corso sull'anomalo incremento avvenuto in alcune ASL e, soprattutto, nella ASL Napoli 2 Nord, delle prestazioni di schermatura personalizzata (cod. 92.29.7)".

Successivamente, la giurisprudenza (si veda ad es. la sentenza del TAR Salerno n. 1365 pubblicata il 29.08.2017) ha confermato la legittimità della liquidazione delle prestazioni 92.29 1, 2, 3, 7, 8 e 9 con il criterio di "una schermatura per paziente trattato". Si può, quindi, procedere ad istruire un provvedimento di autorizzazione alla stipula di contratti integrativi dei tetti di spesa 2014 almeno per una quota percentuale dello sforamento registrato nel 2014 e ricalcolato con il suddetto criterio prudenziale.

In tal modo si potrà anche ottemperare alla sentenza TAR Napoli n. 4845/2015, che obbliga la Regione ad espletare la procedura necessaria per autorizzare la stipula dei contratti integrativi per la branca di radioterapia per l'esercizio 2014.

Per tutto quanto sopra esposto, si chiede di trasmettere allo scrivente entro il 15 febbraio p.v. una apposita delibera del Direttore Generale che asseveri la tabella allegata, debitamente compilata con i dati consuntivi 2014 – 2017 della branca di radioterapia acquistata dalle strutture private accreditate."

- c. che le suddette ASL hanno riscontrato la richiesta sopra riportata, fornendo i dati che si espongono nella tabella che forma l'allegato n. 1 al presente decreto, strutturata con i criteri stabiliti nella sopra citata lettera prot. n. 67667 del 30.01.2018 della Direzione Generale per la Tutela della Salute;
- d. che il sopra citato DCA n. 68 del 16.06.2015 (pubblicato sul BURC n. 41 del 29.06.2015), ha stabilito:
 - 1. al punto 1) che *"in merito agli sforamenti ed ai sottoutilizzi dei tetti di spesa stabiliti per l'esercizio 2014 per i contratti con le strutture private, relativi alle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, ... si evidenziano sotto utilizzi dei limiti di spesa 2014 assegnati alle strutture private, relativi alle suddette tipologie di prestazioni sanitarie, per circa euro 6,6 milioni"*;
 - 2. al punto 3) *"Di confermare che l'economia di circa euro 6,6 milioni, di cui al punto precedente, come già previsto dai decreti commissariali n. 41/2014, n. 129/2014 e n. 144/2014, è destinata a fornire una parziale copertura degli sforamenti dei limiti di spesa 2014 assegnati ai centri privati per le prestazioni di dialisi e di radioterapia, rispettivamente, dai decreti commissariali n. 41/2014 e n. 129/2014"*;
 - 3. al punto 5) di autorizzare la stipula di contratti integrativi a copertura degli sforamenti di circa euro 3,3 milioni intervenuti in alcune ASL nell'esercizio 2014 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale erogate dai centri privati accreditati;
- e. che per l'esercizio 2014, pertanto, residuano economie sufficienti per dare copertura alle richieste di contratto integrativo per l'esercizio 2014 per la branca di radioterapia, espone nell'allegato n. 1 al presente decreto (e parzialmente già autorizzate dal decreto n. 1 del 24.05.2018 del Commissario ad acta nominato dal TAR Campania – Sezione I di Napoli per l'ottemperanza della sentenza n. 4845/15);

RILEVATO

- a. che il decreto del Commissario ad acta per l'Attuazione del Piano di Rientro n. 30 del 31.03.2017, pubblicato sul BURC n. 30 del 10.04.2017, ha stabilito:



