

### 1. Premessa

La Giunta regionale con la delibera n. 599 del 28.12.2021 ha disposto il passaggio dal 1° gennaio 2022 dei tetti di spesa dell'assistenza specialistica ambulatoriale, erogata dalle strutture sanitarie private accreditate, alla impostazione dei tetti di spesa "*di struttura*", anche per le branche della Diabetologia, Cardiologia, Branche a Visita, Patologia Clinica (Laboratorio di Analisi), Medicina Nucleare, Radiodiagnostica e Radioterapia, che fino al 2021 avevano mantenuto la precedente impostazione del cd. *tetto di branca*. Si ricorderà che la transizione alla nuova regolamentazione è avvenuta attraverso una prima fase provvisoria (periodo gennaio – aprile 2022) ed una seconda fase (da maggio 2022) durante quale sono state adottate le DGRC n. 215 del 04.05.2022, n. 309 del 21.06.2022 e n. 609 del 22.11.2022 (quest'ultima inerente alla sola branca della Radioterapia).

In attuazione, poi, delle richiamate delibere regionali, le ASL competenti per territorio hanno dovuto svolgere rilevanti approfondimenti istruttori, giungendo in diversi casi ad approvare modifiche e integrazioni dei tetti di spesa 2022 deliberati dalla Regione, applicando l'espressa delega ed i criteri a tale riguardo fissati dalla DGRC n. 215/2022.

Come previsto da quest'ultima delibera, la Direzione Generale per la Tutela della Salute ha dato atto con proprio decreto n. 509 del 31.07.2023 (BURC n. 59 del 07.08.2023), integrato con rettifiche dal decreto n. 779 del 21.11.2023 (BURC n. 83 del 27.11.2023), delle modifiche e correzioni intervenute, nonché dei conseguenti conteggi della produzione 2022 extra tetto di ciascuna struttura privata accreditata, liquidabile nel limite del 10% del tetto di spesa "*di struttura*".

Le DGRC n. 215/2022 e n. 309/2022, come dettagliatamente stabilito in tali provvedimenti, ai quali si rimanda, oltre ad estendere la base di riferimento per i nuovi tetti di spesa "*di struttura*" ai migliori risultati dei singoli centri nel quadriennio 2018 – 2021, hanno sviluppato i criteri per favorire la concorrenza tra le strutture private accreditate, tra i quali si ricordano:

- L'assegnazione del budget alle nuove strutture accreditate;
- La considerazione ai fini del budget di situazioni particolari e implementazioni tecnologiche;
- La facoltà, offerta alle strutture che lo avessero ritenuto vantaggioso, di produrre un extra tetto che, entro il 10% del tetto di spesa netta della struttura, sarebbe stato remunerato a consuntivo nella misura di almeno il 30%; possibilità che nel consuntivo 2022 si è concretizzata nella remunerazione integrale (100%) di tali sforamenti, come accertato dal richiamato decreto n. 509/2023;
- La possibilità di incrementare il limite di spesa attraverso l'introduzione di meccanismi di premialità / penalizzazione, che consentono una variabilità del budget individuale da un anno all'altro (con le regole fissate nell'Allegato B alla DGRC n. 215/2022), a cominciare dalla annualità 2023.

Al fine di aggiornare i tetti di spesa per l'esercizio 2023 in base alla nuova regolamentazione introdotta dalle delibere regionali sopra richiamate, la Direzione Generale per la Tutela della Salute ha chiesto alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie Locali:

- Con nota prot. n. 69394 del 8 febbraio 2023, di fornire tutti gli elementi di conteggio del consuntivo 2022 dell'assistenza specialistica ambulatoriale, erogata dalle strutture private accreditate, indispensabili "*per la determinazione regionale della percentuale di extra tetto riconoscibile in regressione tariffaria, nonché per la compensazione tra sforamenti e sottoutilizzi e/o l'autorizzazione ad eventuali integrazioni*";
- Con nota prot. n. 100643 del 24 febbraio 2023, di valorizzare i parametri di valutazione previsti nell'Allegato B alla DGRC n. 215/2022, sulla base dei quali a ciascuna struttura privata accreditata viene attribuito un punteggio, in funzione dei dati comunicati e raccolti nell'esercizio precedente;
- Con nota prot. n. 107333 del 28 febbraio 2023, di verificare e completare la ricognizione delle C.O.M. – Capacità Operative Massime in essere per l'esercizio 2023, riconosciute a ciascuna struttura privata accreditata;

## Allegato A – Relazione Tecnica

- Con nota prot. n. 149266 del 20 marzo 2023, di fornire i dati consuntivi 2022 delle case di cura private, degli Ospedali Religiosi e dell'ICS Maugeri, anche per accertare eventuali economie sui tetti di spesa, rilevanti per la programmazione 2023 dei budget da assegnare alle strutture private per il complesso dell'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale acquistata dalle strutture private accreditate;
- Con nota prot. n. 149590 del 20 marzo 2023, di verificare e se del caso aggiornare i dati del consuntivo 2020 e 2021 liquidabile alle strutture private, per ogni ASL e branca, precedentemente comunicati alla Regione, e il conseguente sfioramento o sottoutilizzo del tetto di spesa, atteso che: *“Ai fini della determinazione dei limiti di spesa ... per l'esercizio 2023 è, poi, necessario accertare eventuali economie sui tetti di spesa 2020 e 2021 che, in applicazione dell'art. 4, comma 9 octies, del decreto legge 29 dicembre 2022, n. 198, potrebbero essere oggetto di trasporto al 2023”*;
- Analogamente, per le stesse finalità di programmazione dei limiti di spesa 2023, anche in relazione all'accertamento delle economie sui tetti di spesa 2020 e 2021, con diverse note (n. 39276 del 29.01.2023, n. 103946 del 27.02.2023, n. 371852 del 18.07.2023, n. 470506 del 27.09.2023 e n. 476291 del 29.09.2023), si è chiesto alle ASL di completare la definizione del consuntivo 2020 e 2021 liquidabile alle case di cura private, che è stata ritardata per la complessa applicazione di alcuni provvedimenti straordinari legati all'emergenza COVID, tra i quali si citano i seguenti:
  - DGRC n. 472 del 29.10.2020 (Posti Letto COVID attivati presso le strutture ospedaliere private);
  - DGRC n. 89 del 01.03.2022 (Applicazione nelle strutture ospedaliere private della integrazione tariffaria per ricoveri COVID e per la funzione di attesa dei posti letto COVID);
  - DGRC n. 370 del 13.07.2022 (contributo una tantum a parziale ristoro dei costi fissi 2020 – 2021 non altrimenti coperti);
- Con nota prot. n. 453358 del 25 settembre 2023, di indicare per ciascun centro privato accreditato (o per branca, per la DIALISI e per la FKT) le modifiche da apportare ai budget 2023, rispetto a quelli assegnati per il 2022 dalle DGRC n. 215, 309 e 609/2022, per effetto di: nuovi accreditamenti, situazioni particolari e modifiche intervenute nelle Aggregazioni dei Laboratori (sia tra centri della stessa ASL, che tra centri di ASL diverse).

