



Regione Campania

*Il Commissario ad acta per l'attuazione
del Piano di rientro dai disavanzi del SSR campano
(Deliberazione Consiglio dei Ministri del 11/12/2015)*

SEZIONE III: Definizione per l'esercizio 2018 dei limiti di spesa e dei relativi contratti con gli erogatori privati per regolare i volumi e le tipologie delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, escluso dialisi

La macroarea della specialistica ambulatoriale è interessata da profonde trasformazioni, sia dal lato dell'offerta pubblica e privata (come la ristrutturazione della rete dei laboratori), sia da lato della domanda, nella direzione di una maggiore appropriatezza, efficienza ed economicità delle cure: si pensi ai positivi effetti del DM 9 dicembre 2015 in materia di *"Condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale"*.

In questo quadro, la programmazione 2018 conferma i volumi massimi di prestazioni ed i correlati limiti di spesa, stabiliti per il 2017 dal DCA 8/2016, con le seguenti eccezioni:

- per la Radioterapia viene fissato un incremento medio del tetto di spesa 2018 del 50% rispetto al 2017, corrispondente ad un incremento del 2,52% sul maggiore tra il limite di spesa 2017 stabilito dal DCA n. 89/2016 ed il consuntivo di spesa 2017 accertato dal DCA n. 77 del 09.10.2018;
- per la branca di Medicina Nucleare, fermo restando il limite di spesa netta complessiva a livello regionale, si procede ad una riduzione temporanea, limitata all'esercizio 2018, per le ASL di Avellino e di Napoli 3 Sud, al fine di tenere conto della mancata produzione da parte di alcune strutture private, e ad un incremento di euro 1,3 milioni per l'ASL Napoli 2 Nord, per corrispondere alle esigenze rappresentate dal Direttore Generale della ASL con nota del 5.10.2018, prot. n. 206230;
- per la branca di Laboratorio di Analisi, fermo restando il limite di spesa netta complessiva a livello regionale, si procede alla riclassifica parziale del tetto di spesa tra alcune ASL, come si evidenzia negli allegati n. 3 e 4, per tenere conto delle Aggregazioni intervenute tra laboratori siti in ASL diverse;

Poiché le riclassifiche tra ASL diverse del tetto di spesa della branca di Laboratorio di Analisi, necessarie per tenere conto delle Aggregazioni intervenute tra laboratori siti in ASL diverse, determinano una significativa riduzione del tetto di spesa netta 2018 delle ASL Napoli 1 Centro e Napoli 3 Sud (e, in misura molto più contenuta, anche del tetto di spesa netta delle ASL di Avellino e di Benevento), si stabilisce quanto segue.

1. Tutte le ASL, non appena ricevuto il presente decreto, devono immediatamente aggiornare e comunicare ai Laboratori di Analisi l'aggiornamento delle previsioni di esaurimento del tetto di spesa 2018.
2. Successivamente, entro febbraio 2019, tutte le ASL devono determinare rigorosamente il consuntivo netto di spesa relativo a tutte le branche della specialistica ambulatoriale e comunicarlo formalmente alla Regione con apposita delibera del Direttore Generale.

3. I sottoutilizzi del tetto di spesa che saranno accertati nelle varie ASL per le diverse branche della specialistica ambulatoriale, tenuto conto delle particolari disposizioni vigenti per le branche di radioterapia e dialisi, insieme all'accantonamento di euro 4,273 milioni già operato nel quadro programmatico di cui alla Sezione I del presente decreto, concorreranno a mitigare le maggiori regressioni tariffarie eventualmente determinate nelle ASL Napoli 1 Centro e Napoli 3 Sud dalla suddetta riduzione del limite di spesa netta della branca di Laboratorio di Analisi.

Riguardo alle prestazioni della branca di Laboratorio di analisi, contrassegnate nel nomenclatore nazionale dalla lettera "R", come è noto, esse sono considerate ad elevato rischio di inappropriately anche dal sopra citato DM del 9 dicembre 2015, e ne è stato rilevato un anomalo incremento negli ultimi anni, soprattutto nella componente erogata a residenti di altre regioni. Il Commissario ad acta pro tempore, con decreto n. 101 del 10 ottobre 2013 è intervenuto sulla materia, stabilendo che il volume di tali prestazioni (comprese quelle erogate a non residenti) per il 2013 non poteva essere superiore del 5% rispetto al volume 2012; e che, al fine di evitare comportamenti opportunistici, lo stesso vincolo doveva applicarsi anche a sette prestazioni "R" di maggiore valore unitario, specificamente elencate nel DCA 101/2013. Tale disposizione è stata espressamente confermata dal DCA 129/2014 per il 2014 e dai DCA n. 8/2016 e n. 89/2016 per gli anni successivi.

Tuttavia, nonostante l'obbligo di applicare dal 2013 in poi lo stesso limite quantitativo fissato dal DCA 101/2013 anche per gli anni successivi, i dati consuntivi dimostrano che in diverse ASL i centri privati hanno spostato il mix di prestazioni "R" verso quelle di maggiore importo unitario, accumulando nel triennio 2013 – 2015 incrementi del valore medio anche notevolmente superiori al limite massimo annuo del 10%, consentito dalle regole vigenti in materia. Pertanto, negli schemi contrattuali approvati per gli esercizi 2016 e 2017 dal DCA n. 89/2016 si provveduto a modificare l'art. 6, comma 4, e l'art. 8, comma 2, precisando che le limitazioni alla crescita del valore medio si applicano anche alle prestazioni "R" e che dal 2016 si fa obbligo di non *"superare di oltre il 30% ... il valore medio 2012 delle prestazioni "R", calcolato sulla produzione totale 2012 di dette prestazioni da parte dei centri operanti nella ASL"*. Tale limitazione è da intendersi tassativa e inderogabile – per i motivi appena esposti – e, pertanto, questa precisazione viene inserita negli schemi contrattuali allegati al presente decreto.

