

Case di cura private: criteri della programmazione 2021 - 2022

1. Premessa

La DGRC n. 621 del 29 dicembre 2020, oltre a definire i limiti di spesa 2020 con parziali modifiche e innovazioni rispetto ai criteri utilizzati per la programmazione 2018 – 2019 nel DCA n. 48 del 21 giugno 2018, ha stabilito che in via provvisoria i limiti di spesa 2021 fossero pari a quelli fissati per il 2020, al netto di una generale riduzione e accantonamento dell'1% (euro 6.950.000), riservandosi di procedere con successivo provvedimento ad assegnare alle case di cura l'importo accantonato.

La stessa delibera, tra l'altro, aveva stabilito di tenere conto delle modifiche nell'assetto operativo di diverse case di cura (accorpamenti e riorganizzazioni, con variazione dei posti letto per disciplina), conseguenti alla attuazione del Piano Ospedaliero regionale (DCA n. 8 del 01.02.2018, come modificato ed integrato dal DCA n. 103 del 28.12.2018), in base alle variazioni del fatturato "storico" dell'ultimo biennio, a cui tendere nella determinazione del tetto di spesa (in coerenza con la nuova metodologia, utilizzata nel DCA n. 48/2018, ampiamente condivisa con le Associazioni di Categoria, anche al fine di deflazionare il contenzioso in materia). E, a tal fine, per tenere meglio conto delle più recenti modifiche dei posti letto delle singole case di cura, aveva fatto riferimento al fatturato 2019, se maggiore di quello del 2018; se minore, alla media 2018 – 2019.

Molte, tra le case di cura che hanno modificato il numero dei propri posti letto e il relativo mix di discipline, tuttavia, hanno chiesto alla Regione una maggiore e specifica considerazione di tali variazioni ai fini della determinazione del tetto di spesa, attivando in alcuni casi appositi contenziosi. Peraltro, nell'arco del triennio 2019 – 2021, oltre al completamento della riconversione delle ex case di cura neuropsichiatriche (ai sensi del DCA n. 94/2014 e s.m.i.) sono state realizzate le azioni di rimodulazione e riorganizzazione, previste dal Piano Ospedaliero per n. 14 case di cura, con un incremento complessivo netto di 73 posti letto; mentre è quasi completata la variazione del mix di posti letto di altre tre case di cura, con un ulteriore incremento di 10 posti letto. A regime, l'attuazione del Piano Ospedaliero avrà interessato l'assetto organizzativo di n. 27 case di cura (il 45% delle case di cura private), con un incremento netto di n. 119 posti letto (oltre alla variazione della disciplina ospedaliera di altri n. 183 posti letto) su un totale di 5.651 posti letto programmati nel Piano Ospedaliero per le case di cura private.

Indubbiamente, le modifiche del numero e del mix delle discipline dei posti letto accreditati non hanno un effetto immediato e automatico sulle effettive prestazioni di ricovero rese da ciascuna casa di cura, riguardando variazioni dell'offerta, che possono determinare solo in parte e nel medio periodo corrispondenti variazioni nei flussi di domanda delle prestazioni sanitarie erogate dalle varie case di cura. Molto dipende anche dalla reale capacità di attrazione delle diverse strutture ospedaliere private, nonché dalle rilevanti variazioni in corso nei posti letto delle strutture pubbliche, sempre in attuazione del Piano Ospedaliero. Inoltre, ai fini della assegnazione dei limiti di spesa, si deve tenere adeguato conto anche di altri parametri: esiti delle cure, alta specialità, mobilità interregionale, ecc.

Ai fini dei criteri di assegnazione dei limiti di spesa delle diverse case di cura private appare, quindi, necessario e opportuno, innanzitutto, mantenere e sviluppare i riferimenti, introdotti negli ultimi anni, ai ricoveri di alta complessità, a indicatori di qualità come i parti cesarei e i tempi di intervento nelle fratture del femore in pazienti over 65, alla maggiore o minore specializzazione nei ricoveri oggetto di elevata mobilità passiva interregionale e, in generale, al fatturato "storico" per ricoveri appropriati (e, quindi, decurtato dei controlli e dei cd. "abbattimenti LEA"). In aggiunta a tali criteri,

sembra opportuno introdurre dal 2021 una parziale considerazione anche dell'astratto effetto delle variazioni intervenute nel numero e nel mix dei posti letto per disciplina sulla produzione e sul valore economico dei ricoveri erogati da ciascuna casa di cura, utilizzando come *proxy* il ricavo medio per posto letto / disciplina osservato storicamente.

