

### **Premessa**

La presente delibera conferma i limiti di spesa per l'esercizio 2022, indicati per ciascuna branca dell'assistenza specialistica ambulatoriale da acquistare dalle strutture private accreditate nell'allegato n. 1 - *Quadro delle prestazioni da privato soggette alla Spending Review (DL 95/2012 e s.m.i.)* alla DGRC n. 354 del 4 agosto 2021. In tale delibera fu stabilita la programmazione per l'esercizio 2021 e, in via provvisoria, la variazione dei limiti di spesa per l'esercizio 2022, come segue: incremento del 1,5% per la dialisi ambulatoriale, incremento del 3% per la radioterapia e, per assicurare l'invarianza della programmazione complessiva, una corrispondente riduzione dello 0,8% dei limiti di spesa delle altre branche (si ricorda che le variazioni furono determinate rispetto al budget 2021 *ordinario*, esclusa l'integrazione ex art. 26, commi 2 e 3, del decreto legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito con modifiche dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, che ha carattere straordinario).

Eventuali modifiche negli importi dei limiti di spesa per l'esercizio 2022, nel loro complesso e/o nella loro ripartizione tra ciascuna ASL per le diverse branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale, saranno definite con successivi provvedimenti specifici per questo settore, e/o in sede di aggiornamento complessivo della programmazione dell'acquisto delle prestazioni sanitarie di assistenza specialistica ambulatoriale e di assistenza ospedaliera, erogata dalle strutture private accreditate, come si è previsto nella DGRC n. 497 del 10 novembre 2021.

La presente delibera interviene, invece, in modo innovativo sulle regole alle quali devono attenersi le strutture private accreditate dal 1° gennaio 2022 nell'erogare prestazioni sanitarie a carico del SSR, estendendo a tutte le branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale i cd. tetti di *struttura* (ovvero, individuali, per singolo centro erogatore) e, quindi, con criteri generali già applicati da circa dieci anni nelle altre macroaree di assistenza sanitaria acquistata dai soggetti privati (ospedaliera, territoriale per riabilitazione, salute mentale e socio-sanitario), nonché nella stessa macroarea della specialistica ambulatoriale per le branche della dialisi e della medicina fisica e riabilitativa (FKT).

L'innovazione riguarda, quindi, le branche della Diabetologia, Cardiologia, Branche a Visita, Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), Medicina Nucleare, Radiodiagnostica e Radioterapia, che avevano mantenuto finora l'impostazione del cd. *tetto di branca*, ovvero di un budget assegnato a ciascuna ASL, al quale le diverse strutture private accreditate attingono in corso d'anno, fino al suo esaurimento, che costituiva l'impostazione iniziale dei limiti di spesa assegnati dalla Regione a tutte le macroaree di assistenza sanitaria acquistata da soggetti privati accreditati (DGRC n. 1272/2003 e n. 2451/2003).

### **Tetti di spesa “di struttura” e tetti di spesa “di branca”**

L'impostazione dei tetti di spesa “di branca”, come accennato, fu introdotta nel 2003 con le DGRC n. 1272 del 28.03.2003 e n. 2451 del 01.08.2003. Questa impostazione fu accolta con favore dalle strutture private accreditate perché consentiva ai singoli centri più attrattivi ed efficienti una più agevole crescita dimensionale, entro un margine massimo del 10% all'anno (il cd. limite all'*overselling*).

Tuttavia, come già si è avuto modo di esporre ampiamente nel DCA n. 10 del 17.01.2020, recante “*Limiti di spesa assegnati agli erogatori privati di prestazioni assistenza specialistica ambulatoriale per gli esercizi 2019 e 2020*” (si vedano, in particolare, i paragrafi “*Premessa*” e “*Branca di Patologia Clinica: problematica delle Aggregazioni operanti in più ASL*” della Sezione III), questa impostazione presenta una notevole complessità gestionale, resa ancora più critica dal processo di aggregazione che ha interessato i Laboratori di Analisi negli ultimi anni, laddove molte aggregazioni comprendono (come SPOKE) anche laboratori operanti in ASL diverse da quella a cui fattura la capogruppo (HUB).