L'attuazione di queste disposizioni si è rivelata particolarmente laboriosa e complessa. La Direzione Generale per la Tutela della Salute è, quindi, pervenuta solo nel corso del mese di dicembre 2023 alla elaborazione della presente istruttoria.

## **2. Risorse disponibili per i tetti di spesa 2023 e 2024**

### **2.1 Risorse disponibili per i tetti di spesa 2023**

Il decreto legge 29 dicembre 2022, n. 198, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 febbraio 2023, n. 14, ha stabilito all'art. 4, comma 9-octies, che: *“Per garantire la completa attuazione del Piano operativo per il recupero delle liste d'attesa, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono avvalersi, fino al 31 dicembre 2023, delle misure previste dalle disposizioni di cui all'articolo 26, commi 1 e 2, del decreto-legge 25 maggio 2021, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 23 luglio 2021, n. 106, nonché dalle disposizioni di cui all'articolo 1, comma 277, della legge 30 dicembre 2021, n. 234. Per l'attuazione delle finalità di cui al presente comma le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare una quota non superiore allo 0,3 per cento del livello di*

finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2023”.

La Regione Campania, con la delibera della Giunta regionale n. 379 del 29 giugno 2023, ha aggiornato per l'esercizio 2023 il PIANO OPERATIVO REGIONALE PER IL RECUPERO DELLE LISTE DI ATTESA, applicando la richiamata disposizione di legge: ed ha stabilito:

- a) per quanto riguarda l'attività delle strutture sanitarie pubbliche, di proseguire le azioni in corso per il recupero delle Liste di Attesa, utilizzando le ordinarie risorse aziendali, nonché gli specifici fondi già ricevuti in base ai precedenti Piani Operativi per il Recupero delle Liste di Attesa (DGRC n. 620/2020, n. 353/2021 e n. 209/2022);
- b) per quanto riguarda il coinvolgimento nel Piano 2023 delle strutture sanitarie private, di destinare a tal fine:
  - 1) la quota dello 0,3 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2023;
  - 2) le economie di complessivi euro 25.314.478 sui fondi assegnati alle aziende sanitarie regionali con le DGRC n. 620/2020, n. 353/2021 e n. 209/2022, comunicate dalle medesime aziende;
  - 3) le residue economie 2020 realizzate sui budget dell'esercizio 2020 delle strutture private accreditate, non ancora utilizzate nell'ambito delle integrazioni dei limiti di spesa 2021 e 2022 consentite per le medesime finalità, in applicazione dell'art. 26, commi 1 e 2, del decreto legge n. 73/2021, nonché dell'art. 1, commi 277 e 278, della legge n. 234/2021. quantificabili in complessivi euro 46.652.715,56=, di cui:
    - euro 30.003.811,29= di maggiori economie sui budget 2020 delle strutture private, accertate dalle ASL e dalla Regione (soprattutto in sede di applicazione della sopra citata DGRC n. 370/2022), rispetto a quelle considerate in via prudenziale nel determinare l'integrazione di euro 114.951.100 dei limiti di spesa 2021, disposta con le DGRC n. 354/2021 e n. 497/2021;
    - euro 10.345.321,09= quali economie di fondi assegnati e non utilizzati a fronte della suddetta integrazione dei limiti di spesa 2021 ex DGRC n. 354/2021 e n. 497/2021;
    - euro 6.303.583,18 = quali economie sui fondi assegnati e non utilizzati a fronte della integrazione dei limiti di spesa 2022 ex DGRC n. 215/2022 e n. 556/2022.

Successivamente, la DGRC n. 652 del 16.11.2023 ha stabilito di prelevare dalla suddetta quota dello 0,3 per cento del finanziamento indistinto 2023 l'importo di euro 569.000, necessario per integrare le assegnazioni operate dalla richiamata DGRC n. 379/2023 per le A.O. Santobono e Moscati. Ed ha assegnato, a valere sulle risorse di cui alla precedente lettera b):

- euro 46.000.000 ad integrazione del budget 2023 delle case di cura private;
- euro 3.000.000 ad integrazione del budget 2023 degli Ospedali Religiosi (Fatebenefratelli di Napoli e Benevento, Fondazione Betania di Napoli e Camilliani di Casoria) e dell'IRCCS ICS Maugeri di Telesse.

Infine, in data 9 novembre 2023, con Intesa Rep. atti n. 262/CSR, la Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e le PP.AA. di Trento e di Bolzano ha approvato il riparto tra le regioni delle disponibilità finanziarie per il Servizio Sanitario Nazionale per l'anno 2023. E, in base alle *Indicazioni Contabili n relazione al finanziamento per l'anno 2023*, fornite alle Regioni il 16.11.2023 dal Ministero della salute, d'intesa con gli uffici competenti del Ministero dell'economia e delle finanze, è stata determinata in euro 33.903.487 la quota dello 0,3 per cento del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, di cui al precedente punto b)1).

Con la presente delibera si può, quindi, procedere a completare l'utilizzo delle risorse sopra elencate, approvando il "*Quadro delle prestazioni da privato soggette alla Spending Review (DL 95/2012 e s.m.i.)*", esposto nell'Allegato n. 1.1 (declinato per l'esercizio 2023 per branca e per ASL nell'Allegato n. 1.2), nel quale è determinata in euro 55,2 milioni l'integrazione 2023 assegnata alle strutture private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale ai sensi dell'art. 26 del decreto legge n. 73/2021 e

s.m.i., rispetto agli ordinari limiti di spesa consentiti dalla normativa vigente, residuando un margine di circa euro 1,1 milioni per eventuali imprevisti.

### **2.2 Risorse disponibili per i tetti di spesa 2024**

Come appena esposto, con la programmazione per l'esercizio 2023 dei limiti di spesa dell'assistenza specialistica ambulatoriale e ospedaliera, acquistata dalle strutture private accreditate, sono esaurite le ingenti economie di anni precedenti, che la normativa introdotta dall'art. 26 del DL n. 73/2021, poi prorogata per il 2022 e per il 2023, ha consentito di sfruttare interamente ad integrazione dei tetti di spesa 2021, 2022 e 2023.

Pertanto, in base alle disposizioni stabilite per l'esercizio 2024 dalla legge di bilancio in corso di approvazione in Parlamento, sarà possibile sostenere i budget da assegnare alle strutture private accreditate attraverso due strumenti:

- a) l'incremento di un punto percentuale del limite di spesa stabilito dal DL 95/2012 e s.m.i. rispetto al valore della spesa consuntivata nell'anno 2011, che per la Campania ammonta ad euro 13.626.694;
- b) una parte, se non l'intera quota dello 0,4% del livello di finanziamento indistinto del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2024, stimabile per la Campania in circa euro 45,7 milioni, che la nuova legge di bilancio consente alle regioni di destinare alla completa attuazione dei propri piani operativi per il recupero delle liste d'attesa, anche attraverso il coinvolgimento delle strutture private accreditate mediante assegnazioni in deroga ai limiti ordinari di spesa fissati dall'art. 15, comma 14, del DL n. 95/2012 e s.m.i.

