



*Autorità Garante  
della Concorrenza e del Mercato*

PARERE

ai sensi dell'articolo 21-*bis* della legge 10 ottobre 1990, n. 287

relativo alla Delibera della Giunta regionale della Campania n. 599 del 28 dicembre 2021 (pubblicata nel BURC n. 1 del 3 gennaio 2022), recante  
*“Assegnazione provvisoria per l'esercizio 2022 dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa alle strutture sanitarie private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale”*, e ad ogni altro atto presupposto, connesso e conseguente

inviato a

Regione Campania

*Autorità Garante  
della Concorrenza e del Mercato*

Rif. S4404

Dott. Vincenzo De Luca  
Presidente della Regione Campania  
PEC: [capo.gab@pec.regione.campania.it](mailto:capo.gab@pec.regione.campania.it)

L'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato, nella sua riunione del 1° marzo 2022, ha deliberato di esprimere il proprio parere, ai sensi dell'articolo 21-bis della legge 10 ottobre 1990, n. 287, relativamente alla Delibera della Giunta regionale della Campania n. 599 del 28 dicembre 2021 (pubblicata nel BURC n. 1 del 3 gennaio 2022, di seguito anche DGR n. 599/2021), recante *"Assegnazione provvisoria per l'esercizio 2022 dei volumi massimi di prestazioni e dei correlati limiti di spesa alle strutture sanitarie private accreditate per l'assistenza specialistica ambulatoriale"*, unitamente ad ogni altro atto ad essa presupposto, connesso e conseguente.

In particolare, la DGR n. 599/2021 assegna per singola struttura i tetti massimi di spesa per il 2022, passando dalla tradizionale impostazione "di branca" all'impostazione "per struttura"<sup>1</sup>, *"come si evidenzia dettagliatamente nell'allegato documento "Allegato A - Nota Metodologica"* (di seguito, anche Nota Metodologica). Nella Nota Metodologica si chiarisce che secondo l'impostazione "di branca" viene assegnato a ciascuna ASL un *budget* per ogni specialità medica, al quale le diverse strutture private accreditate attingono in corso d'anno, fino al suo esaurimento. Nell'impostazione "di struttura", invece, il *budget* viene direttamente definito dalla Regione a livello individuale, per singola struttura appunto, e quindi per ciascun erogatore all'interno di ogni ASL,

---

<sup>1</sup> In particolare, si legge che, *"rispetto alla originaria impostazione dei tetti di spesa "di branca" (DGRC n. 1272/2003 e n. 2451/2003), nella quale tutte le strutture private accreditate in una ASL per una macroarea/branca di assistenza sanitaria partecipano all'utilizzo di un budget comune, assegnato dalla Regione alla ASL, ormai da circa dieci anni si è passati nella quasi totalità dei settori ai tetti di spesa "di struttura"*.

mantenendo l'impostazione del tetto di spesa "di branca" soltanto rispetto all'assistenza specialistica per sette aree<sup>2</sup>.

*Il passaggio alla nuova impostazione è giustificato dalle crescenti difficoltà incontrate sia per "la notevole complessità gestionale", sia perché "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, [...] un sempre più precoce esaurimento dei tetti di spesa e, conseguentemente, una sempre più agguerrita corsa dei vari centri privati ad effettuare maggiore attività possibile nei primi mesi dell'anno solare". (pag. 3).*

La Nota Metodologica (pagg. 3 e 4) precisa che partendo dai livelli complessivi di spesa per ASL/branca fissati per l'esercizio 2022 dalla precedente 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"*<sup>3</sup>.

In definitiva, la ripartizione del budget tra le singole strutture sanitarie avviene su base mensile, assegnando a ciascuna di esse per il 2022 una quota del budget totale corrispondente al peso percentuale medio della spesa sanitaria

---

<sup>2</sup> Si tratta delle c.d. "7R": Diabetologia, Cardiologia, Branche a Visita, Patologia clinica (laboratorio analisi), Medicina Nucleare, Radiodiagnostica e Radioterapia oltreché nell'assistenza termale.