Inoltre, l'istruttoria del presente provvedimento, al fine di determinare in via definitiva i limiti di spesa delle case di cura private per l'esercizio 2021, si avvale delle disposizioni recate dall'art. 26 del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modifiche dalla legge 23 luglio 2021, n. 106. In base alle quali: *“al fine di consentire un maggior recupero delle prestazioni di ricovero ospedaliero per acuti in regime di elezione e delle prestazioni di specialistica ambulatoriali non erogate dalle strutture pubbliche e private accreditate nel 2020, a causa dell'intervenuta emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono ... integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato, di cui agli accordi contrattuali stipulati per l'anno 2021 ..., in deroga all'articolo 15, comma 14, primo periodo, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, e, ferma restando la garanzia dell'equilibrio economico del Servizio sanitario regionale, anche utilizzando eventuali economie derivanti dai budget attribuiti per l'anno 2020”, nonché “quota parte delle economie di cui all'articolo 1, comma 427, della legge 30 dicembre 2020, n. 178, qualora tali economie non siano utilizzate per le finalità indicate dal medesimo articolo 1, comma 427”, tenuto conto della flessibilità nell'utilizzo delle “... risorse correnti a valere sul Fondo sanitario nazionale 2020 previste dai decreti legge n. 18 del 2020, n. 34 del 2020 e n. 104 del 2020 per la realizzazione di tutti gli interventi individuati dai medesimi decreti, prescindendo dagli importi stabiliti dalle singole disposizioni in relazione a ciascuna linea di finanziamento”, concessa dal comma 4 del medesimo art. 26 sopra citato.*

Tali disposizioni sono già state applicate per la specialistica ambulatoriale con la DGRC n. 354 del 4 agosto 2021. E, dopo approfondita istruttoria, in coerenza con il *“Piano Operativo Regionale per il recupero delle Liste di Attesa”* (ai sensi dell'art. 29 del decreto legge n. 104 del 14.08.2020), approvato dalla DGRC n. 543 del 02.12.2020, come modificato e integrato dalle DGRC n. 620 del 29.12.2020 e n. 353 del 04.08.2021, vengono applicate anche per l'assistenza ospedaliera erogata nel 2021 dalle case di cura private.

Riguardo, invece, alla programmazione dei limiti di spesa per il 2022, oltre ad applicare gli stessi criteri definiti per il 2021, considerata l'attuale fase di assestamento del settore, sia rispetto agli effetti dell'emergenza per l'epidemia COVID-19, sia riguardo alle modifiche attuate e in corso di completamento nei posti letto e nel mix delle discipline, sembra opportuno procedere – come operato per il 2021 – ad una distribuzione parziale del budget di 695 milioni, accantonandone una percentuale, da ripartire possibilmente entro il primo semestre, tenendo conto sia di dati di attività aggiornati, sia di altre eventuali variazioni, rilevanti ai fini della programmazione dell'assistenza sanitaria.

2. Metodologia applicata

Nella DGRC n. 621/2020 (allegato n. 9) il tetto di spesa provvisorio per l'esercizio 2021 di euro 688.050.000 è dato dalla somma di:

- a. Un tetto di spesa cd. *“base”* di euro 619.314.740, che comprende, tra l'altro, la ripartizione di euro 35 milioni a titolo di *“Incentivo per i ricoveri di media / bassa complessità”* (esclusi quelli ad elevato rischio di inappropriately) per i quali sussiste una elevata mobilità passiva

- interregionale (all. n. 2, col. K, all. n. 3, col. T e all. n. 4) e le *“Premialità e penalizzazioni per obiettivi di qualità assistenziale”*, aventi somma complessiva uguale a zero e importi per le diverse case di cura da circa - 503 mila a ca. + 552 mila euro (all. n. 2, col. L e all. n. 5).
- b. L’*“Incentivo per i ricoveri di Alta Specialità”* di euro 45 milioni (all. n. 9, col. X) e la *“Maggiorazione per IVG”* di euro 150 mila (all. n. 9, col. W); entrambi gli importi sono da rideterminarsi a consuntivo, in base alle prestazioni effettivamente erogate e al netto dei controlli e degli abbattimenti operati dalle ASL competenti per territorio.
 - c. La remunerazione delle funzioni di *“Pronto Soccorso”*, per euro 11.690.000, e *“Prima Assistenza”*, per euro 2.390.560, da rideterminare a consuntivo, in base alle regole stabilite per ciascuna componente.
 - d. La funzione *“Rinnovo CCNL”*, per euro 9.504.700, introdotta in via provvisoria dal 2020 e il cui importo deve essere rideterminato a consuntivo, in base ai costi effettivamente sostenuti.