Inoltre, l'impostazione del tetto di spesa “di branca” ha generato, negli anni, a fronte delle limitazioni imposte agli acquisti di prestazioni sanitarie dalle strutture private accreditate, indispensabili per l'attuazione dal Piano di Rientro dal Disavanzo Sanitario e rese, comunque, obbligatorie dalla normativa sulla cd. *Spending Review* (DL 95/2012 e s.m.i.), un sempre più precoce esaurimento dei tetti di spesa e, conseguentemente, una sempre più agguerrita corsa dei vari centri privati ad effettuare la

maggiore attività possibile nei primi mesi dell'anno solare. Peraltro, con il negativo effetto di rendere immediatamente disponibili, nella prima metà dell'anno, senza alcuna lista di attesa, tutte le prestazioni sanitarie, comprese quelle che il MMG valuta programmabili, a scapito della esigenza, una volta esaurito il tetto di spesa “*di branca*”, di coadiuvare le strutture sanitarie pubbliche nell'assicurare le prestazioni urgenti e/o comunque da garantire in tempi certi e brevi (come, ad esempio, i controlli periodici previsti nei PDTA per patologie oncologiche, cardiologiche, ecc.).

Le criticità implicite nella impostazione dei tetti di spesa “*di branca*” hanno determinato, spesso anche su richiesta delle stesse strutture private e delle loro associazioni, l'abbandono di questa impostazione a favore di quella dei tetti di spesa “*di struttura*”, la cui gestione è molto più semplice, sia da parte delle direzioni dei singoli centri privati, sia ai fini dei controlli delle ASL sul rispetto del tetto di spesa (al netto degli abbattimenti per l'appropriatezza, l'*overselling*”, i vincoli di costo medio massimo per gruppi omogenei di erogatori, ecc.). Peraltro, anche l'estensione – in corso di realizzazione - di un unico CUP (Centro Unico di Prenotazione) a tutte le strutture sanitarie pubbliche e private a livello di ASL e, poi, regionale, con l'obiettivo di favorire una migliore accessibilità, trasparenza e disponibilità delle prestazioni richieste dagli utenti, richiede l'implementazione presso tutte le strutture private di una corretta gestione delle liste di attesa, che solo i tetti di spesa “*di struttura*” possono realisticamente consentire.

Come illustrato in premessa, ormai da circa dieci anni i tetti di spesa assegnati dalla Regione a quasi tutte le macroaree e branche dell'assistenza sanitaria acquistata dai soggetti privati sono regolati con l'impostazione dei tetti di spesa “*di struttura*”, con l'unica differenza di settori in cui la ripartizione del budget ai singoli centri privati è stabilita direttamente dai provvedimenti regionali, come avviene per le case di cura e le strutture di salute mentale ex case di cura neuropsichiatriche, oppure, di settori in cui la Regione assegna a ciascuna ASL il budget della macroarea / branca, lasciando alla ASL il compito di definirne la ripartizione per singolo centro privato (comunque sulla base dei criteri generali fissati dalla Regione), come avviene per la dialisi ambulatoriale, l'FKT e, in generale, per tutta l'area dell'assistenza territoriale per riabilitazione, salute mentale e socio-sanitario. Sono ad oggi rimaste con l'impostazione dei tetti di spesa “*di branca*” soltanto le sette branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale, elencate in premessa, e l'assistenza termale (settore nel quale, per le sue peculiarità organizzative e gestionali, questa impostazione finora non ha mai incontrato difficoltà operative significative).