### **3. Conteggio dei tetti di struttura 2023 e, in via provvisoria, 2024**

Le attività istruttorie richiamate in premessa, finalizzate a definire i tetti di spesa per l'esercizio 2023, hanno consentito di accertare con sufficiente attendibilità:

- le economie sui tetti di spesa 2020 e sulle integrazioni 2021 e 2022 che, in applicazione dell'art. 4, comma 9 octies, del decreto legge 29 dicembre 2022, n. 198, possono essere aggiunte ai limiti di spesa 2023 delle strutture private accreditate per l'assistenza ospedaliera e specialistica ambulatoriale;
- i budget da assegnare nel 2023 per i nuovi accreditamenti di strutture private nelle varie branche dell'assistenza specialistica ambulatoriale;
- i budget da assegnare per l'esercizio 2023 a fronte di situazioni particolari nuove e/o per trascinarsi all'esercizio successivo di fattispecie già rilevate nella determinazione dei tetti di spesa 2022;
- le rilevanti modifiche intervenute, rispetto all'esercizio precedente, nelle Aggregazioni tra i Laboratori di Analisi, sia nella stessa ASL, sia tra ASL diverse.

Con la presente delibera si può, quindi, procedere a distribuire gli incrementi dei limiti di spesa 2023, rispetto all'esercizio precedente, con i seguenti criteri:

- 1) assegnare il budget ai nuovi accreditati;
- 2) assegnare congrui incrementi ai centri privati, a fronte di situazioni particolari nuove e/o per trascinarsi dall'esercizio precedente (ad esempio: budget assegnati per la prima volta nel 2022 e solo per una frazione d'anno);
- 3) assegnare livelli di budget per le branche della dialisi e della radioterapia adeguati alle specificità di queste branche;

## Allegato A – Relazione Tecnica

- 4) premiare le imprese che hanno erogato prestazioni nel 2022 anche nel margine del 10% di extra tetto, consolidando la maggiore produzione ai fini del budget 2023 con effetto, quindi, anche sulla determinazione dei budget per gli anni successivi; per la branca di Laboratorio di Analisi si è scelto, però di applicare questa misura solo ai centri che nell'esercizio 2022 hanno erogato un elevato numero di prestazioni acquistate dalle ASL (almeno 150 mila), in modo da favorire le strutture che sono orientate a raggiungere (o hanno già superato) la soglia di 200 mila prestazioni / anno (che comprende anche quelle erogate con spesa direttamente a carico dell'utenza), fissata dalla normativa vigente come obiettivo di dimensione strutturale minima per assicurare efficienza e qualità. Al riguardo, si ricorda che l'effettuazione di prestazioni extra tetto in regressione tariffaria è inserita nei parametri di valutazione (indicatore n. 7) definiti nell'Allegato B alla DGRC n. 215/2022 ai fini della metodologia di determinazione e variazione dei tetti di spesa *“volta a garantire, da un anno all'altro, dinamismo e variabilità nella determinazione dei tetti individuali di struttura, in modo da premiare i comportamenti ritenuti maggiormente performanti”*;
- 5) in tutti gli altri casi (salvo particolari eccezioni) rimane confermato per l'esercizio 2023 il limite di spesa definitivo assegnato per il 2022; questa scelta si rende necessaria poiché, ai fini della determinazione dei limiti di spesa per l'esercizio 2023, per consolidata giurisprudenza non è possibile applicare a fine anno o l'anno successivo eventuali riduzioni retroattive dei limiti di spesa, rispetto ai budget individuali assegnati per l'anno precedente, sui quali i centri privati hanno fatto legittimo affidamento: si veda al riguardo la decisione n. 8/2006 del Consiglio di Stato in adunanza plenaria, secondo la quale: *“le strutture private, che erogano prestazioni per il Servizio sanitario nazionale nell'esercizio di una libera scelta, potranno aver riguardo - fino a quando non risulti adottato un provvedimento definitivo - all'entità delle somme contemplate per le prestazioni dei professionisti o delle strutture sanitarie dell'anno precedente”*.

Negli allegati da 2.1 a 2.7 si espongono, quindi, i tetti *“di struttura”* assegnati per l'esercizio 2023 ai singoli centri privati accreditati nelle branche della Diabetologia, Branche a Visita, Cardiologia, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica, Laboratorio di Analisi e Radioterapia. Mentre negli allegati 2.8 e 2.9 sono assegnati alle ASL i budget definitivi 2023 relativi, rispettivamente, alla dialisi e alla FKT che, come per gli anni precedenti, saranno ripartiti tra i diversi centri accreditati con delibera dei Direttori Generali di ciascuna ASL.

I conseguenti contratti con i centri privati dovranno essere stipulati entro il 31 gennaio 2024.

Come stabilito per i tetti di spesa 2022 dalla DGRC n. 215/2022, anche per i tetti di spesa 2023 dettagliatamente assegnati dalla presente delibera, qualora le ASL competenti per territorio rilevino che, per un qualsiasi disguido (ad es. un ulteriore nuovo accreditamento e/o una situazione particolare non già valutata adeguatamente), l'importo assegnato ad un centro privato dalla presente delibera sia da modificare (tenuto conto dei criteri generali di determinazione dei tetti di spesa 2023 qui stabiliti), le stesse ASL provvedono alla correzione, eventualmente attingendo agli accantonamenti centralizzati previsti nell'Allegato 1.1. Tali correzioni dovranno essere deliberate dalla/e ASL competente/i, con delibera immediatamente esecutiva, e assunte dalla Regione per presa d'atto con decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute.

E', invece, ancora in corso il procedimento, definito nell'Allegato “B” alla DGRC n. 215/2022, per determinare le variazioni dei tetti di spesa *“di struttura”* dal 2022 al 2023 (e dal 2023 al 2024), tenendo conto per ogni struttura della C.O.M. (Capacità Operativa Massima) e di un insieme di altri indicatori.