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

- “1. Di approvare i conteggi esposti nell'allegato n. 1 al presente decreto, che riportano i dati consuntivi 2015 e 2016, asseverati dalle Aziende Sanitarie Locali nelle proprie comunicazioni ufficiali elencate in premessa.
2. Di autorizzare, conseguentemente, in applicazione delle specifiche disposizioni recate dai decreti commissariali n. 8 e n. 89/2016 per la branca di radioterapia, sopra richiamate, le ASL di Caserta, Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord e Napoli 3 Sud ad integrare i limiti di spesa dei centri di radioterapia, con i quali avevano già regolarmente stipulato i contratti ex art. 8 quinquies per gli esercizi 2015 e 2016, per gli importi esposti nella colonna E) dell'allegato n. 1 al presente decreto.
3. ... che le ASL Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord e Salerno devono accantonare l'eventuale maggiore remunerazione dovuta nel caso in cui i chiarimenti forniti dal Ministero della Salute dovessero consentire di applicare il criterio della remunerazione “per ogni focolaio trattato”, secondo gli importi indicati per singola ASL nella colonna F dell'allegato n. 1 [al medesimo decreto]”;
- b. che, successivamente, diverse ASL hanno rettificato i dati forniti nel corso dell'istruttoria del citato DCA n. 30/2017 e, pertanto, la situazione delle richieste delle ASL di essere autorizzate alla stipula di contratti integrativi per la branca di radioterapia per gli esercizi 2015 e 2016 risulta aggiornata secondo la tabella che forma l'allegato n. 1 al presente decreto;
- c. che, anche con le rettifiche intervenute, gli importi da autorizzare per la stipula di contratti integrativi per la branca di radioterapia per gli esercizi 2015 e 2016 rientrano negli appositi accantonamenti, operati nei sopra citati DCA n. 8 e n. 89/2016;
- d. che per l'esercizio 2017 gli importi richiesti dalle ASL per integrare il limite di spesa della branca di radioterapia, riportati nella tabella che forma l'allegato n. 1 al presente decreto, espongono un maggiore fabbisogno di circa euro 7,4 milioni, che ascende ad oltre euro 8,6 milioni tenendo conto anche dell'accantonamento da operare per il caso in cui si debba applicare il criterio della remunerazione “per ogni focolaio trattato”;
- e. che, pertanto, le richieste di integrazione dei limiti di spesa della branca di radioterapia per l'esercizio 2017 superano l'apposito accantonamento operato per il medesimo esercizio dal DCA n. 89/2016 (pari ad euro 6,2 milioni, peraltro riferiti anche ad altre criticità e/o contenziosi);

RILEVATO altresì

- a. che, come sopra richiamato, il DCA n. 68 del 16.06.2015 ha autorizzato la stipula di contratti integrativi a copertura degli sforamenti intervenuti nell'esercizio 2014 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale erogate dai centri privati accreditati;
- b. che, analogamente, il DCA n. 26 del 30.03.2017 (pubblicato sul BURC n. 30 del 10.04.2017) ha autorizzato la stipula di contratti integrativi a copertura degli sforamenti (per complessivi circa euro 63 mila nel totale regionale) intervenuti nell'esercizio 2015 per le prestazioni di dialisi ambulatoriale erogate dai centri privati accreditati;
- c. che la Direzione Generale per la Tutela della Salute, con lettera prot. n. 459668 del 16.07.2018, ha chiesto ai Direttori Generali delle ASL, tra l'altro, la situazione consuntiva del fatturato liquidabile 2016 e 2017 delle prestazioni di dialisi ambulatoriale erogate dai centri privati accreditati, dopo aver effettuato tutti i controlli e abbattimenti previsti dalla normativa nazionale e regionale;
- d. che, in riscontro della suddetta richiesta, i Direttori Generali delle ASL hanno trasmesso i dati consuntivi 2016 e 2017 della branca della dialisi ambulatoriale che sono riepilogati ed esposti



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

nell'allegato n. 2 al presente decreto, dai quali si evince che per entrambi gli esercizi, dopo la copertura dei limitati sforamenti intervenuti in alcune ASL, residua una economia complessiva a livello regionale pari, rispettivamente, a circa euro 1,8 milioni e a circa euro 4,6 milioni;

- e. che l'economia realizzata nel 2017 nella branca di dialisi, insieme agli importi già accantonati dal DCA 89/2016, consente di dare copertura alle richieste di integrazione dei limiti di spesa della branca di radioterapia per l'esercizio 2017 riportate nell'allegato n. 1 al presente decreto;