Poiché nel corso del 2020 l'emergenza per l'epidemia COVID-19 ha sconvolto l'attività ordinaria, ai fini dei tetti di spesa 2021 si è ritenuto opportuno confermare la stessa ripartizione dell’*“Incentivo per i ricoveri di media / bassa complessità”* e delle *“Premialità e penalizzazioni per obiettivi di qualità assistenziale”*, utilizzata nella DGRC n. 621/2020 e calcolata sui dati 2019 (e, quindi, sui parametri recenti più completi). Per l'esercizio 2022, invece, in sede di determinazione definitiva dei tetti di spesa, si procederà ad aggiornare anche queste due componenti del tetto di spesa. Mentre per quanto riguarda l’*“Incentivo per i ricoveri di Alta Specialità”*, la *“Maggiorazione per IVG”* e le funzioni di *“Pronto Soccorso”*, *“Prima Assistenza”*, *“Rinnovo CCNL”*, sia per il 2021 che per il 2022 si procederà con la rideterminazione a consuntivo, secondo le regole già stabilite nella DGRC n. 621/2020. In particolare, si evidenzia che la *“Prima Assistenza”* viene prorogata dal presente provvedimento fino al 31 dicembre 2022 e, comunque, fino alla implementazione ed avvio degli *Ospedali di Comunità* e della rete delle *Cure Primarie* e della *Continuità Assistenziale*, fruibile H24 e 7/7 giorni, in attuazione del DCA n. 83/2019 (*“Piano Regionale della Rete di Assistenza Sanitaria Territoriale 2019 - 2021”*) e di quanto previsto dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (Missione 6, Component 1 *“Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale”*) e dai *“Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale”*, in corso di emanazione.

Nel presente provvedimento si procede, quindi, a determinare il tetto di spesa complessivo per l'esercizio 2021 (e provvisorio 2022), assumendo costanti e/o da rideterminare a consuntivo, secondo le loro specifiche regole, le componenti sopra ricordate.

La determinazione del nuovo tetto di spesa viene calcolata a partire dal limite provvisorio stabilito per il 2021 nell'allegato n. 9 alla DGRC n. 621/2020, effettuando un progressivo e parziale avvicinamento (30% della differenza per il 2021 e 40% per il 2022) all'importo che si ottiene applicando allo specifico numero e mix di posti letto, in essere per ciascuna casa di cura nell'esercizio considerato, il ricavo medio per posto letto / disciplina storicamente osservato (SDO 2019), tenuto conto delle diverse fasce tariffarie in cui operano le singole strutture.

Si ottengono così gli importi esposti nella colonna (N) dell'allegato n. 2 (tetto 2021) e dell'allegato n. 3 (tetto 2022).

I passaggi successivi sono finalizzati a dare un congruo rilievo, nella determinazione del tetto di spesa, all'avvicinamento al fatturato effettivo. A questo fine, si è utilizzata per il 2021 la proiezione su base annua del preconsuntivo attualmente disponibile nei flussi informativi: SDO e PACC gennaio – agosto 2021, tenendo conto della minore attività svolta dalle case di cura nel primo trimestre 2021

a causa dell'epidemia da COVID-19; per lo stesso motivo, per il 2022 si è utilizzata una proiezione delle SDO 2021 relative al solo periodo aprile – agosto.

Per il 2021 gli importi ottenuti con l'avvicinamento al ricavo medio per posto letto assommano a complessivi 702 milioni e, quindi, oltre il 100% del budget ordinario disponibile (695 milioni). Per lasciare spazio all'avvicinamento al fatturato effettivo, si è quindi operato assumendo come base per i passaggi successivi il 90% dell'importo risultante dal primo passaggio: v. col. (N ed O) dell'allegato n. 2, ottenendo una distribuzione del budget 2021 per complessivi circa euro 631 milioni.

L'avvicinamento al fatturato di riferimento è proseguito con i seguenti criteri.

Per la maggior parte delle case di cura l'importo del fatturato di riferimento è maggiore dell'importo di col. (O). Per questi casi l'importo di col. (O) è stato confermato nella successiva colonna (P). Si è quindi proceduto a distribuire il residuo budget disponibile in proporzione diretta alla eccedenza del fatturato di riferimento: v. colonne (Q) ed (R).

Per le case di cura il cui fatturato di riferimento è inferiore all'importo di col. (O) (90% del budget avvicinato al ricavo medio):

- a. Non sono stati effettuati avvicinamenti (in riduzione) al fatturato di riferimento, se l'importo di col. (O) risulta inferiore al tetto di spesa provvisorio 2021, per non penalizzare ulteriormente case di cura che, presumibilmente, stanno affrontando una situazione di difficoltà transitoria; anche in questi casi l'importo di col. (O) è stato confermato nella successiva colonna (P).
- b. Nei pochi casi in cui l'importo di col. (O) risulta superiore al tetto di spesa provvisorio 2021, si è operato un parziale avvicinamento al fatturato di riferimento, pari al 50% della eccedenza dell'importo di col. (O) rispetto al preconsuntivo di col. (G), ottenendo gli importi esposti nella colonna (P) dell'allegato n. 2.