Infine, va evidenziato che diversi centri privati e associazioni di categoria della specialistica ambulatoriale hanno manifestato più volte la loro preferenza o disponibilità al passaggio alla impostazione dei tetti di spesa “*di struttura*”. In realtà, si può ritenere che, anche per le associazioni più contrarie, non sussiste una ostilità *di principio*, ma la giusta preoccupazione che siano assicurati procedimenti equi nella ripartizione del budget, evitando che comportamenti opportunistici e/o carenze nei controlli da parte delle ASL finiscano per premiare alcune strutture private a discapito di quelle che hanno applicato comportamenti più rispettosi delle regole.

Altro discorso, invece, è quello di alcune associazioni o centri privati, che propendono per altre impostazioni (come, ad esempio, i tetti “*di branca per residente*” (per la cui valutazione si rinvia alle osservazioni espresse nella sopra richiamata “*Premessa*” alla Sezione III del DCA n. 10/2020), sostenendo che la Regione dovrebbe incrementare i limiti di spesa loro assegnati. Si tratta di richieste legittime ma che riguardano, più che i criteri tecnici di regolazione del budget, le scelte fondamentali della programmazione regionale, sia sanitaria che economico finanziaria. A tale riguardo, in questa sede si può solo dare atto che i volumi massimi di prestazioni, fissati per il 2022 in via provvisoria dalla DGRC n. 354/2021 e declinati per singola struttura accreditata dal presente provvedimento, rientrano nel fabbisogno di prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, recentemente valutato per ciascuna branca nei seguenti atti:

- la DGRC n. 354 del 4 agosto 2021, che ha approvato il documento “*IL FABBISOGNO REGIONALE DI PRESTAZIONI SANITARIE - Assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera - Anni 2020-2022*”;
- la delibera n. 1 del 24 novembre 2021 del Commissario ad acta, nominato in esecuzione della sentenza del Consiglio di Stato - Sezione III n. 5293/19, n. 1 del 24 novembre 2021, che ha

approvato il documento tecnico denominato “*Determinazione del fabbisogno assistenziale sanitario nella macroarea della specialistica ambulatoriale della Regione Campania per gli anni 2018/2019*”.

Dai sopra citati documenti si evidenzia che, a fronte di una ripartizione del numero dei punti di offerta delle prestazioni sanitarie complessivamente quasi uguale (circa 55% e 45% tra strutture pubbliche e strutture private), la percentuale delle prestazioni erogate dalle strutture private sia oltre quattro volte superiore: mediamente circa 80% - 85% il privato accreditato e circa il 15% - 20% le aziende sanitarie pubbliche. Questo squilibrio denota una anomala ripartizione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale in Campania tra pubblico e privato accreditato, sbilanciata a favore del secondo rispetto a quanto accade nelle regioni benchmark.

Successivi provvedimenti saranno, quindi, istruiti sia per approfondire le valutazioni sul fabbisogno di prestazioni sanitarie nelle varie branche, sia per promuovere una ripartizione nell'erogazione delle prestazioni più congrua, rispetto al ruolo centrale delle ASL e delle Aziende Ospedaliere nel SSR.

### **Il passaggio ai tetti “di struttura”: limite mensile di 1/12 del tetto annuo**

Il passaggio ai tetti “di struttura” dall'esercizio 2022 avverrà attraverso successivi passaggi, proprio per garantire la massima equità nell'attribuzione del budget individuale.

Come si è già esposto in premessa, i livelli complessivi dei tetti di spesa per ASL / branca sono quelli fissati per l'esercizio 2022 dalla DGRC n. 354/2021.

Si è assunta come base di ripartizione del budget assegnato a ciascuna ASL / branca alle singole strutture il peso percentuale che ha la media semplice della produzione erogata da ogni centro privato nel 2020 e nel 2021, come rilevata dal flusso informativo mensile regionale denominato “FILE C”, nei mesi solari in cui è avvenuto l'esaurimento del limite di spesa netta (spesa lorda meno compartecipazione dell'utente) vigente in ciascun anno. La composizione percentuale della spesa netta per ciascuna ASL / branca / struttura accreditata, rilevata per il 2020 e il 2021, e quella media, applicata per i tetti 2022, sono esposti nell'allegato n. 1, nel quale sono determinati i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa dei Laboratori di Analisi (suddivisi fra prestazioni “non R”, prestazioni “R” escluse le 7R e le “7 Prestazioni “R” Alto Costo ex DCA 101/13”), e nell'allegato n. 2, nel quale sono determinati i volumi massimi ed i correlati limiti di spesa delle altre sei branche.