Analogamente, al fine di evitare comportamenti opportunistici, anche le altre limitazioni previste nell'art. 8, comma 2, per tutte le branche della specialistica ambulatoriale in merito al divieto di incrementare del 10% la produzione rispetto all'anno precedente, nonché al divieto di superare del 10% il valore medio delle prestazioni devono essere applicate rigorosamente: a tal fine si stabilisce che il divieto di superare del 10% il valore medio delle prestazioni è inderogabile; e che costituisce giustificato motivo di deroga al limite dell'incremento della produzione della singola struttura solo la comprovata interruzione dell'attività nell'esercizio precedente per un periodo superiore ad un mese (non derivante dall'esaurimento del tetto di spesa). E che eventuali altre situazioni particolari, se ritenute dalla ASL meritevoli di apprezzamento, dovranno formare oggetto di una delibera del Direttore Generale della ASL di proposta di deroga, da sottoporre all'approvazione della Regione.

Infine, con il DCA n. 89/2016 per garantire la continuità assistenziale per tutti i mesi dell'anno solare, è stata prevista dal 2017 l'applicazione in via trimestrale della regressione tariffaria, secondo le regole declinate nell'art. 5 bis dello schema di Protocollo d'Intesa con le Associazioni (All. A/1) e di contratto (All. A/2). Poiché, per esigenze straordinarie, il Direttore Generale per la Tutela della Salute con nota del 04.09.2018, prot. n. 556538, facendo seguito alle disposizioni impartite dal Commissario ad acta con nota del 28.08.2018, prot. 545493, ha comunicato alle ASL la possibilità di utilizzare anticipatamente le risorse relative all'ultimo trimestre 2018, fermo restando l'impianto del DCA n. 89/2016, risulta opportuno precisare che trattasi di facoltà e non di obbligo. Pertanto, sono fatte salve le applicazioni dei limiti di spesa 2018 operate nel mese di settembre 2018, sia dalle ASL che hanno ritenuto di avvalersi della suddetta anticipazione, sia dalle ASL che non se ne sono avvalse.

Riguardo, infine, alle disposizioni in materia di volumi di prestazioni e correlati limiti di spesa 2018 per la branca di Medicina Fisica e Riabilitativa (art. 44 L. 833/78 - cd. FKT) il presente decreto conferma

integralmente per l'esercizio 2018 la programmazione 2016 – 2017 di tali prestazioni, stabilita dal DCA n. 89/2016, che si riporta di seguito:

| Medicina Fisica e Riabilitativa (FKT) | Volumi e limiti di spesa 2018 | | |
|---|-------------------------------|---------------------------|--------------------|
| | Limite di spesa a tariffa | Limite di spesa netta (*) | per n° prestazioni |
| ASL Avellino | 1.810 | 1.640 | 89.050 |
| ASL Benevento | 1.600 | 1.440 | 79.090 |
| ASL Caserta | 5.140 | 4.700 | 253.790 |
| ASL Napoli 1 Centro | 7.070 | 6.550 | 334.600 |
| ASL Napoli 2 Nord | 9.060 | 8.460 | 412.040 |
| ASL Napoli 3 Sud | 9.020 | 8.310 | 442.060 |
| ASL Salerno | 5.310 | 4.670 | 269.310 |
| TOTALE | 39.010 | 35.770 | 1.879.940 |
| (*) Importi in migliaia di euro al netto del ticket e della quota ricetta nazionale regionale | | | |

Per quanto sopra esposto, si dispone quindi che:

1. Per l'esercizio 2018 ai centri privati accreditati che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale si applicano i limiti di spesa fissati nelle tabelle "Sezione III - allegato n. 1" e "Sezione III - allegato n. 3" sulla base dei volumi di prestazioni programmati nella tabella "Sezione III - allegato n. 2", con le modalità, prescrizioni e condizioni tutte specificate nel presente decreto.
2. Per l'esercizio 2018 sono confermati i volumi massimi di prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa ed i correlati limiti di spesa fissati dal Decreto del Commissario ad acta n. 89/2016 ed esposti nella tabella riportata in premessa.
3. Di stabilire, riguardo alle prestazioni di specialistica ambulatoriale, esclusa la FKT, che entro 20 giorni dalla notifica del presente decreto, le Aziende Sanitarie Locali dovranno stipulare con le Associazioni di Categoria i protocolli d'intesa redatti secondo lo schema allegato "Sezione III – A/1" e, entro il 30 novembre 2018, dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2018, utilizzando lo schema di contratto allegato "Sezione III – A/2", ovvero, per i Laboratori di Analisi soggetti a processi di Aggregazione, utilizzando lo schema di contratto allegato "Sezione III – A/3".
4. Di stabilire riguardo alle prestazioni di Medicina Fisica e Riabilitativa, che le Aziende Sanitarie Locali entro il 30 novembre 2018 dovranno stipulare con i singoli centri privati i contratti relativi all'esercizio 2018, utilizzando lo schema di contratto allegato "Sezione III – A/4".
5. Di approvare specificamente tutte le altre disposizioni sopra esposte nella presente Sezione.