In particolare, è necessaria una ulteriore fase istruttoria, da svolgersi durante il primo trimestre 2024, durante la quale:

- la Direzione Generale per la Tutela della Salute, avvalendosi della Commissione Regionale, istituita dal DCA n. 103 del 06.12.2019, del supporto tecnico della So.Re.Sa. S.p.A., coordinerà l'intero procedimento, assicurando che si svolga nei tempi previsti; e attraverso interlocuzioni con le ASL e con le Associazioni di categoria, procederà entro il 31.01.2024 ad istruire le opportune modifiche dei parametri dell'Allegato “B” alla DGRC n. 215/2022 per i

## Allegato A – Relazione Tecnica

quali sono emerse maggiori difficoltà applicative, come, ad esempio, i parametri di valutazione relativi agli indicatori della famiglia A-Tecnologia (A.1 – A.2) e di Appropriatezza Erogativa (D.11 - Rapporto tra numero prestazioni erogate a carico del S.S.R. correlate a PDTA / totale prestazioni erogate a carico del S.S.R.); al fine di rendere più celere il procedimento, il Direttore Generale per la Tutela della Salute approverà tali modifiche con proprio decreto, con riserva di ratifica da parte della Giunta regionale;

- le ASL, anche attraverso confronti nei Tavoli Tecnici locali con le Associazioni di categoria e, se del caso, verifiche con i diretti interessati, entro il 31 marzo 2024 dovranno istruire, ed approvare con delibera del Direttore Generale, le variazioni in più o in meno sui tetti di spesa di ciascuna struttura privata, conseguenti all'applicazione dei criteri previsti dall'Allegato "B" alla DGRC n. 215/2022.

Tali variazioni saranno applicate sul budget dei rimanenti mesi del 2024, in sede di approvazione dei tetti di spesa definitivi 2024, da effettuarsi entro il 30 aprile 2024, come si espone più dettagliatamente nel seguito della presente Relazione.

Si ricorda che, in base ai criteri definiti nell'Allegato "B" alla DGRC n. 215/2022, le variazioni dei limiti di spesa individuali da un anno all'altro devono essere determinate nei primi mesi dell'anno in corso, con riferimento ai dati e parametri consuntivi dell'anno precedente.

Pertanto, al fine di recuperare il ritardo verificatosi per la determinazione delle variazioni dei tetti 2023, le ASL procederanno a determinare sia le variazioni dei tetti di spesa "*di struttura*" in più e in meno, sia sui dati consuntivi 2022 (già disponibili), sia sui dati consuntivi 2023 (la cui rilevazione deve essere completata entro febbraio). Entrambe le variazioni, poi, saranno considerate nella istruttoria per la determinazione definitiva dei limiti di spesa 2024.

Peraltro, poiché in quasi tutte le branche della specialistica ambulatoriale per l'esercizio 2024 la presente delibera stabilisce dei budget in riduzione rispetto all'anno precedente (come si vedrà più innanzi), in base ai due elenchi di variazioni annuali ("*per il 2023*" e "*per il 2024*") predisposti dalle ASL, la Direzione Generale per la Tutela della Salute potrà istruire nel mese di aprile 2024 la determinazione definitiva dei tetti di spesa "*di struttura*" 2024, in linea di massima, attenuando le riduzioni (rispetto al tetto di spesa definitivo 2023) per le strutture che, in applicazione dei criteri sopra richiamati, devono ricevere un incremento dei tetti di spesa; e viceversa.

Nell'Allegato n. 1.1 - "*Quadro delle prestazioni da privato soggette alla Spending Review (DL 95/2012 e s.m.i.)*", si è quindi calcolato in via provvisoria per ciascuna tipologia di assistenza sanitaria, il budget 2024 con i seguenti criteri.

Tenuto conto dei tetti di spesa definitivi 2023 e delle minori risorse disponibili per l'esercizio 2024 a titolo di integrazione per il recupero delle liste di attesa:

- 1) Il budget complessivo 2024 dell'assistenza ospedaliera (compresi i PACC) erogata dalle case di cura private è stato ridotto da 751 a 730 milioni di euro e, quindi, ad un livello comunque ancora superiore del 5% rispetto al 2019; con successivo provvedimento sarà determinato il tetto di spesa 2024 delle singole case di cura private;
- 2) Il budget 2024 degli Enti contrattualizzati direttamente con la Regione (Ospedali Religiosi e ICS Maugeri), riguardante sia l'assistenza ospedaliera (compresi i PACC) che la specialistica ambulatoriale, è stato leggermente ridotto, lasciando il tetto provvisorio 2024 ad un livello superiore del 1,5% rispetto al budget ante COVID;
- 3) Il budget complessivo 2024 dei centri privati accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale viene ridotto del 3,6%, **rimanendo superiore di oltre l'8% rispetto al 2019 e di oltre l'1% rispetto al tetto di spesa 2022;**

Tuttavia, va osservato che, all'interno del raggruppamento dell'assistenza specialistica ambulatoriale, il budget 2024 provvisorio è stato determinato applicando:



## Allegato A – Relazione Tecnica

- a) una generale riduzione del 7% per le branche di: Diabetologia, Branche a Visita, Cardiologia, Laboratorio di Analisi e FKT;
- b) un incremento del 1% per la branca della Dialisi e la conferma dello stesso budget 2023 per la branca della Radioterapia (dopo l'incremento del 15% del 2023);
- c) una riduzione di solo l'1,7% per la branca della Medicina Nucleare, che è frutto di una applicazione provvisoria del budget 2024 diversificata in base alla classificazione dei centri per raggruppamenti omogenei in base alle tipologie funzionali e di complessità delle prestazioni erogate, secondo quanto previsto dall'art. 6 dello schema di contratto, e precisamente:
  - riduzione del 7% per i centri di Classe A (solo scintigrafie);
  - conferma dello stesso importo del tetto 2023 per i centri di Classe C (strutture accreditate per erogare soltanto prestazioni di PET/TC 92.11.6, 92.11.7 e 92.18.6, con macchina ibrida, necessarie per la stadiazione delle patologie oncologiche e ancora molto carenti nelle strutture pubbliche);
  - riduzione del 1,7% per gli altri centri (Classe B: scintigrafie e PET, comprese le PET/TC), il cui fatturato è comunque composto per 3 / 4 da prestazioni di PET/TC 92.11.6, 92.11.7 e 92.18.6, con macchina ibrida;
- d) una riduzione del 4,6% per la branca della Radiologia, anch'essa conseguente ad una applicazione provvisoria del budget 2024 diversificata in base alla classificazione dei centri per raggruppamenti omogenei, e precisamente:
  - riduzione del 7% per i centri di Classe A, B e C (da "Radiologia tradizionale di base ed ecografia" a "Radiologia tradizionale, ecografia, TAC e RMN ≤ 1 tesla");
  - riduzione del 4,0% per gli altri centri (Classe D: "Radiologia tradizionale, ecografia, TAC e RMN > 1 tesla") il cui fatturato è composto in misura rilevante da prestazioni di risonanza magnetica di elevata qualità, necessarie per diverse patologie gravi e ancora molto carenti nelle strutture pubbliche.