Tale regola generale è stata adeguata in alcuni casi, che sono espressamente richiamati nelle NOTE inserite nei medesimi allegati n. 1 e n. 2, per i quali la composizione percentuale applicata ai fini dei tetti di spesa 2022 è stata modificata per tenere conto delle situazioni particolari, sinteticamente esposte nelle stesse NOTE. Inoltre, nell'ambito della branca di Laboratorio di Analisi, il valore economico della produzione 2020 e 2021 di prestazioni “R”, considerato ai fini della determinazione del tetto di spesa 2022, nei casi in cui risultava un costo medio unitario superiore, è stato ricondotto al limite di euro 125,00=, stabilito dal DCA n. 10/2020 per le “7 Prestazioni “R” Alto Costo ex DCA 101/13”, e ad un massimo di euro 90,00=, per l'insieme delle altre prestazioni “R” (importo massimo implicito nella fissazione in euro 111,00= del limite di costo medio unitario di tutte le prestazioni “R”, stabilito dal DCA n. 10/2020, tenuto conto dei volumi complessivi – a livello regionale – del budget 2022 delle prestazioni “R”). Infine, si evidenzia che per le prestazioni “R”, nei casi in cui i dati attività 2020 e 2021 evidenziavano una attività irrisoria, si è ritenuto opportuno non assegnare un budget per queste prestazioni (che, per loro natura, richiederebbero una elevata specializzazione della struttura). Tale valutazione potrà essere eventualmente rivista in sede di determinazione definitiva dei tetti individuali “**di struttura**” per l'esercizio 2022, eventualmente anche su proposta motivata della ASL competente per territorio.

I volumi massimi ed i correlati limiti di spesa lorda e netta, calcolati ed esposti negli allegati n. 1 e n. 2, costituiscono il tetto annuo 2022 provvisorio “di struttura”, vigente dal 1° gennaio 2022, **che ciascun centro privato dovrà rispettare ogni mese, previa suddivisione del medesimo tetto in**

### **dodici importi uguali. Le prestazioni eccedenti il dodicesimo del tetto di spesa non saranno remunerate.**

Il rispetto di questo vincolo sarà verificato sul progressivo del valore economico, al netto della compartecipazione dell'utente, delle prestazioni rese nel corso dell'anno solare, con la seguente tolleranza, necessaria per recuperare la minore produzione che, generalmente, si verifica nei mesi estivi: sarà consentito – alle condizioni di priorità sotto specificate – che il suddetto importo cumulato raggiunga una eccedenza, rispetto alla somma dei dodicesimi del tetto di spesa netta per i mesi trascorsi, non superiore al 30% del tetto di spesa netta mensile, con l'obbligo di recuperare lo sfioramento al massimo entro il 31 dicembre 2022. **Le prestazioni che in ciascun mese solare eccederanno la suddetta condizione, non saranno remunerate. Parimenti, non saranno remunerate le prestazioni che, pur rientrando nel suddetto limite del 30%, siano state rese dopo l'esaurimento del dodicesimo mensile del tetto di spesa annuo e non abbiano l'indicazione di URGENTE o BREVE nella prescrizione del MMG ("U" = "Priorità Urgente", oppure "B" = "Priorità Breve", poi riportata nel campo "35.0: Livello di Priorità della richiesta" del FILE C).**

Al fine di incentivare il processo di aggregazione dei Laboratori di Analisi, ancora in corso, si stabilisce che **la suddetta flessibilità del 30% può raggiungere il 50%** per i Laboratori che nel 2021 hanno prodotto più di 200 mila prestazioni (soglia minima di efficienza a regime per i laboratori generali di base con settori specializzati: DCA n. 109/2013).