RITENUTO

- a. che, per quanto sopra esposto, si può procedere ad autorizzare le AA.SS.LL. interessate a stipulare contratti integrativi per la branca di radioterapia per gli esercizi 2014, 2015, 2016 e 2017, nei limiti esposti nella colonna E) dell'allegato n. 1 al presente decreto e tenendo conto di quanto già autorizzato con provvedimenti precedenti, come riportato nella colonna E bis) del medesimo allegato;
- b. che, analogamente a quanto stabilito dal sopra citato DCA n. 30/2017, le medesime AA.SS.LL. dovranno accantonare l'eventuale maggiore remunerazione dovuta nel caso in cui si dovesse applicare il criterio della remunerazione *"per ogni focolaio trattato"*, secondo gli importi indicati per singola ASL nella colonna G) dell'allegato n. 1 (tenuto conto di quanto già accantonato ai sensi dei provvedimenti precedenti e riportato nella colonna G bis) del medesimo allegato;
- c. che, inoltre, in conformità a quanto previsto dal richiamato DCA n. 89/2016, si può procedere ad autorizzare le AA.SS.LL. interessate a stipulare contratti integrativi per la branca di dialisi ambulatoriale per gli esercizi 2016 e 2017, nei limiti esposti nella colonna H) dell'allegato n. 2 al presente decreto;

CONSIDERATO

- a. che in merito al contenzioso in corso con diversi centri privati di radioterapia, riguardante l'interpretazione del vigente nomenclatore tariffario, laddove si prevede che la tariffa delle prestazioni contrassegnate dai codici 92.29.1, 2, 3, 7, 8 e 9 si applica per *"intero trattamento"*, il sopra citato DCA n. 30/2017 ha dato atto che il Commissario ad acta pro tempore, con nota prot. n. 1373 del 17.03.2017, ha chiesto al Ministero della Salute se la dizione *"intero trattamento"* debba intendersi per singolo paziente trattato o *"per ogni focolaio trattato"*;
- b. che il Ministero della Salute - Direzione Generale della Programmazione Sanitaria – Ufficio V, con nota del 05.04.2017, prot. n. 10955 – DGPROGS, avente per oggetto: *"Prestazioni di Radioterapia – Legittima interpretazione"*, con riferimento alle prestazioni 92.29.1, 2, 3, 7, 8 e 9 ha precisato che esse *"sono propedeutiche al trattamento di radioterapia; mentre quest'ultimo si articola in più prestazioni da remunerare singolarmente (la tariffa è indicata "per seduta"), le prestazioni propedeutiche sono da intendersi come riferite all'intero trattamento di un focolaio e pertanto sono oggetto di tariffazione una sola volta, anche quando ripetute più di una volta"*;
- c. che nel frattempo la giurisprudenza amministrativa con diverse sentenze - TAR Campania – Sezione I di Napoli, sentenza n. 1/2017, pubblicata il 02.01.2017, contro la quale pende appello al Consiglio di Stato R.G. n. 3663/2017; TAR Campania – Sezione I di Napoli, sentenza n. 2428/2017, pubblicata il 14.05.2017 e che non risulta appellata; TAR Campania –



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

Sezione distaccata di Salerno – Sezione II, sentenza n. 1365/2017, pubblicata il 29.08.2017, appellata al Consiglio di Stato R.G. 1495/2018; Consiglio di Stato – Sezione III, sentenza n. 5177/2018, pubblicata il 04.09.2018 che si è pronunciata sull'appello contro la suddetta sentenza n. 1365/2017 del TAR Campania Sezione di Salerno, respingendolo; TAR Campania – Sezione I di Napoli, sentenza n. 1857/2018, pubblicata il 22.03.2018, contro la quale pende appello al Consiglio di Stato R.G. n. 3723/2018; - ha confermato la piena legittimità della applicazione del vigente nomenclatore tariffario, operata dai provvedimenti regionali, riguardo al criterio del riconoscimento di una sola prestazione codice 92.29.1, 2, 3, 7, 8 e 9 *“per intero trattamento”*;

