



Giunta Regionale della Campania
Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il
Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale

Il Direttore Generale

Ai Direttori Generali delle
Aziende Sanitarie Locali

e p.c. Al Direttore Generale della
So.Re.Sa. S.p.A.

(inviata a mezzo PEC)

Oggetto: Indicazioni operative per l'applicazione dell'Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i.

1. Premessa

Al fine di superare diverse criticità, emerse in fase di applicazione dell'Allegato B alla DGRC n. 215/2022, come modificato e integrato dai decreti n. 130/2024 e 348/2024, si forniscono le seguenti **INDICAZIONI OPERATIVE** e relativi esempi dei conteggi da sviluppare, per modificare i limiti di spesa in conformità alle suddette disposizioni.

Si precisa che gli esempi, per maggiore efficacia espositiva, sono stati sviluppati su dati reali, ma provvisori, di diverse ASL, comunicati nei mesi scorsi. Le ASL considerate negli esempi allegati dovranno, quindi, controllare la correttezza della base dati utilizzata e correggere i conteggi che si allegano.

Gli esempi riguardano le seguenti branche:

- Cardiologia
- Medicina Nucleare
- Radiologia
- Laboratorio di Analisi.

Si precisa, inoltre, che le presenti **INDICAZIONI OPERATIVE** forniscono delle soluzioni tecniche non già espressamente contemplate dall'Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i. e, pertanto, saranno sottoposte a ratifica da parte della delibera della Giunta regionale che sarà adottata a breve per fissare i limiti di spesa definitivi, per l'esercizio 2024, e provvisori, per l'esercizio 2025, dell'assistenza specialistica ambulatoriale acquistata dalle strutture private accreditate. Soltanto dopo tale ratifica, codeste ASL potranno completare i conteggi per l'applicazione dell'Allegato B alla DGRC n. 215/2022 e s.m.i.

2. Il procedimento di calcolo stabilito nell'Allegato B alla DGRC n. 215/2022

Prima di commentare gli esempi allegati, si richiama il procedimento annuale di determinazione / variazione dei tetti di spesa "di struttura", stabilito nell'Allegato B alla DGRC n. 215/2022.

"Il procedimento ... trova fondamento sui seguenti elementi di base:

1. **capacità operative massime (COM)** delle strutture private accreditate sulla base delle informazioni disponibili al 31 dicembre dell'anno precedente, in applicazione della DGRC n. 491/2006 (al riguardo, è opportuno sottolineare che, secondo quanto previsto dalla deliberazione citata, le capacità operative massime possono essere modificate da un anno all'altro, secondo la seguente procedura: "le strutture provvisoriamente accreditate possono chiedere la riclassificazione delle capacità operative massime (COM) con indicazione dei relativi carichi di lavoro e dove previsto della tipologia dei livelli, in base ai requisiti posseduti al 31 dicembre dell'anno precedente, inoltrando domanda alle AASSLL territorialmente competenti, che provvederanno ad eseguire i controlli sulle strutture richiedenti");
2. **valore medio delle prestazioni** erogate nell'anno precedente, come calcolato da ciascuna ASL, articolato per branca e differenziato in base alle diverse tipologie funzionali, ove previste, delle prestazioni erogate dalle singole strutture nell'ambito della stessa branca d'appartenenza (ci si riferisce alle tipologie A, B, C e D, previste dagli schemi di contratto ed attribuite in funzione della dotazione tecnologica posseduta e della presenza o meno dei settori specializzati della patologia clinica);
3. **tetto di spesa** assegnato nell'anno precedente e **fatturato liquidabile** riconosciuto dall'ASL sempre per l'anno precedente, ivi compresa la parte extra-tetto soggetta a regressione tariffaria;
4. **parametri di valutazione**, come descritti più avanti, sulla base dei quali a ciascuna struttura privata accreditata viene attribuito un punteggio, in funzione dei dati comunicati e raccolti nell'esercizio precedente.

Sulla base degli elementi sopra riportati, il tetto di spesa annuale, suddiviso per dodicesimi, viene attribuito a ciascuna struttura privata accreditata in virtù del procedimento descritto di seguito.