Si ricorda che, in base al DCA n. 52 del 04.07.2019 (BURC n. 41/2019), con il quale la Regione Campania ha recepito il Piano Nazionale per il Governo delle Liste di Attesa 2019/2021 (PNGLA 2019/2021), la prescrizione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale deve contenere, tra l'altro:

- l'indicazione di prima visita / prestazione diagnostica o degli accessi successivi;
- del Quesito diagnostico;
- delle Classi di priorità (almeno per i primi accessi), così declinate (si riportano anche i criteri chiariti nel DCA n. 34/2017):
  - **U (Urgente)** da eseguire nel più breve tempo possibile e, comunque, entro 72 ore: prestazione la cui indifferibile esecuzione debba essere riferita a condizioni di particolare gravità clinica;
  - **B (Breve)**, da eseguire entro 10 giorni: prestazione la cui tempestiva esecuzione condiziona in un arco temporale breve la prognosi a breve del paziente o influenza marcatamente il dolore, la disfunzione o la disabilità;
  - **D (Differibile)**, da eseguire entro 30 giorni per le visite o 60 giorni per gli accertamenti diagnostici: prestazione la cui tempestiva esecuzione non influenza significativamente la prognosi a breve ma è richiesta sulla base della presenza di dolore o di disfunzione/disabilità;
  - **P (Programmata)** da eseguire entro 120 giorni: prestazione che può essere programmata in un maggiore arco di tempo in quanto non influenza la prognosi, il dolore, la disfunzione, la disabilità.

Con separati provvedimenti, come peraltro già previsto nelle LINEE DI INDIRIZZO PER LA RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA, approvate dal DCA n. 34/2017, la Regione sta rendendo obbligatoria dal gennaio 2022 l'indicazione della classe di priorità su tutte le prescrizioni delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale. **In ogni caso, fino alla completa attivazione di tale obbligatorietà, le prescrizioni prive della indicazione della classe di priorità si intenderanno a tutti gli effetti nella categoria P (Programmata).** L'indicazione della classe di priorità è, poi, riportata nei record del FILE C giornaliero e mensile, con il quale le strutture accreditate documentano l'attività svolta, anche al fine di ottenere dalla ASL i relativi pagamenti in acconto e a saldo.

Per garantire il rispetto di queste disposizioni, i centri privati dal 1° gennaio 2022 devono avviare l'implementazione di idonee Liste di Attesa, conformi alle disposizioni generali del sopra richiamato DCA n. 52/2019 e s.m.i., programmando l'esecuzione delle prescrizioni presentate dagli utenti, in base ai suddetti codici di priorità, ed in funzione della capienza del loro budget mensile. E le ASL devono vigilare

## Allegato A – Nota Metodologica

sulla corretta applicazione, da parte di ciascuna struttura sanitaria, delle indicazioni di priorità contenute nella prescrizione.

A tal fine, si ricorda che le strutture sanitarie hanno l'obbligo, peraltro dal 2021 espressamente inserito nei contratti con le ASL (si vedano gli articoli 7 e 9 dello schema di contratto approvato dalla DGRC n. 375 del 07.09.2021), di:

*“... alimentare il flusso giornaliero e mensile del File C fornendo le esatte informazioni su tutte le prestazioni erogate, prescritte su ricette dematerializzate e su ricette cartacee (c.d. ricette rosse) del SSN, secondo le specifiche previste dal disciplinare flussi regionali del progetto SINFONIA e, quindi, secondo le specifiche tecniche stabilite dal decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 359 del 20.12.2019 e s.m.i.;  
... assicurare che il File C mensile sia uguale, per numero di prestazioni e valore, alla somma dei dati di erogazione giornaliera, trasmessi secondo le specifiche tecniche allegate al D.M. 2 novembre 2011 e s.m.i. e dei dati di erogazione trasmessi con il flusso mensile art. 50, comma 5”;*

e che la corretta e tempestiva trasmissione **giornaliera e mensile** dei dati che documentano l'attività sanitaria erogata dalla struttura **è condizione espressa per la liquidazione dell'acconto mensile** da parte della ASL (art. 7, commi 1 e 2 del contratto).