**Per una corretta valutazione delle percentuali di riduzione fissate per il tetto provvisorio 2024, rispetto ai tetti definitivi 2023, va però sottolineato che esse non tengono conto degli accantonamenti centralizzati (euro 14,6 milioni per il 2024), che saranno interamente ripartiti a consuntivo per assicurare la parziale copertura degli sforamenti (entro il 10% dei tetti "di struttura"), oltre che per eventuali ulteriori accreditamenti e situazioni particolari. Tali accantonamenti costituiscono quasi il 4% del budget 2023 delle branche cui saranno destinati (escludendo dialisi e radioterapia, che nel 2023 non dovrebbero presentare significativi sforamenti); per cui, a consuntivo, il confronto con i tetti di spesa 2019 e 2020 è destinato a migliorare di circa 4 punti percentuali.**

Le suddette percentuali di variazione rispetto al budget 2023 dovranno essere applicate dalle ASL per definire per ciascuna struttura privata il budget provvisorio 2024, da inserire negli schemi contrattuali allegati alla presente delibera, che dovranno essere stipulati entro il 31 gennaio 2024.

Nel compiere questa operazione, le ASL dovranno porre la dovuta attenzione a formulare su 12/12 i budget che per l'esercizio 2023 sono stati assegnati in ragione di una frazione d'anno, ridotti o aumentati della percentuale di variazione prefissate sopra esposte. A tal fine, le ASL sono autorizzate ad utilizzare gli accantonamenti per nuovi accreditamenti e situazioni particolari, la cui misura definitiva sarà poi definita dalla Regione in corso d'anno, con provvedimento da adottarsi entro il 30 aprile 2024.

Si noti che, per le branche della Medicina Nucleare e della Radiodiagnostica, le riduzioni, differenziate a seconda della classificazione delle strutture, sono state calcolate sul totale regionale del budget di ciascun raggruppamento. Pertanto, poiché le strutture private appartenenti alle diverse classi sono presenti in ciascuna ASL in proporzioni diverse, ne consegue che la riduzione media sarà diversa da ASL ad ASL.

Si dà, infine, atto che i volumi massimi di prestazioni, fissati per il 2023 e, in via provvisoria, per il 2024, 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:

1. 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*”;
2. 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*”;
3. DGRC n. 210 del 4 maggio 2022, che ha approvato il documento “*AGGIORNAMENTO DEL FABBISOGNO REGIONALE DI PRESTAZIONI SANITARIE DI ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE PER GLI ANNI 2022 E 2023*”.

#### **4. Margine di deroga ai tetti mensili**

Le disposizioni stabilite dalle DGRC n. 599/2021, n. 215/2022 e n. 309/2022 riguardo al rispetto dei limiti di spesa attraverso la ripartizione degli stessi in dodicesimi, con un margine mensile di tolleranza legato alla priorità delle ricette, si intendono ripetute e confermate anche per gli esercizi 2023 e 2024 dalla presente delibera.

Solo per difficoltà tecniche, invece, non si è ancora potuto dare corso all’inserimento nel suddetto margine di tolleranza delle prestazioni che i pazienti devono effettuare con precise scadenze temporali nell’ambito dei PDTA per patologie oncologiche, cardiache e del metabolismo (come il diabete). Gli uffici regionali sono impegnati a dare attuazione a questa importante innovazione nel corso del 2024.

#### **5. Misure che favoriscono la concorrenza fra le strutture sanitarie private**

Nella Relazione Tecnica allegata alla DGRC n. 215/2022 si è evidenziato che nella previgente impostazione dei tetti di spesa “*di branca*” sussistevano due importanti limitazioni:

- 1) il *mix* delle prestazioni erogate non poteva essere sbilanciato verso quelle di maggiore importo unitario, in modo da evitare la selezione delle prestazioni di maggiore ricavo unitario, ed assicurare all’utenza la disponibilità di tutte le prestazioni: vincolo di non superare di oltre il 10% il costo medio della branca / raggruppamento dei centri per tipologie omogenee;
- 2) le prestazioni erogate potevano essere incrementate annualmente al massimo del 10% (cd. “*overselling*”): limite oltre il quale le prestazioni non erano riconosciute liquidabili, tranne eccezioni adeguatamente motivate (ad esempio: periodi di chiusura autorizzata nell’anno precedente).

Queste due limitazioni avevano, quindi, la funzione di moderare la concorrenza tra le diverse strutture, limitando in misura ragionevole le possibilità di crescere ogni anno in quantità e fatturato, sottraendo *budget* alle altre strutture.

La prima limitazione è rimasta operante anche nella nuova impostazione dei tetti di spesa “*di struttura*”, consentendo comunque a ciascun centro di orientare liberamente il proprio *mix* produttivo verso prestazioni di diverso valore unitario, entro il limite prefissato.

La possibilità di incrementare le quantità erogate e, quindi, il fatturato è stata, invece, consentita nella nuova impostazione dei tetti “*di struttura*” attraverso due strumenti:



- a) la possibilità, per le strutture che lo ritengano vantaggioso, di produrre un extra tetto che – entro il 10% del tetto di spesa netta – potrà essere remunerato a consuntivo nella misura di almeno il 30% (come sopra evidenziato, poi, a consuntivo 2022 è stato possibile remunerare interamente tali sforamenti);
- b) la nuova metodologia di determinazione dinamica dei tetti di spesa da un anno all'altro, stabilita nell'Allegato B alla DGRC n. 215/2022 che, da una parte tiene, conto della evoluzione della capacità produttiva (C.O.M.) dei singoli centri (e, quindi, dei maggiori o minori investimenti, assunzioni di personale, ecc.), attraverso l'aggiornamento annuale del **valore teorico massimo** di produzione (ottenuto moltiplicando le capacità operative massime per il valore medio prestazionale di riferimento); dall'altra introduce meccanismi di premialità / penalizzazione dei budget "*di struttura*", attraverso un insieme di parametri di valutazione, selezionati in modo da orientare il comportamento delle strutture private accreditate verso obiettivi di performance in linea con la programmazione sanitaria regionale, così da elevare gli standard di qualità dell'intero sistema sanitario.

Si ritiene opportuno sottolineare che con la presente delibera per l'esercizio 2023 si è stabilito un ulteriore elemento di sviluppo della concorrenza tra le imprese accreditate, consentendo a quelle che hanno erogato prestazioni nel 2022 anche nel margine del 10% di extra tetto di consolidare la maggiore produzione ai fini del budget 2023 con effetto, quindi, anche sulla determinazione dei budget per gli anni successivi. In questa direzione è da inquadrare anche la limitazione stabilita per la branca di Laboratorio di Analisi, per la quale si è scelto, di applicare questa misura solo ai centri che nell'esercizio 2022 hanno erogato un elevato numero di prestazioni acquistate dalle ASL (almeno 150 mila), in modo da favorire il raggiungimento di dimensioni strutturali ottimali.

### **6. Accesso degli utenti alle prestazioni sanitarie tramite il CUP regionale**

Come si è illustrato nella DGRC n. 599/2021, tra gli obiettivi perseguiti dalla Regione con il passaggio della impostazione dei limiti di spesa assegnati alle strutture private accreditate ai cd. tetti individuali "*di struttura*", è la piena integrazione delle strutture sanitarie private con quelle pubbliche in un unico CUP regionale, affinché gli utenti possano avere in tempo reale il quadro completo dell'offerta sanitaria disponibile in ogni momento, e scegliere, in piena trasparenza, la soluzione migliore per le sue esigenze.