- A. Si determina, per ciascuna struttura, il **valore teorico massimo** di produzione ottenuto moltiplicando le capacità operative massime per il valore medio prestazionale di riferimento.
- B. Il valore teorico massimo, così determinato, viene riproporzionato in funzione del vincolo di spesa annuale attribuibile alla singola ASL per la specifica branca di pertinenza, ottenendo così il **tetto di spesa teorico**.
- C. Il tetto di spesa teorico viene, poi, opportunamente confrontato e messo in relazione con il tetto di spesa assegnato nell'anno precedente e con il fatturato liquidabile riconosciuto dall'ASL sempre per l'anno precedente, ivi compresa la parte extra-tetto soggetta a regressione tariffaria, così da ottenere il **tetto di spesa base**, sempre nel rispetto del vincolo di spesa annuale attribuibile alla singola ASL per la specifica branca di pertinenza.
- D. Il tetto di spesa base viene, infine, incrementato o decrementato in funzione del punteggio conseguito dalla singola struttura privata accreditata sulla base dei parametri di valutazione descritti di seguito, così da ottenere il **tetto di spesa di struttura**".

Successivamente, la DGRC n. 800/2023 (cfr. Allegato Relazione Tecnica, pag. 6) ha incaricato le ASL di predisporre *“due elenchi di variazioni annuali (‘per il 2023’ e ‘per il 2024’)*”, da applicare entrambe sul tetto di spesa 2024.

Nel seguito delle presenti INDICAZIONI OPERATIVE si sviluppano quattro esempi completi di applicazione dei criteri stabiliti nell’Allegato “B” alla DGRC n. 215/2022, pervenendo alla formazione dei *“due elenchi di variazioni annuali (‘per il 2023’ e ‘per il 2024’)*”, da applicare entrambe sul tetto di spesa 2024.

3. Radiologia: esempio di determinazione del **“Tetto Base”** per il 2023 e per il 2024

L’esempio è sviluppato su tre tabelle: **RAD_01**, **RAD_02** e **RAD_03**; ed utilizza i dati provvisori (da confermare e/o modificare) della ASL Napoli 2 Nord per la branca della RADIOLOGIA.

Nell’**Allegato RAD_01** viene determinato il **“Tetto Base”** per l’esercizio 2023, sul quale (nell’Allegato RAD_03) saranno applicati gli incrementi o decrementi, calcolati in funzione del punteggio conseguito dalla singola struttura privata accreditata negli **INDICATORI di PERFORMANCE**, così da ottenere il **“tetto di spesa di struttura”** e le conseguenti variazioni del tetto di spesa netta per l’esercizio 2023. In particolare, si ha nella:

- **Colonna 1:** il codice NSIS della struttura (in caso di variazione: quello vigente attualmente)
- **Colonna 2:** la denominazione corrente da anagrafica STS11
- **Colonna 3:** la classe di **V.M.P.** (Valore Medio Prestazionale) della struttura al 1° gennaio 2023
- **Colonna 4:** il consuntivo 2022 del VMP di ciascuna classe, definito come importo medio in euro delle prestazioni a tariffa lorda rese nella branca / classe di tipologia di prestazioni
- **Colonna 5:** la **C.O.M.** (Capacità Operativa Massima) al 1° gennaio 2023, espressa in numero massimo di prestazioni, come determinata dalla ASL competente
- **Colonna 6:** il **“Valore Teorico Massimo di Produzione”**, dato dal prodotto della COM x VMP
- **Colonna 7:** il **“Tetto Teorico”** 2023 in base al Budget NETTO 2023: come previsto dall’Allegato B alla DGRC n. 215/2022, questo valore è dato dalla riconduzione del **“Valore Teorico Massimo di Produzione”** all’importo del tetto di spesa disponibile e, quindi, per ogni struttura, dalla sua incidenza percentuale sul totale di col. 6, moltiplicata per l’importo complessivo assegnato alla ASL / branca come tetto netto di spesa 2023 e riportato nel totale di colonna 7; in questo passaggio si assume implicitamente che per tutte le strutture della branca non vi sono differenze significative nella incidenza della compartecipazione dell’utente (ticket + quota ricetta): l’assunto è ragionevole, trattandosi di determinare un **“Tetto Teorico”** netto, che fornisce una misura **astratta** della potenzialità della struttura accreditata;
- **Colonne da 8 a 21:** la determinazione del **“Tetto Base”** per l’esercizio 2023, al fine di applicare la prescrizione del sopra riportato punto “C” dell’Allegato B alla DGRC n. 215/2022.

Prima di descrivere i passaggi dalle colonne 8 a 21, è necessario soffermarsi sul metodo applicato.