**Come per i precedenti tetti di spesa “di branca”, saranno ammissibili sforamenti del volume massimo e/o dell'importo del tetto di spesa LORDO (a tariffa piena), purché vi sia ancora capienza nel limite di spesa netta (spesa lorda meno compartecipazione dell'utente).**

**Riguardo alle prestazioni erogate a utenti residenti in altre regioni o stranieri**, rimangono stanzialmente in vigore i limiti di spesa fissati per ciascuna ASL e branca negli anni scorsi, con le seguenti modalità (che per la branca di Laboratorio di Analisi si applicano separatamente alle tre tipologie di prestazioni ivi comprese: prestazioni non “R”, prestazioni “R”, escluse le n. 7 prestazioni di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013; n. 7 prestazioni “R” di cui al punto 1.b) del DCA n. 101/2013): **in generale, viene stabilito per tutte le strutture private accreditate un limite massimo di spesa (al netto della compartecipazione dell'utente) pari all'1% (uno percento) del tetto di spesa NETTA annuale assegnato alla singola struttura.** Tuttavia, per tenere conto delle caratteristiche di attrazione di alcuni centri privati, che per la loro posizione geografica in prossimità di altre regioni e/o per elevata qualità prestazionale, hanno storicamente espresso quote significative di fatturato per prestazioni erogate a residenti di altre regioni, è consentito nel 2022 di superare la suddetta quota del 1%, fino alla quota percentuale realizzata nel 2021 (sul tetto di spesa ordinario, esclusa l'integrazione ex art. 26 del DL n. 73/2021, che è espressamente riservata ai residenti in Campania). A tal fine, nel contratto per l'esercizio 2022 con i singoli centri privati, l'ASL indicherà la percentuale del fatturato (netto ticket e quota ricetta) per prestazioni rese a utenti residenti fuori regione - se maggiore del 1% - che risulta liquidabile per l'esercizio 2021 nei tetti di spesa **ordinari** stabiliti dalla DGRC n. 354/2021 per la componente relativa alle prestazioni rese a utenti non residenti in Campania. Qualora tale percentuale non sia ancora accertata definitivamente al momento della sottoscrizione del contratto 2022, l'indicazione della ASL sarà espressamente qualificata come provvisoria, sulla base dei monitoraggi effettuati nel corso del 2021. E sarà rideterminata in sede di determinazione definitiva del tetto **“di struttura”** 2022 (si veda il paragrafo successivo).

Si precisa, comunque, che anche le prestazioni rese a cittadini di altre regioni e/o stranieri **non sono aggiuntive**, ma rientrano nei tetti di spesa **“di struttura”**, fissati negli allegati n. 1 e n. 2 alla presente delibera.

### **Il passaggio ai tetti “di struttura”: fase provvisoria gennaio – aprile 2022**

L'introduzione dei tetti di spesa **“di struttura”** fin dal 1° gennaio 2022 consente di evitare la concentrazione del consumo del tetto di spesa annuale nei primi mesi di ogni nuovo anno, per effetto della immediata erogabilità anche delle prestazioni programmabili. Con la conseguenza, sopra già evidenziata che, una volta esaurito il tetto di spesa **“di branca”**, ricade solo sulle strutture sanitarie pubbliche il compito di assicurare le prestazioni urgenti e/o indifferibili.

## Allegato A – Nota Metodologica

E', quindi, indispensabile, avviare subito i tetti di spesa "**di struttura**", gestendo una fase transitoria di eventuale perfezionamento degli stessi, che può essere programmata come segue.