L'avanzamento del progetto di estensione del Sistema informativo CUP Sinfonia consente ora di fissare al 29 febbraio 2024 (31 marzo 2024 per le branche di Laboratorio di Analisi e di FKT) il termine entro il quale l'accesso dell'utenza alle prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate da tutti i centri privati accreditati dovrà avvenire attraverso l'utilizzo del Sistema CUP SINFONIA, tramite le apposite agende informatizzate di prenotazione a carico del SSR. Pertanto, il rispetto delle suddette scadenze è stato espressamente inserito nei pertinenti articoli degli schemi contrattuali approvati dalla presente delibera.

### **7. Prestazioni rese a residenti fuori regione**

Con la presente delibera si conferma anche per l'esercizio 2023 la regolamentazione delle prestazioni erogate a utenti residenti in altre regioni o stranieri, già stabilita per l'esercizio 2022 nell'Allegato A alla DGRC n. 599/2021.

### **8. Disposizioni particolari per la branca di Laboratorio di Analisi (Patologia Clinica)**

Per la branca di Laboratorio di Analisi con la presente delibera si confermano anche per gli esercizi 2023 e 2024 le disposizioni in materia di prestazioni “R”, recate dalla DGRC n. 215/2022, come integrate e modificate nella DGRC n. 309/2022.

Si noti, poi, che ai fini del consolidamento nei tetti di spesa 2023 dell'extra tetto 2022 (fino a concorrenza del 10% del tetto 2022), riconosciuto solo ai centri che nell'esercizio 2022 hanno erogato almeno 150 mila prestazioni acquistate dalle ASL (v. sopra paragrafo 3, punto 4), nell'Allegato 2.10 è stata ricostruita la matrice delle variazioni delle aggregazioni intervenute nel corso del 2023, in modo da determinare nell'ultima colonna di tale allegato la riclassifica dell'extra tetto 2022, dai soggetti che avevano prodotto l'extra tetto nel 2022, agli attuali soggetti accreditati. Le variazioni dovute alle modifiche nelle aggregazioni sono state, poi, riportate nella col. D dell'Allegato 2.6 alla presente delibera, per determinare il tetto di spesa 2023 attraverso i passaggi di calcolo esposti nelle colonne da A a L del medesimo Allegato 2.6.

Si noti, inoltre, che negli schemi di contratto A\6, approvati dalla presente delibera per la branca di Laboratorio di Analisi, ai fini della riduzione del tetto di spesa provvisorio 2024, rispetto al tetto definitivo 2023, è stata inserita negli art. 3 e 4 la facoltà per la struttura interessata di lasciare invariati, rispettivamente, i volumi massimi ed i limiti di spesa relativi alle prestazioni “R”, riducendo il volume massimo e il limite di spesa delle prestazioni non “R” nella maggiore misura necessaria per rispettare il limite di spesa complessivo. Tale disposizione risulta coerente con la circostanza che la riduzione provvisoria 2024 corrisponde in realtà ad una minore integrazione del tetto di spesa ordinario per le finalità di recupero delle liste di attesa (come si evidenzia nell'Allegato 1.1 dal confronto fra i tetti 2019 e 2020 con i tetti 2023 e 2024). E le integrazioni dei tetti di spesa per il recupero delle liste di attesa, fin dalla loro introduzione nel 2021, sono sempre state applicate soltanto sulle prestazioni non “R”, lasciando sostanzialmente invariato l'importo complessivo regionale dei tetti di spesa relativi alle prestazioni “R”, rispetto al livello del 2019 e 2020.

Per le variazioni nella composizione delle aggregazioni, si ribadiscono i criteri operativi fissati nelle DGRC n. 215 e n. 309/2022.

### **9. Disposizioni in materia di VMP della Diabetologia e della Medicina Nucleare**

In alcune branche sono state evidenziate delle criticità ai fini del rispetto del limite del 10% al superamento del Valore Medio Prestazionale (VMP) della branca / raggruppamento dei centri per tipologie omogenee.

Nella Diabetologia la compresenza di prestazioni di costo unitario molto vario, da circa 1,00 euro di molte analisi di laboratorio ai 43,90 euro della maggior parte delle ecografie, determina una notevole variabilità del costo medio delle prestazioni erogate da ciascun centro privato.

Alcune ASL hanno, quindi, segnalato che il DCA n. 88 del 24.07.2013 (pubblicato nel BURC n. 41/2013), per questa branca, nel dare atto dei lavori svolti da appositi tavoli tecnici, intervenuti tra la Regione le Associazioni di categoria della specialistica ambulatoriale con particolare riferimento ai criteri di appropriatezza delle prestazioni, aveva individuato la seguente prescrizione: *“nella diabetologia si assume come soglia di attenzione una spesa annua per paziente di euro 240,00=, oltre la quale le ASL sono tenute ad effettuare approfondimenti e verifiche”*.

Si è, quindi, ritenuto opportuno introdurre negli schemi contrattuali allegati A\3 e A\4, alla fine dell'art. 8 (*variazione del volume e del valore medio delle prestazioni e loro limiti*), il seguente nuovo comma: *“6. In considerazione delle specificità della branca, l'ASL competente per territorio potrà consentire a propri centri di Diabetologia di derogare al limite del 10% di cui al precedente comma 2, fino a raggiungere un superamento massimo del VMP di branca del 50%, qualora il centro interessato rimanga entro una spesa annua per paziente di euro 240,00= (soglia di attenzione fissata dal DCA n. 88/2016, oltre la quale le ASL sono tenute ad effettuare approfondimenti e verifiche)”*.

Riguardo alla Medicina Nucleare, invece, ai fini delle limitazioni in materia di VMP sussiste da molti anni una suddivisione dei centri privati per Classi di prestazioni omogenee erogate:

Tipologia A: solo scintigrafie;

Tipologia B: scintigrafie e PET;

Tipologia C: solo PET/TC 92.11.6, 92.11.7 e 92.18.6, con macchina ibrida.

Per le strutture private ricadenti nella Classe “B”, inoltre, dal 2019 (con il DCA n. 10/2020) è stata introdotta la seguente precisazione (confermata nell’art. 6, comma 5, degli schemi contrattuali A\3 e A\4 allegati alla presente delibera): *“Il valore medio della branca “Medicina Nucleare” - Tipologia B sarà determinato ed applicato separatamente per le prestazioni di scintigrafia (B.1) e di PET (B.2)”*.

Tuttavia, alcune ASL hanno rappresentato delle criticità nei casi in cui alcuni centri privati eseguono sia scintigrafie che PET, ma non PET/TC, il cui costo unitario è molto più alto. Si è, quindi, ritenuto opportuno integrare la suddetta disposizione come segue: *“5. Il valore medio della branca “Medicina Nucleare” - Tipologia B sarà determinato ed applicato separatamente per le prestazioni di scintigrafia (B.1) e di PET (B.2), con possibilità per l’ASL di applicare una ulteriore diversificazione, laddove nell’ambito della tipologia B sussistono centri che effettuano o meno le prestazioni di PET/TC”*.