<sup>3</sup> La Nota Metodologica prevede dei correttivi per alcune situazioni particolari ed esclude dalla remunerazione le prestazioni rese in misura irrisoria e quelle altamente complesse che, per loro natura, richiederebbero una elevata specializzazione della struttura. L'All. 1 fissa per ciascuna ASL i tetti di spesa individuali di struttura per il 2022, individuando per ciascuna struttura il volume di prestazioni c.d. "non R" (diverse da quelle delle 7 branche "R" di laboratorio ovvero Diabetologia, Cardiologia, Branche a Visita, Patologia clinica o laboratorio analisi, Medicina Nucleare, Radiodiagnostica e Radioterapia), con il corrispettivo lordo e netto (senza ticket e ricette); l'All. 2 contiene analoghi elementi per ciascuna struttura delle sette specialità "R", sempre nell'ambito di ciascuna ASL.

erogata in favore di tale struttura nel 2020 e nel 2021 rispetto alla corrispondente spesa totale in quegli anni.

Inoltre, per scongiurare fenomeni di esaurimento del *budget* nei primi mesi dell'anno, la delibera in esame ha previsto che *“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 Allegato A – Nota Metodologica 4 dodici importi uguali. Le prestazioni eccedenti il dodicesimo del tetto di spesa non saranno remunerate”* (sottolineatura aggiunta). La Nota Metodologica permette specifiche eccedenze sui tetti mensili con l'obbligo di recuperare eventuali sforamenti entro il 31 dicembre 2022.

L'Autorità ricorda di aver più volte censurato in numerosi interventi di *advocacy* la restrittività concorrenziale della definizione dei tetti di spesa in materia sanitaria in base al solo o prevalente criterio della spesa storica che consiste nell'attribuire ogni anno alle singole strutture private convenzionate lo stesso *budget* dell'anno precedente<sup>4</sup>. In tali interventi, l'Autorità ha affermato la restrittività del criterio della spesa storica quale unico o prevalente criterio di accesso a risorse pubbliche limitate, in quanto produce la cristallizzazione delle posizioni di mercato in danno dei nuovi contrattualizzati e, più in generale, degli operatori più performanti. L'Autorità ha, quindi, auspicato l'introduzione di criteri ispirati al principio di non discriminazione e idonei a valorizzare il livello di efficienza della singola struttura, nonché l'effettivo soddisfacimento delle esigenze della domanda, considerando, ad esempio, la dislocazione territoriale delle strutture, le potenzialità di erogazione con riferimento alla dotazione

---

4 Cfr. al riguardo: i) le segnalazioni del 2008 AS451 - Sistema di ripartizione dei fondi pubblici tra i laboratori di analisi convenzionati con il sistema sanitario nazionale nella regione Puglia, in Boll. n. 13/2008, del 2013 AS1021 - Regione Calabria - Sistema di ripartizione dei fondi del sistema sanitario nazionale tra i laboratori di analisi e strutture di specialistica ambulatoriale accreditati, in Boll. n. 9/2013 e del 2014 AS1137 - Proposte di riforma concorrenziale ai fini della legge annuale per il mercato e la concorrenza anno 2014, in Boll. n. 27/2014, AS1142 - Distribuzione del tetto di spesa per il triennio 2013/2015 tra le diverse strutture sanitarie private, in Boll. n. 34/2014, del 2019 AS1616 - Regione Basilicata - Determinazione degli aggregati di spesa per l'assistenza specialistica da privato per gli anni 2019-2020, in Boll. n. 38/2019; ii) i pareri ex art. 22 del 2018 AS1524 - Regione Sicilia - Definizione dei criteri per la determinazione degli aggregati di spesa per l'assistenza specialistica da privato, in Boll. n. 29/2018 e AS1539 - Regione Basilicata - Definizione dei criteri per la determinazione degli aggregati di spesa per l'assistenza specialistica da privato, in Boll. n. 42/2018. Cfr. da ultimo la segnalazione del 2021 AS1812 Regione Sardegna - Criteri di attribuzione del budget per le strutture sanitarie private convenzionate triennio 2021-2022-2023, in Boll. n. 1/2022.

tecnologica, le unità di personale qualificato, le modalità di prenotazione e di accesso alle prestazioni sanitarie, la correttezza dei rapporti con l'utenza.