**Entro il termine inderogabile del 15 febbraio 2022** ciascuna ASL dovrà istruire, approvare (con delibera del Direttore Generale), e trasmettere alla Regione:

- a. Gli importi liquidati (**saldi compresi**) per l'esercizio **2020** a ciascun centro privato, per ogni branca dell'assistenza specialistica ambulatoriale, secondo lo schema di rilevazione dei volumi prodotti, del fatturato lordo e netto, e del dettaglio degli abbattimenti operati, di cui alla tabella n. 4, allegata alla nota del Direttore Generale per la Tutela della Salute prot. n. 84737 del 16 febbraio 2021 (per semplicità, potrà essere accorpato il dettaglio relativo alla residenza del paziente, evidenziando solo il "di cui" per residenti fuori regione). **Laddove l'ASL dovesse non avere ancora liquidato il saldo annuale**, dovrà essere comunque inserita la più attendibile valutazione aggiornata dell'importo complessivamente liquidabile a ciascun centro privato.
- b. Una dettagliata relazione attestante la avvenuta effettuazione di tutti i controlli ed abbattimenti previsti dalla normativa nazionale e regionale (specificando se la consuntivazione del liquidato è stata già verificata anche in contraddittorio con le Associazioni di Categoria, nell'ambito dei Tavoli Tecnici locali previsti dai provvedimenti regionali in materia), nonché i motivi e lo stato di eventuali contenziosi (anche se non ancora incardinati innanzi al TAR o al Tribunale Civile) sugli abbattimenti operati dalla ASL sul budget dell'esercizio 2020.
- c. Una dettagliata relazione in cui proporre correttivi, miglioramenti, e sottoporre alla valutazione della Regione eventuali situazioni particolari, che potrebbero richiedere una diversa ripartizione dei tetti di spesa per l'esercizio 2022.

La Direzione Generale per la Tutela della Salute, anche con il supporto della Commissione Regionale di Controllo, istituita per le finalità previste dal DCA n. 103 del 06.12.2019 - "*Sistema regionale dei controlli e della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie ambulatoriali*", sulla base della suddetta documentazione valuterà, eventualmente anche attraverso incontri tecnici con le ASL ed, eventualmente, anche con le Associazioni di categoria e/o con singole strutture private accreditate, se proporre immediatamente alla Giunta regionale un primo aggiornamento delle determinazioni assunte con la presente delibera.

**Entro il termine inderogabile del 15 marzo 2022** ciascuna ASL dovrà istruire, approvare (con delibera del Direttore Generale), e trasmettere alla Regione:

- d. Gli importi liquidati (**saldi compresi**) per l'esercizio **2021** a ciascun centro privato (relativamente al solo budget ordinario, esclusa l'integrazione ex art. 26 del DL n. 73/2021), per ogni branca dell'assistenza specialistica ambulatoriale, secondo lo schema sopra richiesto per i dati dell'esercizio 2020. **Laddove l'ASL dovesse non avere ancora liquidato il saldo annuale** (del budget 2021 **ordinario**), dovrà essere comunque inserita la più attendibile valutazione aggiornata dell'importo complessivamente liquidabile a ciascun centro privato.
- e. Gli importi liquidati (**saldi compresi**) per l'esercizio **2021** a ciascun centro privato (relativamente al solo budget **ordinario**, esclusa l'integrazione della branca di FKT ex art. 26 del DL n. 73/2021), per le branche della dialisi ambulatoriale e della medicina fisica e riabilitativa (FKT), secondo l'apposito schema che sarà fornito alle ASL dalla Direzione Generale per la Tutela della Salute entro dieci giorni dalla approvazione della presente delibera. **Laddove l'ASL dovesse non avere ancora liquidato il saldo annuale** (del budget 2021 **ordinario**), dovrà essere comunque inserita la più attendibile valutazione aggiornata dell'importo complessivamente liquidabile a ciascun centro privato.
- f. Una dettagliata relazione attestante la avvenuta effettuazione di tutti i controlli ed abbattimenti previsti dalla normativa nazionale e regionale (specificando se la consuntivazione del liquidato è stata già verificata anche in contraddittorio con le Associazioni di Categoria, nell'ambito dei Tavoli Tecnici locali previsti dai provvedimenti regionali in materia), nonché i motivi e lo stato di eventuali contenziosi (anche se non ancora incardinati innanzi al TAR o al Tribunale Civile) sugli abbattimenti operati dalla ASL sul budget **ordinario** dell'esercizio 2021.

g. Un aggiornamento, sulla base dei dati più recenti, della relazione di cui al precedente punto c).