Infine, gli importi di col. (P), sommati alla ripartizione del budget residuo, operata nella colonna (R), determinano il tetto di spesa complessivo, esposto nella colonna (S) e dettagliato nelle sue componenti nelle successive colonne da (T) a (X), da riportare nei contratti ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

In modo del tutto analogo si è proceduto nell'allegato n. 3 per determinare il tetto di spesa provvisorio per l'esercizio 2022. Fermo restando che, in sede di determinazione definitiva del limite di spesa 2022 si farà riferimento ai dati di fatturato più aggiornati che saranno allora disponibili (fatturato consuntivo 2021, eventualmente integrato con proiezioni dell'attività realizzata nei primi mesi del 2022).

Infine, limitatamente all'esercizio 2021, in via prudenziale, poiché la presente delibera interviene ad esercizio quasi concluso, appare opportuno e necessario prevedere che la compensazione tra sforamenti e sottoutilizzi dei tetti di spesa assegnati alle diverse case di cura (operante dal 2016 con i criteri richiamati nel paragrafo 2 dell'allegato B) al DCA n. 48/2018) sarà applicata, innanzitutto, alla copertura degli eventuali sforamenti - per la parte relativa alla riduzione del limite di spesa -, che dovessero verificarsi per le case di cura in cui il tetto di spesa definitivo è determinato dalla presente delibera in un importo inferiore rispetto a quello provvisorio, fissato dalla DGRC n. 621/2020. La parziale riduzione del tetto di spesa 2021 riguarda soprattutto le case di cura per le quali il fatturato preconsuntivo 2021 è molto inferiore al nuovo limite di spesa e, pertanto, la priorità nella compensazione tra sforamenti e sottoutilizzi si applicherà, presumibilmente, a pochi casi e per importi relativamente modesti.

3. Integrazione ex art. 26 del DL 73/2021

La DGRC n. 354 del 04.08.2021, nel porre a disposizione dell'assistenza specialistica ambulatoriale, erogata dalle strutture private accreditate, una integrazione del budget 2021 di euro 71.951.100, destinata al recupero delle minori prestazioni effettuate nel 2020 a seguito dell'epidemia da COVID-19, ha dato espressamente atto che: *“per l'assistenza ospedaliera erogata dalle case di cura private e dall'IRCCS ICS Maugeri di Telese Terme, nonché per l'assistenza ospedaliera e specialistica erogata dagli Ospedali Religiosi, l'eventuale assegnazione di budget integrativi per l'esercizio 2021, ai sensi dei commi 2 e 3 dell'art. 26 del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modifiche dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, sarà oggetto di separati e successivi provvedimenti”*.

In effetti, come per la specialistica ambulatoriale, anche nel settore dell'assistenza ospedaliera si sta registrando un livello complessivo di attività superiore non solo a quello del 2020, ma anche a quello del 2019, a causa del differimento dal 2020 e del conseguente recupero di prestazioni sanitarie nel corso 2021.

Le risorse che possono integrare gli acquisti di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale da privato ai sensi dell'art. 26 del decreto legge n. 73/2021, derogando ai limiti imposti dalla normativa sulla Spending Review (art. 15, c. 14, del decreto legge n. 95/2012 e s.m.i.) ammontano a circa euro 116 milioni, così costituiti:

- a. per circa euro 56 milioni dal sottoutilizzo dei tetti di spesa 2020 delle stesse strutture private accreditate, accertate sulla base dei dati sostanzialmente consuntivi 2020, forniti dalle ASL a seguito delle specifiche richieste della Direzione Generale per la Tutela della Salute (lettere prot. n. 084373 del 16.02.2021 e prot. n. 278647 del 24.05.2021);
- b. per euro 37.261.448,00 dalle risorse stanziare ed impegnate sul capitolo di Spesa U07137 del bilancio regionale per l'esercizio 2020, concesse dallo Stato ai sensi dell'art. 3, commi 1 e 2 (prestazioni da privato accreditato e autorizzato), e 3 (personale, beni e servizi da privati autorizzati) del decreto legge n. 18/2020, che già la sopra citata DGRC n. 353 del 04.08.2021: *“in virtù del combinato disposto di quanto previsto dal comma 427 dell'art. 1 della Legge 178/2020 e dal comma 4 dell'art. 26 del DL 73/2021”*, ha *“destinato a finanziare il coinvolgimento degli erogatori privati accreditati nel Piano Operativo Regionale di recupero delle Liste di Attesa”*;
- c. per euro 23.389.562,81 da parte delle risorse stanziare ed impegnate sul capitolo di Spesa U07123 del bilancio regionale per l'esercizio 2020, concesse dallo Stato per la copertura dei costi relativi all'emergenza COVID-19 di cui all'art. 1, commi da 1 a 9, del decreto legge n. 34/2020; anche tali risorse, grazie alla flessibilità consentita dal *“combinato disposto di quanto previsto dal comma 427 dell'art. 1 della Legge 178/2020 e dal comma 4 dell'art. 26 del DL 73/2021”*, può essere assegnato agli erogatori privati accreditati per il recupero nel 2021 delle minori prestazioni sanitarie effettuate nel 2020.