Il punto “C” dell’Allegato B alla DGRC n. 215/2022 stabilisce che per pervenire al **“Tetto Base”**, fermo restando il *“rispetto del vincolo di spesa annuale attribuibile alla singola ASL per la specifica branca di pertinenza”*, il **“Tetto Teorico”** viene *“... opportunamente confrontato e messo in relazione con il tetto di spesa assegnato nell’anno precedente e con il fatturato liquidabile riconosciuto dall’ASL sempre per l’anno precedente, ivi compresa la parte extra-tetto soggetta a regressione tariffaria”*.

Si tratta di una espressione dal contenuto ampiamente discrezionale e che, comunque, àncora la determinazione del “Tetto Base” al confronto e rapporto tra i due dati che più esprimono una valutazione quantitativa dell’attività svolta dalla struttura nell’anno precedente, nel corso del rapporto con il SSR:

- il tetto di spesa assegnato nell’anno precedente, che indica la domanda con oneri a carico del SSR fissata nell’ultimo contratto della struttura con la ASL;
- il fatturato liquidabile riconosciuto dall’ASL sempre per l’anno precedente, ivi compresa la parte extra-tetto soggetta a regressione tariffaria, che fornisce una indicazione sulla attrattività o meno del servizio svolto dalla struttura in favore dell’utenza, ed evidenzia se la struttura sta fornendo o meno alla ASL le prestazioni contrattualizzate, anche accettando la compressione dei ricavi marginali (si noti, peraltro, che l’eventuale eccedenza del produzione liquidabile, rispetto al tetto di spesa, è uno degli elementi che generano punteggi positivi tra gli INDICATORI di PERFORMANCE),

prima di procedere alle modifiche di carattere qualitativo del “Tetto Base” per mezzo degli INDICATORI di PERFORMANCE.

Poiché il confronto del “**Tetto Teorico**” con i suddetti dati di attività ha evidenziato, in generale, in tutte le branche rilevanti differenze percentuali – anche a due o tre cifre – **si è ritenuto opportuno e necessario stabilire che la determinazione del “Tetto BASE” a partire dal “Tetto Teorico” avvenga secondo la tecnica della graduatoria, con modalità analoghe a quelle applicate per passare dal “Tetto BASE” al “Tetto di struttura” tramite i punteggi degli INDICATORI di PERFORMANCE**, in modo da assicurare una gradualità di avvicinamento dei tetti individuali al “**Tetto BASE**”. Tenuto conto anche dell’applicazione degli INDICATORI di PERFORMANCE, le presenti indicazioni operative giungono a definire un range di variazione massima del tetto definitivo 2024, rispetto al tetto provvisorio, compresa in circa più o meno il 10%, conseguente al cumulo delle variazioni “*per il 2023*” e “*per il 2024*”.

Si fornisce, quindi, la descrizione dei seguenti passaggi di calcolo. Continuando, nell’Allegato RAD_01, dopo aver calcolato il “**Tetto Teorico**”, si ha nella:

- **Colonna 8:** il Tetto di spesa NETTA 2022, come stabilito ai sensi delle DGRC n. 215/2022, 309/2022 e 609/2022 e recepito nel Decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 779 del 21.11.2023
- **Colonna 9:** il valore economico della produzione che l’ASL ha riconosciuto liquidabile per l’esercizio 2022: netto ticket e abbattimenti per controlli ma prima della regressione tariffaria per extra tetto; anche per questo importo la fonte sono i dati consuntivi 2022 accertati dalle ASL e recepiti nel Decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 779 del 21.11.2023
- **Colonna 10:** l’INDICE che si ottiene dividendo il “**Tetto Teorico**” di col. 7 con la media semplice degli importi di colonna 8 e 9; questo INDICE misura di quanto il “**Tetto Teorico**” si discosta dal “*tetto di spesa assegnato nell’anno precedente e con il fatturato liquidabile riconosciuto dall’ASL sempre per l’anno precedente, ivi compresa la parte extra-tetto soggetta a regressione tariffaria*”
- **Colonne da 11 a 13:** il suddetto INDICE, ordinato per valore decrescente, determina una graduatoria nella quale ad ogni struttura (come individuata dal proprio codice NSIS) e assegnata una posizione a cominciare da quella con il valore INDICE più alto; il codice NSIS, il Tetto di spesa NETTA 2023, assegnato alle diverse strutture dalla DGRC n. 800/2023, e la posizione in graduatoria sono esposti, rispettivamente, nelle colonne 11, 12 e 13