### **10. Disposizioni particolari per le branche della Radioterapia e della Dialisi**

Analogamente a quanto stabilito per il 2015 dal DCA n. 8/2016, per il 2016 e 2017 dal DCA n. 89/2016, per il 2018 dal DCA n. 84/2018 e per gli esercizi 2019 e 2020 dal DCA n. 10/2020, e confermato dalle DGRC n. 354/2021 e n. 599/2021 anche per il biennio 2021 e 2022, in considerazione delle specificità della branca della dialisi ambulatoriale, anche per gli esercizi 2023 e 2024 si applicherà la compensazione tra sottoutilizzi e sforamenti dei tetti di spesa, prima a livello di ASL, e poi a livello regionale; nonché la previsione che, qualora nonostante tali compensazioni dovessero residuare degli sforamenti non coperti, la Regione potrà autorizzare la stipula di contratti integrativi con una decurtazione del 35% della tariffa, in analogia con quanto convenuto per il 2014 ed approvato dal DCA n. 68/2015, e fermo restando il rispetto dei limiti massimi complessivi ammessi dalla normativa sulla Spending Review (DI 95/2012 e s.m.i.).

Per la branca della dialisi, poi, il limite di spesa definitivo 2023, assegnato a ciascuna ASL nell’Allegato 2.8, pur essendo calcolato in base ai dati preconsuntivi 2023, maggiorati di un +1% prudenziale, per quattro ASL è risultato inferiore al limite di spesa 2022. Pertanto, per l’esercizio 2023, al fine di rispettare il criterio dell’affidamento sul tetto di spesa dell’anno precedente, ferma restando la particolare regolamentazione vigente per questa branca, richiamata nel periodo precedente, qualora il consuntivo 2023 risulti maggiore del tetto di spesa 2023, l’eventuale decurtazione del 35% della tariffa non si applicherà nei conseguenti contratti integrativi per l’esercizio 2023, fino a concorrenza dell’importo del limite di spesa 2022 (se maggiore del tetto di spesa 2023).

Le ASL interessate avranno, poi, cura di assegnare ai nuovi centri accreditati un budget parametrato su situazioni simili, avendo presente che, ovviamente, ai nuovi accreditamenti non corrisponde di per sè un incremento dei soggetti dializzati presso le strutture private. Per cui, le medesime ASL, qualora l’esigenza intervenga dopo la stipula dei contratti con le strutture preesistenti, sono autorizzate ad assegnare il budget ai nuovi accreditati in corso d’anno anche se tale assegnazione avviene in superamento del budget complessivo. Peraltro, la particolare regolamentazione degli sforamenti che possono intervenire nei limiti di spesa di questa branca consente, poi, a consuntivo, di adeguare con apposite integrazioni il budget complessivo della branca.

Per la branca di Radioterapia, in considerazione della specificità di tali prestazioni, si confermano anche per il 2023 e 2024 le disposizioni in vigore fin dal DCA n. 85/2011, secondo le quali: *“tutti gli eventuali risparmi di spesa che saranno realizzati ..., rispetto ai limiti di spesa assegnati ... alle ASL per le diverse macroaree / branche delle prestazioni erogate dai soggetti privati, saranno destinati prioritariamente alla copertura della eventuale maggiore spesa per radioterapia, in concorrenza con la*

*branca di dialisi ...; eventuali risparmi realizzati in una ASL, rispetto alla spesa per radioterapia prevista ..., saranno destinati a compensare l'eventuale maggiore spesa prodotta su tali prestazioni in altre ASL".*

Tuttavia, in considerazione dei rilevanti incrementi dei budget assegnati negli anni scorsi alla branca della Radioterapia, che nel 2023 ha raggiunto un tetto superiore del 130% rispetto al 2016 e del +15% rispetto all'anno precedente, come prospettato nella DGRC n. 609/2022 dopo diversi incontri con gli operatori del settore, oltre alla formulazione (in avanzata fase di istruttoria) di precisi pacchetti di prestazioni, a seconda delle caratteristiche delle neoplasie da trattare, è necessario introdurre dal 2024 la stessa limitazione della spesa per eventuali contratti integrativi già vigente dal 2014 per la dialisi: agli sforamenti dei tetti di spesa che dovessero residuare dopo la compensazione tra sforamenti e sottoutilizzi dei diversi tetti di spesa individuali, all'interno delle ASL e tra diverse ASL, si applicherà una decurtazione del 35% della tariffa.

### **11. Disposizioni particolari per la branca della FKT**

Il budget 2023 della branca della medicina fisica e riabilitativa (FKT) viene aggiornato ed aumentato, in considerazione delle esigenze segnalate da diverse ASL in merito a: nuovi accreditamenti, riequilibrio territoriale e situazioni particolari, come rappresentato nell'Allegato 2.9, nelle *NOTE per il tetto di spesa 2023*.

Inoltre, al fine di favorire la crescita di anno in anno delle strutture accreditate che risultino più competitive e attrattive per l'utenza, e tenuto conto delle proposte presentate da alcune Associazioni di categoria, si stabilisce di consentire dal 2023 la produzione di un extra tetto che – entro il 10% del tetto di spesa netta – potrà essere remunerato a consuntivo nella misura di almeno il 30%, con gli stessi criteri applicati nelle altre branche della specialistica ambulatoriale (eccetto dialisi e radioterapia). Tale remunerazione, infatti, avverrà attraverso l'utilizzo di appositi accantonamenti (cfr. Allegato n. 1.1) e potrà risultare anche significativamente maggiore del 30%, poiché a tale remunerazione saranno imputati in aggiunta:

- i residui non utilizzati degli accantonamenti per eventuali ulteriori accreditamenti e/o situazioni particolari;
- eventuali sottoutilizzi dei tetti individuali delle altre strutture operanti nella stessa ASL,

purché non siano oggetto di contenzioso e, quindi, non siano economie solo apparenti.

Pertanto, per l'esercizio 2023 la branca della medicina fisica e riabilitativa (FKT), con gli accantonamenti sopra richiamati, potrà raggiungere un incremento massimo dei volumi complessivi di circa 250 mila prestazioni, pari a circa il 13% rispetto al budget 2022 (comprendendo anche l'extra tetto entro il 10% del tetto di spesa netta, soggetto a parziale regressione tariffaria). Si noti anche che nello schema di contratto Allegato A17, all'art. 4, comma 2, il vincolo del consumo massimo del tetto annuale al 30 novembre è stato incrementato dal 95% al 99%, per consentire il raggiungimento (facoltativo) del 10% di extra tetto.

