



**Il Sub Commissario ad acta**  
per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario  
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 29.10.2013)

Prot. 2520/e  
DEL 23/6/2015

Ai Direttori Generali /  
Commissari Straordinari  
delle AA.SS.LL

Ai Direttori Generali /  
Commissari Straordinari delle  
AA.OO., AA.OO.UU. e IRCCS  
Pascale

Alle Associazioni  
Rappresentative delle  
Strutture Accreditate per  
la Specialistica Ambulatoriale

Alle Strutture Accreditate per la  
Specialistica Ambulatoriale per il  
tramite delle ASL in cui operano

Loro Sedi

Oggetto: Tetti di Spesa Specialistica anno 2015

Con nota circolare n. 3268 del 17.07.2014 sono state fornite indicazioni circa i tetti di spesa per l'anno 2014 per non lasciare le attività delle strutture private prive di affidamento ai fini della programmazione delle prestazioni.

Quanto riportato nella suddetta nota viene confermato per l'anno corrente fatto salvo quanto di seguito riportato.

Col 2014 è completata l'attuazione, prevista in progress dal DL 95/2012, del percorso di riduzione dei tetti di spesa per cui dal 2015 potrebbe restare ferma la base di partenza costituita dai tetti 2014 per l'insieme dell'assistenza specialistica ambulatoriale e dell'assistenza ospedaliera da privati, fatti salvi eventuali ulteriori interventi normativi in materia di Spending Review. Rispetto alla suddivisione del budget 2015 tra le due macroaree, saranno possibili aggiustamenti in funzione di specifiche esigenze (in primis: dialisi e radioterapia).

Nel frattempo, fatta eccezione per i riflessi conseguenti all'accreditamento definitivo, qualora diverso da quello provvisorio in essere, ciascuna struttura potrà programmare l'attività, con un margine prudenziale di almeno un 2% in meno rispetto al tetto 2014.

Da prime informative da parte delle ASL viene evidenziata una preoccupante tendenza all'incremento della produzione, in particolare per la branca di patologia clinica. Considerando che



**Il Sub Commissario ad acta**  
per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario  
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 29.10.2013)

il tetto di spesa è inderogabile si auspica una maggiore sensibilità dei centri prescrittori ed una programmazione degli erogatori che ne preveda l'utilizzo in modo omogeneo per l'intero anno, oltre ad un maggiore concorso del settore pubblico.

Una notazione a parte è necessaria per quanto riguarda i settori dialisi e radioterapia.

Per dette discipline, ogni tentativo finalizzato a tenere escluse le attività dai vincoli di cui al DL 95/2012 (*spending review*) non ha avuto esito positivo.

A parere dei Ministeri, pur ritenendosi dette attività essenziali, le stesse restano vincolate ai tetti di spesa con l'unica possibilità di spostare risorse all'interno del settore ospedaliero (Case di Cura) e Specialistico.

Un recente accordo con AIOP e Confindustria ha previsto che, dal 2015, eventuali economie per mancato raggiungimento del tetto da parte delle Case di Cura restino all'interno del settore. Ciò comporta, a maggior ragione, l'invalidità del tetto di spesa anche per le prestazioni di dialisi e di radioterapia. Né è consentito un incremento del tetto di spesa per maggiore mobilità attiva interregionale, indipendentemente dalle interpretazioni delle clausole contrattuali degli anni pregressi.

La possibilità di stipulare contratti integrativi si riduce, pertanto, ad improbabili disponibilità di sotto utilizzi dei tetti di spesa in altre branche della specialistica ambulatoriale.

Al fine di garantire l'assistenza, trattandosi di strutture attive anche nei presidi pubblici, a volte con fasce orarie di inattività e, quindi, con ridotto rapporto prestazioni/impianto, i Direttori Generali ed i Commissari Straordinari delle Aziende pubbliche devono attivare immediatamente ogni utile iniziativa per implementare al massimo l'attività delle proprie strutture di specialistica ambulatoriale e, soprattutto, di dialisi e di radioterapia.

Al riguardo, i Direttori Generali ed i Commissari Straordinari di tutte le AA.SS.LL., AA.OO., AA.OO.UU. e dell'IRCCS Pascale dovranno fornire entro 15 giorni allo scrivente una dettagliata relazione sulle iniziative assunte per incrementare adeguatamente le prestazioni di specialistica ambulatoriale e, segnatamente, di dialisi e di radioterapia.

Contestualmente è necessario anche che si instaurino rapporti di reciproca collaborazione tra strutture pubbliche e private per evitare difficoltà nella assicurazione dell'assistenza.

In tal modo potranno meglio essere orientati i nuovi ingressi di pazienti in dialisi e i nuovi cicli radioterapici.

Per quanto riguarda la radioterapia i volumi economici fatturati nel 2014 hanno evidenziato delle variazioni macroscopiche per alcuni centri, verosimilmente dovute ad introduzione di nuove tecniche. In disparte la necessità di approfondire tale questione insieme al rispetto dei vincoli autorizzativi, non può farsi a meno di confermare per l'anno 2015, in via provvisoria ed in attesa di



**Il Sub Commissario ad acta**  
per l'attuazione del Piano di Rientro Sanitario  
(Delibera del Consiglio dei Ministri del 29.10.2013)

confronti con le associazioni e conseguente adozione dei provvedimenti commissariali, i tetti di spesa del 2014.

Anche per la radioterapia è necessario un ulteriore maggiore impegno delle strutture pubbliche, già avviato nel 2014.

Altri settori necessitano alcune ulteriori indicazioni.

Per quanto riguarda l'Area radiologica in generale è necessario che sia assicurato il rispetto delle seguenti disposizioni:

- DGRC 491/06;
- modalità di prescrizione ed erogazione ex all. 2 al DM 150/96 e DCA n. 88/2013 che richiama la DGRC 378/98, DCA 129/2014, nonché nota circolare n. 2366/C del 21.5.2014 e n. 3268/C del 17.07.2014 riguardante i tetti di spesa 2014;
- nota n. 0001606-P del 18.01.2013 del Ministero della Salute

È necessario, a tal fine, che siano garantiti efficaci controlli sul rispetto di quanto sopra, identificando criticità in relazione alle quali si prospetta la necessità di interventi sanzionatori.

Richiamando, poi, l'art. 8, c. 2° e 2B dell'allegato A1 - A2 dello schema di contratto, si anticipa che sarà valutata, in sede di adozione del decreto la eventualità che lo sfioramento del V.M.P. del 10% debba diventare un limite inderogabile alla luce delle evidenze di questi ultimi anni.

Si richiama, infine l'esigenza che le ASL applichino rigorosamente i limiti specifici di incremento delle prestazioni "R" di cui al DCA n. 101/2013 e 129/2014.

Ciascuna ASL avrà cura di trasmettere la presente nota alle singole strutture private, dandone riscontro allo scrivente.

Il Direttore Generale per la Tutela della  
Salute e il Coordinamento del SSR  
Dott. Mario Vasco

Il Sub Commissario  
Dott. Mario Morlacco

Il Dirigente U.O.D. 14 G.E.F.  
Dott. G.F. Ghidelli