Si tratta, pertanto, di risorse già tutte registrate nei bilanci 2020 delle aziende sanitarie e della Gestione Sanitaria Accentrata, il cui utilizzo non determina modifiche dell'equilibrio economico del Servizio Sanitario Regionale (condizione specificamente posta dal comma 2 del sopra citato art. 26).

Con la presente delibera è, quindi, possibile integrare, ai sensi dell'art. 26 del decreto legge n. 73/2021, il budget 2021 dell'assistenza ospedaliera erogata dalle strutture private accreditate per euro 43 milioni, ripartiti in euro 40 milioni per le case di cura private ed in euro 3 milioni per le altre

strutture ospedaliere private. La specifica assegnazione a queste ultime sarà effettuata nell'ambito del rinnovo degli accordi contrattuali con questi istituti, in corso di definizione.

Come si espone negli allegati n. 1 e 2, il budget 2021 provvisorio delle case di cura private viene aumentato da euro 688 a 695 milioni, ripartendo l'importo di circa euro 7 milioni accantonato nella DGRC n. 621/2020, ed aggiungendo euro 40 milioni per portarlo da 695 a 735 milioni di euro.

Poiché gran parte del recupero delle prestazioni di assistenza ospedaliera è già intervenuto nei mesi scorsi, non è più possibile separare nei flussi informativi e nella fatturazione le prestazioni che devono confluire nella specifica rendicontazione richiesta entro il 31.01.2022 dal comma 2 dell'art. 26 del decreto legge n. 73/2021. Le ASL competenti per territorio dovranno, quindi, rendicontare alla Regione entro il 20.01.2022 le prestazioni di ricovero effettuate da ciascuna casa di cura a decorrere dal 25 maggio 2021 (data di pubblicazione nella G.U. del suddetto DL 73/2021), rese a cittadini residenti in Campania e rientranti tra quelle ritenute prioritarie nel sopra citato "*Piano Operativo Regionale per il recupero delle Liste di Attesa*", approvato dalla DGRC n. 543/2020, come modificato e integrato dalle DGRC n. 620/2020 e n. 353/2021 (ricoveri chirurgici e medici elencati negli allegati n. 1 e n. 2 del Piano), nonché l'incremento dei medesimi ricoveri nel 2021, rispetto al 2020. Le ASL renderanno alla Regione anche il dettaglio dei PACC incrementali rispetto all'esercizio 2020, eseguiti a residenti in Campania dopo la suddetta data del 25 maggio 2021, poiché anche queste prestazioni possono essere considerate nelle finalità di recupero della minore attività sanitaria svolta nel 2020, ancorché non espressamente citate nel "*Piano Operativo Regionale per il recupero delle Liste di Attesa*".

4. Determinazione del ricavo medio per posto letto / disciplina

Nell'allegato n. 9 viene esposto il ricavo medio per posto letto / disciplina, osservato per ciascuna disciplina ospedaliera in base ai dati di attività dell'esercizio 2019 (ricoveri e PACC). L'elaborazione è stata effettuata sulla base dei dettagli dell'attività 2019, esposti nell'allegato n. 11 per ciascuna casa di cura e per ciascuna disciplina.

Il ricavo medio per disciplina è stato ricondotto ad un'unica fascia tariffaria: quella più diffusa tra le case di cura e, cioè, il 90% della tariffa nazionale. Per la successiva applicazione del ricavo medio per posto letto / disciplina allo specifico mix di ciascuna casa di cura, esposto nell'allegato n. 10, si è tenuto conto della fascia tariffaria propria di ciascuna casa di cura (laddove maggiore del 90%, atteso che dal 2020, ai sensi della DGRC n. 621/2020, nessun ricovero è tariffato in una fascia inferiore).

Per i PACC, non essendovi differenze di tariffa tra le varie case di cura, si è solo provveduto a ricondurli alla disciplina ospedaliera più attinente, per la quale è accreditata ciascuna casa di cura. Considerata la rilevanza assunta dai PACC (circa euro 75 milioni nel preconsuntivo 2021), soprattutto per alcune discipline (in primis, ma non solo: per la Chirurgia Generale e l'Oculistica; cfr. all. n. 9, col. R), una loro mancata considerazione nella determinazione dei ricavi medi per posto letto / disciplina avrebbe depotenziato notevolmente l'utilità di questo strumento come *proxy* dell'effetto delle variazioni intervenute nel numero e nel mix dei posti letto per disciplina sulla produzione e sul valore economico dei ricoveri erogati da ciascuna casa di cura.