Tali principi sono stati, altresì, confermati dal giudice amministrativo in occasione di precedenti interventi dell'Autorità, adottati ai sensi dell'art. 21-*bis* della legge n. 287/90<sup>5</sup>.

Alla luce di tale consolidato orientamento, l'Autorità vede nel passaggio dall'impostazione "per branca" a quella "per struttura", introdotto dalla Regione Campania con la delibera in esame, un elemento più funzionale al raggiungimento dell'obiettivo di individuare criteri di definizione dei *budget* idonei a tenere conto dei risultati effettivamente ottenuti da ciascuna struttura. L'assegnazione dei *budget* avviene infatti in favore di una singola struttura, e non più a livello di ASL, lasciando quindi spazio per una valutazione in concreto delle *performance* su base individuale.

Tuttavia, l'apertura alla concorrenza nell'applicazione della nuova impostazione "di struttura", da cui sono peraltro escluse diverse specialità, viene frenata dall'esclusivo ricorso al criterio della spesa storica in quanto i tetti di spesa vengono calcolati su base mensile unicamente sul peso della spesa media già erogata in favore di ciascuna struttura nei due anni precedenti, senza tenere conto di altri elementi qualitativi e prestazionali e senza riservare quote di *budget* per i nuovi entranti.

In questo senso, anche lo sfioramento ammesso a livello mensile introduce una elasticità nella gestione dei tetti su base individuale che, tuttavia, non incide sulle possibilità di crescita della struttura da valorizzare nella definizione del *budget* nell'anno successivo.

In conclusione, l'Autorità ritiene che nella DGR n. 599/2021 il *budget* annuo (ripartito in dodicesimi) per singola struttura rimane frutto esclusivo della produzione storica del biennio precedente, criterio di definizione più volte censurato e rispetto al quale l'interesse pubblico al contenimento della spesa sanitaria non appare perseguito in misura necessaria e proporzionata. Ciò integra

---

<sup>5</sup> Cfr. i pareri motivati ex art. 21-bis del 2014 ASI181 - Regione Calabria - Determinazione dei tetti di spesa per le prestazioni di assistenza specialistica da privato - Anno 2014, in Boll. n. 12/2015, con la sentenza del TAR n. 1373/2016 non impugnata dalla Regione; del 2017 ASI387 - Regione Sicilia - Determinazione degli aggregati di spesa per l'assistenza specialistica da privato - Anno 2016, in Boll. n. 23/2017, seguita dal TAR Palermo con sentenza definitiva n. 2968/2020; del 2019 ASI582 Regione Sicilia - Determinazione degli aggregati di spesa per l'assistenza specialistica da privato - biennio 2018-2019, in Boll. n. 19/2019, ancora una volta condiviso dal TAR Palermo (sentenza n. 2967/2021) e dal CGARS (con sentenze nn. 967 e 994/2021).

una violazione dei principi a tutela della concorrenza nella misura in cui, nella scelta a monte del criterio di allocazione delle risorse pubbliche, il solo criterio della spesa storica elimina qualsiasi incentivo a competere tra le strutture accreditate e convenzionate con il SSN e attribuisce a imprese già titolari di diritti speciali un indebito vantaggio concorrenziale, in violazione dell'articolo 106 TFUE e, al tempo stesso, esclude alcuni operatori dall'accesso a risorse pubbliche in assenza di criteri di selezione trasparenti e non discriminatori violazione anche degli artt. 41 e 117 Cost. e dei principi di libertà di scelta e non discriminazione tra strutture pubbliche e private posti dall'art. 8-bis, comma 2, del D.Lgs. n. 502/1992.

Pertanto, la Regione Campania dovrà comunicare all'Autorità, ai sensi dell'articolo 21-bis, comma 2, della legge n. 287/90, entro il termine di sessanta giorni dalla ricezione del presente parere, le iniziative adottate. Laddove entro il suddetto termine tali iniziative non dovessero risultare conformi ai principi concorrenziali sopra espressi, l'Autorità potrà presentare ricorso entro i successivi trenta giorni.

Il presente parere sarà pubblicato nel Bollettino dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato.

IL PRESIDENTE

*Roberto Rustichelli*

Firmato digitalmente da

**Roberto Rustichelli**

C = IT  
Data e ora della firma: 03/03/2022 13:24:46