- **Colonne da 14 a 17:** in queste colonne si espone una efficace soluzione di calcolo, che consente di formare tre gruppi di strutture per i quali la somma su cui si applica la variazione in aumento o in diminuzione, a seconda del punteggio conseguito, è esattamente un terzo del totale del Tetto di spesa NETTA 2023, assegnato alle diverse strutture dalla DGRC n. 800/2023; una volta definiti nelle colonne 14, 15 e 16 i tre gruppi di importi uguali, nella colonna 17 ciascun importo viene moltiplicato, rispettivamente per le percentuali: + 2%; 0%; - 2%; con questa soluzione si ha – per definizione – che:
 - Il totale di ciascuna colonna 14, 15 e 16 è pari a 1/3 **esatto** del Tetto di spesa NETTA 2023;
 - il totale della colonna 17 è pari a ZERO: gli incrementi e i decrementi sono uguali in valore assoluto;
- **Colonne da 18 a 21:** infine, in queste colonne si espone – **ordinato per codice NSIS**, come lo sono le colonne da 1 a 10 - il dettaglio del conteggio del “**Tetto BASE**”: nelle colonne 18 e 19 si riporta il codice NSIS ed il Tetto di spesa NETTA 2023, assegnato alle diverse strutture dalla DGRC n. 800/2023; nella colonna 20 si riporta la modifica calcolata nelle colonne da 14 a 17; nella colonna 21 si espone l’importo del “**Tetto BASE**” per il 2023, sul quale nell’Allegato RAD_03 si applicherà la variazione derivante dai punteggi conseguiti negli INDICATORI di PERFORMANCE dell’attività 2022 per giungere al “**Tetto di struttura**” 2023 e, quindi, alla modifica “**per il 2023**” del tetto provvisorio 2024.

Nell’**Allegato RAD_02**, poi, nelle **colonne da 1 a 21** con la stessa metodologia, ma sulla base:

- della **C.O.M.** (Capacità Operativa Massima) e del **V.M.P.** al 1° gennaio 2024
- del Tetto di spesa NETTA 2023, come stabilito dalla DGRC n. 800/2023
- del valore economico della produzione che l’ASL ha riconosciuto liquidabile per l’esercizio 2023, netto ticket e abbattimenti, in base ai dati consuntivi 2023 accertati dalle ASL e recepiti nel Decreto del Direttore Generale per la Tutela della Salute n. 543 del 12.06.2024 e s.m.i.
- del Tetto di spesa NETTA 2024, determinato ai sensi della DGRC n. 800/2023,

viene determinato il “**Tetto Teorico**” e il “**Tetto Base**” per l’esercizio 2024, sul quale (nell’**Allegato RAD_03**) saranno applicati gli incrementi o decrementi, calcolati in funzione del punteggio conseguito dalla singola struttura privata accreditata negli **INDICATORI di PERFORMANCE**, calcolati sull’attività consuntiva 2023, così da ottenere il “**tetto di spesa di struttura**” e le conseguenti modifiche del tetto di spesa netta per l’esercizio 2024.

4. Punteggio INDICATORI di PERFORMANCE e totale variazioni “per il 2023” e “per il 2024”

Nell’**Allegato RAD_03**, a partire dal “**Tetto Base**” 2023 e 2024, calcolato negli Allegati RAD_01 e RAD_02, sono calcolati gli incrementi o decrementi in funzione del punteggio conseguito dalla singola struttura privata accreditata negli **INDICATORI di PERFORMANCE** per l’attività resa, rispettivamente, nel 2022 e nel 2023, così da pervenire alla formazione dei “**due elenchi di variazioni annuali** (“**per il 2023**” e “**per il 2024**”)", da applicare entrambe sul tetto di spesa 2024. In particolare, si ha nella:

- **Colonna 1 e 2:** il codice NSIS della struttura la denominazione corrente da anagrafica STS11
- **Colonna 3:** il Tetto di spesa NETTA 2024, determinato ai sensi della DGRC n. 800/2023
- **Colonna da 4 a 7:** i codici NSIS e il “**Tetto Base**” 2023 (da **RAD_01**), riportati in ordine decrescente di punteggio negli **INDICATORI di PERFORMANCE** per l’attività resa nel 2022, in modo da associare ad ogni codice NSIS la posizione nella **Graduatoria** esposta in col. 7