### **12. Attivazione dei PACC P2501/2 e P2780 presso i centri di Diabetologia**

Alcuni centri privati accreditati hanno comunicato alla ASL competente per territorio l'attivazione nel corso del 2023 della modalità erogativa delle prestazioni di Diabetologia denominata PERCORSI AMBULATORIALI COMPLESSI E COORDINATI (PACC), come espressamente previsto dal Decreto del Commissario ad acta n. 17 del 20 marzo 2014, recante per oggetto: *Linee guida per migliorare l'appropriatezza della funzione ospedaliera ed il potenziamento di forme alternative al ricovero*

A tale riguardo risulta necessario fornire alcune precisazioni e chiarimenti.

La Regione Campania, in accordo con gli indirizzi nazionali in materia, già con le DGRC n. 6490/2001 e n. 4847/2002 intervenne per limitare i ricoveri ospedalieri ad elevato rischio di

inappropriatezza. Nella stessa direzione, poi, furono adottate le DGRC n. 546/2007, n. 2040/2008 e n. 102/2009, istituendo e sviluppando il “DAY SERVICE”, quale *“innovativa modalità organizzativa del livello territoriale, intermedia tra il day hospital e la specialistica ambulatoriale, per l'erogazione di prestazioni complesse e coordinate”* che possono essere erogate in regime ambulatoriale, anziché di ricovero ospedaliero. Come chiarito dalla DGRC n. 102/2009: *“Gli impegni assunti dalla regione Campania con il piano di rientro dal disavanzo ... riguardano anche la riduzione del tasso di ospedalizzazione per acuti ... La DGRC 546/2007, da ultima, ha individuato, quale azione essenziale per il raggiungimento di questo obiettivo, il trasferimento di quote significative di ricoveri inappropriati verso modelli assistenziali di minore intensività, a parità di efficacia, con un utilizzo più appropriato ed efficiente delle risorse. Il trasferimento delle prestazioni di ricovero dovrà avvenire sia dal regime ordinario verso il DH, e ciò vale, in particolare, per le prestazioni chirurgiche, sia dal regime di ricovero ordinario e di DH verso l'assistenza ambulatoriale, e ciò vale in particolare per i ricoveri di tipo medico diagnostico”*.

In questo quadro, i DCA n. 17/2014, n. 35/2017 e n. 31/2018, tutti finalizzati a migliorare l'appropriatezza organizzativa dei ricoveri ospedalieri attraverso il potenziamento **nelle stesse strutture ospedaliere** di modalità di assistenza alternative al ricovero, quali i PACC, hanno precisato e ribadito: *“che gli importi corrispettivi delle prestazioni trasferite dal regime di ricovero a quello ambulatoriale rimangono a carico del tetto di spesa assegnato alle case di cura per l'assistenza ospedaliera”*, in modo da evitare l'insorgere di aspettative dei soggetti privati, accreditati per l'assistenza ospedaliera e destinatari di apposito budget, di poter attingere – per le attività di ricovero riconvertite in PACC - anche ai budget assegnati alla macroarea della Assistenza Specialistica Ambulatoriale.

In particolare, il DCA n. 17/2014, dopo aver precisato: *“che i PACC di tipo chirurgico possono essere erogati dalle strutture di ricovero pubbliche, nonché dalle case di cura specificamente solo per le casistiche dei DRG che già trattano a carico del servizio sanitario regionale. I PACC medici possono essere erogati dalle strutture di ricovero pubbliche e dai poliambulatori pubblici, nonché dalle case di cura private esclusivamente per le casistiche dei DRG che già trattano a carico del servizio sanitario regionale”*, ha stabilito **in via aggiuntiva rispetto al quadro sopra delineato**, che: *“Per il “PACC diagnostico diabete complicato e/o screening delle complicanze d'organo” introdotto con la DGRC 102/2009 ed il “PACC diagnostico per sovrappeso e obesità” è consentita l'erogazione anche presso i centri diabetologici privati che già erogano prestazioni con oneri a carico del servizio sanitario regionale”*.

Nel contesto sopra richiamato risulta evidente che i DCA n. 17/2014, n. 35/2017 e n. 31/2018, hanno inteso precisare che i budget assegnati pro tempore alle strutture ospedaliere private dovevano ricomprendere anche le attività di ricovero trasferite progressivamente nel setting ambulatoriale dei PACC. L'inciso contenuto nei DCA n. 17/2014, n. 35/2017 e n. 31/2018, riguardante la copertura della spesa per PACC, sopra riportato, deve intendersi come segue: *“che per le case di cura private accreditate gli importi corrispettivi delle prestazioni trasferite dal regime di ricovero a quello ambulatoriale rimangono a carico del tetto di spesa assegnato alle case di cura per l'assistenza ospedaliera”*. I medesimi DCA, quindi, non hanno affatto stabilito che i PACC erogati dai soggetti accreditati per l'assistenza specialistica ambulatoriale in qualità di centri diabetologici privati siano a carico del budget dell'assistenza ospedaliera. Per tali centri le prestazioni erogate nell'ambito del PACC erano e rimangono a carico del budget assegnato per l'assistenza specialistica ambulatoriale alle medesime strutture private accreditate. Invece, fin dal 2016, negli schemi di contratto approvati dai provvedimenti regionali di assegnazione dei limiti di spesa alle case di cura private viene sempre precisato che gli stessi sono comprensivi dei PACC erogati dalle medesime strutture, come si può riscontrare, da ultimo, nella DGRC n. 652 del 16.11.2023, recante per oggetto: *“Determinazione dei limiti di spesa e dei relativi contratti con le case di cura private, per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza ospedaliera erogate nell'esercizio 2023”*.

E', inoltre opportuno precisare che i centri diabetologici privati non possono erogare prestazioni diverse e ulteriori, rispetto a quelle per le quali sono stati accreditati, ancorché ricomprese nella lista delle prestazioni di specialistica ambulatoriale che ricadono nel PACC.

## **Allegato A – Relazione Tecnica**

Si noti, infatti, che le liste ragionate delle prestazioni rientranti nei PACC medici, proprio perché redatte a partire dall'esperienza clinica dei ricoveri ospedalieri, comprendono prestazioni afferenti a diverse branche; ad esempio, il "PACC 2780 diagnostico per sovrappeso e obesità" comprende in elenco prestazioni afferenti a sette discipline diverse: 02 – Cardiologia; 08 - Radiologia diagnostica; 10 – Gastroenterologia; 11 - Laboratorio di Analisi; 21 – Otorinolaringoiatria; 22 – Pneumologia; 23 – Psichiatria. Come specificato nelle Linee Guida allegate alla DGRC n. 102/2009, il medico che ha in carico il paziente, sulla base delle risultanze dell'anamnesi e della visita medica sceglie nella lista ragionata del PACC gli esami che ritiene utili per rispondere al quesito diagnostico. Pertanto, non è affatto previsto che per erogare il PACC debbano essere erogate tutte le prestazioni elencate nella lista ragionata. E rimane fermo il principio che, ancorché ricomprese nella lista ragionata, la singola struttura sanitaria non può erogare prestazioni ulteriori e diverse rispetto a quelle per le quali è accreditata.