Nell'allegato n. 9 sono sintetizzati i posti letto per disciplina ospedaliera, come rilevati per ciascuna casa di cura e dettagliatamente esposti anche per le diverse discipline nell'allegato n. 11, tra:

- PL medi effettivi 2019 (utilizzati per il calcolo del ricavo medio per PL / disciplina);
- PL medi 2020 (utilizzati per la simulazione dei tetti 2020, esposta nell'allegato n. 4, di cui si riferirà nel successivo paragrafo 5);

- PL medi 2021, utilizzati per il calcolo del ricavo medio di ciascuna casa di cura ai fini del calcolo del tetto di spesa 2021: all. 10, col. D ed E, e all. 2, col. K;
- PL medi 2022, utilizzati per il calcolo del ricavo medio di ciascuna casa di cura ai fini del calcolo del tetto di spesa 2022 provvisorio: all. 10, col. F e G, e all. 3, col. K;
- PL programmati a regime del Piano Ospedaliero (DCA 8 e 103/18), utilizzati per il calcolo del ricavo medio di ciascuna casa di cura a regime del P.O. esposto nelle colonne H e I dell'all. n. 10.

Il numero e il mix di posti letto di ciascuna casa di cura, moltiplicato per il ricavo medio della disciplina (PACC compresi), determina per ciascuna casa di cura, e per ciascuna annualità considerata, la valorizzazione esposta dettagliatamente nelle colonne da AD ad AG dell'allegato n. 11, riepilogata per ciascuna casa di cura nell'allegato n. 10.

Si noti nell'allegato n. 9 che per alcune discipline il tasso medio di occupazione dei posti letto, risultante dalle SDO 2019, risulta molto elevato: a fronte di una media totale pari a circa il 59%, alcune discipline superano l'85%, livello da considerarsi già molto efficiente, o anche il 100%, come nel caso della Cardiocirurgia. In realtà, l'elevato T/O di quest'ultima disciplina va letto insieme al modesto T/O di altre discipline chirurgiche e, soprattutto, con il bassissimo T/O della Terapia Intensiva, con cui sostanzialmente si compensa (il T/O calcolato sui giorni di degenza ordinaria e del numero di accessi diurni, rilevati dalle SDO: v. col. H, K e S dell'all. 11, risente dei passaggi del paziente tra reparti discipline diverse, rispetto a quello in cui avviene la dimissione o, purtroppo, il decesso, e dal quale viene emessa la SDO, come avviene ad esempio per l'UTIC, che presenta nel 2019 un T/O del 88%). Per le discipline di Riabilitazione Ospedaliera e di Oncologia, soggette a minori trasferimenti tra reparti di discipline diverse, considerata anche la notevole crescita del numero di posti letto dal 2020 (cfr. col. F, G ed H rispetto al numero effettivo di posti letto del 2019 esposto nella col. E), si è ritenuto congruo contenere il T/O previsto nel triennio 2020 – 2022 all'85% (livello molto vicino al 90% utilizzato fin dal 2018 per la stima della capacità produttiva massima: cfr. All. n. 6 al DCA n. 48/2018 e All. n. 5 alla presente delibera), salvo rivalutare questi aspetti in sede di determinazione definitiva del tetto di spesa 2022, sulla base dei dati di attività più aggiornati.

5. Situazioni particolari

Si evidenzia che le case di cura ex neuropsichiatriche, avendo completato il processo di riconversione e riorganizzazione di cui alla procedura straordinaria di accreditamento Istituzionale per riconversione dell'attività di neuropsichiatria (ex DCA 94/2014 e s.m.i.), fin dalla determinazione del tetto di spesa 2020 sono state inserite dalla DGRC n. 621/2020 nello stesso modello di determinazione del tetto di spesa delle altre case di cura private. Pertanto, anche nella presente delibera esse sono regolate secondo gli stessi criteri generali. Per quanto riguarda, poi, la possibilità di compensazione fra il budget dell'assistenza ospedaliera e quello dell'assistenza territoriale, prevista per il biennio 2018 – 2019 dal DCA n. 96/2018 e, limitatamente all'esercizio 2020, dalle DGRC n. 621/2020 e n. 93/2021, si conferma che dall'esercizio 2021 in poi tale possibilità non è più consentita.

Si segnala, poi, che tre case di cura: Villa Fiorita di Aversa, Hermitage Capodimonte e Villa Maione, sono in avanzata fase di completamento delle modifiche dei loro posti letto per disciplina, previste nel Piano Ospedaliero (in conformità ai procedimenti di autorizzazione, certificazione e accreditamento, stabiliti nella DGRC n. 221 del 26.05.2021). Pertanto, nella determinazione provvisoria del tetto di spesa 2022, sviluppata nell'allegato n. 3 alla presente delibera, si è inserita la nuova configurazione dei posti letto per disciplina con effetto dal 1° gennaio 2022. Tuttavia,

qualora la definizione dei procedimenti in corso ai sensi della suddetta DGRC n. 211/2021 dovesse essere perfezionata oltre tale data, si fa espressamente riserva, in sede di determinazione definitiva del tetto di spesa 2022, di modificare il numero medio dei posti letto per disciplina, preso a riferimento per il tetto 2022 (v. All. 11, col. V e W).