- **Colonna da 8 a 10:** sulla base della **Graduatoria** di col. 7, nelle colonne 8, 9 e 10 si formano i tre gruppi di strutture per i quali la somma su cui si applica la variazione in aumento o in diminuzione, a seconda del punteggio conseguito, è esattamente un terzo dell'importo complessivo del **"Tetto Base" 2023**
- **Colonna 11:** gli importi determinati nelle colonne 8, 9 e 10 vengono moltiplicati, rispettivamente, per le percentuali: + 3%; 0%; - 3%, ottenendo le modifiche in più o in meno da applicare sul **"Tetto Base" 2023** per tenere conto degli **INDICATORI di PERFORMANCE** per l'attività resa nel 2022;
- **Colonna da 12 a 19:** per tenere conto dei punteggi conseguiti da ogni struttura negli **INDICATORI di PERFORMANCE** per l'attività resa nel 2023, nelle colonne da 12 a 19 si procede in modo analogo a quanto operato nelle colonne da 4 a 11, in modo da determinare le conseguenti modifiche in più o in meno da applicare sul **"Tetto Base" 2024**
- **Colonna da 20 a 25:** nella colonna 20 si ritorna alla esposizione in semplice ordine crescente (numerico e alfabetico) dei codici NSIS di ogni struttura (come in colonna 1); e, mantenendo tale ordinamento, si riportano le variazioni del **"Tetto Base" 2023 e 2024** calcolate:
 - per effetto dei punteggi negli **INDICATORI di PERFORMANCE: col. 21 e 22**
 - per tenere conto del **"Tetto Teorico" 2023 e 2024: col. 23 e 24**
 in modo da pervenire nella **Colonna 25** alla somma algebrica del TOTALE variazioni **per il 2023" e "per il 2024"**, da applicare entrambe sul tetto di spesa 2024, come previsto dalla DGRC n. 800/2023.

5. Altri esempi

Nelle tabelle allegate si forniscono i seguenti ulteriori esempi:

- tabelle: **CA_01, CA_02 e CA_03:** che utilizza i dati provvisori (**da confermare e/o modificare**) della ASL di Caserta per la branca della CARDIOLOGIA;
- tabelle: **MN_01, MN_02 e MN_03:** che utilizza i dati provvisori (**da confermare e/o modificare**) della ASL Napoli 3 Sud per la branca della MEDICINA NUCLEARE;
- tabelle: **LAB_01, LAB_02 e LAB_03:** che utilizza i dati provvisori (**da confermare e/o modificare**) della ASL Napoli 2 Nord per la branca della PATOLOGIA CLINICA (LABORATORIO di ANALISI).

Le tabelle presentano la medesima struttura già dettagliatamente commentata per il primo esempio e, quindi, è superfluo ripetere un commento di dettaglio. Ai fini delle presenti INDICAZIONI OPERATIVE è utile osservare che:

- 1) L'esempio relativo alla Medicina Nucleare espone due casi particolari: un centro è stato accreditato nel corso del 2023 ed ha iniziato ad operare con oneri a carico del SSR solo nel 2024; un altro già operava da molti anni, ma da febbraio 2024 è stato accreditato anche per le PET/TC con macchina ibrida. In entrambi i casi, i tetti di spesa 2023 e 2024 sono stati determinati dalla ASL per periodi infrannuali e con modalità necessariamente forfetarie. In questi casi, quindi, i conteggi per l'applicazione dell'Allegato B sono stati sviluppati tenendo conto delle specificità di tali situazioni.
- 2) L'esempio relativo alla branca di Laboratorio di Analisi tratta anche dei casi di aggregazione di Laboratori intervenuta in corso d'anno (analoga complessità rivestono i casi di scioglimento in corso d'anno e/o modifica da un anno all'altro).



Nei casi anomali, pertanto, ciascuna ASL dovrà porre attenzione ad elaborare i conteggi per l'applicazione dell'Allegato B con criteri uniformi per le varie fattispecie, valutando eventualmente anche l'opportunità di confronti con i diretti interessati e/o con le Associazioni di categoria in sede di Tavolo Tecnico locale, in modo da ricevere possibili osservazioni e proposte.

I Dirigenti:

U.O.D. 11 Governo Economico Finanziario

Dott. Sergio Russo

U.O.D. 13 Vigilanza Contabile e Amministrativa

Dr.ssa Bianca Corcione

U.O.D. 15 Monitoraggio Beni e Servizi

Dr.ssa Simona Gentile

Il Direttore Generale
Avv. Antonio Postiglione