Sulla base dell'esame della ulteriore documentazione di cui ai precedenti punti d), e) ed f), e degli approfondimenti intervenuti con le ASL medesime e con i soggetti privati e/o loro Associazioni, entro il 30 aprile 2022 si procederà ad approvare in via definitiva i tetti di spesa **“di struttura”** per l'esercizio 2022, con le eventuali modifiche ed aggiornamenti, rispetto a quelli approvati in via provvisoria dalla presente delibera.

**I volumi massimi ed i correlati limiti di spesa delle branche di dialisi e FKT**

Come sopra richiamato, da diversi anni, per le branche della dialisi ambulatoriale e della medicina fisica e riabilitativa (FKT) la Regione assegna a ciascuna ASL il budget della branca, lasciando alla ASL medesima il compito di definirne la ripartizione per singolo centro privato accreditato.

Per l'esercizio 2022 si conferma, pertanto, in via provvisoria, la ripartizione tra le diverse ASL dei volumi massimi e dei limiti di spesa della dialisi ambulatoriale, già approvata nell'allegato n. 2 alla DGRC n. 354/2021, fatte salve le eventuali modifiche, che potranno essere valutata sulla base dei dati consuntivi 2021 sopra richiesti.

Analogamente, si conferma in via provvisoria il limite di spesa complessiva 2022 per la branca della medicina fisica e riabilitativa (FKT), stabilendo la seguente ripartizione in vigore dal 1° gennaio 2022:

Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT)	Volumi e limiti di spesa 2022		
	Limite di spesa a tariffa	Limite di spesa netta (*)	per n° prestazioni
ASL Avellino	1.771.066	1.607.634	85.352
ASL Benevento	1.572.808	1.411.675	79.066
ASL Caserta	5.172.500	4.765.078	256.557
ASL Napoli 1 Centro	6.924.364	6.470.005	346.044
ASL Napoli 2 Nord	9.105.995	8.561.746	463.924
ASL Napoli 3 Sud	8.718.238	8.144.792	437.240
ASL Salerno	5.328.037	4.785.596	269.525
<b>TOTALE</b>	<b>38.593.009</b>	<b>35.746.525</b>	<b>1.937.708</b>
(*) Importi in euro al netto del ticket e della quota ricetta			

che mantiene la stessa ripartizione tra le ASL del budget 2021 approvato dalla DGRC n. 354/2021.

Anche per questa branca si valuteranno eventuali modifiche della programmazione 2022 sulla base dei dati consuntivi 2021 sopra richiesti.

**Schemi contrattuali per l'esercizio 2022**

Si allegano i seguenti schemi contrattuali:

- A\1 – Protocollo DIALISI – Anno 2022
- A\2 – Contratto Dialisi – Anno 2022
- A\3 - Protocollo Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT
- A\4 - Contratto Specialistica 2022 escluso Laboratorio di Analisi, Dialisi e FKT
- A\5 - Protocollo Laboratori di Analisi 2022
- A\6 - Contratto Laboratori di Analisi 2022
- A\7 – Contratto FKT – Anno 2022

Rispetto agli schemi contrattuali utilizzati per gli anni precedenti, recentemente aggiornati per l'esercizio 2021 dalla DGRC n. 375 del 07.09.2021, per quanto riguarda le branche della dialisi ambulatoriale e della medicina fisica e riabilitazione (FKT), gli schemi allegati alla presente delibera non contengono

## Allegato A – Nota Metodologica

modifiche significative. Per le altre branche, invece, sono stati innovati a seguito del passaggio dalla impostazione dai tetti di spesa “*di branca*” ai tetti di spesa “*di struttura*”.