Parimenti, se altre case di cura nei prossimi mesi perfezioneranno altri procedimenti di variazione dei posti letto per disciplina, in conformità al Piano Ospedaliero e alla citata DGRC n. 211/2021, la determinazione definitiva del tetto di spesa 2022 ne riceverà gli effetti.

Si dà atto, infine, delle implicazioni della presente delibera riguardo al contenzioso amministrativo attivato da due case di cura: Pineta Grande di Castelvoturno e Sanatrix di Napoli, al fine di ottenere dal 2020 la redistribuzione in loro favore del tetto di spesa precedentemente assegnato dalla Regione alla casa di cura Villa Bianca, chiusa nel corso del 2019, a seguito della conclusione dello specifico percorso di accorpamento fra le tre case di cura, previsto nel Piano Ospedaliero.

In particolare, le case di cura Pineta Grande e Sanatrix, rispettivamente, con sentenze n. 2545 e n. 2546/2020, e successive ordinanze n. 5663 e n. 5665/2020, a fronte del silenzio serbato dall'Amministrazione Regionale, hanno ottenuto dal TAR Campania – Sezione I la nomina di un commissario prefettizio, incaricato di istruire e deliberare in merito alla suddetta richiesta di redistribuzione del budget ex Villa Bianca. Il commissario ad acta incaricato di definire la richiesta della casa di cura Sanatrix, insediatosi il 01.02.2021, ha decretato in data 21.04.2021: *“di assegnare alla clinica Sanatrix in relazione all'intervenuto accreditamento istituzionale dei 10 posti letto di Ostetricia e Ginecologia trasferiti dalla casa di cura Villa Bianca un budget di € 1.310.893,68 ad integrazione di quello già previsto dalla DGRC n. 521/20 di fissazione dei tetti di spesa delle case di cura accreditate per gli anni 2020 e 2021”* (il riferimento ad una delibera n. 521/20 è evidentemente un refuso, visto che la delibera *de quo* è la n. 621/2020). Non risulta ancora conclusa, invece, l'istruttoria del commissario ad acta incaricato di definire la richiesta della casa di cura Pineta Grande, insediatosi in data 07.05.2021.

Come evidenziato in premessa, con la presente delibera la Regione si è determinata ad integrare i criteri di determinazione dei tetti di spesa, introducendo dal 2021 una parziale considerazione anche dell'astratto effetto delle variazioni intervenute nel numero e nel mix dei posti letto per disciplina sulla produzione e sul valore economico dei ricoveri erogati da ciascuna casa di cura, utilizzando come *proxy* il ricavo medio per posto letto / disciplina osservato storicamente.

L'applicazione dal 2021 dei nuovi criteri a tutte le case di cura interessate e, quindi, non solo per Pineta Grande e Sanatrix, tenuto conto dei limiti complessivi imposti dalla normativa sulla *cd. Spending Review* e nel rispetto dell'equilibrio economico del SSR, ha portato a determinare i seguenti limiti di spesa definitivi per l'esercizio 2021 per le due case di cura che hanno attivato il contenzioso sopra richiamato (cfr. all. n. 2):

- per Pineta Grande: euro 60.950.211 (a fronte di un preconsuntivo 2021 di oltre euro 66 milioni) e, quindi, per un importo maggiore di euro 10.259.455 rispetto al tetto di spesa provvisorio 2021 stabilito dalla DGRC n. 621/2020;
- per Sanatrix: euro 16.176.841 (a fronte di un preconsuntivo 2021 di oltre euro 17 milioni) e, quindi, per un importo maggiore di euro 2.759.266 rispetto al tetto di spesa provvisorio 2021 stabilito dalla DGRC n. 621/2020, nonché maggiore di euro 1.448.372,33 rispetto alla integrazione di euro 1.310.893,68 deliberata dal commissario prefettizio.

Si noti che il riferimento al tetto provvisorio 2021 ex DGRC n. 621/2020 come punto di partenza per applicare secondo criteri generali e uniformi la considerazione delle modifiche in corso nel numero