- d. che la sentenza del TAR Campania - Salerno – Sezione II, n. 1365/2017, confermata in appello dal Consiglio di Stato, rappresenta che: *“Resta ferma la necessità di attenersi alle specifiche contenute nel Nomenclatore Tariffario, il quale, per quanto di interesse a fini della lite, ha cura di indicare se l'erogazione della prestazione è da intendersi “per seduta” e “per focolaio” o per “intero trattamento”; di tal che le prestazioni che recano l'indicazione “intero trattamento” possono essere erogate e fatturate una sola volta nel ciclo di cura”*;
- e. tale impostazione è stata espressamente richiamata nella sentenza di appello (Cons. Stato n. 5177/2018), ove si rileva che *“E' altresì utile precisare che il nomenclatore tariffario indica anche se l'erogazione della prestazione è da intendersi “per seduta” e “per focolaio” o per “intero trattamento”; di tal che le prestazioni che recano l'indicazione “intero trattamento” possono essere erogate e fatturate una sola volta nel ciclo di cura”*;
- f. che, per altre prestazioni di radiologia terapeutica (quali TELECOBALTOTERAPIA (codici 92.23.1, 2 e 3); TELETHERAPIA CON ACCELERATORE LINEARE (codici 92.24.1, 2 e 3); BRACHITERAPIA ENDOCAVITARIA (codice 92.27.1)), il vigente nomenclatore tariffario ha sempre specificato che la tariffa della prestazione è *“per seduta e per focolaio trattato”*; peraltro, come evidenziato anche nella giurisprudenza sopra richiamata, il nuovo nomenclatore tariffario della specialistica ambulatoriale, approvato dal DPCM 12 gennaio 2017 (G.U. Serie Generale, n. 65 del 18 marzo 2017) – non ancora in vigore in attesa che siano definite le tariffe delle prestazioni in esso elencate – prevede espressamente le nuove tecniche di radioterapia altamente automatizzate, mentre viene soppresso il codice 92.29.7 (SCHERMATURA PERSONALIZZATA);
- g. che, pertanto, risulta superata l'esigenza di mantenere accantonate le somme esposte nella colonna G) dell'allegato n. 1 (pari a complessivi euro 6,2 milioni nel periodo 2013 – 2017), a fronte della eventuale maggiore remunerazione dovuta nel caso in cui si dovesse applicare il criterio della remunerazione delle prestazioni con codice 92.29.1, 2, 3, 7, 8 e 9 *“per ogni focolaio trattato”*, rimanendo definitivamente applicata la regola secondo la quale *“le prestazioni che recano l'indicazione “intero trattamento” possono essere erogate e fatturate una sola volta nel ciclo di cura”*;
- h. che risulta comunque opportuno, stante anche la condizione di Regione in Piano di Rientro ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004 e s.m.i., subordinare la cessazione degli accantonamenti operati dalle ASL per il caso in cui si dovesse applicare il criterio della remunerazione delle prestazioni con codice 92.29.1, 2, 3, 7, 8 e 9 *“per ogni focolaio trattato”*, esposti nella colonna G) dell'allegato n. 1 al presente decreto, alle valutazioni ed alle eventuali prescrizioni che il Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, esprimeranno ai sensi dell'art. 3, commi 6 e 7, dell'Accordo per l'approvazione del Piano di Rientro, stipulato il 13 marzo 2007;



Regione Campania
Il Commissario ad Acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR Campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri 10/07/2017)

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

DECRETA

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

1. di **autorizzare** le AA.SS.LL. di Caserta, Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord, Napoli 3 Sud e di Salerno a stipulare contratti integrativi per la branca di radioterapia per gli esercizi 2014, 2015, 2016 e 2017, nei limiti esposti nella colonna E) dell'allegato n. 1 al presente decreto e tenendo conto di quanto già autorizzato con provvedimenti precedenti, come riportato nella colonna E bis) del medesimo allegato;
2. di **stabilire** che le AA.SS.LL. di Caserta, Napoli 1 Centro, Napoli 2 Nord e di Salerno dovranno accantonare l'eventuale maggiore remunerazione dovuta nel caso in cui si dovesse applicare il criterio della remunerazione "*per ogni focolaio trattato*", secondo gli importi indicati per singola ASL nella colonna G) dell'allegato n. 1 (tenuto conto di quanto già accantonato ai sensi dei provvedimenti precedenti e riportato nella colonna G bis) del medesimo allegato;
3. di **precisare** che le richieste di contratti integrativi di radioterapia per gli esercizi 2011, 2012 o 2013 sono state regolate dalle procedure stabilite per l'esercizio 2011 dal DCA n. 85 del 20.12.2011 (pubblicato sul BURC n. 79 del 27.12.2011), confermate per gli esercizi 2012 e 2013 dai DCA n. 67/2012 e n. 88/2013;
4. di **autorizzare** le AA.SS.LL. di Caserta e di Napoli 2 Nord, per gli esercizi 2016 e 2017, nonché l'ASL di Benevento per l'esercizio 2017, a stipulare contratti integrativi per la branca di dialisi ambulatoriale nei limiti esposti nella colonna H) dell'allegato n. 2 al presente decreto;
5. di **disporre** che il presente decreto sarà immediatamente notificato alle Aziende Sanitarie Locali sopra citate e, da queste, a tutte le Associazioni di categoria ed a tutti i centri privati accreditati per le branche di radioterapia e di dialisi ambulatoriale;
6. di **trasmettere** il presente provvedimento ai Ministeri affiancanti, riservandosi di recepire con successivi provvedimenti le valutazioni e/o prescrizioni che saranno formulate dagli stessi, con particolare riferimento al mantenimento o meno degli accantonamenti di cui al precedente punto 2;
7. di **trasmettere** il presente provvedimento al Capo di Gabinetto del Presidente della Giunta Regionale della Campania, all'Assessore Regionale al Bilancio e al Finanziamento del Servizio Sanitario Regionale in raccordo con il Commissario ad acta per il Piano di Rientro dal disavanzo sanitario, alla Direzione Generale per la Tutela della Salute e il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, alle Aziende Sanitarie Locali, e al BURC per tutti gli adempimenti in materia di pubblicità e trasparenza.