e nel mix dei posti letto, ai fini della determinazione definitiva del tetto di spesa 2021 e provvisorio 2022, è solo un necessario e corretto procedimento di calcolo e non viola, pertanto, il sopra citato decreto, adottato dal commissario prefettizio in esecuzione dell'ordinanza TAR n. 5665/2020. Il fatto, poi, che il metodo applicato ed il particolare contesto, che ha consentito alla Regione di incrementare il budget 2021 delle case di cura, determini una maggiorazione sull'importo del tetto provvisorio 2021 ex DGRC n. 621/2020 di importo più elevato, rispetto a quello deliberato dal commissario ad acta, non appare di rilievo, essendo un esito più favorevole per la casa di cura. Si noti che anche per molte altre case di cura il budget definitivo 2021 presenta incrementi notevoli e, talora, maggiori. E, in ogni caso, si fa presente che la DGRC n. 621/2020 aveva determinato il tetto di spesa 2021 soltanto in via provvisoria. Peraltro, qualora il punto di partenza dei conteggi fosse stato assunto nell'importo del tetto di spesa provvisorio 2021 ex DGRC n. 621/2020, aumentato della maggiorazione deliberata dal commissario prefettizio, la casa di cura Sanatrix avrebbe dovuto ricevere un avvicinamento al ricavo medio pari a zero (col. M degli allegati n. 2 e n. 3), avendo già ottenuto l'incremento motivato dall'assorbimento nel 2019 di 10 posti letto ex Villa Bianca; mentre la componente di ripartizione per avvicinamento al fatturato di riferimento (col. R degli allegati n. 2 e n. 3) si sarebbe ridotta in proporzione alla minore distanza dal fatturato stesso. Ne consegue che il risultato finale sul tetto di spesa sarebbe stato molto simile, sia per il tetto 2021, che per il tetto 2022, come si può agevolmente verificare, con l'incongruenza di aver applicato un criterio diverso e – di fatto – più favorevole ad un'unica casa di cura, contrariamente all'interesse di tutte le altre.

Riguardo, invece, al tetto di spesa per l'esercizio 2020, per definire il contenzioso appena citato e rispondere alle richieste di diverse case di cura di una maggiore considerazione delle variazioni dei posti letto fin dal 2020, nell'allegato n. 4 si è provveduto a ricalcolare il tetto di spesa applicando gli stessi criteri innovativi utilizzati per gli esercizi 2021 e 2022 negli allegati n. 2 e n. 3.

Per tutte le case di cura, come si può osservare dallo sviluppo dei conteggi esposti nell'allegato n. 4:

- nelle colonne da (E) a (J), elaborate tenendo fermi i tetti di spesa 2020 ex DGRC n. 621/2020, con le uniche modifiche dovute alla rideterminazione a consuntivo dell'incentivo per l'Alta Specialità e delle funzioni (in base ai dati consuntivi verificati dalle ASL ed esposti nell'allegato n. 6);
- nelle colonne da (K) ad (AA), elaborate applicando i nuovi criteri, che tengono conto dell'avvicinamento per variazioni del numero e del mix per disciplina dei posti letto,

poiché la produzione 2020, a causa della pandemia da COVID-19, è risultata sensibilmente inferiore al budget: circa euro 628 milioni contro circa euro 695 milioni, anche se la Regione applicasse nella misura massima (90% del tetto di spesa) l'eventuale ristoro dei costi fissi ex art. 4, c. 5 bis, del DL n. 34/2020, tutti gli sforamenti dei tetti di spesa di alcune case di cura sarebbero integralmente compensati dai sottoutilizzi dei tetti di spesa delle altre case di cura: v. col. (I) e (Z).

E', quindi, di fatto, ininfluenza qualsiasi rideterminazione del tetto di spesa 2020, considerato anche che non avrebbe effetto alcuno, né migliorativo, né peggiorativo, ai fini della determinazione del tetto di spesa 2021 e provvisorio 2022, sviluppata e approvata dalla presente delibera.

Si evidenzia, comunque, in relazione al contenzioso sopra riportato, che per la casa di cura Sanatrix il ricalcolo del tetto di spesa 2020, se effettuato con i medesimi criteri dei nuovi tetti 2021 e 2022, determinerebbe una differenza di soli euro 55.011,71 rispetto alla maggiorazione deliberata dal commissario prefettizio con criteri molto diversi.

Pertanto, senza alcun onere aggiuntivo per la Regione, si può prendere atto che:

Allegato B

- il tetto di spesa 2020 della casa di cura Sanatrix è rideterminato applicando la maggiorazione di 1.310.893,68€, deliberata dal commissario prefettizio e, quindi, in complessivi euro 14.863.999 che, in base alla rideterminazione a consuntivo dell'incentivo 2020 per l'Alta Specialità, si riducono ad euro 14.769.014,66;
- il tetto di spesa 2020 della casa di cura Pineta Grande è rideterminato nella misura calcolata con i nuovi criteri nell'allegato n. 4 e, quindi, in euro 52.953.836, 24.

Si incarica, quindi, il dirigente della 50 04 92 - *STAFF - Funzioni di supporto tecnico-amministrativo* della Direzione Generale per la Tutela della Salute di comunicare le presenti conclusioni ai legali rappresentanti delle case di cura Pineta Grande e Sanatrix, al commissario prefettizio nominato per l'esecuzione della ordinanza n. 5663/2020 del TAR Campania – Sezione I e, tramite l'Avvocatura Regionale, al Presidente della I Sezione del TAR Campania.