Il Direttore Generale per la
Tutela della Salute
Avv. Antonio Postiglione

DE LUCA

Radioterapia: richieste di integrazione del tetto di spesa deliberate dalle ASL**Allegato n. 1**

(anche in modifica degli importi richiesti in sede di istruttoria del DCA n. 30/2017: v. col. E bis e G bis)

ASL	Delibera ASL	Limite di spesa netta fissato dagli appositi decreti commissariali	Fatturato netto ticket e quota ricetta	Fatturato liquidabile con una sola prestazione per intero trattamento (1)	Economie (-) Sforamenti (+) con una sola prestazione per intero trattamento	Integrazione del limite di spesa da autorizzare	(per memoria: precedenti autorizzazioni: DCA 1/18 ex sentenza TAR 4845/15 e DCA n. 30/2017)	Fatturato liquidabile con una sola prestazione per focolaio trattato (2)	Importo da accantonare per l'eventuale applicazione del criterio di una prestazione per focolaio trattato (2)	(per memoria: accantonamenti autorizzati nel DCA n. 30/2017)	Variazione Onere complessivo (liquidabile + accantonato) MENO limite di spesa originario (col. A)
ANNO 2014		A	B	C	D	E	E bis	F	G	G bis	H
ASL di Caserta	n. 193 del 16.02.2018	1.868.512,00	2.128.890,29	2.104.052,04	235.540,04	235.540,04		2.128.890,29	24.838,25		260.378,29
ASL Napoli 1 Centro	n. 937 del 08.05.2018	3.137.033,00	4.894.435,45	3.354.858,29	217.825,29	217.825,29		3.509.292,59	154.434,30		372.259,59
ASL Napoli 2 Nord	nota DG_179859 16.05.18	9.696.376,00	18.066.033,44	8.583.998,00	-1.112.378,00	0,00		9.511.180,20	927.182,20		-185.195,80
ASL Napoli 3 Sud	n. 158 del 08.02.2018	822.430,42	1.087.759,10	1.087.759,10	265.328,68	265.328,68	265.328,68	1.087.759,10	0,00	0,00	265.328,68
ASL di Salerno	n. 269 del 22.03.2018	2.238.479,00	3.770.605,78	1.968.450,95	-270.028,05	0,00		2.085.959,59	117.508,64		-152.519,41
Totale		17.762.830,42	29.947.724,06	17.099.118,38	-663.712,04	718.694,01	265.328,68	18.323.081,77	1.223.963,39	0,00	560.251,35
ANNO 2015		A	B	C	D	E	E bis	F	G	G bis	H
ASL di Caserta	n. 193 del 16.02.2018	1.961.938,00	2.187.696,07	2.156.444,19	194.506,19	194.506,19	225.758,00	2.187.696,07	31.251,88	0,00	225.758,07
ASL Napoli 1 Centro	n. 937 del 08.05.2018	3.293.884,00	5.251.353,68	3.628.808,55	334.924,55	334.924,55	183.391,40	3.811.564,40	182.755,85	150.349,68	517.680,40
ASL Napoli 2 Nord	n. 239 del 01.03.2018	10.181.194,00	19.509.931,36	10.118.748,42	-62.445,58	0,00	0,00	11.281.764,42	1.163.016,00	810.860,24	1.100.570,42
ASL Napoli 3 Sud	n. 158 del 08.02.2018	863.552,00	979.547,24	979.547,24	115.995,24	115.995,24	14.917,09	979.547,24	0,00	0,00	115.995,24
ASL di Salerno	n. 269 del 22.03.2018	2.350.403,00	2.781.927,00	1.739.134,83	-611.268,17	0,00	0,00	1.896.552,23	157.417,40	157.417,40	-453.850,77
Totale		18.650.971,00	30.710.455,35	18.622.683,23	-28.287,77	645.425,98	424.066,49	20.157.124,36	1.534.441,13	1.118.627,32	1.506.153,36
ANNO 2016		A	B	C	D	E	E bis	F	G	G bis	H
ASL di Caserta	n. 193 del 16.02.2018	2.060.000,00	2.311.751,01	2.286.860,21	226.860,21	226.860,21	251.751,00	2.311.751,01	24.890,80	0,00	251.751,01
ASL Napoli 1 Centro	n. 937 del 08.05.2018	3.459.000,00	4.979.966,98	3.837.773,01	378.773,01	378.773,01	428.136,51	3.935.859,18	98.086,17	225.524,52	476.859,18
ASL Napoli 2 Nord	n. 239 del 01.03.2018	10.690.000,00	17.590.352,13	11.288.346,51	598.346,51	598.346,51	669.214,53	12.433.917,27	1.145.570,76	1.590.879,52	1.743.917,27
ASL Napoli 3 Sud	n. 158 del 08.02.2018	907.000,00	1.169.546,43	1.169.546,43	262.546,43	262.546,43	0,00	1.169.546,43	0,00	0,00	262.546,43
ASL di Salerno	n. 269 del 22.03.2018	2.468.000,00	3.798.908,79	1.952.831,92	-515.168,08	0,00	0,00	2.225.260,40	272.428,48	272.428,48	-242.739,60
Totale		19.584.000,00	29.850.525,34	20.535.358,08	951.358,08	1.466.526,16	1.349.102,04	22.076.334,29	1.540.976,21	2.088.832,52	2.492.334,29
ANNO 2017		A	B	C	D	E	E bis	F	G	G bis	H
ASL di Caserta	n. 193 del 16.02.2018	2.101.000,00	3.120.071,26	2.993.110,23	892.110,23	892.110,23		3.120.071,26	126.961,03		1.019.071,26
ASL Napoli 1 Centro	n. 937 del 08.05.2018	3.528.000,00	3.475.909,34	2.839.070,21	-688.929,79	0,00		2.923.660,22	84.590,01		-604.339,78
ASL Napoli 2 Nord	n. 239 del 01.03.2018	10.904.000,00	20.883.056,55	14.901.106,91	3.997.106,91	3.997.106,91		16.113.874,15	1.212.767,24		5.209.874,15
ASL Napoli 3 Sud	n. 158 del 08.02.2018	925.000,00	1.066.353,19	1.066.353,19	141.353,19	141.353,19		1.066.353,19	0,00		141.353,19
ASL di Salerno	n. 269 del 22.03.2018	2.517.000,00	7.904.528,79	4.923.720,04	2.406.720,04	2.406.720,04		5.400.205,28	476.485,24		2.883.205,28
Totale		19.975.000,00	36.449.919,13	26.723.360,58	6.748.360,58	7.437.290,37	0,00	28.624.164,10	1.900.803,52	0,00	8.649.164,10

(1) Applicando alle prestazioni 92.29 1, 2, 3, 7, 8 e 9 il criterio una prestazione per paziente trattato

(2) Applicando alle prestazioni 92.29 1, 2, 3, 7, 8 e 9 il criterio una prestazione per focolaio trattato

Allegato n. 2

Consuntivo dialisi 2016 e 2017 e integrazione dei limiti di spesa stabiliti dal DCA 89/2016

2016	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
ASL	Volumi massimi 2016 di prestazioni di dialisi ambulatoriale	Limite di spesa 2016 stabilito dal DCA n. 89/2016	Consuntivo 2016 n° prestazioni	scostamento % N° prestazioni consuntivo vs. tetto	Consuntivo 2016 Spesa netta	Economie (-) Sforamenti (+) NETTI dopo la compensazione a livello di ASL	idem, in % del consuntivo 2016	Integrazione limite di spesa della ASL a seguito di economie a livello regionale	Ulteriore integrazione del limite di spesa della ASL autorizzata dal presente decreto	Copertura della ulteriore integrazione con regressione tariffaria del 35%	Idem in % del fatturato netto cons 2016	Limite di spesa 2016, come integrato dal presente decreto ai sensi del DCA 89/2016
ASL AV	35.430	6.321.928,00	32.755	-7,6%	5.798.121,02	-523.806,98	-9,0%					
ASL BN	30.611	5.342.757,00	30.098	-1,7%	5.336.656,00	-6.101,00	-0,1%					
ASL CE	106.290	18.976.034,00	108.374	2,0%	19.340.463,70	364.429,70	1,9%	364.429,70	0,00	0,00	0,000%	19.340.463,70
ASL NA1 Centro	134.503	24.009.419,00	128.901	-4,2%	23.025.944,11	-983.474,89	-4,3%					
ASL NA2 Nord	145.014	25.678.587,00	146.169	0,8%	26.047.103,24	368.516,24	1,4%	368.516,24	0,00	0,00	0,000%	26.047.103,24
ASL NA3 Sud	150.198	26.807.368,00	149.768	-0,3%	26.701.206,32	-106.161,68	-0,4%					
ASL SA	143.952	25.702.744,00	138.722	-3,6%	24.759.822,59	-942.921,41	-3,8%					
TOTALE	745.998	132.838.837,00	734.787	-1,5%	131.009.316,98	-1.829.520,02	-1,40%	732.945,94	0,00	0,00	0,000%	

di cui:

economie:	-2.562.465,96
sforamenti	732.945,94

2017	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
ASL	Volumi massimi 2017 di prestazioni di dialisi ambulatoriale	Limite di spesa 2017 stabilito dal DCA n. 89/2016	Consuntivo 2017 n° prestazioni	scostamento % N° prestazioni consuntivo vs. tetto	Consuntivo 2017 Spesa netta	Economie (-) Sforamenti (+) NETTI dopo la compensazione a livello di ASL	idem, in % del consuntivo 2017	Integrazione limite di spesa della ASL a seguito di economie a livello regionale	Ulteriore integrazione del limite di spesa della ASL autorizzata dal presente decreto	Copertura della ulteriore integrazione con regressione tariffaria del 35%	Idem in % del fatturato netto cons 2017	Limite di spesa 2017, come integrato dal presente decreto ai sensi del DCA 89/2016
ASL AV	35.784	6.385.147,00	31.861	-11,0%	5.637.629,35	-747.517,65	-13,3%					
ASL BN	30.917	5.396.185,00	30.467	-1,5%	5.409.570,00	13.385,00	0,2%	13.385,00	0,00	0,00	0,000%	5.409.570,00
ASL CE	107.353	19.165.794,00	111.906	4,2%	19.880.965,62	715.171,62	3,6%	715.171,62	0,00	0,00	0,000%	19.880.965,62
ASL NA1 Centro	135.848	24.249.513,00	122.873	-9,6%	21.943.116,70	-2.306.396,30	-10,5%					
ASL NA2 Nord	146.464	25.935.373,00	145.810	-0,4%	25.949.812,66	14.439,66	0,1%	14.439,66	0,00	0,00	0,000%	25.949.812,66
ASL NA3 Sud	151.700	27.075.442,00	147.734	-2,6%	26.372.274,45	-703.167,55	-2,7%					
ASL SA	145.392	25.959.771,00	136.575	-6,1%	24.353.716,49	-1.606.054,51	-6,6%					
TOTALE	753.458	134.167.225,00	727.226	-3,5%	129.547.085,27	-4.620.139,73	-3,57%	742.996,28	0,00	0,00	0,000%	

di cui:

economie:	-5.363.136,01
sforamenti	742.996,28